PDF version

Safa Ismaïl[1] et Nejia Zaouali[2]

[1]Département des Méthodes quantitatives, Faculté des Sciences économiques et de gestion, Sousse (Tunisie). [2]Faculté des Sciences économiques et de gestion, Sidi Messaoud, Mahdia (Tunisie) (Correspondance à adresser à : safa_ismail@yahoo.fr).

Résumé

Contexte : En 2004, la Tunisie a instauré une réforme de l'assurance maladie pour remédier à plusieurs problèmes liés à l'iniquité frappante, à l'insuffisance de la couverture maladie et à la croissance exponentielle des coûts de santé et des dépenses directes des ménages.

Objectifs : Le présent article visait à fournir une vision critique et une évaluation qualitative de la réforme de l'assurance maladie mise en œuvre en Tunisie depuis 2004.

Méthodes : À l'aide de plusieurs sources d'information telles que la CNAM et l'INS, nous avons identifié les problèmes importants du système de l'assurance maladie, les objectifs tracés par la réforme en relation avec ces problèmes, la concrétisation des mesures prises et le niveau de réalisation desdits objectifs.

Résultats : Dix-sept pour cent (17 %) de la population reste sans couverture sanitaire. En 2015, les dépenses directes des ménages tunisiens étaient de 39,8 % ce qui ne permettait pas d'éviter les dépenses catastrophiques. Presque toutes ces dépenses directes (91 %) étaient dédiées aux services de soins de santé au secteur privé. La couverture pour la lutte contre les maladies chroniques reste insuffisante. La contribution des régimes complémentaires aux dépenses de santé est estimée à 3,3 %. Les inégalités dans l'accès aux soins persistent en raison de la fragmentation de la couverture sanitaire.

Conclusion : En général, les mesures prises par la réforme de l'assurance maladie ne

semblent pas être efficaces pour atteindre ses objectifs. Les dépenses directes des ménages restent élevées. Pour une meilleure protection sociale de santé, les responsables de l'élaboration des politiques devraient reconcevoir la couverture sanitaire, promouvoir le secteur de santé public et garantir l'accès aux médicaments notamment pour les maladies chroniques.

Mots clés : Tunisie, santé, assurance maladie, réforme, soins.

Citation : Safa Ismaïl ; Nejia Zaouali. Santé et assurance en Tunisie : les enjeux de la réforme de 2004. East Mediterr Health J. 2022;28(6):444–453.https://doi.org/10.26719/emhj.22.040

Reçu : 18/01/21 ; accepté : 01/03/22

© Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2022. Accès libre. Certains droits réservés. Ce document est disponible sous la licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo)

Introduction

La mise en place d'une assurance maladie bien conçue est fondamentale pour l'accès aux soins et donc pour le bien-être de la population. Dans la plupart des pays occidentaux, l'assurance maladie est pour une large part prise en charge ou organisée par l'État, ce qui constitue un devoir de ce dernier selon la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

La Tunisie à cet égard occupe une place avancée par rapport à ses voisins du Maghreb tels que l'Algérie et à plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tels que l'Égypte, la République islamique d'Iran, la Jordanie, et le Maroc (1-5). Depuis 1951, tous les fonctionnaires du secteur public tunisien sont couverts par une assurance maladie. Cette avancée est liée notamment aux différents plans de développement réalisés par la Tunisie depuis l'indépendance et qui ont touché l'offre et la couverture de soins. Cette dernière a connu, grâce au sixième Plan de développement économique et social 1982-1986, une extension à d'autres catégories socioprofessionnelles ainsi que l'instauration d'un système de sécurité sociale et de retraite et plusieurs programmes

d'aide sanitaire.Ces programmes ont offert une assistance médicale gratuite ou partielle pour les plus pauvres et pour d'autres catégories socio-économiques et ont contribué ainsi à une meilleure couverture sanitaire qui a atteint près de 83 % de la population tunisienne en 2015 (6).

Néanmoins, ce système de santé souffre encore de plusieurs problèmes, notamment une inégalité remarquable en matière d'accès aux soins liée à des disparités socio-économiques et géographiques croissantes. Ainsi, une réforme du système d'assurance maladie a été instituée par la loi n° 2004-71 du

2 août 2004, entrée en vigueur en juillet 2007. Même si d'énormes efforts, financiers et organisationnels, ont été déployés pour la réalisation de cette réforme ambitieuse, jusqu'à présent aucun travail n'a été effectué pour étudier le niveau de réussite de la réforme par rapport à la réalisation de l'essentiel de ses objectifs qui se résument dans la baisse des dépenses directes, l'unification des régimes obligatoires et l'amélioration de la qualité des services publics.

Le présent article expose les motivations de la réforme de 2004 en mettant l'accent sur ses objectifs. Il essaie dans ce contexte d'évaluer le degré de leur réalisation à l'aide des mesures mises en œuvre.

Financement de la santé en Tunisie et motivations de la réforme

La Tunisie a opté depuis son indépendance pour une politique de santé pour tous. La Constitution de 2014 comporte aussi des engagements en faveur de la santé et de la couverture sanitaire universelle en tant que droits des citoyens. Afin d'améliorer la performance de son système de santé, la Tunisie a réalisé plusieurs programmes en matière de santé. Elle a occupé en conséquence la 52e place selon un rapport de l'OMS publié en 2000.

Au début des années 2000, le système d'assurance maladie tunisien se caractérisait par une multitude de programmes de couverture santé qui différaient selon la caisse d'affiliation et selon la catégorie socioprofessionnelle de l'affilié. On peut distinguer principalement trois régimes :

les régimes de sécurité sociale : ce sont des régimes gérés par les deux caisses de sécurité sociale, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) qui couvre les travailleurs dans le

secteur privé, les travailleurs indépendants, les Tunisiens qui travaillent à l'étranger, etc., et la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) qui prend en charge l'ensemble des travailleurs dans le secteur public ;

l'assistance médicale gratuite (AMG) qui couvre les groupes pauvres et pro-pauvres et comporte deux formules : la gratuité des soins destinée aux ménages les plus pauvres et les tarifs réduits (avec ticket modérateur) destinés aux familles aux revenus annuels particulièrement limités sur la base du taux de salaire minimum ;

l'assurance maladie privée qui offre une couverture complémentaire à une infime partie de la population.

La multiplicité et l'hétérogénéité des régimes gérés par des caisses différentes ont créé un accroissement de l'inégalité au niveau de l'accès aux soins. De plus, l'absence de coordination et d'harmonisation entre ces caisses a engendré des coûts excessifs, mettant ce système dans une impasse financière. Le financement de la santé basé sur les dépenses directes des ménages est alarmant (42,9 % en 2005) (7). Quand elles sont élevées, ces dépenses directes peuvent constituer pour certaines catégories socio-économiques une barrière à l'accès à la consommation de soins ; donc les dépenses directes élevées viennent accentuer l'inégalité d'accès (8). L'une des raisons principales de ce taux élevé de dépenses directes des ménages est leur recours au secteur privé de la santé qui est devenu plus attrayant que le secteur public, bien qu'il soit plus cher et non couvert, en raison de la meilleure qualité des services fournis. Cependant, l'efficacité et la qualité des services publics ont beaucoup baissé à cause de la congestion et du manque de personnel, de médicaments et d'équipements. Ce problème a touché surtout les ménages qui souffrent de maladies chroniques et qui nécessitent une forte consommation de soins dont la couverture est partielle. Ces dépenses directes peuvent faire supporter à tous ces ménages une charge financière qui peut les conduire au risque de dépenses catastrophiques, voire d'appauvrissement.

L'amélioration de la couverture assurantielle était alors l'un des objectifs principaux de la réforme de 2004 qui a souhaité réduire les dépenses directes des ménages et permettre à ces derniers de recourir aux soins sans contrainte financière. Cette réforme vise à faire baisser les dépenses directes des ménages à travers l'extension de l'assurance aux prestataires de soins privés d'une part, et à travers l'amélioration de la couverture pour les maladies chroniques d'autre part. Elle vise aussi à unifier les régimes obligatoires et garantir une couverture suffisante dans un but d'équité ainsi qu'à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses de santé galopantes.

Aujourd'hui, il existe deux principaux dispositifs de mutualisation : la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) obligatoire couvrant les salariés du secteur formel, et les régimes d'assistance médicale gratuite (AMG) couvrant les populations vulnérables (9). La couverture CNAM a trois options : la filière publique (54 % des assurés sociaux de la CNAM en 2015), la filière privée (18,5 % des assurés en 2015) et le système de remboursement de frais (21 % des assurés en 2015) (10). L'AMG garde sa même structure : la gratuité des soins (2,1 % de la population totale en 2015) et les tarifs réduits (3,6 %) (6). L'assurance maladie privée couvre une faible part de la population (8). Environ 17 % des ménages ne sont pas couverts et sont poussés à des dépenses directes pour acheter des services de santé auprès de prestataires publics et privés. Un système de rémunération à l'acte est appliqué dans les établissements publics et les paiements dans les établissements privés se font selon l'option choisie. La rémunération des médecins du secteur privé est basée sur un système de rémunération à l'acte et un paiement forfaitaire pour 24 maladies chroniques. Afin de simplifier la présentation du système tunisien d'assurance maladie post-réforme, une représentation récapitulative a été conçue. Elle montre les modes d'accès et de financement pour les trois filières du régime obligatoire (Figure 1).

Méthodologie

Au début des années 2000, le système d'assurance maladie souffrait de plusieurs problèmes. La situation a nécessité une réforme qui a été instituée en 2004 et qui a tracé des objectifs bien définis, dont la finalité principale était de réduire les inégalités socio-économiques et régionales d'accès aux soins. Pour atteindre ces objectifs, différentes mesures ont été mises en œuvre.

Le présent article vise à évaluer le niveau de réussite de la réforme par rapport à la réalisation de ses objectifs principaux résumés par la baisse des dépenses directes, l'unification des régimes obligatoires et l'amélioration de la qualité des services publics.

On a identifié cinq problèmes du système antérieur à la réforme : la multiplicité et l'hétérogénéité des régimes

d'assurance maladie, et l'iniquité accrue au niveau de l'accès aux soins ; l'exclusion de l'offre de soins privée du champ de couverture de l'assurance maladie alors que la demande pour ce secteur est croissante ; l'insuffisance au niveau de la prise en charge et de la couverture des maladies chroniques et/ou graves ; l'évolution rapide des coûts de santé supportée en grande partie par les ménages (dépenses directes élevées) et l'engagement insuffisant des caisses de sécurité sociale et des assurances privées ; et l'inefficience de l'offre de prestations de soins de

qualité insuffisante. Ensuite, on a présenté et défini les solutions tracées par la réforme de 2004. Enfin, on a évalué le niveau de réalisation des objectifs tracés par cette réforme. Cette évaluation s'est basée sur une comparaison traçant l'évolution et le changement acquis chez les ménages et au sein du système de santé lui-même entre les périodes pré-réforme et post-réforme. Les résultats atteints après la réforme sont analysés à l'aide de chiffres clés issus des bases de données et de rapports officiels, tels que ceux de l'OMS (2019), de la Banque mondiale (2020), de la CNAM (2015), de l'Institut National de la Statistique (2015), et des comptes nationaux de la santé (2012-2013). Tout a été récapitulé dans un tableau structuré afin de faciliter la compréhension et l'analyse des effets et des limites de chaque mesure prise. Le jugement sur le niveau d'efficacité de ces mesures dépend des attentes de la réforme et des indicateurs de référence internationaux.

Évaluation de l'application concrète de la réforme de 2004

Cette réforme a essayé de résoudre plusieurs problèmes et insuffisances qu'a connus le système de santé tunisien, et particulièrement ceux liés à l'assurance maladie. Dans le tableau 1, on essaie d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs tracés par la réforme et d'analyser l'efficacité des décisions prises par rapport à la garantie d'un bon accès aux soins pour tous.

Discussion

La réforme tunisienne de 2004 a été réalisée pour réduire les inégalités socio-économiques et régionales d'accès aux soins. Ces inégalités avaient trois sources principales : les dépenses directes élevées des ménages, les régimes d'assurance santé multiples et hétérogènes et les services publics de santé dégradés.

Afin de réduire les dépenses directes des ménages, trois mesures ont été engagées : extension de l'assurance aux prestataires de soins privés, amélioration de la couverture pour les maladies chroniques et augmentation de la contribution des caisses de sécurité sociale et des assurances privées dans les dépenses de santé. Malgré toutes ces mesures, les dépenses directes des ménages tunisiens n'ont pas significativement baissé après une dizaine d'années de réforme, passant de 42,9 % en 2005 à 39,8 % en 2015 (7). La Tunisie n'arrive pas à assurer une part de dépenses directes inférieure à 20 % lui permettant d'éviter considérablement les dépenses catastrophiques et de réaliser ainsi la couverture universelle de santé comme recommandé par l'OMS (29). C'est aussi le cas des pays en développement en général. En particulier, certains pays de la Région de la Méditerranée orientale, tels que la République islamique d'Iran, la Lybie, le Liban et le Territoire palestinien occupé, ont des taux similaires à celui de la Tunisie (respectivement, 36 % en 2012, 34 %, 42 % et 41 % en 2015). D'autres pays, tels que la République arabe syrienne, l'Égypte, l'Iraq et le Maroc, ont des taux encore plus élevés (respectivement, 53 % en 2013, 50 %, 62 % et 52 % en 2015) (30). Mais la Tunisie présente un retard manifeste si on la compare à la France, pays ayant l'un des meilleurs

systèmes de santé dans le monde (6,8 % de dépenses directes) (7). La persistance des dépenses directes élevées est due en partie à une proportion encore élevée de la population sans couverture sanitaire (17 % de la population) (6). Cette catégorie est formée de chômeurs (5,6 % de la population), de travailleurs dans le secteur informel (2,6 %) et de catégories relevant des familles pauvres qui ne bénéficient pas de l'assistance médicale.

Plusieurs études en Chine, en Zambie, en Inde, en Moldavie et au Brésil (31-35) ont montré que les ménages sans couverture sanitaire sont les plus exposés aux dépenses catastrophiques de santé et à l'appauvrissement en raison de leurs paiements directs élevés. Le gouvernement tunisien devrait alors renforcer les mécanismes d'avancement vers la couverture sociale universelle en intégrant ces catégories dans l'assurance santé.

L'extension des maladies chroniques et lourdes représente également l'un des plus gros problèmes liés aux dépenses directes des ménages. Elle est accentuée par l'absence de stratégie claire face aux changements démographiques et épidémiologiques qu'a connus la Tunisie dans les deux dernières décennies ainsi que par l'adoption de nouveaux modes de vie malsains : tabagisme, alcool, drogue, manque d'activité physique, stress, fast-food, etc. En Tunisie, plus d'un adulte sur quatre est obèse et six adultes sur dix sont en surpoids (21). Les maladies chroniques constituent la principale cause de mortalité et de morbidité en Tunisie (36). Elles nécessitent une forte consommation de médicaments et font peser une lourde charge financière non seulement sur l'État mais aussi sur les ménages. L'impact de la prise en charge intégrale des maladies chroniques appliquée après la réforme a été entravé par deux problèmes majeurs : tout d'abord, près de la moitié des personnes qui souffrent de maladies chroniques ne bénéficient pas de la prise en charge intégrale (6) ; puis il y a une pénurie habituelle de médicaments dans les établissements publics, poussant les ménages à acheter directement leurs médicaments dans les officines privées. Ceci est dû à la mauvaise gestion des stocks et à la faible part des dépenses de santé consacrée aux maladies chroniques (2 % en 2013 contre 12 % dans les pays de l'OCDE) (22). Les décideurs politiques devraient reconcevoir la couverture et allouer davantage de fonds particulièrement aux maladies chroniques. Favoriser l'agriculture biologique ou encore taxer suffisamment certains produits nocifs (tabac, alcool, boissons sucrées, etc.) sont des moyens qui peuvent entraîner à la fois une prévention des maladies lourdes et un accroissement des recettes. Les décideurs politiques devraient aussi réviser et mettre à jour régulièrement la liste des médicaments essentiels et les montants de référence utilisés pour le remboursement des soins dans le secteur privé. Ils devraient aussi garantir la disponibilité et l'accès aux médicaments dans les structures de santé publiques pour une meilleure protection sociale de santé.

Par ailleurs, l'ouverture de l'assurance maladie au secteur privé de la santé n'a pas réussi à faire baisser significativement les dépenses directes des ménages : 91 % de ces dépenses directes se font dans le privé, dont 56 % sont des produits pharmaceutiques (22). Dans ce

contexte, l'automédication, l'insuffisance de la couverture pour les médicaments fixée entre 40 et 70 % et basée sur le prix du générique le moins cher ainsi que les plafonds de remboursement, fixés trop bas, accentuent la croissance de ces dépenses. Plusieurs études ont fait valoir aussi que dans les pays en développement, il existe une utilisation non rationalisée des médicaments et des prescriptions excessives générant des dépenses directes élevées. Les décideurs politiques devraient alors surveiller la commercialisation des médicaments et les prescriptions abusives pour réduire les dépenses directes de soins. Ils devraient aussi revoir les plafonds des tickets modérateurs et de remboursement d'une façon plus efficace et réaliste.

En Tunisie, les dépenses directes et les dépenses catastrophiques ne touchent pas uniquement les pauvres ; elles affectent également les plus riches (8). Dans ce contexte, appuyer le rôle des régimes complémentaires est primordial car jusqu'à présent, leur contribution aux dépenses totales de santé reste très faible (3,3 % en 2015), comme c'est le cas dans la majorité des pays comparables tels que l'Égypte (1,1 %) et le Maroc (1,2 %) alors qu'en France, la contribution des régimes complémentaires est de 13,6 % (7). Ces régimes pourraient constituer une solution pour répondre aux besoins des classes moyennes et supérieures qui sont capables d'augmenter légèrement leurs cotisations pour garantir de meilleures prestations.

L'un des objectifs principaux de la réforme de 2004 était d'unifier les régimes d'assurance maladie pour réduire les inégalités en santé entre les différentes catégories socio-économiques des ménages. Néanmoins, les trois options de la couverture obligatoire ont généré une fragmentation supplémentaire de la couverture sanitaire qui accroît ces inégalités. Celles-ci sont encore aggravées par la régression continue des services de soins dans le secteur public. La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a dévoilé les défaillances du système de santé tunisien et a montré les sacrifices des ménages. Pour survivre, ces ménages ont été poussés à acheter des services de santé dans le secteur privé et à assumer des dépenses très importantes, affectant leur bien-être économique. Les décideurs politiques devraient sauver et entretenir en urgence le secteur public de la santé afin de garantir des services de qualité à l'ensemble de la population. Le gouvernement tunisien devrait aussi inciter les prestataires de soins à travailler dans les zones défavorisées à travers le développement d'infrastructures convenables et la création de conditions de travail encourageantes. Cela permettra de créer une vraie concurrence entre le secteur privé et le secteur public, améliorant ainsi l'efficacité du système de santé.

Conclusion

La nouvelle réforme de l'assurance maladie représente une initiative ambitieuse pour résoudre certains problèmes et insuffisances du système antérieur à la réforme d'assurance maladie en Tunisie. De gros efforts ont été fournis afin de réduire les dépenses directes des ménages et réaliser plus d'équité au niveau de l'accès aux soins. Néanmoins, l'évaluation du niveau de réalisation des objectifs de la réforme de l'assurance maladie tunisienne, traitée dans cet article,

montre que les mesures prises par la réforme ne semblent pas être efficaces pour alléger le poids des dépenses directes de santé. Plusieurs autres mesures doivent être mises en œuvre, notamment le développement du secteur public de la santé, l'adoption d'une stratégie de rationalisation de l'achat des médicaments, l'actualisation régulière de la liste des médicaments essentiels et des montants de référence utilisés pour le remboursement des soins et l'extension des régimes complémentaires. Dans ce contexte, l'État ne doit pas se retirer du financement de la santé car, avec des dépenses de santé très limitées – 6,7 % du PIB en 2015 (7) –, il n'arrivera pas à renforcer son système de santé et améliorer ainsi sa performance sanitaire.

En Tunisie, une vision stratégique est nécessaire pour la prévention des maladies chroniques, le renforcement des mécanismes de prépaiement et la rationalisation de la consommation et des dépenses de médicaments. Cela pourrait contribuer à réduire le fardeau des dépenses directes et à améliorer la protection financière de l'ensemble de la population. C'est un outil d'aide au suivi de la progression vers la couverture sanitaire universelle. Par conséquent, il est recommandé de réaliser une évaluation fiable de la réforme basée sur une étude empirique rigoureuse qui montre l'impact des mesures prises par la réforme sur les dépenses directes des ménages et sur le risque d'exposition à des dépenses catastrophiques. Ces résultats seront importants pour les décideurs politiques afin de pouvoir combler les lacunes et renforcer efficacement la règlementation.

Financements : aucun

Conflits d'intérêt : aucun

Health and health insurance in Tunisia: the challenges of the 2004 reform Abstract

Background: In 2004, Tunisia has implemented health insurance reform in order to remedy several problems related to alarming inequity, insufficient health coverage, and exponential growth in health costs and out of pocket spending.

Aims: This paper aimed at sharing a critical vision and qualitative assessment of health insurance reform implemented during 2004 in Tunisia.

WHO EMRO | Santé et assurance maladie en Tunisie : les enjeux de la réforme de 2004

Methods: Using several sources of information such as the national health insurance fund and the national institute of statistics, we identified the major problems of the health insurance system, the objectives outlined by the reform in relation to these problems, the implementation of measures taken and the level of achievement of these objectives.

Results : 17% of the population remains without health coverage. In 2015, the out-of-pocket health expenditures was 39.8%, which does not avoid the risk of catastrophic expenditure. Almost all (91%) of out-of-pocket health expenditures are spent for private sector related healthcare services. Coverage for chronic disease control remains insufficient. The health expenditure contribution of supplementary schemes is estimated at 3.3%. The fragmentation of the health coverage accentuates the inequalities in access to healthcare.

Conclusion : In general, the measures taken by the health insurance reform were not found to be sufficiently efficient to achieve its objectives. Out-of-pocket health expenditures remain high. For better social health protection, policy makers have to restructure health coverage, promote the public health sector and guarantee access to medicines, particularly for chronic diseases.

الصحة والتأمين الصحي في تونس **:** تحديات الإصلاح في عام **2004**

صفاء إسماعيل، ناجية الزوالي

الخلاصة

: في عام 2004 ، نفَّذت تونس إصلاحًا في مجال التأمين الصحي لمواجهة العديد منالخلفية
المشكلات التي ارتبطت بوجود إجحاف منذر بالخطر، وعدم كفاية التغطية الصحية، والنمو
المطرد في التكاليف الصحية وفي الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين .

: هدفت هذه الدراسة الى تقديم رؤية نقدية وتقييمًا نوعيًّا لهذا الإصلاح الأهداف.

: باستخدام عدة مصادر للمعلومات، مثل الصندوق الوطني للتأمين الصحي والمعهدطرق البحث
الوطني للإحصاءات، حددنا المشكلات الرئيسية التي يواجهها نظام التأمين الصحي، وعقدنا
مقارنة بين الأهداف التي حددها الإصلاح فيما يتعلق بتلك المشكلات، وتنفيذ التدابير
المحددة، ومستوى تحقيق تلك الأهداف .

10 / 16

[illegible]

[illegible]

Références

1. Kaddar M. Health systems in transition. Le défi de la couverture universelle de santé en Algérie, 2016 (https://afhea.org/docs/presetationspdfs/Le%20d%C3%A9fi%20de%20la%20couverture%20universelle%20de%20sant%C3%A9%20en%20Alg%C3%A9rie%20Miloud%20Kaddar%20final.pdf, consulté le 21 mars 2022).

2. La réforme de l'Assurance maladie égyptienne. Direction générale du Trésor, Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance (France) ; 28 janvier 2018. (https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2018/01/28/la-reforme-de-l-assurance-maladie-egyptienne, consulté le 27 avril 2022).

3. Social Protection in Jordan. Phenix Center for Economic and Informatics Studies, 2014 (https://www.solidar.org/system/downloads/attachments/000/000/455/original/PDF1.pdf?1469200423, accessed 30 March 2022).

4. Ladier-Fouladi M. La famille en Iran entre l'inflexion démographique et la naissance de l'État providence. Population. 2002;57(2):391–400.

5. Bensed N, Fasly H. La réforme de la couverture médicale de base au Maroc : État des lieux. Revue du Contrôle, de la Comptabilité et de l'Audit. 2019;3(1):433–50.

6. Institut National de la Statistique. Statistiques Tunisie [Internet]. Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages, 2015. (http://www.ins.tn/enquetes/enquete-nationale-sur-le-budget-la-consommation-et-le-niveau-de-vie-des-menages-2015, consulté le 30 mars 2022).

7. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Tunisia, 2000-2019 [Internet]. La Banque mondiale. Données de la Banque mondiale (https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TN, consulté le 27 avril 2022).

8. Abu-Zaineh M, Romdhane HB, Ventelou B, Moatti JP, Chokri A. Appraising financial protection in health: the case of Tunisia. Int J Health Care Finance Econ. 2013 Mar;13(1):73–93. (https://doi.org/10.1007/s10754-013-9123-8).

9. Études de faisabilité des garanties du Socle National de Protection Sociale. Résumé exécutif mai 2019. Tunis : Centre de Recherches et d'études sociales, ministère des Affaires sociales ; 2019 [site web] (http://www.cres.tn/uploads/tx_wdbiblio/resume-socle-final.pdf, consulté le 21 mars 2022).

10. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Statistiques [Internet]. Tunis : Ministère des Affaires sociales (http://www.cnam.nat.tn/stat.jsp, consulté le 31 mars 2022).

11. Moitrier J. Y a-t-il un plan français de Sécurité sociale? Rev. Econ. 1967;18(2):177–204.

12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/65984/retrieve, accessed 21 March 2022).

13. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population de Québec - Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Québec : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2007 (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-228-05.pdf, consulté le 21 mars 2022).

14. Kelly MP, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V, et al. The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final Report to the World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health from the Measurement and Evidence Knowledge Network. Geneva: World Health Organization/Commission on Social Determinants of Health, Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN); 2007 (https://file.qums.ac.ir/repository/sdh/mekn_final_report_102007.pdf, accessed 21 March 2022).

15. L'évolution des dépenses de la CNAM en Assurance Maladie. Centre de Recherches et d'études sociales (CRES), ministère des Affaires sociales, Tunisie. Décembre 2014 ; lettre n°5 (http://www.cres.tn/uploads/tx_wdbiblio/Lettre__5.pdf, consulté le

27 avril 2022).

16. Ben Abdelaziz A, Haj Amor S, Ayadi I, Khelil M, Zoghlami C, Ben Abdelfattah S. Le financement des soins de santé en Tunisie. État actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la couverture santé universelle. Tunis Med. 2018;96(10):789–807.

17. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Données relatives à l'activité de la CNAM [Internet]. Tunis : Ministère des Affaires sociales (http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/indicateursglobaux2018.pdf, consulté le 27 avril 2022).

18. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 21 mars 2022).

19. Abdmouleh R. La réforme de couverture sociale en Tunisie : perspectives, bilan et défis. Cah. psychol. polit. [en ligne]. 2012 ; 20. https://cpp.numerev.com/articles/revue-20/932-la-reforme-de-couverture-sociale-en-tunisie-perspectives-bilan-et-defis

20. Engagement du secteur privé pour faire avancer la couverture sanitaire universelle. Document technique présenté lors de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, Khartoum (Soudan), 15-18 octobre 2018 (EM/RC65/8). Le Caire : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_8_20547_FR.pdf?ua=1, consulté le 31 mars 2022).

21. Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44253, consulté le 27 avril 2022).

22. Ben Sedrine S, Amami M. La gouvernance du système de santé publique aggrave l'inégalité sociale face au risque de la maladie en Tunisie. La Marsa : Friedrich-Ebert-Stiftung [Fondation Friedrich Ebert] Tunisie ; 2016 (https://library.fes.de/pdf-files/bueros/tunesien/14395.pdf, consulté le 28 avril 2022).

23. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss). Systèmes nationaux de sécurité sociale. Le régime tunisien de sécurité sociale (salariés). (https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_tunisie_salaries.html#financement, consulté le 28 avril 2022).

24. Needham DM, Sinopoli DJ, Dinglas VD, Berenholtz SM, Korupolu R, Watson SR, et al. Improving data quality control in quality improvement projects. Int J Qual Health Care. 2009 Apr;21(2):145–50. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp005

25. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? Lancet. 2004 Mar 27;363(9414):1061–7. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15843-1

26. Askenazy P, Dormont B, Geoffard P-Y, Paris V. Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique. 2013;8(8):1–12. https://doi.org/10.3917/ncae.008.0001

27. Programme d'appui au développement des zones défavorisées. Portail national de la santé en Tunisie. Ministère de la Santé ; 2012 [site web] (http://www.santetunisie.rns.tn/fr/?option=com_content&view=article&id=127, consulté le 24 mars 2022).

28. Chauvenet A. Médecines au choix, médecine de classes. Paris : Presses Universitaires de France ; 1978.

29. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2020.

30. Out of pocket expenditure (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHE). Eastern Mediterranean Health Observatory, Regional Office of the World Health Organization for the Eastern Mediterranean (https://rho.emro.who.int/ThemeViz/TermID/132, accessed 23 March 2022).

31. Wagstaff A, Lindelow M. Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China. J Health Econ. 2008 Jul;27(4):990–1005. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.02.002

32. Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: some counterintuitive evidence from one low-income country. Health policy. 2007 Oct;83(2-3):304–13. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.02.004

33. Shahrawat R, Rao KD. Insured yet vulnerable: out-of-pocket payments and India's poor. Health Policy Plan. 2012 May;27(3):213–21. https://doi.org/10.1093/heapol/czr029

34. Balabanova D, Roberts B, Richardson E, Haerpfer C, McKee M. Health Care Reform in the Former Soviet Union: Beyond the Transition. Health Serv Res. 2012 Apr;47(2):840–64.

https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01323.x

35. Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. Cad Saude Publica. 2011;27 Suppl 2:s254–62. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001400012

36. Statistiques nationales sur les causes de décès en Tunisie 2015 et 2017. Ministère de la santé, Institut national de la santé, mars 2020 (http://www.santetunisie.rns.tn/images/statistiques-nationales-causes-de-deces2015-2017.pdf, consulté le 23 mars 2022).

Thursday 11th of July 2024 02:30:33 PM