Cahiers de Psychologie Politique

N° 20 | 2012
Les nouvelles idéologies Janvier 2012

La réforme de couverture sociale en Tunisie : perspectives, bilan et défis

Contribution à l'évaluation du système d'Assurance Maladie dans les pays en développement1

Ridha ABDMOULEH

Édition électronique :
URL :
https://cpp.numerev.com/articles/revue-20/1524-la-reforme-de-couverture-sociale-en-tunisie-perspectives-bilan-et-defis
DOI : numerev_699
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 10/01/2012

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : ABDMOULEH, R. (2012) La réforme de couverture sociale en Tunisie : perspectives, bilan et défis. *Cahiers de Psychologie Politique*, (20). https://doi.org/10.34745/numerev_699

En dépit de sa stratégie ambitieuse (alliant : rationalité, efficacité et équité), la nouvelle réforme de couverture sociale (la CNAM) se heurte à un certains nombre de problèmes, dont à priori ses rapports avec le grand public. L'image de la CNAM prend parfois l'allure d'une institution bureaucratisée, en plein désarroi, privilégiant ses propres intérêts et se démarquant de l'éthique de solidarité. Bien que les questions d'ordre technique, médical et financiers soient une source réel de ce mécontentement, les considérations psychosociologiques dû au manque de communication entre la CNAM et son public ont semble t-il accentuer un tel sentiment.
Nous pouvons en déduire aussi que la réforme de la couverture des soins en Tunisie a bel et bien profité à la médecine libérale mais pas pour autant au secteur public-de plus en plus marginalisé et fragilisé et incapable de remplir pleinement son rôle. Une telle situation défavorise une bonne partie de la population tout en bénéficiant aux classes sociales aisées, et remet en question la notion des égalités face aux soins proclamée par la CNAM.

Mots-clés :

Introduction

Afin de faire face aux nouvelles transitions (économiques, démographiques, sociologiques…) et aux évolutions des dépenses de soins et partant du principe que la santé est un droit inaliénable qui fait partie des droits fondamentaux de l'homme, la Tunisie a mis en place une nouvelle politique de couverture médicale (mise en vigueur en juillet 2007)2. Voulant combler les lacunes de l'ancien système (Abdmouleh, 1990)3, cette réforme (par le biais de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie-CNAM)4 se veut rationnelle, efficace et égalitaire5.

Aujourd'hui, soit environ trois ans après sa mise en application, on est en mesure de s'interroger sur l'écho de ce nouveau système auprès du public et en quelque sorte sur son efficacité, dans le but de contribuer à sa rationalisation et à sa performance.

Ce type d'interrogation est si justifié que cette institution est désormais partie intégrante du paysage social et culturel du public qui détermine en partie sa réussite (Moscovici, 1996). Par ailleurs le processus de rapprochement entre le citoyen et ses

institutions passe une période d'adaptation et nécessite un travail de mobilisation et de sensibilisation. Michel Crozier (1999) souligne à ce propos : qu'on ne change pas le comportement des gens par décret et met l'accent sur l'importance des investigations sociologiques et psychosociologiques dans ce processus de médiation.

Notre problématique était de savoir *:* Comment le public réagit-il face au changement (adopté par la réforme de la CNAM) qui touche la gestion de sa santé ?Comment cette réforme se répercute-t-elle sur ses choix et ses stratégies de soins ?Est-ce que l'orientation vers le libéralisme médical prônée par la CNAM profite bien à la population, et de quelle manière ?Quelles conséquences peut avoir la réforme de la Cnam sur le secteur sanitaire public (censé être ainsi libéré du surnombre en patients et de l'encombrement qu'il a connus aux décennies ayant suivi l'Indépendance ?).Enfin, quelles sont les lacunes et les défis auxquels est confrontée cette réforme ?

Afin de mettre en lumière ces aspects, nous avons mené une étude dans une perspective psychosociologique visant à explorer les attitudes, les opinions et les attentes des adhérents de la CNAM, ainsi que les raisons qui les sous-tendent et à comprendre les mécanismes des choix des filières de soins et des parcours thérapeutiques.

L'étude se réfère aux données d'une enquête effectuée sur un échantillon de 120 personnes dans la zone urbaine de Sfax durant l'été 2010. Nous avons tenu compte des variables sociologiques classiques : sexe, niveau d'instruction, niveau de vie, l'âge, statut professionnel et statut familial, où nous nous sommes limités aux personnes mariées, vu leurs expériences dans le domaine des soins.

Nous avons inclus d'autres variables explicatives à savoir : la profession, le secteur d'activité (privé/public) et les filières de soins.

Une enquête préliminaire à base d'entretiens a permis d'élaborer les thèmes et les items du questionnaire. Parallèlement, nous nous sommes entretenus avec des représentants de la CNAM et d'autres acteurs sociaux impliqués dans le processus de cette réforme (médecins, pharmaciens, représentants des syndicats des médecins et des travailleurs…).

Une autre enquête similaire a été menée un an plutôt (janvier 2009) dans la même région sur un échantillon de 150 personnes. Cette démarche a permis d'apprécier l'évolution des attitudes face à la CNAM et d'avoir une idée plus approfondie sur la question[6].

Au cours de ce travail nous tenterons de comprendre et d'expliquer les raisons qui sous-tendent les attitudes du public face à la CNAM et leurs déterminants, et de mettre enfin la lumière sur les acquis, les lacunes, les obstacles et les défis auxquels est confrontée la nouvelle réforme de couverture maladie dans le pays.

Aperçu sur les infrastructures sanitaires à Sfax

Sfax est une ville côtière, située au centre Est du pays, à environ 250 Km de la capitale Tunis. Elle compte environ 1 million d'habitants[7]. La zone urbaine est connue sous le nom du Grand Sfax, qui s'étend à environ 15 Km à partir du centre ville et caractérisée par sa démographie galopante (environ 700.000 habitants).

Du point de vue des infrastructures sanitaires, la ville de Sfax est dotée de deux Centres Hospitalo-universitaires (Habib Bourguiba et Hédi Chaker) avec une capacité d'environ 1000 lits englobant quasiment toutes les spécialités. Outre les besoins de la région de Sfax, ces CHU accueillent les patients de certains gouvernorats avoisinants (notamment ceux du centre Ouest et du Sud) du pays.

A cela, s'ajoutent : 3 hôpitaux régionaux, 2 hôpitaux de circonscription et 20 unités de soins de base (dispensaires), des centres de soins et de prévention (maternité, vaccinations, médecines scolaires et universitaires), (Ministère de la santé publique, 2008).

On compte également une polyclinique et des dispensaires destinés aux salariés du secteur privé affiliés au CNSS (Caisse nationale de sécurité sociale).

Quant aux structures sanitaires privées on dénombre : 8 cliniques, 8 Centres d'imageries médicales et de radiologie, 3 laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques, 32 pharmacies, environ 250 médecins généralistes, et autant de spécialistes (Ministère de la santé publique, 2008).

Sfax est réputée également par le tourisme médical, où elle accueille quotidiennement un bon nombre de clients en provenance de la Libye.

L'assurance/maladie est gérée par la CNAM qui garantit la couverture des soins des assurés sociaux (estimés à trois millions) aussi bien du secteur public (affiliés à la Caisse Nationale de Retraite et Prévoyance Sociale-CNRPS-environ 33,5 %) que du secteur privé (à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale-CNSS-environ 66,5 %).

Les catégories sociales défavorisées (et non affiliées à l'un de ces deux régimes, estimées à 10 % de la population du pays) bénéficient quant à elles de la prise en charge (totale ou partielle) des soins dans les structures publiques.

Le choix des filières des soins[8]

1-Le choix de la filière publique

La raison essentielle qui incite la population à opter pour cette filière est d'ordre économique. 55 % de ceux qui ont choisi cette filière (voir Tab 1) la préfèrent à la médecine de libre pratique jugée trop couteuse et offrant moins de garanties (remboursement plafonné), alors qu'une bonne partie (27,5 %) déclare ne pas l'avoir choisie et qu'elle a été désignée d'office par la CNAM, à défaut d'un choix exprimé par l'affilié.

Le flou qui entourait la CNAM (à ses débuts) et le manque d'information à l'adresse du grand public, conjugué au laisser aller du citoyen y sont pour quelque chose.

Enfin, 10 % (environ) optent pour le secteur public avec l'idée de bénéficier de sa haute technologie et de la compétence de ses praticiens. Cette catégorie regroupe non seulement des personnes issues des classes défavorisées mais aussi des gens des classes moyennes souffrant de maladies qui nécessitent des interventions chirurgicales et des soins de pointe.

Pour ces derniers, le secteur public constitue une soupape ou une roue de secours à laquelle on fait appel en cas de soins lourds et couteux, alors que pour les soins ordinaires ils préfèrent habituellement se soigner dans le secteur libéral et à leurs propres frais.

2-Le choix des soins privés

Si le public opte pour cette filière c'est avant tout par confiance au médecin de famille (40 %)9 qui prodigue soins et conseils. Il est en quelque sorte le confident du malade en matière de santé. De plus il se sentirait mieux traité tout en bénéficiant d'une bonne prestation (29 %).

Le « spectre » des "difficultés attendues" dans le secteur sanitaire public (encombrements, délais de rendez-vous, files d'attente interminables, manque de médicaments, laisser aller ...) constitue pour le citoyen un argument de poids pour se réfugier chez le médecin de famille ('11 %).

Tab-1 Raisons de choix des filières des soins

Filières Raisons de choix	Filière publique	soins privés	système de remboursement	Eff
Moins couteuse	34	0	0	34
Je ne l'ai pas choisi	17	0	1	18
Meilleures prestations	2	10	5	17
Faire confiance au médecin de famille	0	14	0	14
Pour accéder aux spécialistes	6	3	5	14
Liberté de choix	2	2	7	11

éviter les méfaits du secteur public	0	4	4	8
Grace aux cotisations patronales	1	2	1	4
T	62	35	23	120

3-Le choix du système de remboursement

Ce choix est motivé par le désir de pouvoir accéder directement aux spécialistes (du secteur privé) sans passer par le médecin de famille et économiser ainsi temps et argent (22 %-Tab-1).

Cette formule retient surtout l'attention des patients victimes de maladies chroniques et sévères exigeant l'intervention et le suivi des médecins spécialistes. Mais c'est surtout l'idée de se sentir libre de choisir son médecin qui semble attirer les gens vers cette filière (30 %).

Enfin, être bien traité tout en bénéficiant d'une meilleure prestation, c'est ce qui caractérise les attentes des affiliés à ce système (22 %).

Un point commun qui réside derrière le choix de cette filière et de celle des soins privés (médecin de famille) est la fuite des contraintes et « des difficultés » du secteur public.

Soulignons tout de même qu'une proportion préfère recourir de temps à autres aux hôpitaux publics pour bénéficier de sa haute technologie et de la compétence de ses praticiens et éviter par la même occasion le coût élevé des policliniques privées[10].

Le changement de filières

Sur l'ensemble de l'échantillon 25 % ont (ou ayant l'intention) de changer de filière, contre 66 % qui préfèrent les maintenir et 9 % n'ont pas encore pris de décision.

Ce changement peut constituer un indicateur sur le degré de satisfaction dans le choix initial des filières.

Notons que la volonté de changer de filière émane essentiellement des personnes très insatisfaites (18) et à moindre degré de celles qui sont relativement insatisfaites (8)[11].

Quant aux filières de destination : c'est le médecin de famille (soins privés) qui est le plus sollicité (56,5 %- 17 personnes-tab-2), suivi par le système de remboursement (33,5 %,). Le secteur public quant à lui est peu choisi (10 %,).

Ces résultats confirment la « popularité » de la formule du médecin de famille mais en même temps le « recul » du secteur public. C'est ce qui explique que la décision (ou l'intention) de changer de filière émane essentiellement des affiliés des soins publics (18/30) Tab-2.

Tab-2- filières d'origine et filières de destination

Filières de destination Filière d'origine	filière publique	soins privés	système de remboursement	N
filière publique		15	3	18
soins privés	1		7	8
système de remboursement	2	2		4
T	3	17	10	30

Les attitudes face à la CNAM

Parmi les constats qui s'imposent, on note le manque de popularité de la CNAM. Ainsi, 66 % du public interrogé adopte une attitude plutôt hostile à son égard. Ce sentiment négatif suit une tendance croissante, où on assiste à un écart important (dans le sens négatif) entre 2009 et 2010 (tab-3).

Tab-3 Evolution des attitudes du public à l'égard de la CNAM

	- 2009-	- 2010-		
Degré de satisfaction	N	%	N	%
Très satisfait	6	4	4	3,5
Relativement satisfait	96	70	33	29,5
Plutôt insatisfait	32	24	59	52,5
Très insatisfait	3	2	16	14,5
T	137*	100	112**	100

*sur un échantillon de 150 personne / ** sur 120 personnes

Quelles sont les raisons de cette impopularité ?

1-Le manque d'organisation

Si le public se montre sévère envers la CNAM c'est d'abord à cause de « son manque d'organisation » (29 %-Tab-4). Le flou qui entoure des questions importantes (tels : la limite du plafonnement des remboursements, la prise en charge de certaines maladies et leurs traitements…), les contradictions, les hésitations des responsables, l'incohérence de certaines décisions renforcent bien cette impression chez le public. « *Moi je ne comprends rien à ce système…. J'ai essayé à plusieurs reprises d'avoir l'information de la part des employés de la CNAM, mais parfois ils sont incapables de la fournir, car, eux même ils avouent qu'ils ne maitrisent pas le système* ». (Résume ainsi un cadre, -41 ans- cette situation).

Le manque d'expérience de la CNAM, associé aux limites des campagnes d'information à atteindre un bon nombre du grand public y ont probablement contribué. *« C'est un véritable foutoir, tout est confus dans les bureaux de la Cnam et l'information n'est pas à jour et ne passe pas ….. » rétorque une cadre âgée de 34 ans.*

Il faut reconnaitre aussi que la mise en application de la CNAM de façon parfois hâtive sans une préparation minutieuse et suffisante sur le plan des infrastructures et de l'organisation (bureaux d'accueil suffisants, formulaires, informatisation ...) et le manque de consensus (ou de coordination) avec d'autres partenaires sociaux (médecins, pharmaciens, laboratoires, cliniques...) ce sont répercutés sur le rapport avec les citoyens en donnant l'impression d'un certain désarroi et d'un dysfonctionnement et renforçant par là même le sentiment de mécontentement à son égard.

2-Les mauvaises conditions d'accueil et l'incommunicabilité avec le public

Au manque d'organisation vient s'ajouter les mauvaises conditions de l'accueil dans les bureaux de la CNAM pour accentuer le mécontentement du public (16,5 %). C'est avec un sentiment de colère qu'on parle des supplices subis dans ces bureaux, (fatigue, stress dû à l'encombrement et aux files d'attentes interminables, indignation face à « l'indifférence et le cynisme » des agents d'accueil...)12. « *Le bureau de la CNAM...ressemblait beaucoup plus à un souk qu'autre chose. D'abord dés que vous demandez un formulaire à l'agent d'accueil, il vous envoie faire une photocopie par manque de documents disponibles. Les gens étaient perchés sur les sièges, la queue interminable. En ce mois de ramadan, on n'entendait que les cris des gens pressés d'en finir, étouffés par les odeurs nauséabondes, écrasés comme des sardines en boite, chaleur insupportable, dégouttés par la gabegie de ce local étroit mal adapté qui ressemble à tout sauf à une administration réservée en principe à des malades ou à des personnes âgées. J'en connais qui préféreront mourir par manque de soins ou ne pas se faire rembourser plutôt que d'affronter ce parcours du combattant* ! ! ! » témoigne un autre adhérent13.

Tab-4- Raisons du mécontentement de la CNAM

Thèmes	N	%
Manque d'organisation	21	29
Limite du plafonnement des remboursements et cotisation élevée	14	19
Mauvaises conditions d'accueil dans les bureaux de la CNAM	12	16.5
Négligence du secteur sanitaire public	12	16.5
Manque de campagnes d'information	4	5.5
Non recouvrement de certaines maladies, traitements et explorations fonctionnelles et analyses	4	5.5
Divers (suspicion des médicaments génériques	6	8
T	73	100

Il faut remarquer à ce propos que sur Sfax (qui compte environ un million d'habitants) on dénombre seulement 6 bureaux d'accueil de la CNAM souvent dans un état précaire et exigu (surface limitée, manque d'équipement et de personnel....). Ces tracas sont devenus monnaie courante à un point tel que des informateurs se demandaient s'il ne s'agissait pas au fond d'une stratégie délibérée visant à soulager le secteur public au profit de celui du privé.

« Je suis ici depuis 7 heure du matin, une fois mon tour, l'agent m'a signalé cyniquement et sans même me regarder, qu'il y a avait un autre formulaire à remplir, et que je devrais refaire la queue et recommencer de zéro. Vu le fil d'attente, je devrais revenir le lendemain pour sacrifier une autre journée…c'est vraiment intenable…j'ai mon travail et mes obligations…je n'ai pas que ça à faire », nous confie un menuisier 37 ans.

L'emploi des agents de sécurité (appartenant à des entreprises de service privé), dans les bureaux d'accueil de la CNAM, chargés par des tâches qui dépassent leur attribution (à savoir : la distribution des imprimés et des tickets, l'orientation des clients…) ne fait qu'irriter les adhérents. « *L'accoutrement de ces commis qui rappelle celui des forces de l'ordre et leurs manières qui rappellent celles des gardiens des prisons, ajoutés à leur niveau d'instruction relativement bas, ne contribue en rien à la promotion de l'image de marque de la CNAM, tout au contraire ! ! »,* réplique ainsi avec exaspération un haut fonctionnaire à la retraite.

Cette situation a fortement entachée l'image de marque de la CNAM ainsi que son impopularité. Comme le souligne bien un journaliste « *On a beau l'appréhender comme étant un véritable progrès social, le nouveau régime d'assurance maladie s'est transformée en contrainte pour de nombreux affiliés* »14.

En même temps que le manque d'organisation, ce problème reflète les failles de la stratégie de communication de la CNAM qui a échoué à instaurer un climat de confiance avec le citoyen. Censée donner l'image de la nouvelle institution rationnelle, rassurante et porteuse d'espoir et symbole de dévouement à la question collective, la CNAM par le bais de ces bureaux d'accueil reproduit l'effet contraire et donne l'image d'une institution bureaucratique, en « plein désarroi » et dont « le problème des citoyens est le dernier de ses soucis ».

Cet état de faits a entrainé un sentiment de mécontentement voire de rejet quasi général de cette institution à un point que 65 % da la population étudiée souhaite la voire disparaitre (soit pour retourner à l'ancien régime -42 %-, ou tendre vers un nouveau système -23 %). Dans le même esprit, 40 % n'envisagent pas l'avenir de la CNAM avec optimisme et mettent des points des doutes quant à son succès.

Notons que le mécontentement vis-à-vis de la CNAM s'applique plus aux aspects organisationnels (filières de soins) qu'aux pratiques médicales15 proprement dites. (tab-5).

Tab-5-Comparaison entre les attitudes face à la CAM et celles relatives aux filières des soins

Attitudes face à la CNAM----------Attitudes face aux filières des soins

Echelle de satisfaction	%	%
Très satisfait	3,5	4

Relativement satisfait	29,5	70
Plutôt insatisfait	52,5	24
Très insatisfait	14,5	2
T	100	100

3- Limite du plafonnement de couverture[16] et éthique du profit.

Cette restriction constitue un des grands soucis du public et alimente son mécontentement (19 %). On estime que la somme de 200 Dinars[17] par affilié (à cela s'ajoutent 50 dinars pour chaque enfant à charge) est trop insuffisante et suffit à couvrir à peine 4 ou 5 mois de l'année.

Parallèlement, on reproche à la CNAM une certaine exagération dans les prélèvements sur les salaires[18]. On estime même que la CNAM perçoit beaucoup plus que ses prestations et on se pose des questions sur sa véritable finalité. Dans cet esprit, des personnes disposant d'une excellente santé (notamment les célibataires) n'ayant pas atteint le plafonnement lui reprochent de ne pas reporter le reste de la somme pour l'année d'après.

La limite des délais du dépôt des bulletins et factures de soins (à deux semaines pour certains cas et deux mois pour d'autres) constitue à son tour un sujet de contestation et de plaintes. Tous ces aspects sont perçus comme des manouvres d'enrichissement de la part de la CNAM, alimentent le sentiment de suspicion à son égard et accroit le fossé qui le sépare du public.

C'est dans cet esprit que 63,5 % estiment que la CNAM est une institution qui privilégie son intérêt à celui du client (contre seulement 5,5 % qui pensent le contraire, et 31 % trouvent qu'elle tient compte simultanément de deux). *« La CNAM est entrain de renflouer ses caisses pour satisfaire ses besoins, c'est ça qui l'intéresse, et le citoyen, est le dernier de ces soucis »,* affirme ainsi un enseignant, âgé de 54 ans.

4- Lacunes du secteur sanitaire public, baisse de la qualité des soins et reproduction des inégalités.

Ce qui renforce le sentiment de mécontentement face à la CNAM c'est l'incapacité voire la démission du secteur sanitaire public à assumer pleinement son rôle, surtout que l'écrasante majorité de la population en fait partie (environ 70 %)[19]. Une telle situation contraste avec l'objectif de la CNAM : réhabiliter ce secteur et à assurer un équilibre entre le privé et le public afin de concrétiser « pour tous » le principe d'égalité des chances face aux soins.

Objet de fierté dans les années 1970/80 où elle symbolisait la haute technicité, la compétence et le dévouement, la médecine publique devient de nos jours un sujet de critiques et de moqueries et synonyme de laisser-aller.

Ce sentiment où se mêle colère et désespoir trouve son explication (ou son sens) dans la réalité des infrastructures hospitalières publiques des régions du sud du pays. A ce

titre, la ville de Sfax dispose uniquement de deux hôpitaux universitaires censés répondre aux besoins d'environ 9 gouvernorats du pays (ceux du sud et de l'ouest), soit plus que 3 millions de personnes. Face à cette situation préoccupante, (attente interminable, manque de personnel médical et paramédical, de matériaux, de médicaments, d'appareillage et de maintenance, laisser-aller20....), les autorités font la sourde oreille, comme incapables à combler ces lacunes.21 Tout se passe comme si la volonté du pouvoir public était bien de contraindre la clientèle de ce secteur à faire appel et à réhabiliter la médecine de libre pratique à ses détriments.22 Faute de moyens financiers, ce sont les classes défavorisées (et même moyennes) qui en paient le prix. Incapables de supporter les frais de la médecine privée et ce, malgré la contribution de la CNAM, les patients issus de ces milieux sont contraints de faire de sacrifices énormes (qui vont jusqu'à la vente de leurs biens) ou à se résigner à la médecine publique. On comprend aisément le mécontentement et la détresse des ces classes qui sont placées entre « l'enclume de la médecine libérale et le marteau du secteur public ». Celà éclaire la problématique d'accès face aux soins pour ces classes et montre comment le système médical peut devenir générateur d'inégalités surtout dans les pays en développement (Chauvenet, 1978).

Soulignons que la détérioration de la qualité des soins ne s'applique pas seulement au secteur public, mais aussi à la médecine libérale qui souffre dans certains cas du surnombre en se répercutant sur la durée de consultations (où le médecin est partagé entre les consultations et interventions chirurgicales dans les cliniques, les visites à domicile, son cabinet personnel). Tout se passe comme si la situation caractérisant la santé publique s'était transposée au secteur privé. Dans ce sens, certaines personnes reprochent à leur médecin de famille de et de les traiter comme des clients de second rang et de favoriser les clients passagers, « *Pour lui, nous sommes dans la poche* », réplique à ce propos un informateur.

5-Le désarroi des couches populaires et le recours aux médecines alternatives.

La médecine officielle au secours de la médecine traditionnelle ?

Faute de pouvoir se soigner chez les privés (et se trouver dans une situation gênante, voire humiliante), et afin d'éviter les attentes pénibles et les RDV très tardifs (qui atteignent les 6 mois et même plus) et les mauvaises conditions d'accueil et des soins dans le secteur public (y compris à la CNAM), certains patients issus des milieux défavorisés se rabattent sur la médecine traditionnelle dans l'espoir de trouver un remède ou du moins une explication susceptible de les soulager et les aider à supporter leur malheur. Ce recours est facilité par la complicité de classe, où guérisseurs et patients (issus des classes populaires) partagent le même mode de vie, la même mentalité et les mêmes ambitions. Une telle situation contraste avec le rapport médecin/malade où on assiste à un véritable hiatus de classe entre les deux protagonistes (Boltanski, 1968, Abdmouleh, 1990, 2010). En recourant aux guérisseurs, les patients légitiment leur plainte et leur désarroi tout en trouvant un appui psychologique. En retour, le guérisseur légitime son capital « don » et renforce son

assise sociale.

Cela montre à quel point le système médical moderne (notamment par le biais de la couverture sociale) dans les pays en développement, peut contribuer à saper le principe des égalités face aux soins en excluant une bonne catégorie de patients, principalement les couches populaires. Ce système les pousse -sans le vouloir- vers le médecine traditionnelle condamnée et stigmatisée à juste titre, par les instances médicales, politiques et juridiques (Abdmouleh, 1993). Ainsi voulant rationaliser le système médical, certaines réformes produisent ses propres effets pervers, en accentuant des comportements jugés « irrationnels » et du coup, il devient contre productif (Illich, 1975).

Les acquis de la CNAM : une reconnaissance mitigée

Enfin, et en dépit de ces lacunes, on reconnait à la CNAM certains mérites. La prise en charge de maladies chroniques et professionnelles et les services rendus aux catégories sociales vulnérables attenue en quelque sorte les critiques virulentes à son égard. La possibilité de changer de filière chaque année constitue aux yeux du public un signe positif et un argument en faveur de cette nouvelle réforme (tab-6). On lui attribue également le mérite d'améliorer la qualité des prestations et des soins grâce au secteur privé. Tout en reconnaissant le mérite des infrastructures sanitaires publiques de porter secours aux plus démunis, on leur reproche la baisse de la qualité des soins et des services et sa démission progressive au profit du secteur libéral mettant ainsi ces derniers dans l'embarras.

Tab-6- les mérites de la CNAM

Thèmes	N	%
L'accessibilité aux soins (pas très couteux)	22	32
La prise en charge les maladies chroniques	15	22
Permet d'éviter l'encombrement et les méfaits des établissements publics	7	10
La commodité du médecin de famille	5	7
La compétence du corps médical	3	4,3
La possibilité de changer de régime chaque année	3	4,3
La pris en charge les maladies professionnelles et les accidents de travail	3	4,3
L'amélioration progressive du système de soins et de prestation	3	4,3
La couverture des soins dans les cliniques privés	2	3
La prise en charges des frais d'accouchement et maternité	2	3
La Rapidité des remboursements	1	1,5
Autres	3	4,3
T	6923	100

Conclusion

La réforme de couverture sociale (incarnée par la CNAM) a eu certes le mérite de mettre fin à un système défaillant caractérisé par l'hétérogénéité, le gaspillage, et l'incapacité de contribuer à la rationalisation des dépenses de santé à l'échelle nationale. Il n'en demeure pas moins que cette stratégie ambitieuse se heurte à un certains nombre de problèmes, dont à priori ses rapports avec le grand public qui lui reproche son manque d'organisation, le plafonnement trop limité des remboursements, la non prise en charge de certaines maladies et explorations, et surtout les mauvaises conditions d'accueil dans les services de la CNAM. L'image de la CNAM prend dans ce contexte l'allure d'une institution impopulaire qui met en avant ses intérêts et se démarquant ainsi de l'éthique de solidarité.

Bien que les questions d'ordre, médical, technique ou financier soient une source réelle de mécontentement à l'égard de la CNAM, des considérations psychosociologiques dues au manque de communication (le maillon le plus faible) semblent accentuer ce sentiment négatif.

Nous avons d'un coté un public mécontent qui s'estime lésé et négligé et de l'autre un personnel débordé qui reproche au citoyen « son manque de compréhension, son égoïsme et sa tendance à vouloir tout avoir d'un seul coup et dans les plus bref délais[24] ». Ces aspects négatifs renforcent la peur et la résistance face au changement dans un contexte marqué par la crise économique surtout dans les pays en développement.

Malgré ces critiques, on reconnait à la CNAM certains mérites notamment la prise en charge des maladies chroniques et professionnelles, la possibilité d'accès à la médecine de libre pratique ainsi que la commodité de la filière des soins privés (médecin de famille). Tout en contribuant à satisfaire la demande du public, cette formule a donné un nouvel élan au médecin généraliste et a permis la réhabilitation d'un statut en déclin, et fortement menacé par la vague de spécialisation.

Par ailleurs et tout en reconnaissant le mérite du secteur public de porter secours aux plus démunis, on lui reproche la médiocrité de ses services et sa démission au profit du secteur privé.

Nous pouvons en déduire que la réforme de la couverture des soins en Tunisie a profité à la médecine libérale mais pas pour autant au secteur public et encore moins aux couches sociales défavorisées et moyennes. La marginalisation voire la régression des structures sanitaires publiques conjugué avec le coût élevés des soins (dans les institutions privées) rend caduc le principe des égalités d'accès aux soins pour tous. En ce sens, le déséquilibre entre infrastructures sanitaires privées et publiques[25] défavorisent une bonne partie de la population tout en bénéficiant aux classes sociales aisées.

En résumé, on assiste à un grand décalage entre l'idée que la CNAM se fait d'elle-même, et véhiculée par les responsables politiques et administratifs, (en tant que projet alliant : efficacité, équité et rationalité) et celle portée par le public (associé au désordre, à l'inefficacité et à la recherche du profil).

Est-ce que la CNAM est en mesure de relever les défis qu'elle a lancés et de soigner par là même son image auprès d'un public qui attend beaucoup de sa nouvelle institution26 ?

D'un point de vue sociologique, il est intéressant d'analyser les causes et les mécanismes du blocage et des lacunes de la CNAM, d'autant qu'elle est censée bénéficier des acquis des institutions nationales (notamment dans le domaine de la protection sociale, telles la CNRPS et la CNSS) ainsi que de l'encadrement et l'appui des instances internationales (Union européenne, Banque mondiale, OMS...). Il importe d'analyser aussi les rapports qu'entretient la CNAM avec les différents partenaires sociaux (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, laboratoires, cliniques privées, syndicats des travailleurs..) pour déceler les sources du blocage et de dysfonctionnement qui se répercute à leur tour sur la qualité des soins et de prestations de service et au bout du compte sur le citoyen. L'amélioration de la CNAM (y compris ses rapports avec son public) est si important, que cette institution constitue un véritable relais entre les différents acteurs sociaux et contribue de fait à humaniser la profession médicale, à améliorer le bien être des populations et à consolider le processus de développement durable.

1 Ce travail a fait l'objet d'une communication lors des VIII Journées Internationales d'Etudes Jean Monnet « Les systèmes de santé en transition : les régulations actuelles et futures dans l'Union Européenne et son voisinage méditerranéen », Hammamet (Tunisie), 23 et 24 septembre 2010.

2 Soulignons que l'orientation vers le libéralisme médical a été fortement recommandée par les instances internationales (et bailleurs de fond de la réforme en question), tels : la banque mondiale, l'OMS et l'UE.

3 Caractérisée par : la multiplicité des structures, l'accroissement des inégalités, et l'aggravation pour l'ensemble des acteurs des charges inhérentes à la couverture maladie.

4 Selon la loi N° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie (voir les principes de cette loi en annexe).

5 Selon l'ex PDG de la CNAM, le défi de la réforme vise à « *garantir à chaque assuré social d'accès à des soins de qualité selon ses besoins et indépendamment de ses capacités contributives* » (Nouira, 2010).

6 Les témoignages des citoyens à ce propos via les sites web locaux nous ont été utiles.

7 En 2004 elle comptait 800.000 habitants (in, Institut national des statistiques, enquête 2004).

8 Pour plus de détails sur les prérogatives et les spécificités des filières, voir annexe.

9 Parmi ceux qui font partie de cette catégorie.

10 Par rapport au niveau du tunisien moyen (mais constitue un avantage pour les patients en provenance de l'Europe).

11 Notons que 3 personnes figurent parmi les personnes satisfaites (2 femmes sont obligées de suivre la filière de leur époux et une personne a préféré suivre les conseils de son entourage sans beaucoup de conviction).

12 Un citoyen témoigne à ce propos « *Il est 10h du matin, j'arrive au guichet du réceptionniste, un jour, pour déposer un dossier, il ne prend même pas le temps de m'entendre et me tend un ticket portant un numéro. Au secours, je suis classé 335 alors que l'affiche du guichet indique No 22. Bref, je dépose mon dossier à 17h00. Pour le local, il est indigne du citoyen tunisien. Sans commentaire: perte de temps, énervement, bousculades, etc... La Cnam se fou de nous...* ». Un autre réplique « *Les services de la CNAM sont loin de contribuer à assurer les adhérents contre la maladie, tout au contraire: Avec les files d'attentes interminables et les délais exorbitants que prennent les prestations, nos maladies ne font que s'aggraver* » (Sfaxonline).

13 Propos recueilli par « Sfaxonline ».

14 Journal la Presse 12 avril 2009.

15 Hormis les critiques adressées au secteur du public.

16 Il s'agit 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. Les interventions chirurgicales, l'hospitalisation, certaines explorations et les maladies chroniques sont exclus des calculs du plafond.

17 Le Dinar tunisien équivaut à environ 0.70 euro.

18 Le taux de prélèvement est de 6,75% pour les salariés (dont 4 supporté par l'employeur) et de 4% pour les retraités bénéficiaires d'une pension, Les taux seront majorés annuellement sur une période de 2 à 5 ans, selon les régimes, pour converger vers un taux unique, (Ben Rejeb M, 2009).

19 A cet effectif s'ajoute 10% de la population qui ne bénéficie d'aucune couverture sociale (Messaoudi, 2008).

20 A ce propos, le site des journalistes de Sfax révèle (le 28/8/ 2010) que l'appareil qui

fait fonctionner le scanner de l'hôpital Habib Bourguiba a été tout simplement dérobé.

21 Il faut remarquer que cette aspect est sujet aux critiques notamment de la centrale syndicale des travailleurs : L'UGTT (Union Générale des Travailleurs Tunisiens) qui a fait de la mise à niveau du secteur sanitaire public « *un préalable à son accord sur l'application de la nouvelle réforme, et ce, avant même la promulgation de la loi du 2 Août 2004 qui l'a instituée* ». (Messaoudi, 2008).

22 Même si certains soupçonnent une stratégie visant à canaliser les choix des assurés sociaux vers la filière publique, la moins coûteuse pour la CNAM. (Messaoudi, 2008).

23 Cet effectif dépasse le nombre des personnes satisfaites (37). En ce sens, il y a celles qui reconnaissent à la CNAM certains mérites malgré leur insatisfaction.

24 Selon les dires d'un cadre de la CNAM.

25 Certains attribuent le sacrifice du secteur public au laxisme du pouvoir public et son recul face aux pressions des syndicats des professionnels de la santé. « *Les démarches velléitaires entreprises dans ce sens par le ministère de la santé publique n'ont pu déboucher jusqu'à ce jour sur l'élaboration d'un programme concret, pour ainsi dire « prêt à l'emploi », ni sur l'adoption d'un calendrier de sa mise en œuvre, ni encore sur l'identification des sources de son financement* ! » (Messaoudi, 2008).

26 Le Conseil national d'assurance maladie (impliquant tous les acteurs du système d'assurance maladie et avec pour mission l'évaluation périodique du nouveau régime et la proposition de mesures correctrices nécessaires) est un outil qui peut se révéler efficace à ce propos, surtout en y intégrant des spécialistes en sciences sociales et humaines ainsi que des représentants de la société civile.

27 Association internationale de sécurité sociale.

28 Le nouveau régime s'appliquera à tous les régimes à l'exception de ceux des étudiants et des travailleurs à faibles revenus qui continueront de bénéficier des mêmes prestations qu'auparavant et seront concernés ultérieurement.

Abdmouleh R. (1990) *Conduites face aux maladies et aux médecines en Tunisie*. Doctorat de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (E.H..E.S.S) 1990.

Abdmouleh R. (1993) Médecine privée, médecine publique : Raisons et dynamiques des choix au sein de la médecine, *Journal le temps*, 27/5/1993.

Abdmouleh R. (2007) *Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines : Vers une approche dynamique et intégratrice* ». Insaniyat(Revue publiée par le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle- Algérie), N° 38, pp 91-109.

Abdmouleh R. (2010), *Les guérisseurs et les raisons d'une légitimité. Etude sur la fonction sociale des guérisseurs en Tunisie, Revue Sociologie Santé (Sociologie,*

Médecine, Anthropologie), N° 31, Mars, 2010, Islams et Santé, p 27-47.

Abou S. « *l'assurance maladie, Enjeux et intérêts* », (http://www.webmanagercenter).

AISS. (association internationale de sécurité sociale), 2008, *Tunisie : La réforme de l'assurance maladie*. (http://www.issa.int/fre)

Auge M, Herzlich C (1983) *Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la maladie*. Paris, Ed des Archives Contemporaines

Bahoury T. (2007) « *Nouvelle réforme du système tunisien d'assurance maladie : Encore quelques zones d'ombre* », http://www.webmanagercenter.com/management/article.php ?id =36485, - 06 Décembre 2007

Ben Salah N. (2009) *CNAM et convention collective des médecins libéraux- Questions de déontologie*, Propos recueillis par, M.B.R, Journal la Presse. (http://www.tunizien.com).

Ben rejeb M. *La Cnam : Les raisons d'une réforme*. (http://www.tunizien.com).

Boltanski L. (1968) *La découverte de la maladie*, Paris, EHESS.

Bouagila S. (2009) *Tunisie : Assurance maladie - La Cnam et le self-control*, Journal la Presse, 12 Avril, 2009.

Boulaâba I. *La CNAM, une réforme salutaire ! : La controverse dure encore* (http://www.webmanagercenter.com)

Carricaburu D, Menoret M. (2004). *Sociologie de la santé*. Instituions et professions et maladies. Paris A Colin.

Chauvenet A. (1978) *Médecines aux choix, médecine de classe*. Paris, PUF.

Crozier M. (1999) *la société bloquée*, Paris, Seuil.

Freidson E. (1984) *La profession médicale*, Paris, Payot, 369 p. (Coll. Médecine et Société).

Herzlich C. (1970), *Médecine, maladie et société*. Paris, Mouton, 318 p.

Herzlich C. (1974) *Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière*, Revue Française de Sociologie, XIV, n° spécial, 1973, pp 41-59.

Illich I. (1975) *Némésis médicale*. *L'expropriation de la santé*. Paris, Seuil (Coll. Point).

INSERM. (1982) Conceptions, mesures et action en santé publique. vol. 104, n°2 : *approche socio-économique et institutionnelle*. Paris, Ed. INSERM.

Jamous, H. (1969) Sociologie de la décision. *La réforme des études et des structures hospitalières*. Paris, CNRS,

Karsenty , Pierret J. (1974) *Pratiques médicales et système hospitalier*. Paris, CEREBO.

Messaoudi A. (2008) CNAM : *La réforme de l'Assurance-maladie est-elle mal partie ?,* Journal Attarik Aljadidi, mardi 3 juin 2008, (http://attariq.org).

Moscovici S. (1996) *Psychologie sociale*, Paris PUF.

Nouira N (2010) *La couverture sanitaire au Maghreb autopsiée par le forum de Réalités, forum international de Réalités sur "La couverture sanitaire au Maghreb : défis et opportunités"* Tunis/Hmmamet, les 28 et 29 janvier 2010. (http://www.businessnews.com.tn).

O.M.S. (1985) *La santé, Encyclopédie* Universalis, vol. 16, pp 437-446.

Zakhama B. (2007) *L'adhésion des privés à la CNAM se fait prudemment.* Propos recueillis par Ghada Kammoun, journal la Presse. (webmanagercenter.com).