

FILE COPY

Document de
LA BANQUE MONDIALE

POUR USAGE OFFICIEL SEULEMENT

Rapport No 9157-TUN

REPUBLIQUE TUNISIENNE
PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE
RAPPORT D'EVALUATION

le 26 février 1991

Division de la population et des ressources humaines
Département géographique II
Région Europe, Moyen-Orient et Afrique du Nord

Le présent document fait l'objet d'une diffusion restreinte et ne peut être utilisé par ses destinataires que dans l'exercice de leurs fonctions officielles. La teneur ne peut en être divulguée sans l'autorisation de la Banque mondiale

REPUBLIQUE TUNISIENNE

PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE

MONNAIE

(Octobre 1990)

Unité monétaire	-	Dinar tunisien (DT)
1 dollar EU	-	0,85 DT
1 DT	-	1,18 dollar

ANNEE BUDGETAIRE

1er janvier - 31 décembre

ABREVIATIONS

CGRH	Comité de gestion de la réforme hospitalière
CNI	Centre national d'informatique
CIS	Centre d'informatique sanitaire
CRFP	Centre de recherche et de formation pédagogique
DBE	Direction des bâtiments et équipements
DEP	Direction des études et de la planification
DTH	Direction de la tutelle des hôpitaux
EPIC	Etablissement public à caractère industriel et commercial
EPS	Etablissement public de santé
ESC	Ecole supérieure de commerce de Tunis
INNTA	Institut national de nutrition et technologie alimentaire
MAS	Ministère des affaires sociales
MSP	Ministère de la santé publique
PF	Planning familial
SIG	Systèmes d'information de gestion
SMI	Santé maternelle et infantile
UCP	Unité de coordination du projet
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

REPUBLIQUE TUNISIENNE

PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE

RAPPORT D'EVALUATION

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
RESUME DU PRET ET DU PROJET	i
I. <u>LE SECTEUR DE LA SANTE : GENERALITES</u>	1
INTRODUCTION	1
LA SITUATION SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE.....	2
LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTE	3
LE SYSTEME DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTE	4
II. <u>PROBLEMES DU SECTEUR ET STRATEGIE GOUVERNEMENTALE</u>	5
LES PROBLEMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE	5
Le sous-financement du secteur public	5
Modalités de partage des charges financières du secteur de la santé publique.....	7
L'EFFICACITE INTERNE DES HOPITAUX	9
Inefficacités générales	9
Inefficacités techniques	11
STRATEGIE GOUVERNEMENTALE	11
LES OPERATIONS DE LA BANQUE AU SECTEUR	14
JUSTIFICATION DE L'INTERVENTION DE LA BANQUE.....	15
III. <u>LE PROJET</u>	16
LE CADRE INSTITUTIONNEL	16
OBJECTIFS DU PROJET	17
DESCRIPTION DU PROJET	17
A. Développement des capacités de gestion et aménagement institutionnels	18
a) Gestion financière et méthodes d'évaluation ..	18
b) Développement de systèmes informatisés d'information de gestion	19

Le présent rapport reprend les conclusions et recommandations d'une mission d'évaluation qui s'est rendue en Tunisie en octobre 1990. Cette mission était composée de Mesdames et Messieurs. Guy Ellena (Chef de mission et économiste de la santé), Salim Habayeb (Spécialiste principal en santé publique), Claire Voltaire (Analyste d'opérations), Gustav Brest Van Kampen (Architecte consultant), Michel Lavallée (Consultant spécialiste en Systèmes d'information de gestion), et Janine Battani (Consultante, spécialiste en gestion hospitalière et Systèmes d'information de gestion). Gail Richardson a contribué à la préparation du rapport.

TABLE DES MATIERES (suite)

	<u>Pages</u>
c) Aménagement des locaux administratifs et d'accueil des patients	20
d) Stratégies sectorielles et gestion du projet ..	21
B. Amélioration de la qualité des services	22
a) Renouvellement des équipements médicaux prioritaires	22
b) Renforcement des unités de maintenance hospitalière	22
c) Amélioration des conditions d'hébergement et d'hygiène hospitalière	23
IV. <u>COUTS ET FINANCEMENT DU PROJET</u>	23
COUTS DU PROJET	23
FINANCEMENT DU PROJET	27
PASSATION DES MARCHES	28
ETAT DE PREPARATION ET DECAISSEMENTS	30
V. <u>EXECUTION, GESTION, SUPERVISION ET EVALUATION DU PROJET</u>	31
MISE EN OEUVRE ET GESTION	32
SUPERVISION, SUIVI ET EVALUATION	33
VI. <u>BENEFICES ET RISQUES</u>	35
BENEFICES	35
RISQUES	38
VII. <u>ACCORDS ET RECOMMANDATIONS</u>	38
<u>ANNEXES</u>	41

REPUBLIQUE TUNISIENNE
PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE
RAPPORT D'EVALUATION

DONNEES DE BASE 1/

		Année	
A. Données générales sur le pays			
1.	Population en 1989 (millions) <u>2/</u>	7,9	1989
2.	Superficie (en milliers de km ²) <u>2/</u>	164	1990
3.	Densité démographique (au km ²)	91	1989
4.	PNB par habitant (dollars EU) <u>4/</u>	1.210	1988
5.	Dettes extérieures totales (en millions de dollars) <u>5/</u>	6.672	1988
6.	Taux estimatif de chômage <u>6/</u>	15,3	1989
7.	Taux d'alphabétisation chez les hommes (% de la population masculine de plus de 12 ans) <u>7/</u>	68	1985
8.	Taux d'alphabétisation chez les femmes (% de la population féminine de plus de 12 ans) <u>7/</u>	41	1985
9.	Taux de scolarisation primaire des garçons <u>7/</u>	100	1989
10.	Taux de scolarisation primaire des filles <u>7/</u>	89	1989
11.	Pourcentage de la population ayant accès à l'électricité <u>7/</u>		
	Population urbaine (%)	95	1989
	Population rurale (%)	40	1989
B. Population et Santé <u>3/</u>			
1.	Taux annuel de croissance démographique (%) <u>2/</u>	2,2	1989
2.	Projections démographiques (millions) <u>3/</u>	9,9	2000
		11,5	2010
		13,6	2025
3.	Population urbaine (% du total) <u>5/</u>	54 %	1988
4.	Structure d'âge de la population <u>3/</u>		
	0-14 ans (%)	38,1	1989
	15-64 ans (%)	57,9	1989
	65 (+) ans (%)	4,0	1989
5.	Taux brut de natalité (pour 1.000 habitants) <u>10/</u>	25,2	1989
6.	Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants) <u>10/</u>	6	1989
7.	Espérance de vie à la naissance <u>5/</u>		
	Femmes	67	1988
	Hommes	65	1988
8.	Taux de mortalité infantile par 1.000 naissances vivantes		
	Moyenne nationale	51,6	1989
	Moyenne pour les populations urbaines	32,2	1989
	Moyenne pour les populations rurales	68,5	1989
9.	Risque de décès avant l'âge de cinq ans par 1.000 habitants) <u>5/</u>		
	Filles	50	1988
	Garçons	63	1988
10.	Taux de fécondité totale <u>10/</u>	3,5	1989
11.	Femmes en âge de procréer <u>8/</u> (en pourcentage de la population totale)	22	1988
12.	Taux de mortalité maternelle par 100.000 naissances vivantes (données communautaires provenant de zones rurales) <u>5/</u>	1.000	1980
13.	Pourcentage de femmes recevant des soins prénataux <u>8/</u>		
	Zones urbaines	71,9	1988
	Zones rurales	43,2	1988
14.	Pourcentage de femmes mariées ayant recours à la contraception <u>8/</u>		
	Toutes méthodes	50	1988
	Méthodes modernes	40	1988
15.	Taux de personnes à charge <u>9/</u>	71,8	1989

- 1/ A moins d'indications contraires, les chiffres proviennent des estimations de la Banque mondiale.
2/ Annuaire national des statistiques sanitaires (1989); Ministère de la santé publique, République tunisienne.
3/ Projections de la Banque mondiale, 1990, dans lesquelles le TNR = 1 en l'an 2010.
4/ Mémoire économique par pays, Tunisie, Volume 1, numéro 8044-TUN, mars 1990.
5/ Rapport sur le développement dans le monde, 1990; Pauvreté; Groupe de la Banque mondiale.
6/ Projet population et santé familiale, Ministère de la santé publique, juin 1990.
7/ UNICEF : La situation des enfants dans le monde, 1990, Oxford University Press, 1989.
8/ Enquête démographique et de santé en Tunisie, 1988; Ministère de la santé publique; Tunisie, octobre 1989.
9/ Bulatao, R.A.; Europe, Moyen-Orient et Afrique du Nord; Document de travail No 328, Banque mondiale, 1989.
10/ Analyse rétrospective de l'évolution de la population totale et active, Ministère du Plan et du développement régional, septembre 1990.

REPUBLIQUE TUNISIENNE
PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE
RAPPORT D'EVALUATION

C. Nutrition

1.	Nouveau-nés dont le poids à la naissance est faible (%) <u>2/</u>	1,9	1989
2.	Offre calorique quotidienne par habitant en pourcentage des besoins <u>7/</u>	123	1985
3.	Offre calorique quotidienne par habitant <u>5/</u>	2.994	1986
4.	Pourcentage de la population ayant accès à des services publics d'eau <u>7/</u>		
	Zones urbaines (%)	100	1986
	Zones rurales (%)	31	1986

D. Ressources et dépenses du secteur de la santé

1.	Dépenses publiques consacrées à la santé en % du PIB		
	Total des dépenses de santé en % du PIB	4,9	1987
	Total des dépenses de santé par habitant (\$ EU)	55	1987
2.	Pourcentage de la consommation totale des ménages consacré aux soins médicaux <u>5/</u>	6	1989
3.	Nombre d'habitants par médecin <u>2/</u>		
	A Tunis (la capitale)	1.750	1989
	Dans les gouvernorats ruraux	800	1989
4.	Nombre d'habitants par infirmière <u>2/</u>	2.000	1989
5.	Nombre d'habitants par lit d'hôpital <u>2/</u>	500	1989
6.	Pourcentage de naissances avec l'aide de personnel de la santé <u>7/</u>	68	1988
7.	Nombre de lits par type d'hôpital <u>2/</u>		
	Hôpitaux universitaires	7.723	1989
	Hôpitaux régionaux	4.912	1989
	Hôpitaux de circonscriptions	2.860	1989

E. Utilisation des hôpitaux

1.	Taux moyen d'occupation (%) <u>2/</u>	63,4	1989
2.	Durée moyenne de séjour (nombre de jours) <u>2/</u>	6,8	1989
	Pourcentage de lits d'hôpital par type d'hôpital		
	Hôpitaux universitaires	57,8	1989
	Hôpitaux régionaux	29,4	1989
	Hôpitaux de circonscriptions	12,8	1989
3.	Nombre moyen de contacts avec les services de santé Par personne/par an <u>2/</u>	2,30	1989

-
- 1/ A moins d'indications contraires, les chiffres proviennent des estimations de la Banque mondiale.
2/ Annuaire national des statistiques sanitaires (1989); Ministère de la santé publique, République tunisienne.
3/ Projections de la Banque mondiale, 1990, dans lesquelles le TNR = 1 en l'an 2010.
4/ Mémoire économique par pays, Tunisie, Volume 1, numéro 8044-TUN, mars 1990.
5/ Rapport sur le développement dans le monde, 1990; Pauvreté; Groupe de la Banque mondiale.
6/ Projet population et santé familiale, Ministère de la santé publique, juin 1990.
7/ UNICEF : La situation des enfants dans le monde, 1990, Oxford University Press, 1989.
8/ Enquête démographique et de santé en Tunisie, 198; Ministère de la santé publique; Tunisie, octobre 1989.
9/ Bulatao, R.A.; Europe, Moyen-Orient et Afrique du Nord; Document de travail No 328, Banque mondiale, 1989.
10/ Analyse rétrospective de l'évolution de la population totale et active, Ministère du Plan et du développement régional, septembre 1990.

REPUBLIQUE TUNISIENNE
PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE
RAPPORT D'EVALUATION

DEFINITIONS CONCERNANT LA POPULATION, LA SANTE ET LA NUTRITION

Taux brut de natalité:	Nombre de naissances vivantes par année et par 1.000 habitants.
Taux brut de mortalité:	Nombre de décès par an et par 1.000 habitants.
Taux de dépendance:	Population de 14 ans au plus et de 65 ans au moins en pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans.
Taux d'alphabétisation: des femmes/des hommes	Pourcentage de personnes âgées d'au moins 12 ans pouvant lire et écrire.
Taux de mortalité infantile:	Nombre annuel de décès d'enfants de moins d'un an par 1.000 naissances vivantes enregistrées la même année.
Espérance de vie à la naissance:	Durée moyenne de la vie humaine sur la base des taux de mortalité en vigueur au moment de la naissance.
Taux de mortalité maternelle:	Nombre de décès de mères par 100.000 naissances vivantes pour une année donnée, résultant de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum.
Taux de fécondité:	Nombre moyen d'enfants d'une femme à laquelle s'applique un ensemble donné de taux de fécondité par âge pendant toute sa durée de vie. Ce taux permet d'estimer le nombre d'enfants par famille.
Taux d'occupation moyen:	nombre de journées d'hospitalisation/ nombre de lits * 365
Durée moyenne de séjour:	nombre de journées d'hospitalisation/ nombre d'admissions

REPUBLIQUE TUNISIENNE

RAPPORT D'EVALUATION

PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE

RESUME DU PRET ET DU PROJET

Emprunteur : République tunisienne

Bénéficiaires : Ministère de la santé publique et les 22 plus grandes structures sanitaires (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux, et instituts de soins spécialisés)

Montant du prêt : Contre-valeur de 30,0 millions de dollars

Conditions : Prêt consenti pour 17 ans, avec différé d'amortissement de 5 ans, au taux d'intérêt variable en vigueur

Description
du projet :

Les objectifs du projet sont de soutenir l'action entreprise par le Gouvernement pour: (i) tenter de trouver une solution aux principaux problèmes d'efficacité interne des hôpitaux en vue de contenir le coût des services tout en améliorant la qualité; et, (ii) fournir au Gouvernement les informations relatives aux activités et coûts des structures hospitalières pour, à terme, apporter les modifications nécessaires aux modalités de partage des charges financières du secteur par une meilleure articulation entre l'utilisation effective des services hospitaliers et leur financement. A cette fin, le projet comprendra les composantes ci-après :

a) Développement des capacités de gestion et aménagements institutionnels. Le projet apportera une aide dans les domaines de l'assistance technique, de la formation et de la bureautique (matériel et logiciel) pour mettre au point et mettre en oeuvre: (i) des méthodes de gestion financière et d'évaluation des performances; (ii) un système d'information de gestion; (iii) l'aménagement des locaux administratifs et d'accueil des malades; et, (iv) des stratégies sectorielles et la gestion du programme de réformes: stratégie de développement hospitalier à moyen terme, plans directeurs hospitaliers, cadre de réforme des mécanismes de financement et gestion du programme de réformes.

b) Amélioration de la qualité des services. Le projet financera: (i) le renouvellement d'équipements médicaux prioritaires; (ii) le renforcement des unités de maintenance hospitalière; et, iii) l'amélioration des conditions d'hébergement hospitalier, d'hygiène hospitalière, et de traitement des déchets médicaux.

Bénéfices:

Le projet envisagé vise à résoudre plusieurs problèmes critiques qui se posent au secteur tunisien de la santé. Des progrès notables sont attendus dans: (i) la maîtrise des coûts hospitaliers par une meilleure efficacité interne; (ii) le financement des services de soins de santé, en fournissant l'information qui permettra l'application de méthodes permettant de mieux lier l'utilisation des services au partage des charges. Sous des hypothèses favorables, la part du budget de l'Etat dans les ressources du Ministère de la santé, bien que stable en valeur nominale, pourrait tomber de 83 à 56% à la fin du projet, tandis que celle des organismes d'assurance sociale passerait de 10 à 36%. Des conditions moins favorables, limiteraient ou retarderaient les progrès attendus. Ceci permettrait d'améliorer durablement la qualité des services dans l'ensemble du secteur de la santé publique, ce dont bénéficierait la très grande majorité de ceux qui ont besoin de soins hospitaliers et non hospitaliers. Entrent aussi dans le cadre du projet les maternités et services de gynécologie-obstétrique, qui assurent 43% de tous les accouchements assistés. Les améliorations qualitatives qui seraient apportées aux accouchements, aux interventions d'obstétrique et aux soins post-natals seraient, de ce fait, sensibles.

Risques :

Le principal risque est que le personnel de direction n'ait pas, à court terme, les compétences techniques nécessaires pour faire adopter et appliquer avec succès les réformes hospitalières et venir à bout des pesanteurs d'un système naturellement réfractaire au changement. Pour réduire ce risque, le projet inclut des programmes de formation et d'assistance technique. Un autre risque tient au fait que le système actuel ne fournit aucune incitation aux personnels de santé pour gérer efficacement les ressources. Ce risque sera, toutefois, atténué par l'établissement d'un modèle de gestion financière comportant des indicateurs de coût et de performance et par la possibilité donnée aux établissements de conserver en partie les économies réalisées. Enfin, les bénéfices attendus en matière de réduction de la part des charges financières supportées par l'Etat varieront selon le degré de succès de la négociation sociale que le gouvernement devra conduire avec ses partenaires sociaux. Pour atténuer ce risque,

le projet vise à fournir au gouvernement l'argumentation quantitative qui lui permettrait d'aborder ces négociations dans les meilleures conditions.

Coûts estimatifs
du projet

	--En millions de dollars--		
	Monnaie		
	<u>nationale</u>	<u>Devises</u>	<u>Total</u>
CAPACITES DE GESTION ET AMENAGEMENTS INSTITUTIONNELS			
Gestion financière	0,3	2,7	3,0
SIG	1,0	6,1	7,1
Administration/accueil des patients	5,5	3,2	8,8
Unité de coordination et stratégie sectorielle	<u>0,9</u>	<u>0,1</u>	<u>1,1</u>
TOTAL PARTIEL	7,8	12,2	19,9
AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES			
Equipement médical	2,8	7,2	10,0
Unités de maintenance	0,4	1,0	1,4
Hébergement et hygiène	<u>5,6</u>	<u>5,6</u>	<u>11,2</u>
TOTAL PARTIEL	8,8	13,8	22,6
TOTAL COUTS DE BASE	<u>16,5</u>	<u>26,0</u>	<u>42,5</u>
Provisions pour aléas techniques	1,1	1,2	2,4
Provisions pour aléas financiers	1,8	2,9	4,6
	----	----	----
COUT TOTAL DU PROJET 1/	<u>19,5</u>	<u>30,0</u>	<u>49,5</u>

Plan de financement :

	-- En millions de dollars--		
	Monnaie		
	<u>nationale</u>	<u>Devises</u>	<u>Total</u>
Etat	19,5		19,5
BIRD		30,0	30,0
	----	----	----
Total	19,5	30,0	49,5

Décaissements estimatifs :

Exercice de la Banque	92	93	94	95	96	97
	----- (en millions de dollars) -----					
Décaissements annuels	0,4	4,8	7,6	11,5	4,9	0,8
Décaissements cumulatifs	0,4	5,2	12,8	24,3	29,2	30,0

Taux de rentabilité économique: Sans objet

1/ Y compris 9,7 millions de dollars de taxes et redevances locales.
Les montants ayant été arrondis, les totaux peuvent ne pas correspondre à la somme des parties.

REPUBLIQUE TUNISIENNE

PROJET DE SOUTIEN A LA REFORME HOSPITALIERE

RAPPORT D'EVALUATION

I. LE SECTEUR DE LA SANTE

INTRODUCTION

1.01 Après une décennie de croissance, l'économie tunisienne a montré dès le début des années 80, des signes d'essoufflement. Les recettes tirées des exportations de pétrole ont commencé à baisser avec l'épuisement des réserves du pays et la chute des cours du pétrole sur les marchés mondiaux. Pour parer à une crise de la balance des paiements, le gouvernement a pris, en 1985, des mesures destinées à encourager les exportations, à réduire les investissements, à contenir les augmentations de salaire et à dévaluer le dinar tunisien. Malgré ces mesures, l'économie frôlait cependant l'état de crise en 1986 du fait de la forte sécheresse et de la baisse continue des prix du pétrole. Des mesures encore plus draconiennes ont alors été prises - frein aux importations, nouvelle réduction des investissements et des dépenses de l'Etat et nouvelle dévaluation du dinar tunisien à un niveau 17,5% en dessous du taux de change effectif réel de 1984.

1.02 Depuis 1987, la balance des paiements s'est redressée, et le déficit budgétaire a été réduit. Le gouvernement a entrepris de transformer l'économie tunisienne, jusqu'alors fortement étatisée, en une économie mue par les forces du marché et davantage tournée vers l'exportation et mieux à même, de ce fait, de créer des emplois et de faire face avec succès à la concurrence internationale. Ces efforts, auxquels la Banque a apporté son concours sous la forme de cinq opérations d'ajustement - deux Prêts d'ajustement du secteur agricole (PASA) au cours des exercices 1987 et 1989, le Prêt d'ajustement structurel industriel et commercial (ITPAL) au cours de l'exercice 1988, le Prêt d'ajustement structurel (PAS) de l'exercice 89 et le Prêt pour la restructuration des entreprises publiques (PERL) de l'exercice 1990 - visent, entre autres, à combattre le chômage qui s'élève actuellement à 15% de la population active.

1.03 Les tensions sur le marché de l'emploi sont renforcées par un taux d'accroissement annuel moyen de la population de 2,3 % (qui est néanmoins en baisse, le plus faible des pays arabes et à un niveau comparable aux autres économies à revenu moyen), la stagnation du solde migratoire et la présence croissante des femmes sur le marché du travail. Avec le concours financier de la Banque, le gouvernement a engagé des programmes visant à renforcer les services de planning familial et à réduire, de ce fait, l'accroissement de la population. Il faudra néanmoins du temps avant que l'impact de la politique démographique se fasse sentir sur le marché de l'emploi.

1.04 L'accroissement de la population continuera, avec la croissance des besoins financiers des secteurs sociaux - ceux de l'éducation et de la santé -, à grever l'économie tunisienne. Cette croissance aura un double effet sur le secteur de la santé. Tout d'abord, la demande de services de santé continuera à croître, à la fois quantitativement et qualitativement au

fur et à mesure que la morbidité, cessant d'être dominée par les maladies contagieuses, le sera de plus en plus par les maladies chroniques et dégénératives, plus coûteuses à traiter (para 1.07). Ensuite, les ressources du secteur seront soumises à un certain nombre de contraintes. Si le sous-emploi se maintient à des niveaux relativement élevés, la croissance des contributions d'assurance liées à l'emploi demeurera limitée, et les efforts devront porter en priorité sur l'accroissement du nombre d'assurés dans les catégories de population actuellement employées. Il est probable que la politique gouvernementale actuelle de maîtrise ou de réduction des dépenses publiques continuera d'être appliquée et que, de ce fait, la part de l'Etat dans le financement des dépenses de santé, actuellement élevée, diminuera (la part du budget de l'Etat allouée à la santé est passée de 7,9% en 1980 à 6,2% en 1989). Enfin, la faible croissance, voire la stagnation, du pouvoir d'achat d'une grande partie de la population (en valeur réelle, le salaire moyen a diminué de 2,8% entre 1981 et 1987) limitera la capacité de la population à prendre en charge une partie croissante des dépenses de santé. Ceci devra se traduire par un meilleur ciblage des programmes existants d'assistance aux nécessiteux. Combinées, ces contraintes ont entraîné une diminution du pourcentage du PIB affecté au secteur de la santé publique au cours des cinq dernières années, de 2,5% en 1984 à 2,3% en 1989.

1.05 Le secteur de la santé en Tunisie, et en particulier le secteur public, qui assure environ 50% des soins ambulatoires et 90 % des services hospitaliers, doit faire face à un sérieux défi: comment assurer, avec une croissance limitée des ressources disponibles, des services de santé plus nombreux et de meilleure qualité. Comme pour les autres secteurs de l'économie du pays, ceci revient à tenter d'améliorer l'efficacité des opérations du secteur tout en réexaminant les modalités actuelles de partage des charges financières en vue d'alléger la responsabilité, déjà très large de l'Etat.

LA SITUATION SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE

1.06 Au cours des trois dernières décennies, l'amélioration des conditions de vie, les progrès en matière de scolarisation, de meilleures conditions de nutrition, le développement des soins de santé préventifs et curatifs et la réduction des taux de natalité ont grandement contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population tunisienne. L'espérance de vie est passée de 41 à 67 ans (pour les femmes) et le taux brut de mortalité est tombé de 16 pour 1.000 en 1965 à 7 en 1988, conséquence d'une action résolue du gouvernement et d'un taux de croissance annuelle moyen du PNB de 3,4% par habitant (1965-88). Le taux de mortalité infantile, qui est passé de 175 décès pour 1.000 naissances vivantes en 1956 à 52 pour 1.000 en 1989, est actuellement le plus bas des pays du Maghreb, même s'il demeure plutôt élevé par rapport à celui des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Toutefois, ces progrès n'ont pas été uniformément répartis sur l'ensemble du pays et les écarts sont encore notables entre zones urbaines et zones rurales. C'est ainsi que le taux de mortalité infantile demeure deux fois plus élevé en milieu rural, où le pourcentage de femmes qui reçoivent des soins prénatals est encore inférieur de 35% à ce qu'il est en milieu urbain.

1.07 De 7,9 millions en 1989, la population de la Tunisie continue à s'accroître au rythme de 2,3% par an malgré une baisse de l'indice synthétique de fécondité qui, d'une moyenne de 7 enfants par femme en 1956, est tombé à 3,5 en 1989. Ont notamment contribué à cette évolution, le recul de l'âge du mariage et les efforts en matière de planning familial. La morbidité reflète l'évolution de la structure de la population tunisienne. Elle se caractérise par la coexistence de maladies contagieuses que l'on trouve habituellement dans les pays moins développés et, de plus en plus, de maladies dégénératives et d'affections chroniques telles que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires, plus communes dans les pays industrialisés où l'espérance de vie est plus longue et la population plus âgée.

LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTE

1.08 Ressources humaines et matérielles. Au cours de l'ère post-coloniale, l'objectif premier a été d'accroître l'accès aux services de santé. De 8.000 en 1965, le nombre d'habitants par médecin est passé à 1.750 en 1989, les zones urbaines en étant les principaux bénéficiaires (Annexe 1, tableau 1). Une attention particulière a également été portée à la formation de médecins spécialistes. Près de 50% des médecins tunisiens sont spécialisés et parmi ceux-ci 72% exercent des fonctions d'enseignement. Cette spécialisation accentue l'orientation hospitalière urbaine du système de santé tunisien dans la mesure où les services spécialisés sont disponibles en premier lieu au sein des hôpitaux universitaires ou des instituts spécialisés.

1.09 En 1989, la Tunisie comptait quelque 17.400 lits d'hôpitaux, dont 94% appartenaient au secteur public (Annexe 1, tableau 2). Le ratio de 2,2 lits d'hôpitaux pour 1.000 habitants est satisfaisant, en comparaison des autres pays à revenu intermédiaire. Toutefois, ce chiffre peut être trompeur du fait qu'un certain nombre de lits pourraient ne pas être considérés comme lits d'hôpitaux eu égard au faible niveau d'équipement et de personnel correspondant. Cette remarque vaut pour une grande partie des lits d'hôpitaux du secteur privé ainsi que pour les hôpitaux de circonscription.

1.10 Ressources financières. En 1989, les dépenses totales de santé s'élevaient en Tunisie à environ 4,5% du PIB, soit 62 dollars par habitant. Ce niveau de dépenses situe la Tunisie entre ses voisins du Maghreb, l'Algérie et le Maroc, qui dépensent pour la santé, respectivement, 5,4% (125 dollars par habitant) et 3,2% (30 dollars par habitant) de leur PIB. Ces dépenses restent faibles, toutefois, par rapport à la plupart des pays de l'OCDE, qui dépensent pour la santé entre 5,3 et 11,2% de leur PIB (hormis la Turquie, qui ne lui affecte que 3,5%), et à la plupart des autres pays à revenu intermédiaire qui ont un PIB par habitant comparable à celui de la Tunisie. Par exemple, la Jordanie, le Chili et la Colombie dépensent pour la santé, respectivement, 8%, 5,3% et 7,8% de leur PIB.

1.11 En 1987, le budget de l'Etat représenterait 48% de l'ensemble des ressources du secteur, la part des organismes d'assurance sociale et des ménages étant, respectivement, de 19% et de 32%. Pour 1989, les chiffres, qui sont en partie estimés, semblent indiquer que la part de l'Etat est passée à 44 %, celle des organismes d'assurance et des ménages augmentant

respectivement à 20% et 36 % (tableau 2.1). En comparaison, les pourcentages correspondants étaient, en 1987, de 20%, 60% et 20 % en Algérie, et de 23%, 21% et 56% au Maroc. Comparées aux données relatives aux pays de l'OCDE où sont regroupées sous la rubrique "Dépenses publiques" les dépenses des gouvernements et celles des organismes d'assurance sociale, les dépenses publiques représentent entre 41% et 97% de l'ensemble des dépenses dans les pays de l'OCDE, contre 67% en Tunisie (tableau 1.1).

Tableau 1.1: Dépenses de santé dans les pays du Maghreb et de l'OCDE en 1987

		Dép. de santé per capita \$US	Dép. de santé en % du PIB	Part Publique %	Assurances Sociales %	Ménages %
Maghreb:	Tunisie	52	4,5	48,0	18,9	33,1
	Algérie	92	5,3	20,0	60,0	20,0
	Maroc	29	3,1	23,0	21,0	56,0

OCDE:	Turquie	147	3,5			
	Minimum	337	5,3	41,3		58,7
	Maximum	2.051	11,2	97,6		2,4

Sources: US DHHS 1990 et Base de Données OCDE 1989.

LE SYSTEME DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTE

1.12 Le système tunisien de soins de santé s'est aussi considérablement développé en termes d'infrastructures. Au sein d'un réseau cohérent, les formations sanitaires publiques sont situées en des points stratégiques et classifiées en fonction du niveau de soins assurés. Au premier niveau, les 1.505 centres de santé de base, 95 hôpitaux de circonscription et six maternités autonomes assurent des soins ambulatoires de santé de base et un premier niveau de services hospitaliers. Au deuxième niveau, les 22 hôpitaux régionaux, situés principalement en milieu rural, assurent à la population un certain nombre de soins spécialisés et des services hospitaliers. Enfin, le troisième niveau de soins, qui englobe, dans les quatre grands pôles urbains (Tunis, Monastir, Sousse et Sfax), les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux, ainsi que les instituts de soins spécialisés, offre des services de haut niveau. Le rôle national de ce troisième niveau hospitalier mérite d'être souligné. En 1989, ces formations sanitaires ont assuré, sur l'ensemble du pays, 43% des accouchements assistés, 45% des admissions hospitalières, 60% des journées d'hospitalisation et 70% des interventions chirurgicales. Grâce à ce système à trois niveaux, 90% de la population est à moins d'une heure de marche d'une formation sanitaire publique.

1.13 Le réseau parapublic de santé appartient à la CNSS (Caisse nationale de sécurité sociale) et consiste en six polycliniques situées dans les villes principales. On n'y dispense que des soins ambulatoires de type général, des soins spécialisés et des services de diagnostic aux travailleurs du secteur privé (et à leurs familles) affiliés à la CNSS. Le réseau parapublic a vu le jour au milieu des années 80 en réponse à la faible

qualité (ou de ce qui était perçu comme tel) des services de santé assurés par le secteur public et alors que les services dispensés dans le secteur privé étaient encore insuffisants.

1.14 Enfin, le Secteur privé assure des soins de santé principalement dans les centres urbains et regroupe 1.567 cabinets médicaux, 602 cabinets dentaires, 968 pharmacies, 338 centres de soins infirmiers et 101 laboratoires d'analyses. La Tunisie compte 35 hôpitaux privés équipés d'un total de 1.062 lits. Mais plus de 60 % de ces lits (principalement dans les maternités) ne sont pas à proprement parler des lits d'hôpitaux si l'on considère le niveau des équipements médicaux dont ils sont dotés.

II. PROBLEMES DU SECTEUR ET STRATEGIE GOUVERNEMENTALE

2.01 En 1988, le Ministère de la santé publique a entrepris un large examen de la situation du secteur de la santé et du secteur de la santé publique en particulier, examen qui a permis de mettre en lumière deux séries de problèmes: l'inadéquation des mécanismes de financement des services de santé et la faiblesse de l'efficacité interne dans les établissements de santé du secteur public, et dans les hôpitaux en particulier.

LES PROBLEMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE

2.02 Le financement du secteur de la santé en Tunisie se heurte à deux problèmes majeurs. Tout d'abord, les ressources financières de l'ensemble du secteur sont faibles en raison du sous-financement marqué du secteur public; ensuite, les modalités de partage des charges financières dans le secteur public ne permettent pas de mobiliser les ressources nécessaires.

2.03 Le sous-financement du secteur public. En 1989, le secteur de la santé publique a assuré 50% des soins ambulatoires et plus de 90% des services hospitaliers, c'est-à-dire plus de 80% du total des soins curatifs, et cela en plus de ses activités de prévention des maladies, ainsi que d'administration et de régulation du secteur. La même année, il s'est vu attribuer 54,4% du total des ressources du secteur de la santé, les secteurs parapublic et privé en recevant, respectivement 3,5% et 38,6%. Le reste, soit 3,5%, a servi à payer des soins de santé dispensés à l'étranger. Les chiffres pour 1987 étaient de 58% pour le secteur public, 3,5% et 36 %, respectivement, pour les secteurs parapublic et privé, et de 2,5% pour les soins dispensés à l'étranger (tableau 2.1).

2.04 Après une période de croissance entre 1980 et 1984, les ressources du secteur de la santé publique ont baissé, leur part du PIB tombant de 2,5% en 1985 à 2,3% en 1990. Cette évolution est notable. En effet, dans la plupart des pays, les dépenses de santé absorbent une part croissante des ressources au fur et à mesure que le PIB augmente. En d'autres termes, le secteur de la santé publique en Tunisie reçoit une part moindre de la richesse nationale, alors qu'il demeure de loin le principal dispensateur de soins de santé (et des services les plus coûteux). Il est difficile de comparer directement la manière dont les ressources des secteurs public,

parapublic et privé ont évolué, du fait que le secteur parapublic n'existe que depuis 1986 et qu'on manque d'informations sur le secteur privé. Mais, il est estimé que la part de ces deux secteurs dans le PIB n'a cessé d'augmenter pour atteindre 2,1% en 1989 et probablement 2,2% en 1990. Il apparaît que, si le total des dépenses de santé est demeuré à peu près stable en pourcentage du PIB, il s'est produit un déplacement de ressources au détriment du secteur public et en faveur des secteurs parapublic et privé en forte croissance. Cependant, ce transfert de ressources ne s'est pas accompagné d'un transfert correspondant d'activités, et ce déséquilibre est une cause majeure des difficultés croissantes que connaît le secteur de la santé publique.

Tableau 2.1: Sources et utilisation des ressources
du secteur de la santé
(1987 et 1989, en million de DT courants)

Sources	1987		1989*	
	Millions DT	%	Millions DT	%
Etat	169,5	48,0	191,4	44,3
Assurances Sociales	67,4	18,9	86,4	20,0
Ménages	118,1	33,1	154,2	35,7
	-----	-----	-----	-----
Total	355,0	100,0	432,0	100,0
Utilisation				
Secteur public	204,4	58,0	235,2	54,4
Secteur parapublic	12,6	3,5	15,0	3,5
Secteur privé	128,3	36,0	166,8	38,6
Soins à l'étranger	9,7	2,5	15,0	3,5
	-----	-----	-----	-----
Total	355,0	100,0	432,0	100,0
en % du PIB	4,5		4,5	

* estimations
Sources: CNSS 1990; MSP 1988; estimations Banque mondiale.

2.05 Cette baisse relative des ressources du secteur de la santé publique, peut être attribuée à plusieurs facteurs. Tout d'abord, la part du budget de l'Etat (fonctionnement et investissement) allouée au secteur de la santé, est tombée de 7,9% en 1985 à 6,2% en 1989. Malgré ce, la contribution du budget de l'Etat représente une part croissante du budget de fonctionnement du Ministère de la santé publique, puisque, de 82,6% en 1985, elle est passée à 83,7% en 1989 et à 84,8% en 1990. Ensuite, la contribution

des caisses d'assurances sociales (CNSS et CNRPS 1/) a baissé en valeur réelle et représente en 1990, 9,1 % des ressources du secteur de la santé publique, contre 12,7% en 1985. Enfin, la contribution des ménages par le biais de la tarification et du ticket modérateur a sensiblement augmenté en valeur nominale, tout en demeurant stable en pourcentage, aux alentours de 6% des ressources du Ministère de la santé publique.

2.06 Associé au faible niveau des capacités de gestion, ce grave sous-financement du secteur de la santé publique, se traduit par des pénuries chroniques en équipement et fournitures médicales, un entretien insuffisant des bâtiments et équipements, la faible motivation du personnel et, en fin de compte, une qualité de service médiocre et en baisse, dans l'ensemble du secteur de la santé publique (paras 2.19-2.20). Les premier et deuxième niveaux de soins sont les plus affectés par cette situation de sous-financement. Ceci pousse la population à rechercher les soins auprès des structures hospitalières de haut niveau, où, malgré la part importante des ressources qui leur sont alloués, les conditions sont également précaires et se dégradent rapidement.

2.07 Modalités de partage des charges financières du secteur de la santé publique. Il est estimé que les patients affiliés aux deux principales caisses d'assurances sociales (la CNSS et la CNRPS) représentent 38% des admissions et 42% des consultations externes des établissements de santé publique (tableau 2.2). Si l'on retient ces pourcentages, et en supposant que les pathologies caractéristiques des assurés sociaux sont similaires au reste de la population, c'est à environ 80 millions de dinars tunisiens qu'aurait dû s'élever la contribution des caisses d'assurances sociales au budget du MSP en 1989, et non pas à 21 millions comme ce fut le cas. C'est dire combien les services de santé pourraient être améliorés si les charges étaient plus équitablement réparties: un apport supplémentaire de 59 millions de dinars tunisiens aux ressources du MSP augmenterait de 25% le budget total de fonctionnement de la santé publique, et de 80% le budget de fonctionnement hors-salaires qui est le plus fortement affecté par ce sous-financement.

Tableau 2.2: Activités du MSP et couverture sociale
(1987)

	Admissions	%	Visites	%
Indigents (Gvt)	203.507	38,4	3.266.538	41,1
CNSS	245.002	27,5	2.913.504	36,7
CNRPS	50.611	9,5	377.654	4,8
Payants	32.089	6,1	252.626	3,2
Autres	96.811	18,4	1.132.402	14,3

Sources: MSP 1988.

1/ Les programmes d'assurances sociales incluent les organisations suivantes: la CNSS (Caisse nationale de sécurité sociale) verse des prestations sociales (retraite, santé, allocations-maladie...) aux travailleurs (et à leurs familles) des secteurs privé et parapublic. La CNRPS (Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale) assure des prestations sociales analogues aux agents de l'Etat et la CREGT (Caisse de retraite et de prévoyance des personnels des services publics de l'électricité, du gaz et des transports) aux personnels (et leurs familles) de ces services publics concédés.

2.08 Les dépenses de santé des caisses d'assurances sociales sont évaluées à 86 millions de dinars tunisiens pour 1989, dont 65 millions environ (75%) vont aux services dispensés par les secteurs parapublic et privé ou pour des soins à l'étranger. En ne finançant pas à leur vraie valeur les services que le secteur de la santé publique fournit à leurs adhérents, ces caisses subventionnent en termes relatifs, les secteurs parapublic et privé de santé. Au cours des années passées, les ressources de l'Etat n'ont pas suffi à combler ce déficit de ressources, de sorte que de graves pénuries sont apparues, et il est peu probable que, malgré sa ferme intention d'améliorer les services de santé, le gouvernement puisse assumer cette responsabilité, au vu des besoins sans cesse croissant et des contraintes budgétaires.

2.09 Les contributions des employés et employeurs aux caisses d'assurances sociales aux titres des régimes de retraite et de maladie n'étant pas formellement dissociées, il est difficile d'estimer le niveau de ressources effectivement générées par les régimes d'assurances-maladie. Il est cependant estimé qu'en 1987, les deux principales caisses d'assurances sociales, la CNSS et la CNRPS, ont perçu 63 millions de dinars tunisiens au titre de l'assurance-maladie, alors qu'elles n'ont dépensé en tout, en services de santé, que 48,8 millions de dinars tunisiens. Cette situation n'était pas propre à l'année 1987. Les caisses d'assurances sociales ont de manière régulière, utilisé des ressources provenant des régimes d'assurance-maladie pour compenser les déficits d'autres programmes - en particulier le régime de retraites - ou pour investir dans des activités économiques hors de la sphère sanitaire. Les caisses d'assurances sociales devraient donc pouvoir accroître leur contribution sous réserve que soient réunies un certain nombre de conditions (para 2.22), et bien que cette participation accrue ne puisse pas nécessairement se réaliser sans affecter d'autres types de prestations, ou sans améliorer les taux de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. En outre, parce que l'Etat a, jusqu'ici, fait face aux besoins financiers les plus urgents du Ministère de la santé publique, les caisses d'assurances sociales n'ont jamais cherché à développer une politique volontariste d'extension de la couverture de la population active. Seulement 50,5% de la population active sont affiliés aux caisses d'assurances sociales, proportion qui varie de 22,4% dans le secteur agricole à 65,3% dans le secteur d'activité non agricole.

2.10 Il est possible d'accroître le nombre d'assurés sociaux à condition de proposer des formules attractives et de revoir profondément et simultanément la politique gouvernementale en matière d'assistance médicale gratuite ou fortement subventionnée auprès des établissements publics. Si l'on s'en tient aux directives gouvernementales actuelles sur la définition du seuil de pauvreté (qui devra être revu pour tenir compte de l'évolution des conditions économiques), l'Etat ne devrait fournir de soins gratuits (AMG Type I) ou fortement subventionnés (AMG Type II) qu'à 8% de la population, alors qu'actuellement environ 40% des admissions et des consultations externes dans le secteur de la santé publique concernent des patients considérés comme indigents (tableau 2.2).

2.11 Les caisses d'assurances sociales se sont jusqu'à présent montrées peu enclines à contribuer davantage aux ressources du secteur de la santé

publique, d'une part, parce que celui-ci s'est avéré incapable de fournir l'information indispensable sur l'utilisation et sur le coût réel des services; et, d'autre part, à cause de la qualité médiocre et décroissante des services dispensés dans les établissements publics. L'absence de systèmes performants de gestion et de comptabilité permettant un suivi étroit de l'utilisation qui est faite des ressources et du coût des services rendus a beaucoup contribué à cette situation. Ce sont-là les problèmes que la stratégie sectorielle du gouvernement et le projet envisagé visent à résoudre.

L'EFFICACITE INTERNE DES HOPITAUX

2.12 D'une manière générale, l'ensemble du secteur sanitaire public manque d'efficacité. Bien que conçu et mis en place comme un système cohérent de type pyramidal, le réseau de soins de santé fonctionne mal. Les différents niveaux de soins ne se complètent pas, et il n'est pas pleinement tiré parti de leur potentiel. En particulier, les hôpitaux de circonscription et, surtout, les hôpitaux régionaux sont notablement sous-utilisés. Ces distorsions en matière d'offre et d'utilisation des services sont illustrées en Annexe 1, figures 1 à 4.

2.13 Le réseau des hôpitaux publics tunisiens se caractérise par sa faible efficacité interne, faiblesse qui tient à une multitude de causes interdépendantes. Ces inefficacités sont essentiellement d'ordre général ou technique.

2.14 Inefficacités d'ordre général. Les procédures administratives et budgétaires sont rigides et limitent, voire empêchent les substitutions des facteurs entrant dans la production des services de santé. Cette rigidité ne permet que rarement de mettre en oeuvre des combinaisons d'intrants moins coûteuses pour la prestation des services. Les règlements de la fonction publique applicables font obstacle à la bonne gestion des personnels et à la mise en place de systèmes d'incitatifs. Le manque d'informations fiables constitue un handicap majeur pour les directeurs d'hôpitaux, ceux-ci ne pouvant réaliser de diagnostics ou prendre de décisions s'ils ne disposent pas de l'information pertinente. D'un point de vue opérationnel, deux aspects de cette question sont à considérer :

- (i) ces contraintes échappent au contrôle des directeurs d'hôpitaux et nécessitent que des ajustements d'ordre organisationnel et réglementaires soient introduits;
- (ii) un corps de cadres gestionnaires de haut niveau doit être recruté, et les capacités de gestion développées, sur une base suffisamment large pour inclure les administrateurs de niveau intermédiaire qui, de fait, remplissent des fonctions clés. D'ordre purement technique et limité à un petit nombre de cadres supérieurs, l'effort en matière de formation ne suffirait pas à améliorer sensiblement le système.

2.15 Le manque de clarté dans le partage des attributions entre les différents niveaux de gestion, le manque de gestionnaires dûment formés et

l'absence de systèmes de gestion caractérisent l'inefficacité actuelle des activités du secteur de la santé publique. Les hôpitaux manquent de capacités gestionnaires et de méthodes et procédures standardisées de gestion aptes à leur permettre de juger des performances réalisées dans la prestation des services, le niveau d'activité et les interventions thérapeutiques. De même, le suivi des facteurs entrant dans la production à travers la gestion des stocks et l'utilisation des ressources est inefficace, et les coûts réels de prestation des soins sont inconnus.

2.16 L'enregistrement des patients, que ce soit pour des hospitalisations ou des consultations externes, se borne à une formalité administrative qui ne fournit au Ministère de la santé publique que des renseignements très agrégés sur l'activité hospitalière. L'origine géographique des patients n'est généralement pas consignée et la mauvaise qualité de l'enregistrement tant au niveau des admissions, que du diagnostic et du traitement, empêchent que soit réalisée toute analyse de la justification de la visite ou de l'admission à ce niveau de soins. Le statut social est généralement indiqué aux fins de paiement des services dans le cas des malades payants, ou soumis au ticket modérateur comme dans le cas des malades indigents et assurés. Mais la direction de l'hôpital ne compile pas systématiquement ces informations, alors que celles-ci serviraient autant à justifier sa requête budgétaire au Ministère de la santé publique, qu'elles permettraient aux autorités centrales de négocier le niveau de financement et les ressources des hôpitaux avec les divers bailleurs de fonds.

2.17 Dans certains établissements, un patient peut utiliser l'une des multiples entrées, se faire soigner et repartir sans avoir été enregistré comme patient, évitant ainsi d'avoir à payer pour les soins qui lui ont été donnés. Le renforcement des capacités d'enregistrement, par l'amélioration des zones d'accueil et d'enregistrement des malades et l'utilisation de la bureautique facilitera le suivi des patients et des soins rendus, tant il est vrai que l'information sur la clientèle hospitalière et les causes de fréquentation, est essentielle à la bonne gestion d'un système de soins de santé. De plus, cette information minimise les risques de chevauchement entre les services, réduit les coûts et contribue au confort du patient, à son bien-être et à la qualité des soins qui lui sont fournis, car cela permet de comparer toute une série de tests diagnostiques ainsi que les procédures et interventions exploratoires.

2.18 Les indicateurs les plus banals de l'activité hospitalière, tels que les arrivées et les départs des malades, sont généralement enregistrés, de sorte que les taux d'occupation et la durée moyenne des séjours sont disponibles (Annexe 3, tableau 2). Mais la direction de l'établissement ne dispose pas de l'information nécessaire pour contrôler l'utilisation des ressources, et aucune analyse n'est conduite pour savoir si le traitement donné au malade est conforme ou non au diagnostic initial. Les taux d'occupation et la durée moyenne du séjour varient considérablement à l'intérieur d'un établissement et d'un établissement à l'autre. La très grande variation observée dans la durée moyenne du séjour entre départements cliniques identiques d'hôpitaux de même niveau dans la pyramide sanitaire, donne à penser que cette variation n'est pas due à des différences de pathologies entre groupes respectifs de patients, mais traduit davantage le

fait que le niveau d'utilisation et la combinaison des différents intrants n'obéissent, en pratique à aucune réglementation, ne suivent pas de normes de procédure, et sont, finalement, indirectement déterminés par la variation de l'offre de lits, d'équipement, de matériel et de personnel.

2.19 Inefficacités d'ordre technique. Les sources d'inefficacité liées au gaspillage des ressources sont nombreuses. Un problème généralement préjudiciable à la bonne marche des hôpitaux tient à la médiocrité de l'entretien tant des bâtiments que des équipements électro-mécaniques, des équipements médicaux et des services généraux. Outre l'équipement biomédical, on relève de gros problèmes dans l'entretien des systèmes de chauffage, dans la ventilation, dans l'installation électrique, ainsi qu'au niveau des cuisines et des buanderies. En général, l'entretien régulier et préventif est repoussé faute de capacités techniques et de ressources financières suffisantes. Environ 30% de l'équipement médical des hôpitaux est obsolète et 60% environ des installations physiques nécessite une profonde réfection. Pour y pourvoir, la stratégie envisagée par le Ministère de la santé publique dans le cadre du programme de réformes permettrait d'encourager les directeurs d'hôpitaux à traiter avec des fournisseurs privés pour les services d'entretien curatif, plutôt que de chercher à développer ce genre de capacités au sein d'un système déjà défectueux. Cette stratégie se justifie en outre par la très grande variété des matériels, spécifications et pièces de rechange qu'engendre la diversité des sources d'approvisionnement. Cependant, la mise en place de capacités autonomes en matière de maintenance diagnostique et préventive, ainsi que pour les réparations urgences, sera vivement encouragée.

2.20 La mauvaise utilisation ou le manque de ressources exacerbent le cercle vicieux de l'inefficacité générale. Faute de matériel diagnostique simple ou parce que celui-ci est de mauvaise qualité, on pratique des procédures coûteuses. Les exemples sont nombreux dans les domaines des ultrasons, de l'obstétrique et de la radiologie. L'absence de certains médicaments spécifiques peut conduire à des interventions chirurgicales qui auraient pu être évitées, comme c'est par exemple le cas pour le traitement des ulcères gastroduodénaux. L'absence de contrôle des normes de prescription conduit à prescrire plus de médicaments qu'il n'en faut, à en prescrire à tort ou, assez paradoxalement, à en prescrire insuffisamment. Les patients sont gardés inutilement hospitalisés, dans l'attente d'exams diagnostiques ou de traitements thérapeutiques. La formation continue des personnels se fait au gré des circonstances et le caractère rudimentaire de la gestion des stocks et des fournitures est générateur d'erreurs de gestion et de pertes. Les banques de sang sont à court d'équipement de réfrigération et de traitement, circonstances qui conduisent à de fréquents gaspillages et à des situations de pénurie au moment même où les besoins sont les plus grands.

STRATEGIE GOUVERNEMENTALE

2.21 Pendant des décennies, la politique de santé du gouvernement a essentiellement visé à améliorer l'accès aux services de santé en investissant massivement à tous les niveaux de soins. De ce fait, et bien que persistent certains déséquilibres régionaux que les pouvoirs publics

s'appliquent à corriger, l'accès aux soins de santé est satisfaisant. Ainsi, la principale préoccupation du gouvernement est maintenant de consolider les réalisations du passé en améliorant l'impact, l'efficacité et la qualité des services dispensés et, de manière plus générale, la viabilité économique des services de santé.

2.22 Le gouvernement a défini pour le secteur de la santé publique, un plan global de réformes qui couvre principalement :

- (i) le cadre institutionnel: les plus grands établissements de santé se voient accorder l'autonomie financière et administrative, et des efforts sont entrepris pour progressivement décentraliser la gestion des activités de santé ainsi que l'allocation des ressources au niveau des administrations régionales;
- (ii) les professions de santé, pour promouvoir la déconcentration du personnel vers les niveaux primaires et secondaires par le biais d'incitatifs; par le renforcement des unités périphériques en équipement; en favorisant les échanges de professionnels entre niveaux; enfin, par l'évaluation des performances et l'adaptation des programmes de formation;
- (iii) les modalités de partage des charges financières, par la revalorisation de la tarification des services médicaux et non médicaux, sur la base des coûts unitaires issus de la généralisation des systèmes de comptabilité; par la révision des critères d'éligibilité et des prestations des programmes d'indigence; par la consolidation et l'harmonisation des prestations offertes par les régimes d'assurances sociales, avec extension aux couches non assurées de la population; enfin, par la généralisation et la revalorisation des tickets modérateurs (Annexe 2).

2.23 D'importantes mesures concrètes ont déjà été prises. Tout d'abord, en ce qui concerne les personnels de santé, les chefs de services des hôpitaux universitaires ne sont plus nommés que pour cinq ans, et leur maintien à ce poste au-delà de ce terme est décidé sur la base de leur performance. Les médecins qui sont recrutés par le Ministère doivent être affectés pendant deux ans en zone rurale. En ce qui concerne les modalités de partage des charges financières, les mesures suivantes ont été prises (Annexe 2): (i) la tarification applicable aux patients non assurés et non indigents doublera en deux temps, le 1er novembre 1990 et le 1er novembre 1991; (ii) les tickets modérateurs payables par les assurés et les indigents de type II augmenteront de 50% en janvier 1991; (iii) le Ministère de la santé publique et les Caisses d'assurance sociale (la CNSS et la CNRPS) se sont entendus sur la mise en place d'un vaste programme de renforcement technologique des hôpitaux du secteur public, financé sur les cinq prochaines années par la CNSS et la CNRPS à hauteur de 50 millions de dinars tunisiens (58 millions de dollars). Une première tranche de 20 millions de dinars pour la période 90-91 a été définie et financée, outre l'achat d'équipements, une provision financière destinée à couvrir les dépenses de fonctionnement additionnelles liées à ces investissements.

2.24 L'objectif gouvernemental en matière de révision des modalités de partage des charges financières est clair: parvenir à un partage plus équitable des charges entre les différents régimes institutionnels et donc entre les différents segments de la population. Pour atteindre cet objectif, la stratégie poursuivie est d'utiliser les mécanismes existant d'ores et déjà en Tunisie, en les rationalisant et en les mettant à jour. Précisément, ces mécanismes sont l'assurance-maladie publique obligatoire, le ticket modérateur pour responsabiliser les assurés et prévenir une demande non justifiée (tant du point de vue quantitatif que qualitatif) et, enfin, l'intervention du gouvernement tant pour organiser que pour réguler le système en assurant son équilibre financier. Ce rôle de régulation est aujourd'hui essentiel dans la mesure où, comme il l'a été dit, le fonctionnement médiocre de l'assurance-maladie s'allie aux caractéristiques professionnelles et économiques de la population, pour imposer une intervention financière massive à l'Etat.

2.25 Ainsi, l'atteinte des objectifs généraux en matière de partage des charges financières dépend, au delà de la volonté gouvernementale, de sa capacité à négocier ces transformations avec les partenaires sociaux, essentiellement les employeurs et employés. Ces négociations devront avoir lieu lorsque le gouvernement disposera des informations nécessaires que les réformes introduites devraient aider à rassembler. Les résultats quantitatifs de cette négociation sociale dépendront de la situation économique du pays.

2.26 Les grands hôpitaux sont appelés à demeurer des acteurs de premier plan quant aux performances d'ensemble du secteur de la santé. De ce fait, le gouvernement a identifié l'Organisation, la Gestion et le Financement des Hôpitaux publics comme un domaine d'action prioritaire. C'est ainsi que les 22 plus grands établissements hospitaliers (hôpitaux universitaires et instituts spécialisés) ont été retenus pour la mise en place des réformes envisagées (Annexe 3, table 1). Au cours de phases ultérieures, qui ne sont pas prises en compte par le projet envisagé, ces réformes devraient être étendues aux hôpitaux régionaux puis à l'ensemble du réseau sanitaire.

2.27 La priorité donnée au troisième niveau de soins dans la mise en oeuvre des réformes est justifiée par deux facteurs principaux. En premier lieu, les 22 hôpitaux et instituts tertiaires concernés absorbent environ 50% de l'ensemble des ressources du secteur de la santé publique. Tenter de contrôler la croissance des coûts est donc une priorité, quand, en parallèle, les changements épidémiologiques les poussent à la hausse et les efforts déployés pour renforcer les soins périphériques demandent que davantage de ressources leur soient allouées. En second lieu, parce que les caisses d'assurance sociale ont recours pour l'essentiel à leur propre réseau de polycliniques (CNSS) ou au secteur privé pour les soins ambulatoires à leurs bénéficiaires, la plupart des services dispensés aux assurés sociaux par le secteur de la santé publique, l'est en milieu hospitalier urbain. La réforme des modalités de partage des charges financières du secteur, qui devrait permettre la réallocation de ressources entre les différents niveaux de service, vise à faire supporter à chaque source de financement la part des charges qui lui revient. Ainsi, les efforts pour améliorer l'efficacité et

la qualité des services et acquérir la connaissance indispensable des caractéristiques d'utilisation et de coûts des services de santé, doivent-ils être déployés en priorité au sein des structures hospitalières de troisième niveau.

2.28 L'orientation hospitalière des réformes pourrait, légitimement, laisser à penser qu'en renforçant l'efficacité et la qualité des services hospitaliers de haut niveau, leur attractivité risque d'en être encore accrue. Ceci renforcerait encore la sur-utilisation relative de ce type de services par rapport aux soins plus périphériques (para 2.12), et se traduirait par l'allocation de nouvelles ressources pour faire face à cette demande additionnelle. Ce risque ne devrait cependant pas se matérialiser. En effet: (i) l'utilisation actuelle de services hospitaliers peut être considérée comme "maximale", car elle n'est en pratique contrainte, ni par le pouvoir d'achat de la population, ni par la capacité en lits d'hôpitaux. L'accès aux hôpitaux de haut niveau n'implique aujourd'hui le paiement que de charges minimales, ou est entièrement gratuit, pour la grande majorité de la population. La croissance future de la demande due aux changements épidémiologiques pourrait être compensée par les efforts du gouvernement pour renforcer les soins périphériques, permettant de limiter ainsi l'utilisation non justifiée des hôpitaux de haut niveau. Les ajustements considérés par le gouvernement en matière de tarification des services devraient faciliter cette évolution; et, (ii) comme il l'a été mentionné auparavant, le secteur de la santé publique fournit actuellement plus de 90% des services hospitaliers. L'accroissement potentiel de la demande serait donc marginal et essentiellement le fait de patients soit assurés sociaux, soit soumis à la tarification (ceux qui aujourd'hui peuvent accéder au secteur privé). Il devrait donc être possible de faire face facilement à ce surcroît potentiel de demande, grâce aux ajustements des modalités de partage des charges financières du secteur que le gouvernement envisage (para 2.22, 2.23 et Annexe 2).

LES OPERATIONS DE LA BANQUE DANS LE SECTEUR SANITAIRE

2.29 En 1971, le gouvernement tunisien a reçu de l'IDA un crédit de 4,8 millions de dollars pour s'attaquer aux problèmes de population, notamment pour améliorer l'accès aux services de planning familial et de santé maternelle et infantile. Le crédit prévoyait la construction et l'équipement de quatre maternités, de 29 centres de soins de santé maternelle et infantile et l'extension de l'Ecole de formation paramédicale Avicenne de Tunis. Etaient également prévus l'utilisation d'assistance technique en gestion, pour la formation paramédicale et pour l'évaluation du programme de SMI/PF. Le projet a été achevé en 1981 pour un coût total de 35 millions de dollars, chiffre largement supérieur aux 7 millions de dollars que prévoyait initialement le rapport d'évaluation. La différence attribuée à des retards d'exécution et à la forte inflation, a été couverte par un financement additionnel de l'Agence norvégienne de développement international (NORAD) et du gouvernement tunisien. L'impact principal du projet a été l'amélioration de l'accès aux services.

2.30 Un prêt de 12,5 millions de dollars pour un deuxième projet de santé et de population est entré en vigueur en 1982. Il s'agissait essentiellement, d'intégrer les services de planning familial aux services de soins préventifs et curatifs, à la nutrition, à l'éducation sanitaire et à l'assainissement dans huit gouvernorats. Comme pour le premier projet financé par la Banque, l'accent était mis sur l'expansion des services. Le projet, dont la mise en oeuvre s'est achevée en 1989, prévoyait la construction et/ou la rénovation de 140 postes de santé, de 325 dispensaires, de 90 logements de fonction, de 2 centres régionaux d'éducation sanitaire, de 6 écoles de paramédicales et de 8 ateliers de maintenance. En outre, le projet incluait la mise en place initiale d'un système d'information de gestion pour renforcer les capacités de gestion du Ministère de la santé publique, le développement et la mise en oeuvre d'un programme national d'éducation sanitaire et d'un système de formation continue pour les personnels de santé.

2.31 Un troisième projet de santé et de population a été identifié en 1984 en vue d'étendre le concept de Centre de santé de base développé sous le projet précédent. Il n'a cependant pas été donné suite à ce projet, en raison des préoccupations suscitées par ses coûts de fonctionnement élevés en relation avec les avantages qui pouvaient en être escomptés en l'absence de réformes d'ensemble du système de santé.

2.32 D'importantes leçons peuvent être dégagées des interventions passées de la Banque dans le secteur de la santé en Tunisie. Tout d'abord, l'action gouvernementale a constamment été orientée vers la croissance du secteur afin d'assurer un meilleur accès aux services. Mais les crédits de fonctionnement n'ont pu couvrir les besoins de manière satisfaisante, de sorte que, surtout aux premier et deuxième niveaux de soins, les services dispensés sont demeurés de qualité médiocre et sous-utilisés. Ensuite, les efforts déployés pour améliorer ces conditions se sont heurtés à l'inefficacité chronique du sous-secteur des hôpitaux publics, qui grève lourdement les ressources du secteur. Enfin, il apparaît que des progrès notables ne seront possibles qu'en développant considérablement les capacités de gestion, en renforçant les attributions des équipes dirigeantes en leur octroyant une plus grande autonomie d'action. Ces transformations demandent également qu'un effort important soit réalisé en matière de renouvellement des équipements et de rénovation prioritaire, pour que la qualité des soins retrouve un niveau acceptable, et que soient engagées simultanément des actions en vue de corriger les déséquilibres actuels dans le partage des charges financières du secteur, entre l'Etat, les utilisateurs et les Caisses d'assurances sociales, essentiellement la CNSS et la CNRPS.

JUSTIFICATION DE L'INTERVENTION DE LA BANQUE

2.33 La restructuration globale du secteur hospitalier est une condition préalable au réexamen des modalités de partage des charges financières du secteur qui permettraient de contenir les dépenses de santé des hôpitaux tertiaires, autorisant ainsi le transfert progressif de ressources vers les soins de santé primaires. Cette restructuration inclut le renforcement des capacités de gestion et une plus grande autonomie de décision pour les

gestionnaires hospitaliers et, parallèlement, l'amélioration de la technologie médicale et la rénovation prioritaire des structures sanitaires. L'expérience de la Banque en matière de restructuration des entreprises publiques dans la plupart des secteurs de l'économie tunisienne et, plus particulièrement, l'assistance conceptuelle qu'elle a apportée au Ministère la santé publique dans la définition des réformes et ajustements qu'il entend introduire dans le financement de la santé en font un partenaire privilégié du gouvernement dans cette phase importante.

2.34 Ainsi, le projet s'appuie-t-il sur le concept général de discipline financière et de réforme des entreprises publiques poursuivies dans le cadre du Prêt d'ajustement structurel (PAS, Prêt 2962-TUN) et du Prêt de rationalisation des entreprises publiques (PREP, Prêt 3109-TUN). Des efforts parallèles sont entrepris dans l'ensemble du secteur des ressources humaines, des opérations étant en cours de réalisation et d'autres en préparation, aux différents niveaux du secteur de l'éducation.

2.35 Le projet constitue un des deux volets de l'approche globale du secteur de la santé développé par le gouvernement. Cette approche, à laquelle la Banque apporte son concours, inclue le projet envisagé de Population et santé familiale dont l'objet principal est de rétablir la crédibilité des services de soins de santé de base, y compris les hôpitaux de circonscription, permettant ainsi d'alléger la pression qui s'exerce sur le réseau hospitalier. Les deux projets sont intimement liés tant dans leurs objectifs respectifs que dans les activités envisagées qui se complètent et se renforcent mutuellement. Néanmoins, leurs approches et niveaux d'intervention spécifiques, de même que l'ensemble de problèmes abordés qui est propre à chacun d'eux, nécessitent que leur exécution soit entreprise indépendamment.

III. LE PROJET

LE CADRE INSTITUTIONNEL

3.01 Le projet envisagé constitue un important véhicule pour mettre en oeuvre les orientations politiques du programme gouvernemental de réforme décrit aux paragraphes 2.21 et 2.22. Ceux-ci font une grande place à la nécessité (i) d'ajuster le cadre juridique et organisationnel afin d'accroître l'autonomie administrative et financière ainsi que la responsabilisation des plus grands établissements de santé; (ii) de réexaminer les modalités de partage des charges financières de manière à assurer au secteur de la santé, une mobilisation régulière, efficace et équitable des ressources.

3.02 Le succès du projet est lié à la volonté du gouvernement d'introduire et de poursuivre les aménagements prévus dans le cadre de ses orientations de politique générale de santé. Les hôpitaux concernés par le projet deviendront des "établissements publics de santé" (EPS). Le statut juridique de ceux-ci permettra de mettre en place la structure organisationnelle envisagée, de doter les hôpitaux d'un Conseil d'administration, de concentrer le pouvoir de décision au niveau de l'hôpital

(directeurs généraux et directeurs) et de doter les établissements de l'autonomie financière et administrative (Annexe 4). L'approbation de la loi portant création des EPS par le parlement et la transformation officielle en EPS des quatre hôpitaux visés dans la partie A de l'Annexe 3 ainsi que la nomination de leurs directeurs généraux sont des conditions d'entrée en vigueur du prêt (para 7.02). Les 18 autres hôpitaux seront transformés en EPS selon le calendrier suivant: 8 hôpitaux (partie B, Annexe 3, tableau 1) seront transformés d'ici le 31 décembre 1992; 5 hôpitaux (partie C, Annexe 3, tableau 1) seront transformés d'ici le 31 décembre 1993; les derniers hôpitaux (partie C, Annexe 3, tableau 1) seront transformés d'ici le 31 décembre 1994 (para 7.01). Pour ces hôpitaux, les décaissements du prêt pour des équipements (à l'exception des équipements informatiques) ne pourront être effectués qu'après transformation en EPS des hôpitaux mentionnés dans les parties B et C de l'Annexe 3. Les décaissements pour les travaux de génie civil ne pourront être effectués qu'après transformation des hôpitaux de la partie B (para 7.03).

OBJECTIFS DU PROJET

3.03 L'objectif d'ensemble du projet envisagé est d'améliorer l'efficacité et la qualité des services du sous-secteur hospitalier, ainsi que d'alléger le fardeau que les plus grands hôpitaux font peser sur les ressources de l'Etat. Plus précisément, le projet vise à aider le programme de réforme du gouvernement tunisien à atteindre deux objectifs principaux:

- (a) accroître l'efficacité interne des grands hôpitaux généraux, instituts spécialisés et maternités, contenir les coûts et améliorer la qualité des services; et,
- (b) fournir les informations relatives aux activités et aux coûts de structures hospitalières pour permettre un réaménagement des modalités de partage des charges financières du secteur par une meilleure articulation entre l'utilisation effective des services hospitaliers et la contribution financière des patients assurés ainsi que des patients payants.

3.04 Les établissements visés par le projet incluent dix hôpitaux généraux, trois maternités autonomes et neuf hôpitaux et instituts spécialisés, y compris l'Institut National de Nutrition.

DESCRIPTION DU PROJET

3.05 A l'intérieur du cadre institutionnel décrit ci-dessus (para 3.02), le projet sera exécuté sur une période de six ans et inclura les composantes suivantes:

A. Développement des capacités de gestion et aménagements institutionnels

- Gestion financière et méthodes d'évaluation des performances;
- Développement de systèmes informatisés d'information de gestion;

- Aménagement des locaux administratifs et d'accueil des malades;
- Stratégies sectorielles et gestion du projet.

B. Amélioration de la qualité des services :

- Renouvellement d'équipements médicaux prioritaires;
- Renforcement des unités de maintenance hospitalière;
- Amélioration des conditions d'hébergement et d'hygiène hospitalière.

A. Développement des capacités de gestion et aménagements institutionnels
(19,9 millions de dollars)

a) Gestion financière et méthodes d'évaluation des performances
(3 millions de dollars)

3.06 Modèle de gestion financière. Le projet prévoit 8 hommes-mois d'assistance technique (6 nationaux et 2 étrangers) pour l'Unité de coordination du projet (UCP), pour l'établissement d'un modèle de gestion financière formé de trois composantes intégrées: (i) le manuel de gestion financière; (ii) un rapport financier annuel pour servir d'instrument d'évaluation; et, (iii) un ensemble de directives et/ou circulaires émises par le Ministère de la santé publique pour servir de principes directeurs à une bonne gestion financière. Le manuel aura été préparé d'ici le 30 septembre 1991 pour être examiné conjointement par le Ministère de la santé publique et la Banque, sera utilisé par la suite dans le cadre de la formation du personnel de direction et sera distribué à partir du 1^{er} janvier 1992 aux cadres administratifs des hôpitaux transformés en EPS (para 7.01 (f)).

3.07 Développement des ressources humaines. En vue de mettre en place la nouvelle structure organisationnelle des hôpitaux (Annexe 4), le gouvernement envisage de créer progressivement, dans les 22 hôpitaux visés par la réforme, environ 250 postes dans les domaines de l'administration, de la gestion, des finances, ainsi que de la maintenance, de la sécurité, et de l'hygiène hospitalières. Une analyse des effectifs en place fait apparaître que, compte tenu du profil des personnels à engager pour pourvoir les nouveaux postes, la majeure partie du personnel (au moins 50%) devra être engagée ou détachée d'autres services publics auprès du Ministère de la santé publique. L'affectation, à leurs postes respectifs, de gestionnaires qualifiés dont les attributions sont clairement définies contribuera à améliorer la gestion des ressources aussi bien que du personnel. L'organigramme envisagé sera appliqué dans les hôpitaux universitaires et les instituts spécialisés, avec suffisamment de liberté de manoeuvre pour prendre en compte les besoins propres de chaque établissement.

3.08 Le projet financera la mise en oeuvre de programmes de formation pour plus de 1.000 employés des hôpitaux concernés, composés de la manière suivante:

- Formation des directeurs généraux, des directeurs et des chefs de service à l'organisation et à la gestion hospitalières: une formation locale sera assurée au Centre de recherche et de formation pédagogique (CFRP) du Ministère de la santé publique à Tunis, avec le concours de l'École supérieure de commerce (ESC) de Tunis (140 hommes-mois); une formation sera organisée à l'étranger par le CFRP auprès d'hôpitaux étrangers (400 hommes-mois, non compris le personnel de maintenance);
 - Formation du personnel chargé de mettre au point le système d'information de gestion: une formation à l'étranger pour 35 personnes chargées de l'appui technique, du développement des systèmes et de la gestion du programme, sera coordonnée par le CFRP et le Centre d'informatique sanitaire (CIS) (para 3.12) et demandera 60 hommes-mois. En plus des techniques et pratiques appropriées au développement et à l'exploitation du système qui seront enseignées, le personnel sera formé à l'analyse des données générées en tant qu'instrument de gestion et de formulation d'orientations stratégiques;
 - Formation à la maintenance hospitalière pour les chefs de service et chefs de section: les chefs de service seront formés à l'étranger (220 hommes-mois); les chefs de section (maintenance électro-mécanique et maintenance biomédicale) le seront localement (28 hommes-mois) avec une assistance technique extérieure pour l'établissement de calendriers de maintenance préventive (6 hommes-mois) et la formation de formateurs à l'étranger (30 hommes-mois);
 - Appui au programme de Maîtrise en gestion hospitalière: ce programme est en cours de démarrage à l'initiative et sous la responsabilité de l'ESC de Tunis; le projet prévoit 6 hommes-mois d'assistance technique (visites de conférenciers étrangers);
 - Bourses de formation: 3 bourses d'un an en économie de la santé, planification hospitalière et gestion hospitalière, seront financées par le projet;
 - Séminaires d'information et d'orientation: le CFRP organisera des séminaires dans les 22 hôpitaux afin de faciliter l'intégration des réformes envisagées aux structures existantes. A l'intérieur des départements médicaux, les chefs de services, les intendants et les responsables du personnel infirmier seront informés de leurs tâches et attributions respectives au sein de la nouvelle structure organisationnelle. Au total, un millier de personnes participeront à ces séminaires.
- b) Elaboration de systèmes informatisés d'information de gestion
(7,1 millions de dollars)

3.09 Afin de générer et de traiter l'information nécessaire pour disposer d'un bon outil de gestion, un système d'information de gestion sera mis au point et adopté, ainsi qu'il est précisé à l'Annexe 5. Cela comprend

la mise à disposition d'équipements informatiques et de logiciels pour équiper 500 postes de travail dans les 22 hôpitaux, 5 Directions régionales du Ministère de la santé publique et le Ministère de la santé publique lui-même. Les services de maintenance pour ces équipements sont également inclus. Trente hommes-mois d'assistance technique sont prévus pour la mise en place et la validation des systèmes. Trente-cinq personnes seront formées sur une période de cinq ans (para 3.09).

3.10 L'informatisation des données hospitalières renforcera considérablement la capacité des hôpitaux à coordonner et suivre l'ensemble des activités, c'est à dire les ressources utilisées et les services produits. Plus précisément, les systèmes d'information de gestion permettront d'améliorer: (i) la gestion du personnel, (ii) la gestion des approvisionnements et de l'équipement, (iii) la gestion des dossiers de malades, (iv) le suivi des traitements dispensés, (v) la production d'une facture pour les services dispensés et les ressources utilisées, et (vi) le contrôle comptable et financier des activités hospitalières.

3.11 Il est essentiel que, dans la mise en oeuvre de leurs systèmes informatisés, tous les hôpitaux appliquent de manière homogène les stratégies, normes et procédures de gestion, et que le Ministère de la santé publique soit en mesure de suivre de près, de coordonner et d'appliquer des mesures correctives lorsque celles-ci sont nécessaires. A cette fin, un Centre d'informatique sanitaire (CIS) sera créé et sera doté d'un statut du type Etablissement public à caractère industriel et commercial (EPIC), comparable aux statuts du Centre national d'informatique (CNI) ou du Centre informatique du Ministère des finances. Le gouvernement a confirmé lors des négociations, que le CIS sera établi et son directeur nommé d'ici le 30 septembre 1991 (para 7.01 (d)). Cet organisme, qui jouira de l'autonomie financière, sera chargé de la gestion, de la normalisation et de la coordination du développement du réseau informatique des hôpitaux et proposera ses services aux hôpitaux pour la mise au point, la distribution, l'installation et l'entretien des systèmes informatisés. Les dispositions contractuelles convenues entre le Ministère de la santé publique, les EPS et le CIS seront officialisées et seront communiquées à la Banque avant la mise en place du système d'information de gestion dans le premier hôpital.

3.12 En outre, une commission chargée d'assurer que les services proposés par le CIS correspondent aux besoins des usagers des systèmes informatisés, sera nommée dans les trois mois suivant la création du CIS. Elle comprendra des représentants du CIS ainsi que des usagers du service (hôpitaux, Directions régionales de la santé, Ministère de la santé Publique), ainsi que de l'UCP.

c) Aménagement des locaux administratifs et d'accueil des patients
(8.8 millions de dollars)

3.13 Cette composante concerne les locaux administratifs et d'accueil des patients et comprendra l'ensemble des locaux, mobilier, équipement et fournitures nécessaires à la bonne marche des nouveaux services administratifs qui sont d'une importance fondamentale pour l'application de la réforme. Les fonctions administratives étant très limitées jusqu'à

présent, les locaux et équipements existants sont insuffisants pour permettre la gestion autonome de l'établissement, selon l'organigramme formulé (Annexe 4). Les implications de cette nouvelle structure opérationnelle sur les besoins en locaux, ont été estimés à partir d'études techniques préliminaires. Les besoins administratifs ont été déterminés sur la base de plusieurs paramètres, dont la taille des hôpitaux, l'état des équipements et la projection des besoins futurs. Environ 14.500 m² existant seront aménagés en fonction des spécifications envisagées, jugées satisfaisantes lors de l'évaluation du projet, et environ 8.600 m² viendront s'ajouter aux locaux existants.

d) Stratégies sectorielles et gestion du projet
(1.1 million de dollars)

3.14 Formulation d'une stratégie hospitalière à moyen terme. Un plan stratégique de restructuration et de développement du secteur hospitalier pour les dix prochaines années sera formulé. Le projet financera une assistance technique (9 hommes-mois) et des services de logistique pour une équipe pluridisciplinaire formée de membres de l'UCP et de la Direction des études et de la planification (DEP) du Ministère de la santé publique. Les recommandations du plan stratégique seront discutées lors d'un séminaire national qui réunira de hauts représentants du Ministère de la santé publique, des Ministères du Plan et du développement régional, des Finances et de l'Intérieur, des Caisses d'assurance sociale et du secteur privé.

3.15 La stratégie s'appuiera sur les objectifs nationaux de santé du Gouvernement; l'estimation des futurs besoins hospitaliers de la population; les projections financières aux niveaux macro-économique et sectoriel; les règles et réglementations qui donnent corps à la structure institutionnelle du sous-secteur. Le plan élaboré à cet effet comprendra des indicateurs de suivi concrets. Sa version préliminaire sera soumise pour observations à tous les organismes appelés à participer à sa mise en oeuvre. Un examen du plan et de son exécution aura lieu chaque année. Le plan stratégique à moyen terme de développement hospitalier sera formulé et soumis pour examen conjoint avec la Banque d'ici le 30 septembre 1992 (para 7.01 (e)).

3.16 Elaboration de plans directeurs hospitaliers. L'élaboration de plans directeurs hospitaliers est essentielle pour neuf hôpitaux qui figurent parmi les plus anciens et les plus grands (Annexe 3, tableau 1). Elle constitue une condition préalable à l'exécution de plusieurs composantes du projet dans ces établissements (aménagement des locaux administratifs, introduction du SIG). A cette fin, le projet financera, à concurrence de 520.000 dollars, les marchés passés avec des bureaux d'étude. Ces plans directeurs seront formulés et examinés avec la Banque avant le 31 décembre 1992. Pour les hôpitaux concernés, les décaissements de la Banque pour l'aménagement des locaux administratifs et d'accueil des patients (para 3.13) seront subordonnés à la réalisation de ces plans (para 7.01 (g)).

3.17 Définition d'un cadre de réforme des mécanismes de financement. Pour permettre au gouvernement de concrétiser sa stratégie financière pour le secteur de la santé, dont les principaux objectifs et les grandes orientations ont été déjà définis (para 2.22 et Annexe 2), le projet

supportera la réalisation de trois études. Ces études seront réalisées par l'UCP avec l'appui d'une assistance technique évaluée à 9 hommes-mois (6 nationaux et 3 étrangers):

- l'évaluation des systèmes actuels d'Assistance médicale gratuite (AMG) et la formulation des options de transformation et du calendrier de mise en oeuvre;
- l'évaluation des composantes Assurance-maladie des actuels systèmes d'assurances sociales et des systèmes complémentaires (assurances-groupe, mutuelles), et la formulation des options de réforme et du calendrier de mise en oeuvre;
- la définition d'une méthodologie d'imputation des dépenses hospitalières réelles aux différentes sources institutionnelles de financement et proposition de phasage de mise en application.

3.18 Au cours des négociations, le gouvernement a fourni des garanties qu'il entend poursuivre sa stratégie financière pour le secteur de la santé, telle qu'exposée au paragraphe 2.22 et à l'Annexe 2 (lettre de M. le Ministre de la santé publique). Les études mentionnées ci-dessus seront réalisées d'ici le 31 décembre 1993 et leurs recommandations finales présentées au gouvernement d'ici le 31 décembre 1994 (para 7.01 (c)).

3.19 Mise en oeuvre et gestion du programme de réforme. Pour appuyer la création et le fonctionnement du Comité de gestion de la réforme hospitalière (CGRH) (para 5.01) chargé de coordonner et de superviser la mise en place du programme de réformes, le projet financera de l'assistance technique ainsi que les équipements en bureautique et les moyens logistiques nécessaires à l'UCP (para 5.03).

B. Amélioration de la qualité des services (22,6 millions de dollars)

a) Renouvellement d'équipements médicaux prioritaires
(10,0 millions de dollars)

3.20 Le projet fournira du matériel médical pour améliorer les capacités diagnostiques et thérapeutiques et la qualité des services médicaux, là où des insuffisances ont été relevées (para 2.19). Les spécifications techniques du matériel et les quantités ont été évaluées au cours de la préparation et de l'évaluation du projet sur la base de visites effectuées sur le terrain. L'équipement à fournir est uniquement un équipement médical de remplacement, dont le manque actuel est gravement préjudiciable à la bonne marche des hôpitaux.

b) Renforcement des unités de maintenance hospitalière (1,4 million de dollars)

3.21 Le manque d'entretien des installations matérielles et des équipements médicaux a été identifié comme une caractéristique majeure des hôpitaux tunisiens (para 2.18). La nouvelle structure organisationnelle s'attaque à ce problème par la création d'un service de maintenance dont le

personnel de direction sera formé (para 3.09) et doté des outils et logiciels de gestion nécessaires (para 3.10). En outre, les unités de maintenance se verront dotées d'équipement et d'outillage. Pour garantir que ceux-ci seront convenablement attribués et utilisés, ces équipements ne seront mis à la disposition des unités de maintenance qu'après que leurs responsables auront été formés.

- c) Amélioration des conditions d'hébergement, d'hygiène hospitalière, de protection de l'environnement et de prévention des risques
(11,2 millions de dollars)

3.22 Les mauvaises conditions physiques de nombre de salles d'hôpital sont préjudiciables au moral des patients et du personnel, ainsi qu'à la qualité des soins médicaux dispensés. Afin d'améliorer les médiocres conditions d'hébergement et d'hygiène, le projet prévoit: (i) le renouvellement de deux tiers du parc de literie et petit mobilier, le cloisonnement mobile des salles communes, l'amélioration de la distribution des repas et le renouvellement prioritaire des équipements de cuisine et de buanderie; et, (ii) des travaux prioritaires de réfection des réseaux électriques et d'assainissement, de chauffage et de climatisation.

3.23 Protection de l'environnement. Les besoins des 22 hôpitaux concernés en matière de traitement des déchets médicaux et de protection contre les risques seront évalués, d'ici décembre 1993, dans le cadre d'une étude pour laquelle le projet prévoit 2 hommes-mois. Cette étude inclura également des recommandations spécifiques sur la gestion de ces déchets. Dans l'attente des résultats de cette étude, une provision de 60.000 dollars par hôpital a été incluse dans le projet pour les 17 hôpitaux qui ne sont pas équipés d'incinérateurs ni de système de protection contre les incendies.

IV. COUTS ET FINANCEMENT DU PROJET

COUTS DU PROJET

4.01 Le coût du projet, y compris les taxes et les droits, est évalué à 42,1 millions de dinars tunisiens, soit la contre-valeur de 49,5 millions de dollars. Comme détaillé au tableau 4.1, ceci comprend: le coût de la remise en état et/ou de l'expansion des locaux administratifs et d'accueil des malades dans les 22 hôpitaux visés par le projet, ainsi que des services professionnels correspondants; des services d'experts pour l'élaboration de plans directeurs hospitaliers pour neuf de ces hôpitaux; la fourniture de matériel et de logiciel pour le système informatisé d'information de gestion et l'assistance technique nécessaire à sa mise en place; la fourniture de mobilier et d'équipement médical pour relever le niveau des services d'hébergement et de soins; des services de spécialistes locaux et étrangers pour mettre au point des modules de formation et réaliser trois études; du matériel pédagogique pour la formation; du matériel informatique et bureautique pour l'unité de gestion du projet.

Tableau 4.1 : ETAT RECAPITULATIF DES COÛTS DU PROJET PAR ELEMENT 1/

	Millions de DT			Millions de dollars			% total coûts de devises	% total base
	Monnaie nationale	Devises	Total	nationale	Devises	% de Total		
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
GESTION & AMENAGEMENTS								
INSTITUTIONNELS								
Gestion financière	0,3	2,3	2,6	0,3	2,7	3,0	89%	7%
SIG	0,8	5,2	6,0	1,0	6,1	7,1	86%	17%
Administration/accueil des malades	4,7	2,7	7,4	5,5	3,2	8,8	37%	20%
Stratégies sectorielles et gestion du projet	0,8	0,1	0,9	0,9	0,1	1,1	14%	3%
TOTAL PARTIEL	6,6	10,3	17,0	7,8	12,2	19,9	61%	47%
AMELIORATIONS DE LA QUALITÉ DES SERVICES								
Équipement médical	2,4	6,1	8,5	2,8	7,2	10,0	72%	24%
Unités de maintenance	0,3	0,9	1,2	0,4	1,0	1,4	72%	3%
Hébergement et hygiène	4,7	4,8	9,5	5,6	5,6	11,2	50%	26%
TOTAL PARTIEL	7,4	11,7	19,2	8,8	13,8	22,6	61%	54%
TOTAL COÛTS DE BASE	14,1	22,1	36,1	16,5	26,0	42,5	61%	100%
Provisions pour aléas:								
techniques	1,0	1,0	2,0	1,1	1,2	2,4	52%	6%
financiers	1,5	2,4	3,9	1,8	2,9	4,6	62%	11%
TOTAL COÛTS DU PROJET 1/	16,5	25,5	42,1	19,5	30,0	49,5	61%	116%

1/ Y compris 9,7 millions de taxes et droits
Les montants ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties.

4.02 Le tableau 4.2, présente les coûts du projet par catégorie de dépenses.

Tableau 4.2 : COÛTS DU PROJET PAR CATEGORIE DE DEPENSES 1/

	Millions de DT			Millions de dollars			% total coûts de devises	% total base
	Monnaie nationale	Devises	Total	nationale	Devises	% de Total		
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
A. TRAVAUX DE GENIE CIVIL	6,9	4,6	11,5	8,1	5,4	13,5	40%	32%
B. EQUIPEMENT								
Équipement informatique	0,8	4,8	5,7	1,0	5,7	6,7	85%	16%
Équipement médical	2,7	7,0	9,7	3,2	8,2	11,4	72%	27%
Hébergement & hygiène	1,9	2,9	4,8	2,3	3,4	5,7	60%	13%
TOTAL PARTIEL	5,5	14,7	20,2	6,5	17,3	23,7	73%	56%
C. SERVICES D'EXPERTS	1,4	0,5	2,0	1,7	0,6	2,3	26%	5%
D. FORMATION	0,3	2,3	2,5	0,3	2,7	3,0	90%	7%
TOTAL COÛTS DE BASE	14,1	22,1	36,1	16,5	26,0	42,5	61%	100%
Provisions pour aléas:								
techniques	1,0	1,0	2,0	1,1	1,2	2,4	52%	6%
financiers	1,5	2,4	3,9	1,8	2,9	4,6	62%	11%
TOTAL COÛTS DU PROJET 1/	16,5	25,5	42,1	19,5	30,0	49,5	61%	116%

1/ Y compris 9,7 millions de taxes et droits
Les montants ayant été arrondis, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties.

4.03 Base de calcul des coûts. Les coûts de la remise en état et/ou de l'expansion des locaux administratifs et d'accueil des patients dans les hôpitaux sont basés sur une estimation préliminaire des surfaces nécessaires à chaque hôpital, réalisée conjointement par la Banque et le Ministère de la santé publique, ainsi que sur les marchés attribués récemment par le Ministère de la santé publique. Les surfaces nécessaires à chaque hôpital ont été déterminées en faisant l'inventaire des installations actuelles et en évaluant les besoins requis par la mise en place de la structure organisationnelle envisagée. Le coût de ces travaux s'élève en moyenne à 352 dollars par m² (300 DT par m²) pour les travaux d'extension, et à 118 dollars par m² (100 DT par m²) pour le réaménagement des structures existantes. Le coût du mobilier et des équipements a été estimé sur la base de marchés passés récemment. Les besoins et les coûts du matériel informatique et de son installation pour chacun des établissements ont été évalués sur la base de la capacité et les activités hospitalières (nombre de lits, d'admissions et de consultations) et des particularités (infrastructure, personnel administratif, activité, proximité d'autres institutions) de chaque établissement; les coûts unitaires par poste de travail s'établissent entre 8.000 et 10.000 dollars. Le coût du matériel de bureau a été calculé sur la base des prix cités par les fournisseurs et sur les estimations de la mission d'évaluation. Le coût de l'assistance technique - 12.000 dollars par homme-mois pour les services d'un spécialiste étranger et 5.000 dollars par homme-mois pour les services d'un spécialiste local - ont été calculés sur la base des tarifs récemment cités pour une assistance technique comparable dans le cadre du Prêt au secteur de l'éducation et de la formation (Prêt 3054-TUN). Les coûts d'homme-mois des spécialistes étrangers incluent le logement, le transport, le coût d'installation, les salaires, les indemnités de séjour, les services de bureau, les commissions, les frais généraux et les frais d'engagement. L'estimation des coûts de base correspond aux prix projetés au moment des négociations (janvier 1991).

4.04 Droits de douane et taxes. Les coûts du projet comprennent les taxes et droits de douane dont le montant, pour les éléments du projet, est évalué à 9,7 millions de dollars (8,2 millions de DT).

4.05 Provisions pour imprévus. Les coûts du projet comprennent des provisions pour dépassement dus à des imprévus physiques (2,4 millions de dollars), d'un montant égal à 6% du coût de base estimé du projet. Les aléas pour variations de prix entre les négociations (janvier 1991) et la fin du projet sont évalués à la contre-valeur de 4,6 millions de dollars, soit 10% du coût de base plus imprévus pour aléas techniques. Le total des provisions pour imprévus représente 14% du coût de base. Les augmentations de prix ont été appliquées à la fois aux coûts en monnaie nationale et aux coûts en devises et, pour toutes les catégories, au taux annuel de 3,4%. Il est attendu que les différentiels d'inflation entre l'inflation étrangère et l'inflation locale sur la période d'exécution du projet devraient se traduire par un ajustement du taux de change.

4.06 Composante en devises. La composante en devises a été calculée comme suit: (a) en évaluant le coût indirect de la construction en devises; (b) en partant de l'hypothèse que tout l'équipement sera importé; c) en évaluant le coût des spécialistes étrangers et locaux qui devront être

engagés. Ces estimations ont abouti aux pourcentages suivant: (a) construction et remise en état des installations - 40%; (b) équipement médical - 72%; (c) équipements hôtelier et d'accueil - 60%; (d) équipement informatique - 85%; (e) services d'experts - 26%; f) formation - 90%. Ces pourcentages incluant les provisions pour imprévus, la composante en devises qui en résulte est évaluée à 30 millions de dollars, soit environ 61% du coût total du projet.

4.07 Coûts récurrents. Les coûts récurrents additionnels attribuables au projet sont liés principalement au recrutement du personnel de direction, à l'entretien des nouveaux équipements médicaux et informatique, et à la création du CIS (tableau 4.3). En valeur réelle, les coûts récurrents additionnels représenteraient, en fin de projet, au maximum 5,1% du budget de fonctionnement consolidé des 22 établissements concernés pour 1990, sous l'hypothèse très prudente que tout le personnel de direction et d'administration ait à être recruté en dehors de la santé publique. Ces coûts additionnels représenteraient 1,6% des ressources du MSP en 1996, si la part des ressources du MSP dans le PIB demeure à son faible niveau de 2,3%. Si le secteur de la santé publique recevait en 1996 2,7% du PIB (para 6.02), ces coûts additionnels ne représenteraient plus que 1,3% du budget du MSP, ou 3,6% de la croissance réelle des ressources du Ministère de la santé publique entre 1990 et 1996.

Tableau 4.3: IMPACT ESTIME SUR LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT
(en milliers de dinars constants 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ADMINISTRATION ET ENREGISTREMENT DES MALADES						
- MAINTENANCE		36	108	216	288	360
SYS. INF. GESTION						
- CIS	140	251	320	425	537	599
- HOPITAUX	30	111	429	703	1.044	1.460
EQUIPEMENT MEDICAL						
- MAINTENANCE		40	180	350	630	900
PERSONNEL DE DIRECTION	180	720	1.080	1.440	1.800	1.800
TOTAL	350	1.158	2.117	3.134	4.298	5.119
- en % du budget de fonctionnement 1990 des 22 hôpitaux	0.3	1.2	2.1	3.1	4.3	5.1
- en % du budget du MSP pour 1996 (sans changement)	0.1	0.4	0.7	1.1	1.4	1.6
- en % du budget du MSP pour 1996 (avec changement)	0.1	0.4	0.7	0.9	1.2	1.3

Sources: Estimations Banque mondiale

4.08 Les économies générées par l'amélioration de la gestion du personnel et des approvisionnements, par le suivi des performances et l'application d'un système efficace de comptabilité devraient suffire à couvrir ce surcroît de besoins financiers. Une meilleure gestion des

approvisionnement devrait générer pour un même niveau de service, environ 5% à 10% d'économies sur le budget hors salaires, soit entre 1,5 et 3 millions de dinars par an, sur la base du budget 1990. La meilleure gestion des malades, induite par la disponibilité des équipements diagnostiques et le suivi étroit des activités, pourrait permettre de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) d'au moins 20%. Ceci pourrait se traduire par des économies supplémentaires de l'ordre de 7% à 10% du budget hors salaires, soit un total de 2 à 3 millions de dinars annuellement. A elles seules, ces deux sources d'économie couvriraient les coûts récurrents additionnels estimés attribuables au projet. En outre, les améliorations apportées à la qualité des services et l'application d'un système efficace de comptabilité permettront d'introduire des modifications dans les modalités de partage des charges financières du secteur, qui auront pour effet d'alléger la responsabilité financière de l'Etat et permettront le transfert de ressources vers les soins de santé de base.

FINANCEMENT DU PROJET

4.09 Le prêt de 30 millions de dollars que la Banque envisage d'accorder financera 100% de la composante devises du projet, ce qui correspond à 75% du coût total du projet net de taxes. Le gouvernement tunisien financera 19,5 millions de dollars (y compris 9,7 millions de dollars de taxes et de droits). Le financement du projet se fera conformément au tableau 4.4. Afin de permettre au Ministère de la santé publique d'établir les listes définitives de matériel, et pour faciliter la réalisation des accords d'assistance technique à conclure ainsi que la poursuite des activités de préparation du projet, un financement rétroactif d'un montant qui pourra atteindre 3 millions de dollars sera inclus pour couvrir le coût du matériel de bureau et des services de spécialistes nécessaires pour faire démarrer le projet en temps voulu. Le financement rétroactif sera limité aux dépenses encourues avant la signature du prêt, mais après l'évaluation.

Tableau 4.4 : PLAN DE FINANCEMENT

Catégories de dépenses	----- Millions de dollars -----		
	Gouvernement	Banque	Total
Travaux de génie civil	8,5	6,6	15,1
Equipement informatique	1,0	5,7	6,7
Autre équipement	6,0	11,6	17,6
Assistance technique	1,7	0,6	2,3
Formation	0,3	2,7	3,0
Non imputé	2,0	2,8	4,8
Total	19,5	30,0	49,5

PASSATION DES MARCHES

4.10 Les appels d'offres pour l'équipement médical ainsi que pour l'équipement d'hébergement et d'hygiène seront groupés en 63 lots dont le contenu conviendra, en règle générale, à un fournisseur unique. Ces équipements se prêtent à un appel d'offres international (ICB), et les marchés correspondants pourront être passés conformément aux Directives de la Banque concernant la passation des marchés financés par les prêts de la BIRD et les crédits de l'IDA (mai 1985). Cela représenterait environ 70% de la valeur totale de l'équipement. Les 30% restants seront répartis en 20 lots de moindre importance dont les marchés pourront être passés autrement que par ICB. La passation des marchés se fera ainsi qu'il l'est détaillé au Tableau 4.5.

Tableau 4.5 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA PASSATION DES MARCHES a/
(Coût total des composantes du projet envisagé,)
(y compris provisions pour imprévus)

----- Millions de dollars -----
Mode de passation des marchés

Elément de projet	ICB	LIB	LCB	Autres	Coût total
Travaux de génie civil			15,5 (6,2)	1,0 (0,4)	16,5 (6,6)
Equipement	15,1 (10,5)	6,0 (5,1)	4,0 (2,8)	1,9 (1,3)	27,0 (19,7)
Services d'experts				6,0 (3,8)	6,0 (3,8)
Total	15,1 (10,5)	6,0 (5,1)	19,5 (9,0)	8,9 (5,5)	49,5 (30,0)

a/ Les chiffres entre parenthèses sont les montants respectifs financés par le prêt de la Banque.

4.11 Les cas où il sera dérogé à la passation des marchés par ICB sont les suivants :

- a) Les marchés de travaux de génie civil, d'une contre-valeur estimée de 16,5 millions de dollars, seront des marchés relativement petits et dispersés (le montant de chaque marché variant entre 175.000 et 380.000 dollars) et ne se prêteront pas, de ce fait, à un appel à la concurrence internationale. Ceux d'un montant estimatif supérieur à 200.000 dollars (d'un montant total estimé de 15,5 millions de dollars) seront l'objet d'une publicité dans le cadre de la procédure d'appel à la concurrence locale (LCB), avec

ouverture publique des soumissions, généralement conforme à la nécessité de réaliser des travaux dans des conditions d'économie et d'efficacité. Les marchés d'un montant inférieur à 200.000 dollars, et dont le total ne dépassera pas 1 million de dollars, pourront être passés par consultation, et obtention de devis, d'au moins trois fournisseurs.

- b) Afin de garantir la comptabilité avec les logiciels et les programmes informatiques développés, les marchés d'ordinateurs et de matériels annexes seront attribués par appel d'offres international restreint (LIB). Ces équipements seront regroupés en 10 marchés d'un montant estimé à 600.000 dollars chacun dont le total est estimé à 6 millions de dollars;
- c) Les marchés de mobilier et d'équipement estimés devoir coûter moins que la contre-valeur de 300.000 dollars chacun, dont le total ne dépassera pas 4 millions de dollars et qui, en raison de leur diversité, ne devraient pas intéresser les fournisseurs étrangers seront passés par voie d'appel à la concurrence locale (LCB) selon des procédures jugées acceptables par la Banque.
- d) Les marchés d'articles divers ne dépassant pas 50.000 dollars chacun pourront, jusqu'à concurrence de la contre-valeur de 1 million de dollars, être attribués sur la base d'un minimum de trois devis;
- e) Les marchés de logiciels et de programmes spécialisés mis au point dans le cadre de l'implantation des systèmes d'information de gestion des hôpitaux seront attribués par entente directe de façon à gagner du temps et de l'argent (en adaptant les programmes en place) et par souci de continuité dans la mise en place de ces programmes, conformément aux objectifs généraux de la réforme; le coût estimatif de ces logiciels s'élève à 0,9 million de dollars.
- f) Les bourses d'études, les indemnités des stagiaires, les coûts de transport et le matériel d'éducation (d'un coût estimatif d'environ 3,6 millions de dollars) nécessaires à la formation des personnels seront acquis par entente directe avec les fournisseurs.

4.12 Lors de la comparaison des offres reçues pour les équipements qui font l'objet d'un appel à la concurrence internationale (ICB), les fabricants locaux se verront accorder une marge préférentielle correspondant à 15% du prix c.a.f. des importations concurrentielles ou, s'il est inférieur, au montant des droits de douane correspondants. Conformément aux procédures d'appels à la concurrence internationale et locale, pour tous les marchés d'un montant supérieur à 350.000 dollars, les appels d'offres et l'attribution des marchés seront examinés par la Banque avant que ne soit prise la décision finale. Cet examen devrait concerner environ 80% de la valeur totale des marchés d'équipement d'une contre-valeur de 25,1 millions de dollars. Les 20% restants seront soumis à une procédure d'examen sélective après attribution des marchés.

4.13 Assistance technique. Pour simplifier la gestion de l'assistance technique, le Ministère de la santé publique se procurera les services de spécialistes dont il aura besoin sous forme de lots d'assistance technique conformément à des principes et procédures jugés acceptables par la Banque sur la base des directives concernant l'emploi de consultants par les emprunteurs de la Banque mondiale et par la Banque mondiale en tant qu'agence d'exécution (mars 1981).

4.14 Responsabilité en matière de passation des marchés. Afin de permettre des approvisionnements efficaces et à moindre coût, et tirer partie de l'expérience du MSP en matière de passation des marchés, l'UCP assurera la préparation des listes d'équipements et des spécifications techniques, en collaboration avec la DBE et le Centre National de Maintenance. L'UCP assurera également la coordination de la préparation des plans architecturaux et de construction (paras 3.14 et 3.17) et en suivra leur exécution.

ETAT DE PREPARATION DU PROJET ET DECAISSEMENTS

4.15 Les décaissements du projet s'étaleront sur une période de six ans et demi, ce qui est légèrement inférieur au profil moyen des décaissements pour tous les secteurs en Tunisie (8 ans). C'est là un calcul réaliste en raison de la forte teneur du projet en logiciel/équipement et parce que: (a) les travaux de génie civil à réaliser ne nécessitent pas l'acquisition de terrains et sont relativement mineurs; (b) l'exécution dans les délais prévus des composantes formation et équipement médical n'est pas liée à celle des travaux de génie civil; (c) les listes de matériel ont déjà été établies, et l'établissement des spécifications techniques sera facilité par l'existence d'un système informatisé au Ministère de la santé publique; (d) l'exécution du projet sera décentralisée au niveau des hôpitaux, de sorte que l'on disposera d'une plus grande marge de manoeuvre pour la réalisation de chaque composante. La date d'achèvement du projet est fixée au 31 mars 1997 et la date de clôture au 30 septembre 1997. Les montants décaissés couvriront:

- a) 40% du total des dépenses de travaux de génie civil;
- b) 100% des dépenses en devises pour les importations directes d'équipement informatique ainsi que des dépenses, prix départ-usine, d'équipement informatique fabriqué localement et 85% des dépenses en monnaie nationale pour les achats d'équipement informatique effectués localement;
- c) 100% des dépenses en devises pour les importations directes d'équipement, de mobilier et de matériel éducatif, ainsi que des dépenses, prix départ-usine, d'équipement et de mobilier fabriqués localement et 70% des dépenses en monnaie nationale pour les achats effectués localement;
- d) 100% de l'ensemble des dépenses de services de consultants étrangers et de bourses.

4.16 Les décaissements relatifs à des marchés de biens et services d'une valeur supérieure à la contre-valeur de 200.000 dollars se feront sur présentation des justificatifs d'usage. Pour des marchés d'une valeur inférieure à ce montant, ainsi que pour les éléments relatifs à la formation y compris les marchés de services de formation, les listes de bénéficiaires en cas de versement d'indemnités, allocations et bourses avec mention des sommes versées, et les factures pour les équipements et consommables, les décaissements se feront sur la base de relevés de dépenses. Les pièces justificatives seront conservées et mises à la disposition des missions de la Banque pour examen.

4.17 Compte spécial. Pour faciliter la réalisation du projet dans les délais prévus, le gouvernement établira, maintiendra et administrera, à des conditions jugées satisfaisantes par la Banque, un compte spécial en dollars EU auprès de la Banque centrale de Tunisie, auquel la Banque mondiale effectuera un dépôt initial d'une contre-valeur d'environ 2 millions de dollars équivalent aux dépenses estimées du projet sur une période de 4 mois. Le compte spécial sera réapprovisionné tous les trois mois ou toutes les fois qu'au moins un tiers du dépôt initial a été débité. La documentation nécessaire au réapprovisionnement de ce compte devra être conforme aux procédures indiquées au paragraphe 4.16. De plus, toute demande de réapprovisionnement devra inclure les états de compte mensuels. Le montant minimum d'une demande de retrait est de l'équivalent de 200,000 dollars. Les modalités d'utilisation des relevés de dépenses et du compte spécial ont été agréées lors des négociations.

4.18 Comptes et vérifications des comptes. Des comptes séparés seront tenus pour le projet. Chaque semestre, un relevé détaillé sera établi indiquant les dépenses effectuées pour le projet au cours de cette période et les dépenses qu'il est prévu de réaliser au cours du semestre suivant. Dans les 45 jours suivant la fin de chaque semestre, copie de ces relevés sera soumise à la Banque pour faciliter la supervision. Les comptes du projet, y compris le Compte spécial (para 4.17), seront vérifiés conformément aux Directives de la Banque en date de mars 1982 concernant l'établissement des rapports financiers et la révision des comptes des projets financés par la Banque mondiale. Dans les six mois suivant la fin de chaque exercice financier, la Banque se verra remettre un rapport d'audit aussi étendu et aussi détaillé qu'il lui est raisonnable de demander, et contenant un avis distinct de l'auditeur concernant les décaissements effectués sur présentation des relevés de dépenses certifiés. Le gouvernement a donné des assurances sur ce point durant les négociations (para 7.02 (g)).

V. EXECUTION, GESTION, SUPERVISION ET EVALUATION

5.01 Le programme de réformes sera coordonné et supervisé par le Comité de gestion de la réforme hospitalière (CGRH). Celui-ci sera mis en place dès le démarrage du projet et comprendra :

Le Ministre de la santé publique (ou son représentant), qui en sera le Président;

- les directeurs généraux des hôpitaux transformés en EPS;
- les directeurs du Ministère de la santé publique associés à la réforme et le directeur du CIS; et,
- l'Unité de Coordination du Projet (UCP) (para 5.03).

5.02 Le CGRH se réunira au moins deux fois par an sur l'initiative du Ministre de la santé ou, en cas de besoin, sur la demande d'un de ses membres, pour assurer la cohérence de toutes les réformes et les activités du projet et en particulier: (i) discuter le programme annuel d'exécution envisagé; (ii) proposer les ajustements et les modifications de calendrier qui s'imposent; et, (iii) faire le point et analyser les progrès accomplis.

MISE EN OEUVRE ET GESTION

5.03 Par sa structure de gestion et d'exécution, le projet contribuera à renforcer les capacités de planification, de suivi, et de formulation de la politique au niveau central (MSP), tout en, simultanément, donnant davantage de responsabilités aux hôpitaux, au fur et à mesure que leurs capacités de gestion seront renforcées dans le cadre du projet (nouvelle structure organisationnelle, formation, SIG..). Pour ce faire, une Unité de coordination du projet (UCP) sera établie et maintenue pendant la durée du projet. Elle aura à sa tête un coordonnateur à plein temps, et pourrait comprendre quatre techniciens, un architecte, trois administrateurs et un comptable. Elle bénéficiera, en cas de besoin, du concours des autres Directions du Ministère. Ses responsabilités principales seront:

- (a) agir pour le compte du CGRH, en servant d'entité de gestion de toutes les activités du projet, et proposer, pour approbation par le CGRH, un programme annuel d'exécution. L'UCP aura à établir l'ordre du jour des réunions du CGRH et la documentation correspondante;
- (b) pour le compte du Ministère de la santé publique, assurer la préparation des stratégies sectorielles (plan stratégique de développement hospitalier à moyen terme, études sur les modalités de partage des charges financières..) (paras 3.15-20), informer le CGRH des conclusions et recommandations de ces études et suivre leur exécution;
- (c) coordonner l'exécution des composantes du projet, suivre et évaluer la progression des indicateurs de performance et identifier et définir les actions correctives à engager en cas de besoin, mener à bien les activités centralisées, telles que la passation des marchés et les décaissements (para 4.13), et tenir les comptes du projet. En particulier, l'UCP fournira l'assistance technique nécessaire aux directeurs généraux des hôpitaux, responsables de la mise en oeuvre du projet au sein de leur établissement (para 5.04); et
- (d) assurer la liaison avec la Banque (para 5.06).

5.04 Pour soutenir les efforts de décentralisation des responsabilités liées au projet, l'UCP confiera la charge de l'exécution au niveau de l'hôpital, au directeur général. Le projet, décrit au Chapitre III, a été subdivisé hôpital par hôpital, de telle sorte que des activités propres à chaque établissement soient identifiées et programmées sur toute la période d'exécution du projet. Une fois nommé (paras 3.02 et 7.03 (b)), le directeur général recevra, de l'UCP, un "dossier de projet" propre à son établissement, définissant l'envergure et les objectifs du projet, les actions à mener, leur calendrier prévisionnel et leur coût estimatif. Le directeur général de chaque hôpital sera chargé de réaliser les activités suivantes:

- (a) identifier et sélectionner les personnels de gestion conformément aux profils d'emploi, et proposer leur nomination au Ministère de la santé publique;
- (b) programmer la formation du personnel de gestion conformément au calendrier d'exécution de cette composante du projet;
- (c) mettre en place les méthodes de gestion et d'évaluation financières décrites dans le nouveau manuel de gestion financière et l'ensemble de directives émises par le Ministère de la santé publique (para 3.06);
- (d) coordonner, avec le CIS, l'élaboration et la mise en place du SIG;
- (e) assurer le suivi et la coordination de toutes les activités relatives à l'amélioration de la qualité des services, aux travaux de génie civil et à l'établissement des plans directeurs hospitaliers, et en particulier aider l'UCP à préparer les listes de matériel à acquérir; et,
- (f) fournir à l'UCP les comptes rendus trimestriels.

5.05 La création du CGRH et la constitution de l'UCP conditionneront l'entrée en vigueur du prêt (para 7.02 (a)). Le CGRH tout comme l'UCP seront maintenus pour la durée du projet et dotés d'un personnel et chargés d'un mandat jugés acceptables par la Banque (para 7.01 (h)).

SUPERVISION, SUIVI ET EVALUATION

5.06 Supervision. La Banque assurera la supervision et le suivi du projet par le biais des mécanismes habituels de supervision. Toutefois, comme le concept du projet est à la fois complexe et innovateur, et que la Banque n'a encore jamais prêté pour une telle opération de gestion dans les secteurs sociaux, 25 semaines de travail seront nécessaires pour les deux premières années d'exécution et 50 pour les cinq autres. Des compétences en gestion financière/SIG seront probablement essentielles pour les missions de la Banque. La supervision se fera sur la base de rapports semestriels d'activités établis par l'UCP, ainsi que sur des missions qui, le cas échéant, contribueront à l'élaboration des mesures correctives nécessaires; enfin, un rapport annuel d'activités sera établi pour faire le point sur l'état d'avancement du projet par rapport à des indicateurs convenus (para

5.07) et ses conclusions discutées annuellement avec la Banque. Un rapport d'achèvement du projet sera soumis à la Banque dans les six mois qui suivront la date de clôture du prêt (para 7.02 (i)).

5.07 Suivi et évaluation. Le suivi et l'évaluation du projet seront basés sur deux types d'indicateurs: (i) des indicateurs visant au suivi de la mise en oeuvre des activités du projet; et (ii) des indicateurs de performance liés à la réalisation des objectifs du projet. Ces indicateurs seront définis par l'UCP en collaboration avec les directeurs généraux des hôpitaux et agréés avec la Banque dans les 6 mois suivant la mise en vigueur du prêt. Les indicateurs de suivi incluront, dans leur formulation, la base de référence utilisée.

5.08 Les indicateurs de mise en oeuvre seront spécifiques à chaque composante du projet et définis sur une période déterminée (par exemple 6 mois) sous forme de ratios entre les réalisations effectives et les objectifs (par exemple, personnel ayant reçu une formation par rapport au personnel planifié pour la période; équipements acquis par rapport aux prévisions; état d'avancement des travaux de génie civil; etc). Dans le cas des activités qui ne peuvent pas être quantifiées, telles que les études, les indicateurs seront basés sur le calendrier prévu, les rapports soumis et discutés selon le programme de mise en oeuvre.

5.09 Les indicateurs de performance seront développés pour mesurer le degré d'avancement du projet vers ses objectifs tels que définis au paragraphe 3.04 et ceci dans les domaines spécifiques suivants:

Amélioration de l'efficacité interne

Efficacité de gestion:

- Recrutement des personnels: Conformité du recrutement aux plans établis (structure organisationnelle) et rapport d'avancement;
- Mise en oeuvre des activités du projet conformément aux programme et calendrier de réalisation;
- Disponibilité des informations financières conformément au modèle de gestion financière;
- Disponibilité des indicateurs d'utilisation des hôpitaux: admissions, visites, durée moyenne de séjour, taux d'occupation, et rapport de suivi de leur évolution;
- Existence et disponibilité du dossier administratif du malade et analyse des liens avec l'utilisation des services;
- Adhésion aux normes établies pour la maintenance hospitalière; etc.

Efficacité technique:

- Changement dans les caractéristiques d'utilisation; réduction de la durée moyenne de séjour et de la disparité de cette durée entre hôpitaux;
- Augmentation du taux d'utilisation des équipements (nombre d'examen par jour et par équipement; nombre d'interventions chirurgicales par jour et par bloc opératoire..);

- Réduction de l'attente pour un rendez-vous ou un acte tel que chirurgie bénigne, radiographie, examens de laboratoire, etc.

Maîtrise des coûts

- Disponibilité des informations sur les coûts par hôpitaux, services, famille de maladies, par unité de mesure (journée d'hospitalisation, visite, traitement) et par catégories de dépenses (personnels, médicaments, etc);
- Disponibilité des rapports financiers annuels des hôpitaux concernés par le projet;
- Réduction des disparités en matière de coûts entre des services similaires et des traitements comparables dans les différents établissements;
- Identification des facteurs contribuant à augmenter ou maîtriser les dépenses: rapport d'analyse de l'évolution des coûts et des mesures prises;

Amélioration de la qualité des services

- Procédures de contrôle de la qualité; système de contrôle par ses pairs;
- Suivi et contrôle des taux d'infection en milieu hospitalier;
- Adhésion aux normes professionnelles définies selon les spécialités médicales;
- Examen des pratiques en matière de prescription pharmaceutique;
- Satisfaction du client et perception du public: temps d'attente et procédures pour obtenir un rendez-vous, enquête auprès des malades, etc.

Modalités de partage des charges financières du secteur

- Adhésion aux nouvelles modalités de partage et au plan d'action du gouvernement (para 2.22 et annexe 2);
- Revalorisation des tarifs;
- Révision des tickets modérateurs;
- Révision des programmes d'indigence;
- Contribution accrue des programmes sociaux aux ressources du MSP, conformément à l'utilisation effective des services par leur bénéficiaires et aux coûts réels.

VI. BENEFICES ET RISQUES

A. BENEFICES

6.01 Le projet envisagé abordera plusieurs des problèmes les plus critiques auxquels doit faire face le secteur de la santé en Tunisie. Des progrès notables sont attendus dans: (i) la maîtrise des coûts hospitaliers par le renforcement de l'efficacité interne; et, (ii) l'équité dans le financement des services de santé, par la définition de nouvelles modalités

de partage des charges financières du secteur, en fonction de l'utilisation effective et du coût des services de santé.

Tableau 6.1: Ressources Projétées du MSP pour la Période 1990-1996 selon deux Scénarios
(milliers de Dinars constants valeur 1990)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
TARIFICATION (1)	2.493,1	3.669,3	4.805,8	4.933,6	6.661,6	6.838,6	7.020,4
(% ressources MSP)	1,0%	1,4%	1,7%	1,6%	2,0%	1,9%	1,8%
TICKETS MODERATEURS (2)	9.634,1	14.092,8	14.092,8	16.103,0	20.396,0	22.577,4	23.159,7
(% ressources MSP)	3,9%	5,3%	4,9%	5,2%	6,1%	6,3%	6,0%
CONTRIBUTION DES ASSURANCES SOCIALES							
Scénario 1 (3)	21.000	28.495	46.393	66.925	88.132	112.527	140.273
(% ressources MSP)	8,4%	10,6%	16,1%	21,6%	26,4%	31,3%	36,2%
Scénario 2 (4)	21.000	28.495	35.357	42.527	50.486	58.948	68.515
(% ressources MSP)	8,4%	10,6%	12,3%	13,7%	15,2%	16,4%	17,7%
CONTRIBUTION GOUVERNEMENT (5)							
Scénario 1 (3)	215.549	221.519	222.442	222.866	218.052	217.529	217.038
(% ressources MSP)	86,7%	82,7%	77,3%	71,9%	65,4%	60,5%	56,0%
Scénario 2 (4)	215.549	221.519	233.478	246.371	255.698	271.108	288.796
(% ressources MSP)	86,7%	82,7%	81,1%	79,5%	76,7%	75,4%	74,5%
TOTAL MSP (6)	248,676	267,775	287,733	309,935	333,242	359,472	387,491
PROJECTION DU PIB (*1000) (7)	10,812	11,299	11,841	12,397	13,017	13,668	14,352

-
- (1) les activités augmentent annuellement de 2,5% à 4% à partir de 1993;
 - (2) les activités augmentent annuellement de 2,5 à 4% à partir de 1993; TD10 en 1/91; TD15 en 1/93; TD 20 en 1/95; nombre constant de carnets d'indigence;
 - (3) les contributions des caisses augmentent de 20 à 30% des dépenses totales de santé (4,5 à 5% du PIB);
 - (4) les contributions des caisses restent constantes à 20% des dépenses totales de santé (4,5 à 5% du PIB)
 - (5) budget MSP (6) - [tarification + tickets modérateurs + contribution des assurances sociales];
 - (6) en assumant que la part du MSP dans le PIB passe de 2,3% en 1990 à 2,7% en 1996;
 - (7) estimation de la Banque mondiale.

6.02 La mise en oeuvre de la politique et du plan d'action gouvernemental en matière de modalités de partage des charges financières (para 2.22 et Annexe 2), dont la définition recevra l'appui du projet, pourrait permettre aux ressources du Ministère de la santé publique d'augmenter sensiblement et d'être supportées de manière plus équitable. Le tableau 6.01 prend pour hypothèse une croissance des ressources du MSP de 2,3% à 2,7% du PIB en 1996 sous deux scénarios: le scénario 1 suppose une croissance de la part des caisses d'assurance sociale de 20% en 1990 à 30% en 1996, ces ressources additionnelles étant principalement orientées vers le secteur public de santé. Ceci a pour effet d'augmenter la contribution des caisses aux ressources du MSP de 9% à 36% et de réduire la part du gouvernement de 86% à 56% (la contribution du gouvernement restant constante

en termes nominaux); les contributions directes des patients augmenteraient légèrement mais seraient davantage liés à la capacité de payer. Dans le scénario 2, la part des caisses d'assurance reste constante à 20% des dépenses totales de santé. Dans ce scénario, la contribution du gouvernement devrait augmenter d'environ 6% par an en termes réels ou plus de 15% en termes nominaux, ce qui semble peu probable étant donné les contraintes budgétaires actuelles.

6.03 Ces projections sont obtenues sous les hypothèses suivantes:
(a) la tarification augmenterait de 25% en moyenne à dater de Janvier 1994;
(b) le coût du carnet d'indigence passerait à 15 Dinars en 1993 à l'issue de l'étude sur les régimes; (c) les tickets modérateurs augmenteraient en moyenne de 25%. Ces ajustements permettraient de maintenir la contribution de la tarification et des tickets modérateurs à environ 8% des ressources du MSP.

6.04 Pour faire face à leurs responsabilités sensiblement accrues en matière de financement des services de santé, les organismes d'assurance sociale devront développer leur stratégie dans deux directions: (i) accroître le nombre de leurs adhérents; et, (ii) reconsidérer les niveaux de contribution des employés et des employeurs en fonction des prestations fournies. Les taux de participation aux régimes d'assurance sociale sont actuellement bas. Assurer un plus grand nombre de citoyens tunisiens devrait donc constituer un objectif majeur poursuivi par les organismes d'assurance sociale, et les efforts devraient porter en priorité sur les segments de population aujourd'hui sous-assurés, principalement les travailleurs indépendants (non-salariés) des secteurs agricoles et non-agricoles.

6.05 Les ajustements des modalités de partage des charges financières du secteur décrits plus haut, devraient permettre les réallocations nécessaires de ressources vers les soins de santé de base et une amélioration durable de la qualité des services dans l'ensemble du secteur de la santé publique. Ces transformations bénéficieraient à la très grande majorité de la population tunisienne nécessitant des soins hospitaliers ou ambulatoires.

6.06 En outre, en plus des services de gynécologie-obstétrique de tous les autres hôpitaux généraux, trois maternités autonomes, celles de Sfax, Sousse et Tunis sont incluses dans le projet. Au total, ces établissements assurent 43% de tous les accouchements assistés. Ainsi, les améliorations qualitatives attendues en matière d'accouchements, d'interventions obstétriques et de soins postnatals pourraient être très sensibles. Plus performante et plus efficace, la prestation des services de santé aura un impact positif sur l'état de santé de la population tunisienne.

6.07 Finalement, le projet devrait contribuer à la protection de l'environnement en améliorant la gestion des déchets médicaux et en supportant des activités visant à renforcer l'hygiène et la maintenance des hôpitaux. Des bourses de formation pour les cadres hospitaliers en charge de ces activités sont, entre autres, inclus dans le projet.

B. RISQUES

6.08 Le risque principal du projet est que le personnel de direction ne dispose pas, à court terme, des aptitudes techniques nécessaires pour faire adopter et appliquer avec succès les réformes hospitalières et venir à bout des pesanteurs d'un système naturellement réfractaire au changement. Pour réduire ce risque, le projet inclue un programme substantiel de formation et d'assistance technique.

6.09 Un autre risque tient au fait que le système actuel ne fournit aucune incitation aux personnels de santé pour gérer efficacement les ressources. Ce risque sera, toutefois, atténué par l'établissement d'un modèle de gestion financière comportant des indicateurs de coût et de performance et par la possibilité donnée aux établissements de conserver en partie les économies réalisées.

6.10 Enfin, les bénéfices attendus en matière de réduction de la part des charges financières supportées par l'Etat (para 6.02) varieront selon le degré de succès de la négociation sociale que le gouvernement devra conduire avec ses partenaires sociaux, qui sera en partie influencé par les conditions économiques qui prévaudront. Pour atténuer ce risque, le projet vise à fournir au gouvernement l'argumentation quantitative qui lui permettrait d'aborder ces négociations dans les meilleures conditions.

VII. ACCORDS CONCLUS ET RECOMMANDATIONS

7.01 Lors des négociations, le gouvernement tunisien a confirmé qu'il a approuvé le projet de loi portant création des Etablissements Publics de Santé (EPS) (para 3.02) et le projet de loi portant création du Centre d'Informatique Sanitaire (CIS) (para 3.11). Le gouvernement tunisien a également fourni des assurances sur les points suivants:

- (a) le projet de loi portant création des EPS sera présenté au Parlement pour approbation (para 3.02);
- (b) la transformation des 22 hôpitaux en EPS sera réalisée selon le calendrier suivant: les 8 hôpitaux cités en partie B, Annexe 3, tableau 1 d'ici au 31 décembre 1992; les 5 hôpitaux cités en partie C, Annexe 3, tableau 1 d'ici le 31 décembre 1993; les derniers hôpitaux (partie D, Annexe 3, tableau 1) d'ici le 31 décembre 1994. Le nouveau statut juridique de ces hôpitaux sera maintenu pendant toute la durée du projet (para 3.02);
- (c) les études auxquelles il est fait référence au paragraphe 3.17 et à l'Annexe 2 seront réalisées d'ici le 31 décembre 1993 et leurs recommandations présentées au gouvernement d'ici le 31 décembre 1994 (para 3.18);
- (d) le CIS aura été institué et son directeur nommé au plus tard le 30 septembre 1991 (para 3.11);

- (e) un plan stratégique à moyen terme pour le développement hospitalier sera formulé, soumis pour examen conjoint avec la Banque au plus tard le 30 septembre 1992 (para 3.15), puis mis en oeuvre;
- (f) un manuel de gestion financière à l'usage des hôpitaux sera préparé, soumis pour examen conjoint avec la Banque au plus tard le 30 septembre 1991, puis utilisé pour la formation des cadres hospitaliers de gestion et distribué à partir du 1er janvier 1992 dans les établissements hospitaliers transformés en EPS (para 3.06);
- (g) des plans directeurs hospitaliers seront formulés pour neuf hôpitaux, soumis pour examen conjoint avec la Banque au plus tard le 31 décembre 1992, puis mis en oeuvre. Pour les hôpitaux concernés, les décaissements de la Banque pour l'aménagement des locaux administratifs et d'accueil des patients seront subordonnés à la réalisation des plans directeurs hospitaliers (para 3.16);
- (h) le CGRH tout comme l'UCP seront maintenus pour la durée du projet et dotés d'un personnel et chargés d'un mandat jugés acceptables par la Banque (para 5.05).
- (i) des réunions conjointes auront lieu au moins une fois par an pour examiner les progrès et arrêter le programme des six mois suivants (para 5.03 (d)); et, dans les six mois suivant la date de clôture du prêt, un rapport d'achèvement sera établi par l'UCP et soumis à la banque (para 5.06);
- (j) les comptes du projet, y compris les comptes spéciaux, seront révisés par des réviseurs agréés par la banque et conformément à des principes comptables appropriés; et la banque se verra remettre, dans les six mois suivant la fin de l'exercice budgétaire du gouvernement: (i) des copies certifiées conformes des comptes du projet; (ii) un rapport d'audit aussi étendu et détaillé qu'il est raisonnable à la banque de demander, avec avis séparé de l'auditeur concernant les décaissements effectués sur présentation de relevés de dépenses certifiés conformes (para 4.18).

7.02 Comme conditions d'entrée en vigueur du prêt, la loi portant création des EPS sera votée par le parlement et le gouvernement tunisien promulguera les décrets transformant les quatre hôpitaux mentionnés à la partie A de l'Annexe 3, tableau 1, en EPS et nommera leurs directeurs généraux (para 3.02); il mettra en place le Comité de gestion de la réforme hospitalière (CGRH) et l'Unité de coordination du projet (UCP) (para 5.05).

7.03 Pour les 18 autres hôpitaux, les décaissements du prêt pour des équipements (à l'exception des équipements informatiques) ne pourront être effectués qu'après transformation en EPS des hôpitaux mentionnés dans les parties B et C de l'Annexe 3. Les décaissements pour les travaux de génie civil ne pourront être effectués qu'après transformation des hôpitaux de la partie B de l'Annexe 3 (para 3.02).

7.04 Sous réserve des conditions susmentionnées, le projet remplit les conditions requises pour l'attribution à la République tunisienne d'un prêt de la Banque de 30 millions de dollars.

ANNEXES

Table des matières

	<u>Page</u>
ANNEXE 1. Statistiques sectorielles	42
Tableau 1. Les Ressources Humaines (1989)	
Tableau 2. Infrastructure Sanitaire (1989)	
Figure 1. Répartition des lits par spécialité (1989)	
Figure 2. Répartition des lits selon le type d'établissement (1989)	
Figure 3. Répartition des admissions hospitalières (1989)	
Figure 4. Répartition des journées d'hospitalisation selon le type d'établissement (1989)	
ANNEXE 2. Grandes orientations et stratégie du Gouvernement	46
1. Lettre du Gouvernement	
2. Cadre de référence et calendrier des études du projet	
ANNEXE 3. Statistiques hospitalières	55
Tableau 1. Liste des établissements	
Figure 1. Allocations budgétaires (1990) pour les 22 hôpitaux	
Tableau 2. Les Activités de 22 Hôpitaux, Centres et Instituts Spécialisés	
Tableau 3. Comparaison de Quelques Indicateurs de Fonctionnement des Services Hospitaliers Universitaires	
ANNEXE 4. La Future Structure Juridique et Organisationnelle des Hôpitaux Publics Tunisiens	65
A. Les objectifs	
B. Les éléments du choix	
C. La Future structure juridique	
D. Le Schéma d'organisation administrative future	
Tableau. Organigramme des hôpitaux	
ANNEXE 5. Composante Informatique	73
A. Contexte institutionnel	
B. Déploiement national de la fonction informatique	
C. Architecture d'application	
D. Architecture technique	
E. Description des activités prévues pour l'implantation du système	
F. Etapes de réalisation	

LES RESSOURCES HUMAINES
(1989)

I	Le Secteur Public:	
	Personnel Médical	2,746
	Personnel Infirmier	616
	Personnel Paramédical	22,342
	Personnel Administratif	1,509
	Personnel Technique	286
	Personnel Ouvrier	9,524
	Autres	<u>66</u>
	Total	37,081
II	Le Secteur Mutualiste:	
	Polycliniques de la CNSS (pour les employés du secteur privé)	
	Personnel Médical et Infirmier	189
	Personnel Paramédical	682
	Personnel Administratif	<u>476</u>
	Total	1,347
III	Le Secteur Privé:	
	Personnel Médical	1,567
	Chirurgiens Dentistes	602
	Pharmaciens	968
	Biologistes	90
	Paramédicaux	<u>304</u>
	Total	3,531

INFRASTRUCTURE SANITAIRE

(1989)

I	Le Secteur Public:	Nombre	Lits
	Centres de santé de base	1,462*	
	Maternités autonomes	6	37
	Hôpitaux de circonscription	95	2,832
	Hôpitaux Régionaux	22	4,912
	Hôpitaux Généraux	9	4,933
	Centres Spécialisés	5	730
	Hôpitaux Spécialisés	3	1,340
	Instituts	5	720
	Hôpitaux Militaires	3	800
II	Le Secteur Mutualiste:		
	Polycliniques de la CNSS (pour les employés du secteur privé)	6	
III	Le Secteur Privé:		
	Cabinets Médicaux	1,567	
	Cabinets de Médecine Dentaire	602	
	Officines Pharmaceutiques	968	
	Centres de Soins Privés	338	
	Laboratoires Privés d'Analyses	101	
	Hôpitaux Privés	35	1,062
	Centres d'Hémodialyse	18	160

* 1,505 en 1990

Source: Annuaire national des statistiques sanitaires; Ministère de la santé publique; La République Tunisienne; 1989.

Figure 1

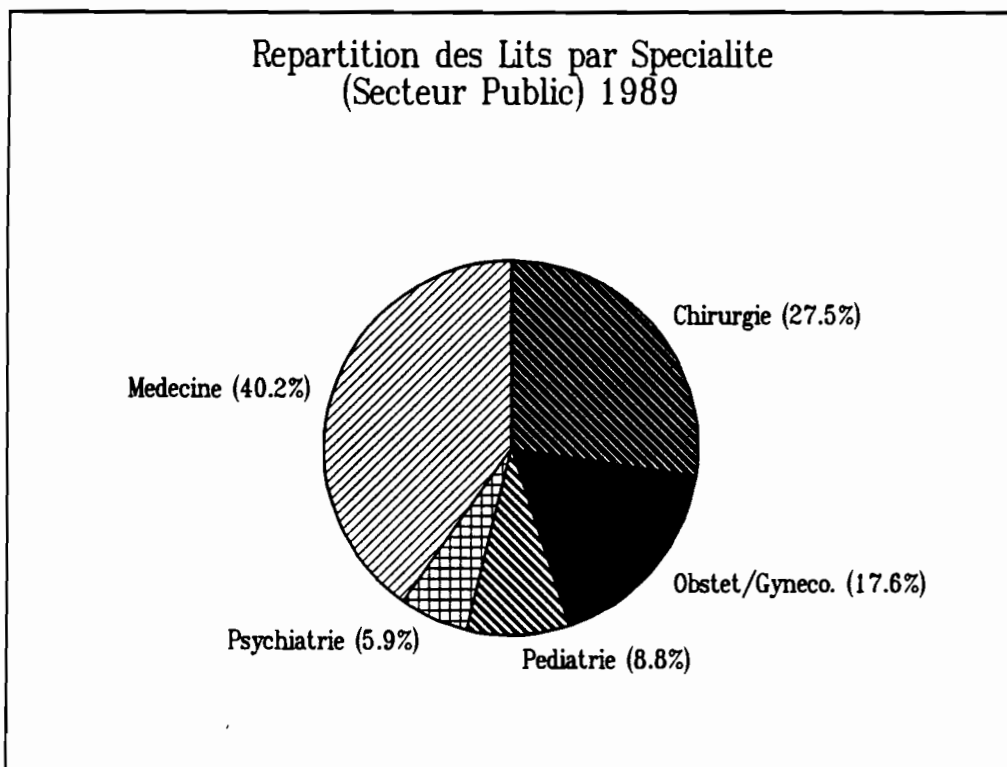


Figure 2

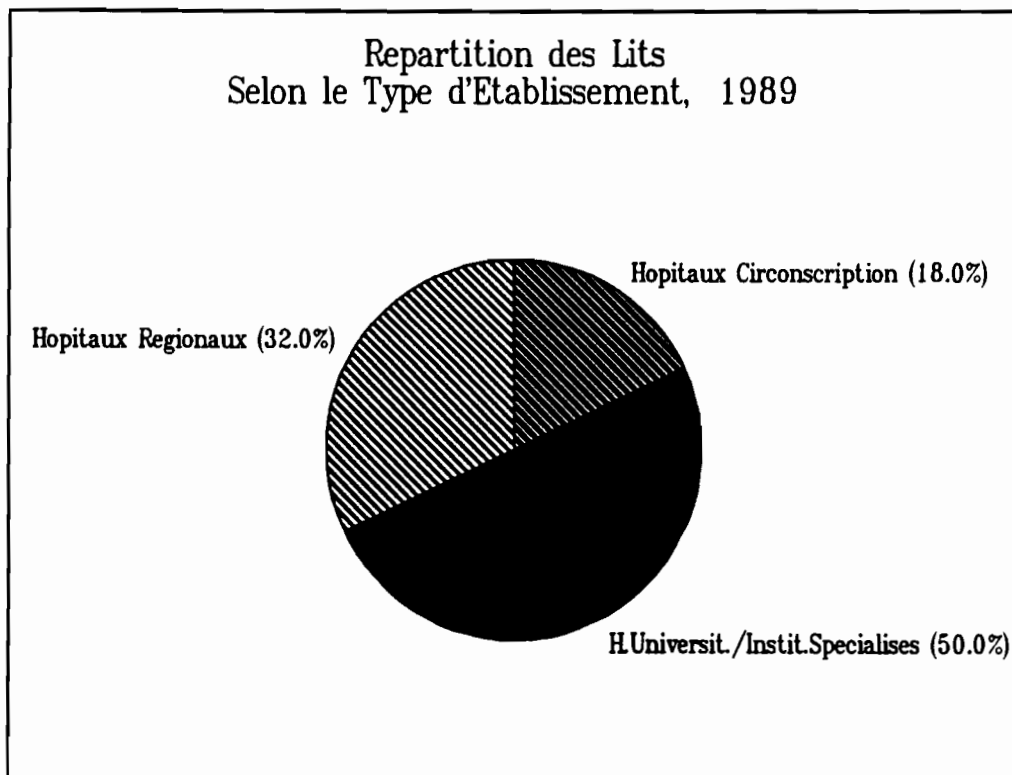


Figure 3

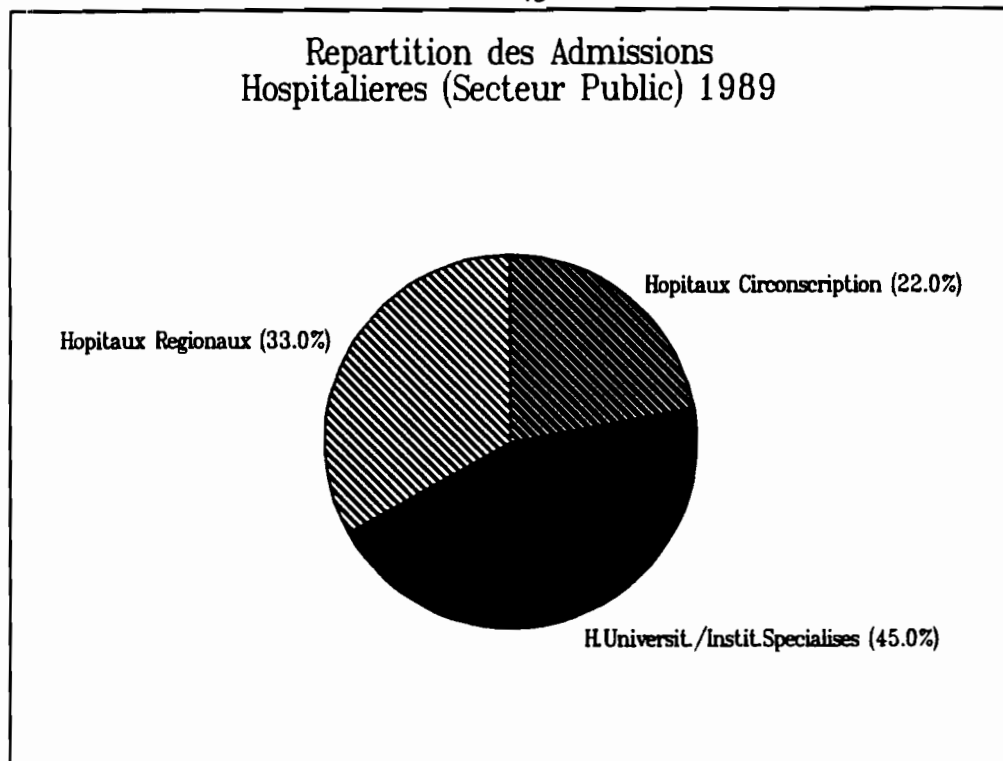
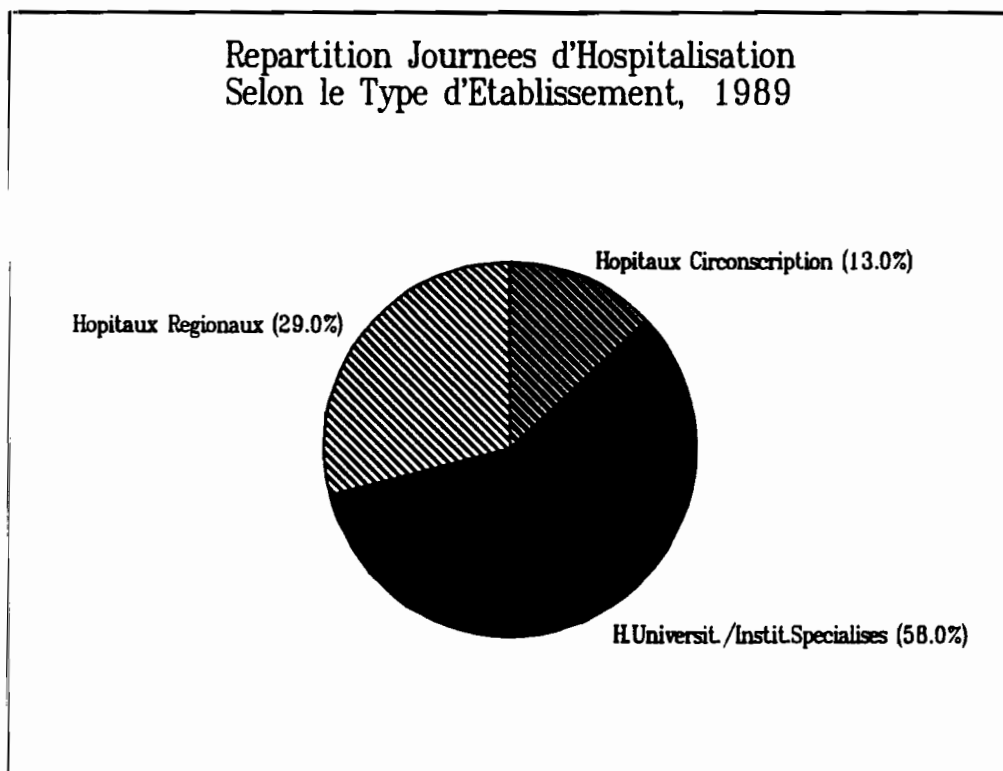


Figure 4



REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Ministre

Tunis, le 1 Février 1991

**MONSIEUR KAMEL DERWICH
DIRECTEUR - DEPARTEMENT DU MAGHREB
BANQUE MONDIALE**

**1818 - H STREET, N.W. 20433
WASHINGTON DC
U S A**

Monsieur le Directeur,

Suite aux aide-mémoire de la BIRD et aux échanges de correspondances entre le Ministère de la Santé Publique et la Banque, j'ai l'honneur de vous informer ci-après des principales orientations d'avenir que le Gouvernement Tunisien compte suivre en matière de financement de la Santé.

1-La stratégie que le gouvernement a adoptée pour appliquer sa politique de santé a été longtemps axée sur l'impératif d'assurer une couverture adéquate du territoire par la multiplication des services de santé. Ce qui a nécessité la construction et l'équipement de différentes structures; la formation et le recrutement de personnels de différentes qualifications et l'allocation de ressources de gestion provenant essentiellement du budget de l'état.

2-L'évolution de la morbidité, les mutations socio-économiques et culturelles ainsi que la disponibilité de professionnels de la santé de diverses qualifications et spécialités ont conduit à la nécessité de faire évoluer la stratégie en vue d'assurer une meilleure efficacité, une plus grande efficience et une amélioration de l'impact et de la qualité du système de santé actuel.

3-Pour atteindre ces objectifs, il fallait garantir au secteur public de santé les ressources adéquates de fonctionnement permettant de répondre aux besoins sans cesse croissants d'une population de plus en plus exigeante et de professionnels de plus en plus nombreux et qualifiés. Ainsi s'est posé le problème du financement de la santé qui a fait l'objet de différentes études depuis plusieurs années.

4-Les différentes sources de financement ont été identifiées et leurs proportions évaluées et analysées en vue d'éventuelles révisions du partage des charges et d'allocations de ressources.

2

4-1-Le budget de l'état reste la principale source de financement pour répondre aux besoins stratégiques du secteur, à la prévention des maladies et à la prise en charge curative totale ou partielle des malades .

4-2-Les caisses de sécurité sociale contribuent au financement du secteur public de santé par le versement conventionnel d'un forfait au trésor de l'état et à certains hôpitaux contre le bénéfice de la gratuité des soins à leurs affiliés dans les structures publiques de santé.

4-3-La contribution des ménages au financement du secteur public de santé provient de deux sources : les malades payants à titre personnel ou par un tiers et les tickets modérateurs auxquels sont assujettis les bénéficiaires de la gratuité partielle des soins (indigents et assurés sociaux).

5-Toute réforme du financement de la santé nécessite une révision de la contribution des différentes sources et une gestion plus rationnelle et plus rigoureuse des ressources. Ainsi fallait-il examiner :

-La nomenclature des actes médicaux et leur tarification, applicables dans les secteurs public, parapublic et privé.

-La tarification des consultations et des hospitalisations dans les structures publiques de santé applicable aux malades payants.

-Le régime d'assistance médicale gratuite pour en assurer une gestion plus rationnelle tant au niveau de l'identification des bénéficiaires, des procédures d'octroi, que des droits d'affiliation au régime.

-Le taux des tickets modérateurs payables à chaque consultation et à chaque hospitalisation par les bénéficiaires de la gratuité partielle des soins.

-La gestion des structures publiques de santé pour qu'elles puissent mesurer leurs coûts de production et permettre un éventuel partage des charges d'exploitation selon les sources de financement.

6-Le gouvernement a adopté le projet de réforme de la gestion hospitalière qui est l'objet d'un financement conjoint avec la banque mondiale.

Cette réforme vise essentiellement l'amélioration de la qualité des prestations tout en contenant les coûts : évaluation de la qualité des soins, contrôle de gestion des établissements et comités de consensus. En outre, elle permettra de tracer les orientations générales du financement du secteur public de santé.

3

Cette réforme est un des préalables à toute révision du financement du secteur et à fortiori à tout nouveau partage des charges. En effet, elle permettra entre autres le calcul des coûts des prestations de santé offertes dans les structures publiques et l'identification des différentes catégories de bénéficiaires.

A la lumière des résultats qui seront obtenus dans les établissements publics de santé (EPS), le gouvernement examinera les différentes alternatives de partage des charges financières du secteur public de santé.

7-Sans attendre ces résultats, le gouvernement a adopté différentes mesures légales et réglementaires tendant à augmenter la contribution des ménages au financement du secteur public de santé.

7-1-La nomenclature des actes médicaux a été révisée et publiée par arrêté conjoint du Ministre de l'Economie et des Finances et du Ministre de la Santé Publique en date du 25 Septembre 1990.

Une commission interdépartementale siège actuellement au Ministère de la Santé Publique pour fixer les valeurs des lettres clés de la nomenclature qui constituent la tarification des actes.

Cette tarification sera réexaminée périodiquement pour l'adapter aux coûts de production de soins par comparaison à ceux obtenus dans les structures hospitalières concernées par la réforme.

7-2-Les tarifs des consultations et des hospitalisations dans les établissements hospitaliers et sanitaires relevant du Ministère de la Santé Publique ont été révisés par arrêté conjoint des Ministres de l'Economie et des Finances et de la Santé Publique du 13 Décembre 1990.

Cette révision a permis de doubler les tarifs sus-mentionnés à partir du 1-11-1991 par rapport à ceux en vigueur en 1990. L'augmentation se fait en deux temps: une moitié est appliquée à partir du 1-1-1991 et l'autre à partir du 1-11-1991.

Outre ces tarifs, les frais des examens complémentaires de radiologie, de biologie, d'explorations fonctionnelles et endoscopiques, ainsi que les frais d'interventions chirurgicales sont payés en sus, conformément à la nomenclature et aux tarifs en vigueur.

7-3-Par la loi de finances pour la gestion 1991, le droit annuel d'affiliation au régime de l'assistance médicale gratuite est passé de 6 Dinars à 10 Dinars, soit une augmentation de 66%.

4

Ce droit annuel est payable par les bénéficiaires des cartes type II de l'assistance médicale gratuite dont le nombre est de 663 000.

7-4-Par la même loi, la contribution aux frais de soins et d'hospitalisation des bénéficiaires de la gratuité partielle des soins (tickets modérateurs) a été relevée dans des proportions allant de 33 à 50% des taux en vigueur en 1990.

Les bénéficiaires de la gratuité partielle des soins assujettis au paiement du ticket modérateur sont les détenteurs d'une carte de soins gratuits type II et les assurés sociaux.

7-5-L'ensemble des mesures modifiant les tarifs pour les payants ainsi que le relèvement des taux des tickets modérateurs et du droit annuel d'affiliation au régime d'assistance médicale gratuite ont permis, pour le budget de fonctionnement 1991, de prévoir un relèvement des recettes propres des établissements hospitaliers de six millions de dinars (6 MD).

En outre, ces mesures auront pour effet de réduire la consommation des soins au niveau des structures universitaires et une meilleure répartition de la demande sur l'ensemble du réseau sanitaire et hospitalier.

8-Dans le but de réformer le régime de l'assistance médicale gratuite, le gouvernement a déjà confié à la commission nationale de l'assistance médicale gratuite l'étude analytique et critique du régime actuel, en vigueur depuis 1987. Cette commission élaborera une pré-évaluation qui servira de base à l'étude des régimes d'indigence prévue dans le cadre du projet de réforme des structures hospitalières.

D'autre part, dans le cadre du projet de loi relative à l'organisation sanitaire, tel que présenté au gouvernement, le Ministère de la Santé Publique prévoit une assistance médicale gratuite à tout Tunisien indigent, son conjoint et ses enfants légalement à charge. La liste des bénéficiaires est fixée périodiquement d'un commun accord entre les Ministères de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Le même projet prévoit le bénéfice de tarifs réduits de soins et d'hospitalisation à certaines catégories de Tunisiens dont la détermination et les modalités de prise en charge sont fixées par décret. Ces tarifs réduits seront arrêtés ultérieurement, dans le même décret, par référence aux coûts que les nouveaux modes de gestion auront permis de calculer.

La mise en place de critères d'éligibilité et de procédures d'octroi de cartes de l'assistance médicale gratuite permettra une gestion plus rationnelle des programmes d'assistance sanitaire aux familles à faible revenu.

5

Le gouvernement orientera la réforme du régime de l'assistance médicale gratuite en fonction des résultats de l'étude prévue dans le cadre du projet de réforme des structures hospitalières. Seront mises en oeuvre par la suite les mesures tendant à rationaliser ce régime tant au niveau des principes d'éligibilité et des procédures d'affiliation que des prestations fournies.

9-Les régimes de sécurité sociale sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans le financement du secteur public de la santé pour diverses raisons dont les principales sont l'accroissement des effectifs des affiliés et l'augmentation des coûts des soins.

Ainsi les montants des contributions des régimes de sécurité sociale et les modes de leur versement aux hôpitaux seront révisés en référence aux coûts qui auront été calculés grâce aux procédures mises en place dans le cadre de la réforme de la gestion hospitalière.

D'ailleurs, le projet de loi relative à l'organisation sanitaire prévoit que le Ministère de la Santé Publique, agissant notamment pour le compte des établissements publics de santé (EPS), sera lié aux caisses de sécurité sociale par des conventions qui fixeront les modalités de prise en charge des affiliés.

Actuellement, une commission étudie au Ministère des Affaires Sociales les différents régimes de sécurité sociale en vigueur, en vue de recenser les prestations offertes et les contributions des affiliés à ces régimes.

Cette étude servira de pré-évaluation à une éventuelle révision des régimes de sécurité sociale en particulier dans leur composante assurance - maladie, tel que prévu dans le cadre du projet de réforme de la gestion hospitalière.

Il est à signaler enfin, que les caisses de sécurité sociale, outre la contribution forfaitaire annuelle au budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, sont liées à certains hôpitaux par des conventions particulières permettant le remboursement à l'acte de certaines interventions cardiovasculaires et les transplantations rénales depuis 1987 (montants révisés à la hausse en 1991) ainsi que des actes de tomodensitométrie depuis 1990.

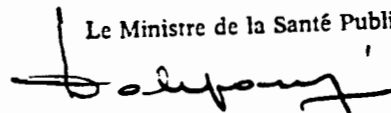
D'autres pathologies ou techniques thérapeutiques ou diagnostiques pourraient faire l'objet de conventions analogues dans un proche avenir. Des négociations sont déjà engagées à cet effet entre les Ministères des Affaires Sociales et de la Santé Publique.

6

De plus, les caisses de sécurité sociales financeront l'acquisition d'équipements hospitaliers dont la liste est fixée par le Ministère de la Santé Publique. Ce programme de renforcement des structures publiques de santé s'étendra sur une période de 5 ans à compter de 1990 pour une valeur annuelle minimale de dix millions de dinars (**10 MD**). Le sous-programme relatif aux années 1990-91 est en cours d'exécution, alors que celui de la bienné 92-93 sera élaboré pendant le troisième trimestre de 1991.

En vous souhaitant bonne réception de la présente qui démontre l'importance des efforts déjà accomplis, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à ma haute considération.

Le Ministre de la Santé Publique



Signé : DALI JAZI

LES GRANDES ORIENTATIONS ET LA STRATEGIE DU GOUVERNEMENT
EN MATIERE DE FINANCEMENT ET DE LA SANTE

Appendice 2: Cadre de référence et
calendrier des études du projet

A. Réévaluer les critères d'éligibilité et les prestations fournies dans le cadre des programmes d'Assistance Médicale Gratuite, Type I et Type II.

1. Le Gouvernement est convaincu de la nécessité de revoir les programmes actuels afin de mieux les cibler sur les véritables nécessiteux. Le projet contribuera à ce réexamen en finançant une étude qui poursuivra les objectifs ci-après :

- revoir les systèmes actuels, "AMG Type I et Type II", en prenant soin, en particulier, d'analyser la population qui constitue ces deux catégories ainsi que leur situation économique et leur localisation géographique;
- dégager les options de réforme des systèmes actuels permettant de:
(i) mieux cibler les soins gratuits sur les couches de population nécessiteuses. Seront étudiés en particulier, les changements à apporter aux critères d'éligibilité à ces prestations et le coût du maintien de cette catégorie de prestations; et, (ii) réduire au minimum l'AMG de type II en explorant essentiellement deux options: soit relever sensiblement le coût de la carte annuelle et améliorer le recouvrement du ticket modérateur; soit obliger la majeure partie de cette catégorie de population à adhérer aux régimes d'assurances sociales par le versement d'un montant forfaitaire calculé sur la base des ressources estimés (salaire minimum, par exemple).

2. Cette étude devrait être achevée en décembre 1993 et ses conclusions discutées avec la Banque afin que les recommandations finales soient incluses dans le cadre de la mise en oeuvre de nouvelles modalités de partage des charges financières du secteur, à présenter au Gouvernement au plus tard le 31 décembre 1994.

E. Redéfinir le rôle et la contribution des programmes d'assurance sociale

3. La plupart des services dispensés par le secteur public aux bénéficiaires des régimes d'assurance sociale sont des services hospitaliers, les consultations externes étant fournies, pour la grande majorité, par les polycliniques de la CNSS et par le secteur privé. L'une des options actuellement étudiées pour rompre avec le système actuel de l'allocation forfaitaire annuelle au MSP, serait de s'acheminer progressivement vers un

système de contribution directement lié au coût réel et au niveau d'utilisation des services offerts. Ainsi, dès qu'un hôpital serait en mesure de fournir les informations standardisées sur l'utilisation et les coûts de ses services, la part du montant forfaitaire qui lui est attribuable serait déduite et remplacée, dans l'allocation de l'exercice suivant, par le montant calculé à partir de l'utilisation et du coût réel. Etant donné que la connaissance des coûts réels est liée à la mise en place des systèmes d'information de gestion dans les hôpitaux, l'augmentation attendue des contributions financières des caisses d'assurance sociale devrait être progressive.

4. Au vu des premiers résultats attendus de la mise en oeuvre du projet, le MSP mettra au point avant décembre 1993, une méthode pour l'établissement de nouvelles conventions financières avec les caisses d'assurances sociales. Cette méthode servira de base aux nouvelles modalités de partage des charges financières du secteur qui seront proposées au Gouvernement au plus tard le 31 décembre 1994.

5. Il est difficile d'estimer le montant des contributions des employeurs et des employés au titre de l'assurance-maladie pour deux raisons: (i) les contributions aux diverses composantes des caisses d'assurance sociale (santé, accident, pension) ne sont pas formellement séparées; et, (ii) les ménages, tout comme les employeurs, contribuent non seulement aux principaux systèmes d'assurances sociales (CNSS et CNRPS), mais également, à titre volontaire, à une myriade de systèmes d'assurance complémentaires (assurances-groupe, mutuelles). Conçus au départ comme un complément aux régimes d'assurance sociale, ceux-ci se sont considérablement développés, entraînant couvertures et prestations multiples et gaspillage de ressources.

6. Le Gouvernement s'est engagé à réexaminer les prestations d'assurance-maladie fournies par les divers régimes qu'ils soient obligatoires ou volontaires. Le projet y contribuera grâce à une étude dont les objectifs sont les suivants:

- évaluer la couverture et les prestations des régimes actuels d'assurance sociale - la CNSS et la CNRPS ainsi que les autres régimes de prestations santé et accidents du travail liés à l'exercice d'un emploi. L'étude précisera les taux d'affiliation actuels ainsi que le montant des contributions et l'utilisation qui en est faite;
- recueillir des renseignements et évaluer les divers régimes complémentaires, tels que les assurances-groupe et les mutuelles; déterminer les sources de financement, le montant des ressources générées et l'utilisation qui en est faite;
- préciser les options de réformes qui permettraient de: (i) accroître les taux d'affiliation aux régimes d'assurances sociales; (ii) limiter au maximum, voire éviter les couvertures multiples. Une attention particulière sera portée aux modalités d'application de la Loi 86-86 du 1er septembre 1986 organisant les régimes de

prestations sociales pour le secteur public et le secteur privé, et au rôle dévolu aux régimes complémentaires.

7. Cette étude sera réalisée d'ici le 31 décembre 1993 et ses conclusions discutées avec la Banque afin que les recommandations finales soient incluses dans le cadre de la mise en oeuvre de nouvelles modalités de partage des charges financières du secteur, à présenter au Gouvernement au plus tard le 31 décembre 1994.

Liste des établissements concernés

PARTIE A:

- Hôpital Mongi Slim (la Marsa);
- Hôpital Sahloul (Sousse);
- Hôpital Hedi Chaker (Sfax)*;
- Centre de Maternité et de Néonatalogie (Sfax).

PARTIE B:

- Hôpital d'Enfants (Tunis);
- Centre de Maternité et de Néonatalogie la Rabta (Tunis);
- Institut Mohamed Taieb Kassab d'Orthopédie (Tunis)*;
- Institut Salah Azaiez (Tunis);
- Institut National de Neurologie (Tunis);
- Institut d'Ophthalmologie (Tunis);
- Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (Tunis);
- Institut Pasteur (Tunis).

PARTIE C:

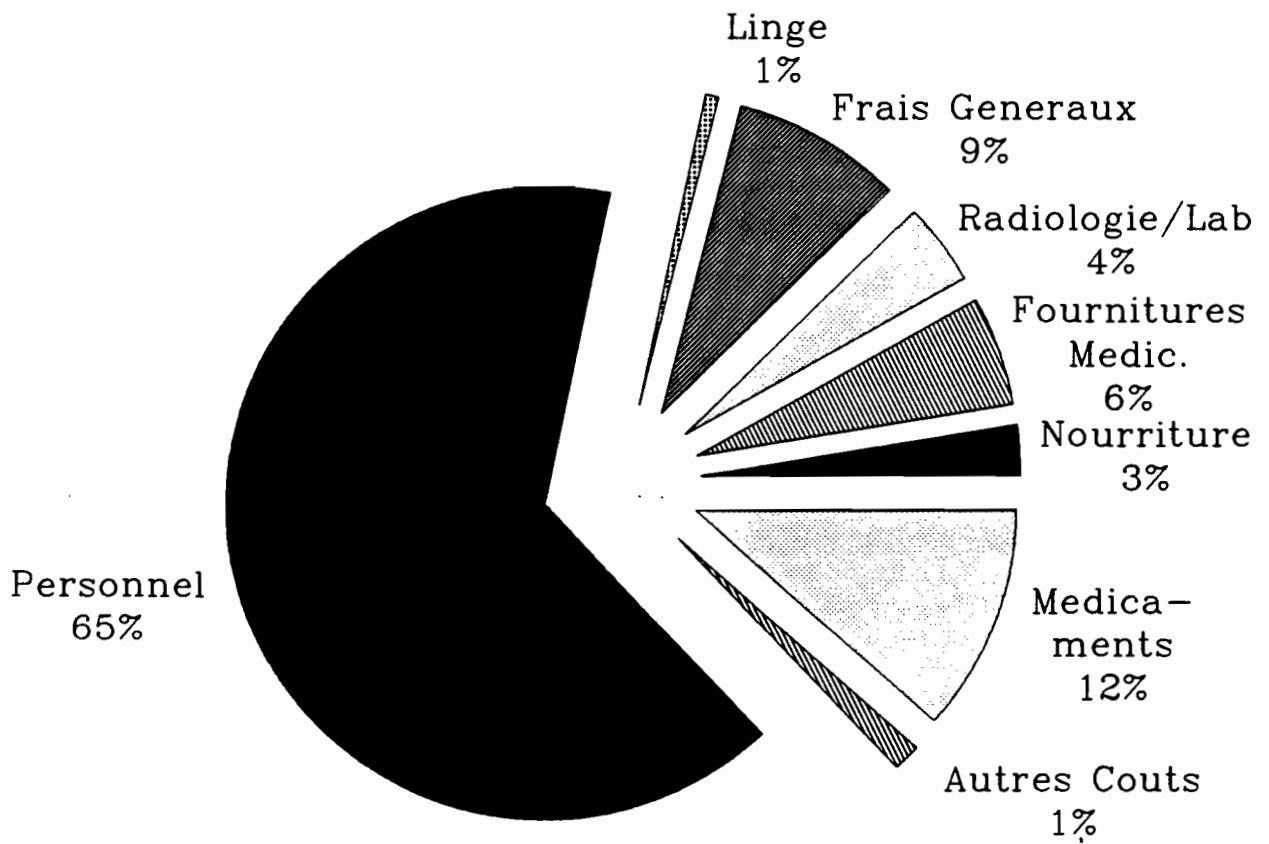
- Hôpital Habib Thameur (Tunis);
- Hôpital Aziza Othmana (Tunis)*;
- Hôpital de Pneumo-Phtisiologie (l'Ariana)*;
- Hôpital Razi Manouba*;
- Hôpital Fattouma Bourguiba (Monastir)*;

PARTIE D

- Hôpital La Rabta (Tunis)*;
- Hôpital Charles Nicolle (Tunis)*;
- Hôpital Farhat Hached de Sousse*;
- Centre de Maternité et de Néonatalogie (Sousse);
- Hôpital Habib Bourguiba de Sfax.

* Etablissements pour lesquels un plan directeur architectural sera préparé.

Allocations Budgetaires, 1990 22 Hopitaux Gen. et Instituts Spec.



1) Hôpital Charles Nicolle (Tunis)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	883	939	(56)	918	918	0
Hospitalisations	35,878	42,022	(6,144)	16,057	17,904	(1,847)
Journees d'hosp.	265,138	269,880	(4,742)	251,962	243,152	8,810
DMS	7.39	6.42	0.97	15.7	13.58	2.12
TOM	82.27%	78.74%		75.20%	72.57%	
Consult. Externes	339,908	365,791	(25,883)	223,311	473,622	(250,311)
Consult/ Lits	384.95	389.55		243.26	515.93	
Consult/ Hospit.	9.47	8.70		13.91	26.45	

3) Hôpital General Habib Thameur (Tunis)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	356	350	6	291	291	0
Hospitalisations	5,563	8,350	(2,787)	14,849	14,880	(31)
Journees d'hosp.	59,835	93,050	(33,215)	74,310	76,880	(2,570)
DMS	10.8	11.14	(0.34)	5	5.17	(0.17)
TOM	46.05%	72.84%		69.96%	72.38%	
Consult. Externes	122,123	452,597	(330,474)	106,630	102,112	4,518
Consult/ Lits	343.04	1293.13		366.43	350.90	
Consult/ Hospit.	21.95	54.20		7.18	6.86	

4) Hôpital General Aziza Othmana (Tunis)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits				291	291	0
Hospitalisations				14,849	14,880	(31)
Journees d'hosp.				74,310	76,880	(2,570)
DMS				5	5.17	(0.17)
TOM				69.96%	72.38%	
Consult. Externes				106,630	102,112	4,518
Consult/ Lits				366.43	350.90	
Consult/ Hospit.				7.18	6.86	

5) Hopital d'Enfants (Tunis)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	384	374	10	319	537	(218)
Hospitalisations	11,014	10,828	186	5,438	5,491	(53)
Journees d'hosp.	86,847	92,384	(5,537)	112,852	125,216	(12,364)
DMS	7.9	8.53	(0.63)	20.75	22.80	(2.05)
TOM	61.96%	67.68%		96.92%	63.88%	
Consult. Externes	97,055	190,372	(93,317)	46,429	49,051	(2,622)
Consult/ Lits	252.75	509.02		145.55	91.34	
Consult/ Hospit.	8.81	17.58		8.54	8.93	

7) Hopital Razi de la Manouba (L'Ariana)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	637	1,018	(381)	223	223	0
Hospitalisations	5,929	6,301	(372)	6,369	6,369	6,369
Journees d'hosp.	175,316	183,980	(8,664)	39,236	39,463	(227)
DMS	29.57	29.20	0.37	6.2	6.20	6.20
TOM	75.40%	49.51%		48.20%	48.48%	
Consult. Externes	60,603	57,679	2,924	37,412		
Consult/ Lits	95.14	56.66		167.77		
Consult/ Hospit.	10.22	9.15		5.87		

8) Hopital Mongi Slim de la Marsa (Tunis)

	1989	1988	1989-1988
Lits	223	223	0
Hospitalisations	6,369	6,369	6,369
Journees d'hosp.	39,236	39,463	(227)
DMS	6.2	6.20	6.20
TOM	48.20%	48.48%	48.48%
Consult. Externes	37,412		
Consult/ Lits	167.77		
Consult/ Hospit.	5.87		

9) Hôpital Farhat Hached de Sousse

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	767	767	0	562	566	(4)
Hospitalisations	23,780	23,995	(215)	17,249	18,042	(793)
Journees d'hosp.	208,481	218,978	(10,497)	137,117	140,886	(3,769)
DMS	8.8	9.13	(0.33)	7.9	7.81	0.09
TOM	74.47%	78.22%		66.84%	68.20%	
Consult. Externes	265,651	257,126	8,525	147,669	204,067	(56,398)
Consult/ Lits	346.35	335.24		262.76	360.54	
Consult/ Hospit.	11.17	10.72		8.56	11.31	

11) Hôpital Hedi Chaker de Sfax

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	620	739	(119)	313	512	(199)
Hospitalisations	14,863	13,776	1,087	13,175	10,226	2,949
Journees d'hosp.	219,753	222,242	(2,489)	92,932	92,512	420
DMS	14.8	16.13	(1.33)	7.1	9.05	(1.95)
TOM	97.11%	82.39%		81.34%	49.50%	
Consult. Externes	100,315	302,881	(202,566)	164,103	151,232	12,871
Consult/ Lits	161.80	409.85		524.29	295.38	
Consult/ Hospit.	6.75	21.99		12.46	14.79	

12) Hôpital Habib Bourguiba de Sfax

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	313	512	(199)	313	512	(199)
Hospitalisations	13,175	10,226	2,949	13,175	10,226	2,949
Journees d'hosp.	92,932	92,512	420	92,932	92,512	420
DMS	7.1	9.05	(1.95)	7.1	9.05	(1.95)
TOM	81.34%	49.50%		81.34%	49.50%	
Consult. Externes	164,103	151,232	12,871	164,103	151,232	12,871
Consult/ Lits	524.29	295.38		524.29	295.38	
Consult/ Hospit.	12.46	14.79		12.46	14.79	

13) Centre de Maternite et de Neonatologie la Rabta (Tunis)

	1989	1988	1989-1988
Lits	318	290	28
Hospitalisations	20,427	21,238	(811)
Journees d'hosp.	42,235	111,730	(69,495)
DMS	2.07	5.26	(3.19)
TOM	36.39%	105.56%	
Consult. Externes	3,533	35,920	(32,387)
Consult/ Lits	11.11	123.86	
Consult/ Hospit.	0.17	1.69	

14) Institut Med Kassab d'Orthopedie

	1989	1988	1989-1988
Lits	210	210	0
Hospitalisations	4,871	4,968	(97)
Journees d'hosp.	61,141	61,679	(538)
DMS	12.55	12.42	0.13
TOM	79.77%	80.47%	
Consult. Externes	59,420	63,158	(3,738)
Consult/ Lits	282.95	300.75	
Consult/ Hospit.	12.20	12.71	

15) Centre de Maternite et de Neonatologie de Sousse

	1989	1988	1989-1988
Lits	132	163	(31)
Hospitalisations	12,005	12,812	(807)
Journees d'hosp.	46,721	49,726	(3,005)
DMS	3.9	3.88	0.02
TOM	96.97%	83.58%	
Consult. Externes	21,663	12,650	9,013
Consult/ Lits	164.11	77.61	
Consult/ Hospit.	1.80	0.99	

16) Centre de Maternite et de Neonatologie de Sfax

	1989	1988	1989-1988
Lits	158	158	0
Hospitalisations	13,654	13,836	(182)
Journees d'hosp.	33,980	48,509	(14,529)
DMS	2.49	3.51	(1.02)
TOM	58.92%	84.11%	
Consult. Externes	9,704	31,467	(21,763)
Consult/ Lits	61.42	199.16	
Consult/ Hospit.	0.71	2.27	

17) Institut Salah Azalez (Tunis)

18) Institut National de Neurologie (Tunis)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	190	192	(2)	Lits	160	(23)
Hospitalisations	6,191	5,822	369	Hospitalisations	2,818	637
Journees d'hosp.	58,327	60,054	(1,727)	Journees d'hosp.	26,197	22,439
DMS	9.4	10.32	(0.92)	DMS	9.30	4.80
TOM	84.11%	85.69%		TOM	97.26%	44.86%
Consult. Externes	33,733	34,394	(661)	Consult. Externes	25,555	17,331
Consult/ Lits	177.54	179.14		Consult/ Lits	186.53	108.32
Consult/ Hospit.	5.45	5.91		Consult/ Hospit.	7.40	6.15

19) Institut d'Ophthalmologie (Tunis)

20) Institut National de Nutrition et de Tech. Alimentaire (Tunis)

	1989	1988	1989-1988	1989	1988	1989-1988
Lits	120	132	(12)	Lits	53	10
Hospitalisations	3,437	3,021	416	Hospitalisations	2,277	256
Journees d'hosp.	36,910	40,511	(3,601)	Journees d'hosp.	15,717	2,605
DMS	10.7	13.41	(2.71)	DMS	7	0.41
TOM	84.27%	84.08%		TOM	68.35%	67.78%
Consult. Externes	53,336	47,689	5,647	Consult. Externes	17,288	14,718
Consult/ Lits	444.47	361.28		Consult/ Lits	274.41	277.70
Consult/ Hospit.	15.52	15.79		Consult/ Hospit.	7.59	7.28

21) Hôpital Sahloul (Sousse)

1990

Lits 670

Note: L' Hôpital Sahloul est ouvert depuis ml-1990.
Le nombre de lits effectivement en service
est inférieur au nombre théorique indiqué.

Hospitalisations

Journées d'hosp.

DMS

TOM

Consult. Externes

Consult/ Lits

Consult/ Hospit.

(*) L'Institut Pasteur est un Institut de
recherche.

22) Institut Pasteur

**COMPARAISON DE QUELQUES INDICATEURS DE FONCTIONNEMENT
DES SERVICES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES
(1989)**

ANNEXE 3
Tableau 3

<u>HOPITAL</u>	<u>SERVICE</u>	<u>NBRE DE LITS</u>	<u>NBRE ADMIS. (An.)</u>	<u>NBRE DE JOURS HOSP. (An.)</u>	<u>TAUX OCCUPATION MOYENNE (%)</u>	<u>DUREE MOYENNE DE SEJOUR (Jours)</u>	<u>TAUX DE MORTALITE(%)</u>
<u>SPECIALITE: CHIRURGIE GENERALE</u>							
H. CHARLES NICOLLE	A	51	2,087	15,258	82	7.3	-
MARSA		61	1,904	13,999	63	7.4	1.6
SOUSSE		81	3,934	30,132	102	7.7	4.8
H. CHARLES NICOLLE	B	60	2,954	23,250	106	7.9	0.3
H. THAMEUR		71	1,503	13,635	53	9.1	3
MONASTIR		96	3,440	32,477	93	9.4	2.5
C. NEUROL.		27	473	6,655	68	14.1	1.7
RABTA		110	2,779	40,921	102	14.7	2.9
<u>SPECIALITE: PNEUMOPHTYSIOLOGIE</u>							
SOUSSE	A	60	1,309	13,698	63	10.5	2.0
ARIANA	A	34	837	13,244	107	15.8	9.7
SFAX		89	1,806	30,494	94	16.9	3.2
ARIANA	P2	37	643	11,615	86	18.1	4.5
ARIANA	I	20	431	8,218	113	19.1	0.9
ARIANA	P3	46	797	17,111	102	21.5	4.8
RABTA		77	1,015	22,829	81	22.5	3.5
ARIANA	P4	58	826	19,491	92	23.6	2.7
ARIANA	C	26	433	10,342	109	23.9	2.8
ARIANA	D	54	652	16,044	82	24.6	2.2
ARIANA	B	34	429	12,043	97	28.1	0

<u>HOPITAL</u>	<u>SERVICE</u>	<u>NBRE DE LITS</u>	<u>NBRE ADMIS. (/An.)</u>	<u>NBRE DE JOURS HOSP. (/An.)</u>	<u>TAUX OCCUPATION MOYENNE (%)</u>	<u>DUREE MOYENNE DE SEJOUR (Jours)</u>	<u>TAUX DE MORTALITE(%)</u>
<u>SPECIALITE: GASTRO-ENTEROLOGIE</u>							
SOUSSE		38	634	7,723	56	12.2	1.7
MONASTIR		25	346	4,486	69	13.0	2.0
RABTA	A	36	766	11,324	86	14.8	1.3
H. CHARLES NICOLLE		77	1,423	21,715	77	15.3	3.7
RABTA	B	67	1,048	16,798	69	16.0	1.1
H. THAMEUR		45	482	8,239	50	17.1	1.0
<u>SPECIALITE: CARDIOLOGIE</u>							
MONASTIR		81	1,713	20,100	68	11.7	3.9
H. CHARLES NICOLLE		52	1,186	14,871	78	12.5	5.6
SOUSSE		40	896	12,353	84	13.8	3.4
RABTA	C13	151	3,044	45,821	83	15.1	3.3
<u>SPECIALITE: PEDIATRIE</u>							
SOUSSE		90	2,613	20,907	64	8.0	3.0
MONASTIR		42	1,071	8,530	56	8.0	13.3
MARSA		50	409	3,724	20	9.1	3.7
H. ENFANTS	3et	80	2,501	23,071	79	9.2	5.6
H. ENFANTS	2et	80	1,847	18,077	62	9.8	10.4
H. ENFANTS	4et	80	1,970	21,375	73	10.9	7.7
H. CHARLES NICOLLE		53	827	14,114	73	17.1	5.7

STRUCTURE JURIDIQUE ET ORGANISATIONNELLE
DES HOPITAUX PUBLICS TUNISIENS

A. Les Objectifs.

1. Les objectifs poursuivis à travers le changement de statut juridique des hopitaux doivent être à la base de toute décision. Cinq buts essentiels sont poursuivis:

(i) En premier lieu, il s'agit de permettre aux hôpitaux de connaître leurs coûts par acte ou par tout autre unité de référence, et de maîtriser ces coûts. Pour cela la structure doit posséder tous les outils de gestion, notamment en matière de personnels. Ces éléments ne doivent pas être éparpillés à plusieurs niveaux (ministériel, régional, local). L'hôpital doit s'auto-gérer et ses responsables doivent pouvoir disposer de l'ensemble des éléments d'information nécessaires et les maîtriser.

(ii) Il est donc indispensable que l'hôpital dispose d'un pouvoir de direction fort, doté de compétences précises et capable de définir une stratégie pour l'établissement, d'obtenir l'adhésion du corps médical à cette stratégie, puis de la mettre en oeuvre. Elle doit pouvoir dialoguer d'égal à égal avec les médecins et obtenir des différents services hospitaliers, tous les éléments d'information nécessaires au suivi des coûts. En l'état actuel des structures hospitalières, il est indispensable de renforcer les pouvoirs de direction des hôpitaux. Dans la pratique, ce renforcement devra être suivi de la nomination des personnels correspondants aux postes définis.

(iii) Une plus grande souplesse dans la gestion des personnels, essentiellement non médicaux, est également recherchée afin de doter la direction hospitalière de plus de liberté dans la gestion et de motiver les personnels et les intéresser davantage à la bonne marche des établissements.

(iv) Le quatrième objectif concerne les procédures d'acquisition. Les délais pour parvenir à des achats de biens mobiliers mineurs sont longs, de même qu'est mise en oeuvre la centralisation de ces achats au niveau du Ministère. Une méconnaissance des besoins réels de l'utilisateur final apparaît, à laquelle s'ajoute une absence d'efficacité dans l'entretien et la maintenance en partie gérés de manière centralisée. Un assouplissement des procédures d'acquisition et une décentralisation de la gestion des équipements sont ainsi le quatrième objectif à poursuivre, pour plus d'efficacité.

(v) Enfin, la "situation" du comptable de l'hôpital doit être évoquée. Sa position n'est ni totalement "dans" l'hôpital, ni totalement "en dehors". Il n'est de ce fait pas suffisamment intéressé au bon recouvrement des recettes. Une situation différente est certainement à définir pour aboutir à un rôle plus actif attribué à ce gestionnaire dont dépendent le paiement rapide des fournisseurs, le recouvrement effectif des créances et l'équilibre en trésorerie de l'hôpital.

2. Se dessine ainsi le profil de la structure à mettre en place: un établissement autonome, doté d'une forte direction et d'un personnel à statut plus souple et attractif, agissant sur la base de procédures administratives simplifiées et orientées vers une gestion saine, efficace et responsable.

B. Les Eléments du Choix

3. Le statut juridique adopté doit correspondre aux objectifs de gestion précédemment évoqués. Des modèles comparables ont été examinés et un travail de comparaison effectué portant sur les fonctions ou les organes essentiels à l'activité hospitalière, à savoir :

- l'organe décisionnel délibérant placé à la tête de l'établissement;
- le directeur ou directeur général;
- la tutelle
- les organismes consultatifs
- les personnels
- les achats et marchés
- la comptabilité
- le contrôle des dépenses

4. Aucun statut examiné n'est totalement conforme aux objectifs précédemment énoncés. Ainsi :

5. Le statut actuel (EPA) des établissements d'hospitalisation présente le maximum d'inconvénients face aux buts poursuivis : rôle insuffisamment directif attribué au directeur, commission administrative composée de membres exclusivement issus de l'établissement, partage des pouvoirs entre différents niveaux en ce qui concerne la gestion des personnels et les procédures d'achat, gestion ministérielle centralisée de certaines fonctions et tutelle très large sur l'établissement.

6. Les Commissariats Régionaux du Développement Agricole (EPA aménagé) présentent l'avantage de remettre entre les mains du commissaire régional tous les pouvoirs sur le personnel (art 2 du décret du 29 Juin 1989) ainsi que la conclusion des marchés (art.14). Dans le même sens, les articles 12 et 13 du texte réglementaire institutif dispensent de visa préalable du contrôleur des dépenses les engagements inférieurs à 20 000 dinars. Toutefois, il faut constater que le comité assistant le commissaire régional n'a qu'un rôle consultatif ce qui peut laisser la place à une tutelle alourdie ou à une insuffisance de contrôle de gestion.

7. L'expérience d'Habib Thameur (EPIC) fait apparaître, à travers les textes qui l'ont instituée, des innovations tout à fait intéressantes en matière d'organisation administrative dont la première est sans aucun doute le statut d'Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial attribué à un hôpital. Le Président Directeur Général a autorité sur tous les agents (art. 10 du décret du 17 Novembre 1986). Par la qualité même d'E.P.I.C attribuée à la structure, la comptabilité n'est plus traitée par un ordonnateur puis par un comptable, ces deux fonctions étant réunies entre les mêmes mains.

8. Par contre, il est incontestable que le statut prévu ne correspond pas totalement à ce qui est actuellement recherché. Le Conseil d'Administration, outre le président directeur général, est exclusivement composé de représentants des ministères, membres extérieurs à l'hôpital (art. 3 du même décret). Ce conseil peut déléguer ses attributions au chef de l'établissement (art.8). Les règles sur les contrôles financiers et techniques sont peu développées et très souples (art. 5, 7, 14, 15 et 16), apparaissant insuffisantes dans le cadre d'une structure fonctionnant très largement sur les deniers publics.

9. Les textes généraux sur les Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial ne sauraient non plus être totalement suivis. Ils sont insuffisamment adaptés à l'activité hospitalière et aux objectifs recherchés. Ainsi, le directeur est nommé par le conseil d'administration (code de commerce); la comptabilité est de droit privé avec la présence d'un contrôleur d'Etat (art. 15 et 16 de la loi du 1er février 1989) dont les attributions demeurent vagues.

C. La Future Structure Juridique

10. En l'absence de schéma préétabli convenant parfaitement à l'activité hospitalière recherchée, il convient donc de créer un nouvel établissement public qui, en raison de ses missions et de ses originalités, serait qualifié de manière spécifique: Etablissement Public de Santé (EPS).¹ Le caractère juridique essentiel des établissements publics est de pouvoir se modeler, à travers les textes qui les instituent, aux activités poursuivies.

11. La différence essentielle entre le statut d'EPA, même aménagé, et celui d'EPIC va se situer au niveau des règles de comptabilité. Le statut du personnel peut être aménagé même si ce choix est délicat. Les pouvoirs du chef d'établissement sont équilibrés par un conseil d'administration "décideur" et une tutelle ministérielle allégée mais portant sur les points essentiels. Par contre, en matière de comptabilité, la règle traditionnelle de la comptabilité publique entraînant la séparation des rôles d'ordonnateur et de comptable est abandonnée dans un EPIC. La comptabilité est de droit privé ; elle est tenue et gérée au sein même de l'organisme concerné par des salariés soumis à l'autorité du chef d'établissement.

12. Face aux objectifs poursuivis, la structure d'EPS devrait être développée à partir des structures juridiques existantes (EPA aménagé ou EPIC) en tenant compte des éléments suivants:

(i) Un Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial peut sans difficulté assurer une mission de service public de santé. L'activité de soins, objet de l'établissement, n'est pas incompatible avec ce statut; il s'agit avant

¹Une proposition de loi portant création des EPS a été présentée au Gouvernement. Son approbation par le Parlement est une condition de mise en vigueur du prêt.

tout de promouvoir la connaissance des coûts et l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

(ii) Le droit Tunisien comporte une législation sur les EPIC. Le statut du personnel, les institutions, le mode de fonctionnement des EPIC et les règles de passation des marchés sont tracés dans leur grande ligne. Le pays dispose également d'une expérience d'établissement hospitalier érigé en EPIC (Habib Thameur).

(iii) Le principe de la séparation qui existe dans les "EPA aménagés", représente cependant une garantie supplémentaire concernant des deniers publics généralement traduite par l'établissement de trois niveaux : l'ordonnateur, chef de l'établissement, qui décide ; le contrôleur des dépenses, qui vise a priori la dépense ; le comptable, relevant du Ministère des Finances et responsable sur ses propres deniers de sa gestion, qui mandate. Le principe de séparation est aussi source d'inconvénients car il dilue les responsabilités et peut ralentir les procédures. Par ailleurs, il suppose, pour permettre à l'ordonnateur de maîtriser totalement sa gestion, d'engager les dépenses au moment opportun et de connaître l'état de la trésorerie, qu'un bon système d'information entre les services du comptable et ceux de l'ordonnateur fonctionne.

13. Tenant compte de l'ensemble des objectifs et des contraintes exposés, l'établissement public serait construit sur les bases suivantes:

- un conseil d'administration et une direction forts et équilibrés dans leurs pouvoirs respectifs;
- une tutelle allégée mais essentielle;
- des organes gravitant autour de la direction permettant tout à la fois l'efficacité et le contrôle.

D. Le Schéma d'organisation administrative future

14. Le future schéma organisationnel est résumé dans l'organigramme joint (tableau 1). L'effort de réaménagement a essentiellement porté sur:

- le conseil d'administration
- le chef d'établissement
- la tutelle
- le conseil de santé
- les organes de contrôle
- le statut du personnel

(a) Le Conseil d'Administration

15. Il est avant tout nécessaire d'instituer un mécanisme permettant de doter l'institution d'un conseil d'administration fort, de nature à garantir un bon équilibre entre les pouvoirs du directeur général et les siens propres. Pour cela, il faut un conseil mixte composé à la fois de membres extérieurs à l'établissement

et de membres relevant de celui-ci. Le conseil doit aussi être le lieu où les bailleurs de fonds de l'hôpital (Etat et Caisses de Sécurité Sociale) prennent connaissance de la gestion de l'hôpital, y sont associés, la vérifient.

16. Ce conseil peut être composé par les textes créant l'Etablissement Public de Santé de la manière suivante: le Directeur Général, un représentant du Ministère du Plan et des Finances, deux représentants du Ministère de la Santé avec possibilité d'assurer l'une des représentations par le Directeur Régional de la Santé, un représentant du Ministère de l'Education, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, un représentant du Ministère des Affaires Sociales, un représentant de la collectivité locale concernée, le président du Conseil de santé, un représentant du personnel clinique, un représentant du personnel non clinique (ouvrier, administratif...), un représentant du syndicat des personnels, le contrôleur d'Etat.

17. Les missions du conseil d'administration doivent être limitativement énumérées, sans possibilité de délégation au Directeur Général . Il doit délibérer sur le plan quinquennal de l'établissement, le programme annuel, le budget de l'année en fonctionnement et en investissements, le statut particulier des personnels de l'établissement si celui-ci existe, le règlement intérieur de l'hôpital, les acquisitions, les aliénations et échanges d'immeubles, les baux de plus de 18 ans, les emprunts, l'acceptation ou le refus des dons et legs grevés de charges.

18. Il nomme les membres des instances de contrôle : commission d'ouverture des plis et de dépouillement, commission interne des marchés (ce n'est pas là le rôle du Directeur Général). Il doit impérativement arrêter les inventaires, les bilans et les comptes de gestion et de résultats dans un délai bref à déterminer. Il approuve les marchés les plus importants, dans le cadre d'une liste réglementaire. Il se réunit à intervalles fréquents et réguliers.

(b) Le Directeur Général

19. Nommé par décret (et non désigné par le conseil d'administration parmi ses membres), le Directeur général doit être doté d'un pouvoir fort, équilibré par les compétences relevant du conseil d'administration. Il doit avoir tous pouvoirs et exercer toute autorité sur les personnels (recrutement, affectation, gestion, avancements, carrières, sanctions, redéploiement au sein de l'établissement, paie....) et ventiler les crédits entre les services avec l'accord du conseil d'administration.

20. Il doit pouvoir être entouré de directeurs et de services administratifs lui permettant d'assurer, outre la gestion quotidienne de l'établissement, la préparation du plan d'action quinquennal, du programme annuel de l'hôpital, et du budget. Suivant la taille de l'établissement, un Directeur Général adjoint peut lui être associé.

21. Il exécute les délibérations du conseil, passe les marchés et représente juridiquement l'institution. Il est chargé de la surveillance de la comptabilité et est responsable de sa bonne tenue. Il ne doit pouvoir cumuler sa fonction avec

aucune autre. Pour faciliter le fonctionnement, il doit avoir compétence pour régler les affaires non limitativement réservées au conseil d'administration. Enfin, le Directeur Général est révocable à tout moment par le Gouvernement.

(c) La Tutelle

22. Le rôle de la tutelle, c'est-à-dire le Ministère du Plan et des Finances et le Ministère de la Santé Publique, est limitée à quelques points de passage obligés. La tutelle approuve le plan quinquennal, le budget annuel fondé sur un programme d'établissement annuel, le volume des effectifs.

23. La tutelle doit autoriser les achats d'équipements lourds, dont les systèmes importants d'informatique; elle autorise également la création ou la fermeture de lits. Ces deux dernières fonctions ont pour objet de permettre le respect du plan hospitalier national (issu du plan stratégique hospitalier à moyen-terme) partie intégrante d'un plan national de santé.

(d) Le Conseil de Santé

24. Il comprend tous les chefs de service de l'établissement, et élit son président parmi ses membres. Des représentants d'autres catégories professionnelles de l'hôpital, médicales et cliniques, doivent en faire partie. Ses missions consultatives portent sur le plan quinquennal, le programme d'établissement annuel, et le budget. Il se prononce sur l'organisation des services et les choix médicaux liés à l'exécution du budget. Il est souhaitable qu'il soit également chargé de l'évaluation des structures et des activités médicales de l'hôpital. Le Directeur Général en est membre.

(e) Les organes de contrôle

25. Ils se composent du contrôleur d'Etat, du contrôleur technique, de la commission d'ouverture de plis et de dépouillement des offres, de la commission interne des marchés. S'ajoutent à cela les audits extérieurs prévus par la loi de base sur les EPIC (art.13). La composition des organes collégiaux est à définir avec précision. Le conseil d'administration décide des nominations à ces fonctions essentielles. Les rôles de chaque organe sont d'ores et déjà bien fixés par les textes. Il conviendra probablement de préciser avec soin le rôle du contrôleur d'Etat, encore flou en l'absence de décrets d'application.

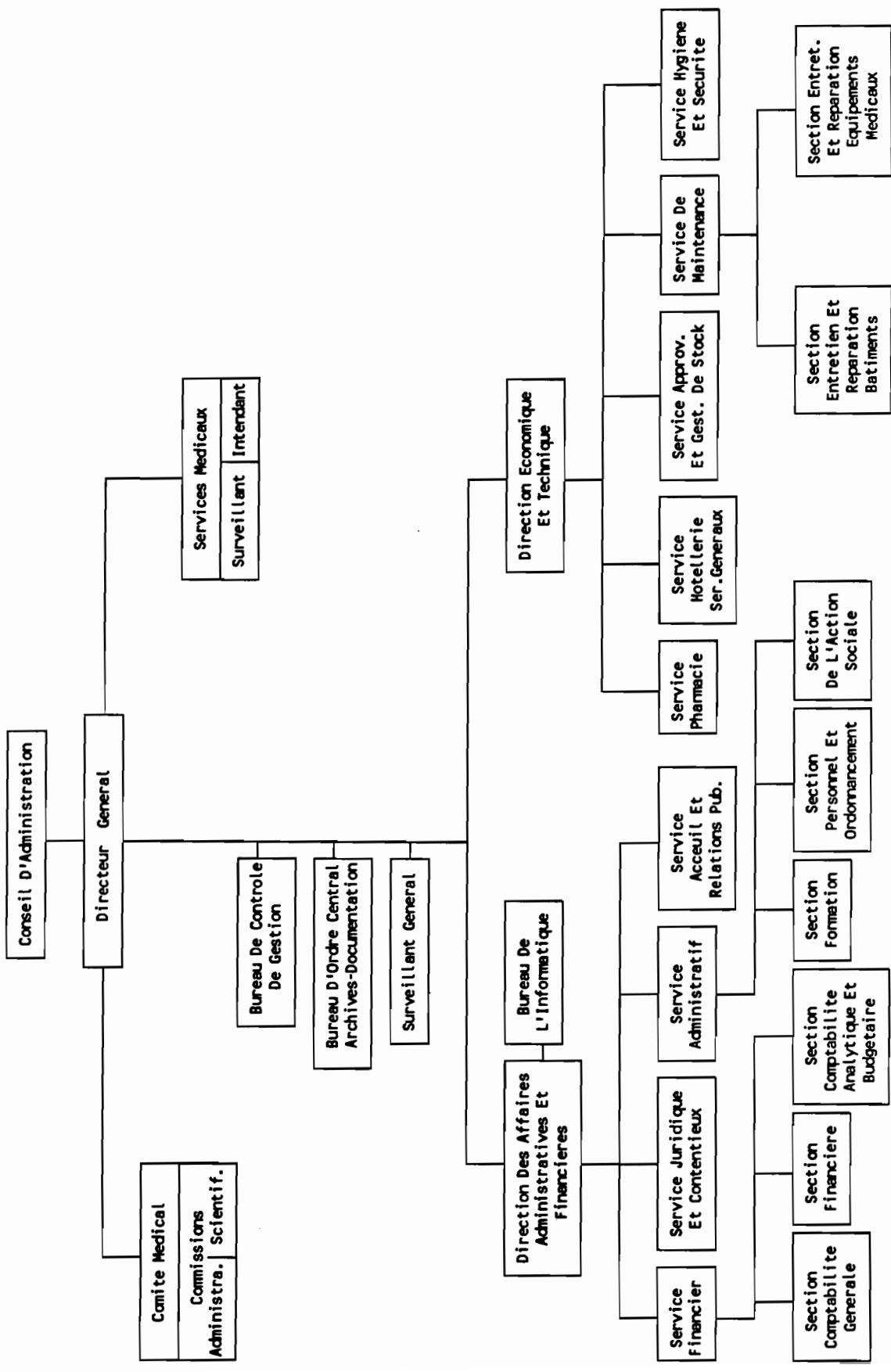
(f) Le statut du personnel

26. Les nouveaux personnels de l'EPS pourraient être recrutés sur la base d'un statut qui lui est propre, dont les règles générales sont fixées par voie législative et dont les règles particulières peuvent être précisées soit par voie réglementaire, soit par décision spécifique de chaque établissement et ce, afin d'adapter le statut aux modalités bien particulières de l'activité hospitalière, et de se dégager de règles rigides par la pratique d'horaires variables, de travail à temps partiel, de grille de salaires différente, d'avancement ou de promotion aménagés, d'heures supplémentaires en nombre particulier. Le recrutement des

personnels chargés d'assurer des fonctions bien spécialisées, dont les établissements auront incontestablement besoin pour évoluer vers une gestion améliorée, est dans ce cas possible sans difficulté: experts financiers, informaticiens, ingénieurs bio-médicaux, chargés de communication...

27. L'introduction d'une gestion encore plus souple, permettrait aux personnels détachés relevant de la fonction publique, d'opter, sur leur demande, pour l'intégration au sein de l'EPS et de bénéficier de son statut particulier. C'est là une solution motivante, de nature à inciter les agents les plus volontaires à choisir un autre mode de travail.

28. Un choix est à réaliser entre ces différentes options, en gardant à l'esprit, qu'à statut inchangé, il est difficile sinon impossible de modifier les modes de travail. Sur cette base, un statut autorisant le plus d'aménagements possibles devrait être adopté. Des règles spécifiques à des fonctions hospitalières renouvelées sont nécessaires. La seconde solution proposée, c'est à dire la possibilité pour l'EPS de recruter directement son nouveau personnel selon ses besoins, est la plus appropriée. Il faut notamment insister sur les conditions particulières à l'équipe de direction. Le haut niveau de compétences qu'elle doit rassembler, impose le recrutement de spécialistes situés très certainement hors du Ministère de la Santé et peut-être de la fonction publique.



SYSTEME INFORMATISE D'INFORMATION DE GESTION

1. L'informatique est un outil de soutien au système de gestion d'un organisme, aux plans opérationnel, tactique/contrôle et stratégique. L'informatisation suppose donc l'existence préalable de procédures, normes et pratiques de gestion reconnues et appliquées de manière cohérente par tous les niveaux de l'organisme.

A. CONTEXTE INSTITUTIONNEL

2. Deux approches de base, l'une centralisée, l'autre décentralisée, ont été considérées dans le choix du système informatique. Dans le cadre du projet global de réforme hospitalière considéré par la Tunisie, l'ampleur des changements envisagés suggère la création de mécanismes de pilotage à un niveau décisionnel très élevé - niveau ministériel - afin d'assurer l'uniformité dans l'application des procédures informatisées, ainsi que la discipline dans l'observation des règles régissant l'implantation de l'informatique dans le réseau hospitalier.

3. De plus, l'absence historique de pratiques de gestion reconnues et d'expérience en informatique de gestion, le besoin de définir et de mettre en application des politiques solides, des normes, des standards et des procédures homogènes, le besoin de sélectionner/développer des systèmes uniques pour contenir l'escalade des coûts ont conduit à opter pour la création d'une structure informatique forte au niveau du ministère.

4. Le Centre d'Informatique Sanitaire (CIS) serait donc créé, et aurait pour rôle et activités principales (i) la normalisation de la fonction informatique dans le réseau de la santé; et, (ii) la fourniture de services informatiques aux hôpitaux. Sans être exhaustives, les principales activités couvertes par le CIS sont les suivantes:

(a) Organisation administrative de l'informatique sanitaire:

- Politiques
- Normes
- Standards
- Communication et diffusion

(b) Organisation technique de l'informatique sanitaire:

- Sélection de technologie
- Choix d'équipements
- Préparation et gestion d'appel d'offres
- Sélection et instauration de méthodologies de développement
- Structuration de systèmes d'information et autres types d'ingénierie de systèmes;
- Soutien technique de haut niveau;
- définition des priorités d'informatisation (établissements hospitaliers, centre régionaux et ministère de la santé);

- Définition des protocoles d'implantation :
 - * techniques (équipements et télécommunications)
 - * application (système d'information).

(c) Formation des usagers :

- formation continue des usagers :
 - * à l'utilisation des équipements;
 - * à l'utilisation des systèmes et procédures informatisées.

B. DEPLOIEMENT NATIONAL DE LA FONCTION INFORMATIQUE

5. Le CIS assurerait l'uniformité dans l'informatisation des établissements hospitaliers et permettrait un déploiement structuré, planifié et adapté à la fois à la capacité d'absorption et d'assimilation de la nouvelle fonction par les établissements hospitaliers, ainsi qu'à la capacité de soutien du CIS.

6. Equilibrage du rôle du CIS. Il est très important d'établir un lien objectif, clair et permanent entre l'activité du CIS et les utilisateurs à tous les niveaux auxquels les résultats de cette activité s'adressent. Une commission informatique constituée de représentants du CIS et de représentants des secteurs usagers impliqués dans les projets d'informatisation serait donc constituée afin d'assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins des usagers et les services offerts par le CIS. Elle devrait permettre également une meilleure coordination de la mise en place et de l'évolution des systèmes d'information, et contribuer au développement d'une planification à moyen et à long terme de la fonction informatique dans le secteur de la santé.

7. Organisation du CIS. Le statut juridique du CIS serait vraisemblablement celui d'un EPIC, qui semble le mieux à même de lui donner l'autonomie financière et de gestion nécessaire à la réalisation des objectifs de la réforme, et d'offrir aux hôpitaux les services les mieux adaptés à leurs besoins.

8. Pour répondre aux besoins des hôpitaux, le personnel du CIS sera composé de 5 bac+6, 24 bac+4 et 40 bac+2. Dans la mesure où le marché de l'emploi le permettra les recrutements seront effectués de façon à obtenir un bon équilibre entre la formation académique et l'expérience professionnelle pertinente.

9. Rentabilisation de la composante informatique. Pour que l'outil informatique réponde bien aux besoins et objectifs de la réforme hospitalière, une série d'indicateurs appropriés aux différentes phases et aux différents niveaux d'informatisation qui permettrait de traduire l'impact de la composante informatique sera développée par le CIS, et en particulier :

- Etude des coûts, des bénéfices et de la rentabilité des applications développées;
- Analyse de l'évolution de l'informatique et de son impact sur la gestion des formations sanitaires.

C. ARCHITECTURE D'APPLICATION

10. Le support de l'informatique s'adresse à tous les aspects administratifs à l'exclusion du dossier médical. En effet, un système de support informatisé à la gestion du dossier clinique du malade est actuellement utilisé par le corps médical et devrait être étendu à tous les hôpitaux. Ce système pourra servir de base à la constitution de fichiers de données cliniques, qui pourront être récupérées électroniquement lorsque, à l'avenir, la gestion du dossier clinique du malade sera développée.

11. Les systèmes actuellement disponibles pour la paie et la gestion du personnel, ainsi que les approvisionnements et la gestion des stocks de pharmacie continueront à être utilisés, dans une première phase. En effet, les données qu'ils contiennent représentent une valeur certaine sur laquelle on pourra capitaliser et qu'il ne faudrait pas sous-estimer lors de l'instauration d'un nouveau modèle de gestion administrative.

12. Les besoins. La fonction informatique axera son activité vers le support aux fonctions administratives de base. L'architecture d'applications correspondant à ces besoins comportera :

(a) La gestion du personnel

(b) La gestion des approvisionnements et des stocks

N.B.: remplacement du système SAMAH du CNI

(c) La gestion du dossier administratif du malade

N.B.: choix d'un système d'information avec les caractéristiques suivantes :

- Identifiant administratif unique pour chaque malade
- Fonctions d'admission telles que:
 - * données sociologiques du malade;
 - * Hospitalisation; pré-admission; admission;
 - * Gestion des lits;
 - * Perception des fonds;
 - * Décharges et transferts.

(d) La saisie des données sur les interventions subies par le malade

N.B.: saisie des données concernant :

- les médicaments fournis;
- les analyses de laboratoires et de radio-diagnostics;
- des actes médicaux et chirurgicaux;
- des diagnostics.

(e) La facturation des prestations

N.B.: association entre les données de la gestion administrative du malade et les données sur les interventions qu'il subit.

(f) La comptabilité générale et le contrôle financier.

N.B.: (a) Sélection d'un système informatisé répondant aux besoins du modèle de gestion financière retenu dans le cadre de la réforme.

(b) Etablissement et développement des interfaces pertinents entre ce système et les autres systèmes de gestion administrative.

13. Acquisition ou développement? Etant donné l'importance des investissements à réaliser et le calendrier envisagé, l'option retenue est d'adapter, avec un minimum de réajustement, des systèmes existants aux besoins de la Tunisie.

14. Tests et simulation. Un laboratoire informatique, destiné à effectuer des tests et simulations sur les différentes solutions existantes sur le marché, devra être installé dans les plus brefs délais au niveau du ministère, avant même que la structure du CIS soit mise en place. Ce laboratoire permettra, outre les tests et simulations de systèmes, d'acquérir une première base d'expertise sur la plateforme technique adoptée. A très court terme, le choix d'un emplacement physique pouvant accommoder la configuration d'équipement retenue, ainsi que son acquisition et son installation devront être réalisés. Le personnel informaticien du Ministère aurait ainsi l'opportunité de se familiariser avec les composantes techniques de la configuration (équipements et logiciels), et de s'exposer aux différents problèmes et obstacles technologiques qu'ils devront dépasser et maîtriser lors des tests de sélection d'application. Le développement d'une expertise technique est, à notre avis, un des éléments clé du succès du projet d'informatisation.

D. ARCHITECTURE TECHNIQUE

15. Choix d'un fabricant informatique. Le Ministère devra s'assurer qu'une seule plateforme technologique est installée dans les différents hôpitaux. Cette plateforme sera utilisée également au niveau régional et au niveau du CIS. Le fabricant devra être une compagnie reconnue sur le plan international.

16. Choix des équipements. Plusieurs options d'équipements au niveau de l'hôpital, des centres régionaux et du CIS ont été envisagées: unité centrale avec terminaux; unité centrale avec micro-ordinateurs auxquels se relie des terminaux; et réseau de micro-ordinateurs avec serveur de données.

17. La solution retenue est celle d'un réseau de micro-ordinateurs de technologie avancée qui permet une croissance en fonction des besoins. L'investissement financier nécessaire à sa mise en place est directement proportionnel au niveau d'informatisation que l'on veut atteindre. L'utilisation du réseau permet une interaction en temps réel avec les bases de données situées au niveau du serveur qui gère également les communications. Le traitement est effectué au niveau des stations de travail sur lesquelles on retrouve les programmes d'application et d'autres programmes comme chiffrier électronique (spreadsheet) et traitement de texte, bénéfiques supplémentaires de l'informatisation des différents services de l'hôpital.

18. Choix des logiciels. Il s'agit de :

- (a) logiciels de système : compte tenu de l'architecture de système en réseau, chaque station de travail devra posséder son propre système d'exploitation. Afin de maintenir les coûts à leur plus bas niveau et minimiser les besoins en formation, un logiciel de système d'exploitation standard déjà connu par les informaticiens et utilisateurs a été adopté.
- (b) logiciels de gestion de réseau : le choix doit se porter sur un logiciel ayant acquis une très bonne réputation dans l'industrie et étant devenu le chef de file dans ce genre de produit.
- (c) gestionnaire de base de données : plusieurs choix sont possibles. A ce niveau il faudra certainement attendre l'évaluation des informaticiens du Ministère sur le sujet. Ce choix sera surtout fonction des applications qui seront mises en place dans les établissements, des coûts associés à l'utilisation, et de la grande quantité d'informations à traiter.
- (d) la sélection des langages de développement : celle-ci sera dictée par le choix de la base de données à laquelle s'associe généralement un langage de quatrième génération. Un autre langage devrait être appris par les informaticiens du CIS, le langage "C", nécessaire au développement des fonctions plus complexes. Cette formation concernera essentiellement les informaticiens de système.
- (e) logiciels d'applications : les responsables du CIS évalueront de façon prioritaire l'utilisation de logiciels déjà développés à l'étranger.

E. DESCRIPTION DES ACTIVITES PREVUES POUR L'IMPLANTATION DU SYSTEME

19. L'objectif de l'informatique hospitalière est la mise au point, dans les 5 ans à venir, d'un système permettant de satisfaire les besoins de base des 22 hôpitaux concernés par la réforme. Dans un premier temps, le système à mettre en place dans ces hôpitaux est la gestion du dossier administratif du malade qui permettra à plus long terme l'informatisation du dossier médical du malade. Ce système permettra d'obtenir les résultats suivants.

20. Unification du dossier administratif et médical du malade ; Adoption d'un numéro de dossier médical unique à chaque malade. Cet identifiant unique sera attribué autant pour les consultations externes que pour les hospitalisations. Il faut préciser que cette unification du dossier n'exclue pas la décentralisation de l'inscription pour les hôpitaux ayant une structure décentralisée. Le dossier demeure toujours unique dans la banque de données. Cette approche permet une transition harmonieuse et a plus de chance de succès puisqu'elle ne remet pas en question les procédures établies. Il serait également très difficile de concevoir un système d'inscription centralisé dans les hôpitaux recevant plus de 900 malades par jour : (difficulté de réaliser une salle d'accueil respectant le bien-être des malades et de leur famille). Le dossier physique du malade (dossier papier) devra obligatoirement comporter l'identifiant unique. L'adoption d'un dossier centralisé permettra aux

gestionnaires de mieux identifier leur clientèle et aux malades de bénéficier d'un suivi plus rigoureux. Ce système pourra réduire les coûts en évitant de refaire les examens par méconnaissance du contenu du dossier médical (ex: radiologie, exploration).

21. Obtention de données pour rationaliser le fonctionnement des hôpitaux et les mécanismes de fonctionnement. Il s'agit pour les administrateurs d'obtenir une image précise de la clientèle des hôpitaux, quantitativement et par diagnostic, qui permette de comparer le fonctionnement des différents hôpitaux, et, le cas échéant d'apporter des correctifs nécessaires. De plus, l'entrée des actes médicaux facturables au départ du malade permettra un meilleur suivi des comptes payables. Pour être en mesure de répondre à ce besoin de rationalisation il faut dans chaque hôpital :

(a) Centralisation de la saisie des données relatives à l'hospitalisation:

- Spécification des renseignements nécessaires lors de l'hospitalisation d'un malade.
- Spécification des nomenclatures de validation de l'information; exemple : spécialités médicales, noms des médecins, diagnostic..
- Création d'un identifiant unique des lits du centre hospitalier et spécification des informations devant être enregistrées pour faciliter la gestion des lits; ex : pavillon, spécialité, type de chambre, etc...
- Détermination des procédés de communication entre les services pour diffuser les changements survenus en cours d'hospitalisation; ex : changement de lit, de spécialité, de médecin, de cas aigu à cas chronique, départ ou décès, etc ...
- Détermination des actes médicaux facturables au départ du malade et qui devront être cochés lors du traitement du malade sur une feuille de route.
- Contrôle de l'information. Il s'agit de vérifier que tous les malades hospitalisés et leur location sont enregistrés correctement. Chaque service devra donc quotidiennement, à un moment déterminé de la journée s'assurer que la liste de ses malades est à jour et aviser l'accueil hospitalisation des correctifs à apporter immédiatement.

(b) Déterminer les données nécessaires aux gestionnaires lors des consultations cliniques ou à l'urgence.

Un système répondant à ces besoins sera implanté dans les 22 hôpitaux, dans les 5 prochaines années.

PERIODE	ETAPES	ACTIONS ET REMARQUES
Mois 1 de la réforme	<u>ETAPE No. 1</u> Etablissement du CNIS et recrutement du personnel informatique	- 11 employés : 2 analystes en méthodes et procédures 7 développeurs 2 spécialistes en logiciel.
Mois 1 à 3 de la réforme	Identification d'un système répondant aux besoins hospitaliers tunisiens	- Etude du marché et sélection d'un logiciel adéquat - Acquisition des connaissances requises pour son utilisation : programmation, logiciel de réseau - Détermination des besoins spécifiques des hôpitaux par rapport au logiciel retenu - Lancement des appels d'offres et réalisation des tests techniques de différents systèmes et équipements pour assurer la performance du système, la comptabilité avec les logiciels utilisés et établir des standards pour la Tunisie.
Mois 4 à 7 de la réforme	Adaptation du système * aux besoins hospitaliers tunisiens	- 1ère alternative : Engager un spécialiste étranger spécialiste du logiciel pour effectuer les modifications requis et former les employés du CNIS (durée de son contrat : 2 mois) - 2ème alternative : Envoyer 2 employés du CNIS à l'étranger pour effectuer sous supervision d'un spécialiste du logiciel les modifications requises. (durée du stage à l'étranger : 4 mois) (durée du support du spécialiste : 2 mois) * Des modifications mineures seront apportées au logiciel pour l'adapter aux besoins spécifiques des hôpitaux (y compris, impression de formulaires : étiquettes pour dossiers, carte d'identification, fiche de route, reçu, ticket modérateur, liste spéciale, etc.; et entrée des données de départ pour la facturation).
Mois 1 de la réforme Mois 3 de la réforme	<u>ETAPE No. 2</u> Pré-requis pour l'hôpital-cible	- L'HOPITAL-CIBLE envisagé pour implanter le système est L'INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE dû à sa proximité du CNIS et au nombre restreint de ses services et activités - Nouvelle administration en place - Nomination d'un chef de projet pour cet hôpital : il devra être un gestionnaire de l'hôpital connaissant parfaitement les procédures et les ressources humaines en place. Il sera assisté de 2 employés du CNIS spécialistes en organisation et méthodes et d'un technicien de support. Il devra également contrôler la réalisation des objectifs.

PERIODE	E T A P E S	A C T I O N S E T R E M A R Q U E S
Mois 3 à 11 de la réforme	<p>Procédures manuelles et directives</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unification du dossier 2. Acquisition de données administ. pour la gestion et facturation des actes médicaux <p>Vérification des impacts des nouvelles procédures</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sur les méthodes de travail 2. sur la structure organisationnelle 3. sur les effectifs 4. sur l'environnement 	<p>Ces procédures doivent être établies dans tous les hôpitaux avant introduction informatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrement pour tous les nouveaux malades de tous les renseignements sociologiques à reporter sur cartes index. - Détermination du service responsable de la vérification des dossiers (numérotation unique par consultation d'annuaire ou interrogation du système) et mise en place d'un système de sauvegarde des informations en cas de panne. - Introduction de procédures alternatives en cas d'arrêt du système. - Etablissement des formulaires requis : reçu, carte index, feuille de route pour hospitalisation ou consultation externe, ticket modérateur.
		<ul style="list-style-type: none"> - Identification des tâches à supprimer ou ajouter pour chaque catégorie de personnel - Détermination du cheminement de l'information aux différents niveaux. - Identification de la formation au poste requise des changements d'horaires de travail et installation d'un poste minimum pour assurer la formation. - Identification des employés à former et du type de formation qu'ils doivent recevoir. - Détermination des aménagements nécessaires à l'installation des nouveaux postes de travail. <p>Appel d'offres, acquisition, câblage et installation.</p>
Mois 11 à 12 de la réforme	<p>Démarrage</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Phase initiale <ul style="list-style-type: none"> - Récupération des anciens dossiers 2. Lancement 	<p>(temps = nombre de dossiers x 1 minute)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque service entrera l'ensemble des données concernant chacun de ses malades, identifiés par un numéro unique, attribué automatiquement par le système. Une récupération des fiches index d'un minimum de 3 ans est recommandée. Le dossier physique devra être identifié par le numéro attribué. - Les employés du CHIS établiront en même temps que la récupération des dossiers les tables de validation requises par le système. - Cette activité doit être concentrée en 1 jour, afin de recueillir toutes les informations sur les malades au moment du démarrage du système. <p>Le système est maintenant opérationnel et l'inscription des malades en consultation externe ou hospitalisés ainsi que la facturation des actes peut être réalisée et les rapports de gestion et listes de contrôle imprimés.</p>
Mois 13 de la réforme	<ol style="list-style-type: none"> 3. Contrôle 	<p>Le chef de projet de l'hôpital-cible vérifie la réalisation des objectifs (dossier unique, centralisation des données d'admission, facturation des actes médicaux, obtention des statistiques de gestion) et la suppression des tâches manuelles devenues inutiles, et le cas échéant apporte les mesures correctives nécessaires.</p>
	<p><u>ETAPE No. 3</u></p>	<p>Généralisation progressive aux autres hôpitaux concernés par la réforme, après réalisation satisfaisante de l'expérience de l'hôtel-cible.</p>