

	La couverture santé universelle : Un droit et des devoirs pour chacun et la responsabilité de tous
---	---

Projet dynamique soumis à la discussion à poster à dialogues.phase2@gmail.com

Les deux premiers chapitres résultent d'un état des lieux réalisé pour l'essentiel durant la phase 1 du dialogue sociétal mais sont nécessaires pour mettre la vision dans son contexte

Table des matières

1-Historique et état des lieux.....	2
Des acquis majeurs, fragilisés par les défis de la qualité et des inégalités.....	2
Le profil démographique de la population a changé.....	3
Un système de soins sans cap clair et qui tend à perdre ses repères et ses atouts :.....	3
Un secteur privé dynamique concentré dans les zones de solvabilité.....	4
Risque élevé de dépenses catastrophiques et une corruption devenue endémique.....	4
2. Une évolution pouvant amplifier les défis.....	4
3. Une vision 2030 porteuse d'espoir.....	6
Une politique nationale basée sur des valeurs.....	6
La santé incluse dans toutes les politiques publiques.....	6
<i>L'éducation intègre les valeurs et les compétences pour la vie.....</i>	6
<i>L'environnement est plus sain, stimulant et inclusif.....</i>	7
Un système de santé centré sur le citoyen.....	7
L'environnement politique et institutionnel est favorable.....	8
Bien précieux et commun, le système de santé national est à l'abri des controverses.....	9

VERSION IV - PROJET DYNAMIQUE SOUMIS A DISCUSSION

1-Historique et état des lieux

Des acquis majeurs, fragilisés par les défis de la qualité et des inégalités

De nombreux acquis ont été enregistrés, mais des insuffisances persistent, voire même s'aggravent.

Les principaux acquis se situent au niveau de la scolarisation et au niveau de l'inclusion des femmes dans la vie sociale et économique.

Dans le domaine de la santé, l'espérance de vie poursuit son augmentation lente et régulière passant de 71.1 ans en 1992 à 75.4 ans en 2016. Les programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles ont permis d'endiguer les fléaux sociaux (paludisme, bilharziose, trachome, tuberculose, diarrhées infectieuses, poliomyélite, tétanos néonatal, diphtérie, etc.). Des programmes nationaux intégrant prévention et soins curatifs ont été élaborés et mis en œuvre avec de bonnes couvertures : vaccination des enfants, lutte contre les maladies diarrhéiques de l'enfant, lutte contre la tuberculose qui est en constante régression (avec cependant une augmentation de formes extra pulmonaires), périnatalité, etc., avec une émergence d'autres types de maladies transmissibles (VIH, hépatites virales, ...). Les maladies non transmissibles sont en constante progression¹ (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, bronchopneumopathies chroniques, pathologies mentales...), portées par des facteurs de risque² en relation avec la sédentarité, la pollution et une alimentation déséquilibrée, trop salée et trop sucrée. Les maladies non transmissibles ont été incluses dans de nouveaux programmes impliquant une coordination intersectorielle pour leur prévention et prise en charge.

Dans le contexte de la transition épidémiologique, **le système de soins** a évolué en trois étapes :

- La première étape, celle des deux premières décennies de l'indépendance (années 1960 et 1970), a été celle de la lutte contre les fléaux tels que le trachome, le paludisme et la bilharziose ainsi que de la formation du personnel de santé et du développement de l'infrastructure dans le secteur public, tant au niveau hospitalier (universitaire notamment), qu'au niveau de la première ligne (campagnes de masse et activités préventives) dont le moteur principal a été, particulièrement dans le milieu rural, le personnel paramédical infirmier (hygiénistes, techniciens d'hygiène).
- La seconde étape (1980-2000) fut celle de l'accroissement de la couverture sanitaire, de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé de base et de la progression des dépenses globales de santé qui sont passées de 3.8% à 5.5% du PIB. Cette évolution s'est accompagnée d'un renforcement de capacité en matière d'équipement et de gestion des hôpitaux et du développement important du secteur privé de soins ainsi que de celui de l'industrie pharmaceutique locale.
- La troisième étape, celle des décennies (2000-2020), **devait** être celle de l'amélioration de la qualité des services, de l'inclusion et de la maîtrise des dépenses de santé et ce, tant au niveau du secteur public qu'au niveau du secteur privé qui a connu une accélération dans son développement. Elle a été toutefois marquée par un accroissement des inégalités sociales et régionales dans l'accès aux soins malgré la réunification des caisses d'assurance maladie (CNAM) avec une situation qui continue à se dégrader après la révolution de 2011.

Un pourcentage difficile à estimer mais compris entre 15 % et 20 % de la population demeure en dehors de la zone de bénéfice des acquis³. Les inégalités régionales ont été réduites aux niveaux de la

¹ Un peu plus d'un adulte sur six est diabétique (15.5%) et plus d'un adulte sur trois est hypertendu (28.7%) selon INSP, ES 2016

² Chez les enfants de 15 à 17 ans 60% sont en surpoids et 30% sont obèses. Le tabagisme concerne plus de 30% de la population jeune

³ L'INS estime à 16.7% la population ne bénéficiant d'aucune protection sociale contre les maladies (volume 3 de l'enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 2015)

mortalité infantile⁴ et de la scolarisation⁵, mais persistent encore aux niveaux de l'emploi⁶, des conditions de vie et des revenus⁷ et de l'accès à des services publics de qualité.

Le profil démographique de la population a changé

La transition démographique que le pays a connue a fait que « l'âge d'or démographique », constitué par la tranche d'âge de 20 à 60 ans est révolu. La vie en famille nucléaire devient la norme. On vit plus longtemps à tous les âges. Il y a de plus en plus de personnes âgées, une personne sur cinq aura plus de 60 ans en 2036 contre près d'une personne sur 11 en 2004 et une sur neuf en 2014. Les personnes âgées sont exposées aux risques des maladies et de l'incapacité, et de la solitude.

Un système de soins sans cap clair et qui tend à perdre ses repères et ses atouts :

Le secteur public de santé, qui a connu un développement continu depuis l'indépendance, offre aujourd'hui un ensemble de structures assurant une couverture satisfaisante de la population. Toutefois, il pêche par un certain nombre d'insuffisances.

- Une première ligne affaiblie et négligée

Seulement 20% *des centres de santé de base* offrent des consultations médicales quotidiennes. L'accessibilité temporelle est très limitée⁸ obligeant la population à recourir à des solutions alternatives moins accessibles et plus onéreuses, y compris les services d'urgences, quand elle ne diffère pas ou ne renonce pas aux soins.

Les hôpitaux de circonscription sont restés figés dans un modèle dépassé des années 1980. Il n'a pas été possible de redéfinir leur rôle compte tenu des nouveaux besoins et exigences ainsi que de l'évolution rapide des technologies de la santé et des communications. La valeur ajoutée que constitue une première ligne jouant son rôle essentiel de base du système de santé a pu être occultée ou marginalisée. La proximité avec la population et la présence de cadres qualifiés pour assurer la continuité, l'intégration et la globalité des soins ainsi que la promotion de la santé en relation avec les institutions locales des autres secteurs, n'ont pas eu la considération et l'attention requise des décideurs, des professionnels et de l'opinion publique. Un certain nombre de ces hôpitaux ont été érigés en hôpitaux régionaux pour diverses raisons, alors que les conditions de cette transformation n'étaient pas réunies, ce qui a entraîné un éparpillement des rares ressources professionnelles disponibles et une sous-utilisation de ces structures. Encore faut-il relever que les activités y sont assurées en contrepartie d'un coût élevé tant en termes financiers qu'en termes d'exposition aux risques. En effet les volumes d'activités y sont tellement réduits qu'ils peuvent affecter le maintien des compétences des professionnels ainsi que la sécurité des patients.

- Une deuxième et une troisième ligne en crise de fonctionnement et d'identité

Les hôpitaux régionaux, censés jouer le rôle de deuxième niveau de soins dans le secteur public de santé, manquent de ressources, notamment de médecins spécialistes tunisiens. Le corollaire de la pénurie de médecins spécialistes est la difficulté d'assurer la permanence des soins, l'insuffisance de l'équité dans la distribution des ressources et une augmentation des coûts des soins. Un des principaux facteurs qui influe sur la mauvaise utilisation des personnels recrutés dans le secteur public est

⁴ La mortalité infantile est passée de 35.3 pour mille en 1992 à 14.2 pour mille en 2016 (INS)

⁵ Le taux de scolarisation des enfants de 6 à 14 ans est passé de 86.2% en 1992 à 95.8% en 2014 (INS) et l'abandon scolaire reste une préoccupation importante (4.4% des enfants de 6 à 11 ans en 2014 selon INS)

⁶ Le chômage était à 16.8% en 1992 et à 15.5% au 3^{ème} trimestre 2018

⁷ La pauvreté était à 15.2% et l'extrême pauvreté à 2.9% en 2015 (INS)

⁸ Les prestations des CSB ne sont disponibles que durant les matinées et seuls 20% des CSB offrent des consultations 6 jours/6 (dont plus de 60% se trouvent dans les gouvernorats situés sur le littoral) alors que 49% des CSB n'assurent des consultations qu'un jour/6 (dont 90% se trouvent dans les gouvernorats dits défavorisés).

l'affectation individuelle des professionnels sans tenir compte du nombre et des profils nécessaires pour assurer la bonne fonctionnalité du plateau technique. Il est rare de trouver des équipes de spécialistes multidisciplinaires et complémentaires dans les hôpitaux régionaux. Quand bien même on affecte une équipe de 3 ou 4 spécialistes « complémentaires », le nombre est insuffisant pour assurer la permanence et la sécurité des soins. Ni l'encouragement par des primes spécifiques (très modestes) ni l'autorisation à exercer à temps partiel limité en privé n'ont encouragé les spécialistes à accepter de travailler dans les régions défavorisées. Enfin, l'absence de plans de carrières attractifs et de possibilités de mutation, après une durée d'affectation raisonnable, dans une région éloignée de leur région de résidence, ont contribué à rebuter les jeunes spécialistes à travailler dans les régions de l'intérieur. Le service civil avec des affectations individuelles n'a pas non plus apporté une solution à ce problème. Ce constat qui vaut principalement pour les médecins spécialistes est vrai aussi pour les autres personnels de santé.

Les structures universitaires sont détournées de leur vocation de structures de 3^{ème} niveau. Elles subissent l'effet des déficiences cumulées des autres niveaux et souffrent d'un manque chronique de ressources ainsi que de l'absence d'une vision d'ensemble pour encadrer leur développement.

Un secteur privé dynamique concentré dans les zones de solvabilité

Le secteur privé s'est considérablement développé au cours des dernières décennies, particulièrement pour ce qui concerne les cabinets de médecine générale et de médecine spécialisée. En matière d'équipements lourds, ce secteur est devenu nettement mieux doté que le secteur public⁹. Les principales caractéristiques de ce secteur sont les suivantes : un déséquilibre régional : près de 90% des moyens sont concentrés dans les gouvernorats côtiers, des tarifs d'hospitalisation totalement libres en dépit de l'avènement récent du conventionnement avec la CNAM, une absence quasi-totale de données statistiques sur le volume et la nature des actes de soins ambulatoires et hospitaliers.

Risque élevé de dépenses catastrophiques et une corruption devenue endémique

La contribution directe des ménages aux dépenses courantes de la santé reste très élevée (38% en 2014) et peu compatible avec l'ambition d'une couverture santé universelle. Elle est accompagnée d'une incidence significative des dépenses catastrophiques (près de deux cent mille habitants en 2014), d'appauvrissement (plus de cent mille habitants en 2014) et de non recours aux soins affectant particulièrement les populations vulnérables.

Des pratiques de corruption se sont développées dans un secteur public régulé par le rationnement et un secteur privé insuffisamment encadré bien que bénéficiant de l'argent public (CNAM).

2. Une évolution pouvant amplifier les défis

- *Le vieillissement de la population* aura des conséquences sur :
 - La morbidité qui sera essentiellement dominée par les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, musculo-squelettiques, mentales et neurologiques), facteurs d'incapacités permanentes, de handicaps et de pertes d'autonomie.
 - Les comptes sociaux seront affectés avec un rapport de 2 personnes en âge d'activité pour un non-actif.
 - Les personnes âgées qui seront nombreuses et vivront isolées.

⁹ En 2016 : 82% des lithotripteurs, 81% des IRM, 76% des CEC, 75% des scanners, 72% des installations de cathétérisme

- *Le mode de vie sédentaire et les nuisances de l'environnement* auront des conséquences sur :
 - L'augmentation de la prévalence des facteurs de risques comportementaux et biologiques pour les maladies non transmissibles.
 - L'augmentation de la charge des maladies chroniques et l'incidence de leurs complications secondaires, l'incidence des traumatismes (violence, accident de la voie publique) et la prévalence des addictions (tabagisme, drogue et alcool).
 - L'apparition des maladies émergentes et ré-émergentes, facilitées par les déplacements internationaux et les changements climatiques.
- *Le problème d'adaptation du système de santé*, aux mutations de la situation sanitaire et exigences de la population, se traduit par :
 - Les difficultés à ajuster les réponses accrues des besoins de court séjour en milieu spécialisé d'une part et pour renforcer la proximité pour les longs séjours et la réadaptation et le suivi d'autre part.
 - La déficience de la prise en compte de la prévention et de la promotion dans les structures de soins.
 - La régulation insuffisante de la pluralité de l'offre actuelle de soins de santé, publique et privée, de premier recours et spécialisée, entravant l'évolution vers une santé de famille et de proximité.
 - La reconnaissance insuffisante du rôle du citoyen comme acteur et partenaire dans les soins et la santé.
- *Les iniquités du système de couverture sanitaire* auront des conséquences sur :
 - L'accès à des services de qualité pour de larges franges de la population.
 - L'aggravation de disparités avec un système à deux vitesses.
 - Le maintien à un niveau élevé des paiements directs « des poches » des ménages.
 - Le renoncement partiel ou total aux services de santé.
- *La transition politique et la crise socioéconomique* auront des conséquences sur :
 - Le rôle de l'État et sa capacité de développer une vision stratégique agréée et à réaliser les changements nécessaires au système.
 - La menace terroriste, la situation aux frontières et l'instabilité politique affecte le potentiel d'investissement et de développement.
 - L'environnement permettant de mobiliser des ressources additionnelles pour le développement, et pour le bon fonctionnement des services publics.
 - Le climat défavorable à la mise en place de projets créateurs d'emplois maintenant le chômage à un niveau élevé.
- *La mouvance de l'environnement international* qui se traduit par :
 - L'aggravation des inégalités entre le Nord et le Sud et le défi de recherche des opportunités de développement dans ces derniers.
 - L'augmentation des flux migratoires, dans le contexte de crise économique, génère des tensions sociales et politiques et provoque un phénomène de "fuite des cerveaux" dans les pays en développement.
 - Les changements climatiques que vit la planète se manifestent par l'alternance de périodes de sécheresse et de périodes de précipitations diluviennes aux conséquences lourdes pour l'économie et surtout pour la vie quotidienne des populations.

3. Une vision 2030 porteuse d'espoir

La vision projetée de la Tunisie en 2030, optimiste mais réalisable, permet de faire une avancée majeure vers la couverture santé universelle¹⁰ et les Objectifs de Développement Durable en général et vers l'exercice effectif du droit à la santé par tous les tunisiens, en particulier.

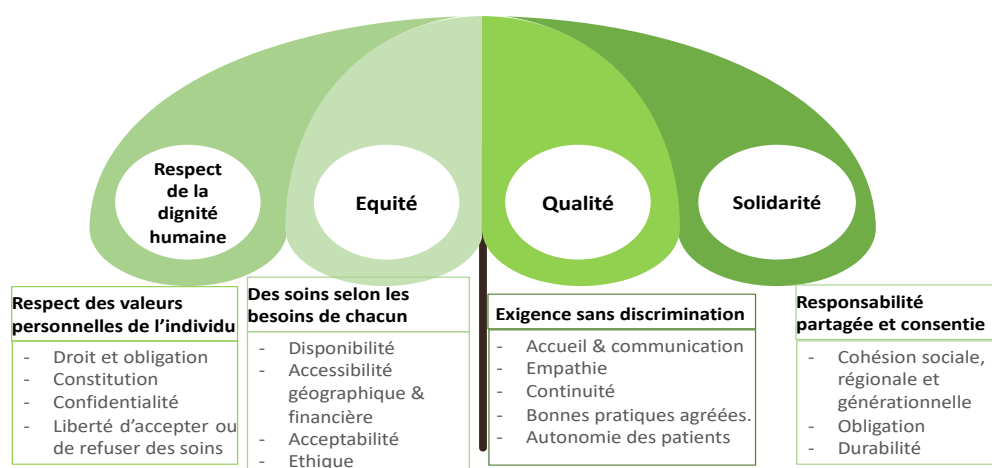
Ainsi :

- Des opportunités sont offertes à chacun pour promouvoir sa santé et son bien-être,
- Les compétences individuelles et collectives pour la santé sont développées et ancrées dans la société,
- La charge de morbidité et l'incidence des complications secondaires en relation avec les facteurs de risque comportementaux, environnementaux et les déterminants sociaux de la santé sont réduits.

Une politique nationale basée sur des valeurs

La vision de la politique nationale de santé a pour référence le respect de la dignité humaine, de l'équité, de la qualité et de la solidarité qui en représentent des valeurs fondamentales.

Des valeurs fondamentales pour la Politique Nationale de Santé



Les conditions suivantes sont réunies et permettent de traduire la signification de ces valeurs dans la réalité.

La santé incluse dans toutes les politiques publiques

L'éducation intègre les valeurs et les compétences pour la vie

- Éducation d'une nouvelle génération ayant un comportement favorable à la santé, par une révision en profondeur des programmes de l'âge préscolaire à l'adolescence.
- Orientation des écoles maternelles et de l'enseignement de base vers un ensemble de valeurs comportementales : solidarité, entraide, respect d'autrui, générosité, don de soi, goût de l'effort, auto critique, volontariat, respect de l'environnement et appropriation de sa santé.
- Un système éducatif inculquant non seulement l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, du calcul, des lettres et des sciences, mais surtout de vraies valeurs de la vie, des compétences de

¹⁰ La définition de la couverture santé universelle : l'ensemble de la population a accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin. Ces services sont de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières particulières pour les usagers.

l'auto-développement personnel, y compris pour la promotion de la santé, et des formations à forte employabilité.

- Un système de formation ouvert sur les nouveaux métiers de l'avenir (aide à la personne, travail à distance, économie de services numérisée).

L'environnement est plus sain, stimulant et inclusif

- Un environnement plus sain et des espaces publics favorables aux pratiques et comportements positifs pour la santé tels que la marche, les activités sportives et récréatives pour les enfants.
- Une réglementation adaptée et respectée en relation avec les nuisances pour la santé (production agricole, industrie alimentaire, urbanisation, routes, tabagisme passif...)
- Des comportements individuels et collectifs favorables à la santé, fruits de l'acquisition de compétences nécessaires assurant la promotion de la santé et réduisant les facteurs de risque de maladies.
- Prise en compte du développement durable et des droits humains dans tout programme et toute action sociale et économique.
- Une politique de logement qui prend en considération le risque d'isolement des aînés et des personnes aux besoins spécifiques.
- Les inégalités sociales et régionales génératrices de disparités en matière de santé bénéficient de l'attention et de la mobilisation adéquate.

Un système de santé centré sur le citoyen

- Considérant les droits humains et le droit à la santé en particulier conformément à l'engagement constitutionnel du pays pour la couverture santé universelle.
- Couvrant territorialement l'ensemble de la population avec discrimination positive pour les régions et les personnes défavorisées.
- Assurant à l'ensemble de la population une protection financière contre le risque maladie par un régime de base unifié avec la possibilité des assurances complémentaires sans préjudice au régime de base. Ce dernier est assuré par des financements publics adéquats et soutenables incluant à la fois l'impôt et les cotisations sociales.
- Rendant disponible un paquet de services essentiels pour tous et utilisable selon le besoin de chacun à travers des structures de santé accessibles dans le temps et dans l'espace, grâce à des transports sanitaires performants. Le paquet de services essentiels comprend des services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé. Ces services sont de qualité suffisante pour être efficaces avec un coût supportable pour les usagers et soutenable pour le système.
- Assurant des prises en charge à domicile et des services de moyen et de long séjour. Les progrès des technologies de l'information et de la communication, à l'instar de la télémédecine, permettent de surveiller et de soigner les gens chez eux ou tout près de chez eux, ce qui assure la proximité et la sécurité pour les patients et renforce l'efficacité globale du système.
- Basé sur une première ligne de santé familiale et communautaire. Capable de résoudre entre 80% et 90% des problèmes de santé, la première ligne de santé familiale sera assurée par des médecins de famille et des professionnels de la santé exerçant dans des centres de santé publics et privés intégrés, disposant de relations de références adéquates dans le cadre d'un système universel de couverture sociale. Partout où cela est possible, le patient choisit son prestataire pour la confiance de la relation.

- Dispensant des soins centrés sur la personne, dans le cadre de parcours de soins défini, dynamique et intégré. La continuité des soins est assurée sur la base de référentiels de bonnes pratiques agréés et le concours d'un dossier médical numérisé.
- S'organisant en un réseau de pôles interrégionaux de santé selon une carte sanitaire incluant les secteurs public et privé de soins.
- Réhabilitant un secteur public prodiguant des prestations de qualité, capable d'assurer l'équité d'accès aux soins, et d'assumer son rôle de référence en matière de soins, de formation et de recherche. La gestion dans le secteur public de santé est efficiente, transparente et autonome grâce à la mise en œuvre progressive mais effective de la responsabilisation et de la décentralisation dans la gestion des structures publiques de santé.
- Associant un service privé réglementé, dans le cadre d'un partenariat, pour pallier la situation actuelle de « surmédicalisation » par les structures privées dans les grandes villes et la sous médicalisation pour les populations socialement ou régionalement défavorisées.
- Émancipant et motivant ses professionnels pour le développement des compétences, la performance et l'innovation.
- Associant la population aux choix, au suivi et à l'évaluation des prestations et prenant en considération le principe d'efficience avec la capacité de faire le meilleur usage possible des ressources disponibles dans le choix des politiques et stratégies de santé.

L'environnement politique et institutionnel est favorable

- Un état démocratique avec des institutions consolidées et des approches stratégiques pour un développement durable.
- Une gouvernance réformée, en particulier celle en relation avec la santé :
 - Des régions regroupées en grands ensembles géographiques décentralisés, plus autonomes financièrement (l'État restant le garant de la distribution équitable des ressources entre ces ensembles), gérant au plus près les besoins et les problèmes des populations. Les directions régionales disposeront de moyens conséquents, et avec les institutions régionales concernées s'approprieront effectivement les programmes et les actions, en ne les considérant plus comme « imposés » et par là elles travailleront pour leur région avec et non pour l'administration centrale.
 - Des structures d'appui à la coordination interrégionale anticipent et accompagnent la création effective des grandes régions politico-administratives. Elles permettent de veiller à la fonctionnalité entre les structures des trois lignes de soins et à la complémentarité horizontale entre structures de la même ligne. Les structures publiques de soins sont effectivement responsabilisées et redevables à la population desservie et aux instances assurant leur gouvernance. La mauvaise gestion et la corruption bénéficient de l'attention requise de toutes les parties concernées.
 - L'administration centrale consacre tout son potentiel à son rôle de prédilection : la formulation de politiques, de stratégies et l'accompagnement des régions dans l'action de développement sanitaire. Le niveau central se consacre ainsi aux fonctions de planification stratégique, de régulation et d'évaluation. En assumant pleinement ces fonctions cruciales l'administration centrale contribue effectivement à un système de santé réactif, performant, efficient, donnant toute son importance à la prévention et la promotion de la santé et respectueux des valeurs

du droit, de l'équité, de la solidarité, de la responsabilité et de l'**éthique** dans ses réponses aux besoins de la population.

Bien précieux et commun, le système de santé¹¹ national est à l'abri des controverses

Un consensus national engageant les acteurs politiques, économiques, sociaux ainsi que la population dans la conception et la mise en place progressive d'un système de santé national pérenne, évalué périodiquement et ajusté si nécessaire, mais sans être remis en cause par les élections et les changements de majorité qui peuvent en résulter. L'institutionnalisation du dialogue sociétal sur la santé éclaire et facilite la construction de convergences fortes pour la couverture santé universelle. La volonté politique est suffisamment forte pour surmonter les divergences et créer les conditions de la pleine réalisation de la vision.

¹¹ Le système de santé = système de soins + ensemble des politiques qui contribuent à la santé