



# Pour une meilleure santé en Tunisie Faisons le chemin ensemble

Propositions soumises à la conférence nationale de la santé



Comité technique du dialogue sociétal - 2014

# **Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble**

*Propositions soumises à la conférence nationale de la santé*

## **Comité de Rédaction :**

(par ordre alphabétique)

Faiçal BEN SALAH  
Ramzi BOUZIDI  
François CHAMPAGNE  
Ann-Lise GUISET  
Agnès HAMZAOU  
Béchir ZOUARI

## **Avec la collaboration de :**

Hedi ACHOURI  
Abdelwahed ELABASSI  
Abdelmajid BEN HAMIDA  
Ahlem GZARA  
Hatem JABBES  
Imen JAOUADI  
Fethi MANSOURI  
Ali MTIRAOU  
Moncef SIDHOM  
Amor TOUMI

# Table des matières

<b>ABREVIATIONS</b> .....	6
<b>PREFACE</b> .....	7
<b>INTRODUCTION : LE DIALOGUE SOCIÉTAL</b> .....	9
Un contexte porteur : des attentes élevées et de réelles opportunités.....	9
Un processus de « dialogue sociétal » participatif et inclusif.....	10
<b>POURQUOI UNE REFORME DU SYSTEME DE SANTE ?</b> .....	13
Pour assurer le droit à la santé pour tous en apportant une meilleure réponse aux situations de vulnérabilité .....	13
Pour renforcer les acquis en matière de santé et répondre aux besoins non remplis .....	14
Pour améliorer et adapter les services de santé et le fonctionnement du système .....	18
<b>LES FONDEMENTS POUR LA REFORME</b> .....	21
<b>LES CHANTIERS POUR LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	24
<b>Chantier 1. Assurer les préalables</b> .....	26
Constats.....	26
Orientations.....	26
01. Assurer la disponibilité et l'accès aux spécialités de proximité, aux médicaments dans le secteur public et au transport médicalisé .....	26
02. Promouvoir la réconciliation sociétale.....	27
03. Responsabiliser le citoyen vis-à-vis du système de santé .....	28
<b>Chantier 2. Promouvoir la santé et le bien-être à travers des approches intersectorielles et « la santé dans toutes les politiques »</b> .....	30
Constats.....	30
Orientations.....	30
01. Faire de la santé et du bien-être un centre d'intérêt commun et promouvoir la responsabilité sociale des décideurs en faveur de la santé.....	32
03. Orienter le système de santé vers les solutions les plus efficaces .....	32
<b>Chantier 3. Promouvoir les soins centrés sur le patient pour améliorer les aspects interpersonnels des soins</b> .....	33
Constats.....	34
Orientations.....	35
01. Eduquer pour changer les mentalités et se donner les moyens pour la mise en œuvre.....	35
02. Impliquer le patient dans la prise de décision et rendre l'information plus accessible .....	35
03. Donner une voix : Développer des mécanismes pour que l'utilisateur puisse exprimer sa satisfaction (ou insatisfaction) et s'assurer que sa voix soit entendue .....	35
04. Réhabiliter les structures sanitaires.....	35

<b>Chantier 4 : Offrir des soins de proximité et assurer la coordination et la continuité des soins</b> .....	36
Constats .....	36
Orientations.....	37
01. Lancer un signal fort : valoriser les« services de proximité » .....	38
02. Mettre en place des équipes multidisciplinaires de soins de proximité, développer et valoriser la pratique de la médecine de famille, responsabiliser les médecins et équipes de première ligne dans la gestion des cas.....	38
03. Revoir la carte sanitaire et autoriser l’inscription des citoyens auprès d’un CSB de son choix .....	39
04. Établir des mécanismes de coordination entre les différentes structures de soins (par exemple, ententes ou intégration en réseaux).....	39
05. Mettre en place des mécanismes pour que le prestataire référent puisse répondre aux soins de santé de son patient, y compris dans le secteur privé si nécessaire.....	39
06. Rationaliser les parcours de soins.....	40
07. Développer de nouveaux services pour une prise en charge globale des plus vulnérables (personnes vivant en zones éloignées, handicapés et malades chroniques) .....	40
08. Développer des outils et procédures pour assurer la continuité de l’information (dont la gestion du dossier).....	40
<b>Chantier 5. Etablir des mécanismes pour le respect de l’éthique professionnelle et pour l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins</b> .....	41
Constats .....	42
Orientations.....	43
01. Renforcer et pérenniser l’accréditation des établissements .....	43
02. Développer l’évaluation des technologies de santé ou « Health Technology Assessment » (HTA) .....	43
03. Mettre en place des structures et mécanismes d’appréciation et d’amélioration de la qualité dans les établissements de santé .....	43
04. Élaborer, diffuser des protocoles de soins standardisés et suivre l’adhérence des professionnels à ces protocoles .....	43
05. Mettre en place une stratégie nationale pour le développement des ressources humaines et encourager le développement continu de leurs compétences .....	44
<b>Chantier 6. Promouvoir l’excellence et l’innovation dans le secteur public</b> .....	45
Constats .....	45
Orientations.....	46
01. Assurer d’abord les préalables visant la qualité et la continuité des services de soins dans le secteur public .....	46
02. Valoriser la médecine académique et la recherche par des mesures incitatives de rehaussement ....	46
03. Consolider les pôles universitaires de santé .....	47

04. Améliorer les conditions de travail des professionnels, soigner les locaux et assurer la disponibilité des équipements .....	49
05. Valoriser le développement professionnel continu pour promouvoir une culture d'excellence et renforcer le sentiment d'appartenance du personnel de santé publique.....	50
<b>CHANTIER 7. Réformer le système de financement de la santé .....</b>	<b>51</b>
Constats .....	51
Orientations.....	52
01. Mobiliser des ressources additionnelles pour la santé .....	52
02. Revoir l'allocation des ressources pour mieux l'aligner aux priorités stratégiques entre « niveaux » et « secteurs ».....	53
03. Revoir les mécanismes d'achat des prestataires de services pour inciter à une plus grande performance (volume, coordination, qualité, efficience).....	54
04. Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG par/dans la CNAM .....	54
05. Repenser la complémentarité public-privé et les mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre secteurs.....	55
06. Définir, sur base de critères objectifs, un panier de services essentiels, qui seront effectivement disponibles et de qualité pour tous.....	57
<b>Chantier 8. Réformer la gouvernance du système de soins .....</b>	<b>58</b>
Constats .....	59
Les orientations .....	60
01. Décentraliser .....	60
02. Développer des mécanismes de reddition de comptes (contrôle et suivi à tous les niveaux et pour tous les secteurs).....	61
03. Renforcer les capacités de gestion .....	62
04. Redéfinir les rôles et l'organisation des institutions nationales de santé .....	62
05. Impliquer les citoyens dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux.....	62
06. Impliquer les professionnels dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation.....	63
07. Développer des systèmes d'information intégrés permettant l'intelligence de la gouvernance .....	63
08. Consolider les acquis et actualiser la politique nationale pharmaceutique .....	63
<b>POSTFACE.....</b>	<b>65</b>

## ABREVIATIONS

AMG	Assistance médicale gratuite
APC	Activité privée complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance maladie
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CSB	Centre de santé de base
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EPS	Etablissement public de santé
HC	Hôpital de circonscription
HR	Hôpital régional
INASanté	Instance nationale d'accréditation en santé
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCT	Pharmacie centrale de Tunisie
PNPF	Programme National de Planification Familiale
PPP	Partenariat public privé
SSB	Soins de santé de base
SST	Santé et sécurité au travail
TIC	Technologies de l'information et de la communication

# PREFACE

Réformer le système de santé tunisien est une exigence exprimée par tous les acteurs : La population, les soignants, les gestionnaires et les hommes politiques.

Les hommes politiques recherchent la justification de leurs choix et l'affirmation des principes de leurs politiques. Les administrateurs, les gestionnaires et les financiers poursuivent des buts de rationalisation des dépenses, de rentabilité et d'efficience. Les professionnels sont avant tout soucieux des conditions de travail : disponibilité de personnel qualifié et en nombre suffisant, adéquation des locaux, nombre et qualité des équipements, etc. ... Leur devise est généralement la suivante: « faire le maximum que la science médicale permet de faire dans une situation donnée ». L'aspect technique est, dans la majorité des cas, l'aspect qui prime à leurs yeux. Les usagers, malades ou utilisateurs, à quelque titre que ce soit des services de soins, ont un double souci : un souci de « technicité » ("avoir ce que la Science médicale a de mieux à offrir") et un souci de confort (être respectés dans leur libre choix, dans leur pudeur, dans leur dignité). Ils sont, à la différence de la majorité des professionnels, portés à concevoir les soins comme étant à la fois basés sur la science (aspects techniques des soins) et exercés comme un art (humanisation)

Les intérêts des acteurs divergent et aboutissent à des objectifs différents. Une des approches pour les faire converger est le dialogue.

Le présent document est le fruit d'une approche originale en Tunisie : celle de ce qu'on est convenu d'appeler le « dialogue sociétal ». C'est une approche originale à deux titres : elle associe pour la première fois les citoyens de façon active, et elle concerne l'ensemble du système de santé et non un thème de santé particulier. Le principe directeur sur lequel ce dialogue a été fondé est le suivant : le citoyen est un acteur de plein droit dans le système de santé, et il a le droit de participer activement aux choix des politiques, des programmes et des actions qui concernent sa santé, ainsi que le droit d'accéder à des soins (au sens « care » des Anglo-Saxons) centrés sur le patient et non sur les professionnels.

Deux années d'efforts ont été nécessaires pour arriver à rédiger ce document. De nombreux citoyens, professionnels, gestionnaires et experts nationaux et internationaux ont participé à des groupes thématiques, des réunions dans les régions, des « retraites-ateliers », des « jurys citoyens » pour faire l'état de la situation, identifier les points faibles et les points forts, rechercher les causes, notamment les déterminants sociopolitiques, identifier les risques et les opportunités, proposer des pistes pour la réforme.

L'ensemble de ces efforts a été guidé par le souci de prospecter le moyen terme, sans se laisser piéger par les contraintes de la situation présente et le court terme, encore flous.

Le résultat est prometteur, car non seulement il a permis d'élaborer un document de travail pour les décideurs (la population en premier lieu) mais aussi d'expérimenter une approche de « démocratie sanitaire » qui devra guider à l'avenir les choix en matière de santé.

Félicitations à tous les « travailleurs de l'ombre » qui ont redoublé d'efforts pour mettre à la disposition des tunisiens à la fois des propositions pour réformer leur système de santé et une approche méthodologique pour la gouvernance future de ce secteur.

Souhaitons que cette approche participative soit couronnée de succès, et que les conditions de sa pérennité soient réunies.

Béchir ZOUARI

# INTRODUCTION :

## LE DIALOGUE SOCIÉTAL

### UN CONTEXTE PORTEUR : DES ATTENTES ÉLEVÉES ET DE REELLES OPPORTUNITÉS

#### **Le système de santé tunisien a engrangé des résultats importants....**

La réflexion sur les politiques, les stratégies et les programmes de santé est menée dans un contexte marqué par de nombreuses caractéristiques qu'elles soient propres au système de santé ou d'ordre général.

Les caractéristiques propres au système de santé sont liées à ses performances et ses défis. En effet, depuis l'indépendance, ce système soucieux d'améliorer la couverture sanitaire s'est doté de politiques et stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé, la gestion des problèmes de santé prioritaires, la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité des services. Dans ce cadre de nombreux établissements de soins et de formation en santé ont été créés, plusieurs programmes de santé ont été élaborés et mis en œuvre et trois réformes majeures ont été engagées (soins de santé de base, gestion hospitalière et assurance sociale).

Ces démarches avaient permis d'atteindre un niveau de performance jugé bon comme le confirment différentes études avec notamment la maîtrise sensible des maladies transmissibles, l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance, la réduction des taux de mortalité et les nombreux projets de médecine de pointe et de recherche engagés par des centres d'excellence publics et privés.

#### **... mais les problèmes non résolus se sont accumulés, dans un contexte de tensions sociales fortes**

Malgré les performances enregistrées et la dynamique positive bien engagée, il y a une accumulation de problèmes non résolus ainsi que l'apparition de nouveaux risques sanitaires, liés au changement des modes de vie et à la dégradation de l'environnement<sup>1</sup>. Ces différents problèmes ont entravé le bon fonctionnement du système, affaibli sa performance et engendré une crise de confiance de la population vis-à-vis des services sanitaires surtout publics. Les indicateurs globaux déclarés ont, souvent, caché des disparités inter et intra régionales flagrantes.

Le contexte général en Tunisie, pays à revenu intermédiaire considéré comme l'un de ceux qui ont le plus réussi leur transition socio-économique a été largement

---

<sup>1</sup> Maladies non transmissibles, handicaps, pollution et traitement des déchets

influencé par les suites du soulèvement populaire de 2011 et se caractérise dans cette période de transition démocratique par une situation politique encore instable. Il y a eu certes des réussites telles que l'adoption d'une nouvelle constitution assurant la liberté de conscience, l'égalité entre citoyens et citoyennes, et une vitalité à la société civile, ou encore la parité dans les futures instances élues. Cependant, le pays reste confronté au fléau du chômage des jeunes et à des difficultés économiques réelles comme le reflètent la dégradation des conditions de vie, l'inflation, la dépréciation du dinar, l'accroissement de la dépendance du pays vis-à-vis des bailleurs de fonds internationaux. De même, le volet social qui est l'un des principaux thèmes des débats de cette transition est loin d'être réglé.

### **Le droit à la santé est constitutionnellement reconnu**

En même temps, dans la nouvelle constitution, ratifiée le 27 janvier 2014, le droit à la santé occupe une place dans son dispositif (article 37) et acquiert ainsi une valeur constitutionnelle incontestable ; il a un contenu normatif (article 38) et jouit des mécanismes de protection appropriés capables de garantir, à terme, son effectivité (article 48).

La Constitution reconnaît également le droit à l'information et met en avant le rôle des collectivités locales. Une réforme de la gouvernance du système de santé devra donc se positionner dans le cadre d'une plus grande transparence et redevabilité ainsi que d'une décentralisation pour répondre de manière plus spécifique aux besoins locaux.

**L'ensemble de ces transformations politiques, sociales, économiques et sanitaires mènent à engager un vrai débat sociétal sur les nouvelles approches de développement et, entre autres, de renforcement du système de santé afin d'assurer un accès aux soins plus équitable, plus efficient et plus pérenne.**

## **UN PROCESSUS DE « DIALOGUE SOCIÉTAL » PARTICIPATIF ET INCLUSIF**

Dans ce contexte, un vaste programme de « *dialogue sociétal pour les politiques, stratégies et plans nationaux de santé* » a été initié sous l'impulsion du Ministère de la santé. Ce programme comporte trois phases. L'objectif de la première phase était de construire une compréhension commune des enjeux majeurs pour l'amélioration de la santé en Tunisie et le développement du système de santé et d'avancer vers un consensus entre toutes les parties prenantes (citoyens-patients, professionnels de santé, partenaires sociaux, experts, fonctionnaires, et décideurs politiques) sur les orientations de la réforme et les moyens de sa mise en œuvre. Le présent document supporte cet objectif. Les objectifs des deuxième et troisième phases étaient respectivement de décliner les consensus obtenus en politiques, stratégies et plans de santé et d'en assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

La première phase consistait en un débat public transparent, selon une démarche participative et inclusive, et dont la mise en œuvre est supervisée par un comité de pilotage formé de plus de 75 représentants de tous les acteurs du système de santé

et dont la gestion technique est confiée à un comité technique appuyé par une unité de gestion administrative. Le bureau de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de Tunis, a fourni un support technique, financier et de coordination avec les bailleurs de fonds et agences internationales dans le cadre d'un programme conjoint OMS-Union Européenne (EU) «support aux politiques, stratégies et plans nationaux de santé ».

Lors de son étape préparatoire, clôturée en Mai 2013, un consensus s'est dégagé sur la question principale de ce dialogue sociétal à savoir « Comment le système de santé pourrait-il contribuer d'une manière efficace à concrétiser le droit à la santé ? », sur la nécessité de placer l'intérêt des citoyens au centre des réformes ainsi que sur la feuille de route et la méthodologie à adopter.

Après cette étape, le processus pour ce vaste chantier s'est décliné de la manière suivante :

**L'état des lieux<sup>2</sup>** s'est déroulé de juin 2013 à mars 2014 selon un cadre conceptuel puisé de la définition du droit à la santé avec ses trois piliers.

Il a été réalisé de façon largement participative et s'est fondé sur une revue des études sur la santé et le système de santé en Tunisie, complété par des ateliers de travail thématiques, des rencontres avec des informateurs clés, des panels d'experts, des focus groups avec les citoyens, les professionnels de santé et les associations, soit près de 800 personnes. Cet état des lieux a été discuté et validé par plus de 80 participants lors d'un séminaire à (Kairouan, 14 au 16 mars 2014) et par le comité de pilotage.

**Les rendez-vous de la santé<sup>3</sup>** tenus du 26 avril au 31 mai 2014, dans les 24 gouvernorats du pays, à raison de 2 réunions par gouvernorat, une pour les citoyens et une pour les professionnels de la santé. Ils étaient des occasions d'échanges, de débats et de dialogue entre plus de 3400 acteurs, choisis de manière aléatoire, concernés par la santé. Ils visaient à faire émerger les valeurs et attentes sur lesquelles le développement du système de santé se fondera. A cette occasion, les participants étaient invités à enrichir le diagnostic de la situation et à proposer des solutions.

**Les jurys citoyens<sup>4</sup>** tenus les 11, 12 et 13 juin 2014, ont réuni 92 citoyens et professionnels, tirés au sort lors des 48 rendez-vous de la santé, et 15 experts et facilitateurs nationaux et internationaux. Ces jurys se sont penchés sur l'état des lieux effectué, les valeurs et attentes de la population exprimées au cours des 48 rendez-vous de la santé et ont délibéré sur des axes stratégiques et options proposés lors des rendez-vous de la santé et synthétisés et expliqués ensuite par les experts. Leurs travaux ont débouché sur une annonce de la « conclusion des jurys citoyens » qui servira comme un des documents de base lors de la conférence nationale de la santé.

**La Conférence Nationale de la Santé prévue du 2 au 4 septembre 2014**, vise à un partage et une appropriation par tous les acteurs de la société de l'ensemble des produits du dialogue sociétal synthétisé dans le présent document. Il est attendu que

---

<sup>2</sup> Santé en Tunisie, état des lieux : document produit par le dialogue sociétal

<sup>3</sup> Les rendez-vous régionaux de santé, rapport de synthèse

<sup>4</sup> Conclusions des jurys citoyens

cet échange aboutira à un engagement formulé dans une déclaration qui tracera les orientations proposées pour une politique de la santé à l'horizon 2030.

Cette première phase sera suivie par deux autres consacrées à l'élaboration d'une politique de santé, de stratégies et plans de mise en œuvre et à leur évaluation. Les mécanismes pour la continuité du processus dans le temps seront discutés et validés lors de la conférence nationale de la santé. L'approche du dialogue sociétal s'inscrit dans la durée et le processus ne sera considéré comme une réussite que si la mobilisation forte de toutes les parties prenantes est soutenue dans la mise en application et l'évaluation de ses recommandations.

# POURQUOI UNE REFORME DU SYSTEME DE SANTE ?

## POUR ASSURER LE DROIT A LA SANTE POUR TOUS, EN APPORTANT UNE MEILLEURE REPONSE AUX SITUATIONS DE VULNERABILITE

En dépit de ses acquis remarquables, essentiellement au cours des années 80-2000, le système de santé semble s'être essouffé. Certains défis liés aux transitions épidémiologique et démographique sont relativement nouveaux, d'autres apparaissent sous un nouveau jour à l'aube de la révolution pour la dignité et la justice sociale ; le tout sous fortes contraintes budgétaires et devant de nombreuses situations de vulnérabilité importante.

**Les vulnérabilités importantes générées ces deux dernières décennies par le modèle de développement de la Tunisie interagissent et engendrent une vulnérabilité spécifique à la santé**

Bien que la définition de la vulnérabilité ne soit pas très bien clarifiée et délimitée vu son caractère interchangeable, on distingue trois types de vulnérabilités :

- économiques, dues à un modèle productif encore en transition, un faible taux d'investissement domestique et étranger, un exode rural et une sédentarisation incontrôlée. On assiste à une précarisation de toutes les classes sociales d'une manière générale et donc à la création de nouvelles classes économiquement précaires.
- sociales, dues à des transitions démographiques et urbaines, créant de nouveaux défis, dont celui du chômage des jeunes et des diplômés du supérieur.
- liées aux ressources naturelles, la Tunisie se trouvant dans une région exposée à la crise environnementale globale: crise de l'eau, de la terre, de la sécurité alimentaires, de la biodiversité, et de l'énergie appelées à s'exacerber sous l'effet de la crise des changements climatiques.

Le rôle des déterminants sociaux de la santé est bien entendu crucial et prépondérant de par son imbrication dans ces vulnérabilités.

Dans ce contexte, le secteur de la santé est appelé à promouvoir et développer les conditions pour l'exercice effectif du droit à la santé pour tous les citoyens. Cette mission fondamentale implique des réformes à entreprendre pour améliorer la performance et la réactivité du système de santé et réduire les disparités du niveau de santé entre régions assez marquées pour les maladies transmissibles, non transmissibles, pour la santé de la mère et l'enfant, pour la santé mentale et pour la santé environnementale.

## **Le système de financement de la santé ne répond pas aux besoins de la santé pour tous**

Les acquis du système de protection sociale en santé en Tunisie sont notables (couverture légale pour la majorité de la population active, complétée par un programme d'assistance médicale pour la population pauvre et vulnérable). Cependant, les questions liées à l'équité, à la mobilisation des ressources financières suffisantes et pérennes, à l'extension de la couverture sanitaire, à l'efficacité, à la disponibilité effective du panier de services couverts, à la contractualisation, et aux méthodes de paiement des prestataires demandent des réponses et l'élaboration d'un cadre de réforme pour le financement du système de santé tunisien.

En Tunisie, les principes de solidarité, d'égalité et d'accessibilité aux soins au profit des assurés sociaux et leurs ayants-droits sont inscrits dans la loi 2004-71 du 02 Aout 2004 portant création du nouveau régime d'assurance maladie sociale (CNAM). Cependant, même si des progrès majeurs ont été obtenus grâce à la mise en œuvre de la caisse unique à travers la création de la CNAM, et à la croissance des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses générales du gouvernement (8.1% en 2000 vs 10.7% en 2010), le nombre non négligeable de tunisiens non couverts, les taux élevés de dépenses directes des ménages, les dépenses catastrophiques et les niveaux d'appauvrissement associés posent questions. D'autre part, le cloisonnement entre un secteur ambulatoire privé financé par la CNAM et un ambulatoire public financé majoritairement par le budget de l'Etat risque de poser un problème grandissant car leur dynamique n'est pas la même.

## **POUR RENFORCER LES ACQUIS EN MATIERE DE SANTE ET REONDRE AUX BESOINS NON REMPLIS OU EMERGENTS**

Les transitions épidémiologique et démographique ont eu pour effet de changer les profils de morbidité et de mortalité dans le pays. Actuellement, les maladies cardiovasculaires, du système respiratoire, les maladies métaboliques et les cancers dominent à la fois la morbidité et la mortalité de la population tunisienne.

## **La lutte contre les maladies transmissibles et l'amélioration de la santé environnementale restent toujours d'actualité**

La Tunisie a réalisé des progrès remarquables dans l'éradication et l'élimination de nombreuses maladies transmissibles. Cependant, malgré les progrès indéniables imputables à la vaccination et à l'amélioration du niveau d'hygiène de la population, la morbidité et la mortalité d'origine infectieuse restent des préoccupations en matière de santé publique (pandémies de la grippe aviaire, du H1N1, du corona virus, de l'ébola...).

L'évolution récente des zoonoses et maladies vectorielles pourrait être liée à la gestion de l'environnement et au changement climatique. Les conditions propices au développement de maladies hydriques restent présentes en milieu rural où encore plus d'un ménage sur 10 n'a pas accès à l'eau potable et 1 ménage sur 6 n'a pas accès aux installations sanitaires améliorées.

Deux autres facteurs environnementaux ont été soulevés de manière récurrente dans le cadre du dialogue sociétal : la pollution industrielle et les déchets ménagers.

La réponse à ces problèmes demande une action intégrée. Il est indispensable de positionner la santé et le bien-être dans toutes les politiques publiques. Le Ministère de la Santé a un rôle de médiateur et défenseur de la santé. Ainsi, des données doivent être générées pour suivre l'impact de l'environnement sur la santé en Tunisie et pour fixer des objectifs pour l'amélioration de la santé environnementale. Les approches pour renforcer la résilience communautaire offrent également un cadre prometteur.

*« L'état de santé de toute la population, adultes, enfants ou même jeunes, est mauvais, la plupart d'entre eux souffre d'allergies liées à l'environnement pollué causé par la société de ... (asthme, difficultés respiratoires...) en plus de l'humidité de notre région ».*  
Femme, cadre de santé de 54 ans.

*« Les déchets et les ordures sont partout dans les rues, devant les maisons., les insectes et les animaux en profitent, nous et nos enfants on souffre des mauvaises odeurs et du manque d'hygiène... et notre environnement est favorable pour rattraper des maladies, surtout les petits ».* Mère 35 ans

**La santé de la mère et de l'enfant, en particulier la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, représente encore un défi important**

La baisse de la mortalité maternelle est remarquable, grâce notamment à la généralisation des consultations prénatales et de l'accouchement assisté par du personnel qualifié. Cependant, la réduction reste en-dessous de l'objectif de développement du millénaire de réduction annuelle de 4,5% et semble stagner. La disparité régionale est notable, avec une mortalité maternelle variant du simple au double selon les régions. Ces disparités régionales, mais aussi sociales et selon l'âge, s'observent également en termes d'accès aux services de santé de la reproduction (contraception, consultations pré et postnatales, accouchements assistés). En outre, une proportion relativement élevée de mortalité infantile est observée en période périnatale. Selon des enquêtes, les causes de mortalité et de morbidité néonatales seraient pour une grande part évitables et relèveraient essentiellement de la qualité des soins. Les maladies liées aux comportements et conditions en matière de nutrition des enfants représentent un défi important, tel qu'indiqué dans le MICS-4 (données 2010-2011) : la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois est relativement faible (9 %) ; un retard de croissance chez un enfant sur 10, alors qu'une surcharge pondérale est observée chez presque un enfant sur 6.

**Les besoins de santé des adolescents et des jeunes restent une priorité de plus en plus pressante et méritent une réponse plus appropriée**

Les adolescents et les jeunes représentent respectivement environ 40 % et 25 % de la population tunisienne. Ils ont des besoins de santé spécifiques en rapport notamment avec la santé mentale, les habitudes alimentaires, le tabagisme, la santé reproductive, la violence, les accidents, la toxicomanie...etc.

### **Les défis posés par la santé mentale sont énormes**

Le domaine de la santé mentale a été relativement négligé ces dernières années. Il est difficile de décrire l'ampleur des troubles mentaux et des maladies mentales en l'absence de données récentes couvrant l'ensemble du territoire tunisien. Cependant, l'hypothèse d'une aggravation des troubles mentaux dans le contexte social tunisien (caractérisé par une recrudescence de la violence et la toxicomanie) et un environnement économique difficile est envisagée. Cette hypothèse est fortement corroborée par des études sur la qualité de vie et par les nombreuses affirmations dans ce sens, aussi bien auprès des focus groups de personnes vulnérables (la quasi-totalité des participants ont jugé leur santé mentale comme mauvaise, voire très mauvaise) que lors des rendez-vous de la santé où une attention particulière au problème des suicides a été demandée. En outre, les données sur les conduites addictives chez les jeunes, la violence envers les femmes et la discipline violente des enfants sont alarmantes. Le stress, amenant à des troubles anxieux ou dépressifs, a été régulièrement cité dans le cadre des rendez-vous de la santé. Une attention particulière au problème de la toxicomanie s'impose tant dans sa prévention que sa prise en charge.

Ces observations alertent sur une possible dégradation de la santé mentale et appellent à un renforcement de la réponse sanitaire, sociale, éducative et sécuritaire. La stratégie nationale de promotion de la santé mentale adoptée en 2012 mérite de l'attention pour sa mise en œuvre.

### **La gestion des facteurs comportementaux (obésité, tabac, comportements routiers) est peu efficace**

Actuellement, les maladies du système respiratoire, les maladies métaboliques et les cancers dominant à la fois la morbidité et la mortalité de la population tunisienne. On estime que les maladies non transmissibles sont à l'origine de presque trois quart des décès et que les maladies chroniques représentent 60% de la charge de morbidité.

Les habitudes de vie ont changé en un demi-siècle d'indépendance et de développement économique et social, d'urbanisation et d'adoption de nouveaux modes de vies.

L'alimentation tunisienne a évolué en quelques années s'éloignant du modèle « diète méditerranéenne » et se détériorant aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs: augmentation de l'apport calorique, aggravation de la consommation des lipides et surtout des graisses saturées, et forte augmentation des scores en sucres due à une forte consommation des sucres simples, en contrepartie d'une forte réduction de l'activité physique.

Bien que des campagnes de sensibilisation soient organisées périodiquement et que plusieurs associations se mobilisent en matière de lutte contre les accidents de la route, le nombre de victimes ne cesse d'augmenter d'une année à l'autre. Les accidents de la route sont l'une des premières causes de morbidité chez les 44-50 ans et la première chez les 15- 20 ans.

**L'impact des handicaps et des maladies chroniques et dégénératives liées au vieillissement est fort élevé**

La transition démographique annonce le vieillissement de la population tunisienne au cours du 21<sup>ème</sup> siècle : 5% de la population de plus de 65 ans en 1996, à 10% en 2011 et une prévision de 19% en 2039. Cette évolution démographique et les pathologies qui y sont liées posent la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette question est essentielle, en particulier vu les mutations sociales observées en parallèle telles que la tendance à la nucléarisation de la famille. À ce propos, les jurys citoyens ont demandé d'investir en priorité dans la prise en charge des personnes âgées et à besoins spécifiques dans les hôpitaux et au renforcement des consultations à domicile. En outre, les participants aux rendez-vous de la santé ont insisté sur les difficultés rencontrées par les personnes à besoins spécifiques, la lourdeur de leur prise en charge pour les familles et l'isolement dans lequel ils se retrouvent.

**La préservation de la santé des travailleurs justifie une redynamisation du système de santé et sécurité au travail**

L'action dans le domaine de la santé et la sécurité au travail (SST) en Tunisie ne date pas d'aujourd'hui. Depuis cinquante ans, de nombreux efforts et réformes ont été entrepris pour mettre en place un réel système de santé et sécurité au travail. Ce choix traduit l'engagement volontaire et éclairé de la Tunisie de prémunir la population active, qui représente plus de 3.978 Millions dont près de 35% sont des femmes, des risques professionnels pour la santé dont notamment les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Le dispositif législatif et réglementaire a permis certes d'élargir l'obligation de la couverture par la médecine du travail à toutes les entreprises (quel que soit leur effectif) et au secteur agricole. Ce cadre a aussi permis de réformer le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles, de confier la gestion du risque professionnel à la CNAM et de réorganiser les services intra et extra entreprises de médecine du travail. Toutefois, la situation actuelle se caractérise encore par une faible couverture des salariés par les services de SST (30%), des insuffisances liées aux processus de planification et de programmation en SST ainsi que l'émergence de nouveaux risques et de nouveaux problèmes liés au travail, tels que : l'exposition aux cancérogènes, mutagènes et tératogènes, aux contraintes posturales et aux risques psychosociaux. Ainsi, pour favoriser un meilleur état de santé des travailleurs grâce à des services moins aléatoires, davantage ciblés et plus spécialisés, la Tunisie a besoin de consolider et enrichir ses acquis par le renforcement des dispositifs juridiques, institutionnels, structurels et opérationnels de santé et sécurité au travail.

## POUR AMELIORER ET ADAPTER LES SERVICES DE SANTE ET LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME

Les citoyens tunisiens (dont les professionnels de santé) rencontrés lors des rendez-vous de la santé et lors des jurys citoyens ont épinglé un bon nombre de défaillances du système de santé et notent notamment que :

### **L'accès organisationnel aux centres de santé de base est source de gêne et d'embarras**

Les problèmes en relation avec la disponibilité et/ou la proximité effective des prestations ont été couramment rapportés par les usagers. Outre le non-respect des horaires officiels des activités, l'absence d'information sur les services disponibles dans chaque région est déplorée. En cas de disponibilité effective, les difficultés d'accès physique et/ou temporel, financier et psychologique dressent un obstacle à l'utilisation des prestations.

### **Le déploiement des spécialités médicales de base est inéquitable**

L'insuffisance des spécialités médicales de proximité a été l'objet d'une forte revendication qui a constamment marqué les rencontres régionales avec les citoyens et les professionnels surtout dans les régions de l'Ouest et du Sud de la Tunisie.

### **La disponibilité des médicaments est irrégulière**

Des problèmes liés à l'irrégularité de la disponibilité des médicaments dans les structures publiques, à la prescription de médicaments hors nomenclature ainsi qu'au défaut de coordination entre le médecin et la pharmacie sont fréquemment vécus par les usagers. La difficulté d'accès aux médicaments est notable, même dans le privé : « *La CNAM n'a plus de moyens elle ne peut plus payer les médicaments* » réclame un usager.

### **Le manque de coordination entre les différentes structures de soins est source de dysfonctionnement et d'entrave à la continuité des soins**

Le patient en quête de soins a des difficultés à s'orienter dans ce système qui s'impose à lui. Le parcours de soins est ressenti comme une épreuve insupportable et handicapante, en particulier pour les malades chroniques des régions de l'Ouest et du Sud, avec ses déplacements longs, coûteux et fréquents. Les rendez-vous obtenus sont incertains dans des structures où les malades se sentent totalement perdus sans l'aide d'une connaissance. Dans certains cas même des examens complémentaires nécessitent le déplacement vers une autre région. Pour les citoyens, il ne semble pas exister une relation fonctionnelle entre le public et le privé de nature à renforcer leur complémentarité ou à rendre les choses plus faciles pour les patients.

### **Le suivi de la qualité et de la sécurité est défaillant**

L'absence presque totale des normes de qualité et de sécurité des patients dans les structures publiques de santé a été largement évoquée par les citoyens et les professionnels. Le manque de mécanismes d'évaluation et de suivi par des organismes régulateurs opérationnels aggrave la situation, en attendant la mise en œuvre de l'INASanté.

### **La relation avec les patients mérite d'avantage d'attention**

La défaillance en termes de communication et d'information constitue une faille essentielle du système. Une plainte récurrente des usagers à l'égard des prestataires est le manque de considération à leur égard: *« Ils ne me regardent pas »*. Les citoyens ressentent un manque de respect à leur dignité lors des recours aux prestations du service public. Ceci est traduit en particulier par une mauvaise qualité de l'accueil, des difficultés pour accéder à l'information utile ou à faire valoir ses droits, l'absence de garanties sur la confidentialité d'un côté et une intimité parfois indûment exposée d'un autre. Le temps disponible pour l'examen du patient et pour lui donner toute l'information utile pour le suivi de sa situation est souvent considérablement limité, n'aide pas à habiliter les patients et contribue à la frustration des usagers.

*« Le personnel considère qu'il est en train de nous rendre service et le médecin nous montre qu'il fait son travail par obligation de service et non comme un devoir ». Citoyen*

*« Des membres du personnel fument en présence des malades dans les structures de prestation de soins ». Citoyen usager*

*« Le citoyen n'entend que les reproches à l'hôpital ». Citoyen usager*

### **Le système public se dégrade, le secteur privé se développe de manière peu régulée et les modes de gestion et de fonctionnement de ces deux secteurs sont sources de cloisonnement**

Le système de soins actuel en Tunisie est basé sur deux secteurs, un secteur public et parapublic et un secteur privé qui sont quasi cloisonnés dans leur fonctionnement avec très peu de communication. La réalité de l'offre de soins montre un déséquilibre entre les deux secteurs avec :

Un secteur public et para public qui prend en charge 80% des tunisiens et 70% des affiliés de la CNAM, emploie la moitié des médecins du pays, avec une répartition des structures de soins sur tout le territoire et une mauvaise répartition des compétences et des équipements dans certaines régions de l'Ouest et du Sud du pays. Ceci a abouti à un encombrement dans les structures de soins et des unités d'exploration le long du littoral et une insuffisance dans la prise en charge dans les régions de l'intérieur.

Les insuffisances et la mauvaise répartition des équipements ainsi que les ruptures de stock des médicaments sont rapportés et soulignés dans la plupart des régions et affectent les services publics. Les conditions d'hygiène et de salubrité sont présentées comme souvent déficientes. La conception même des infrastructures est critiquée pour ne pas prendre en compte les besoins des patients, des usagers et des

professionnels (espaces, confort, toilettes et douches en nombre suffisant) et pour ne pas être adaptée aux populations à besoins spécifiques.

Un secteur privé dans lequel exercent l'autre moitié des médecins du pays et qui compte 72% des équipements lourds de diagnostic et de traitement (radiologie, radiothérapie, cardiologie..) mais ne prend en charge que 20% des tunisiens. La moitié de l'activité de ce secteur est dirigée vers les patients étrangers.

Le développement rapide de l'offre privée s'est fait avec une stagnation ou une régression du service public. La répartition géographique du premier et l'obstacle financier qu'il peut représenter pour des franges importantes de la population n'ont pas fait du développement du privé une opportunité pour renforcer l'équité dans la couverture sanitaire du pays, le contraire semble être rapporté par les citoyens des régions défavorisées.

**Le niveau de contribution directe des ménages au financement des services de santé est élevé et l'accessibilité financière est inéquitable**

Les dépenses de ménages sont estimées à 45% des dépenses totales en santé et, considérant seulement les paiements directs (hors prime d'assurance), la participation est de 41%. Cela implique qu'un bon nombre de besoins de santé ne sont pas satisfaits car inabordables. Cette participation aux frais de santé est liée entre autres au recours à la médecine privée pour raccourcir les délais de rendez-vous ou bénéficier d'un meilleur accueil, à l'achat de médicaments hors nomenclature ou indispensables, ou enfin aux coûts de déplacement.

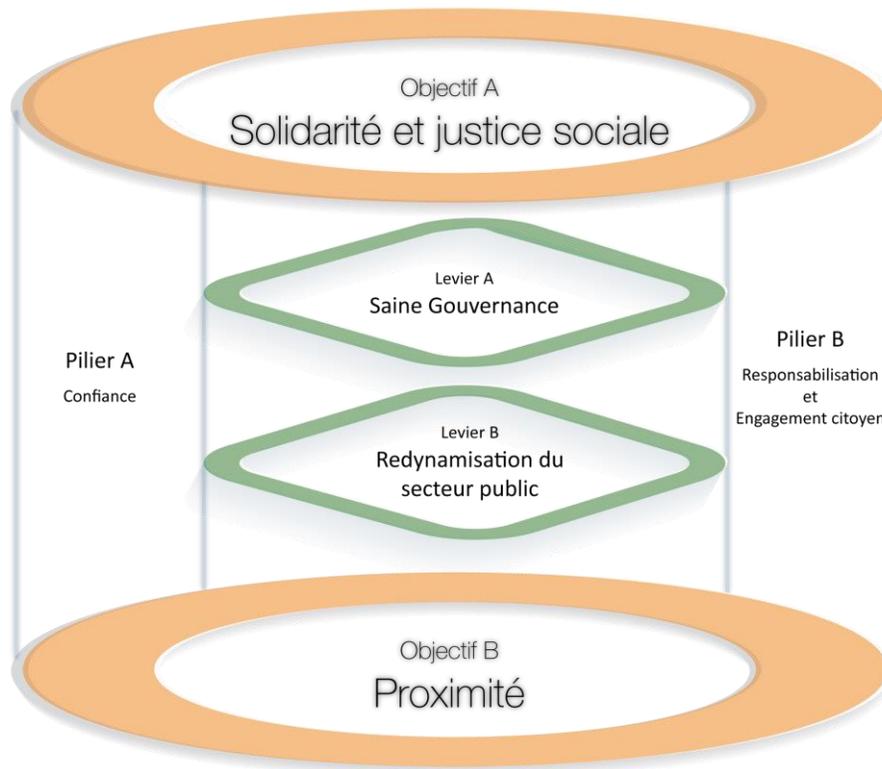
**L'absence de stratégie de développement des ressources humaines est source de démotivation**

L'absence d'une stratégie nationale pour le développement des ressources humaines à moyen et à long terme a cumulé un ensemble de problèmes en rapport avec l'inadéquation de la formation de base pour certaines catégories professionnelles ; l'imprécision des estimations sur les besoins réels à long terme qui ne permet pas d'adapter les effectifs à former par disciplines ; le faible degré d'employabilité des cadres de la santé à l'échelle nationale et internationale.

Dans ce cadre, il est important de signaler :

1. L'absence et ou les défaillances de la coordination entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et le Ministère de la Santé dans le processus d'orientation des nouveaux bacheliers qui ne tient pas compte des besoins réels du secteur et des capacités d'accueil des institutions de formation ainsi que des lieux de stages.
2. Le développement rapide du nombre d'institutions privées de formation en particulier dans les spécialités paramédicales et le non-respect de la plus part d'entre elles des exigences des cahiers de charge en ce qui concerne les filières de formation, les capacités d'accueil et les terrains de stages. Cela a entraîné la formation d'un grand nombre de diplômés de nombreuses spécialités dont l'employabilité est très faible.
3. L'accroissement du nombre des tunisiens formés à l'étranger (Europe de l'Est) dans les domaines des sciences médicales, la pharmacie et la médecine dentaire.

# LES FONDEMENTS POUR LA REFORME



**Figure des fondements pour la réforme :** La réforme vise deux objectifs. Elle doit activer deux leviers et s'appuyer sur deux piliers.

**Le système de santé doit être repensé, sans tabou, pour contribuer efficacement au droit à la santé reconnu par la constitution.**

Il s'agit de consolider et de construire sur les acquis mais aussi d'oser certaines réformes, en profondeur, pour assurer une couverture sanitaire universelle et mieux répondre aux défis complexes et émergents. Pour y parvenir, le système de santé devra être redéveloppé en cohérence avec les grandes valeurs et attentes de la société tunisienne, en tenant compte de la réalité du pays, et en suivant les principes directeurs qui ont émergé des consultations avec la population, les professionnels, les administrateurs et les experts tunisiens.

Lors des consultations, des attentes en rapport avec le droit à la santé ont été exprimées<sup>5</sup>. Elles étaient synthétisées, lors de la retraite de Kairouan comme suit :

**La réforme ne sera réussie que dans la mesure où elle contribuera effectivement à la réalisation de deux objectifs primordiaux: 1) la solidarité et la justice sociale et 2) la proximité**

*« Il y a une santé à deux vitesses, public – privé et d'une région à l'autre ». Un citoyen*

*« La santé publique avait une place honorable qu'elle a perdu par la privatisation ». Un citoyen*

*« Les programmes nationaux de santé ne sont pas appliqués de façon équitable selon les régions (vaccination, santé mère et enfant, ...) ». Un professionnel*

*« Un malade adressé de la 1<sup>ère</sup> ligne à la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> ligne doit faire un 1<sup>er</sup> voyage pour avoir le rendez-vous et un 2<sup>ème</sup> voyage pour la consultation ». Un citoyen*

**Pour y parvenir, deux leviers doivent être activés en priorité : la redynamisation du secteur public et la saine gouvernance**

*« L'hôpital public doit être une référence sur tous les plans : matériel – compétences humaines – infrastructure – informatique ». Un professionnel*

*« Il faut créer des structures représentant tous les travailleurs dans le secteur de la santé (par vote) pour identifier les défaillances et les points faibles des programmes de santé. Les recommandations de ces structures seront obligatoires. » Un professionnel*

**Pour que le système de santé puisse s'épanouir, il faudra cultiver et consolider deux attitudes : la confiance du citoyen et du professionnel envers le secteur et la responsabilisation et l'engagement du citoyen**

L'expérience de réformes antérieures, en Tunisie, et de par le monde, appelle à ne pas négliger le « facteur humain ». Les professionnels et experts l'ont rappelé à maintes reprises dans le cadre du dialogue sociétal :

---

<sup>5</sup> Santé en Tunisie, état des lieux : document produit par le dialogue sociétal

*« Les réformes sont restées en grande partie sur papier ; le cadre réglementaire ayant été mis en place mais les choses n'ont pas vraiment changé »*

*« Il faut revaloriser la fonction de chaque personnel. En effet : juste après l'indépendance l'infirmier faisait tout et il était très respecté par les citoyens, l'infirmier a perdu son prestige avec l'arrivée du médecin généraliste qui a été lui-même détrôné par le médecin spécialiste, ce dernier est actuellement détrôné par le médecin universitaire ».*

Ce sont des « cercles vertueux » au niveau des valeurs et des mentalités qui restent à promouvoir. Il est critique de construire la confiance entre toutes les parties concernées : usagers, professionnels de la santé, autorités, experts. Celle-ci passera d'abord par un réel dialogue. Il a été entamé dans le cadre du « dialogue sociétal » mais devra être renforcé et continué à tous les stades du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques, stratégies et plans nationaux de santé. La signature (slogan) « **la santé, un droit, une responsabilité** » s'est imposée naturellement après les premières rencontres et focus group (groupes de paroles) du dialogue sociétal.

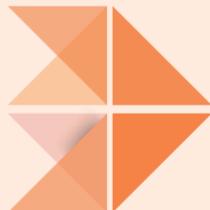
**Ces objectifs, leviers et attitudes ont été systématiquement reportés comme à la source de nombreux maux du système de santé.**

Nous les aborderons ci-dessous comme des chantiers spécifiques. Ils sont également des composantes intégrales de chacun des autres chantiers.

# LES CHANTIERS POUR LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE

## Chantier 1

Assurer les préalables pour répondre à des demandes pressantes et rétablir la confiance



Assurer la disponibilité et l'accès aux spécialités de proximité, aux médicaments dans le secteur public et au transport médicalisé.  
Promouvoir la réconciliation sociétale.  
Responsabiliser le citoyen vis-à-vis du système de santé

## Chantier 2

Promouvoir la santé et le bien-être à travers des approches intersectorielles et « la sante dans toutes les politiques »



Faire de la santé et du bien-être un centre d'intérêt commun et promouvoir la responsabilité sociale des décideurs en faveur de la santé.  
Favoriser l'acquisition d'habitudes de vie saines.  
Orienter les systèmes de santé vers les solutions efficaces.

## Chantier 3

Promouvoir les soins centrés sur le patient pour améliorer les aspects interpersonnels des soins



Eduquer pour changer les mentalités et se donner les moyens pour la mise en œuvre.  
Impliquer le patient dans la prise de décision et rendre l'information plus accessible.  
Développer des mécanismes pour que l'utilisateur puisse exprimer sa satisfaction (ou insatisfaction) et s'assurer que sa voix soit entendue.  
Réhabiliter les structures sanitaires.

## Chantier 4

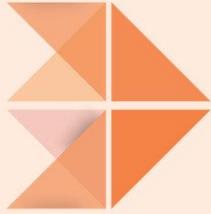
Offrir des soins de proximité et assurer la coordination et la continuité des soins



Valoriser les services de proximité.  
Mettre en place des équipes multidisciplinaires de soins de proximité, développer et valoriser la pratique de la médecine de famille.  
Revoir la carte sanitaire et autoriser au citoyen de s'inscrire auprès d'un CSB de son choix.  
Établir des mécanismes de coordination entre les différentes structures de soins.  
Mettre en place des mécanismes pour que le prestataire référent puisse répondre aux soins de santé de son patient, y compris dans le secteur privé si nécessaire.  
Rationaliser les parcours de soins.  
Développer de nouveaux services pour une prise en charge globale des plus vulnérables.  
Développer des outils et procédures pour assurer la continuité de l'information.

## Chantier 5

Etablir des mécanismes pour le respect de l'éthique professionnelle et pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins



Renforcer et pérenniser l'accréditation des établissements.

Développer l'évaluation des technologies de santé ou « Health Technology Assessment » (HTA).

Mettre en place des structures et mécanismes d'appréciation et d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.

Élaborer et diffuser des protocoles de soins standardisés.

Mettre en place une stratégie nationale pour le développement des ressources humaines et encourager le développement continu de leurs compétences.

## Chantier 6

Promouvoir l'excellence et l'innovation dans le secteur public



Assurer d'abord les préalables visant la qualité et la continuité des services de soins dans le secteur public.

Valoriser la médecine académique et la recherche par des mesures incitatives de rehaussement.

Développer le système d'information et de communication (TIC) dans l'organisation des activités de soins, de formation et de recherche.

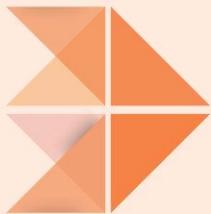
Consolider les pôles universitaires de santé.

Améliorer les conditions de travail des professionnels; soigner les locaux et assurer la disponibilité des équipements.

Valoriser le développement professionnel continu pour promouvoir une culture d'excellence et renforcer le sentiment d'appartenance du personnel de santé publique.

## Chantier 7

Réformer le système de financement de la santé



Mobiliser des ressources additionnelles pour la santé.

Revoir l'allocation des ressources pour mieux l'aligner aux priorités stratégiques entre «niveaux» et «secteurs».

Revoir les mécanismes d'achat des prestataires de services pour inciter à une plus grande performance.

Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG par/dans la CNAM.

Repenser la complémentarité public-privé et les mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre secteurs.

Définir, sur base de critères objectifs, un panier de services essentiels, qui seront effectivement disponibles et de qualité pour tous.

## Chantier 8

Réformer la gouvernance du système de soins



Décentraliser et Renforcer les capacités de gestion.

Développer des mécanismes de reddition de comptes (contrôle et suivi à tous les niveaux et pour tous les secteurs).

Redéfinir les rôles et l'organisation des institutions nationales de santé.

Impliquer les citoyens et les professionnels dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux.

Développer des systèmes d'information intégrés permettant l'intelligence de la gouverne.

Consolider les acquis et actualiser la politique nationale pharmaceutique.

## CHANTIER 1. ASSURER LES PREALABLES

### CONSTATS

L'avertissement lancé par un représentant d'une association de patients, lors de la préparation des rendez-vous de la santé, est très éloquent du contexte et de l'état d'esprit dans lequel les réformes proposées s'insèrent :

*« Si vous n'envoyez pas d'abord des spécialistes dans notre gouvernorat, cela ne vaut même pas la peine de vous déplacer chez nous pour le dialogue »*

En outre, un grand problème de confiance règne dans cet espace vital du tunisien. Face à des citoyens mécontents, les professionnels de la santé sont également frustrés de ne pas trouver les moyens adéquats pour travailler dans des conditions qui répondent aux besoins des citoyens et à l'éthique de la profession.

Si la vision à long-terme pour le développement du système de santé en Tunisie guide le développement des chantiers de réforme présentés ci-dessous, les pré-requis doivent être établis dès maintenant pour lancer un message clair « oui, nous vous écoutons, oui, nous comprenons vos revendications, oui, les choses peuvent changer, oui, nous y travaillons ensemble ». Il importe donc avant tout de rassurer nos citoyens sur les demandes pressantes et critiques qui ressortent de manière impérieuse dans les zones intérieures : accès aux spécialités médicales de base, aux médicaments et aux dentistes ainsi que l'amélioration du transport médicalisé. Ce sont là des préoccupations essentielles.

Sans réponses adéquates à ces besoins immédiats, et sans un minimum de confiance retrouvée entre les parties prenantes, il ne sera pas possible de développer une vision commune pour le long-terme (2017-2030), d'opérer et d'accepter les choix nécessaires –parfois difficiles– et de les mettre en œuvre de façon sérieuse et coordonnée.

### ORIENTATIONS

#### O1. Assurer la disponibilité et l'accès aux spécialités de proximité, aux médicaments dans le secteur public et au transport médicalisé

Le manque, dans les zones intérieures, de spécialistes de base (gynécologie, cardiologie, pédiatrie, psychiatrie et ophtalmologie), et de dentistes, les ruptures de stocks régulières de médicaments dans les CSB et les hôpitaux publics ainsi que les problèmes de transport (qu'ils soient urgents ou non, médicalisés ou non) sont les problèmes qui sont ressortis de la manière la plus criante des diverses consultations menées dans le cadre du dialogue sociétal. L'engorgement des hôpitaux régionaux, en particulier les urgences, a également été évoqué de manière très régulière. Les jurys citoyens ont convenu que ce problème serait déjà en partie résolu grâce au renforcement de la première ligne.

Des mesures sont d'ores et déjà prises pour résoudre ces lacunes. Elles concernent notamment :

- Le démarrage d'un programme de mise à niveau de l'infrastructure, des équipements médicaux et techniques et du transport sanitaire de la plupart des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de circonscription ;

- La création d'un réseau de centres ambulatoires et diagnostics (centres intermédiaires) au niveau des chefs lieux des gouvernorats et des grandes agglomérations ;
- La programmation de la transformation d'un ensemble d'hôpitaux de circonscription des grandes délégations en particulier des régions de l'intérieur en hôpitaux régionaux ;
- La mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion des urgences médicales visant notamment la composante pré-hospitalière ;
- La révision de la classification des hôpitaux et des spécialités de base à développer au niveau des hôpitaux régionaux et la promotion de pôles interrégionaux pour certaines spécialités ;
- Le renforcement de la formation des équipes soignantes exerçant au niveau des hôpitaux régionaux.

Ces mesures doivent être continuées et renforcées. D'autres mesures devraient être entreprises dans le court-terme telles que :

- La mise en place d'un numéro vert dans chaque région, pour informer et orienter les citoyens, pourrait se faire de manière rapide et s'avérer une stratégie particulièrement efficace pour faciliter l'accès aux soins et augmenter la satisfaction des usagers.
- L'augmentation progressive de la fréquence des consultations médicales dans les CSB ruraux et des plages horaires d'ouverture (dans les CSB urbains) ainsi que le respect des horaires de travail.
- La mise en place d'incitatifs pour le déploiement de spécialistes tunisiens dans les régions. Le recrutement de médecins spécialistes étrangers pour pallier aux insuffisances chroniques dans certaines régions n'est pas considéré comme une bonne solution eu égard au problème de communication avec les patients : *« nous voulons des médecins spécialistes tunisiens qui parlent notre langue » Citoyen.*
- A défaut de médecins spécialistes disponibles dans l'immédiat, des mesures, à court-terme, peuvent être utilisées pour faciliter l'accès aux médecins spécialistes des centres urbains pour les patients qui en sont éloignés géographiquement. Ces mesures reposent sur la responsabilisation des CSB pour la prise en charge complète de leurs patients, depuis la prise de rendez-vous jusqu'au transport pour la consultation de spécialiste (même dans le privé, si non disponible dans le public) et la communication des résultats. Ces mesures serviront de point d'ancrage pour évoluer, dans une deuxième étape vers des mécanismes plus systémiques pour la coordination et la continuité des soins. Dans ce contexte de responsabilisation, les structures publiques pourraient être amenées à contracter avec des médecins spécialistes du secteur privé pour que les patients inscrits dans leur structure bénéficient des soins requis.

## 02. Promouvoir la réconciliation sociale

**Il est urgent de rétablir la confiance entre citoyens, professionnels et administration**

Les citoyens ressentent un manque de respect à leur dignité lors des recours aux prestations du secteur public. En outre, la corruption a été largement évoquée lors

des rendez-vous de la santé, dans la quasi-totalité des régions, sous différentes formes.

Un climat tendu entre usagers et professionnels de la santé a été révélé de manière forte lors des jurys citoyens. Le fait le plus alarmant est l'augmentation voire la banalisation d'actes d'incivilité ou même de violence dans les établissements de santé. Ce phénomène n'est pas l'apanage du secteur de la santé ; il semble toucher l'ensemble des services publics.

Plusieurs actions peuvent être prises dans le court-terme pour contribuer à établir un climat de confiance, propice à la mise en œuvre de réformes ambitieuses, auxquelles tous contribuent :

- Multiplier les occasions de rencontres et de dialogue entre professionnels, administration et usagers lors de séminaires grand public, journées porte ouverte, journées de sensibilisation ou de célébration, etc. ;
- Offrir des opportunités pour le développement continu des professionnels de la santé surtout en communication, information et accueil ;
- Etablir des mécanismes de protection des usagers et des outils pour la gestion des plaintes (de type ombudsman) ;
- Donner une voix aux usagers et professionnels à travers la réalisation d'enquêtes, la publication des résultats (comme gage de transparence) qui seront systématiquement suivis d'un plan d'amélioration pour les domaines prioritaires ;
- Réhabiliter l'infrastructure des structures publiques et réorganiser les circuits d'accueil et d'orientation.

### O3. Responsabiliser le citoyen vis-à-vis du système de santé

**Des réponses aux demandes urgentes de citoyens-usagers doivent être mises en place. D'autre part, le système de santé exige également une responsabilisation du citoyen comme pilier pour son développement**

La citoyenneté est le fait pour une personne, pour une famille ou pour un groupe, d'être reconnu comme membre d'une cité (aujourd'hui d'un Etat) nourrissant un projet commun auquel ils souhaitent prendre une part active. Elle comporte des droits civils et politiques et des devoirs civiques définissant le rôle du citoyen dans la cité et face aux institutions.

Dans le domaine de la santé, les écarts considérables entre les besoins de la population et les réponses du secteur ont conduit à souligner, dans la déclaration d'Alma-Ata (1978) sur les SSB, l'importance de la participation des populations. De même, la mauvaise gestion des ressources par le personnel de santé avec ses conséquences sur la disponibilité des prestations et des médicaments avait conduit à proposer la cogestion des structures de santé avec les communautés (Initiative de Bamako).

Lors des débats des rendez-vous de santé et des jurys citoyens, tout en faisant valoir leur droit à la santé, les citoyens reconnaissent les obligations qui leurs reviennent en tant que : (i) Citoyen responsable qui respecte les procédures administratives, le paiement des impôts et des frais de soins dus, le personnel soignant et qui veille à préserver les lieux publics et à la non dégradation des équipements et bâtiments, (ii) Usager solidaire, respectueux des malades, des personnes âgées et celles ayant des

besoins spécifiques et (iii) Malade discipliné, se conformant aux prescriptions et aux conseils médicaux et évitant l'automédication.

A ce propos, il est important de développer les mécanismes qui mobilisent et créent une synergie entre les citoyens et les professionnels de santé, qui renforcent la reconnaissance des droits, de la place et du rôle des usagers dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des plans et programmes de santé publique et qui développent les aptitudes individuelles.

## CHANTIER 2. PROMOUVOIR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE A TRAVERS DES APPROCHES INTERSECTORIELLES ET « LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES »

### INTRODUCTION

**La promotion de la santé est un axe stratégique de développement humain et socio-économique.**

***« Le développement contribue à la santé et la santé contribue au développement ». Citoyen***

La promotion de la santé vise à donner aux gens des outils qui leur permettent d'améliorer leur propre santé. Elle concerne la santé et le bien-être. Elle vise à améliorer la santé de l'individu et de la population par la mise en œuvre de mesures qui renforcent les effets positifs sur la santé et une réduction des facteurs de risque. Dans ce cadre, elle cible non seulement le système de santé mais également de nombreux facteurs situés en amont. Il s'agit de l'éducation, de l'emploi, du logement, des trajectoires professionnelles ou personnelles, de l'offre alimentaire ainsi que l'accès aux infrastructures et services essentiels.

***« La réduction des inégalités et du gradient social permet d'améliorer la santé et le bien-être de chacun. La bonne santé d'une population est indispensable à la réalisation des objectifs de la société »***

### CONSTATS

Depuis l'indépendance, le projet sociétal de la Tunisie s'est appuyé sur deux composantes d'égale importance, la composante économique et la composante sociale. Cette dernière a inclus de nombreux programmes visant, à travers divers mécanismes, essentiellement de solidarité, une meilleure gestion des DSS tels que la lutte contre la pauvreté, le soutien des familles nécessiteuses, le soutien des populations vulnérables et des personnes ayant des besoins spécifiques, la lutte contre l'analphabétisme, l'émancipation de la femme ainsi que l'assistance médicale gratuite.

Cependant, les insuffisances en matière de santé et d'inégalité en santé restent notables, tels que les écarts de morbidité et/ou de mortalité qui persistent entre les différentes catégories sociales et entre les régions, le relatif échec de certains programmes nationaux de santé tel celui de la santé mentale, et la faiblesse de la composante préventive. De plus, de nouveaux besoins sont engendrés par l'évolution des modes de vie.

Cet état des lieux serait lié à plusieurs causes dont notamment : (i) le dispositif général de décentralisation, moteur des politiques de gestion des DSS, est peu

opérationnel et reste tributaire de la volonté politique, de la disponibilité et de la compétence des acteurs locaux et régionaux ainsi que de la qualité de l'environnement offert pour le développement des initiatives ; (ii) la décentralisation du secteur de la santé s'est heurtée à des problèmes limitatifs au niveau locorégional, malgré une réelle volonté de couverture de tout le territoire ; (iii) les mesures pratiques de mise en place des SSB ont été en deçà de l'attendu : l'éducation sanitaire est marginalisée dans son organisation, son financement et son évaluation ; la formation tant de base que continue ne retient pas les SSB comme pilier...; (iv) la réponse du système de santé tunisien est peu adaptée aux défis de la modernité et (v) l'engagement politique en faveur de la promotion de la santé est faible.

La résultante de cette situation est que les objectifs de réduction des inégalités en santé, toujours inclus dans les objectifs des plans quinquennaux de développement, ont été insuffisamment réalisés (à titre d'illustration, en matière d'espérance de vie, un écart de 5 ans persiste entre les régions du littoral et celles de l'intérieur du pays).

*« On a minimisé le rôle de la médecine préventive et l'émergence des maladies chroniques est témoin de l'échec de la médecine préventive ». Un professionnel*

**Compte tenu de ces constats, il est temps pour la Tunisie d'adopter des interventions en rapport avec le système de santé ainsi que des actions en amont dans les autres secteurs pour assurer la promotion de la santé et traiter la question des inégalités sociales de manière efficiente.**

Ces mesures au sein du système de santé et en amont, permettront à la Tunisie d'être en cohérence avec les chartes, déclarations et accords internationaux (voir annexe).

## ORIENTATIONS

### O1. Faire de la santé et du bien être un centre d'intérêt commun et promouvoir la responsabilité sociale des décideurs en faveur de la santé.

Pour une gestion adéquate de déterminants socio-économiques et environnementaux, il est impératif que les politiques de santé publique renforcent les stratégies et les programmes de promotion de la santé et, de manière plus large, que les politiques publiques non sanitaires (agriculture, urbanisme, environnement, éducation....) soient « saines ». Cela suppose la mise en place de mécanismes pour l'évaluation systématique de l'impact de toute politique publique sur la santé et les inégalités en santé. Cette approche correspond au concept de «Santé dans toutes les politiques» recommandé à l'échelle internationale.

Le rôle des acteurs privés (industrie) pour la santé et le bien-être est essentiel. Deux exemples débattus lors des rendez-vous de la santé sont : le rôle des industries polluantes pour mener des activités de promotion de la santé et le sucre dans l'alimentation.

*« La promotion de la santé est aussi bien une responsabilité individuelle que collective, puisqu'elle touche l'individu, la famille, la communauté et la nation ». Jury citoyen*

*« Intégration de la santé comme un élément essentiel et permanent dans les politiques sectorielles des départements concernés (environnement, agriculture, équipement, aménagement, habitat, etc.) ». Jury citoyen*

## 02. Favoriser l'acquisition d'habitudes de vie saines ainsi que le développement d'habilités personnelles pour agir sur les causes de la maladie et sur les facteurs favorisant la bonne santé.

L'acquisition de modes de vie sains sera facilitée si les citoyens sont éduqués pour la santé et que les choix de mode de vie sain soient plus faciles. La littérature recommande d'élaborer des stratégies de promotion de la santé, sur les lieux de vie et pour toutes les étapes de la vie (enfance, adolescence, âge adulte et vieillesse).

*« Les 6 facteurs de risque pour la santé prioritaires sont le tabac, le déséquilibre nutritionnel, la sédentarité, la pollution de l'environnement, le stress et les drogues, alcool ainsi que les accidents de la voie publique ». Jury citoyen*

En Tunisie, la circonscription sanitaire ouvre un cadre organisationnel propice à ce type d'approche. Les conseils locaux de santé ont cette mission, sur papier.

Lors des rendez-vous de la santé, les citoyens ont fortement insisté sur le rôle des associations et –de manière générale– de la société civile pour la promotion de la santé. Ce potentiel devrait être exploité de manière plus systématique et organisé pour assurer une synergie avec les programmes de l'Etat.

## 03. Orienter le système de santé vers les solutions les plus efficaces

Dans le paysage général de développement social et culturel en Tunisie, les stratégies et programmes de santé se sont appropriées depuis les années 80, les approches préconisées pour la promotion de la santé. Ils visaient à structurer les actions préventives et à en faire bénéficier l'ensemble de la population, en premier lieu les plus vulnérables, à travers l'adaptation du cadre législatif et réglementaire, le renforcement du réseau institutionnel, la mobilisation communautaire et une stratégie intersectorielle globale tenant compte des DSS.

Les performances de ces politiques sanitaires ont été appréciables. On peut citer notamment le Programme National de Planification Familiale (PNPF) engagé dès les années 70, la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé de Base (SSB) initiée au début des années 80 selon une approche communautaire et dans un esprit de responsabilisation et d'autodétermination des populations, ainsi que les programmes nationaux de vaccination, de santé maternelle et infantile, de lutte contre les maladies endémiques ou de santé au travail. Ces programmes qui constituent des illustrations de réussite de cette approche, ont contribué à promouvoir une meilleure qualité de vie et à préserver la santé et l'environnement de la population.

Les leçons apprises de ces expériences réussies, essentiellement en matière de maladie transmissibles et de planification des naissances, doivent être capitalisées et adaptées au défi des maladies transmissibles, entre autre en matière de mobilisation sociale et de d'implication de tous les agents de la santé. La fierté d'un chauffeur rencontré lors des rendez-vous de la santé en parlant de son action pour le traitement des puits pour l'eau potable en est un exemple frappant.

Actuellement, le développement du secteur privé offre de nouvelles possibilités de champs d'application de la promotion de la santé.

## CHANTIER 3.PROMOUVOIR LES SOINS CENTRES SUR LE PATIENT POUR AMELIORER LES ASPECTS INTERPERSONNELS DES SOINS

### INTRODUCTION

**Santé de la population et santé de l'individu sont inter-liés et les deux dignes d'attention.**

L'approche biomédicale ciblait les populations, les maladies et les épidémies. Elle avait connu des succès majeurs au milieu du siècle passé. L'individu ou la personne étaient à la marge et bénéficiait tout au plus du paternalisme qui caractérisait cette approche ainsi que les différentes générations de ses programmes. La nécessaire contribution des autres secteurs et l'importance de la participation de la population sont venus combler certaines limites de l'approche biomédicale à l'occasion de la déclaration de Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978).

La conférence d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986) a introduit avec force la nécessité de développer les aptitudes individuelles et de réorienter les services de santé en « recentrant les services sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité ». En développant le concept de réactivité (2000), l'OMS prend en considération le droit humain du malade et de ses proches. La réactivité comprend (i) le respect du patient (dignité, confidentialité, participation aux décisions médicales le concernant, l'habilitation du patient)(ii) l'attention accordée au client : rapidité des prises en charge, qualité de la nourriture et confort des locaux (iii) la possibilité de choisir le prestataire. Enfin en 2005 une résolution de l'OMS (58.28) considère les services de santé axés sur le citoyen et recommande des mesures pour renforcer l'autonomie du citoyen et du patient pour la santé. Avec la transition démographique et épidémiologique et le poids grandissant des maladies chroniques d'une part, les nouvelles exigences, avec le retour en force de la culture des droits y compris celui de la santé, le niveau de connaissance et d'expérience plus élevé de la population en matière de santé ainsi que l'accès en extension rapide à internet d'autre part, l'évolution vers une approche centrée sur le patient n'est plus une simple option, elle est une nécessité dans notre pays.

**Selon l'"Institute of Medicine" (IOM), les soins centrés sur le patient « ...sont respectueux des préférences, besoins et valeurs du patient et y répondent en assurant que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques ».**

L'Institute for Health Care Improvement (IHI) indique que les soins centrés sur le patient comprennent « le respect des traditions culturelles du patient, ses préférences et valeurs personnelles, situation famille et style de vie. Il fait participer le patient et son entourage à l'équipe de soins et assure que le passage entre les pourvoyeurs de soins, les services et les établissements sanitaires est respectueux, coordonné et efficient ». Le concept de soins centrés sur le patient est d'autant plus crucial que la majorité des patients souffrent de maladies chroniques. Il

responsabilise le patient par l'auto-prise en charge et l'auto surveillance tout en fournissant les outils et le soutien nécessaires (Canada, Alma Ata).

## CONSTATS

Deux catégories d'insuffisances sont responsables du désarroi du citoyen face au système public. Les premières sont d'ordre matériel et procédural :

- La complexité du parcours des procédures administratives pour les inscriptions et les prises en charge, en particulier dans les hôpitaux, les délais excessivement longs d'obtention de rendez-vous, l'encombrement et la mauvaise organisation pour les consultations et pour les urgences ainsi que les mauvaises conditions d'attente et de confort pour les usagers augmentent le stress des patients et stimulent une tendance agressive que les citoyens ne nient pas.
- Les services d'urgences ont souvent été épinglés pour les déficiences sérieuses perçues par les citoyens en relation avec le respect et l'attention normalement dus au patient.
- Les conditions de transport et de transfert des malades sont aussi décriées.
- Les conditions d'hygiène et de salubrité sont rapportées comme souvent déficientes. Le délabrement des structures, la conception même des infrastructures est critiquée pour ne pas prendre en compte les besoins des usagers et pour ne pas être adaptée aux personnes à mobilité réduite.

Les secondes concernent les rapports entre les prestataires de santé et les citoyens. L'insuffisance de l'écoute du patient, l'instrumentalisation de la relation soignant-soigné, le manque de rapport de respect entre l'utilisateur des services de soins et le personnel de santé et le manque d'humanisme perçu par l'utilisateur de la part du professionnel ont gravement touché la relation de confiance entre soignant et soigné.

La défaillance des services de santé publique en termes de communication et d'information est également relevée par les citoyens et les professionnels de santé. Par contre, ceux-ci ne vont pas jusqu'à demander une participation active aux choix concernant leur prise en charge.

*« On doit avoir le temps pour bien discuter avec le malade et lui donner toutes les explications, malheureusement nous n'avons pas le temps ». Un professionnel de santé*

*« Il faut recruter des conseillères sociales pour s'occuper des personnes démunies. » Un professionnel de santé*

*« Respecter le malade, ses conditions sociales et financières ainsi que son état de santé ». Un professionnel de santé*

## ORIENTATIONS

### O1. Eduquer pour changer les mentalités et se donner les moyens pour la mise en œuvre

Il faut renforcer la formation des personnels de santé pour améliorer ses attitudes, sa qualité relationnelle, ses pratiques et sa communication afin de respecter la dignité de l'utilisateur et du malade. La promotion et le renforcement des fonctions d'écoute, d'assistance sociale et de gestion des plaintes doivent y être associés. La formation des professionnels de santé doit associer les connaissances et compétences requises pour ce volet comportemental. De même, l'entraide et la tolérance entre malades sont à promouvoir comme valeurs de notre système de santé.

### O2. Impliquer le patient dans la prise de décision et rendre l'information plus accessible

L'accès du citoyen à l'information et sa participation active dans les différentes étapes de sa prise en charge ainsi que son implication dans l'évaluation et la gestion des structures sanitaires complètent l'approche centrée sur le patient.

Cette implication est essentielle au système de soins centré sur le patient. Elle transforme la relation paternaliste médecin patient en un partenariat. Cela requiert une information claire, adaptée et objective du patient ainsi qu'une culture d'autonomie et d'auto-prise en charge.

L'information n'est qu'une des conditions nécessaires à la participation du patient à la prise de décision concernant sa maladie et son traitement. Cela nécessite un changement culturel profond.

### O3. Donner une voix : Développer des mécanismes pour que l'utilisateur puisse exprimer sa satisfaction (ou insatisfaction) et s'assurer que sa voix soit entendue

La mise en place de procédures d'évaluation, la diffusion des résultats ainsi que l'implication des usagers dans la politique de gestion des structures sanitaires renforceront le rôle central du patient.

### O4. Réhabiliter les structures sanitaires

Le respect de l'utilisateur nécessite l'amélioration des conditions physiques de l'accueil des usagers et des malades : locaux et environnement. La disponibilité des examens complémentaires courants nécessite l'élargissement des équipements de proximité. Un parc ambulancier renforcé par des ambulances équipées (SAMU), en particulier dans les régions et hôpitaux éloignés, est de nature à faciliter les références et contre références et améliorer les performances du parcours de soins.

Le fonctionnement quotidien des centres de soins, des horaires d'ouverture prolongés, adaptés à la disponibilité des consultants, des consultations sur rendez-vous participent au recadrage du système de soins autour du patient.

La capacité ou la préparation des prestataires de soins à s'engager dans des interactions efficaces avec les patients dépend en grande partie de leurs connaissances, attitudes, et compétences. Le point essentiel dans le concept des soins centrés sur le patient est la capacité du prestataire de voir le patient comme une personne unique, de veiller à son confort physique, de maintenir un regard positif inconditionnel à son égard, d'établir une relation efficace et trouver un terrain d'entente en ce qui concerne les plans de traitement.

## CHANTIER 4 : OFFRIR DES SOINS DE PROXIMITE ET ASSURER LA COORDINATION ET LA CONTINUITE DES SOINS

### INTRODUCTION

Les citoyens formulent une demande claire pour rapprocher les services de santé de leur lieu de vie (soit le domicile soit le lieu de travail). Cette demande est généralement associée –pour les citoyens– à la révision de la carte sanitaire et au renforcement quantitatif des soins spécialisés dans les régions. Pourtant, la littérature internationale met d’abord en avant des solutions de type «organisationnelles» pour assurer de véritables services de proximité, répondant aux besoins de santé.

En effet, les soins de santé primaires doivent pouvoir répondre à environ 90% des problèmes de santé et constituer la porte d’entrée dans le système. Leur définition a été donnée dans la déclaration d’Alma Ata (1978). La Tunisie s’est engagée sur les valeurs et principes préconisés par cette déclaration et a mis en œuvre, à cette fin, la réforme des soins de santé de base, et en particulier le programme des circonscriptions sanitaires. Les soins de santé primaires recouvrent les soins de santé ambulatoire directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et communautaire. Ils s’intéressent à l’individu dans son contexte familial et social. Ils devaient se caractériser par la continuité, la globalité, la coordination et la permanence. Ils combinent prévention, soins curatifs et réhabilitation.

Ces caractéristiques sont plus que jamais attendues, maintenant, dans le système de santé tunisien, en particulier pour répondre aux défis spécifiques dans les zones intérieures du pays, et face aux maladies chroniques et handicaps. Pour nos citoyens, de plus en plus souvent âgés ou souffrant de maladies chroniques, plus de coordination et de suivi pour leurs soins ambulatoires sont nécessaires.

**Soigner en proximité, c’est donc le défi de la décennie si l’on veut réellement concrétiser le droit à la santé.**

### CONSTATS

Les définitions et les approches organisationnelles de l’exercice médical ambulatoire en Tunisie (dans les CSB, les consultations hospitalières, ou dans les cabinets de libre pratique) ne permettent actuellement pas de répondre aux besoins de santé de proximité tels qu’ils sont exprimés par les citoyens tunisiens. Ce ressenti est exacerbé par les difficultés pour la prise de rendez-vous pour consultations ou examens spécialisés (nécessitant généralement un déplacement uniquement à cet effet) et le transport parfois dans des conditions difficiles (et onéreux) vers les centres régionaux.

Un des messages principaux qui ressort du diagnostic de situation – à travers de multiples rencontres avec les usagers du système de santé dans les différentes régions de Tunisie– est le suivant : « *je suis perdu* ». Le patient en quête de soins doit « *trouver son chemin seul* » et n’est pas outillé pour ; il a des difficultés à s’orienter

dans ce système qui s'impose à lui. Cela a pour conséquence un retard ou une discontinuité dans le traitement mais aussi des gaspillages de temps et d'argent pour les usagers ainsi que pour le système.

L'échelonnement des soins (hiérarchisation) n'est pas toujours mis dans la pratique. Les patients s'adressent directement à la deuxième ou troisième ligne (à travers les urgences ou le « favoritisme ») soit car les services sont peu accessibles au niveau des services de santé de base (par exemple à cause des horaires d'ouverture très restreints), soit par manque de confiance dans les soins de base (étant actuellement moins valorisés). Cela résulte en un encombrement des urgences des hôpitaux régionaux et en un détournement des hôpitaux universitaires de leurs missions de recherche et d'excellence.

En outre, le manque de coordination entre les niveaux et entre les secteurs de soins (public et privé) entraîne une discontinuité des soins. Il n'y pas de suivi de la part du médecin généraliste (réfèrent); sa responsabilité s'arrêtant souvent à la rédaction de la lettre de référence. A contrario, nombre de médecins généralistes rencontrés se sont plaints de ne pas être informés en retour par le médecin spécialiste des résultats des examens ou traitements et du suivi à faire. Plus généralement, les professionnels de santé ont –tout comme les usagers– relevé le problème de la communication entre eux et avec le patient. Ils ont évoqué dans ce sens l'importance de travailler en réseau et de la collaboration interprofessionnelle. Ceci n'est cependant pas encore établi de façon formelle en Tunisie.

## ORIENTATIONS

Les solutions proposées par les citoyens reposent sur la réorganisation des mécanismes de prise de rendez-vous ou sur l'utilisation des technologies de l'information pour le partage du dossier patient. Ces solutions « opérationnelles » sont nécessaires. Cependant, leur mise en œuvre et leur impact potentiel restera limitée (au mieux) si elles ne reposent pas sur une nouvelle vision du système de santé, dans laquelle chacun connaît son rôle –et en est redevable– pour répondre de manière globale aux besoins de santé de ses usagers.

*« Il faudrait assurer des centres/cellules d'information par un N° vert disponible 24h/24 ». Un citoyen*

Un système de santé proche du patient requiert un important changement de culture et une vaste restructuration. Il implique de procurer aux prestataires de services de santé les outils et la confiance nécessaires pour y adhérer sans crainte. Les soins de santé de proximité ainsi que les systèmes de référence doivent se soutenir mutuellement, en faisant appel aux personnels de santé préparés socialement et techniquement (Déclaration d'Alma Ata, Conférence d'Ottawa sur la promotion de la santé, Objectifs santé 2020 région OMS Europe, OMS Comblent le fossé en une génération).

Les expériences internationales en matière de soins de proximité se déclinent selon des modalités très diverses, certaines coexistant parfois au sein d'un même pays sans pour autant toujours être véritablement liées entre elles. Nous pouvons citer par exemple, les expériences de mécanismes d'ajustement mutuels (tels que pour le partage de l'information), de maisons de la santé (ou maisons médicales), de réseaux de santé, et de pôles de santé.

## O1. Lancer un signal fort : valoriser les « services de proximité »

Le repositionnement de la circonscription (CSSB, hôpital de circonscription ou centre de santé intermédiaire, hôpital régional) suppose avant tout un signal fort indiquant un changement de paradigme. Les termes « première ligne », « hiérarchie » de soins, ou soins de base » amènent à une dévalorisation car ces termes sous-tendent l'idée d'une « barrière » pour des soins plus « qualifiés ». L'organisation des études médicales, tendait à la même dévalorisation du médecin généraliste. La récente réforme des études médicales offre une avancée majeure à ce propos, en consacrant la « médecine de famille » comme une spécialité à part entière. Nous proposons donc de préférer l'utilisation du terme « services de proximités ». La définition des « services de proximité » devra être bien comprise et articulée à travers un dialogue avec les citoyens. Une adaptation locale en fonction des besoins propres aux différentes communautés pourrait être envisagée, dans le cadre d'une autonomie accrue du niveau local et régional, du renforcement de la participation citoyenne à ces niveaux, et également d'une responsabilisation pour la prise en charge d'une « population » et l'atteinte de résultats en terme de recours des services de santé, de parcours de soins, de mécanismes de coordination à travers la filière de soins, et de résultats de santé publique.

## O2. Mettre en place des équipes multidisciplinaires de soins de proximité, développer et valoriser la pratique de la médecine de famille, responsabiliser les médecins et équipes de première ligne dans la gestion des cas

**Il est essentiel d'identifier le référent et premier responsable du citoyen-patient au niveau des soins de proximité**

Le médecin généraliste doit être le médecin responsable du patient et le médecin référent, assurant la continuité des soins et l'efficacité du parcours de soins. Le médecin de famille constitue un point d'ancrage pour le patient et pour sa famille : maladies chroniques, pathologies aiguës, suivi et prévention. Cela améliore la satisfaction et la qualité de vie des patients, diminue le recours aux tests diagnostiques et les transferts, ainsi que le risque de complications dans les maladies chroniques. La continuité des soins par un même médecin est un facteur clé de la satisfaction du patient, ce qui implique une modification du fonctionnement des structures de proximité. Le maintien d'un accès libre constitue aussi un défi d'organisation. L'identification d'un coordinateur de soins facilite la communication entre les pourvoyeurs de soins. Ce rôle peut être assumé par un membre de l'équipe non médecin, de même que celui des visites de suivi à domicile.

Sur la base de nombreuses expériences internationales, il est actuellement formellement prouvé que la prise en charge coordonnée par un médecin de famille améliore les prestations et la satisfaction des patients, diminue le recours aux spécialistes, et diminue les coûts de traitement. Les visites à domicile effectuées par des assistants sanitaires allègent la charge de travail des médecins.

### O3. Revoir la carte sanitaire et autoriser au citoyen l'inscription auprès d'un CSB de son choix

**Le libre-choix d'inscription auprès d'un prestataire de service de santé entraîne une compétition par la qualité, à condition que des garde-fous et incitants à la performance soient mis en place**

Les citoyens formulent une demande claire pour rapprocher les services de santé de leur lieu de vie (soit le domicile soit le lieu de travail). Cette demande est généralement associée –pour les citoyens– à la révision de la carte sanitaire qui reste calquée à la carte administrative. Ceci est source de contraintes géographiques d'accès aux soins ainsi que des contraintes en rapport avec le libre choix du centre référent par le patient.

### O4. Établir des mécanismes de coordination entre les différentes structures de soins (ententes ou intégration en réseaux)

L'ouverture des centres de soins de base aux spécialités essentielles, requises les plus fréquemment : maladies chroniques les plus répandues, pédiatrie, gynécologie ainsi qu'aux examens complémentaires basiques améliorera de beaucoup l'accessibilité.

Le fonctionnement en réseau entre les CSB et les spécialistes de la « seconde ligne » coordonné par un référent responsable du patient permettra une prise en charge continue du patient. Pour parvenir à la mise en réseau, la définition claire des missions, rôles et responsabilités des différents prestataires de soins est un pré-requis indispensable. Les mécanismes de suivi et d'évaluation de la performance des prestataires, le financement et les normes en personnel et équipement seront alignés à cette définition. Ensuite, il faudra développer des mécanismes d'ajustement mutuels (pour l'échange d'information, pour l'organisation du parcours de soins, pour le renforcement des capacités du personnel, etc.). Ils pourront se traduire en ententes formelles. Un cadre législatif et réglementaire doit régir le fonctionnement en réseau des structures.

Le recours à la télémédecine diminuera aussi les déplacements du patient. Enfin, la mise en place d'un système de transport sanitaire efficace et disponible est indispensable.

### O5. Mettre en place des mécanismes pour que le prestataire référent puisse répondre aux soins de santé de son patient, y compris dans le secteur privé si nécessaire

Le secteur privé peut offrir des solutions pour améliorer l'accès aux soins de qualité en tenant compte des aspects géographiques, temporels et des spécificités de chaque région. La contractualisation ouvrira le champ des possibilités pour que le prestataire référent puisse organiser une prise en charge globale et rapide pour son patient. Il s'agit en effet, de faire profiter les citoyens dans certaines régions, de compétences présentes dans le privé et manquantes dans le public et d'ouvrir les structures publiques à des médecins du privé dans des régions où des structures de soins privés n'existent pas.

## O6. Rationaliser les parcours de soins

**Les approches utilisées pour rationaliser les parcours de soins consistent en la définition de chemins cliniques et l'optimisation des consultations (« max-packing »)**

La définition du parcours de soins, en particulier pour les maladies chroniques, aboutira au regroupement des consultations et examens complémentaires spécialisés par le travail en équipe multidisciplinaire autour du médecin généraliste référent.

*« Il faut renforcer et mettre à niveau la première ligne (circonscription) ce qui permettra de soulager la 2ème et 3ème ligne, développer des pôles régionaux pour garantir l'accès à un panier large de services. Il faut aussi rapprocher les services des urgences, en les renforçant par des laboratoires et la radio ». Jurys citoyens*

## O7. Développer de nouveaux services pour une prise en charge globale des plus vulnérables (personnes vivant en zones éloignées, handicapés et malades chroniques)

Les soins de proximité comprennent également les visites et soins à domicile pour les personnes à mobilité réduite, âgées ou gravement malades, par des équipes mobiles. De même, des salles de soins infirmiers, et des consultations ambulatoires sont proposées pour les habitants des zones rurales éloignées. Un soutien psychologique et matériel doit être apporté aux personnes prenant en charge à domicile un membre de leur famille handicapé ou gravement malade.

## O8. Développer des outils et procédures pour assurer la continuité de l'information (dont la gestion du dossier)

Les données du patient doivent être regroupées dans un dossier unique, accessible au patient bien sûr mais aussi à tous les pourvoyeurs de soins s'occupant du patient, l'objectif étant le dossier unique informatisé, associé à une carte magnétique. La mise en place d'un réseau informatique au sein de tous les établissements et entre les structures de soins renforcera le fonctionnement en réseau et facilitera les contacts entre le patient et l'équipe de soins. La nécessité de déplacement pourra aussi être réduite par la mise en place de numéros de téléphone destinés à l'information et à la gestion des cas d'urgence, un médecin proposant la prise en charge adaptée et assurant l'organisation du transport si nécessaire.

## CHANTIER 5. ETABLIR DES MECANISMES POUR LE RESPECT DE L'ETHIQUE PROFESSIONNELLE ET POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

### INTRODUCTION

**L'amélioration de la qualité est un axe primordial de l'amélioration du rendement du système**

Tous les pays cherchent des façons pour améliorer le rendement de leur système de soins, c'est-à-dire de produire de meilleurs résultats tout en contrôlant ou réduisant les coûts. Par le passé, l'emphase a été mise principalement sur le contrôle des coûts.

Cependant la présence d'un cadre éthique de la santé est un préalable indispensable à toute demande de contrôle ou d'amélioration technique ou de sécurité de soins. En effet, l'évolution des technologies dans le domaine de la santé et l'impact direct et indirect sur les coûts des soins impliquent une démarche éthique rigoureuse consentie et contrôlée. En Tunisie le comité national d'éthique a été créé en 1991.

Il est aussi de plus en plus évident qu'il existe de très grandes variations dans les pratiques et la performance des organisations et des professionnels. Il a aussi été abondamment documenté que les erreurs peuvent être fréquentes et peuvent avoir des effets délétères sur les résultats de soins. De plus en plus d'importance est donc maintenant accordée à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins comme stratégie primordiale d'amélioration du rendement des systèmes de santé<sup>6</sup>.

La *qualité* dont il est question sous ce chantier est essentiellement de nature technique<sup>7</sup> : s'assurer que les patients reçoivent la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques la plus appropriée à leur condition et qui leur assurera le meilleur résultat possible au moindre risque iatrogène en accord avec l'état actuel de la science médicale. En d'autres mots, faire ce qu'on peut faire de mieux et bien le faire de façon à accroître la sécurité et l'efficacité des soins et par conséquent ultimement le rendement du système de soins. Les autres dimensions de la qualité sont traitées sous les divers chantiers. La réactivité, par exemple, fait l'objet du chantier 3.

L'amélioration de la qualité technique dans un système complexe de soins nécessite une stratégie multi-niveaux<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Ferlie E.B., Shortell S.M. (2001). Improving the quality of care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79 (2) : 281-315

<sup>7</sup> Donabedian A. (1988). The quality of care : How can it be assessed ? *JAMA* 260 (12) : 1743-1748

<sup>8</sup> Ferlie and Shortell, op.cit. ; Legido-Quigley H. et al (2008). *Assuring the quality of care in the European Union*. WHO European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series no 12

**C'est en déployant des initiatives simultanément aux niveaux macro du système, méso des établissements et micro des professionnels qu'on peut s'attendre à avoir un impact significatif et durable sur l'amélioration de la qualité.**

La littérature scientifique indique aussi très clairement que le succès des initiatives d'amélioration de la qualité des soins nécessite certaines conditions essentielles, et ce, aux trois niveaux d'action : un leadership fort, un engagement stratégique clair et des stratégies délibérées, la promotion d'une véritable culture de la qualité, l'engagement des médecins et des ressources suffisantes.

## CONSTATS

En Tunisie, l'évaluation régulière de la qualité technique des soins n'est pas formalisée de manière systématique. La mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité des soins a été un processus évolutif et dans ce sens, un certain nombre d'initiatives méritent d'être citées depuis les années 1980-90 à savoir : études normatives sur l'évaluation de la qualité des soins (audit médical) à Tunis et expériences des « équipes qualité » en première ligne à Sousse ; « élaboration d'indicateurs de fonctionnalité des circonscriptions sanitaires » et indicateurs de qualité en SMI ; système de « monitoring » des programmes de santé dans les CSB et comités de décès à l'échelle régionale et nationale pour la réduction de la mortalité maternelle ; programme de mise à niveau des structures publiques de santé et Programme National de « Gestion de la Qualité Totale » (DGS-MSP). Plus récemment des initiatives de Certification sont en cours à l'échelle de certains services et structures de santé (essentiellement privées), du fait notamment de l'ouverture du pays à l'exportation des services de santé, et ceci par le Conseil National d'Accréditation (TUNAC) ; le TUNAC a en effet pour mission d'évaluer et accréditer les organismes d'évaluation de la conformité (laboratoires, organismes d'inspection et de certification) mais ne certifie pas directement les structures de santé.

Une avancée notoire est certainement la récente création de l'Instance Nationale de l'Accréditation en Santé (INASanté) en 2012<sup>9</sup>, un organisme indépendant qui a pour mission de promouvoir la qualité des services de santé à travers l'évaluation externe du fonctionnement des établissements de santé et de leurs prestations et qui devrait pouvoir procéder à l'accréditation des structures de santé publiques et privées dans un horizon proche.

Il demeure que dans les consultations effectuées dans le cadre du dialogue sociétal, certaines inquiétudes sur la qualité technique ont été soulignées, notamment l'absence de normes de qualité et de sécurité du patient dans son parcours de soins qui n'est d'ailleurs pas standardisé, l'absence de mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et la lenteur de la réactivité devant les insuffisances techniques et humaines. Les jurys citoyens ont tenu à souligner l'importance de renforcer et d'assurer la sécurité des soins et de renforcer la formation continue du personnel de la santé.

---

<sup>9</sup> Décret n ° 2012-1709 du 6 Septembre 2012

## ORIENTATIONS

### O1. Renforcer et pérenniser l'accréditation des établissements

Au niveau national, une première stratégie sera de poursuivre le développement de l'INASanté dont le rôle d'accréditer à terme les établissements de santé publics et privés en Tunisie, constitue une garantie de qualité et de sécurité pour les citoyens et répond aux demandes de plus en plus pressantes des organismes financeurs (CNAM et autres) devant la complexité et le coût croissant de la prise en charge des pathologies chroniques et dégénératives et du fait également de l'orientation du pays vers « l'exportation des services de santé ». Il est essentiel maintenant de consolider cette institution et d'assurer la pérennité du processus d'accréditation des établissements de santé en Tunisie. Il sera aussi important pour l'INASanté d'étendre son rôle au-delà de l'accréditation et de devenir un organisme qui peut guider et fournir un appui concret aux établissements de santé pour s'engager dans des initiatives d'amélioration de la qualité.

### O2. Développer l'évaluation des technologies de santé ou « Health Technology Assessment » (HTA)

Il est aussi important de bénéficier au niveau national d'un appui à la prise de décision sur le maintien, l'adoption et la diffusion de technologies de la santé incluant non seulement les équipements et les médicaments mais aussi les pratiques et l'organisation des soins. Cet appui a été confié à l'INASanté qui a également pour mission l'émission d'avis en toute indépendance, transparence et impartialité sur les technologies de la santé en tenant compte du coût, de la rentabilité, de l'impact sur la santé publique et sur les autres composants du système de santé. L'indépendance des avis et des recommandations sera garantie par le choix des experts, la représentativité professionnelle, la collégialité dans la prise de décision et la mise en place d'une veille déontologique. Ces évaluations seront demandées par les décideurs dans les départements et institutions concernés. Il sera donc important de développer les capacités non seulement au niveau de l'élaboration de ces analyses mais aussi au niveau des « demandeurs » pour l'intégration effective de ces avis dans la prise de décision sur les politiques et programmes.

### O3. Mettre en place des structures et mécanismes d'appréciation et d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé

Les établissements de santé doivent être amenés à adopter des structures et processus appropriés pour l'amélioration de la qualité. Ces structures et mécanismes peuvent varier selon les caractéristiques des établissements. Au-delà des structures, dans tous les cas il est essentiel que l'amélioration de la qualité devienne une priorité stratégique des établissements. Il est aussi essentiel de s'assurer d'y renforcer la culture de la qualité. Des incitants devront être mis en place à cette fin et concerne la gouvernance (chantier 7) et le financement (chantier 8).

### O4. Élaborer, diffuser des protocoles de soins standardisés et suivre l'adhérence des professionnels à ces protocoles

Plusieurs sociétés savantes et institutions publiques tunisiennes ont déjà élaboré des consensus thérapeutiques sur un certain nombre de pathologies, parfois à la demande du Ministère de la Santé ou de la CNAM. Il est essentiel de continuer à développer de tels protocoles et guides de pratique en impliquant étroitement et largement les professionnels de la santé. Il sera aussi essentiel de planifier

soigneusement la diffusion et l'adoption de ces protocoles en ayant recours aux stratégies de modifications des comportements des professionnels démontrées efficaces. Le suivi et l'évaluation de l'adhérence des professionnels de la santé aux protocoles et guides et l'accompagnement par des mesures incitatives est indispensable pour s'assurer de leur impact. Cette orientation doit donc également être accompagnée de mesures au niveau de la gouvernance (transparence et redevabilité – chantier 7) et du financement (achat des services – chantier 8).

#### **O5. Mettre en place une stratégie nationale pour le développement des ressources humaines et encourager le développement continu de leurs compétences**

Le développement continu des professionnels de santé en Tunisie devra être valorisé dans les établissements de santé et dans le développement des carrières professionnelles dans le secteur public. Il est aussi essentiel de prévoir des mesures incitatives pour ce développement professionnel continu dans le secteur libéral. Le financement de cette formation est actuellement souvent supporté par les industries pharmaceutiques, ce qui pose potentiellement des problèmes de « conflits d'intérêts ». Les établissements de la santé devront s'assurer de prévoir, d'encourager et d'appuyer le développement continu de leur personnel. Des budgets spécifiques doivent être rendus disponibles dans le cadre d'une stratégie nationale pour la formation continue.

## CHANTIER 6. PROMOUVOIR L'EXCELLENCE ET L'INNOVATION DANS LE SECTEUR PUBLIC

### INTRODUCTION

Grâce à l'avancement des connaissances en recherche biomédicale d'une part et le développement des nouvelles technologies d'information et de communication (TIC) d'autre part, les avancées technologiques et scientifiques s'accroissent dans le domaine de la santé et permettent d'atteindre un plus haut niveau de qualité et de sécurité des soins. Ce contexte d'évolution rapide exige une quête perpétuelle de nouvelles performances visant l'excellence, et une dynamique de renouvellement des pratiques de soins visant l'innovation. Un peu partout dans le monde, cette mission est confiée à la médecine académique du secteur public qui constitue la locomotive de cette course vers l'excellence et l'innovation à travers ses trois fonctions de soins, d'enseignement et de recherche. Les structures universitaires de santé sont donc appelées, non seulement à promouvoir l'excellence et l'innovation dans chacune de ces trois fonctions, mais aussi à assurer une véritable synergie qui intègre ces trois fonctions à travers les professionnels concernés.

**«C'est à partir de l'acteur, l'individu, que l'intégration des fonctions de soins, d'enseignement et de recherche pourront véritablement se réaliser au sein des CHU »<sup>10</sup>.**

Ce facteur humain, point fort du secteur public en Tunisie<sup>11</sup>, fait que malgré les problèmes dans lesquels se débattent les structures universitaires de santé, quelques exploits sont de temps en temps notés. Viser l'excellence et l'innovation dans les soins, la formation et la recherche, serait certes un long chemin à faire en Tunisie, mais incontournable pour revaloriser le secteur public et lui rétablir la confiance du citoyen et du professionnel.

### CONSTATS

A l'instar de tous les chantiers, construire sur les acquis est également la devise de ce chantier. En effet, après l'indépendance, les pionniers de la médecine tunisienne ont formé le noyau de la médecine académique en Tunisie avec la création des facultés et des centres hospitalo-universitaires correspondants. Durant cette période la médecine tunisienne s'est distinguée par des réalisations multiples qui ont eu un impact sur la santé du pays en matière de soins, de prévention et de médecine de pointe<sup>12</sup>.

Cependant, au cours de ces dernières années, la dégradation vertigineuse du secteur public, l'insuffisance et l'absence de coordination entre les trois lignes de soins, la concentration des centres universitaires de santé sur la région côtière,

---

<sup>10</sup> Champagne F. et al. (2004) les enjeux de développement de la médecine académique. Rapport du groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal, faculté de médecine.

<sup>11</sup> Jurys citoyens (groupe 4)

<sup>12</sup> Bergaoui M. (2010) Médecine & Médecins de Tunisie - Edition Berg

l'encombrement qui en découle et le manque d'attractivité des professionnels de la santé par le secteur public ont été à l'origine de l'incapacité des structures hospitalo-universitaires d'assurer la synergie entre les trois fonctions de soins, d'enseignement et de recherche<sup>13</sup>. Cette situation a provoqué une déviation progressive des vocations principales de ces structures et a freiné leur intégration dans une dynamique d'excellence et d'innovation dans les trois champs d'action; les soins, la formation et la recherche.

## ORIENTATIONS

Des rencontres régionales avec les citoyens et les professionnels, ainsi que les jurys citoyens ont émergé des orientations de réforme visant la redynamisation du secteur public pour rattraper le rendez-vous de l'excellence et de l'innovation. Il s'agit notamment de :

### O1. Assurer d'abord les préalables visant la qualité et la continuité des services de soins dans le secteur public

La promotion de l'excellence et de l'innovation dans le secteur public nécessite au préalable, ou en parallèle, le développement des axes de réforme précédents visant la qualité, la continuité des services de soins et la coordination entre les différentes lignes, afin que les structures académiques puissent assurer leurs missions de formation, de recherche et de soins spécialisés de pointe<sup>14</sup>.

*« Les hôpitaux régionaux doivent jouer leur rôle, ce qui permettra de faire baisser la pression et l'encombrement dans les CHU »<sup>15</sup>.*

### O2. Valoriser la médecine académique et la recherche par des mesures incitatives de rehaussement telles que....

#### ...la reconnaissance institutionnelle de la spécificité du secteur

---

La médecine académique peut se définir comme la pratique de la médecine associée à la génération et au transfert des connaissances, ainsi qu'au développement des compétences et des techniques propres au rehaussement de la médecine. Elle repose sur trois pôles, l'enseignement, la recherche et les soins, et se distingue par une double exigence : l'excellence et l'innovation<sup>16</sup>.

En Tunisie, **il faut que les structures universitaires de santé récupèrent leur prestige et leur expertise pour pouvoir jouer le rôle de leadership dans le développement de la médecine académique.** Cette responsabilité doit relever d'un réseau impliquant tous les partenaires, en tenant compte que ce secteur constitue une articulation entre le Ministère de la Santé et celui de l'Enseignement Supérieur, dans le domaine de la recherche comme dans celui de la formation. La spécificité du secteur nécessite une reconnaissance institutionnelle avec les retombées incitatives qui en découlent.

---

<sup>13</sup> Rapport de diagnostic de situation (Dialogue Sociétal)

<sup>14</sup> Conclusions du Jury citoyen (groupe 2)

<sup>15</sup> Rendez-vous de santé régionaux (professionnels)

<sup>16</sup> Champagne F. et al. (2004) les enjeux de développement de la médecine académique. Rapport du groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal, faculté de médecine.

*"Il faut réviser les statuts des professionnels de la santé", "il faut bien payer les professeurs pour qu'ils s'occupent mieux de la formation et se passer de l'APC"*

Conclusion des jurys citoyens

### **...la promotion et la valorisation de la recherche**

---

La recherche médicale est l'une des missions fondamentale confiée à ces structures dans tous les pays du monde. À cet effet, **une véritable politique publique doit être mise en œuvre pour promouvoir la recherche** dans tous les domaines qui touchent à la santé, à la maladie, à la prévention, aux pratiques et aux interventions. Cette recherche doit avoir tendance à s'organiser sous forme d'équipes multidisciplinaires et à partir de grandes thématiques qui touchent les priorités sanitaires du pays. La valorisation de l'excellence dans cette mission doit faire partie intégrante de cette politique en mesurant la performance de la recherche. Ces mesures doivent tenir compte de l'excellence organisationnelle, du rayonnement académique et de la valeur de la production scientifique. D'où la nécessité d'instaurer des mécanismes d'Intéressement par performance de la production scientifique.

### **...la valorisation de l'excellence dans la mission de formation**

---

À partir des bases de compétences requises des professionnels de la santé au terme de leur formation initiale, il convient de mettre en place des systèmes de récompense de l'excellence pédagogique des unités de formation. Ces compétences doivent permettre au professionnel de la santé d'améliorer la qualité, de rester centré sur le patient, de maîtriser les outils informatiques, se baser sur les données probantes et travailler en équipes pluridisciplinaires.

### **...le développement du système d'information et de communication (TIC) dans l'organisation des activités de soins, de formation et de recherche**

---

Les problèmes de communication et d'information dans le système de santé en Tunisie ont été largement soulevés lors de toutes les étapes du dialogue sociétal. Tous les intervenants ont insisté sur la nécessité de saisir l'opportunité du développement des TIC pour améliorer la situation notamment dans l'organisation du parcours des soins.

Les nouvelles technologies ont un impact sur l'organisation de la pratique clinique (ex : informatisation des dossiers médicaux, accès aux systèmes d'information relatifs à l'efficacité des interventions, système informatique permettant de tenir à jour les guides de pratique et les protocoles de soins, possibilités d'interaction professionnelle à distance via internet, télémédecine, etc...) et sur les méthodes de formation des étudiants (simulation de cas pratiques et standardisés, formation interactive sur internet, etc..). À cet effet, l'implantation des TIC comme soutien organisationnel, constitue un élément incitatif de taille pour le rehaussement de la médecine académique.

## **O3. Consolider les pôles universitaires de santé par :**

### **Les pôles universitaires de santé inter-régions**

---

La concentration des structures universitaires de santé sur la région côtière et leur incapacité de faire face au flux de patients provenant des régions de l'ouest et du sud du pays est un fait marquant. Ce constat couplé toujours au problème transversal de disparités régionales notamment en matière de répartition des médecins

spécialistes, a été aussi rattaché à l'immobilisme de la médecine académique en Tunisie, qui reste centrée sur les facultés de médecine et les CHU existants et non pas sur le patient et son territoire.

*« Répartir équitablement les pôles universitaires » Un citoyen*

*« Veiller à ce que le 3<sup>ème</sup> niveau soit accessible à tous » Un citoyen*

Le renforcement des structures universitaires de santé actuelles s'avère nécessaire pour les décongestionner et assurer une répartition plus adéquate sur tout le territoire dans les trois dimensions de la mission de la médecine académique:

1. Les soins : répartir de façon équitable l'offre de soins tertiaires et quaternaires et les services de diagnostics spéciaux sur tout le territoire du pays.
2. La formation : créer d'autres milieux de formation susceptibles de fournir aux étudiants une exposition suffisante à une variété d'écoles et d'expériences cliniques territoriales propice au développement des compétences qui font un bon professionnel.
3. La recherche : diversifier les milieux de recherche en rapport avec les priorités et les spécificités sanitaires des régions.

*« Créer des pôles médicaux interrégionaux » Un citoyen*

*« Penser à des pôles universitaires plutôt qu'à des hôpitaux universitaires » Un professionnel*

*« Impulser le partenariat entre les hôpitaux universitaires et régionaux » Un citoyen*

L'approche par inter-région (grande région : Nord, Centre et Sud) renvoie au concept de **mise en réseau**<sup>17</sup> intégrant dans chaque région :

- Les structures universitaires de santé existantes,
- Les hôpitaux régionaux consolidés par les services de base et renforcés chacun d'une unité thématique universitaire de santé, multidisciplinaire et complémentaire l'une par rapport à l'autre entre gouvernorats limitrophes (exemples de thématiques : mère et enfant, carcinologie, santé mentale et neurologie, cœur et thorax, etc...),
- Les facultés et les institutions de formation des professionnels de la santé. Ce qui suppose que cette évolution nécessite parallèlement le développement des collaborations universitaires idoines. Ce concept rentre parfaitement dans le cadre de la responsabilité sociale des facultés de médecine<sup>18</sup> que les facultés de médecine tunisiennes ont parfaitement adopté et ont concrétisé sous forme d'un projet d'action intitulé: " contrat faculté-territoire"
- Les établissements privés et les cabinets privés, éventuellement.

## La formation médicale en régions

---

Cette approche interrégionale ménageant des territoires de santé universitaire est cohérente avec le principe de la formation médicale en régions fortement demandée

<sup>17</sup> Cordier A. (2013) Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations (France)

<sup>18</sup> Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine

<http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-gcsa-french-pdf-style.pdf>

dans certaines régions du pays en réponse à la pénurie des ressources humaines et comme moteur de développement régional<sup>19</sup>.

En effet, ce concept de mise en réseau sous forme de pôle hospitalo-universitaire interrégional permet, non seulement de rapprocher la médecine de troisième ligne des régions de l'intérieur du pays, mais aussi de délocaliser la formation médicale dans ces régions. Ceci permet d'actionner le principal levier relatif au lieu d'installation et d'exercice, celui-ci intervenant dans la grande majorité des cas (80%) dans la même région de formation<sup>20</sup>. Les étudiants exerceront le plus souvent dans la région où ils ont été formés et plus particulièrement où ils ont effectué leur troisième cycle de formation. Des expériences de ce concept dans certains pays (Canada, Australie, etc.) ont montré son efficacité.

Selon l'expérience mondiale il existe plusieurs types de délocalisation de la formation médicale dans les régions, sous forme de campus délocalisés, tels que :

- Programme entièrement délocalisé.
- 1er cycle au campus central et le reste de la formation au campus délocalisé.
- Programme partiellement délocalisé (Années précliniques, externat et résidanat).

#### O4. Améliorer les conditions de travail des professionnels, soigner les locaux et assurer la disponibilité des équipements

L'environnement de travail constitue un facteur important dans la fidélisation des professionnels de la santé et les caractéristiques de l'environnement de travail affectent la qualité des soins, tant directement qu'indirectement<sup>21</sup>.

*« Encourager les ressources humaines », « motiver les professionnels matériellement et moralement », « réviser les statuts des professionnels de la santé », « Assurer la maintenance des bâtiments et des équipements » ;*

Toutes ces citations des rendez-vous de la santé avec les professionnels ainsi que lors des jurys citoyens convergent vers l'objectif de fournir des environnements de travail attractifs et stimulants, créer les incitants qui encouragent à choisir et garder une profession de santé et de fournir des conditions qui permettent aux travailleurs de la santé des performances efficaces.

Les facteurs qui influencent l'environnement professionnel sont multidimensionnels et souvent interdépendants. L'amélioration de la rémunération est l'une des options évidentes. Cependant, les augmentations de salaire, à elles seules, ne sont pas la solution étant donné que d'autres facteurs s'avèrent au moins aussi importants tels que :

- La sécurité au travail,
- L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle,
- La qualité du milieu de travail avec des locaux convenables entretenus et un équipement adéquat et disponible,
- Le développement professionnel continu pour progresser et apprendre.

---

<sup>19</sup> Rendez-vous de santé régionaux (citoyens)

<sup>20</sup> Cordier A. (2013) Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations (France)

<sup>21</sup> Wiskow C. et al (2010) Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé? OMS Pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

## O5. Valoriser le développement professionnel continu pour promouvoir une culture d'excellence et renforcer le sentiment d'appartenance du personnel de santé publique

Dans tous les rendez-vous de la santé avec les professionnels de la santé et dans toutes les régions de la Tunisie, le besoin du développement professionnel continu est à chaque fois exprimé par les professionnels comme un cri d'alarme et de frustration ;

*« Le personnel souffre du manque de formation continue et de l'ouverture des horizons » Un professionnel.*

*« Renforcer la formation continue pour le personnel de santé » Un citoyen*

*« Formation continue de tous les cadres (toutes catégories) » Un professionnel*

Venant des professionnels eux-mêmes, de telles citations ne font que rassurer sur leur motivation et leur degré d'engagement pour rejoindre une dynamique d'amélioration et d'excellence. Ce développement professionnel continu vise à promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge, d'accueil et de communication tout en rappelant les bons fondements de l'éthique professionnelle.

## CHANTIER 7. REFORMER LE SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE

### INTRODUCTION

Le mode de financement des systèmes de santé est un élément essentiel de la couverture universelle car il détermine l'existence, la disponibilité et l'accessibilité économique des services de santé<sup>22</sup>. Les leviers financiers qui rendent possible la couverture sanitaire universelle touchent à trois domaines étroitement liés les uns aux autres<sup>23</sup>:

- la mobilisation de fonds pour la santé;
- la réduction des obstacles financiers à l'accès aux services moyennant le prépaiement et la mise en commun ultérieure des fonds, de préférence aux paiements directs par les usagers;
- l'allocation ou l'utilisation des fonds d'une manière qui favorise l'efficacité et l'équité.

### CONSTATS

La réforme du financement du système national de santé doit apporter des réponses précises à (au):

- L'extension de la couverture sociale aux 10 à 20%, selon les sources, de la population non couverte par aucun régime de protection sociale pour la santé et la cessation de la couverture simultanée par la CNAM et l'AMG (même si en théorie ce n'est pas accepté) de nombreux foyers. Cela nous pousse à nous poser de manière plus large la question du ciblage des programmes d'assistance sociale. Ce défi devra être relevé en priorité, pour trouver ensuite des mécanismes qui permettent d'étendre la couverture sociale à l'ensemble de la population.
- La réduction des dépenses directes de ménages qui sont estimées à 43% en 2010 et 41% en 2012 des dépenses totales de santé. Cela implique que nombre de besoins de santé ne sont pas satisfaits car inabordables et qu'une proportion élevée des ménages est exposée au risque de dépenses catastrophiques de santé et à l'appauvrissement. Les citoyens rencontrés lors du dialogue sociétal appuient l'hypothèse que la contribution directe des ménages est en grande partie explicable par des problèmes de disponibilité ou de qualité perçue des services publics de santé. Le recours aux services privés peut s'avérer très onéreux pour les affiliés à la filière « publique » mais également pour les affiliés aux filières « remboursement » ou « médecin de famille » qui auront atteint le plafond de remboursement.

---

<sup>22</sup> Organisation mondiale de la Santé. [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/fr/](http://www.who.int/health_financing/strategy/fr/)

<sup>23</sup> Organisation mondiale de la Santé. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/fr/>

Cette observation citoyenne en Tunisie est corroborée par les expériences internationales documentées dans la littérature<sup>24</sup>.

- Rationnement implicite des services, causé par une insuffisance de l'offre dans le secteur public et les difficultés financières (pour L'AMG et pour la filière « publique » de la CNAM) et autres (accès géographique, organisationnel et information) pour la population n'accédant pas au secteur privé. Ainsi, le panier de services peut paraître assez généreux par rapport aux ressources disponibles. Le sous-financement des structures publiques de santé appelle à revoir les mécanismes de paiement par l'Assurance Maladie, mais il appelle aussi à réviser le mode de partage des charges entre celle-ci et l'Etat dans le financement du secteur public<sup>25</sup>.
- Les difficultés de mobilisation de fonds liées aux taux de financement du régime de l'assurance maladie bas (fixé à 6,75% de la masse salariale) et à la non-déclaration ou sous-déclaration de l'emploi et/ou du salaire qui engendrent un manque à gagner important pour la caisse d'assurance (dans une économie avec un secteur informel important).

Le sous-financement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) est exacerbé eu égard à la transition épidémiologique et démographique (augmentation des maladies chroniques et vieillissement de la population). La pérennité financière de la CNAM est en danger face à des déficits accumulés et aux risques de dérapages financiers et appelle à une mobilisation de fonds supplémentaires de façon pérenne. La réforme de la CNAM a été appliquée de manière incomplète et une évaluation de son impact par rapport à tous les objectifs fixés est nécessaire. Celle-ci est déjà prévue dans le cadre du contrat social (une entente entre le gouvernement, le patronat et la centrale syndicale signée le 14 janvier 2013).

En matière de protection sociale, le contrat prévoit *«une révision globale de l'ensemble des systèmes de sécurité sociale à la lumière d'une étude qui sera réalisée en vue d'identifier les véritables raisons des défaillances enregistrées aux plans financiers et des services des caisses sociales dans le but d'adopter des réformes adéquates tout en préservant le niveau minimal prévu dans le système de répartition»*.

## ORIENTATIONS

### O1. Mobiliser des ressources additionnelles pour la santé

La Tunisie a consacré près de 6.3% de la richesse nationale aux dépenses de santé en 2010. Sur la période 1980-2010, les dépenses de santé sont passées de 143 à 4019 MDT et de 164.1 à 382.8 DT par habitant.

Lors des rendez-vous citoyens, les participants ont été unanimes pour reconnaître le sous-financement du secteur et pour proposer diverses formes de mobilisation de ressources additionnelles, surtout de nature fiscale et parafiscale, ainsi qu'une

---

<sup>24</sup> S.K. Mohanty and Akanksha Srivastava - Out-of-pocket expenditure on institutional delivery in India - Health Policy and Planning 2013;28:247-262; doi:10.1093/heapol/czs057

Barros and Bertoldi - Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil - International Journal of Epidemiology 2008;1-8; doi:10.1093/ije/dyn063

<sup>25</sup> Dans toutes les structures publiques relevant du ministère de la santé, l'Etat finance tous les investissements et la rémunération de la quasi-totalité du personnel. Les frais de gestion (achats et services) sont financés en majorité par les produits de la facturation à la CNAM dans les EPS et les HR et par une subvention du budget de l'Etat dans les HC et les groupements de santé de base.

utilisation plus efficiente des ressources disponibles. En appelant à la nécessité de réviser la politique fiscale et de lutter contre l'évasion pour mobiliser plus de ressources pour la santé, ils réclament plus d'équité dans la répartition des ressources entre les régions.

**Dans la Déclaration de Abuja (2001), les chefs d'Etats Africains se sont engagés à allouer minimum 15% des dépenses gouvernementales globales à la santé. La Résolution du 57ieme Comité Régionale de l'OMS pour la région EMRO indique qu'au moins 8% des dépenses gouvernementales seront attribuées à la santé.**

## O2. Revoir l'allocation des ressources pour mieux l'aligner aux priorités stratégiques entre « niveaux » et « secteurs »

Pour une utilisation plus efficiente des ressources disponibles, il est important de veiller à :

- Assurer l'allocation des ressources aux établissements de santé de manière rationnelle en s'appuyant sur des données précises (normes, carte sanitaire réelle et officielle...) pour ne pas aggraver les déséquilibres intra et interrégionaux et ne pas contribuer au flux migratoire régulier du personnel des zones défavorisées vers les zones plus aisées. Les budgets des établissements de santé sont élaborés essentiellement sur une base historique, ne tenant pas compte explicitement ni de l'activité, ni des besoins, ni de la performance. Ce mode de gestion ne promeut pas la redevabilité et la transparence ni la génération et l'utilisation de l'information pour la prise de décision et l'évaluation.
- Doter les soins de santé de base, priorité nationale et axe stratégique de la politique sanitaire visant à assurer un accès universel aux soins, des ressources adaptées aux besoins. Sur la période 1992-1996, il était prévu que le budget de fonctionnement (hors personnel) de la première ligne devait augmenter de 32 à 40%. Or, ce budget n'a atteint encore que 20% en 2012. Cela traduit une croissance moins rapide de la « première ligne » par rapport aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveaux et pose la question de « qui (CNAM/Ministère) paie pour quel services (niveaux de soins)».
- Garantir un partage des financements entre les Etablissements Publics de Santé et les Hôpitaux Régionaux (financés essentiellement par la CNAM) et les hôpitaux de circonscription et les groupements de santé de base (financés par les subventions budgétaires) selon des critères plus efficaces pour éviter les distorsions. Tous ces établissements mobilisent des ressources propres (entre 22 et 33% des recettes) mais cette charge pour la population est relativement importante dans les hôpitaux de circonscription qui sont pourtant au plus proche du citoyen.
- Réadapter les critères et les mécanismes de remboursement des dépenses de santé par la CNAM pour les secteurs public et privé afin de favoriser une dynamique harmonieuse et complémentaire pour les deux secteurs.

### O3. Revoir les mécanismes d'achat des prestataires de services pour inciter à une plus grande performance (volume, coordination, qualité, efficacité)

Le mécanisme de paiement dominant dans le secteur privé est le paiement à l'acte essentiellement pour les services ambulatoires. Ce mode n'incite ni à l'efficacité ni à la qualité, sachant que les tarifs conventionnels qui devraient être pratiqués ne sont pas respectés par la majorité des prestataires, laissant des montants de plus en plus élevés à charge du patient

Les modalités de paiements, dans le secteur public, sont très nombreuses et complexes. Les activités ambulatoires ainsi que les hospitalisations sont rémunérées sur la base de montants forfaitaires incluant les examens complémentaires (laboratoire ou radiologie) et les médicaments de la nomenclature hospitalière. Il y a actuellement autour de 350 forfaits (groupes homogènes par pathologie) qui sont différents dans les hôpitaux régionaux et dans les établissements publics de santé.

Pour tenter de maîtriser ses dépenses, la CNAM dispose de deux leviers : le forfait annuel aux structures publiques (EPS et HR)<sup>26</sup> et le plafond de remboursement des soins auquel est soumis l'affilié aux filières non publiques.

Pour inciter à plus de performance, il est nécessaire de développer des mécanismes de paiement mixtes et de rémunérer sur la base d'une meilleure connaissance des coûts réels. La révision des modes de paiement des prestataires se fera en parallèle à la révision des rôles et missions des différents « niveaux » de soins et secteurs, et de la définition de normes de bonnes pratiques et des référentiels de traitement, entre autre sur le parcours de soins et autour des trois niveaux de soins (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> lignes).

En outre, cette révision des modes de rémunération devra aller de pair avec un renforcement de la régulation pour l'application des tarifs conventionnels par tous et pour assurer le suivi des factures par la CNAM.

### O4. Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG par/dans la CNAM

La récente réforme du système d'assurance maladie engagée en 2007 a permis d'unifier les multiples régimes d'assurance maladie qui ont été créés successivement durant les cinq dernières décennies en un seul régime couvrant la quasi-totalité des assurés sociaux. La CNAM créée à l'occasion de cette réforme est chargée de gérer ce régime.

Toutefois, le système de financement reste fragmenté, avec la coexistence de deux régimes explicites (assurance maladie obligatoire et assistance médicale gratuite), trois filières de soins (filière publique, filière privée, filière système de remboursement de frais) et assurance complémentaire (mutuelles et assurance privée). Cette fragmentation limite la solidarité et augmente le coût de l'administration générale du système. En plus, elle rend extrêmement complexe l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie claire et cohérente du système de santé. Il en découle également une iniquité.

A ce sujet, les jurys citoyens du dialogue sociétal se sont montrés unanimes : ils demandent avec force de :

---

<sup>26</sup> Montant maximum payable par la CNAM, même si la facturation le dépasse.

*« Veiller à l'application du principe de l'égalité de tous les adhérents à la CNAM à travers l'instauration d'une filière unifiée qui garantit l'accès aux structures sanitaires publiques, avec la possibilité d'accéder à une filière privée en contrepartie d'un paiement d'un ticket modérateur » et à « intégrer l'AMG dans la CNAM pour consacrer les principes inscrits dans la constitution que sont la justice sociale et la santé pour tous ». Dans la perspective d'un socle unique de la CNAM, il convient de « mettre en place un système d'assurance complémentaire facultatif (non obligatoire), en contrepartie d'une augmentation de la cotisation de l'assuré social »*

Si aucun pays n'est parvenu à la couverture universelle en misant principalement sur des régimes d'assurance volontaire (assurance-maladie communautaire ou commerciale privée, par exemple), ceux-ci peuvent être utiles s'ils sont utilisés explicitement en complément de l'assurance obligatoire. Il est donc essentiel, pour progresser, de prendre en considération toutes les sources de fonds dans le cadre d'une stratégie nationale intégrée de financement de la santé<sup>27</sup>. En Tunisie, les assurances supplémentaires et complémentaires joueront un rôle important pour les services «hors» du panier couvert par l'assurance maladie obligatoire (CNAM, AMG) et pour couvrir en partie le ticket modérateur dans le privé. Cependant, jusqu'ici le rôle des assurances privées/volontaires est peu défini, en sorte qu'existent des duplications en couverture. Il est donc important de bien spécifier et définir le rôle que l'assurance volontaire devrait jouer surtout dans le contexte d'une modification des filières de la CNAM. L'assurance volontaire doit être adaptée au panier de soins et inclure les mécanismes de coparticipation.

Le régime d'assurance attendu, basé sur la solidarité sociale, présenterait les caractéristiques suivantes :

- Une caisse
- Financé à travers des cotisations sociales obligatoires, avec une possibilité de subvention de la part du gouvernement et des payeurs de fonds ;
- Offrant aux assurés un panier bien précis de soins et services dont le lien avec les cotisations devra être clair.

## **O5. Repenser la complémentarité public-privé et les mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre secteurs**

**Si l'encouragement d'un partenariat entre le public et le privé est plébiscité par les citoyens et professionnels rencontrés, ceux-ci se sont également exprimés de manière très ferme pour que le secteur public demeure le pilier du système de santé et soit redynamisé en priorité.**

La possibilité aux plus nantis de «sortir» du système public pour s'orienter directement vers le secteur privé pour tous les besoins en santé est comprise par les jurys citoyens comme une rupture de solidarité.

Cette observation est supportée par la littérature sur le sujet. Chapman souligne que les consommateurs peuvent préférer le secteur privé parce qu'ils pensent qu'ils vont accéder à une meilleure qualité de soins ou éviter les longues listes d'attente. Ces services peuvent aussi être plus accessibles. Cependant, toujours selon Chapman, l'augmentation de l'affluence tend à augmenter la demande pour le secteur privé

<sup>27</sup> Organisation mondiale de la Santé. [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/risk\\_protection/fr/](http://www.who.int/health_financing/strategy/risk_protection/fr/)

hors du secteur public ainsi que les frais sans que le secteur privé soit plus efficient ou efficace que le secteur public. La fourniture de soins par le secteur privé aux personnes pauvres n'étant pas profitable, elle nécessite un financement public, ce qui réduit les ressources disponibles pour le secteur public. Il conclut en disant que « *la tendance à la privatisation des systèmes de santé met en jeu la disponibilité équitable et l'accessibilité des structures sanitaires aux groupes vulnérables* ». Ce phénomène de diversion des ressources disponibles pour le secteur public vers le secteur privé est observé en Tunisie.

Les citoyens reconnaissent aussi la contribution spécifique et les contraintes fortes auxquelles doit faire face le secteur public : ouverts à tous les citoyens, quelle que soit leur capacité à payer (urgences disponibles 24/24, prestations de services lourds et « non rentables », etc.)

**Le financement, est un des outils pour construire la complémentarité public-privé. Celle-ci doit être également pensée de manière plus large, en termes de valeur et de gouvernance**

Un secteur privé ne saurait servir de palliatif au secteur public ; cette situation ne faisant, dans le temps, que creuser l'écart pour aboutir à une médecine à deux vitesses. Il est essentiel de trouver les moyens pour inverser cette tendance afin que les secteurs public et privé évoluent vers une réelle complémentarité.

Conduire les deux secteurs pour un partenariat nécessite :

- De repenser l'intérêt du patient et éviter les réticences de part et d'autre qui sont basées sur des préjugés et des suspicions, malheureusement renforcés par des pratiques déviantes observées, où chacun voit l'autre comme un concurrent et non comme partenaire.
- D'assurer une bonne gouvernance en levant les obstacles administratifs et législatifs, actuellement dépassés, en s'orientant vers une décentralisation, en accordant une autonomie financière et décisionnelle aux régions qui sont les mieux placées pour définir leurs besoins en ressources humaines, financières et en équipements.
- Mettre en place des mécanismes de suivi et évaluation pour prévenir les conflits d'intérêts, éviter les dérapages faisant participer ministère, ordres, syndicats mais également le citoyen qui reste le meilleur contrôleur.

D'un point de vue financement, pour assurer la complémentarité entre les services publics et privés, l'achat des services (couverts dans le panier de services essentiels) par la CNAM devra se faire sur une base raisonnable et en reconnaissant la valeur et les contraintes des secteurs. Nous avons évoqué ci-dessus les variations importantes de mécanismes d'achat par la CNAM envers le public et le privé. Ces variations ne sont pas justifiées à partir du moment où il y a une distinction claire entre frais de fonctionnement et frais d'investissement, et le rôle de chacune des parties (Ministère des Finances, Ministère de la Santé, CNAM) est bien explicité et coordonné. Les charges additionnelles supportées par le public doivent ainsi être reconnues et valorisées. Cela suppose une bonne connaissance des coûts réels et, en amont, un renforcement des systèmes d'information et de facturation.

## O6. Définir, sur base de critères objectifs, un panier de services essentiels, qui seront effectivement disponibles et de qualité pour tous

Il est donc nécessaire, au préalable, de définir de manière explicite un «panier de services essentiels»<sup>28</sup>. Un consensus entre toutes les parties (y compris des représentants de la société civile) doit être établi sur base de critères objectifs et quantifiables, portant sur le contenu du panier de soins mais aussi sur les critères d'inclusion et d'exclusion. Ces services devront être tous effectivement disponibles et de qualité, dans les institutions publiques adéquates (CSB, HC, HR, et EPS en fonction des rôles et missions de chacune). Des règles claires et simples seront également définies pour offrir au citoyen des possibilités de recours. C'est donc un engagement fort.

La couverture sanitaire universelle se décrit selon trois dimensions : les services couverts, le taux de contribution directe des ménages, et la population couverte. Parmi ces trois dimensions, le jury citoyen du dialogue sociétal, a insisté sur l'importance de prioriser la dimension « services ». L'objectif n'est pas tant d'augmenter le panier de services couverts mais de s'assurer de la disponibilité effective des services (dans le secteur public). Le jury citoyen a cependant également mis en avant la nécessité de couvrir des domaines nouveaux (ou actuellement mal couverts) tels que:

*« Les consultations à domicile pour les personnes âgées et pour ceux qui ont des besoins spécifiques » ;*

*« le renforcement du secteur de la médecine scolaire et universitaire tout en élargissant ses domaines d'interventions particulièrement en matière de santé mentale » ;*

*« Un système d'intervention et de transports urgents performant et permanent (couvrant les 24h) desservant toutes les régions du pays ».*

Ces suggestions des jurys citoyens sont corroborées par le diagnostic de situation<sup>29</sup> (besoins émergents en matière de santé).

---

<sup>28</sup> C'est l'ensemble des soins et services couverts (pris en charge) dans le cadre de l'assurance maladie.

<sup>29</sup> Santé en Tunisie , état des lieux 2014- Dialogue sociétal

## CHANTIER 8. REFORMER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SOINS

### INTRODUCTION

La saine gouvernance est un élément charnière à la fois du fonctionnement harmonieux et de la performance du système de santé tunisien et de la capacité de mettre en œuvre les réformes nécessaires pour son amélioration. Le besoin de réformer la gouvernance pour la rendre plus efficace n'est pas unique à la Tunisie ni même aux systèmes de santé. Comme l'écrivait l'OCDE,

*« ... notre façon de prendre les décisions (dans le domaine public) et de les exécuter ne suit pas le rythme des défis actuels. Là où il faudrait des politiques claires, c'est souvent le compromis qui prévaut. Là où il faudrait une action rapide et décisive, c'est l'hésitation. Il faut réagir dès aujourd'hui pour combler un déficit de gouvernance publique qui s'aggrave »<sup>30</sup>.*

La gouvernance publique est la conduite de l'action collective par l'État et son appareil technocratique. Elle comporte des dimensions politiques, économiques, juridiques et institutionnelles. Elle doit accomplir une variété de fonctions: orienter le système de façon stratégique et normative, veiller à la mise en place et au bon fonctionnement des structures et mécanismes nécessaires à sa gestion, construire et maintenir les partenariats appropriés entre acteurs et secteurs et rendre des comptes sur la performance du système.

**La gouvernance publique sert à coordonner les acteurs, secteurs et organisations ; à équilibrer les exigences de centralisation et de décentralisation ; à réconcilier les logiques technocratiques, démocratiques, professionnelles et marchandes ; et à assurer la performance du système de santé.**

La gouvernance doit s'exprimer à la fois aux niveaux macro, méso et micro<sup>31</sup>. Au niveau macro, la logique démocratique devrait dominer pour définir les grands principes organisateurs qui assurent la cohérence du système, elle devrait faire appel à une participation directe des citoyens aux décisions, et elle devrait recourir largement à la collaboration intersectorielle. Au niveau méso, celui des organisations, ce sont surtout les logiques technocratiques et marchandes qui devraient permettre de définir l'organisation et les règles de fonctionnement du système de dispensation des services, tout en tenant compte des attentes et des préférences des citoyens. Au niveau micro, celui de la gouvernance clinique, la logique professionnelle devrait s'épanouir dans un contexte de prise de décision partagée avec le patient pour assurer la prise en charge individualisée et fondée sur les connaissances scientifiques de pointe.

Une saine gouvernance est une gouvernance qui sait engager les différentes parties prenantes et arbitrer entre leurs intérêts de façon à ce qu'ils soient maximisés

<sup>30</sup> Alter R. (2012). Gouvernance publique : L'autre déficit. *L'Annuel de l'OCDE 2012* : 86-87

<sup>31</sup> Contandriopoulos A.P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, vol 20, no 2 : 191-199

(*modèle de gouvernance multipartite*), qui voient à ce que les différents partenaires restent centrés sur les objectifs stratégiques du système (*modèle de l'agence*), et qui poursuit et sait rallier les parties prenantes dans la poursuite d'intérêts collectifs supérieurs (*modèle du stewardship*). Cette dernière obligation est particulièrement caractéristique de la saine gouvernance dans le domaine de la santé étant donné la prépondérance des déterminants sociaux de la santé et l'obligation de rallier l'ensemble des acteurs de la société dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

**Le système de santé est aussi un système complexe dont la production est fondée sur la connaissance et sa saine gouvernance se doit aussi d'être intelligente (« smart governance »)<sup>32</sup>.**

Elle devra donc miser sur la collaboration intersectorielle, sur l'engagement et la participation élargie de l'ensemble des acteurs, sur l'utilisation conjointe de la régulation et de la persuasion, sur le recours à des agences indépendantes et des organes d'experts et sur les capacités d'adaptation et d'apprentissage des systèmes locaux<sup>33</sup>.

## CONSTATS

Les constats effectués dans le cadre du dialogue sociétal font ressortir des lacunes dans chacune des fonctions de la gouvernance.

- Au niveau de l'orientation et de la prospective, le système de santé souffre de l'absence d'une vision globale et d'un plan d'action inscrivant et détaillant les différentes actions envisagées dans une approche globale (soins ambulatoires/soins hospitaliers ; partenariat public/privé ; soins préventifs/soins curatifs). La mise en œuvre des programmes et des stratégies est dépourvue d'une harmonisation et d'une adéquation avec les besoins, les priorités et les spécificités régionales.
- Les structures et mécanismes de gestion du système doivent aussi être améliorés. Premièrement, la structure du Ministère de la Santé est déficiente à plusieurs égards : On constate dans l'organigramme actuel un déséquilibre frappant entre des hyper structures qui ratissent horizontalement et verticalement des compétences étendues, et des structures minuscules mais dont la vocation devrait être de jouer un rôle important dans l'élaboration des stratégies ou l'évaluation de politiques. On constate aussi l'existence de recoupements entre diverses structures tant à l'intérieur même du département qu'en relation avec d'autres structures qui dépendent d'autres départements ministériels. Enfin, certaines structures semblent hypertrophiées. Deuxièmement, l'autorité dans le système de santé est très concentrée entre les mains de l'administration centrale qui accapare le pouvoir de décision en termes d'investissement, de mobilisation et d'allocation des ressources matérielles et humaines. Les directeurs régionaux et les directeurs des hôpitaux disposent de peu d'autonomie

---

<sup>32</sup> Willke H. (2007). Smart governance: governing the global knowledge society. The University of Chicago Press

<sup>33</sup> Kickbush I., Gleicher D. (2012). Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe

réelle et leur pouvoir demeure informel. Troisièmement, la gestion des ressources humaines est déficiente. Au niveau des institutions, les activités des services RH sont quasiment limitées à la gestion des congés et des archives. La gestion budgétaire est aussi hautement centralisée, déconnectée de la réalité des établissements de soins. Elle est lourde et ne prévoit aucune incitation à la performance. Finalement, bien que Les textes prévoient l'existence de structures chargées de la gestion de la qualité, force est de constater que la retombée pratique du travail de ces différentes structures reste négligeable. Ce dysfonctionnement semble dû au manque de moyens humains, matériaux et légaux, et au manque de stratégie claire et cohérente sur le plan national et au sein des établissements de soins.

- La participation des différents acteurs et parties prenantes à la gestion et à la gouvernance du système est très limitée, et ce tant au niveau méso (des organisations) que macro. De même, le système de santé tend actuellement à fonctionner en « vase clos » et bien que certaines politiques et actions intersectorielles aient été élaborées, les efforts en ce sens restent limités.
- Le contrôle et suivi de la performance du système et de ses organisations sont peu développés. L'information est fragmentée et surtout orientée vers la gestion administrative. Des problèmes de transmission de l'information ainsi que la lenteur dans l'intégration des différentes applications persistent.

Ces lacunes dans la gouvernance ont amené les citoyens à insister sur les besoins de réforme de la gouvernance. Dans leur déclaration, les jurys citoyens recommandent de décentraliser la gestion administrative et financière, d'améliorer par la formation les capacités de gestion et de gouvernance, d'augmenter la participation des citoyens dans les choix et les décisions, de renforcer les contrôles et l'évaluation, et d'agir de façon intersectorielle pour promouvoir la santé de la population.

## LES ORIENTATIONS

### O1. Décentraliser

**La nouvelle constitution promulguée en février 2014 va révolutionner l'organisation administrative de l'Etat.**

Elle rompt avec le centralisme administratif qui a caractérisé le modèle d'organisation administrative tunisien depuis l'indépendance. Selon le principe de subsidiarité, les compétences en matière de santé font l'objet de partage entre ce qu'il convient d'attribuer à l'Etat ce qu'il vaudrait mieux, pour des raisons d'efficacité et de bonne gouvernance, attribuer aux collectivités locales. Dans ce cadre, la conception d'une politique régionale, voire locale de la santé va se baser sur une assise juridique claire qui délimite le champ de compétence de chaque partie intervenante.

Conjointement avec la décentralisation politique (ou dévolution) des pouvoirs vers les collectivités territoriales, il faudrait aussi déconcentrer l'administration publique (décentralisation administrative). La déconcentration est une technique d'organisation administrative qui s'inscrit dans une double logique : rapprocher l'administration des usagers et désengorger l'administration centrale. Elle s'effectue

par voie de délégation de compétences à des services territoriaux des ministères qui restent liés hiérarchiquement au centre.

La littérature scientifique appuie généralement le bien-fondé de la décentralisation dans la gouvernance des systèmes de santé.<sup>34</sup> Les avantages potentiels rapportés sont :

- Une meilleure adaptation des services aux besoins de la population et une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources car meilleure prise en compte des préférences et besoins locaux ;
- Une amélioration de la participation de la population dans la prise de décision et donc une plus grande conscience par la population du coût des décisions collectives et un meilleur éclairage de ses choix ;
- Une meilleure efficacité productive, grâce à la capacité de se comparer et l'émulation entre les territoires et
- Une plus grande capacité d'innovation grâce au degré d'autonomie.

La littérature scientifique appelle aussi à la prudence pour que certains de ces avantages potentiels ne se transforment pas en effets pervers. Ainsi, plus de diversité pourrait devenir inéquitable ; les coûts pourraient devenir plus difficiles à contrôler localement ; les groupes d'intérêts pourraient plus facilement corrompre le système local.

**Une saine gouvernance centrale demeure donc essentielle dans un contexte de décentralisation.**

## O2. Développer des mécanismes de reddition de comptes (contrôle et suivi à tous les niveaux et pour tous les secteurs)

Le renforcement des capacités de gestion au niveau local et la mise en place de mécanismes de reddition de comptes sont nécessaires pour que la décentralisation atteigne ses résultats escomptés.<sup>35</sup> La reddition de comptes signifie le devoir des autorités gestionnaires et professionnelles d'informer et d'expliquer. Elle s'applique à tous les niveaux et pour tous les secteurs, aussi bien dans la chaîne hiérarchique de gestion qu'entre le gouvernement et les citoyens. La reddition de comptes est un outil pour assurer la transparence.

Il est donc essentiel de mettre en place une « chaîne d'imputabilité » du niveau micro au niveau macro. Dans une perspective de gouvernance intelligente, il est aussi essentiel d'avoir recours à des agences indépendantes et des organes experts. La création en 2013 de « L'instance générale de suivi des programmes publics », un établissement public chargé de contribuer à la conception, l'élaboration et le suivi des politiques publiques est un pas important en ce sens. L'accréditation des organisations de santé contribue aussi à la reddition de comptes. La création d'un « Conseil de la Santé », organisme indépendant qui aurait pour mission sur la base d'analyses factuelles et de consultations des différentes parties prenantes d'apporter

---

<sup>34</sup> Polton D. (2004). Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. RFAS no 4 :267-299 ; Saltman R. et al. (2007). Decentralization in health care. McGraw Hill; Chandrashekhlar T. et al. (2013). Decentralized versus centralized governance of health services. *The Cochrane Library* Issue 11

<sup>35</sup> Bossert T., Mitchell A. (2011). Health sector decentralization and local decision-making. *Social Science and Medicine* 72 : 39-48

un éclairage objectif sur le fonctionnement du système de santé et sur sa performance devrait être envisagée.

### O3. Renforcer les capacités de gestion

La formation des gestionnaires à tous les niveaux du système doit être renforcée. Il faut que la gestion des services de santé soit reconnue comme une discipline professionnelle à part entière qui requiert une formation universitaire spécifique de haut niveau. Les gestionnaires de la santé devraient avoir des compétences dans les domaines du leadership, de la gestion des relations humaines, de l'analyse et compréhension des enjeux spécifiques aux systèmes de santé, et des habiletés pratiques de gestion<sup>36</sup>. Une emphase particulière pourrait être mise à court terme sur le renforcement des capacités des gestionnaires actuellement en poste dans les domaines de la gestion stratégique et la gestion du changement, de la gestion des ressources humaines, de la gestion de la qualité et de la gestion de l'information et de la performance.

### O4. Redéfinir les rôles et l'organisation des institutions nationales de santé

**La réingénierie du Ministère de la santé est nécessaire.** Il faut commencer par revoir les missions du Ministère de la Santé dans l'appareil exécutif pour l'adapter aux évolutions du pays et en particulier comme initiateur de la "santé dans toutes les politiques". Ensuite, il y a lieu de revoir la structure et les rôles et responsabilités des différentes structures en fonction des exigences d'une saine gouvernance du système, en particulier la place de la direction régionale de la santé. Ceci doit se faire en considérant que les tâches essentielles du ministère sont d'insuffler au système son orientation, de lui procurer les moyens de fonctionner, de s'assurer de sa bonne gestion et de sa performance. Même s'il faut reconnaître que tous les acteurs du système ont un rôle à jouer, l'amélioration de l'efficacité et du rendement du fonctionnement du ministère est certainement aussi un élément clé dans l'amélioration de la performance du système de santé.

### O5. Impliquer les citoyens dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux

La société civile a un rôle important à remplir dans la gouvernance du système surtout lorsqu'il s'agit de rapprocher les soins de santé aux citoyens et d'adapter les services aux besoins, préférences et attentes de la population. La société civile peut aussi jouer le rôle de médiateur entre le citoyen et les administrations publiques et les structures chargées de leur prise en charge. L'implication citoyenne devrait se faire à tous les niveaux mais le milieu local est un espace privilégié pour la concertation, la participation citoyenne et l'*empowerment* à travers le renforcement du rôle de la société civile.

La littérature scientifique n'apporte pas de données probantes claires sur l'impact de la participation publique dans la gouvernance des systèmes de santé.<sup>37</sup> Elle suggère cependant que la participation citoyenne est intrinsèquement bonne en ce sens qu'elle relève d'une logique démocratique délibérative. Elle contribue ainsi à renforcer l'engagement des citoyens envers les services et politiques de santé et à encourager l'expression de valeurs démocratiques.

---

<sup>36</sup> American College of Healthcare Executives. *Toward a Universal Competency Framework for Healthcare Executives*

<sup>37</sup> Conklin A. et al (2012). What is the evidence base for public involvement in health care policy?: results of a systematic scoping review. *Health Expectations*

Les formes d'engagement des citoyens devront être multiples. Les citoyens devraient être appelés à participer dans des « institutions de participation démocratique » au niveau macro et aux niveaux régional et local.

**Des défenseurs du système de santé devraient être désignés à titre de « gardiens » du système de santé afin d'améliorer l'interface entre les citoyens et les organes directeurs<sup>38</sup>.**

Ces fonctions pourraient être établies à tous les niveaux de gouvernance. Il est déraisonnable de s'attendre à ce que des citoyens « désintéressés » exercent le rôle de représentants des citoyens. Les gens sont plus susceptibles de participer lorsqu'un enjeu les touche personnellement. Cette stratégie de participation devrait être privilégiée.

#### **O6. Impliquer les professionnels dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation**

L'expérience internationale démontre que la transformation des systèmes de santé requiert l'engagement des professionnels notamment des médecins<sup>39</sup>. Les systèmes et organisations de santé sont en effet des organisations professionnelles dont la production est fondée sur la connaissance. Ces organisations sont à la fois très à l'affût des innovations et très résistantes au changement imposé de l'extérieur. L'amélioration doit donc miser sur les initiatives des professionnels mais elle ne peut s'y fier. Il faut préserver l'autonomie professionnelle tout en impliquant les professionnels dans les instances décisionnelles et en les incitant à améliorer les services.

#### **O7. Développer des systèmes d'information intégrés permettant l'intelligence de la gouvernance**

Il faut de l'information pour soutenir les décisions d'allocation au niveau macro, d'organisation des soins au niveau méso et de soins cliniques au niveau micro. L'information est actuellement fragmentée, peu diffusée, difficilement accessible et peu utilisée. Il faut donc consolider l'information et mettre en place des systèmes intégrés et globaux qui peuvent fournir des informations fiables et valides à la fois pour permettre de fonder l'allocation des ressources aux hôpitaux sur des cibles de performance et pour permettre aux gestionnaires et cliniciens d'améliorer les services et soins offerts dans leurs établissements. Il sera très utile de se baser sur les technologies de l'information et de la communication afin de véhiculer l'information, la partager, en faciliter l'accès dans le temps et la pérennité dans l'utilisation, ainsi que l'interaction des utilisateurs ; éléments tous facilitateurs d'une bonne gouvernance.

#### **O8. Consolider les acquis et actualiser la politique nationale pharmaceutique**

La politique pharmaceutique représente une composante fondamentale de la politique de santé. En effet, le médicament étant un produit ordonné, les pouvoirs publics se doivent d'organiser ses circuits de distribution, de garantir son efficacité, sécurité et qualité et d'assurer son accessibilité et son usage rationnel. Les orientations majeures de cette politique consistent à :

---

<sup>38</sup> Abelson J., Eyles J. (2002). Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no 7.

<sup>39</sup> Denis J.-L. et al (2011). Assessing initiatives to transform healthcare systems. Ottawa : CHSRF series on Healthcare Transformation, paper 1

- Consolider le développement de l'industrie pharmaceutique et le maintien du contrôle de l'importation des médicaments par l'Etat à travers la pharmacie centrale de Tunisie (PCT) ;
- Actualiser la législation pharmaceutique ;
- Renforcer le Système d'Assurance Qualité des Médicaments ;
- Réviser et actualiser la liste des médicaments essentiels ;
- Mettre en place un plan d'action pour promouvoir l'usage rationnel du médicament ;
- Revoir les mécanismes de distribution des médicaments (renforcement budgétaire en priorité pour les structures de la première ligne du secteur public) et
- mettre en œuvre le concept de la bonne gouvernance sectorielle dans le domaine pharmaceutique.

## LES OPPORTUNITES ET LES RISQUES EVENTUELS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Les nouvelles orientations de l'Etat dans le contexte de transition de la Tunisie, visant à un renforcement de la gouvernance dans tous les domaines, présentent des opportunités pour le renforcement de la gouvernance du système de santé, entre autres relativement à la participation citoyenne, la décentralisation et le renforcement de la transparence, de la lutte contre la corruption et de l'imputabilité envers le public.

Ce contexte particulier de transition présente également des risques, liés à un contexte de « revendications ». C'est dans ce contexte que toute réforme du système de santé –et en particulier de sa gouvernance– se positionnera. Il faut donc en tenir compte explicitement et s'y insérer pour identifier des pistes de réformes acceptables et réalistes qui bénéficieront de ces opportunités et mitigeront les risques.

# POSTFACE

La première phase du dialogue sociétal sur les politiques, stratégies et plans de la santé touche à sa fin. Elle va être couronnée par la conférence nationale qui verra la participation de tous les acteurs du système de santé à savoir les représentants de la population, des professionnels, des experts et pour la première fois des acteurs politiques. A ce stade quels enseignements pouvons-nous tirer de cette expérience ?

Le premier enseignement concerne le processus : dès le début de la réflexion sur l'opportunité d'entreprendre ce dialogue, plusieurs voix, même parmi les plus ardent défenseurs de la santé publique, ont manifesté un scepticisme sur l'intérêt de cette démarche arguant que l'élaboration des politiques et stratégies de la santé sont des prérogatives de spécialistes et d'experts et que le dialogue n'apporterait aucune valeur ajoutée. Malgré cela le processus a été mené à bien, nonobstant certains retards attribués à la complexité de son organisation et a abouti à des résultats de grande qualité dont témoignent ce document et les documents qui lui sont annexés.

Le deuxième enseignement concerne le fond : en effet nous avons constaté, non sans une certaine surprise la grande maturité de la population. Cette maturité s'est manifestée dans la lucidité dans l'analyse de la situation et dans la qualité des propositions faites par les représentants de la population qui, en dehors de certaines demandes urgentes et par ailleurs légitimes, ont été le témoin d'une grande conscience des enjeux et des contraintes et ont été très souvent loin de tout populisme. Dans ce cadre , il est heureux de constater le haut degré d'implication des citoyens et leur volonté d'assumer leur part de responsabilité dans l'amélioration de leur état de la santé en se déclarant prêts à assumer leur part dans le financement de la santé, dans l'amélioration de l'hygiène générale, l'adoption de modes de vies sains, la préservation du patrimoine ou la forte insistance sur la promotion de la santé .

Le troisième enseignement est le consensus unanime des participants au dialogue sur les valeurs qui doivent guider l'élaboration des stratégies et plans de développement du secteur de la santé particulièrement les valeurs de solidarité, d'équité, de responsabilité et d'efficience.

Au vu des ces enseignements, il est impératif que les espoirs exprimés par la population relativement à la prise en compte de ses propositions dans l'élaboration des futures politiques et stratégies de la santé ne soient pas déçus et que tout ce travail n'aboutira qu'à un énième document qui sera rangé dans les tiroirs comme le craignent certains. La balle est donc dans le camp des politiques et autres décideurs qui, même si les mécanismes de mise en œuvre peuvent différer selon la conviction politique des uns et des autres, doivent veiller à respecter les valeurs et les grandes options et axes stratégiques énoncés avec grande clarté et précision par la population au décours de ce dialogue.

Espérons enfin que le dialogue ne s'arrêtera pas à la fin de cette phase du processus d'élaboration des politiques, stratégies et plans et qu'il se poursuivra pour impliquer la population dans les choix définitifs des actions, leur mise en œuvre et l'évaluation de leur impact sur le système et sur l'état de santé de la population.

*Noureddine Achour*