Dialogue sociétal

sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé

Santé en Tunisie
Etat des lieux

Notre santé
Un droit
une responsabilité

Table des matières

Abréviations....6
Remerciements....9
Preface....10

Partie 1. INTRODUCTION

Chapitre 1. Contexte et objectif....14
Chapitre 2. Cadre conceptuel....17
Chapitre 3. Matériel et méthodes....19
Conclusion....20

Partie 2. LA SANTÉ DES TUNISIENS ET LE CADRE MACRO-ÉCONOMIQUE, POLITIQUE, SOCIAL ET CULTUREL

Chapitre 4. Le contexte macro-économique, politique et social....2

Résumé du chapitre 4....22

4.1. Démographie et caractéristiques de la population....23
4.2. Situation socio-économique du pays....23
4.3. Répartition des revenus et niveau de pauvreté....25
4.4. Autres déterminants de la santé.... 26
4.4.1. Niveau d'éducation....26
4.4.2. Facteurs environnementaux....27
4.4.3. Modèle de développement et conditions de vulnérabilité....28

Fiche 1: Chiffres clés sur le contexte macro-économique....30
Fiche 2: Chiffres clés sur les conditions de vulnérabilité....32

Chapitre 5. La santé et les déterminants immédiats de la santé (habitudes de vie)....33

Resumé du chapitre 5....33

5.1. Espérance de vie et principales causes de mortalite et morbidite....34
5.2. Les maladies chroniques et non transmissibles et les modes de vie et facteurs comportementaux....35
5.2.1. Les traumatismes, en particulier liés aux accidents de la route....35

5.2.2. Les handicaps.....35
5.2.3. Les troubles mentaux et les maladies mentales.....37
5.2.4. Le mode de vie et les facteurs comportementaux.....39
5.3. La charge des maladies transmissibles.....40
5.4. La santé de la mère et de l'enfant.....42
5.5. Le parcours de vie des personnes vulnérables et l'impact sur la santé.....43

Implications de la partie 1 pour le système de santé:.....46

Fiche 3: Chiffres clés sur les principales causes de mortalité et morbidité.....47
Fiche 4: Chiffres clés sur les facteurs comportementaux et les maladies liées aux modes de vie.....48
Fiche 5: Chiffres clés sur la santé maternelle et infantile.....50

Partie 3. EVALUATION DE LA CONTRIBUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ À LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ EN TUNISIE

Chapitre 6 . Introduction – Fondements du Droit à la santé et du système de santé en Tunisie.....55

Résumé du chapitre 6.....55

6.1. La place du droit à la santé dans l'ordre juridique tunisien.....57
6.1.1. Le droit à la santé sous l'empire de la constitution de 1959.....57
6.1.2. Le droit à la santé dans la constitution de 2014.....58
6.1.3. Elaboration et mise en œuvre des textes juridiques qui régissent les politiques en matière de santé.....59
6.2. Le système de protection sociale en santé.....60
6.3.Cadre institutionnel.....65
6.4. Organisation et ressources du système de santé.....68
6.4.1. Ressources financières (mobilisation de fonds).....68
6.4.2. Les structures de prestation de services.....70
6.4.3. Les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.....75
6.4.4. Les ressources humaines en santé.....79

Fiche 6: Chiffres clés sur les dépenses de santé.....84
Fiche 7: Chiffres clés sur les ressources humaines en santé.....85
Fiche 8: Chiffres clés sur les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.....88

Chapitre 7. Evaluation du degré de réalisation des droits individuels : Le patient et le système de santé.....89

Résumé du chapitre 7.....89

7.1. Disponibilité et accessibilité géographique.....94
7.2.1. La première ligne (services de proximité).....94
7.2.2. La seconde et troisième ligne (services spécialisés).....97
7.2.3. Les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.....102
7.2.4. L'impact de l'indisponibilité sur le recours aux soins.....103
7.2.5. Causes sous-jacentes de l'inadéquation entre ressources et besoins dans les infrastructures publiques.....105
7.3. Coordination et parcours patient.....112
7.4. Accessibilité financière et abordabilité.....117
7.5. Qualité technique et sécurité des soins.....119
7.6. Respect de l'intimité, participation à la prise de décision, écoute du patient.....121
7.7. Analyse transversale et conclusions du chapitre 2.....126

Chapitre 8. Evaluation du degré de réalisation des droits collectifs : Le citoyen dans le système de santé.....129

Résumé du chapitre 8.....129

Principaux constats.....130

Chapitre 9. La société et le système de santé : Le degré de mise en œuvre des politiques publiques de santé et la gestion rationelle des déterminants de la santé.....137

Résumé du chapitre 9

9.1. Les approches pan-sociétales et pan-gouvernementales pour la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales en santé (ISS).....139
9.1.1. Motivation, concepts et approches.....139
9.1.2. Inégalités sociales de santé et rôle du système de santé : la perception des utilisateurs.....141
9.1.3. Mécanismes et structures pour intégrer les actions de santé publiques et favoriser les approches multisectorielles.....143
9.1.4. Actions conjointes, capacités, difficultés et facteurs de réussite.....145

9.2. Le développement régional comme condition du développement du système de santé ou le développement du système de santé comme condition au développement régional.....148
9.3. La contribution économique du secteur de la santé.....151

Implications de la partie 3 pour la reforme du système de santé.....152

Partie 4. LES ENJEUX POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Chapitre 10. Rapprocher les services du citoyen en Recentrant le système autour du citoyen.....155

Chapitre 11. **(Re)Construire la confiance et l'attractivité du système public de santé pour les citoyens et les professionnels de la santé.....159**

Chapitre 12. Développer une vision commune, oser faire des choix (réalistes et acceptables) et les mettre en œuvre de façon consistante.....163

Chapitre 13. Construire sur tous les potentiels en décloisonant le système de santé et en mobilisant tous les acteurs vers une vision commune.....168

Chapitre 14. Assurer la solidarité et l'équité.....171

Chapitre 15. Promouvoir la santé et prévenir les maladies à travers des approches pan-sociétales et pan-gouvernementales.....173

Conclusion.....176

Bibliographie.....178

Annexes.....183

Abréviations

AEICD	Agence espagnole pour la coopération internationale au développement
APCI	Affections prises en charge intégralement
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRP	Autorité nationale de réglementation pharmaceutique
APC	Activité privée complémentaire
APR	Activité privée rémunérée
CHD	Coronary health disease
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNPV	Centre national de pharmacovigilance
CNRPS	Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CS	Circonscription sanitaire
CSB	Centre de santé de base
CV	Coefficient de variation
DHMPE	Direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement
DIP	Direction de l'inspection pharmaceutique
DMSU	Direction de la médecine scolaire et universitaire
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament
DSS	Déterminants sociaux de la santé
DSSB	Direction des soins de santé de base
ECG	Electrocardiogramme
EMRO	Regional Office for the Eastern Mediterranean(WHO)
EPS	Etablissements publics de santé
FNUAP	Fonds des nations unies pour la population
HC	Hôpital de circonscription
HR	Hôpital régional
HTA	Hypertension artérielle
INASanté	Instance nationale d'accréditation en santé
INS	Institut national des statistiques
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
ISS	Inégalités sociales en santé
LNCM	Laboratoire national de contrôle des médicaments
MCA	Maître de conférences agrégé
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MedCHAMPS	Mediterranean Studies of Cardiovascular disease and Hy perglycaemia

MedSPAD	Mediterranean school survey project on alcohol and other drugs
MG	Médecin généraliste
MICS-4	Multiple indicator cluster survey (enquêtes par grappes à indicateurs multiples)
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la santé
NV	Naissances vivantes
OASIS	Outil d'analyses institutionnelle et organisationnelle et d'évaluation du financement de la santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONFP	Office national de la famille et de la population
ORL	Otorhinolaryngologie
PCT	Pharmacie centrale de Tunisie
PNAFN	Programme national d'aide aux familles nécessiteuses
PNDCS sanitaires	Programme national de développement des circonscriptions
SNAPSAM	Stratégie nationale de promotion de la santé mentale
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UN	United nations (Nations unies)
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
UTICA l'artisanat	Union nationale de l'industrie, du commerce et de
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Tableaux

Tableau 1. Protection sociale en Tunisie (OASIS 2014)
Tableau 2. Evolution de la répartition des dépenses de la CNAM entre les secteurs (OASIS 2014)
Tableau 3. Accès géographique et disponibilité de spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux
Tableau 4. Accès organisationnel pour les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux
Tableau 5. Synthèse des obstacles financiers à l'accès aux soins de qualité
Tableau 6. Illustrations d'expériences réussies et échecs d'association pour la santé

Figures

Figure 1. Chiffres clés sur le contexte démographique et macro-économique
Figure 2. Chiffre clés sur les conditions de vulnérabilité
Figure 3. Chiffres clés sur les principales causes de mortalité et morbidité

Figure 4. Chiffres clés sur les facteurs comportementaux et les maladies liées aux modes de vie
Figure 5. Chiffres clés sur la santé maternelle et infantile
Figure 6. Chiffres clés sur les dépenses de santé
Figure 7. Chiffres clés sur les ressources humaines en santé
Figure 8. Chiffres clés sur les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux

Encadrés

Encadré 1. Hypothèses pour l'évaluation du processus de conception et de mise en œuvre des 3 principales réformes du système de santé tunisien
Encadré2. Les étapes du développement et de la mise en œuvre de la 4ième ré forme du système de santé tunisien
Encadré 3. Concepts clés pour la partie 3
Encadré 4. Norme internationale du droit de santé
Encadré 5. Article 38 de la constitution de 2014
Encadré 6. Faits saillants et chiffres clés (OASIS 2014)
Encadré 7. Loi du 29 Juillet 1991
Encadré 8. Faits saillants et chiffres clés – suite (OASIS 2014)
Encadré 9. Les circonscriptions sanitaires
Encadré 10. les principaux programmes nationaux de santé entre 1970 et 2010 (cours polycopié, faculté de médecine de Tunis, 2013)
Encadré 11. La couverture sanitaire universelle selon la définition de l'OMS
Encadré 12. Définition de l'accès
Encadré 13. Accès restreints dû aux horaires d'ouverture limités (atelier sur l'accès organisationnel, 7 novembre 2013)
Encadré 14. Atelier du groupe thématique « capacité d'adaptation et ressources humaines en santé »
Encadré 15. L'accès aux structures sanitaires et soins spécialisés pour les polyhandicapés (Ben Dridi et al, 2013)
Encadré 16. L'accès auxstructures sanitaires et soins spécialisés pour les maladies mentales
Encadré 17. Modalités d'achats de services par la CNAM aux établissements de santé (source : OASIS 2014)
Encadré 18. Une organisation centrée vers le médecin et le service (Yazid et al. 2004)
Encadré 19. Décentralisation et participation communautaire
Encadré 20. Définition des inégalités sociales de santé (ISS) et les déterminants so ciaux de la santé (DSS)
Encadré 21. Maladies non transmissibles et développement
Encadré 22. Rapport d'évaluation du système d'information (Lohétart 2007)
Encadré 23. Evaluation du PNDCS (2013)
Encadré 24. Quelques concepts clés autour de la gouvernance (Contandriopoulos 2007)

REMERCIEMENTS

Le comité technique du dialogue sociétal tient à remercier tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail, sans leur implication et leur engagement ce travail n'aurait pas pu être mené à son terme.

Ce rapport est l'aboutissement de la 2e étape de la phase 1 du dialogue sociétal qui consiste en l'élaboration d'un état des lieux ou comme on l'appelle aussi le diagnostic de la situation de la santé en Tunisie ; se fondant sur une approche inclusive et participative, première du genre en Tunisie. Ce document a bénéficié d'un support technique et financier dans le cadre du programme conjoint EU-OMS pour la couverture sanitaire universelle.

Grâce à l'implication sincère et renouvelée des membres du comité de pilotage, ceux du comité technique et des quatre groupes thématiques, dont les noms figurent en annexe de ce rapport, cet état des lieux a pu être bien planifié, conçu, documenté et réalisé.

La collaboration des citoyens et professionnels de la santé dans les focus group, les panels d'experts et les ateliers qui ont été réalisés, a permis d'approfondir et enrichir ce travail.

Grâce à l'aide des experts nationaux et internationaux, ce travail a pu avoir une consistance scientifique ce qui a permis d'identifier les points forts et les points faibles du système de santé tunisien, ainsi que les pistes de réformes à engager.

Un grand merci à l'équipe de rédaction de ce rapport qui a passé des heures, des jours et des semaines à élaborer ce rapport et lui donner la forme qui est la sienne aujourd'hui, que vous tenez entre vos mains.

Cette équipe est composée de :

Abdelmajid Ben Hamida (Spécialiste en santé publique)
Amel Ben Said (Spécialiste en santé publique)
Ann-Lise Guisset (Gestionnaire en santé publique)
Faiçal Ben Salah (Spécialiste en médecine de travail)
Hichem Abdessalem (Professionnel de santé, administratif)
Imen Jaouadi (Economiste de la santé)
Ines Ayadi (Economiste de la santé)
Ramzi Bouzidi (Professionnel de santé, clinicien)
Zouhair Ben Jemaa (Représentant de la société civile)

P/Le comité technique du dialogue sociétal

LE PRESIDENT
Pr Faiçal BEN SALAH

PREFACE

L'état des lieux sur les acquis et les défis du système santé tunisien qui nous est proposé par le comité technique du dialogue Sociétal est porteur de plusieurs innovations en rapport avec son contexte, son approche et son contenu, qui mériteraient d'être généralisés.

En effet, ce document a été élaboré, durant la période allant de Juin 2013 àMars 2014, dans le cadre du « dialogue sociétal pour les politiques, stratégies et plans nationaux de santé initié par le Ministre de la santé avec l'appui de l'Union Européenne, de l'Organisation mondiale de la Santé et d'un groupe de volontaires, tous bénévoles, représentant toutes les composantes de la société tunisienne (citoyens, représentants d'associations de la société civile, politiques, partenaires sociaux, hommes, femmes, citadins, ruraux, professionnels de la santé, privés et publics, experts en différents domaines,...) . Cette action s'est développée dans un contexte post révolutionnaire de la Tunisie caractérisé par l'exacerbation de problèmes structurels d'une part et la démocratisation progressive du processus de décision. Cette démocratisation s'est accompagnée souvent de contestations et de débordements, certes légitimes, mais parfois virulents particulièrement pour la santé, l'éducation et l'emploi qui sont trois domaines prioritaires quel que soit le pays et le type de politique menée. Durant cette même période, l'Assemblé Nationale Constituante était en plein débat sur la constitution tunisienne qu'elle a officiellement ratifiée le 7 février 2014, en reconnaissant explicitement le droit à la santé.

Dans son approche, le comité technique, conscient que l'état de santé a des causes et des conséquences multiples, que ses enjeux dépassent le cadre des soins et que d'autres acteurs sont concernés pour cerner toutes les dimensions des problématiques émergentes et intégrer les paramètres sociaux, économiques et éthiques utiles dans la préparation de la décision publique, a tenu à aborder les problèmes majeurs de la santé et du système de santé selon une approche multidisciplinaire. Il a aussi réussi à faire participer plus de 800 représentants de la population et de l'ensemble des acteurs du système de santé de manière réelle à ce processus. Ce processus nous a fourni une expertise menée de manière collégiale et de façon largement participative fondée sur une revue des études réalisées sur la santé et le système de santéen Tunisie, complétée par des ateliers de travail thématiques avec toutes les parties prenantes et des « focus group » avec des citoyens, des professionnels de santé et des associations.

Pour aboutir à cette version finale, le chemin a été long et la démarche rigoureuse. En effet, l'expertise sur l'analyse de la situation a été validée une première fois lors d'une retraite nationale ayant regroupé plus de 80 personnes représentant la société civile, des associations professionnelles, les membres des groupes de travail du dialogue sociétal et une deuxième fois par le comité de pilotage du dialogue sociétal. Lors de ces deux sessions, des experts nationaux et internationaux ont été associés pour faciliter les discussions et apporter au besoin un éclairage par les meilleures connaissances internationales disponibles dans le domaine.

Ainsi, cette expertise, collégiale et consensuelle, a fait appel de façon simultanée à tous les acteurs de la santé et toutes les disciplines qu'il convient de mobiliser pour contribuer à l'élaboration des décisions et des politiques de santé. Son modèle de travail collégial pourra certainement servir de référence en la matière. Elle nous semble porteuse d'une vision nouvelle de l'approche communautaire et du contrat démocratique entre l'Etat et la Société.

Le comité technique a conduit sa réflexion en suivant la question fondamentale : Comment le système de santé pourrait-il contribuer d'une manière efficace à concrétiser le droit à la santé? Il a construit son analyse sur les trois piliers du droit à la santé à savoir l'accès universel à des services de santé de qualité, la participation citoyenne et le respect des droits individuels et collectifs des usagers ainsi que la gestion rationnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ce cadre conceptuel a permis de rassembler de façon claire les données sur ces différents champs de droit, de documenter les forces et les faiblesses du système de santé et d'identifier les défis auxquels il aura à faire face pour mieux répondre aux besoins de la population en apportant les informations utiles concernant les questions que se pose la population (droit, équité, gouvernance...).

La masse des informations et des éléments nécessaires à la prise de décisions recueillis dans cet ouvrage, en fera une référence utile aux « décideurs », qu'ils soient dans le domaine politique, administratif ou économique et tous les acteurs de santé.
Outre son apport scientifique, il convient de souligner les qualités didactiques de ce livre de haute qualité. Ses auteurs ont su synthétiser toute la documentation recueillie sous forme d'un recueil aisé à consulter qui permet d'éclairer d'une façon précise sur le point de lasituation et sur les champs d'interventionspossibles afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Il est évident que ce livre de grande utilité pour la suite du processus du Dialogue Sociétal mérite une large diffusion.

Enfin, je voudrais remercier tous ceux qui ont participé, de près ou de loin, à ce processus participatif et innovateur ; ceux qui ont contribué par leur expertise, leurs écrits, leurs avis, commentaires et suggestions, les informations qu'ils ont pu fournir, à la production de ce rapport ; et ceux qui se sont dévoué à cette noble tâche à laquelle nous sommes tous attachés, faire évoluer le système de santé de notre pays afin qu'il réponde au mieux aux besoins et attentes de nos citoyens.

Taoufik NACEF

PARTIE 1

Introduction

Chapitre 1. Contexte et objectif

Au cours des dernières décennies, la Tunisie a engrangé des résultats remarquables en termes de santé et de performance du système de santé. En particulier, trois réformes majeures ont façonné le système de santé et contribué à ces résultats remarquables :

- **la réforme des soins de santé de base:** La réforme du système de santé tunisien basée sur la stratégie «Soins de Santé de Base (SSB)» a été initiée par le forum national tenu en juillet 1979 «médecine intégrée et soins de santé primaire » et adoptée définitivement en 1981 après que la Tunisie ait fait sienne la déclaration d'Alma-Ata et les résolutions de l'assemblée mondiale de la santé y afférentes. Cette stratégie, procédant du souci de justice sociale et de rentabilité économique, devait être un concept dynamique couvrant un mode d'organisation cohérent des services de santé qui implique une approche globale et intégrée des problèmes préventifs, curatifs, éducatifs et de réhabilitation. Les objectifs de cette réforme consistaient à:
    - répondre de façon adaptée aux besoins réels des populations, dans la perspective d'une couverture totale;
    - élargir la couverture sanitaire afin de réduire les inégalités vis à vis de la santé entre individus et régions tout en rentabilisant au maximum les structures et les équipements sanitaires;
    - optimaliser l'utilisation des ressources humaines, dans le cadre d'équipes sanitaires dont les membres, complémentaires et ayant des taches bien définies, doivent être valorisés dans leurs activités.
- **la réforme des établissements de santé publique (EPS):** En 1991, le ministère de la santé a entrepris un projet de réforme hospitalière ayant pour objectifs:
    - l'amélioration de la qualité des soins, la rationalisation des modes de gestion et l'optimisation des coûts, c'est à dire accroître l'efficacité des hôpitaux universitaires;
    - l'élaboration, la mise en œuvre et le développement d'un système d'évaluation des activités et des coûts subis;
    - le réaménagement des modalités de partage des charges financières du secteur entre les principales sources de financements (l'Etat, les caisses et les organismes d'assurance et de sécurité sociale et les ménages).

  Les hôpitaux universitaires sont devenus ainsi des établissements publics de soins (EPS), ayant leur propre conseil d'administration et un directeur général leur permettant une plus grande autonomie financière et de gestion.

- **la réforme de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM):** La réforme du système d'assurance maladie (2004), avait pour objectif d'améliorer l'accessibilité aux services de santé et leur qualité (en rendant possible l'accès aux services privés) par:
    - la création d'une caisse unique unifiant les régimes légaux;
    - la mise en place d'un régime obligatoire de prise en charge des soins jugés efficaces;
    - le maintien d'un régime complémentaire facultatif géré par les mutuelles ou les assurances privées, couvrant les prestations exclues du régime de base ou la part des frais non remboursés par ce même régime;
    - le remboursement des soins, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, par un système de conventionnement négocié entre la caisse et les prestataires publics ou privés.

De façon à tirer les leçons du passé, le processus de conception et de mise en œuvre de ces trois réformes majeures sera étudié. Les hypothèses pour cette étude sont présentées à l'encadré 1. Ces hypothèses sont basées sur les résultats d'un groupe de travail dans le cadre d'un atelier sur la gouvernance du système de santé (01 juillet 2013) et d'avis d'experts. Elles devront être vérifiées sur la base d'une étude plus approfondie réalisée en 2014-2015.

Encadré 1: Hypothèses pour l'évaluation du processus de conception et de mise en œuvre des 3 principales réformes du système de santé tunisien

- le déficit de participation, de communication ainsi que le manque de données probantes pour asseoir les réformes ont limité la pertinence et l'acceptabilité des réformes.
- La gestion du changement et les contraintes pour la mise en œuvre n'ont pas été suffisamment prévues lors de la phase de conception.
- Le déficit de redevabilité (et en amont de systèmes d'information fiable et de processus de suivi et d'évaluation) a freiné la mise en œuvre complète des réformes.

Malgré les réformes, l'accumulation de problèmes non résolus a entravé le bon fonctionnement du système et a affaibli sa performance. De plus, les indicateurs globaux ont parfois caché des disparités régionales flagrantes comme récemment mis en évidence par exemple par l'enquête MICS4 (Enquête par grappes à indicateurs multiples). Nombreux sont ceux qui pensent que ces défaillances du système de prise en charge et de protection sociale ont été parmi les causes qui ont alimentés le mécontentement de la population et qui a conduit à la révolution du 14 janvier 2011.

Les transformations que la Tunisie a connues depuis, et l'effervescence de la société civile comme contre-pouvoir et force de proposition, annoncent la nécessité d'engager un éventail de réformes qui vont prendre corps durant les années à venir. Ainsi, un vaste programme de dialogue sociétal a été mis en œuvre, sous l'impulsion du ministère de la santé, pour établir, en période de transition démocratique, des bases solides pour une réforme globale du système de santé tunisien vers la couverture sanitaire universelle et la construction d'une démocratie sanitaire. Le droit à la santé, l'accès à des soins de qualité et sûrs, et la protection sociale sont reconnus explicitement dans la nouvelle constitution de 2014 et présentent une avancée majeure. De même, le droit à l'information et le rôle des collectivités locales – également inclus dans la nouvelle constitution– invitent à renforcer la gouvernance locale et la participation citoyenne à travers des mécanismes de transparence et de redevabilité.

Chapitre 2. Cadre conceptuel

Comment le système de santé pourrait-il contribuer d'une manière efficace à concrétiser le droit à la santé? Telle est la question clé à laquelle le dialogue sociétal doit répondre.

La santé n'est pas l'absence de maladie, c'est un état de complet bien-être physique, mental et social. Chacune de ces dimensions doit être prise en compte dans le cadre de la réforme du système de santé.

En effet, la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 évoque la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant (art. 25). Le droit à la santé a par ailleurs été reconnu comme un droit de l'homme par le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Le droit à la santé est souvent associé à l'accès aux soins de santé et à la construction d'hôpitaux. Il a cependant une portée plus large et englobe nombre de facteurs qui peuvent nous aider à mener une vie saine. Le droit à la santé diffère du droit à être en bonne santé.Il est plus précis de le définir comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit possible d'atteindre, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé.

Les trois piliers du droit à la santé sont:

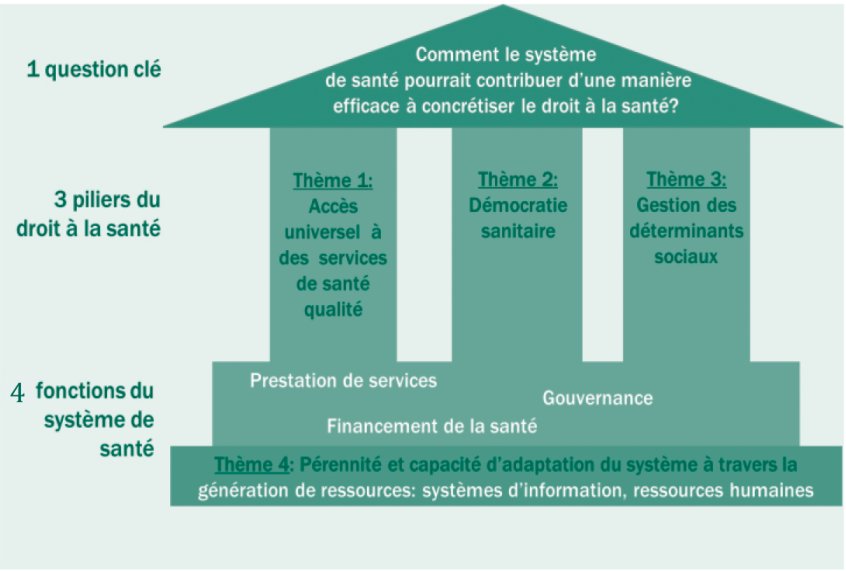
- **L'accès universel à des services de santé de qualité:** Tous les individus ont accès aux services de santé dont ils ont besoin sans risquer des difficultés financières en raison de paiements directs qui ne seraient pas abordables. Elle suppose une couverture par des services de santé de qualité (depuis la promotion de la santé jusqu'à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs) ainsi que la couverture par une forme quelconque de protection contre le risque financier. L'accès universel vise la couverture de tout le monde contre tous ces risques;
- **La participation citoyenne et le respect des droits individuels et collectifs des usagers (démocratie sanitaire):** Cela consiste à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Il s'agit, entre autre, d'intervenir à tous les niveaux pour: développer la concertation et le débat public, améliorer la participation des acteurs de santé, promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers;

- **La mise en évidence et l'action sur les déterminants de la santé:** Ceux-ci se définissent comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. L'objectif de réaliser la santé pour tous en limitant l'impact négatif de ces facteurs.

En outre, pour que ces piliers soient assurés non seulement actuellement mais aussi dans le futur, le système de santé doit se donner les moyens de s'adapter continuellement aux évolutions des réalités du pays.

La mise en œuvre du droit à la santé est progressive. Elle doit être construite sur la base d'un plan stratégique avec des objectifs réalistes et mesurables. Elle suppose un renforcement global et coordonné du système de santé selon les 4 fonctions, telles que définies par l'OMS : gouvernance, financement, prestation de services et acquisition de ressources. Le lien entre les fonctions du système de santé et les piliers du droit à la santé est présenté à la figure 1. Ce cadre conceptuel a présidé à la mise en place de 4 groupes de travail pour la phase de diagnostic de la situation ; chaque groupe de travail couvrant soit un pilier du droit à la santé soit la capacité d'adaptation du système, ainsi que les fonctions associées.

Figure 1. Cadre conceptuel de départ pour l'organisation de la phase de diagnostic du dialogue sociétal



Chapitre 3. Matériel et méthodes

Le processus pour l'élaboration et la mise en œuvre de la quatrième réforme du système de santé se décompose tel que décrit à l'encadré 2. Chacune des étapes doit reposer sur une participation large.

Le présent rapport présente les résultats préliminaires de la phase d'état des lieux (diagnostic de situation et formulation du problème). L'identification et l'évaluation des options seront ensuite réalisées sur base des résultats de rendez-vous de la santé (rencontre avec les citoyens et professionnels dans les 24 gouvernorats du pays) et des notes d'information synthétisant les bases factuelles.

Encadré 2: Les étapes du développement et de la mise en œuvre de la 4ième réforme du système de santé tunisien

Préparations, délibérations régionales et nationales

- Etape préparatoire ;
- Etat des lieux (diagnostic et formulation du problème, identification et évaluation d'options) ;
- Délibération sur les choix stratégiques ;

Planification

- La formulation et l'adoption par le gouvernement de nouvelle(s) politique(s) de santé;

Mise en œuvre et évaluation périodique

- La traduction de la nouvelle politique de santé en plans stratégiques et opérationnels correspondant aux spécificités du secteur et des régions ;
- Evaluation périodique et adaptation.

Les résultats préliminaires présentés dans ce rapport se fondent sur les données démographiques, épidémiologiques et sur les services de santé en Tunisie[1], sur une revue de la littérature scientifique et de la littérature « grise » ainsi que sur une large consultation. Les rapports précédents sur la santé et le système de santé en Tunisie ont constitué une base solide pour le diagnostic de situation. Entre autres, le rapport de Zouari « rapport de la commission chargée de la prospection de l'évolution de l'état de santé et du système de santé en Tunisie à l'horizon 2025» (décembre 2008), et de Ben Ammar (2009) « prévention et promotion de la santé en Tunisie : état des lieux et propositions de réorientation stratégique » (février 2009) ont constitué une

[1] Sources de données : DSSB, INS, MICS-4, etc

importante base de documentation, d'information et de réflexion. Les évaluations réalisées au cours de l'année 2013 du programme des circonscriptions sanitaires et du système de financement sont également des sources essentielles pour le présent rapport. Les activités menées dans le cadre du dialogue sociétal au cours de l'année 2013 (séminaires de travail, panels d'experts et focus group) sont listés en annexe 1. L'organisation du dialogue sociétal et les termes de référence des différentes instances de ce processus sont également brièvement présentés en annexe 2 et 3.

Cette approche participative doit permettre de **placer l'intérêt des citoyens au centre des réformes.** Si beaucoup de résultats et recommandations du présent rapport ne sont pas inédits –ayant été présentés et discutés dans des études et rapports précédents– la perspective apportée par les individus rencontrés sur le terrain, à travers les citations, apporte plus d'humanité et un nouvel éclairage sur des zones jadis dans l'ombre.

C'est en écoutant la perspective des citoyens (patients et professionnels de santé) que l'on pourra mieux ***comprendre*** les défis environnementaux et sociaux pour leur santé, et les obstacles à l'accès aux services de santé de qualité. Les focus group[2] apportent une perspective nouvelle et de la profondeur à l'analyse ; ils ne se veulent pas exhaustifs ni représentatifs des attentes et des expériences vécues par l'ensemble de la population. Des citations sont reprises dans le présent document pour ***illustrer*** les principaux résultats en y attachant la réalité du terrain. La santé, les déterminants de la santé, et le cadre juridique et institutionnel pour le droit à la santé.

CONCLUSION

Vision pour le dialogue sociétal

Le secteur de la santé, fort de ses acquis, conscient de ses faiblesses, s'appuie sur un dialogue sociétal inclusif, authentique, transparent et efficace pour assurer sa rénovation et sa relance, afin de promouvoir l'état de santé le plus optimal possible pour les tunisiens, réduire les inégalités et augmenter la solidarité, tout en recherchant une plus grande efficience.

[2] Les " focus group " ou " groupes d'entretien " sont un outil d'animation qui permet de fournir des informations qualitatives au cours d'une discussion ciblée au sein d'un groupe nominal.(Fiche technique Euroval, " l'entretien de groupe (focus groupe), 2009)

PARTIE 2

La santé des tunisiens et le cadre macro-économique, politique, social et culturel

Chapitre 4. Le contexte macro-économique, politique et social

Résumé du chapitre 4.

- La Tunisie est un pays à revenu intermédiaire dont l'économie repose fortement sur les services. Un large secteur économique informel prive l'Etat (entre autres la CNAM) de recettes.

- Le chômage est élevé et en croissance en particulier chez les jeunes et les diplômés et dans les zones intérieures. La dégradation de l'environnement–pollution et traitement des déchets– affecte très fortement la population dans sa vie quotidienne (aussi bien la santé physique que mentale).

- La Tunisie est marquée par de fortes disparités régionales dans le développement. Ce modèle de développement affecte son paysage épidémiologique, sociologique en plus de caractéristiques géographiques et a un impact direct sur la composition et la précarisation des populations (vulnérabilités économiques, vulnérabilités sociales, vulnérabilités liées aux ressources naturelles).Ces vulnérabilités interagissent pour donner une vulnérabilité spécifique à la santé.

- On observe une transition démographique avec un vieillissement de la population et une augmentation de la masse des jeunes (15-29 ans) et une évolution de modes de vie : alimentation, activités physiques, conduites à risque, tendance à la nucléarisation de la famille au dépend de la famille élargie. Ces évolutions ont un impact direct sur la santé et la prise en charge de la maladie et des handicaps.

- Une ambiance de liberté dans un contexte de transition démocratique est palpable. Elle se développe en parallèle avec un sentiment d'insécurité, de déficit de civisme et de rejet de l'autorité.

Un pays ayant profité d'un développement économique accéléré sur les 30 dernières années mais ce développement a également contribué à créer des disparités régionales et à engendrer des vulnérabilités sociales et économiques liées au manque de ressources naturelles.

4.1. Démographie et caractéristiques de la population

La population totale de la Tunisie s'élève à 10,77 millions d'habitants avec une part de 50% pour la population féminine, de 23,5% pour les moins de 15 ans, de 66,4 % pour la population entre 15 et 60 ans et de 10,1% pour le groupe au-dessus de 60 ans (INS 2013[3]).

La transition démographique apparaît dans la transformation subie par la pyramide des âges et annonce le vieillissement de la population tunisienne au cours de 21ème siècle. Au sommet de la pyramide des âges, la part des personnes âgées connait une augmentation notable, de 5,5% en 1996 à 9,3% selon le dernier recensement (INS 2004), à 10,1% en 2011 (INS 2013) et une prévision de 19% en 2039 (ITCEQ 2011).

La Tunisie est urbanisée à 66,2 % (INS 2011), **le réseau urbain se situe sur la bande littorale orientale,** entre les régions de Tunis et Gabès en passant par le Sahel et Sfax (centre-est du pays), qui dispose des plus grandes infrastructures économiques et concentre plus de 80 % de la population urbaine. **Cette distribution déséquilibrée marque fortement les besoins sanitaires (à travers leurs déterminants) et la capacité d'y répondre. Elle nécessite donc des réponses appropriées à des contextes très différents.**

4.2. Situation socio-économique du pays

La Tunisie est un pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure). La Tunisie a été classée parmi les pays de la région MENA affichant les plus fortes croissances pendant les deux dernières décennies avec croissance annuelle moyenne de 5% (de 1997 à 2007) et a montré une capacité de résilience aux différentes crises économiques qu'a connues le monde ces dernières années. Cependant, on observe actuellement un ralentissement de la croissance lié à des facteurs externes (liés à la conjoncture économique internationale, à l'instabilité et au climat de violence dans la région) ainsi qu'à des facteurs internes. Les facteurs internes sont liés aux agitations sociales (dues au chômage élevé et croissant), à un climat de méfiance (découlant de la résurgence d'actes terroristes) et à une incertitude politique.

[3] http://www.ins.nat.tn/indexfr.php (site web de l'INS consulté en août 2013)

L'économie du pays repose fortement sur les services (43% de contribution au PIB), suivi par les industries (19% manufacturières et 14% non manufacturières) et l'agriculture et la pêche (11%) et autres (12%). Le tourisme contribue pour 15% du secteur des services (donc 6,5% de l'économie totale). Dans ce cadre, le tourisme médical occupe une place considérable. En effet, la Tunisie se positionne parmi les meilleures destinations de voyage de demandeurs de soins dans les pays en voie de développement (5ième après la Thaïlande, l'Inde, Singapour et la Malaisie) avec 176.000 visiteurs en 2010 (sachant que les patients sont souvent accompagnés).

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; ce qui correspond à une augmentation de 164,1 à 382,8 DT par habitant. Entre 2000 et 2010, les dépenses totales de santé en pourcentage des dépenses générales du gouvernement ont augmenté (8,1% en 2000, 9,8% en 2005 et 10,7% en 2010) ainsi que la part des dépenses générales de santé couvertes par la sécurité sociale (32,2% en 2000, 45,7% en 2005 et 47,7% en 2010) (OASIS 2014).Cependant, les dépenses privées des ménages restent élevées (estimées à 45% des dépenses totales en santé) et, eut égard à la transition épidémiologique et démographique (augmentation des maladies chroniques et vieillissement de la population) et face à la capacité limitée de lever des fonds additionnels, la pérennité financière de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) est en danger (OASIS 2014).

En effet, le taux de financement au régime de l'assurance maladie a été fixé à 6,75% de la masse salariale dont 4% à la charge de l'employeur et 2,75% à la charge du salarié. Ce taux est considéré comme faible mais au vu du contexte socio-économique actuel, il parait difficilement acceptable de l'augmenter. En outre, vu l'ampleur du secteur informel, la non-déclaration ou sous-déclaration de l'emploi et/ou du salaire, engendre un manque à gagner important pour la caisse d'assurance. Le secteur informel en Tunisie se compose d'une multitude de micro-entreprises commerciales ou de production de biens et de services, ayant une taille moyenne (patron inclus), comprise entre 2,4 et 3,6. En 2010, ce secteur était estimé par la Banque Mondiale à environ 38% du PIB (de 15 à 20 % selon l'UTICA) et employait 54% de la population active. Selon l'étude du secteur de la santé (Banque Mondiale, 2006), 85% des personnes qui devraient cotiser à l'assurance maladie le faisaient réellement. Des estimations plus récentes du MAS (2013) établissent ce taux à des niveaux semblables: 81% en 2011 et 85% en 2012. L'extension de la couverture de l'assurance maladie est donc intimement liée à celle de la sécurité sociale. Elle reste liée à la réduction du chômage et à l'augmentation de la déclaration des emplois dans les secteurs informels (OASIS 2014).

Ainsi, **la Tunisie se trouve face à des problèmes et à des choix difficiles relatifs au financement de son système de santé.** Les tendances sociales (augmentation des attentes), démographiques (vieillissement de la population) et épidémiologiques (prépondérance des maladies chroniques) se traduisent par une demande accrue aboutissant à une augmentation des coûts de soins, ce qui pose d'importants défis. Parallèlement, **des contraintes macroéconomiques et budgétaires limitent l'intervention des pouvoirs publics à affecter des sommes plus importantes.** Les ménages continuent à consacrer aux soins de santé une part importante de leur revenu. **Dans ce contexte, la pérennisation du financement de la santé qui oblige souvent à réformer la façon dont on finance le système de santé, est un enjeu majeur** (OASIS 2014).

4.3. Répartition des revenus et niveau de pauvreté

L'association entre santé et pauvreté et santé et chômage a été largement démontrée dans de nombreux pays. Cette association révèle une causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté (ou la crée si elle engendre une perte de revenus importante ou des dépenses dites «catastrophiques» pour les services de santé).En Tunisie, faute de données désagrégées par région ou gouvernorat (à l'exception pour les données MICS-4), cette association est difficile à mettre en évidence.

L'enquête nationale sur l'emploi réalisée par l'Institut National de la Statistique pour le quatrième trimestre 2012, fait état d'un taux de chômage, selon les définitions du BIT, de 16,7% à la fin du mois de décembre 2012 (INS, mai 2013), chiffre en recul par rapport à celui de l'année 2011, qui clôturait avec un taux de chômage de 18,9%. Ce chiffre reste malgré tout en hausse par rapport à l'année 2010 pour laquelle les données officielles faisaient état d'un taux de chômage de 13%.

En 2012, la moyenne nationale du taux de chômage était estimée à 17,.6%. Le gouvernorat de Tataouine se distinguait par le chômage le plus élevé avec un taux de 51,7%, soit le triple de la moyenne nationale. D'autres gouvernorats de l'intérieur connaissent des taux de chômage dépassant largement la moyenne nationale: Sidi Bouzid avec 29,4%, Tozeur avec 28,4%, Gafsa avec 26,7% ou encore Kasserine avec 26,2%. Les **femmes** sont aussi les plus touchées par ce fléau avec un taux de 22,5% durant le 3ème trimestre de 2013 contre 13,1% pour les hommes (avec une moyenne nationale de 15,7%) selon l'INS. Les **diplômés** sont plus touchés que les autres niveaux d'éducation avec un taux de 33,5% durant le 3ème trimestre de 2013 (43,5% pour les femmes et 23.1% pour les hommes).

La Tunisie a connu une réduction significative de l'incidence de la pauvreté à l'échelle nationale au cours des dix dernières années (UN 2013). En effet, le taux de pauvreté est tombé de 32,4% en 2000 à 23,3% en 2005 et 15,5% en 2010, selon la nouvelle méthodologie de mesure de la pauvreté en termes monétaires introduite par l'INS. Selon la même source, le taux de pauvreté extrême s'est fortement réduit, tombant de 12,0% en 2000 à 7,6% en 2005 et 4,6% en 2010. Cependant, cette tendance ne s'est pas traduite par une réduction de la **disparité entre zones communales et zones non communales (où le taux de pauvreté est 2 fois plus élevé et 7 fois plus élevé si l'on utilise le seuil de pauvreté extrême)**, ni par une réduction de la disparité entre les régions du littoral et les régions de l'intérieur. Au contraire, l'écart entre les régions du Centre-Ouest et du Sud-Ouest par rapport au reste du pays s'est accentué au cours de la même période. La région du Centre-Ouest (Kairouan, Sidi Bouzid et Kasserine) est relativement la plus pauvre avec un taux de pauvreté extrême de 12,8% (29,4% en taux de vulnérabilité), soit plus du triple de la moyenne nationale évaluée à 3,8%.

4.4.Autres déterminants de la santé

4.4.1. Niveau d'éducation

La Tunisie a obtenu des succès considérables en matière d'éducation. Les progrès accomplis dans le domaine de l'enseignement de base sont exemplaires : **l'accès universel et gratuit à l'école pour les filles et les garçons âgés de 6 ans est atteint depuis plus d'une décennie** et l'achèvement d'un cycle entier de l'enseignement primaire (visé par les OMD) est presque atteint avec un taux net de scolarisation de 97,7% pour la tranche d'âge des 6-11 ans (UNICEF 2012). La proportion des filles dans l'enseignement de base et secondaire a cru de 45,3% en 1990 à 48,9% en 2000 pour atteindre 50,2% en 2005 et 50,6% en 2010.

Cependant, selon l'UNICEF (2012), une analyse des abandons scolaires montre que 4,9% des enfants âgés de 6 à 14 ans n'étaient pas scolarisés en 2004 (4,5% pour les garçons et 5.3% pour les filles). **Les différences régionales sont notoires, avec 26 délégations présentant un taux de scolarité dans cette tranche d'âge inférieure à 80%.** Alors que globalement, en Tunisie, 94% des jeunes filles/femmes de 15-24 ans sont alphabétisées, le taux d'alphabétisation chez les filles/jeunes femmes vivant dans les ménages les plus pauvres tombe à 80% (MICS-4).L'analphabétisme féminin est dommageable, les femmes étant un vecteur essentiel de comportements sain et d'éducation sanitaire dans leur entourage et notamment en matière du couple mère-enfant.

4.4.2. Facteurs environnementaux

La situation géographique de la Tunisie et la fragilité de ses écosystèmes la rendent particulièrement vulnérable aux impacts potentiels du changement climatique sur les activités économiques, les écosystèmes et la sécurité alimentaire.

Les ressources en eaux ont fait l'objet d'une planification détaillée sur les trois dernières décennies. Cependant, malgré les efforts, l'aridité continue à avancer en Tunisie et à affecter les terres agricoles et par conséquent la sécurité alimentaire et la qualité de vie, notamment des communautés locales. Une meilleure gouvernance locale des ressources naturelles, à travers l'implication des acteurs locaux dans la planification et la prise de décision, demeure une priorité pour protéger l'environnement tout en garantissant une vie décente pour la population locale (UN 2013).

Cependant, **l'accès aux services d'eau potable et d'assainissement est d'un niveau très appréciable en Tunisie.** D'après les données MICS-4 de 2011-2012, la quasi-totalité (96%) de la population tunisienne utilise une source d'eau améliorée. Cette proportion atteint 100% en milieu urbain contre 88% en milieu rural. Les disparités entre milieu urbain et rural sont également marquées au niveau de l'assainissement : 84% des membres des ménages en zone rurale utilisent des installations sanitaires améliorées contre 98% en zone urbaine.

L'activité industrielle tunisienne est diversifiée et est à l'origine de fortes charges polluantes. Cette pollution est aussi bien marquée par les industries lourdes telles que l'extraction minière, la transformation des phosphates ou l'industrie des matériaux de construction, mais également d'activités de moindre importance mais difficile à contrôler telles que le tannage du cuir ou les petites industries mécaniques et chimiques. La pollution du littoral de Gabès et de Sfax, pose de très sérieux problèmes de santé publique. Le nombre d'associations locales de plaidoyer et de défense de l'environnement pour la santé publique récemment créées marque une prise de conscience du problème et offre des relais importants pour une responsabilisation locale face à ces problématiques.

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

Les déchets ménagers constituent une source d'insalubrité et de nuisance menaçant la santé publique. Alors qu'il est impératif de les enlever régulièrement pour assurer un milieu de vie sain, actuellement, en Tunisie, les déchets produits sont non seulement de plus en plus nombreux mais aussi de plus en plus diversifiés et mal gérés. C'est ainsi qu'ils sont mis en décharges anarchiques ou directement déversés en rivière, en mer ou en pleine nature. En outre, pour se débarrasser des déchets ménagers, certains citoyens ont recours à l'incinération provoquant ainsi des effets nocifs sur la santé de l'homme. **Outre le retentissement sur la santé physique, les décharges anarchiques et déchets divers dans les rues ont un retentissement non négligeable sur la santé mentale.**

« Les déchets et les ordures sont partout dans les rues, devant les maisons. Les insectes et les animaux en profitent et nous et nos enfants souffrons des mauvaises odeurs et du manque d'hygiène... les municipalités ne font pas leur boulot correctement et notre environnement est favorable pour attraper des maladies, surtout les petits ». Mère célibataire, 35 ans.

4.4.3. Modèle de développement et conditions de vulnérabilité

La population tunisienne se trouve confrontée à un certain nombre de risques imposés par son modèle de développement qui affecte son paysage épidémiologique, sociologique en plus des caractéristiques géographiques et climatiques.

En effet, ce modèle de développement a créé des vulnérabilités importantes qui ont un impact direct sur la composition et la précarisation de la population:

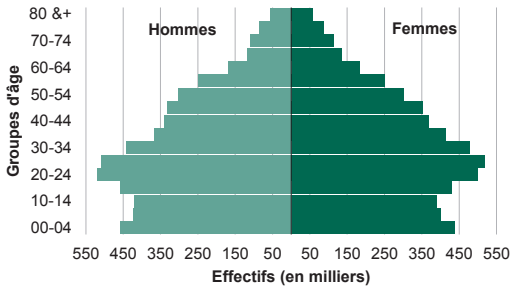
- Vulnérabilités économiques, dues à un modèle productif encore en transition, un faible taux d'investissement domestique et étranger associé à une fragilisation de l'économie réelle par la crise politique que vit le pays actuellement. **On assiste à une précarisation de toutes les classes sociales** d'une manière générale et à l'effondrement de la classe moyenne. Donc la création de nouvelles classes économiquement précaires.
- **Vulnérabilités sociales, dues à des transitions démographiques et urbaines,** créant de nouveaux défis, dont le plus dur est celui du chômage des jeunes et des diplômés du supérieur. On assiste ici à un changement qualitatif en termes de la désignation du chômage qui devient positivement corrélé avec le niveau d'études.
- **Vulnérabilités liées aux ressources naturelles, dues au fait que la Tunisie se trouve dans une région très exposée à la crise environnementale globale:** crise

de l'eau, de la terre, de la sécurité alimentaire et de la biodiversité, et de l'énergie– appelées à s'exacerber sous l'effet de la crise des changements climatiques.

Ces vulnérabilités économiques, sociales, environnementales à rajouter aux caractéristiques biologiques (âge, sexe...) interagissent pour donner lieu à une vulnérabilité spécifique à la santé. Le rôle des déterminants sociaux est bien entendu crucial et prépondérant de par son imbrication dans ces vulnérabilités.

Fiche 1: Chiffres clés sur le contexte démographique et macro-économique

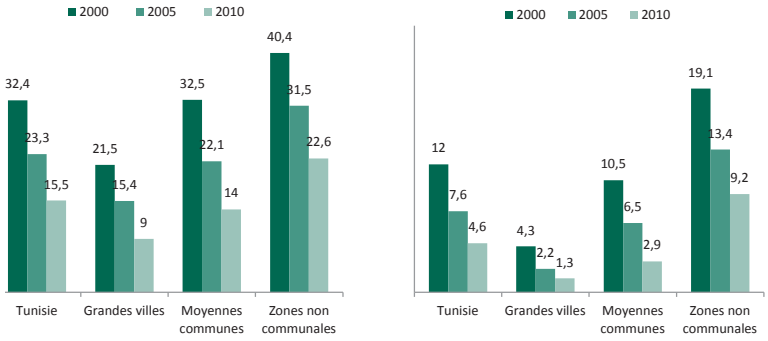
Pyramide des âges

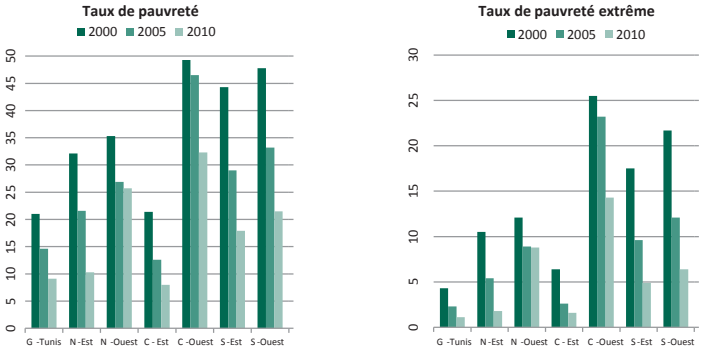


Source : INS 2012, consulté sur http://www.ins.nat.tn/

Evolution du taux de pauvreté:

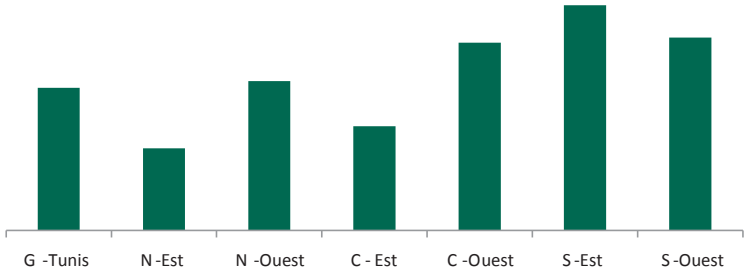
Taux de pauvreté et taux de pauvreté extrême pour 2000, 2005 et 2010





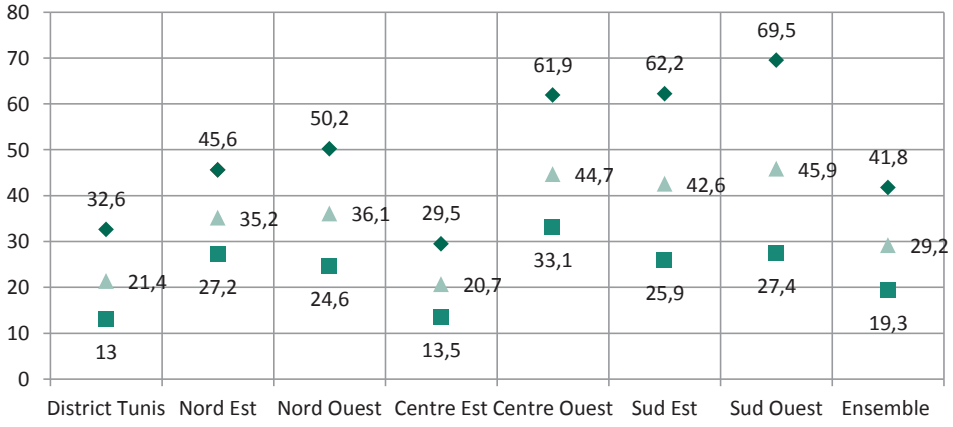
Source : Enquêtes BCM 2010 -INS (2013) dans Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014

Taux de chômage par zone géographique (% population au chômage par zone géographique)



Source : INS 2012, http://www.ins.nat.tn/

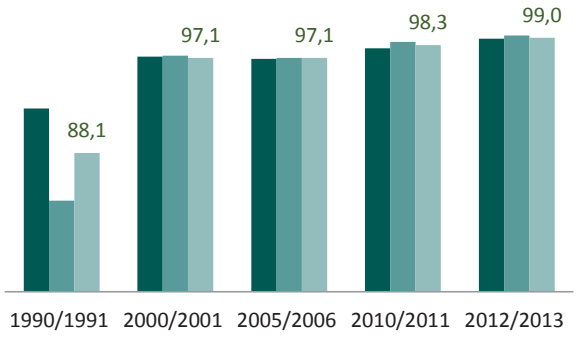
Taux de chômage des diplômés de l'enseignement supérieur selon les régions et le sexe(2011)



Source: INS, enquêtes population - emploi, 2011 dans Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014

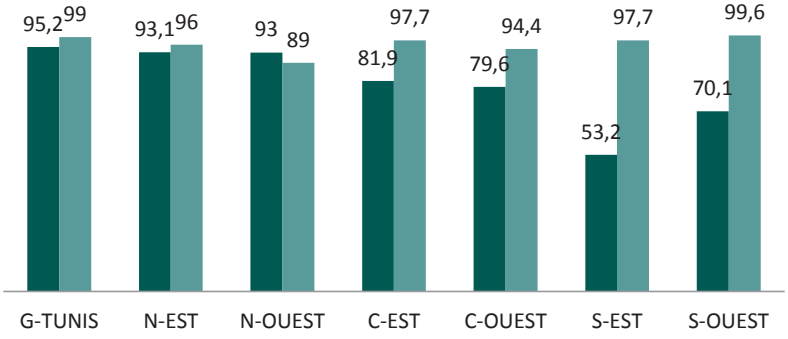
Fiche 2: Chiffre clés sur les conditions de vulnérabilité

Evolution du taux de scolarisation selon le sexe (%) pour les enfants de 6 à 11 ans



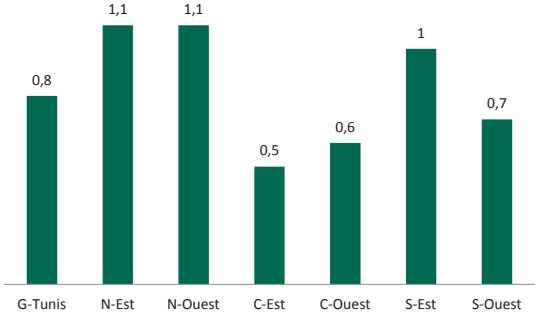
Source : INS, Ministère de l'éducation 2013 dans Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014

Accès aux services d'eau potable et à l'assainissement



Source: INS, Rapport Annuel sur les Indicateurs d'Infrastructures, 2011 consulté sur http://www.ins.nat.tn/

Accès à un logement rudimentaires [4] (% de logements rudimentaires par région)



Source : INS RGPH 2004 consulté sur http://www.ins.nat.tn/

[4] Un logement rudimentaire est un logement qui répond à un minimum acceptable de sécurité physique et de respect pour l'hygiène et la santé.

Chapitre 5. La santé et les déterminants immédiats de la santé (habitudes de vie)

Resumé du chapitre 5.

- La Tunisie a réalisé des progrès remarquables dans l'éradication et l'élimination de nombreuses maladies transmissibles. La vaccination obligatoire à travers le programme national de vaccination assure une couverture très élevée et a un impact démontré sur la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. On craint cependant une réémergence de certaines maladies transmissibles (en particulier les zoonoses et les maladies hydriques) liées aux changements environnementaux.

- La Tunisie connait une transition épidémiologique avec l'augmentation des maladies non transmissibles liées au mode de vie et au vieillissement de la population. Les données partielles et récentes sur les conduites addictives, en particulier chez les jeunes, sont alarmantes.

- Il existe peu de données sur la santé mentale en Tunisie. Cependant, certaines études parcellaires, les focus group et un « sentiment général » permet de penser que la santé mentale s'est rapidement dégradée sur les dernières années.

- La mortalité maternelle a connu une baisse importante mais les progrès ne permettent pas d'atteindre les objectifs de l'OMD 5. Cette mortalité varie du simple au double d'une région à une autre.

- La mortalité infantile est attribuable essentiellement à la mortalité néonatale et particulièrement la néonatale précoce.

- On remarque une évolution de l'étiologie du handicap et de l'accidentologie (route, accidents de travail, accidents domestiques)

5.1. Espérance de vie et principales causes de mortalité et morbidite

L'amélioration du niveau de vie des tunisiens s'est accompagnée de progrès sociaux notables dont notamment l'augmentation de l'espérance de vie. L'espérance de vie à la naissance est passée de 70,3 ans en 1999 à 74,9 ans en 2011 (INS).Ce résultat place la Tunisie 4ième des pays de la région EMRO, au même titre que le Bahrein et derrière les Emirats Arabes Unis, le Koweit (78 ans), et le Qatar et devant Oman, la Lybie, le Maroc, la Syrie, la Jordanie, l'Iran et le Liban (Carte sanitaire 2011, Ministère de la santé).
Ces résultats positifs ne doivent cependant pas cacher des disparités importantes entre régions. Ces disparités du niveau de la santé entre régions sont notables pour les maladies transmissibles, celles non transmissibles, pour la santé de la mère et de l'enfant et pour la santé environnementale. Rappelons que les mêmes disparités ont été mises en évidence dans le chapitre précédent relatif au contexte socio-économique et environnemental.

La transition épidémiologique et la transition démographique ont eu pour effet de changer les profils de morbidité et de mortalité dans le pays. La Tunisie a observé un déclin voire l'éradication de nombreuses maladies transmissibles. Actuellement, les maladies du système respiratoire, les maladies métaboliques et les cancers dominent à la fois la morbidité et la mortalité de la population tunisienne. On estime que les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont à l'origine de 72% de tous les décès (OMS, Profil OMT 2011) et que les maladies chroniques représentent 60% de la charge de morbidité. Les décès imputables aux maladies infectieuses et parasitaires ne représenteraient que 3% de l'ensemble des décès survenus en Tunisie en 2009 (Hajem et Hsairi, 2010).

A titre d'exemple, la prévalence des maladies cardiovasculaires chez l'adulte est de 16%, l'hypertension 30% et le diabète d'environ 15%. Les trois causes de décès les plus fréquentes en 2009 étaient les maladies du système circulatoire (environ un décès sur trois) et les cancers (environ un décès sur 6) (Hajem et Hsairi 2010).Les ventilations des causes de décès selon des critères de sexe et d'âge apportent des éclairages supplémentaires. Selon ces auteurs:

- *Pour les femmes,* on observe un excès de décès imputables aux maladies cardiovasculaires et aux maladies métaboliques ; cette surmortalité pouvant être expliquée par la fréquence plus importante d'obésité, sédentarité et inactivité physique chez les femmes.
- *Pour les hommes,* la surmortalité est dominée par les pathologies liées aux habitudes de vie et aux comportements individuels à risques : tumeurs malignes, affec-

tions de l'appareil respiratoire et morts violentes.
- *Avant 5 ans,* les anomalies congénitales et les pathologies liées à la période périnatale sont responsables de 3 décès sur 4.
- *Parmi les adolescents et les jeunes adultes,* les morts violentes dominent les causes de décès (plus d'un tiers des décès).
- Les décès causés par un cancer dominent dans la classe d'âge 35-64 ans et plus particulièrement chez les 45-54 ans.
- *Chez les personnes âgées* (plus de 65 ans), ce sont les maladies cardiovasculaires qui deviennent les causes de décès les plus fréquentes (plus d'un tiers des décès).

L'étude IMPACT CHD (Saidi et al. 2013) montre que l'augmentation de mortalité spécifique de maladie cardiovasculaire des femmes a augmenté deux fois plus que chez les hommes sur la période entre 1997 et 2009 (+11,8% pour les hommes, de 70 à 87/100 000 et +23% chez les femmes de 28 à 41/100 000). Le projet MedCHAMPS en Tunisie (Ben Romdhane 2014) indique un taux de prévalence de diabète de type 2 de 15%. Cette étude met en évidence le lien étroit entre la maladie et les déterminants sociaux de la santé. En effet, la prévalence du diabète est double en zone urbaine par rapport aux zones rurales. Cependant, ce constat doit être revu en fonction des régions (ratio urbain/rural triple dans les zones défavorisées et 1,6 dans les zones plus développées).

5.2. Les maladies chroniques et non transmissibles et les modes de vie et facteurs comportementaux

5.2.1. Les traumatismes, en particulier ceux liés aux accidents de la route

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 ont causé la mort de 1623 personnes en 2012 (contre 1208 en 2010, soit +34% sur deux ans) et blessé 14147 personnes sur la même année (contre 12495 en 2010, soit +13%) (Ministère du transport). Plus d'un tiers des décès sont attribués à un excès de vitesse. Plus d'un décès sur dix a eu lieu en traversant la route. 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 (Ministère du transport).

5.2.2. Les handicaps

Quelques études parcellaires témoignent à la fois de l'intérêt que l'on porte à la question du handicap et de l'insuffisance des données statistiques nationales (Ben Dridi et al. 2013):

Source	Base	Taux prévalence
Ministère des Affaires Sociales	Nombre de « cartes pour handicapés » délivrées entre 1982 et 2000	1,71% pour la population générale
	+ information auprès des responsables des régions et acteurs sollicités par citoyens (enquête 2000-2003)	1,5%
Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), 2000	Enquête nationale sur « la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant »	1,2% chez l'enfant de moins de 5 ans
Institut de Promotion des Handicapés (IPH)	Enquête nationale sur la prévalence des incapacités et des déficiences	4,6% dans la population générale et 1,4% parmi les enfants de moins de 6 ans
Recensement Général de la Population 2004		1,5% population générale-Note : environ 36% personnes handicapées ne semblent pas avoir de « carte pour handicapé »

La prévalence reportée dans le tableau ci-dessus est relativement faible si l'on compare aux taux reportés internationalement. Ben Dridi et al. (2013) rapportent que la prévalence du handicap varie de 1,5 à 10 % selon les pays,
et expliquent cette variation par la définition et les critères que l'on adopte pour identifier un handicap, et, de l'existence ou non dans le pays, de registres nationaux. Si les chiffres ci-dessus ne sont pas sous-estimés, la Tunisie serait donc parmi les pays ayant le plus bas taux. Cependant, Ben Dridi et al (2013) postulent une sous-évaluation de la prévalence du handicap pour les raisons suivantes :

- Ampleur du handicap d'origine périnatale (47,8 % des handicaps existant à la naissance5).
- Taux de consanguinité encore élevé (estimé à 32 %6) expliquant entre autre, une prévalence des maladies héréditaires de type autosomique récessive souvent invalidantes comme les maladies héréditaires du métabolisme, les myopathies.....
- Nombre élevé des accidents de la voie publique.
- Accidents domestiques souvent non déclarés. Ils constituent actuellement 1,9 % du taux global des personnes handicapées6.
- Accidents de travail pas toujours déclarés. 2 500 personnes handicapées

5 Enquête Nationale sur les personnes handicapées en Tunisie.MASS 2001-2003.
6 Riou S, El Younsi C, Chaabouni H. Consanginité dans la population du Nord de la Tunisie. La Tunisie Médicale 1984; 67 (3).

sont répertoriées suite à un accident du travail.

- Déclaration de plus en plus importante des maladies professionnelles : 1% des handicaps seraient en rapport avec celles-ci6.
- Absence de dépistage national systématique néonatal de maladies sources de handicap mental profond comme l'hypothyroïdie et la phénylcétonurie.

Il est donc urgent de mieux cerner l'ampleur du problème du handicap en Tunisie pour mieux pouvoir y répondre.

5.2.3. Les troubles mentaux et les maladies mentales

Il est difficile de décrire l'ampleur des troubles mentaux et maladies mentales par absence de données récentes couvrant l'ensemble du territoire tunisien (Ben Salah 2013). Selon Zouari (2008, dans Ben Salah 2013), en 2005, 52% de la population souffrait de troubles mentaux dont 37% sont des troubles dépressifs et anxieux. L'étude de Bouzid (2007, in Ben Salah 2013), limitée à trois centres de santé de base, estime à 13% la prévalence de dépression majeure. **L'hypothèse d'une aggravation des troubles mentaux dans le contexte social tunisien (caractérisé par une recrudescence de la violence et de la toxicomanie) et un environnement économique difficile, peut être posée (SNAPSAM, Ben Salah 2013).** En effet, une étude sur les nouveaux consultants dans un hôpital à vocation essentiellement psychiatrique indique que leur profil a substantiellement changé au cours des 3 années « postrévolutionnaires » (Ghachem-Attia 2013 dans Ben Salah 2013): plus jeunes, plus de fonctionnaires, plus de femmes (avec une inversion du sex-ratio); augmentation des troubles anxieux en 2011 et des troubles dépressifs en 2013. Le ministère de la santé estime à plus de 350 000 le nombre d'usagers de drogues, dont 100 000 cas d'addiction au Cannabis, plus de 100 000 au Subutex et plus de 11 000 à la seringue (Ben Salah 2013).

Cette hypothèse est fortement corroborée par les focus group menés dans le cadre de cette étude. En effet, les problèmes de santé mentale sont bien mis en avant lors de tous les focus group avec des personnes défavorisées:

- Les personnes âgées en situation précaire avancent des troubles psychologiques liés à leurs problèmes financiers en premier lieu, l'insalubrité de leur logement, leur solitude et leur incapacité à faire face à leur quotidien.
- Les citoyens vivant dans un environnement pollué (Menzel Bourguiba) reportent un état de santé physique ordinaire, sans maladie particulière, mais souffrent de stress important causé par les conditions de travail, la situation politique du pays (qui aurait entrainé une irritabilité et par conséquent une agressivité plus importante), les désagréments quotidiens liés à la pollution

de l'environnement, de l'eau et de l'air. Les participants à ce focus group ont également souligné que le manque de moyens et d'infrastructure de loisir (absence de parcs et aires de jeux, même la plage étant polluée) et l'utilisation abusive de la télévision et de l'ordinateur par les enfants pour se distraire affecte aussi bien leur état physique que mental.

- Le stress sur le lieu de vie (l'école, en l'occurrence), l'agressivité (violence verbale et physique) et l'absence de loisirs influencent fortement la santé mentale des écoliers. Les parents d'élèves issus de milieu défavorisé, perçoivent une forte augmentation de la drogue et de la violence. Ils mettent le doigt sur les déficits du système éducatif (manque de pédagogie des professeurs, structures éducatives médiocres) et l'état sécuritaire du pays (absence d'agent de l'ordre).

De même, ces troubles psychologiques ont été discutés lors des travaux des ateliers sur les services et les conditions de travail des professionnels de santé (atelier du groupe thématique « adaptation/ressources humaines, 27-28/09/2014, groupe services), qui évoquent un retentissement des mauvaises conditions sur leur santé mentale (insalubrité des lieux, manque d'équipement et de moyens, encombrement des structures, mauvaise organisation du travail, salaires et incitations insuffisantes, démotivation, etc.). Ces conditions seraient à l'origine d'un état de stress sur le lieu du travail qui pourrait expliquer, en partie, l'ambiance d'agressivité entre les membres de l'équipe soignante ainsi que vis-à-vis des prestataires de services.

Dans une étude récente dans le gouvernorat de Tunis, (juin 2013), un lycéen de 15 à 17 ans sur 10 a déclaré se sentir rarement ou jamais heureux (Ministère de la santé, Enquête MedSPAD 2013). Environ un tiers des adolescents avaient le sentiment de vivre isolé. Egalement, un peu moins d'un tiers des adolescents avaient le sentiment de n'être jamais ou rarement compris par les autres. Sur ces deux questions, la proportion de filles satisfaites était nettement inférieure à celle des garçons.

En outre, des études sur la violence sur les femmes et sur les enfants mettent en avant un phénomène d'ampleur non négligeable:

- D'après l'enquête MICS-4 (2011-2012), les violences sur les enfants en milieu scolaire et familial constituent un phénomène inquiétant. En effet, parmi les enfants âgés de 2 à 14 ans, 94% ont subi une discipline considérée comme violente comprenant une agression psychologique et/ou physique[7] ; un pourcentage légèrement plus élevé étant observé auprès des garçons que des filles.

[7] Définition UNICEF utilisée dans le cadre du MICS-4

- L'enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes, réalisée par l'ONFP/AEICD en 2010, permet de jauger l'ampleur du phénomène en Tunisie : un peu moins d'une femme sur deux (47,6%) âgée de 18 à 64 ans déclare avoir subi au moins une des multiples formes de violence pendant toute sa vie et un tiers (32,9%) durant les derniers 12 mois. La violence physique est estimée à 31,6% sur toute la vie et 7,3% sur la dernière année. La prévalence de la violence psychologique est estimée à respectivement 28,2% et 15,8%. Cette enquête a également mis en évidence que la prévalence de toutes les formes de violence est généralement associée au niveau d'éducation des femmes (les moins éduquées étant les plus vulnérables), à l'âge, (pour la prévalence sur toute la vie) et à la région. Cette violence semble « normalisée » par les femmes qui déclarent que la violence est un fait ordinaire qui ne mérite pas qu'on en parle dans 55% des cas.

Ces observations alertent sur une possible dégradation de la santé mentale et appellent à un renforcement de la réponse sanitaire, sociale, éducative et sécuritaire.

5.2.4. Le mode de vie et les facteurs comportementaux

Les habitudes de vie ont changé en un demi-siècle d'indépendance et de développement économique et social, d'urbanisation et d'adoption de modes de vies nouveaux. Par exemple, **l'alimentation tunisienne a évolué en quelques années** s'éloignant du modèle crétois ou « à la Méditerranéenne ». Une analyse de l'évolution de la consommation alimentaire sur la période de 1980 à 2005 indique une détérioration en termes quantitatifs et d'équilibres 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. Cette évolution continue en termes de structure (plutôt qu'en termes quantitatifs), la consommation se déplaçant vers les produits d'origines animales, les fruits et légumes, les corps gras et le sucre, au détriment des aliments de base (céréales, féculents, légumineuses) (Dogui Antar 2010). Cette transition est due essentiellement à des mutations socio-économiques dont l'urbanisation, la féminisation de la vie économique, les décohabitations des membres du foyer, la diminution globale des produits traditionnels et l'élévation du revenu (Dogui Antar 2010).

« Notre alimentation n'est pas de bonne qualité, on a tendance à manger plus de pâtes, moins de fruits et encore mois de viande ou poisson faute de moyen. On est conscient que ne n'est pas bien pour la santé mais on ne peut rien faire ».
Femme âgée sans soutien familial.

En Tunisie, comme tous les autres pays du monde, le tabagisme est responsable de nombreux états pathologiques. Il constitue un facteur de risque significatif associé à un bon nombre de maladies comprenant le cancer, les maladies cardiovasculaires, pulmonaires, endocrines et métaboliques. Une étude de 2006 (TAHINA) montre que la répartition régionale du tabagisme se décline à hauteur de 29,3% sur le Grand Tunis, 27,2% dans le Nord-Est, 25,3% dans le Nord-Ouest, 25,1% dans le Centre-Est, 20,1% dans le Centre-Ouest, 16,5% dans le Sud-Est et 19,4% dans le Sud-Ouest. Le tabagisme varie également selon l'âge et en fonction du milieu. En effet, en milieu urbain, la prévalence du tabagisme baisse au fur et à mesure que l'âge avance, avec 56,1% dans la tranche d'âge 34-44 ans, 49,9% dans la tranche d'âge 45-54 ans et de 41,1% dans la tranche d'âge 55-70 ans. De même, pour les femmes ce phénomène est observable à une petite intensité avec les taux respectifs de 3,7% ; 2,6% et 1,2%. Cette tendance s'observe aussi en milieu rural mais à moindre intensité. Aucune donnée plus récente n'existe à ce sujet.

D'après une étude récente (enquête MedSPAD 2013), la prévalence du tabagisme (consommation de cigarettes ou narguilé au moins une fois dans la vie) chez les lycéens de 15 à 17 ans était de 44%. La prévalence de consommation de cigarette sur l'année dernière était de 17% et sur le mois dernier de 14%. En ce qui concerne la consommation d'alcool, respectivement 12%, 5% et 3% des lycéens ont déclaré avoir consommé de l'alcool, au moins une fois dans leur vie, dans la dernière année ou dans le mois dernier.

5.3. La charge des maladies transmissibles

La lutte contre les maladies transmissibles supportée par le secteur des soins de santé de base a eu des résultats remarquables (par exemple, élimination de la poliomyélite et contrôle de la rougeole). **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.** Tandis que la rougeole, la poliomyélite, le tétanos néonatal sont en phase d'éradication ou de pré-éradication, les cas autochtones de schistosomiase et de paludisme ont disparu depuis 25 ans, la prévalence de certaines zoonoses (leishmaniose cutanée, brucellose) reste stable ou, plus récemment, en légère augmentation (pour la tuberculose extra-pulmonaire et le virus du Nil occidental).

Sur les 26 maladies figurant sur la liste des maladies à déclaration obligatoire en Tunisie (MDO), les 5 maladies les plus fréquentes en 2012 sont la leishmaniose cutanée (1771 cas), la tuberculose (2208 cas), l'hépatite A (412 cas), la brucellose (278 cas) et la méningite à méningocoque (229 cas) (MDO 2013).

La situation épidémiologique du VIH en Tunisie est caractérisée par une épidémie concentrée dans certains groupes clés : la séroprévalence s'élève à 0,61% chez les travailleuses de sexe clandestines, 13% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à 2,7% chez les usagers de drogues injectables, associée dans ce dernier groupe à une prévalence élevée de l'hépatite virale C (33%). Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 4030, principalement réparties sur la tranche 20-40 ans, soit un taux de prévalence dans la population générale de 0,05% (UN 2013).

L'évolution récente des zoonoses et maladies vectorielles pourrait être liée au changement climatique mais également à la gestion de l'environnement. Elle suppose une attention accrue par le renforcement de la capacité de riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes et une approche compréhensive et multidisciplinaire pour le suivi et la gestion des risques. En outre, la situation pourrait s'aggraver du fait du contexte régional et de la situation qui prévaut aux frontières entre la Tunisie, l'Algérie et la Lybie. Une approche régionale au problème est donc nécessaire.

Pour les quatre maladies à transmission vectorielle ayant le plus retenu l'attention en Tunisie dans la deuxième moitié du 20ième siècle, le lien avec l'eau et les politiques hydrauliques est évident. Ces maladies présentent cependant trois situations différentes (ministère de l'environnement et du développement durable 2010):

- La leishmaniose cutanée est en émergence épidémique depuis 1982 et, en l'absence d'une méthode de lutte efficace, difficile à contenir.
- Après des années d'éradication du paludisme et de la bilharziose, le risque de leur réémergence n'est pas écarté et nécessite encore des efforts.
- L'infection au virus du Nil occidental est une maladie émergente qui risque de s'étendre à tout le pays et nécessite des efforts importants de surveillance et de lutte (trois poussées épidémiques en 1997, 2003 et 2013).

Certaines conditions propices au développement de maladies hydriques (par exemple, une défaillance de l'assainissement ou une pénurie de l'eau potable) sont plus fréquentes en milieu rural. Cela explique donc la vulnérabilité plus importante des régions de l'intérieur du pays par rapport aux régions côtières pour les maladies hydriques.

5.4. La santé de la mère et de l'enfant

L'enquête nationale sur la mortalité maternelle menée par l'INSP pour l'année 2008 présente un taux de mortalité maternelle de 44,8/100 000 NV, soit une réduction annuelle de 3,6%. Cette baisse notable reste en dessous de l'objectif de développement du millénaire de réduction annuelle de 4,5%, en vue d'atteindre un taux de 30/100 000 NV d'ici 2015. Le taux le plus bas est observé au Nord-Est (27,9/100 000 NV) et le plus élevé (67/100 000 NV) dans la région du Nord-Ouest. **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) pour lesquels les niveaux d'accès sont toujours moindres (malgré quelques progrès), notamment dans les régions du Centre-Ouest, plus faibles pour les jeunes filles de 15-24 ans que pour les femmes plus âgées, ou avec quelques différences pour les femmes issues des ménages les plus pauvres et les moins instruits (UN 2013).

Selon Hajem et Hsairi (2010), en comparaison avec les données disponibles pour d'autres pays, la structure de la mortalité proportionnelle par cause en Tunisie se distingue par le poids toujours important des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale qui, malgré une légère baisse, continue d'être à l'origine de 6,6% de l'ensemble des décès enregistrés en 2009. A ce sujet, l'UNICEF indique que

« Les enquêtes épidémiologiques montrent que les causes immédiates de mortalité et de morbidité néonatales sont pour une grande part évitables et relèvent essentiellement de la qualité des soins » (UNICEF, 2012).

En 2006, les affections périnatales étaient responsables de 47% de la mortalité infantile ; les infections respiratoires aigües, les affections congénitales et les diarrhées ont causé respectivement 14%, 11% et 10% des décès infantiles.

Les maladies liées aux comportements et conditions en matière de nutrition représentent un défi important, tel qu'indiqué dans le MICS-4 (2011-2012) :

- La prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois est relativement faible (9 %).
- Une insuffisance pondérale est observée chez 2% des enfants, un retard de croissance chez 10% des enfants, une émaciation chez 3% des enfants et 14% présentent une surcharge pondérale.

5.5. Le parcours de vie des personnes vulnérables et l'impact sur la santé

Un état sur le parcours de vie –*«modes de vie socialement construits»* – des personne vulnérables a été réalisé dans le cadre de la phase «Diagnostic de situation» du dialogue sociétal, à travers des focus groups. Cette analyse vise à comprendre les causes des inégalités sociales en santé. Elle explore la relation et l'impact des déterminants socio-économiques sur l'état de santé en général (physique et mental), et de comprendre l'attitude et le comportement de la population tunisienne vulnérable vis-à-vis de ces déterminants. Cette approche qualitative vient combler le manque d'études ou de données quantitatives sur les groupes vulnérables de la population tunisienne.

Le tableau ci-dessous présente les résultats des focus groups en croisant l'état de santé en général et les déterminants énoncés. Le constat le plus important qui a été relevé lors des entretiens est la **dégradation de la santé mentale perçue par le tunisien.** C'est pourquoi nous avons préféré présenter, dans notre analyse, le lien des déterminants sociaux avec l'état de santé mentale et physique séparément afin de mieux apprécier l'impact du « parcours de vie » et de vulnérabilité en santé en général.

Les personnes interrogées ont généralement reporté leur santé mentale comme mauvaise ou voire très mauvaise dans tous les groupes. Ceci a été cité par la quasi-totalité des participants avec une explication reliée à la situation politique et sociale actuelle qui s'ajoute aux soucis quotidiens, notamment financiers.

« Notre quotidien est stressant, nos responsabilités s'accroissent et se multiplient, nos soucis aussi : de la situation financière, l'éducation des enfants et leurs avenir.... Ajouter à cela la situation politique du pays, ceci nous a rendu le quotidien difficile à gérer, les gens sont devenus de plus en plus agressifs, la vie est chère et aucun indicateur que les choses vont se rétablir... »
Fonctionnaire administrative.

« Nos parents et grands-parents ont vécu mieux que nous, auparavant il y avait des salles de cinéma, un club nautique, des activités sportives diversifiées : gymnastique, pétanque...,à l'heure actuelle la ville grouille de cafés et même les femmes ont des difficultés à circuler dans la ville, les trottoirs sont occupés par les cafés ».
Technicienne supérieure.

Le tableau montre la typologie de déterminants explicatifs de la détérioration de la santé mentale. Nous citons de façon sommaire les facteurs de risque suivants (qui se montrent inter-reliés et il devient difficile parfois de les classer):

- Financiers : chômage, pauvreté...
- Educatifs : scolarisation, programmes chargés, manque de loisir...
- Politiques : instabilité, manque de sécurité...
- Culturels : manque de moyens de loisir et de distraction...
- Changement de mode de vie : technologie de l'information et la communication (TIC) et leurs effets sur les comportements individuels, isolement...
- Sociaux : discrimination, marginalisation...
- Environnementaux...

La santé physique a été mieux appréciée que la santé mentale surtout pour les participants n'appartenant pas aux groupes ayant des problèmes directement liés avec la santé tel que le groupe des personnes âgées.

Les déterminants sociaux de la santé sont, comme démontré à l'échelle internationale, reliés à des problèmes au niveau de l'offre de soins (mauvaise répartition des spécialistes, équipements..., qualité d'accueil), aux problèmes financiers (chômage), environnementaux et sociaux[8].

« Notre état de santé physique est maitrisable du moment que notre maladie est diagnostiquée malgré toutes les difficultés, surtout financières, surtout s'il s'agit d'une maladie non grave et bien connue par les médecins ». Femme au foyer.

« La santé physique des écoliers est menacée aussi dans les établissements scolaires. Les installations sanitaires sont d'une qualité médiocre, ceci a causé des maladies contagieuses ». Femme au foyer.

[8] Les détails se trouvent dans le tableau

Etat desanté	Description	Lien avec les déterminants sociaux de santé DSS
Santé physique : **« *Moyen /mauvais/très mauvais* »**	Diabète/HTA/rhumatisme/maladies ophtalmologiques /ORL/cholestérolémie/asthme/ Allergies diverses/Alzheimer/ nerf sciatique/ cancer/ infarctus/ phlébite/incapacité motrice	- ***Economique/Statut social*** : pauvreté, - ***Ruralité*** : zone géographique difficile, conditions climatiques très rudes, - ***Education*** : niveau de scolarisation bas, - ***Développement régional*** : Mauvaise infrastructure, transport, - ***Conditions de logement*** : humidité, pas d'étanchéité, aération, ensoleillement…, - ***Environnemental*** : pollution (déchets ménagers, animaux errants…), eau potable, - ***Comportemental*** : manque d'activité physique, tabagisme et toxicomanie, - ***Hygiène des lieux*** : dans les structures publiques (éducatives et sanitaires), - ***Offre de soins*** : manque de ressources du système de soins : manque d'équipements, de spécialistes… - ***Informationnel*** : manque d'information et d'éducation à la santé ; - ***Conditions de travail*** : qualité de l'environnement du travail (pollution/humidité….), de la difficulté de leur travail considéré comme fatigue, travail physique dur.
Santé mentale« *Mauvais/très mauvais* »	Stress/anxiété/troubles de sommeil/dépression	- ***Rythme de vie***, - ***Système scolaire et éducatif :*** programmes chargés, mal conçus, manque d'activités manuelles et physiques, - ***Soucis financiers*** : chômage, inflation exorbitante, - ***Solitude*** : isolement, marginalisation, - ***Conditions de logement***, - ***Pollution environnementale*** : bruit, encombrement, saleté, - ***Comportement*** : agressivité verbale (insultes injures) et physique dans les lieux publics de travail et d'enseignement, - ***Absence de sécurité*** : rôle réduit de la police et des forces de l'ordre) et développement du banditisme dans les quartiers (consommation d'alcool, drogue..), - ***Manque, ou voire absence, de lieux de distraction et de loisir*** (clubs, aires de jeux, activités culturelles…), - ***Situation politique instable***, non rassurante, - ***Changement du mode de vie et effet des TIC*** : dépenser un temps important devant l'ordinateur et la télé, envahissement par l'électronique et internet (pas d'activité physique, renfermement social et isolement, vie virtuelle), - ***Conditions de travail*** : nombre important d'heures de travail par jour mal rémunéré et stressant.
Pas de recours immédiat aux soins	- Automédication, - Médecine alternative (coran, charlatans), - Utiliser les herbes médicales (tisanes..).	- ***Financier*** : manque de ressources financières, coût élevé des consultations, des examens médicaux et des médicaments. - ***Organisationnel*** : les cartes de soins qui sont attribuées ne font pas bénéficier des soins dans n'importe quelle organisation sanitaire (il faut se rendre à celle à laquelle appartient le patient). Aussi le manque de coordination entre les différentes structures sanitaires, les RDV éloignés, le non sérieux vis-à-vis des problèmes urgents. - ***Qualité de l'offre de soins*** : personnel médical (aucun respect au malade, accueil médiocre), les médecins ont un comportement matérialiste vis-à-vis des malades. - ***Structures non adaptées*** pour accueillir les malades (marches difficiles).
Recours immédiat aux soins	Médecin privé ou CSB si maladie des enfants	- ***Financier*** : s'endetter, se prêter de l'argent, - ***Altruisme*** : faire n'importe quoi pour soigner son enfant.
Examens complémentaires/suivre un traitement de longue durée	- A condition de prise en charge ou aide financière. - Pas d'achat de médicaments. - Pas de continuité	- ***Financier*** : problème d'accès financier, géographique, - ***Psychologique*** : manque de confiance en l'efficacité du traitement, - ***Qualité d'accueil*** médiocre.

Tableau : Lien exprimé par des personnes vulnérables sur leur état de santé et les déterminants sociaux et environnementaux de la santé (focus group : personnes vulnérables)

Implications de la partie 1 pour le système de santé:

- Le système de santé doit être réorienté dès maintenant pour faire face aux nouvelles données du futur : maladies chroniques et dégénératives, vieillissement de la population.

- Il faut repenser la promotion de la santé et la création d'un environnement favorable pour faire face aux problèmes des inégalités sociales de santé et des maladies non transmissibles.

- Cette approche se situera dans une réflexion plus large sur la réduction des disparités régionales, le développement régional et la justice sociale selon les âges et le genre.

- Il est attendu que les politiques publiques soient favorables à la santé et à l'équité en santé. Ainsi, la consécration du droit à la santé dans la nouvelle constitution constitue une avancée majeure.

- En particulier, dans un contexte de rationnement macro-économique, il faut trouver des moyens de pérenniser le système de l'assurance maladie.

- L'équité, l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des moyens pourraient donc être des valeurs centrales pour la réforme du système de santé.

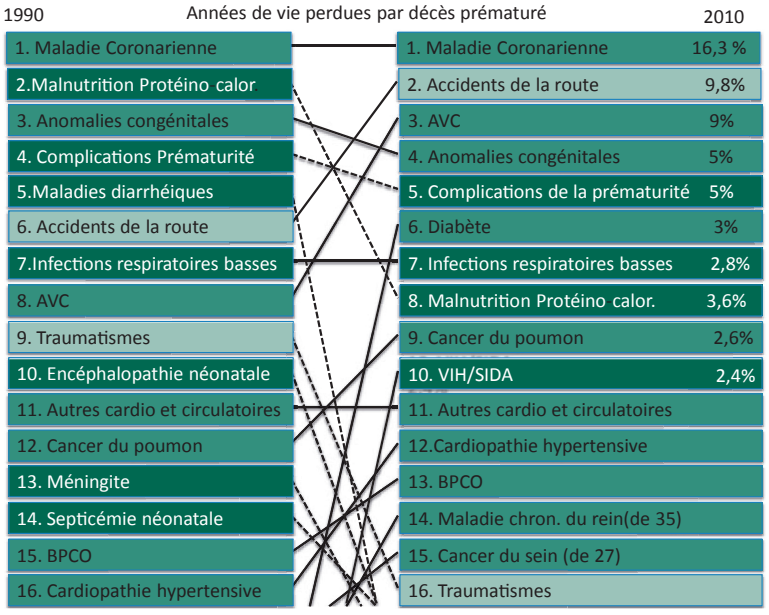
Fiche 3: Chiffres clés sur les principales causes de mortalité et morbidité

Les principales causes de décès des tunisiens

Principaux groupes de maladies ou causes de décès 2006	Total en%	H en %	F en %
Maladies de l'appareil circulatoire	**29,1**	**27,1**	**31,0**
Tumeurs	**16,6**	**18,8**	**14,4**
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	**10,3**	**8,1**	**12,4**
Maladies de l'appareil respiratoire	**9,2**	**10,7**	**7,7**
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	**6,7**	**6,9**	**6,5**
Maladies de l'appareil génito-urinaire	**3,4**	**3,4**	**3,3**
Maladies de l'appareil digestif	**3,3**	**3,2**	**3,5**
Lésions traumatiques et empoisonnements	**3,0**	**3,3**	**2,7**
Maladies du système nerveux et des organes sensorielles	**2,9**	**2,7**	**3,3**
Maladies infectieuses et parasitaires	**2,8**	**3,1**	**2,6**
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	**2,1**	**2,1**	**2,1**
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	**0,8**	**0,7**	**0,8**
Autres causes	**9,8**	**9,9**	**9,7**
Total	**100**	**100**	**100**

Sources : Hajjem S. Statistiques nationales sur les causes médicales de décès – Tunisie 2006. Tunis, Institut National de Santé Publique, avril 2009.

Les causes des années de vie perdues par décès prématurés en 1990 et 2010



Sources : GDB profile Tunisia : http://healthmetricsandevaluation.org

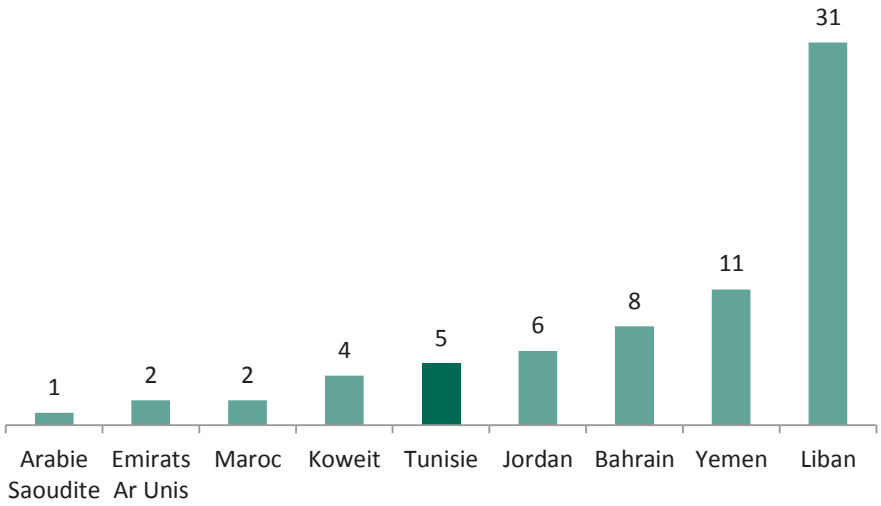
Fiche 4: Chiffres clés sur les facteurs comportementaux et les maladies liées aux modes de vie

Prévalence des principales maladies liées aux modes de vie selon le sexe

		Sexe		Milieu	
	%	Femme (F)	Homme (H)	Urbain (U)	Rural (R)
HTA	30%	**31,8%**	28,2%	**31,7%**	26,6%
Hyper cholestérolémie	14%	**16,1%**	11,7%	**15,4%**	10,9%
Surpoids	35,8%	34,7%	**37%**	**37,4%**	32,5%

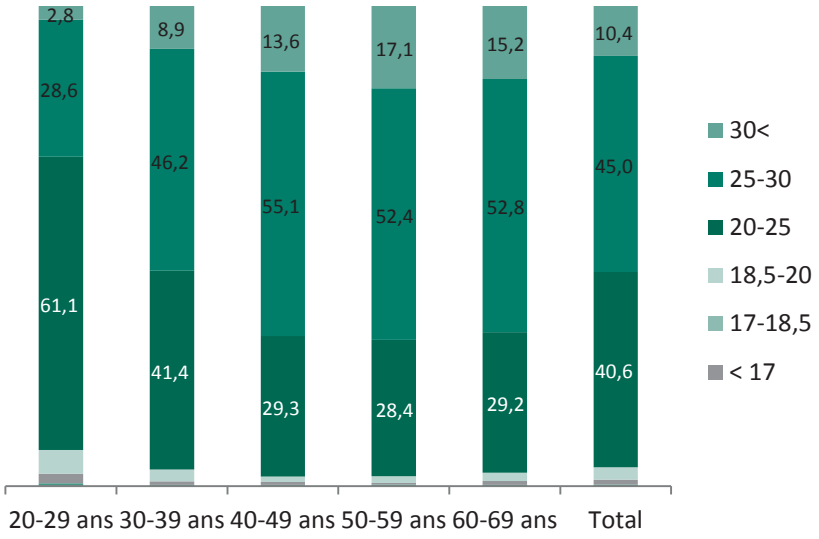
Source : TAHINA 2005

Prévalence (%) du tabagisme chez les adultes et les adolescents dans la région EMRO



Source : OMS 2012, http://www.who.int/gho/countries/tun/country_profiles/en

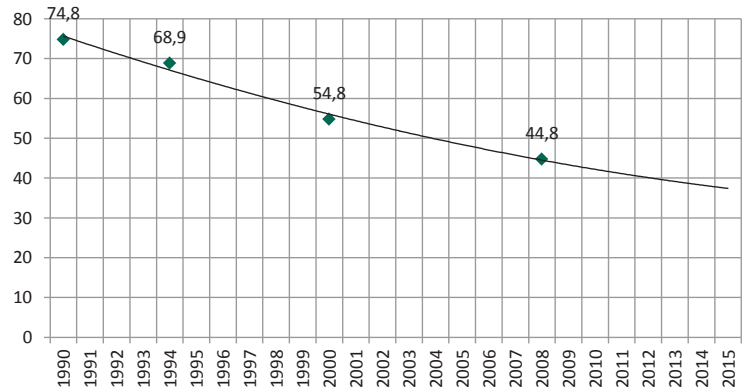
Distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) par categorie d'age (2011)



Source : Enquête de consommation des ménages 2010, consulté sur http://www.ins.nat.tn/

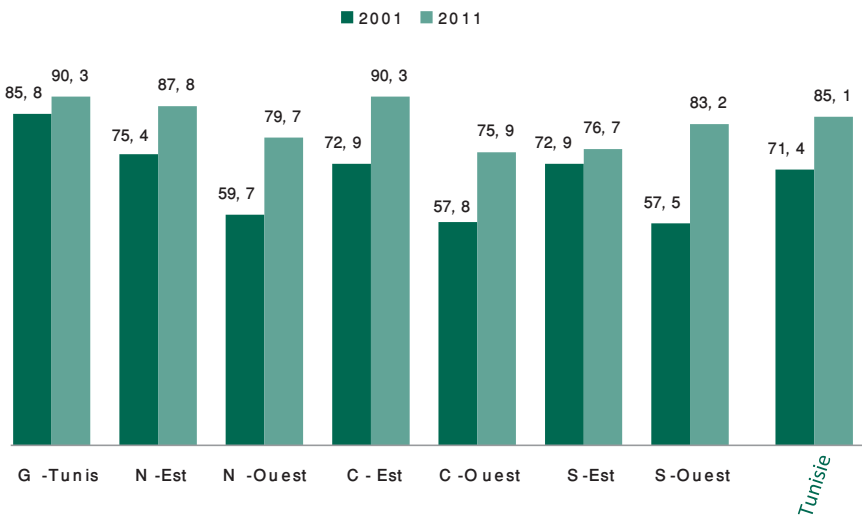
Fiche 5: Chiffres clés sur la santé maternelle et infantile

Taux de mortalité maternelle (pour 100 mille naissances vivantes



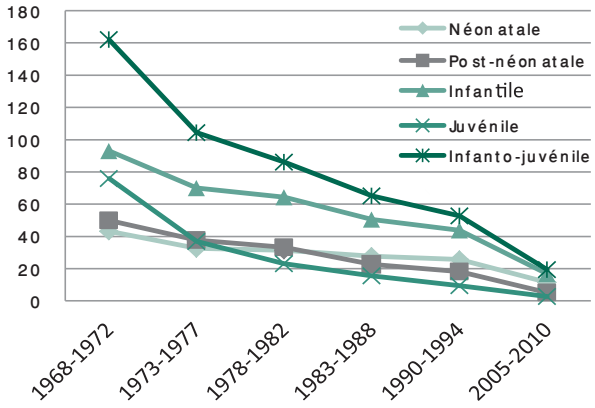
Sources : INS; DSSB : 1990,1994, 2000 - Enquête sur la Mortalité Maternelle 2008
dans Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014

Pourcentage de femmes bénéficiant de 4 consultations prénatales

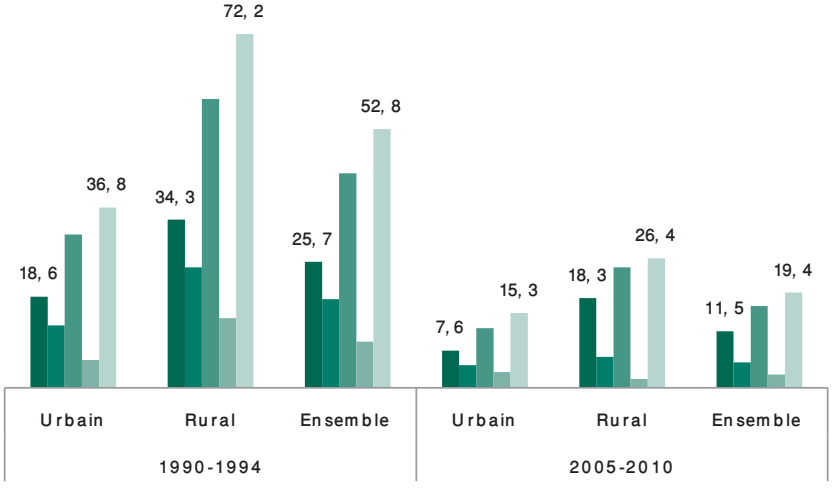


Sources : Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014

Taux de mortalité infantiles (pour 1 000)

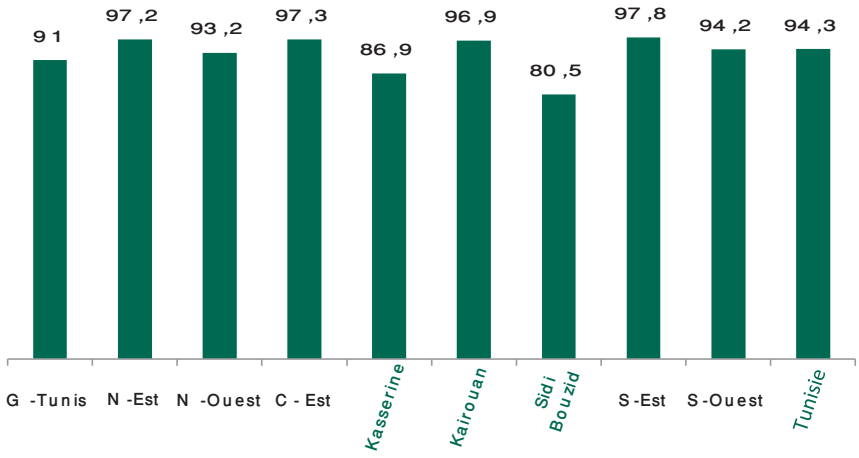


Source : MICS4 2010, ESTME/PAPCHILD 1996, EDS 1988, ETF 1978 dans Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014



Source : MICS4 2010, ESTME/PAPCHILD 199, dans Rapport national de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Janvier 2014

Proportion d'enfants de 19-28 mois vaccinés contre la rougeole (2011)



Source : Enquête MICS 4 - 2011

PARTIE 3

Evaluation de la contribution du système de santé à la réalisation du droit à la santé en tunisie

Encadré 3: Concepts clés pour la partie 3

- La santé n'est pas l'absence de maladie, c'est un état de complet bien-être physique, mental et social. Le dialogue sociétal doit prendre en compte chacune de ces dimensions.
- Le droit à la santé est reconnu dans la constitution Tunisienne de 2014, de même que le droit à l'information et la participation à la prise de décision. Dans la constitution de 2014, le rôle des communautés locales est renforcé.
- Il est plus précis de le définir comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé.
- Ce droit se réalise de façon progressive. La mise en œuvre de ce droit n'est pas évalué de manière binaire « oui/non » mais sur une échelle relative. Dans ce rapport, nous parlons donc du « degré de réalisation du droit à la santé », dans chacune de ces composantes.
- La progression (ou le « degré de réalisation ») doit être évaluée par rapport à des objectifs mesurables ; ces objectifs devant être fixés par le pays pour refléter une vision et les priorités en matière de développement et de santé.
- « Le système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. (...) Il dépasse le cadre des services de santé [curatifs] pour inclure la prévention des maladies, la promotion de la santé et les efforts visant à inciter d'autres secteurs à traiter des questions de santé dans leurs politiques » (OMS).
- L'action sur la santé se fait à travers les politiques de soins (chapitres 6 et 7), et les politiques de santé publique et les politiques saines (chapitre 9).Les politiques de santé publiques visent directement à créer un environnement sain. Alors que les politiques publiques dites « saines » visent à un autre objectif (par exemple la relance économique) mais leur impact sur la santé a été évalué et est positif. Ces deux approches supposent donc que le secteur de la santé travaille de manière étroite avec les autres secteurs dans un rôle de plaidoyer ou de facilitateur pour la santé. Cette question est étroitement liée aux déterminants sociaux de la santé. L'objectif devant être non seulement l'amélioration de la santé mais également la réduction des inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux.
- La participation citoyenne est un principe fondamental et un droit collectif reconnu dans les chartes internationales pour l'élaboration des politiques. Il est évalué au chapitre 8.
- La Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires adoptée par les pays membres de l'OMS affirme que « Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ». L'État doit favoriser au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus, leur participation ainsi que, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

Chapitre 6: Introduction – Fondements du Droit à la santé et du système de santé en Tunisie

Resumé du chapitre 6.

Le chapitre 6 décrit les acquis, fondements, structures et ressources pour le droit à la santé et le développement du système de santé. Il s'intéresse essentiellement au cadre juridique et institutionnel alors que les chapitres 7, 8 et 9 s'intéressent au degré de réalisation effective du droit à la santé. Certaines affirmations ci-dessous doivent donc être modérées par les observations sur le terrain (telles que discutées aux chapitres suivants).

- Le droit à la santé est reconnu dans la nouvelle constitution de 2014.
- Les principes de solidarité, d'égalité et d'accessibilité aux soins au profit des assurés sociaux et de leurs ayant-droits sont inscrits dans la loi de protection sociale. L'assistance médicale gratuite (AMG) vise à couvrir les personnes démunies. Le panier de services couverts par l'assurance sociale est défini de manière large et permet l'accès aux services privés dans certaines conditions et pour certaines catégories.
- Le maillage juridique couvre un champ large et diversifié.
- Le système est fortement centralisé. La définition de la politique, la gestion budgétaire et la gestion des ressources humaines se font essentiellement au niveau de l'administration centrale.
- Le système de santé est établi avec des infrastructures de première et deuxième ligne réparties sur l'ensemble du territoire. La première ligne est développée pour le secteur public autour de la « circonscription sanitaire ». Celle-ci se voit attribuer des missions larges de promotion, prévention et de soins primaires et est doublée d'un secteur privé étendu. L'accessibilité, la disponibilité de services et la qualité perçue ainsi que les difficultés de mise en œuvre effective des missions larges de la circonscription sanitaire sont discutées au chapitre 7.

- Il existe de « sous-systèmes » pour les fonctionnaires de certains ministères (défense et intérieur) et des établissements propres pour d'autres catégories de salariés (par exemple les grandes entreprises).

- Le secteur privé est en forte croissance, essentiellement pour l'activité en ambulatoire et dans les régions côtières.

- Les ressources humaines sont qualitativement et quantitativement assez satisfaisantes. Cependant, elles sont très mal distribuées entre régions. Pour certaines spécialités, telle que la psychiatrie, il manque sévèrement de médecins.

6.1. la place du droit à la santé dans l'ordre juridique tunisien

6.1.1. Le droit à la santé sous l'empire de la constitution de 1959

La constitution de 1959 ne consacrait pas les droits économiques et sociaux dans son dispositif. La santé était traitée dans l'article 34 sous l'angle de l'aménagement de compétence entre le domaine de la loi et celui du règlement et non pas selon une approche des droits de l'homme. Le droit à la santé ne figure pas dans la liste des droits fondamentaux consacrés dans le chapitre 1 de la constitution; il est cité uniquement dans le préambule où il est indiqué que *« le régime républicain constitue le moyen le plus efficace pour assurer la protection de la famille et le droit des citoyens au travail, à la santé et à l'instruction »*.

Il convient de remarquer cependant que l'important dispositif légal et réglementaire promulgué depuis dans le domaine de la santé, a fait des avancées significatives en matière du droit du citoyen à la santé. L'on peut citer en l'occurrence la loi du 29 Juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire dont l'article premier dispose que *« Toute personne a le droit de protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles »*. Sur le même élan, l'article 5 de la même loi précise que les structures et établissements sanitaires publics et privés doivent fonctionner dans des conditions qui garantissent
« les droits fondamentaux de la personne humaine ».

Mais faudrait-il reconnaître aussi que cet effort de consécration juridique du droit à la santé reste somme toute, en deçà du standard international en la matière.

Encadré 4. Norme internationale du droit de santé

La norme comprend quatre composantes :

- La disponibilité : Existence de structures d'offre de toutes les gammes de soins et des infrastructures et services publics qui favorisent la santé et le bien-être.
- L'accessibilité : Accessibilité physique, économique, non discriminatoire et accès à l'information.
- L'acceptabilité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et doivent être appropriés sur le plan culturel.
- La qualité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriées et de bonne qualité.

6.1.2. Le droit à la santé dans la constitution de 2014

Par rapport à la constitution de 1959, **la nouvelle constitution ratifiée le 27 janvier 2014 réalise une avancée majeure dans la consécration du droit à la santé** et ce sur trois plans. D'abord le droit à la santé occupe désormais une place dans le dispositif de la constitution, dans le deuxième chapitre dédié aux droits et libertés (article 38, voir Encadré 4), et acquiert ainsi une valeur constitutionnelle incontestable.

Encadré 5. Article 38 de la constitution de 2014

La santé est un droit pour chaque être humain.

L'État assure à tout citoyen la prévention et les soins de santé et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé.

L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien et à faible revenu. Il garantit le droit à une couverture sociale comme prévu par la loi.

Ensuite l'article 38 de la constitution donne au droit à la santé un contenu normatif plus élaboré bien que sa formulation reste ambiguë quant à la nature des obligations qui incombent à l'Etat.[9] Enfin et surtout, **le droit à la santé jouit dans la constitution actuelle des mécanismes de protection appropriés capables de garantir, à terme, son effectivité.** En effet, outre l'instauration d'une Cour constitutionnelle en vertu de l'article 115 du projet, l'article 48 confie aux différents ordres juridictionnels une compétence universelle de veiller à la protection des droits et libertés contre toute violation. En vertu de cette clause, tout citoyen a désormais les moyens juridiques de faire prévaloir son droit à la santé devant n'importe quelle juridiction, qu'elle soit civile ou militaire, administrative ou judiciaire, cantonale ou de cassation. C'est une avancée capitale sur le chemin de la consécration réelle du droit à la santé.

Cette avancée doit être accompagnée d'une compréhension de ce que recouvre les différents termes et en particulier quels services sont garantis. En effet, **la réalisation du droit à la santé étant progressive, il convient de définir une politique de santé avec des objectifs chiffrés vérifiables.** De même, le panier de services couverts par la sécurité sociale doit être défini de manière explicite, **en fonction des moyens disponibles.** Il est attendu que la couverture sanitaire universelle soit étendue de manière progressive à plus de citoyens, pour plus de services et avec moins de paiements directs.

[9] Dans la formulation de l'article 38 l'Etat garantit les soins gratuits pour les pesonnes démunies mais l'article reste muet sur la garantie de l'accès aux soins pour les autres couches de la société

La Constitution reconnait 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.

6.1.3.Elaboration et mise en œuvre des textes juridiques qui régissent les politiques en matière de santé

La constitution de 1959 a partagé la compétence de légiférer en la matière entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif : la loi fixe les principes généraux et le pouvoir réglementaire se charge des détails. **Or la loi ne s'est pas contentée de fixer les principes généraux. Elle a englobé aussi les domaines techniques normalement du ressort du domaine réglementaire.** De ce fait nombre de textes d'application (décrets, arrêtés et circulaires) se sont trouvés dans une situation de reprendre les détails déjà traités au niveau des dispositions de loi elle-même. Certains responsables du secteur disent que cette manière de concevoir les textes juridiques n'a pas manqué de se traduire par une certaine rigidité dans la mesure où pour adapter un texte d'application à un nouveau contexte, cela nécessite souvent la révision de la loi aussi, tellement cette dernière est rentrée dans les détails de mise en œuvre.

Force est de constater tout compte fait, que le secteur de la santé régi par un dispositif légal et réglementaire qui procure aux opérateurs les moyens juridiques appropriés pour agir à bon escient aussi bien dans le secteur public que privé. **Le maillage juridique couvre un champ large et diversifié** allant de la loi sur l'organisation sanitaire du 29 Juillet 1991, jusqu'à la réglementation des carrières médicales, pharmaceutiques et de médecine dentaire (Loi du 13 Mars 1991) en passant par les conditions d'exercice des professions paramédicales de libre pratique (Loi du 3 Août 1992), le cadre juridique de maladies transmissibles (Loi du 27 Juillet 1992), la santé mentale (Loi du 3 Août1992),la prévention des méfaits du tabagisme (Loi du 23 Février 1998), la protection de l'environnement (Loi du 14 Mars 1989 protection de la couche d'ozone et Loi du 4 Juin 2007 sur la qualité de l'air). Pour ne citer que quelques jalons significatifs. Un ensemble fourni de textes d'application (Décrets et Arrêtés) est mis en place pour actionner le dispositif légal.

Certaines lacunes ont été néanmoins constatées. **Certains textes de loi ont été votés et n'ont jamais été appliqués. D'autres législations sont tombées en désuétude, comme celle relative aux contrôles sanitaires aux frontières.** Les textes fixant les attributions du ministère de la santé ou l'organisation de son administration centrale remontent aux années 1970. D'autres textes visant à organiser des matières non

moins importantes telles que les textes d'application de la loi 56-95 du 28 juin 1995 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles dans le secteur public, doivent toujours être adoptés et ce 18 ans après la promulgation de la loi.

6.2 Le système de protection sociale en santé

Une caisse d'assurance maladie avec trois filières de soins et un programme d'assistance gratuite pour les nécessiteux

Les principes de solidarité, d'égalité et d'accessibilité aux soins au profit des assurés sociaux et leurs ayant-droits sont inscrits dans la loi 2004-71 du 02 Aout 2004 portant création du nouveau régime d'assurance maladie sociale.

Encadré 6 : Faits saillants et chiffres clés (OASIS 2014)

- L'ensemble des soins de santé, diagnostics et curatifs, sont pris en charge dans le panier de services.
- Régime assurance maladie (CNAM): 68% population, 3 filières.
- Assistance médicale en 2010 : 172000 ménages constitués du programme PNAFN(AMG1) et 557 600 ménages vulnérables (AMG2).
- Entre 8 à 10% de la population non couverte par un système de protection sociale (estimation).
- Dépenses directes des ménages : 41% .

En matière de protection sociale en santé, la Tunisie dispose, outre le financement direct des structures publiques à travers des allocations budgétaires de l'Etat, de deux régimes explicites:

1) l'assurance maladie obligatoire couvrant les travailleurs et leurs ayant-droits ;
2) l'assistance médicale gratuite (AMG) couvrant le recours aux soins dans les structures publiques de santé pour deux groupes de la population : les pauvres qui bénéficient d'une gratuité des soins (régime gratuité totale des soins RGT) et les vulnérables qui paient seulement le ticket modérateur dans le secteur public comme les assurés sociaux (régime tarifs réduits).

Le tableau ci-dessous synthétise les caractéristiques de la protection sociale en santé.

Tableau 1. Protection sociale en Tunisie (OASIS 2014)

Assurance Maladie Obligatoire (CNAM)	Assistance Médicale Gratuite (AMG)
● Protection généralisée à la population active- 95% des assujettis à la sécurité sociale et pensionnés des deux secteurs, privé et public et leurs ayant-droits (N. Achour 2012); selon trois filières: filière publique, filière système de remboursement et filière privée	● Protection étendue aux personnes démunies sans sécurité sociale selon deux sous-régimes: Gratuité des Soins et Tarifs Réduits
● Le financement de ce régime obligatoire est assuré par les cotisations sociales au taux de 6,75% pour la population active (4% par l'employeur et 2,75% par l'employé). Retraités : 4% à la charge totale du retraité	● Accessibilité aux structures publiques de santé
● D'après nos estimations (à partir de l'annuaire statistique de la CNSS et le document de la CNRPS 2010), 68% de la population totale est couverte par le régime de base de la CNAM)	● Affiliation sur demande ● Financement par la fiscalité ● Exonération de tout paiement pour le régime gratuité de soins Paiement du ticket modérateur réduit en sus de 10 TND par an pour l'inscription ● Taux de couverture a atteint 24% de la population en 2011 (Ministère des affaires sociales, MAS 2011)

En outre, les assurances privées et les mutuelles offrent une couverture maladie de nature complémentaire au régime obligatoire. L'adhésion aux mutuelles ou aux assurances groupe se fait parallèlement à l'obligation légale pour l'employé et l'employeur de s'affilier aux caisses de sécurité sociale, y compris CNAM. Les mutuelles et les assurances groupe couvrent les mêmes risques maladie que la sécurité sociale, tant au niveau des soins ambulatoires qu'au niveau de l'hospitalisation.

L'affilié CNAM peut sélectionner sa filière ; toutes les filières ayant le même niveau de cotisation mais des bénéfices différents:

- Filière publique (75,0% des assurés en 2008 et 69,3% en 2011, selon la CNAM) : L'affilié peut bénéficier des soins nécessaires dans les structures sanitaires du MS ainsi que d'autres structures conventionnées avec la CNAM (polycliniques de la CNSS, hôpitaux militaires). Les prestations sont l'objet d'un tiers payant avec un ticket modérateur et plafonné. Les affiliés sont exonérés du tiers-payant lorsqu'ils

reçoivent des soins en rapport avec les maladies lourdes ou chroniques ou si les frais annuels dépassent un plafond du ticket modérateur. Par ailleurs, le recours au secteur privé est en théorie possible avec accord préalable pour certains actes et hospitalisations.

- Filière privée de soins (10,2% des assurés en 2008 et 13,0% en 2011 selon la CNAM) : L'assuré social ayant opté pour cette filière doit obligatoirement recourir au médecin de famille conventionné. Ce dernier peut référer le patient si besoin, aux spécialistes ou à l'hospitalisation, généralement dans le secteur privé. Le paiement est en tiers payant avec une participation de 30% du patient. Le recours au secteur le public avec un simple ticket modérateur est possible. L'assuré social n'est pas toutefois tenu de passer par le médecin de famille pour les pathologies se rapportant à la gynécologie –y compris l'obstétrique–, à l'ophtalmologie, à la pédiatrie, à la médecine dentaire ainsi que pour les maladies de longue durée et chroniques pour lesquelles le patient a l'accord préalable de la CNAM.

- Filière système de remboursement des frais (14,3% des assurés en 2008 et 17,7% en 2011, selon la CNAM): L'assuré social peut choisir de recourir aux structures privées mais aussi publiques. Il doit procéder au paiement de la totalité des frais de soins qui lui sont dispensés par le médecin conventionné du secteur privé pour se faire rembourser ensuite par la caisse. Le remboursement est préalablement défini selon un plafond annuel pour les maladies ordinaires (environ 70% pour un montant de 200 DT par personne et par an) alors qu'il est intégral pour les maladies chroniques (APCI). L'hospitalisation dans le secteur public est possible avec le paiement d'un ticket modérateur.

Depuis la mise en place de la CNAM, la filière publique a été la plus choisie par rapport aux deux autres filières, en raison de son système de tiers payant, faible ticket modérateur et disponibilité géographique des structures publiques de santé (OASIS 2014). Par ailleurs, les deux autres filières n'ont attiré ensemble qu'environ le tiers des assurés sociaux en raison du:

- plafond des remboursements de la filière de remboursement jugé très bas et pouvant être très rapidement atteint mais aussi la difficulté d'avancer les frais que peut rencontrer l'assuré ;
- refus de la filière médecin de famille référent car l'assuré préfère souvent aller directement au spécialiste ;
- inscription automatique en filière publique si l'assuré ne fait pas le choix dans les délais requis.

Le tableau complet des trois filières est présenté en annexe.

Un programme d'assistance médicale gratuite pour les nécessiteux géré par le ministère des affaires sociales avec des soins délivrés par le ministère de la santé

Le ministère des affaires sociales (MAS) gère la couverture du risque maladie pour les franges de la population pauvre et vulnérable par le biais de deux régimes:

- le régime de la gratuité des soins (RGS) pour la population pauvre (vivant au-dessous du seuil de pauvreté). La population pauvre bénéficie de la gratuité totale des soins dans toutes les structures publiques sur présentation d'une carte de soins gratuits, valable pour une durée de 5 ans et validée annuellement par les services du MAS. Cette population correspondait en 2011 aux 172 000 ménages constitués des familles cibles du programme d'aide permanente (PNAFN) auxquelles s'ajoutent les enfants sans soutien familial.
- le régime de tarifs réduits (RTR) pour la population vulnérable non éligible à la CNSS. La population vulnérable (ou à revenus limités) était estimée à 577 900 ménages en 2011. La population est couverte par un régime de « ticket modérateur » dans les structures publiques sur présentation d'une carte donnant droit à ce régime, valable pour 5 ans et validée annuellement. Le bénéficiaire paie à une structure (hôpital ou groupement) un timbre pour validation correspondant à une cotisation annuelle fixe de 10 DT. En outre, il paie le même ticket modérateur que les assurés sociaux (20% du tarif complet) à chaque contact (ambulatoire ou hospitalisation) avec les structures publiques de santé. La différence entre les 20% payés par le bénéficiaire et les 80% restant du tarif complet n'est pas remboursée aux structures publiques et représente donc un « manque à gagner » pour celles-ci. En cas d'hospitalisation, le plafond à payer par le bénéficiaire pour les examens complémentaires est fixé à 30 DT par hospitalisation.

Ces deux régimes offrent la couverture du risque maladie aux familles (le chef de famille, son conjoint et les enfants à charge) et permettent l'accès à toutes les catégories de soins et d'exploration dans les structures du MS et éventuellement à des transferts vers le privé ou à l'étranger lorsque la prise en charge ne peut pas être assurée en Tunisie dans les structures publiques. Dans la pratique, un transfert dans une structure privée nécessite un bon de commande du directeur de l'hôpital alors qu'un transfert à l'étranger nécessite un accord préalable d'une commission au sein du MS.

Les « non couverts », un phénomène difficile à quantifier mais qui reste bien présent

Le nombre de personnes non couvertes par aucun système de protection sociale est difficile à estimer. D'après l'enquête de consommation des ménages de 2010, 21,7% de la population déclarent ne pas être couvert par aucun système de protection sociale. Cependant, ce taux de non couverture était jusqu'alors généralement estimé aux alentours de 8-10%, sur base du nombre de ménages couverts par la CNAM ou l'AMG. La difficulté d'estimation du taux de couverture est liée au fait que certains ménages sont doublement couverts (carte CNAM et carte AMG). Quel que soit le chiffre exact, il convient de mieux décrire la population non couverte afin de pouvoir ensuite revoir les mécanismes d'affiliation.

Un panier de soins généreux

La CNAM (article 6 de la loi 2004) prend en charge les frais des soins délivrés dans les structures publiques et privées pour les assurés et leurs ayant-droits, à l'exception des soins esthétiques. Pour la CNAM, le panier de soins est une liste réglementaire limitative (fixée conjointement par le MAS et le MS) des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments et des appareillages dont les frais sont remboursés ou pris en charge sur la base d'un tarif et/ou d'une cotation prédéterminés.
Les trois filières possèdent des avantages communs offerts à tous les affiliés. Ces derniers peuvent toujours se faire hospitaliser dans les services sanitaires publics relevant du MS ainsi que dans certains cas dans les structures privées. Tous les affiliés peuvent également bénéficier de soins spécifiques tels que l'hémodialyse, la transplantation d'organes, etc.

A partir du 1er juillet 2008, la CNAM prend en charge les soins ambulatoires pour les filières privée et remboursement, comme suit:

- tous les actes médicaux et paramédicaux (ex : radiologie, biologie, consultation, chirurgie...);
- la fourniture des produits pharmaceutiques, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire dans les structures sanitaires publiques ou privées;
- des dépenses de soins des assurés dans le cadre du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En plus, la CNAM prend en charge certaines prestations (soins, médicaments et appareillages) sous réserve d'un accord préalable. La liste de ces prestations est

fixée par un arrêté conjoint des ministères des affaires sociales et de la santé du 13 avril 2007. L'accord préalable est aussi exigé pour les hospitalisations programmées (endehors de la filière de remboursement) et les APCI.

Pour l'APCI de 24 maladies chroniques (en particulier le diabète, l'hypertension artérielle, les affections coronariennes), il y a une prise en charge totale avec tiers payant et en dehors de tous les plafonds (pour le patient comme pour les structures).

Le panier de soins répond théoriquement à des principes d'équité dans l'accès aux soins pour les assurés sociaux: accès à tous les soins disponibles dans les structures sanitaires publiques et accès différencié aux prestataires privés. Le cadre légal (convention CNAM avec le prestataire public et privé) stipule l'exhaustivité de l'offre de soins, la qualité des prestations et la capacité de répondre aux besoins de ses assurés (Loi n° 2004-71 du 2 Aout 2004). Tous les arrêtés sont fixés conjointement par le MAS et le MS. La CNAM (article 6 de la loi 2004) prend en charge les frais des soins délivrés dans les structures publiques et privées pour les assurés et leurs ayant-droits, à l'exception des soins esthétiques. Au niveau du secteur privé, la CNAM prend en charge les maladies lourdes et chroniques (liste de 24 APCI), les suivis de la grossesse et les accouchements, les soins ambulatoires ainsi que certaines hospitalisations chirurgicales selon une liste définie par arrêté du 29 juin 2007.

En outre, il faut relever que les programmes préventifs sont dispensés de manière gratuite dans les structures publiques. Les programmes couvrent, par exemple la lutte anti-diarrhéique, contre la gale, la tuberculose, les envenimations scorpioniques. Des programmes sont aussi développés pour favoriser la santé de la mère et de l'enfant, la périnatalité, la médecine scolaire, l'hygiène du milieu, la santé mentale, la prise en charge des hypertendus et diabétiques. Une liste exhaustive des programmes nationaux est présentée a l'encadré 10.

6.3. Cadre institutionnel

« Le ministère de la santé a pour mission de veiller sur la santé de la population dans le but de permettre le développement harmonieux de ses facultés physiques et mentales et de son adaptation au milieu naturel et à l'environnement social du pays par la lutte contre les causes de détérioration du bien-être physique ou mental qui peut l'affecter individuellement ou collectivement. A ce titre, il élabore pour le gouvernement la politique de santé, la planifie, veille à sa mise en œuvre et en contrôle l'exécution dans le triple domaine de la prévention, des soins et de réadaptation. »[10]

[10] Article 1er du décret 74-1064 du 28/11/1974

Le ministère de la santé est ainsi, de par la loi, l'acteur principal du système de santé tunisien. L'étude de son organigramme a révélé néanmoins l'existence de certains nombres de défaillances relatives notamment au mode de fonctionnement et de répartition des structures :

- déséquilibre entre des hyper structures ratissant horizontalement et verticalement des compétences étendues et des structures très faibles mais dont la vocation devrait être de jouer un rôle important dans l'élaboration des stratégies ou l'évaluation de politiques.
- l'existence de diverses structures couvrant des champs semblables soit à l'intérieur même du département, soit en relation avec d'autres structures qui dépendent d'autres départements ministériels ou d'autres Ministères et administrations.

Un système de gestion fortement centralisé

Le caractère fortement centralisé de la gestion du système de santé en Tunisie a été signalé dans maints rapports et mis en évidence dans le vécu de la plupart des acteurs et en particulier les usagers, les professionnels de santé et les administrateurs du système eux-mêmes. A telle enseigne que certains parlent de l'existence d'une culture de centralisation dans le pays.

Mais les pouvoirs publics n'ont pas manqué de réagir plus d'une fois pour donner davantage de marge de manœuvre aux opérateurs tant du côté de l'administration du système que des structures de l'offre des soins. Les services extérieurs de la santé ont été renforcés en 1981 (Décret 81- 225 du 18 Février 1981) par la création des directions régionales de la santé. Le Décret 2010-1668 du 5 Juillet 2010 leur a confié notamment des attributions en matière de mise en œuvre de la politique de santé au niveau régional, le suivi et l'évaluation des projets régionaux de santé et la tutelle administrative, financière et technique sur les structures et les établissements sanitaires publics (par délégation du niveau central). **La régionalisation de certaines dépenses budgétaires de santé vise aussi l'atténuation du caractère centralisé du système de gestion publique (Décret du 31 Octobre 2000).**

Cet effort de déconcentration apparaît également à travers l'appui donné à la santé de base par la mise en place des circonscriptions sanitaires en vertu du Décret 2000-2825 du 27 Novembre 2000. Conçues comme la pierre angulaire du PNDCS, **les circonscriptions sanitaires sont censées regrouper les moyens et les compétences nécessaires pour avoir une réponse locale aux besoins de santé exprimés par les citoyens. La création des établissements publics de santé (EPS) en 1991 procède de cette même volonté** des pouvoirs publics d'alléger la tutelle des

instances centrales et de donner aux gestionnaires des structures sanitaires une certaine latitude dans l'exercice de leurs activités. Excepté pour la gestion de personnel qui reste du ressort du régime de la fonction publique, l'EPS dispose pratiquement d'une autonomie de gestion qui se rapproche de l'entreprise publique. En effet, l'EPS a une structure de gouvernance propre (Conseil d'administration et Directeur général), des rapports de commerçant avec les tiers et une tutelle administrative et technique et un régime de marché alignés sur l'entreprise publique. L'article 33 de la loi sur l'organisation sanitaire a introduit aussi une souplesse permettant aux structures sanitaires publiques de conclure en cas de besoins, des conventions avec des médecins, pharmaciens, médecins dentistes, techniciens supérieurs de libre pratique, pour exercer dans le secteur public.

Encadré 7: Loi du 29 Juillet 1991

Article 27

« La tutelle technique et financière de l'Etat sur les établissements publics de santé s'exerce conformément à la législation et à la réglementation en vigueur relatives aux entreprises publiques »

Article 29

«les marchés des établissements publics de santé sont soumis pour leur passation, exécution et contrôle, aux dispositions législatives et réglementaires applicables aux entreprises publiques »

Il convient de remarquer cependant que malgré cet élan de réforme institutionnelle vers plus de renforcement des services extérieurs de la santé, **l'administration centrale reste prépondérante –voire tentaculaire pour certains– dans la gestion quotidienne de ces services.** Deux raisons principales semblent à l'origine de cette situation:

La première est que les réformes introduites ont posé des problèmes de capacité dont la plupart ne sont pas encore résolus. Au niveau des EPS, des fonctions vitales de gestion font encore défaut (par exemple fonctions d'inspection, audit, contrôle de gestion). L'importance des réserves formulées par les commissaires aux comptes à l'égard de la gestion des EPS est aussi signe d'insuffisance en la matière. D'après les évaluations du programme PNDCS, les problèmes de capacité menacent aussi la réussite de l'expérience des circonscriptions sanitaires: **Faute du leadership requis, des formations appropriées, et de l'insuffisance des mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation sur le terrain,** elles ne sont pas encore en mesure de prendre en charge dans une démarche intégrée, les besoins sanitaires de leurs

localités (analyse des données épidémiologiques et sociales, mise en évidence des priorités du plan de charge, estimation du financement requis, articulation d'une négociation appuyée sur des données probantes, auprès des instances centrales).

La deuxième raison de la persistance de cette tendance centralisatrice dans la gestion du système de santé est la pesanteur des pratiques administratives qui ne se sont pas affranchies complètement des anciens réflexes, en continuant à privilégier les activités de gestion voire de simple intendance, alors que la vocation première de l'administration centrale est de se consacrer à l'élaboration des politiques publiques, le pilotage de mise en œuvre et l'évaluation des résultats atteints. A vrai dire, les services centraux sont censés s'occuper plutôt des fonctions de pilotage et laisser les modalités de mise en œuvre aux structures régionales et locales. Il est maintenant bien admis que le niveau local est le plus qualifié pour permettre la souplesse et la réactivité nécessaires pour produire des prestations de santé de proximité, adaptées aux besoins et de bonne qualité.

La nouvelle constitution promulguée en février 2014, ouvre des perspectives prometteuses sur la voie de la décentralisation en se prononçant dès le préambule pour un régime républicain basé sur la participation citoyenne. Son article 139 consacre d'une façon encore plus explicite l'adoption des mécanismes modernes de la démocratie participative et de « l'open government ». L'adoption du principe de la subsidiarité en vertu de l'article 134, est de nature à rationaliser le partage de compétences entre l'Etat et les entités décentralisées, en partant de la vocation de chaque échelon pour prendre en charge les services publics (la santé entre autres) dans les meilleures conditions de qualité et d'efficience. Le champ est ainsi libre pour une réforme en profondeur donnant la parole et les moyens d'action aux populations locales pour améliorer leurs conditions de vie et de santé.

6.4. Organisation et ressources du système de santé

6.4.1. Ressources financières (mobilisation de fonds)

Des dépenses publiques de santé en forte croissance avec cependant une proportion non négligeable provenant directement des ménages

Jusqu'à la fin des années 1980, le financement de la santé était largement supporté par le budget de l'Etat et accessoirement par les caisses de sécurité sociale. A cette période, la part moyenne des fonds publics dans le financement de la santé était de l'ordre de 65%. La crise financière de la seconde moitié des années 1980 et les programmes d'ajustement ont réduit fortement l'intervention du budget de l'Etat,

relayée en première étape par un accroissement rapide des dépenses des ménages et dans une seconde étape par une augmentation de l'intervention de la sécurité sociale (Arfa et Achouri 2008 dans OASIS 2014).
De 1980 à 2000, on a enregistré un accroissement annuel moyen de 10% des dépenses directes des ménages, et donc une augmentation importante de leur part dans les dépenses totales de santé passant de 32 % en 1980 à 44,4% en 2000 (Rapport CNS 2002)pour ensuite légèrement diminuer à 42,9% en 2005 et 40,5% en 2010 (OASIS 2014, estimations). Les pouvoirs publics ont initié la réforme de l'assurance maladie des régimes de la sécurité sociale –qui a mené à la mise en place de la CNAM en 2004– en réponse à la réduction de l'accessibilité financière aux soins de santé et dans la perspective d'un meilleur partage des charges financières du secteur de la santé (OASIS 2014).

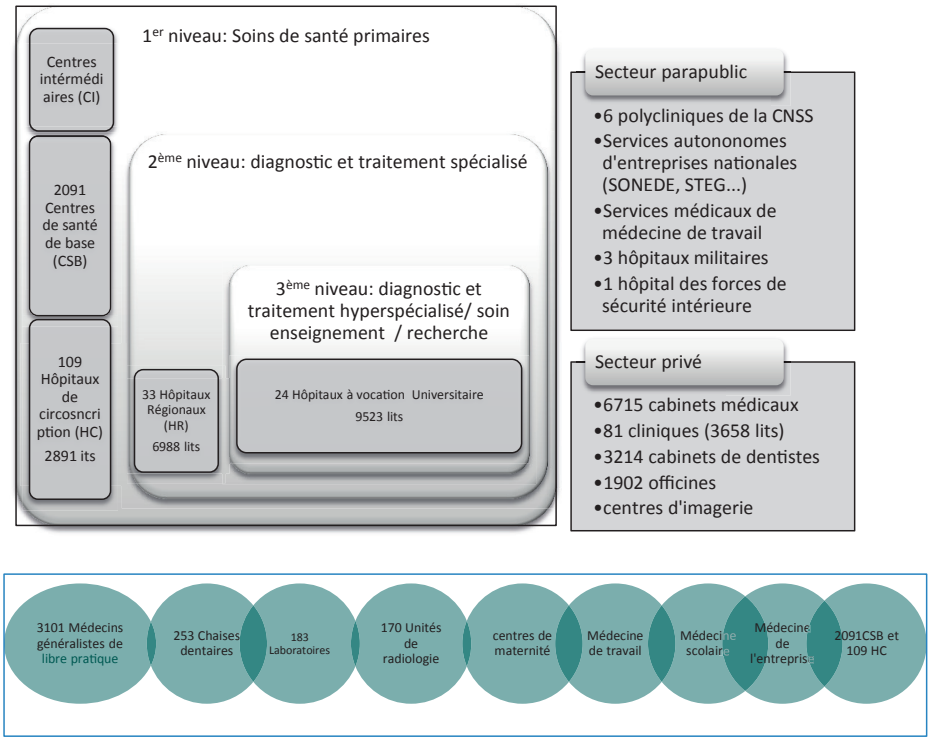
Pour l'année 2010, les dépenses publiques de santé (budget de l'Etat et assurance sociale), comme pourcentage des dépenses de santé totales sont estimées à 53,9% contre 52,7% en 2000, réparties presque également entre le budget de l'Etat et de l'assurance maladie en 2010 (OASIS 2014). **Les dépenses privées sont estimées à 46,1% des dépenses totales en santé, et considérant seulement les paiements directs (hors prime d'assurance), le taux est de 40,5%, ce qui est assez élevé** (OASIS 2014).

Encadré 8: Faits saillants et chiffres clés – suite (OASIS 2014)

- Part des dépenses totales de santé sur le PIB croissante: 5,5% en 2000, 5,9% en 2005, et 6,3% en 2010.
- Dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses générales du gouvernement croissantes : 8,1% en 2000 vs 10,7% en 2010.
- Dépenses totales de santé par habitant : 164.1 DT en 2000 vs 382.8 DT en 2010.
- Dépenses privées élevées: les dépenses directes des ménages s'élèvent à 41% et les dépenses des ménages pour les assurances et mutuelles s'élèvent à 5% des dépenses totales en santé.
- Durant la période 2007-2010, les dépenses de la CNAM dans le secteur public ont augmenté de 52,5% (passant de 452 à 689 MD) alors qu'au secteur privé, cette augmentation est de 194% (passant de 175 à 514 MD).
- En 2010, la CNAM a consacré 42,3% de ses dépenses pour les structures privées alors qu'elle était seulement 27,6% en 2007.
- La CNAM était bénéficiaire de 2007 à 2010 grâce au régime des accidents de travail et des maladies professionnelles qu'elle gère, en forte baisse en 2011, pour réaliser des pertes en 2012.

6.4.2. Les structures de prestation de services

Figure 3: Infrastructure du système de santé en Tunisie



Un secteur public organisé en trois niveaux

Les structures publiques de première ligne ont visé, au fur et à mesure de leur développement, à rapprocher les soins de santé de première ligne du citoyen en particulier en milieu rural, en élargissant progressivement la gamme de prestations offertes, notamment en diversifiant les programmes de prévention et en y intégrant les soins curatifs, ainsi qu'en fournissant les médicaments essentiels. Le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS), formellement instauré en 1994, a été la concrétisation de la réforme des soins de santé de base initiée au début des années 80 (voir encadré). Actuellement, 201 CS ont été créés sur 207 identifiée. Trois types d'infrastructure relèvent directement des CS :

- Le Centre de Santé de Base (CSB): Pour améliorer le niveau de desserte sur l'ensemble du territoire, l'Etat a opté pour la multiplication des services de santé primaire à travers les CSB. Ces centres constituent le

socle de la pyramide sanitaire et couvrent l'ensemble du territoire mais ne fonctionnent généralement que sur un nombre de jours et d'heures limités. Le nombre d'habitants par CSB est passé de 4795 en 2003 à 5105 en 2011. L'évaluation de leur utilisation effective et de leur qualité sera abordée dans le chapitre 7.

- L'hôpital de circonscription (HC) a une compétence territoriale à l'échelle d'une ou plusieurs délégations (article 7 du décret n°2002-846). Nous décomptons 109 HC en Tunisie avec une capacité litière de 2891 lits, avec des taux d'occupation très variables et généralement faibles. Le fonctionnement de ces structures est organisé au sein de 263 circonscriptions sanitaires, entités définies territorialement et gérées collégialement par les équipes sanitaires de terrain (voir 4.2.2 Référence des soins).
- Le centre intermédiaire a été récemment ajouté au niveau de la première ligne. Ces centres visent à fournir des services de spécialité et un plateau technique comprenant les analyses de laboratoire et la radiologie dans les 13 gouvernorats défavorisés. L'implantation de ces centres est programmée à partir de 2014-2015.

Le deuxième niveau est composé de 33 hôpitaux régionaux qui ont une compétence territoriale à l'échelle d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations (article 8 du décret n°2002-846).

Le troisième niveau est le niveau de référence. Les établissements publics de santé à vocation universitaire (EPS) ont une compétence territoriale nationale ou interrégionale (article 13 du décret n°2002-846).

Encadré 9: Les circonscriptions sanitaires

Le décret n° 2000-2825 du 27 novembre 2000 organise les circonscriptions sanitaires.

La Circonscription Sanitaire (CS) est une entité fonctionnelle organisée territorialement sur une zone géographique qui peut concerner une ou plusieurs délégations. Elle comprend : les équipes itinérantes, les CSB et les HC. **Elle a pour mission de prendre en charge l'état de la santé de la population à travers les activités promotionnelles, préventives, curatives et de réhabilitation, des soins de santé de base, de la santé scolaire et universitaire, de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement. Elle doit assurer une mission de coordination intra et intersectorielle impliquant tous les intervenants** dans le domaine de la santé (particulièrement la promotion de la santé).

Cette entité géographique et fonctionnelle correspond au « district de santé » tel que défini par l'OMS et elle couvre une population moyenne de 50 000 habitants. Elle est gérée sur le plan sanitaire par une équipe de circonscription composée de personnel médical, paramédical et gestionnaire. Cette équipe de gestion est dirigée sur le plan technique par le médecin chef de circonscription et sur le plan administratif par le directeur de la circonscription, directeur de l'HC en général (sauf en milieu urbain où la circonscription sanitaire ne regroupe que les CSB).

Les deux objectifs du PNDCS sont l'amélioration de la qualité (technique et relationnelle) et de l'efficience des soins au niveau des CSB et de l'HC ainsi que l'implication de la population dans la prise en charge de sa santé, par l'intermédiaire du conseil local de santé notamment. Des référentiels de qualité ont été élaboré pour la création et la fonctionnalité de la CS et notamment la nécessité de réaliser un diagnostic de situation, d'établir un plan d'action sanitaire local et d'identifier les équipes techniques et de gestion.

Des services de première ligne offerts dans les écoles, sur les sites de travail et un éventail de prestataires (onfp, etc.) pour une meilleure couverture

Les services de première ligne, ou soins de santé de base, sont des services curatifs et préventifs dispensés à la population et couvrant dans la mesure du possible les 8 composantes des soins de santé primaires définis à Alma Ata en 1978 *(une éducation pour la santé, de bonnes conditions alimentaires, un assainissement de base, la protection maternelle et infantile et la planification familiale, les vaccinations contre les grandes maladies infectieuses, le contrôle des endémies locales, les soins curatifs courants et la fourniture des médicaments essentiels)*. Ces soins ont été assurés dans une large mesure par le ministère de la santé publique depuis le début des années 80 à travers divers départements : Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), Office National de la Famille et de la Population (ONFP), Direction de la Médecine Scolaire et Uni-

versitaire, Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement (DHMPE).

Ces départements ont élaborés des programmes nationaux verticaux qui ont été intégrés par les équipes régionales au niveau de la circonscription sanitaire et des CSB pour leur réalisation, avec un suivi des activités au niveau central et régional (objectifs de réalisation, dotation de moyens, supervision des activités, évaluation).

Ces programmes préventifs sont dispensés de manière gratuite dans les structures publique et une bonne couverture de la population a été réalisée par la plupart de ces programmes de lutte contre les maladies infectieuses et de PMI/PF. Grâce à ces efforts conjugués, on peut donc considérer que l'accès aux activités préventives en faveur de la mère et de l'enfant, implantées par les circonscriptions sanitaires et par le secteur privé, est satisfaisant: les couvertures vaccinales sont très élevées (98% pour le BCG, 94% pour la rougeole pour les enfants âgés de 12 à 23 mois (MICS-4, 2011-2012). Les taux de couverture sont tout aussi élevés pour les consultations prénatales (98% pour une consultation et 85,1% pour quatre consultations prénatales). Le taux de couverture le plus bas pour 4 consultations prénatales est de 64,3% dans la région de Sidi Bouzid. A quelques exceptions près, tous les accouchements sont assistés par un assistant qualifié.

Cependant, il reste des problèmes de couverture et de qualité pour d'autres programmes nationaux tels que le dépistage du cancer. L'évaluation du PNDCS (Sidhom et al. 2013) relève les constats suivants: seulement 1% des femmes éligibles au dépistage du cancer du col sont couvertes (données de l'ONFP). La majorité des cas de cancer du sein (61%) ont consulté dans les structures de première ligne (CSB, HC, MG) (enquête ISA). Cependant, l'examen en positions assise et couchée (recommandé) avait été pratiqué dans moins de 2% des cas. Chez les malades symptomatiques, dans près de 9 cas sur 10, c'est l'apparition d'une masse tumorale (« boule ») qui a révélé à la patiente sa maladie.

De même, les nouveaux programmes relatifs aux maladies chroniques et dégénératives (diabète, HTA, santé mentale, personnes âgées, ...) rencontrent davantage de difficultés de réalisation liées à l'insuffisance des moyens (médicaments, examens complémentaires) et une plus grande complexité de la prévention et la prise en charge coordonnée avec les niveaux de soins spécialisés.

Encadré 10: les principaux programmes nationaux de santé entre 1970 et 2010 (cours polycopié, faculté de médecine de Tunis, 2013)

1. Programme National de lutte contre les ophtalmies transmissibles et la prévention de la cécité, 2.PN d'éradication du Paludisme, 3. PN d'éradication de la Bilharziose, 3.PN de Lutte contre les Teignes, 5. Campagne de lutte contre la gale, 6. PN de Lutte contre la Tuberculose, 7. PN de Lutte contre les Envenimations Scorpioniques, 8. PN de Vaccination, 9. PN de Santé Maternelle et Infantile (PMI/SMI) 10. PN de Lutte anti- diarrhéique, 11. PN Anti- Rabique, 12. PN de la Médecine Scolaire et Universitaire,13. PN de Planification Familiale, 14. PN de l'Hygiène du milieu, 15.PN de Lutte contre les Infections Respiratoires Aigües (IRA/PCIME), 16. PN de Lutte contre les IST& SIDA, 17. PN de la Santé Mentale, 18. PN de Périnatalité, 19. PN de Prise en charge des Hypertendus & Diabétiques, 20. PN de Développement des Circonscriptions Sanitaires, 21. PN de Protection de Sujets âgés, 22. PN de lutte contre les cancers,...

Un secteur privé en forte croissance depuis les années 90

Depuis les années 90, l'Etat a encouragé la privatisation, dans tous les domaines, à l'occasion du programme des ajustements structurels.

En santé, le secteur privé a vu un accroissement considérable passant de 33 cliniques (1140 lits) à 81 en 2012 (3658 lits). Ce secteur bénéficie de l'exportation des services aux patients étrangers et continue aussi à se développer prenant profit de la mise en œuvre progressive de la CNAM. En 2011, le secteur privé, constituait 15,7% de la capacité hospitalière nationale. Il y a actuellement, d'après la carte sanitaire 2011 du ministère de la santé, 3100 médecins généralistes pour 3600 médecins spécialistes travaillant dans le secteur privé.

Depuis sa création, la CNAM contribue au financement du secteur privé au terme de ses deux filières de soins: privée et remboursement (voir ci-dessous). Durant la période 2007-2010, les dépenses de la CNAM dans le secteur public ont augmenté de 52,5% (passant de 452 à 689 MD) alors qu'au secteur privé, cette augmentation est de 194% (passant de 175 à 514 MD). En 2010, la CNAM a consacré 42,3% de ses dépenses pour les structures privées alors qu'elles étaient seulement de 27,6% en 2007 (tableau) (OASIS 2014).

Tableau 2. Evolution de la répartition des dépenses de la CNAM entre les secteurs (OASIS 2014)

	2007	2008	2009	2010
Structures publiques	71,2%	65,2%	60,0%	56,7%
Structures privées	27,6%	33,2%	38,9%	42,3%
Soins à l'étranger	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%

Source : CNAM 2011

6.4.3. Les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux

Un système pharmaceutique organisé autour de trois pôles

Le système pharmaceutique tunisien est organisé dans ses différentes fonctions autour de trois pôles majeurs : l'Autorité Nationale de Règlementation Pharmaceutique (ANRP), le système d'approvisionnement et celui de distribution.

L'Autorité Nationale de Règlementation Pharmaceutique (ANRP) est un système articulé autour de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM). Outre la DPM, l'ANRP comprend le Laboratoire National de Contrôle des médicaments (LNCM), la Direction de l'Inspection Pharmaceutique (DIP) et le Centre National de Pharmacovigilance (CNPV). Il constitue ainsi un système d'assurance qualité.

Le système d'approvisionnement repose sur la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) qui détient le monopole d'importation du médicament et du vaccin en Tunisie et sur la fabrication locale qui commercialise ses médicaments directement dans le secteur privé et à travers la PCT pour le secteur hospitalier. Le marché du médicament en Tunisie a été estimé en 2013 à 1408,183 millions de dinars en prix grossiste hors taxe.

Le système de distribution s'appuie sur les structures hospitalières d'un côté et sur les distributeurs de gros et de détail (grossistes répartiteurs et officines de détail) dans le secteur privé.

La PCT –ayant un monopole d'Etat– bénéficie d'un fort pouvoir de négociation des prix car elle agit en tant que partenaire obligatoire pour les laboratoires étrangers. Par ailleurs, la gestion centralisée des médicaments aussi bien sur le plan national qu'entre les différents secteurs (hôpitaux et secteur privé) lui confère une grande latitude dans la gestion et réduit théoriquement ses frais financiers. Ainsi, la PCT constitue un modèle pour les différents pays de zones africaine et de la Méditerranée orientale (IPEMED).

L'approvisionnement : une centrale d'achat ayant le monopole de l'importation

L'approvisionnement des médicaments en Tunisie est organisé par des procédures légales fondées sur la liste des médicaments essentiels bénéficiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).
En Tunisie et jusqu'en 1987, l'importation assurait 92% de la consommation pharmaceutique nationale. La fabrication n'en couvrait que 8%.

Depuis 1961, l'Etat a choisi de centraliser les achats des médicaments et autres produits pharmaceutiques. Pour cela, la Pharmacie Centrale de Tunisie (la PCT) a été créée en vertu du Décret-loi n°61-2 du 16 janvier 1961. Ce décret-loi a fixé à la PCT, la mission d'approvisionner la Tunisie et autres pays, liés par convention, en médicaments et autres produits pharmaceutiques. Il charge la PCT d'assurer le Monopole d'Etat d'importation de toutes les spécialités pharmaceutiques d'origine étrangère et de ravitailler en ces produits les structures sanitaires hospitalières, les organismes d'utilité publique, les grossistes répartiteurs et les pharmacies d'officine[11].

A cet effet, la PCT s'approvisionne à travers des marchés de gré à gré, des consultations ou des appels d'offres. La commission d'achat des médicaments qui siège à la PCT, assiste cet organisme dans la réalisation de ses objectifs et contribue à la fixation des prix des médicaments. Ce monopole a permis jusqu'à présent la maitrise des coûts, ainsi que l'uniformité et le contrôle des prix, la régularité de l'approvisionnement du pays et l'appui aux programmes de santé par le biais du mécanisme de l'auto compensation dont le principe est de majorer les prix des médicaments non indispensables et d'utiliser ces profits pour compenser les médicaments utilisés dans les programmes de santé.

Quant à la fabrication, qui constitue le second pilier de l'approvisionnement, elle a connu un essor important au cours des 25 dernières années et présente une composante essentielle de cette fonction (47% en valeur et près de 60% en nombre d'unités).

Une production locale en fort développement

Le développement de l'industrie pharmaceutique est récent. En effet jusqu'à la fin des années 80, seule une industrie d'état accompagnée de l'Institut Pasteur (vaccins et sérums) et de la SOVETEX (Unité Vétérinaire Privée) occupaient le paysage industriel. Ils couvraient 5 à 6% des besoins du pays. A la suite d'une clarification politique en matière d'investissement sectoriel et d'encouragements spécifiques, une dynamique industrielle privée a vu le jour. Les investissements nationaux et internationaux ont afflué et ont permis à l'industrie pharmaceutique de faire un décollage remarquable. L'investissement cumulé dans le secteur s'est élevé en 2011 à 500 Millions de DT. Il a essentiellement comme origine le secteur privé aussi bien national qu'international ce qui dénote le degré de confiance des investisseurs dans le système.

L'évolution du nombre d'unités industrielles en Tunisie est remarquable. Cet accroissement a intéressé au départ les unités de fabrication des médicaments. Ensuite au cours des années 2000, elle a concerné les unités de fabrication des dispositifs médicaux et en particulier celles totalement exportatrices.

[11] Article 2 du décret-loi N° 61-2 du 16 Janvier 1961, organisant la pharmacie centrale de Tunisie

Nous observons une dynamique exceptionnelle en matière de production de médicaments conformément à l'évolution de l'investissement et du nombre d'unités. Cette production s'est orientée vers la couverture des besoins nationaux. En effet, l'exportation s'est élevée à 40 millions de DT en 2011 et a concerné les pays du Maghreb (70%), l'Europe (15%) et l'Afrique subsaharienne (15%). L'industrie locale s'est orientée vers la fabrication de médicaments génériques qui ont représenté plus de 49% de sa production en 2011. A titre de comparaison, la part des génériques dans l'importation étant inférieure à 10% durant la même période. Quant au chiffre d'affaires des dispositifs médicaux fabriqués localement, il s'est élevé à 190 MD en 2010 pour une exportation de 130 MD au cours de la même année.

Deux circuits parallèles pour la distribution des médicaments: le secteur public et privé

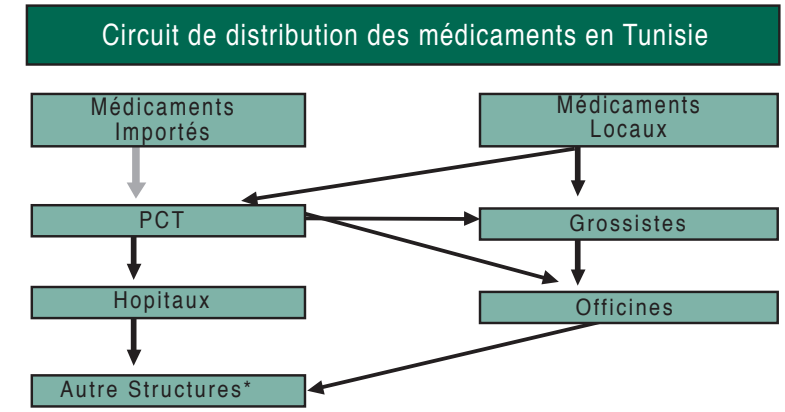
La distribution des médicaments est différente entre le secteur public et privé. Pour le secteur public, la PCT assure l'approvisionnement à travers ses succursales réparties sur le territoire national. Pour le secteur privé, à côté de la PCT, les 47 grossistes-répartiteurs garantissent plus de 80% de l'approvisionnement. Ces derniers assurent le ravitaillement des officines sur tout le territoire –en moyenne 3 par jour avec des délais allant de 2 à 4 heures– ce qui réduit le risque de rupture de d'approvisionnement.

Dans le secteur public, d'après les professionnels et les citoyens rencontrés dans le cadre du dialogue sociétal, les ruptures de stocks régulières des médicaments constituent un défi majeur. Ils l'expliquent par des défaillances organisationnelles telles que des négligences, retards de transmission, changement de nom de médicament. D'un point de vue réglementaire, on souligne une absence de texte relatif à la pharmacie hospitalière, de plus, plusieurs textes de lois doivent être revus et mis à jour, par exemple : le texte de loi qui régit la gestion des médicaments dans les hôpitaux date de 1959 ou encore le texte fixant les obligations du pharmacien date de 1973.

La multitude de circuit de distribution (pharmacies externes du secteur public, des polycliniques CNSS, pharmacies de société, officines) et la faiblesse du système de contrôle augmentent le risque de fuite des médicaments et des dispositifs médicaux. Un système informatique visant la traçabilité a été mis en place mais reste inopérant.

Dans le même cadre, il n'y a pas de guide de bonne pratique de distribution: les grossistes répartiteurs ne peuvent pas garantir la chaîne de froid.

Figure 4.Circuit de distribution des médicaments en Tunisie



* Les organisations, les dispensaires, les centres de planning familial...

L'homologation des prix pour assurent une uniformité des prix pour tous les patients à travers le territoire

En Tunisie, la loi n° 91-64 du 29/07/1991 a instauré comme principe de base la liberté des prix en matière de biens, produits et services, mais a prévu des exceptions à ce régime de liberté par décret. Parmi ces produits, figurent les médicaments (et actes médicaux) qui, selon le décret n°95-1142 du 28/6/1995, sont des produits (et services) soumis au régime de l'homologation des prix à tous les stades.
La structure des prix des médicaments varie selon le secteur (public/privé) et selon l'origine (importée/ fabriquée localement). Dans ce cadre, la PCT procède au calcul du prix des médicaments à tous les stades, depuis leur prix d'achat jusqu'à leur prix public, et soumet ces différents prix au ministère de la santé pour approbation. Tous les prix sont rendus publics par la PCT, qui a été chargée de cette mission par le ministère de la santé. La PCT les publie ainsi, par circulaire, à une fréquence bimensuelle. Ces circulaires permettent l'information de tous les professionnels de santé concernés (pharmaciens, médecins, etc.) et sont distribuées à toutes les instances chargées de les appliquer et de les contrôler.

En outre, toutes les parties prenantes de la chaîne pharmaceutique (PCT, grossistes-répartiteurs et pharmaciens d'officine) se contrôlent mutuellement en cascade et appliquent strictement les prix officiels.
En plus, l'homologation des prix des médicaments, en particulier au stade de la distribution de détail et leur application uniforme sur l'ensemble du territoire tunisien assurent à tous les patients, quel que soit leur lieu géographique d'habitation, de payer le même prix en pharmacie pour les médicaments qui leurs sont prescrits.

6.4.4. Les ressources humaines en santé

Des ressources humaines en santé qualitativement et quantitativement assez importantes mais mal distribuées

A • Densité des personnels de santé:

Les médecins : Selon les statistiques du ministère de la santé (carte sanitaire 2011), près de 13 700 médecins (13 686) étaient en exercice à la fin décembre 2011. La répartition globale entre généralistes et spécialistes, tous secteurs confondus (public et privé) était respectivement de 53,7% vs 46,3%, mais la répartition par secteur de soins indique qu'il y a plus de généralistes dans le secteur public (61,1% vs 38,9%) et plus de spécialistes dans le secteur privé (46,2% vs 53,8%)(CS-2011).

En termes de densité médicale globale *(secteur public et privé réunis)*, elle était de 128,2 pour 100 000 habitants (soit environ 1 médecin/780 hab) mais avec des variations interrégionales, si l'on classe les gouvernorats en 4 quartiles (de 1 à 4) (CS 2011): 388,9 pour les zones côtières universitaires et 70.6 pour les gouvernorats du centre ouest et du sud. Cette disparité est encore plus marquée pour les spécialistes que pour les généralistes, puisque le ratio varie de 1 à 3 pour les médecins généralistes contre 1 à 10 pour les médecins spécialistes. La répartition des spécialités principales (anesthésie réanimation, chirurgie générale, gynéco-obstétrique, ophtalmologie, ORL et chirurgie orthopédique) est indiquée dans la répartition en « toile d'araignée » *de la CS 2011*: ainsi par exemple si les écarts sont relativement modérés pour l'ORL (1 à 7), ils sont plus marqués pour la chirurgie générale (1 à 10), l'ophtalmologie (1 à 14) et encore plus pour l'anesthésie réanimation (1 à 30).

Sur un autre plan, l'Institut National de la Santé Publique a publié une étude détaillée en décembre 2010, avec des chiffres légèrement différents: 15 162 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins à la fin 2009 dont 12882 actifs (84,1%), 2 270 non actifs (14,8%) et 160 retraités (1%). Cette même étude a effectué des projections pour les 20 prochaines années et elle avance le chiffre de 26 000 médecins attendus en 2024, soit une densité médicale de 216 pour 100 000 habitants (soit 1 médecin/460 hab), ce qui est plus proche de la « pléthore » pour certains que du déficit.

Les dentistes : Sur le plan global, 3736 médecins dentistes exerçaient à la fin 2011, dont près de 86% en libre pratique (cabinet). La répartition interrégionale montre une certaine disparité quoique beaucoup moins marquée que celle des médecins : pour une densité moyenne de 35 dentistes pour 100 000 habitants, elle variait de 81,0 pour les gouvernorats les plus favorisés à 18,4 pour les moins favorisés.

Les pharmaciens : Au total, 2404 pharmaciens exerçaient à la fin 2011, dont près de 80% en libre pratique (officine). La répartition interrégionale ne montre pas de

grandes disparités puisque l'ouverture d'une officine est soumise à un quota de population nécessaire : pour une densité moyenne de 22,5 pharmaciens pour 100 000 habitants, elle variait de 41,9 pour les gouvernorats les plus favorisés à 16,7 pour les moins favorisés.

Les techniciens supérieurs y compris les sage- femmes, infirmiers et personnels auxiliaires : Sur le plan global, 35 863 personnels paramédicaux exerçaient à la fin 2011, presque exclusivement dans le secteur public (96%, CS 2010). Les personnels paramédicaux se répartissaient en 23 903 infirmiers (66,7%), 11 192 techniciens supérieurs (31,2%) et 768 aides-soignants (2,1%).

B • Répartition des personnels de santé :

Si globalement, le nombre de prestataires de services de santé en activité semble satisfaisant, il existe une certaine disparité entre les régions, comme dans la plupart des pays (OMS 2006, Galais 2010) et les solutions devraient être globales (développement socio-économique), planifiées dans l'espace (pôles interrégionaux) et dans le temps et non pas conjoncturelles et exclusives.

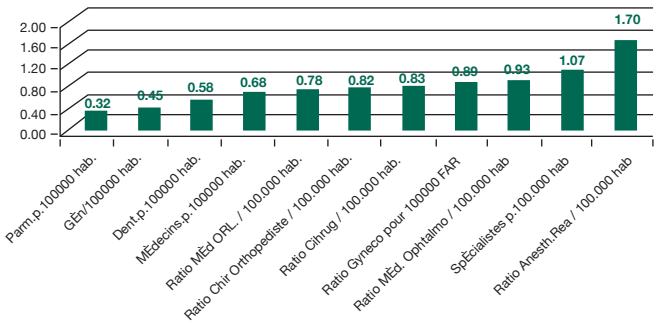
A la fin de leurs études, les nouveaux diplômés prestataires de services de santé peuvent travailler dans le secteur public de soins, le secteur privé ou plus rarement à l'étranger: pour le secteur public, les demandeurs d'emploi doivent déposer une demande à la direction régionale de la santé de leur lieu de résidence, mais le recrutement effectif est réalisé au niveau central du ministère de la santé, les directions régionales n'ayant que le pouvoir de hiérarchiser leurs priorités dans les recrutements.

L'exercice dans le secteur libéral nécessite une simple inscription aux instances ordinales pour les médecins, pharmaciens et dentistes, et le lieu d'ouverture est totalement libre; pour les pharmaciens d'officine, un quota de population est nécessaire pour l'ouverture; pour les professions paramédicales, une autorisation du ministère de la santé est exigée.

La liberté d'installation entraîne une inégalité importante entre patients dans l'accès aux soins de médecins spécialistes, le secteur privé se concentrant encore davantage là où existe une demande solvable, soit essentiellement en ville et particulièrement les grandes villes: des régions sont caractérisées par une offre très importante en médecins spécialistes, tandis que d'autres (souvent plus rurales et reculées) font face à de sérieuses insuffisances.

Les coefficients de variation (CV) des densités en personnels de santé entre les différents gouvernorats indiquent que les pharmaciens, les médecins généralistes et les dentistes sont les mieux répartis, par contre les ophtalmologistes et les anesthésistes réanimateurs sont les moins bien répartis.

Classement des disparités régionales selon le coefficient de variation



En dépit d'un accroissement de la densité médicale, les inégalités sont encore plus flagrantes et plus des 2/3 des spécialistes sont concentrés sur le littoral. Cette observation concerne non seulement les spécialités rares mais aussi les plus courantes telles que la gynécologie et la pédiatrie. Cette répartition régionale reflète la dichotomie géographique qui montre un déséquilibre régional incontestable au profit du littoral au détriment du Nord-Ouest et du Centre-Ouest de la Tunisie.

Il subsiste des marges de réduction des inégalités en matière de dotations en cabinets dentaires. Par exemple, à Tunis, le nombre d'habitants par chirurgien-dentiste de libre pratique est de 1 374 contre 12 230 dans le secteur public. Tandis que pour le gouvernorat de Tataouine, il passe de 10 571 habitants par chirurgien-dentiste exerçant dans le secteur privé à 24 667 habitants par chirurgien-dentiste du secteur public.

Si la densité des paramédicaux en Tunisie se situe en moyenne au niveau des valeurs européennes (>à 300 pour 100 000), l'effectif des paramédicaux – tout comme les médecins– est mal réparti dans le pays et il y a lieu de renforcer ces effectifs en fonction des besoins (hospitaliers et soins primaires) dans les gouvernorats aussi bien du Nord et Centre-Est que du Centre-Ouest. En effet, la densité est plus importante dans les gouvernorats de Tunis et Sousse (zones hospitalo-universitaires) ainsi qu'au Kef et Gafsa qui disposent d'instituts de sciences infirmières.

C • Formation :

Sur le plan qualitatif, la formation des RHS obéit dans l'ensemble aux standards internationaux –quoique certaines réformes ont été jugées nécessaires– mais les ateliers et focus group organisés dans le cadre du « dialogue sociétal » ont insisté, qu'en plus de la compétence technique, les professionnels de santé devraient être plus à l'écoute de la population afin de leur donner plus d'explications sur leur état et leur parcours de soins.

L'accès aux études médicales, pharmaceutiques et de médecine dentaire, comme pour toutes les autres études se fait par le système de l'orientation universitaire basé sur un score calculé à partir de la moyenne obtenue dans l'épreuve du baccalauréat (notamment les matières scientifiques), ce qui en fait un critère plus basé sur la « performance » des résultats à l'examen de fin d'études secondaires que sur les aptitudes à exercer la profession; un examen de réorientation est prévu pour toutes les filières de l'enseignement supérieur dont ceux qui désirent faire médecine, mais dont le score calculé était insuffisant.

Le schéma de formation suivi jusque-là comprend un premier cycle théorique de 2 ans, suivi d'un deuxième cycle théorique et pratique de 3 ans complété par 2 années de stage interné exclusivement pratique. Ce stage se déroule en 6 périodes de 4 mois chacune dans des spécialités de base (chirurgie, médecine, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, médecine communautaire et un stage optionnel), soit au total 7 années d'études pour la formation d'un médecin généraliste.

Pour accéder à la spécialité, les candidats doivent passer un concours de résidanat au terme des 7 années d'études, ce qui conduit souvent à « sacrifier » le stage d'internat pour la préparation d'un concours de résidanat très lourd et très sélectif, avec comme conséquence une formation insuffisante pour les médecins généralistes alors que ceux qui réussissent au concours de résidanat auront une formation théorique et pratique bien adaptée et sanctionnée par un examen de spécialité à la fin des 4 années de résidanat (Rapport Potvin).

Cette anomalie a amené les facultés de médecine à envisager une réforme des études médicales (décret de novembre 2011), ayant pour objectif principal d'améliorer la formation du futur médecin généraliste appelé dorénavant « médecin de famille», et ce en lui prodiguant une formation spécifique de 2 années (soit un total de 8 années d'études), ce qui sera conforme aux standards internationaux.

La formation continue des médecins, pharmaciens et dentistes se déroule soit dans un cadre organisé par les facultés, soit de manière informelle par les sociétés savantes et beaucoup plus dans les régions côtières universitaires que dans les zones intérieures du pays:

- La formation validée par les facultés est organisée sous forme de «master professionnel » ou « certificat d'études spécialisées » pour une durée d'une année avec un mémoire de fin d'études le plus souvent.

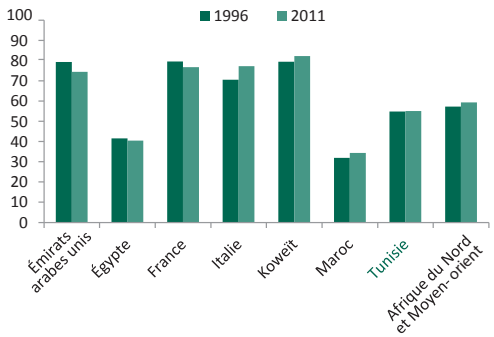
- La formation informelle est organisée par les sociétés savantes de chaque discipline lors de congrès annuels sponsorisés le plus souvent par l'industrie pharmaceutique ou bien par les directions régionales de la santé, notamment pour les programmes nationaux de santé.

Cette formation n'a pas de caractère obligatoire pour les médecins et est laissée à la discrétion de chaque praticien qu'il soit du secteur public ou du secteur libéral.

En ce qui concerne les professions paramédicales, la formation post graduée et la formation continue est relativement modeste: La formation continue des cadres du personnel soignant (techniciens supérieurs y compris les sages-femmes) est organisée occasionnellement par les quelques sociétés savantes existantes (sages-femmes, kinésithérapie, infirmiers, anesthésie- réanimation) ou bien dans le cadre de la formation continue organisée par les institutions hospitalières ou les directions régionales de la santé, notamment dans le cadre des programmes nationaux de santé ; elle est plus rarement réalisée par les institutions de formation. Une formation de master (2 années) et de doctorat est prévue par les textes, mais seuls 1 ou 2 masters ont pu être organisés en 2012-2013 (master professionnel à Tunis et master de recherche à Sousse) faute d'enseignants.

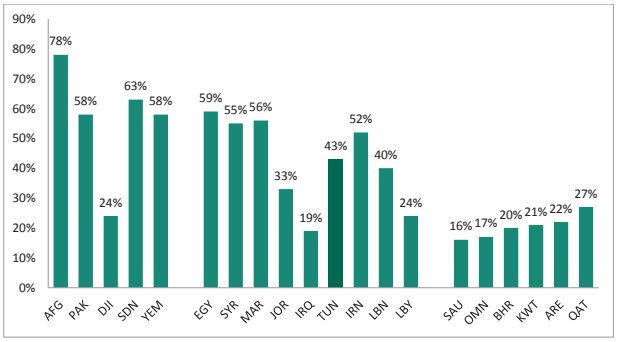
Fiche 6 :Chiffres clés sur les dépenses de santé

Dépenses publique de santé (% du total des dépenses de santé)



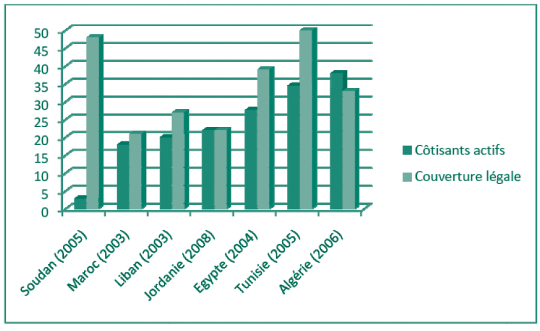
Source : Banque Mondiale (2013) consulté sur http://donnees.banquemondiale.org/ en Juillet 2014

Part des paiements directs dans les dépenses totales de santé dans les pays de la région EMRO



Source : Statistiques OMS (2010), http://www.who.int/gho/countries/tun/country_profiles/en/

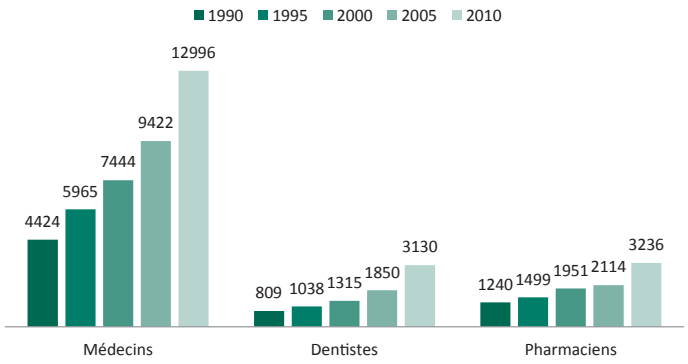
Estimation de la population couverte par l'assurance vieillesse et des cotisants actifs, en pourcentage de la population en âge de travailler, dans certains pays de la région EMRO



Source : BIT : Rapport sur la sécurité sociale dans le monde 2010-2011

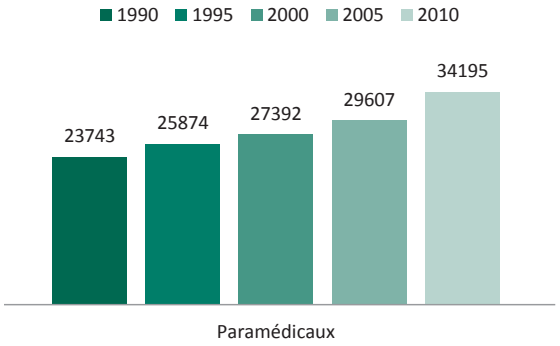
Fiche 7 : Chiffres clés sur les ressources humaines en santé

Personnel médical (public et privé)



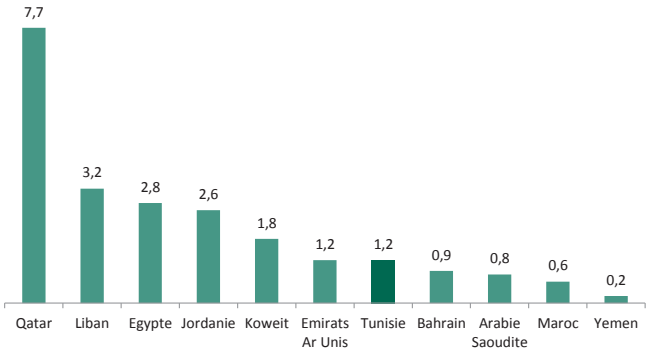
Source : http://www.ins.nat.tn/

Personnel paramédical (public et privé)



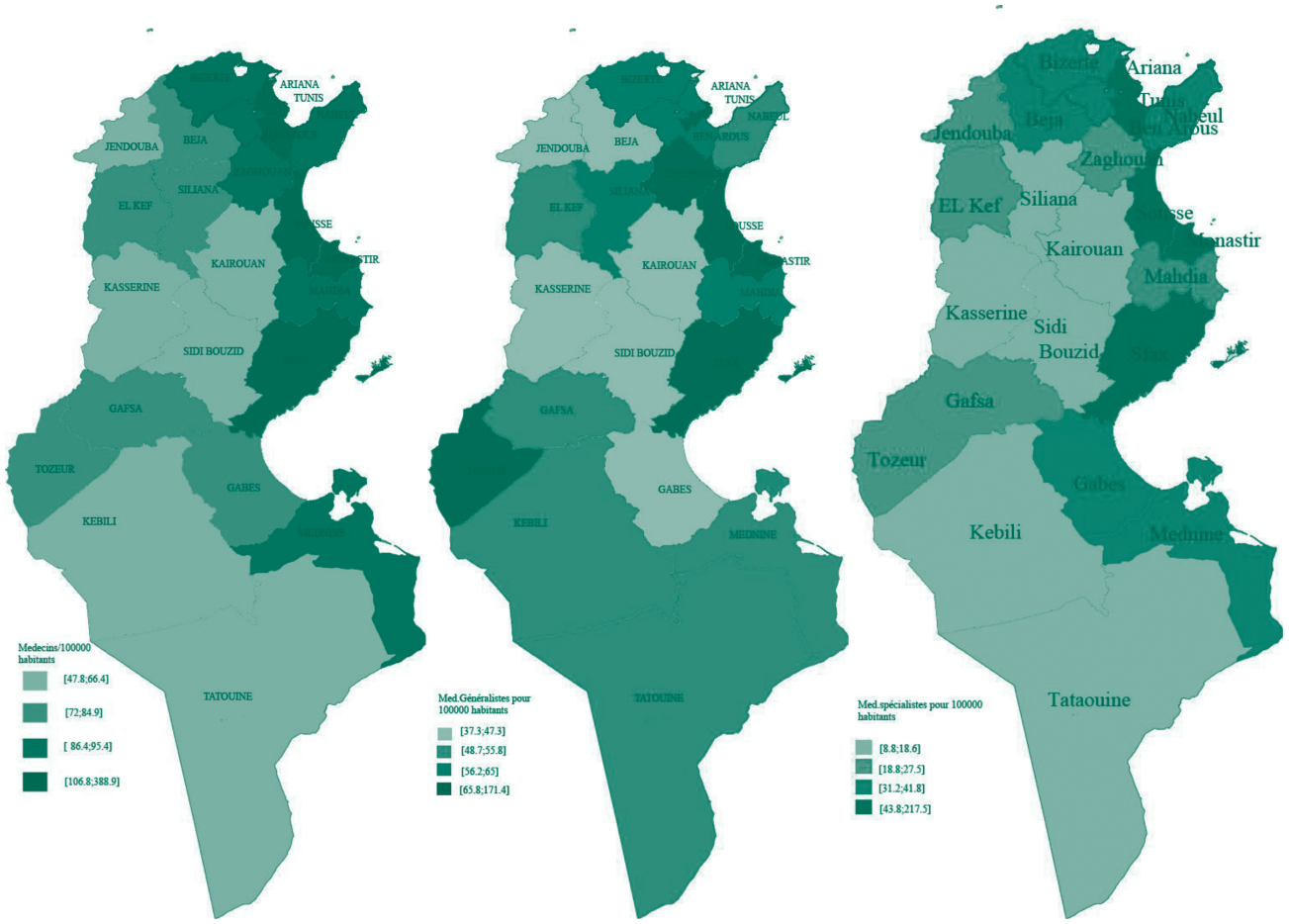
Source : http://www.ins.nat.tn/

Densité médicale pour 1000 habitants dans la région EMRO



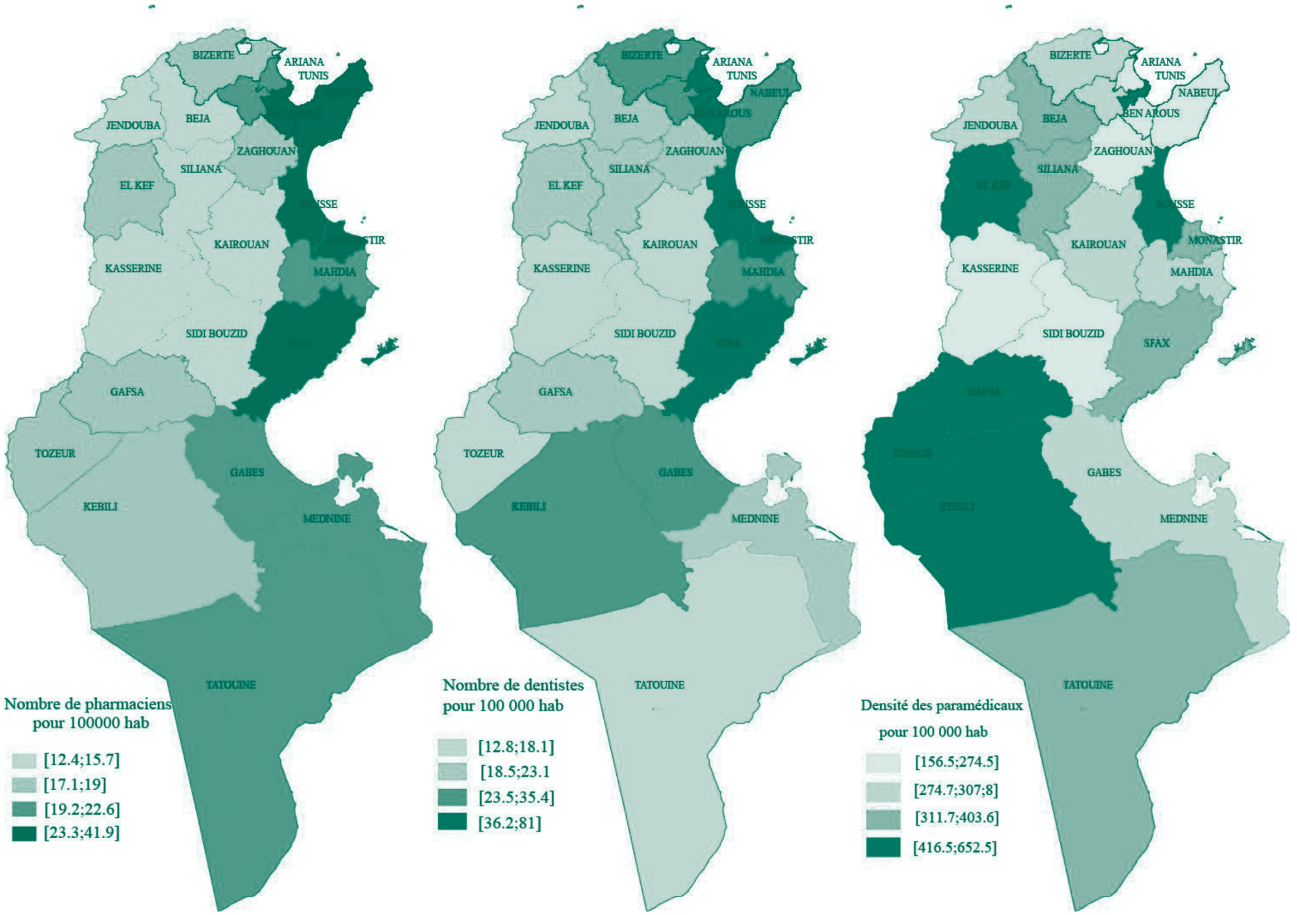
Source : Statistiques OMS, (2011) http://www.who.int/gho/countries/tun/country_profiles/en/

Figure 1 : Répartition des médecins (secteur public et privé) selon les gouvernorats : ensemble, généralistes et spécialistes



Source : Ministère de la santé publique. Direction des études et de la planification. Carte sanitaire 2011.

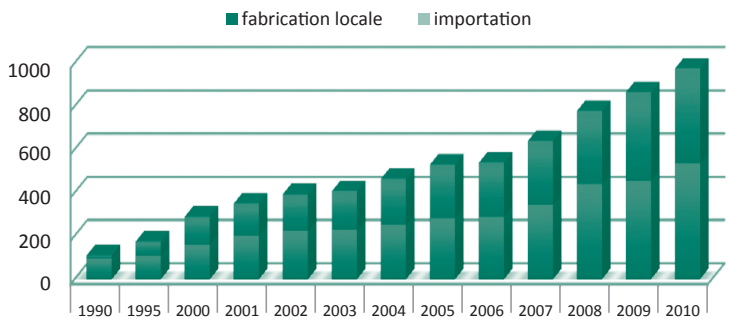
Figure2 : Répartition des pharmaciens, médecins dentistes et paramédicaux selon les gouvernorats (secteur public et privé)



Source : Ministère de la santé publique. Direction des études et de la planification. Carte sanitaire 2011.

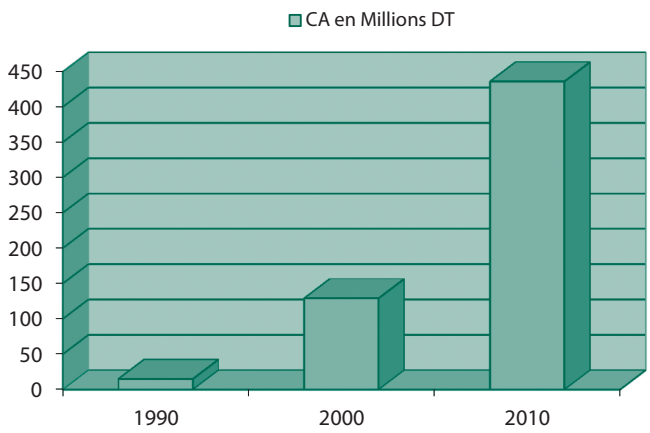
Fiche 8: Chiffres clés sur les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux

Evolution de l'importation et de la fabrication locale des médicaments



Source : www.dpm.tn

Evolution du chiffre d'affaires des médicaments fabriqués localement



Source : www.dpm.tn

Chapitre 7: Evaluation du degré de réalisation des droits individuels

le patient et le système de santé

Resumé du chapitre 7.

- Une bonne couverture est assurée dans le cadre de programmes nationaux, essentiellement pour la mère et l'enfant. Cependant, les besoins spécifiques des adolescents, des personnes âgées et des personnes souffrant de handicaps ne sont pas suffisamment considérés. Au vu de l'évolution démographique et épidémiologique, une attention accrue devrait être portée à ces groupes de population.

- Malgré l'existence de structures de santé réparties sur l'ensemble du territoire, l'accès géographique et organisationnel est fortement conditionné par les jours/heures d'ouverture fortement restreints pour la majorité des centres de santé de base, les ruptures de stocks dans les établissements publics pour certains médicaments et les difficultés pour la prise de rendez-vous au niveau secondaire et tertiaire.

- Le système de santé est organisé autour des structures de soins (fonctionnant en isolation) plutôt qu'autour du patient. Le parcours de soins n'est pas clairement défini. Ainsi on observe des discontinuités de traitement. Par manque d'information et vu la complexité du système, le patient a des difficultés à s'orienter. A cela s'ajoutent des déplacements parfois difficiles et inutiles des régions vers les grands centres, par exemple, uniquement pour la prise de rendez-vous.

- Les ruptures de stocks de médicaments, l'indisponibilité des médecins et les mauvaises conditions des établissements publics entravent la confiance de la population dans les services publics.

- Les ruptures de stocks de médicaments sont expliquées par le manque de budget, la non rationalisation des prescriptions et la non adaptation de la nomenclature des médicaments de la première

ligne à la transition épidémiologique (maladies non transmissibles), ainsi qu'à une insuffisance dans la planification des besoins et dans les contrôles.

- Les médicaments spécifiques grèvent de manière importante le budget de la CNAM et des hôpitaux régionaux (pour les AMG) et il y a un risque de dérapage des dépenses pour la CNAM qui ne pourrait plus supporter ce budget.

- L'inadaptation de la formation des généralistes et le manque ou l'absence de spécialistes dans les régions prive la population de soins spécialisés et la frustre, et se répercute sur l'organisation générale des recours.

- Ces problèmes d'accès (essentiellement liés à l'indisponibilité dans le secteur public et au manque d'information) frappent de manière proportionnellement plus forte les plus vulnérables ; ceux-ci n'ayant pas les moyens d'utiliser des circuits parallèles (réseau des connaissances personnelles ou secteur privé/APC).

- Il n'existe pas de normes (cahier de charges) pour les établissements publics.

- La centralisation administrative en ce qui concerne l'équipement et les affectations du personnel peuvent entrainer une inadéquation entre les besoins et les ressources des établissements publics. L'indisponibilité d'équipements à cause de la lourdeur, la rigidité des procédures d'acquisition et le manque d'anticipation pour la maintenance de matériel limite l'accès aux soins. Ce gaspillage est d'autant plus marquant que le secteur public souffre d'un sous-financement.

- Il existe peu de données chiffrées sur la qualité des soins, aussi bien dans le public que dans le privé. La gestion de la qualité est de la responsabilité propre de chaque département médical. Il n'existe pas ou peu de protocoles de soins standardisés applicables dans tout le pays.

- Il y a une faiblesse majeure au niveau de l'information du patient et de la communication dans tous les secteurs.

- Le contrôle, la surveillance et la discipline sont des problèmes majeurs dans la rationalisation de la provision des soins (y compris médicaments et examens).

- Les trois filières de soins de la CNAM entrainent une fragmentation et une iniquité entre les affiliés. Une proportion relativement plus importante des fonds publics est orientée vers les services privés.

- Malgré une légère diminution de la part des contributions directes des ménages dans le financement de la santé, celle-ci est encore très élevée (plus de 40%) et entraine un risque de dépenses catastrophiques (c'est-à-dire que les dépenses sont tellement élevées par rapport aux revenus qu'elle entraine le ménage dans la pauvreté).

- Une médecine de pointe, l'innovation et la recherche sont amorcées par des centres d'excellences publics et privés.

La concrétisation du droit à la santé comme présenté par M. Robinson : *«en vertu du droit à la santé, les gouvernements et les autorités sont tenus de mettre en place des politiques et des plans d'action qui permettent à tous d'accéder le plus rapidement possible à des soins de santé. La réalisation de cet objectif est un défi que doivent relever à la fois la communauté des droits de l'homme et les professionnels de la santé publique. »*[12] met en valeur la nécessité de la mise en place d'un système de santé accessible, réactif et efficace.

[12] Mary Robinson. Ex Haut-Commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme.

Encadré 11: La couverture sanitaire universelle selon la définition de l'OMS (2013)

« Veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers » telle est la couverture universelle comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ce concept prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979.

Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs doivent être réunis, à savoir:

1. Un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés centrés sur les personnes (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant):en informant les gens et en les encourageant à rester en bonne santé et à prévenir les maladies; en dépistant tôt les problèmes de santé; en ayant les moyens de traiter les maladies; en aidant les patients ayant besoin d'une réadaptation.
2. Des soins à un coût abordable – un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières lorsqu'ils y font appel. Plusieurs solutions existent.
3. L'accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux.
4. Des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles.

Il importe aussi de reconnaître le rôle capital joué par les autres secteurs en matière de santé, qu'il s'agisse des transports, de l'éducation ou de l'aménagement urbain.

Encadré 12: Définition de l'accès

« L'accès aux services peut-être représenté comme un continuum, dans lequel la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, le contact et l'efficacité jouent tous un rôle. Dans le monde réel, la proportion de personnes qui bénéficient de services de santé est déterminée par de variations dans la disponibilité ou l'efficacité des services et par les difficultés dans leur utilisation. Les difficultés dans l'utilisation sont causées par des valeurs et des croyances, des facteurs sociaux et culturels et dans certains systèmes par l'incapacité de payer. »
(Traduit de Lovett et al, 2002)

En introduction au chapitre relatif à l'accès aux soins, nous leur laissons la parole et reprenons quelques citations pour illustration. Ensuite, dans les sections suivantes de ce chapitre 7, nous décomposerons l'accès en ses principales composantes pour mieux en comprendre les obstacles du côté de la demande et de l'offre de services de santé.

« Je fais recours à l'automédication, comme tout le monde d'ailleurs, on a tendance à se faire soigner par la médecine alternative (se soigner avec les herbes, prendre des médicaments sans avis médical, y compris les pratiques religieuses..., il y a ceux qui se font soigner par le coran ». (Ouvrier, 50 ans).

« Je ne me rends pas au CSB en cas de maladie, à quoi ça sert d'y aller s'ils ne me donnent pas les médicaments et je suis incapable de l'acheter de la pharmacie faute de moyens » (Retraité, 68 ans).

« Quand il s'agit de ma santé, j'essaye de me soigner seule, mais s'il s'agit de mes enfants, je cours directement vers le médecin, au public ou au privé, et je suis prête à m'endetter ou ne pas manger, l'essentiel c'est que mes enfants ne soient pas malades ».(Ouvrière, 38 ans).

Le recours aux soins est un déterminant important des inégalités sociales de santé. On relève dans les focus groups des problèmes de distribution géographique, de qualité d'accueil et de services en plus des problèmes organisationnels importants (dossiers des malades, cartes de soins et services accordés...). Ces problèmes guident le recours aux soins, pour le premier contact ainsi qu'aux étapes suivantes du traitement et du suivi de la maladie. Ces éléments ont affecté même la perception des usagers quant à l'efficacité des soins prodigués d'où l'explication de la renonciation de la poursuite des traitements ou consultations de contrôle.

7.1. Disponibilité et accessibilité géographique

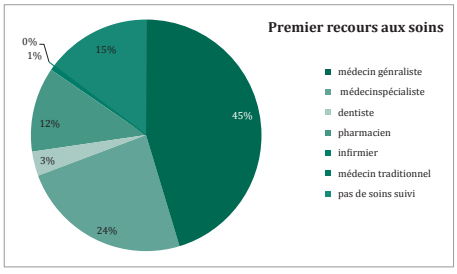
7.2.1 La première ligne (services de proximité)

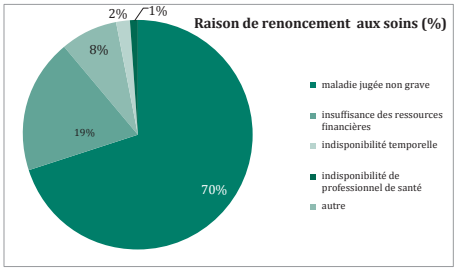
Un bonne répartition géographique de la première ligne mais des heures d'ouverture souvent restreintes et inadaptées

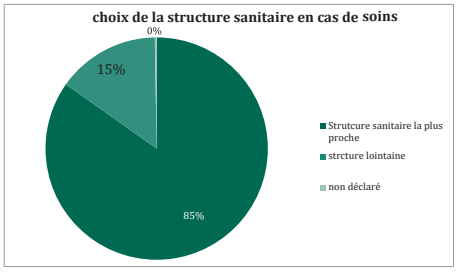
Selon l'enquête nationale de consommation des ménages, le médecin généraliste est utilisé comme la « porte d'entrée » pour 45% des citoyens.

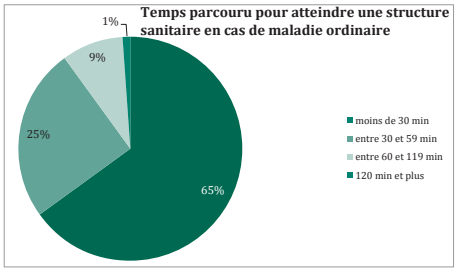
Cependant, 31% de citoyens ne consultent pas de médecin en premier recours. Une personne sur 6 déclare ne pas avoir de suivi pour les soins. La raison essentielle avancée pour renoncer aux soins est que la maladie est considérée non grave. Une proportion non négligeable de la population attend donc une complication sérieuse avant de consulter.

La proximité est très nettement le critère de choix du prestataire consulté; ce critère étant avancé par 85% des répondants à l'enquête nationale sur la consommation des ménages en 2010. La structure sanitaire peut être effectivement considérée comme proche dans 65% des cas, la distance à parcourir étant inférieure à 30 minutes. Il reste qu'une personne interrogée sur dix doit parcourir un trajet de plus d'une heure pour se rendre à la structure sanitaire de son choix.









Selon la définition de l'OMS, un service de santé est géographiquement accessible s'il est situé à moins de 5 km de l'utilisateur de ce service. Au vu de la répartition des CSB sur la carte sanitaire, ceux-ci semblent bien répartis sur l'ensemble du territoire. Cependant, l'accessibilité géographique est fortement limitée due aux jours et heures d'ouverture très restreints.

« J'habite à 5 km du CSB, le médecin n'arrive qu'une fois par semaine, en cas de maladie, je dois aller à l'urgence », (Employée dans le Nord-Ouest).

En effet, la majorité des CSB (80%) n'offrent pas de consultations médicales tous les jours de la semaine. En 2011, un quart seulement des CSB assurent des consultations 5 à 6 jours par semaine (seulement 418 des 2091 CSB, soit 20% seulement offrent des consultations 6/6). A titre d'exemple, dans le gouvernorat de Tozeur, seulement 1 seul CSB des 32 existants offre des consultations 6/6, ceci veut dire que la plupart de la population n'a pas un accès quotidien à des prestations ambulatoires de soins de santé de base de proximité. Tandis que pour les gouvernorats du Grand Tunis, une part de la population ayant un accès quotidien à ces mêmes prestations oscille entre 30% à 100% (les 51 CSB du gouvernorat de Tunis offrent des services de soins à plein temps) (voir tableau). Cette faible fréquence hebdomadaire des consultations médicales, particulièrement en milieu rural, entraîne un engorgement (et réduit donc la qualité et l'humanisation des soins), limite l'accessibilité aux soins de ces populations déshéritées et contribue à leur marginalisation.

Par ailleurs, les heures de fonctionnement d'une bonne partie des établissements sanitaires sont limitées à quelques heures au cours de la matinée.
Ce problème des heures d'ouverture a été mis en avant lors de l'atelier sur l'accès organisationnel (7 novembre 2013) tel que décrit à l'encadré 11:

Encadré 13: Accès restreints dû aux horaires d'ouverture limités (atelier sur l'accès organisationnel, 7 novembre 2013)

Horaires d'ouverture		
	Forces	Faiblesses
1er niveau	Accès matinal généralisé et 6/7 Quelques CSB pendant l'après midi	Horaire orienté structures et selon les contraintes propres du personnel soignant Disproportion entre le temps demandé et le temps reconnu en prestations des soins (encombrement, non disponibilité des RH)
2ème niveau	Accès matinal généralisé+ après midi+ urgences 24/24 et 7/7	Idem que le 1er niveau
3ème niveau	Accès matinal et après-midi/ urgences 24/24	Idem que le 1er niveau

Mais les centres de santé de base souffrent d'un manque de médicaments et de ressources (humaines, matérielles)

En 2011 (25-27 mai), un atelier a été conjointement organisé par la DSSB et le bureau du FNUAP à Tunis sur la place et l'avenir des soins de santé de base en Tunisie. L'atelier a rassemblé des professionnels de santé des secteurs public et privé, des gestionnaires de large expérience et des personnes ressources qui ont accompagné l'évolution des soins de santé de base en Tunisie depuis leur instauration au début des années 1980. Les participants ont convenu que la rupture des médicaments survenant dès la première semaine du mois est une grande entrave à la qualité des services et à la confiance du citoyen dans les structures de SSB. Ils ont relevé trois grandes causes à cette rupture: l'insuffisance de budget des médicaments, la mauvaise gestion en termes de prévisions et aussi en termes de rationalité des prescriptions et l'inadaptation de la nomenclature médicamenteuse de la première ligne à la transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies non transmissibles en Tunisie.

Ce constat est confirmé dans le rapport sur l'évaluation du PNDCS 2013 qui ajoute qu'à cause de ces ruptures, la prescription de médicaments à acheter est presque systématique.

L'évaluation du PNDCS (Sidhom et al. 2013) a mis en évidence le manque de médicaments et l'a identifié comme une grande contrainte pour la qualité des soins. L'indisponibilité de médicament au CSB a pour conséquence que la prescription de médicaments à acheter en officine privée est presque systématique. Toujours selon l'évaluation du PNDCS, le personnel a appris à accepter cette situation, le patient, lui, ne l'accepte pas. Ce sujet était d'ailleurs très régulièrement abordé dans les focus group organisés dans le cadre du « dialogue sociétal ». Les personnes rencontrées vont jusqu'à dire qu'ils ne se rendent plus au CSB car ils savent que les médicaments ne seront de toute façon pas disponibles. Cela entame donc également le capital confiance des citoyens pour les CSB. Les pharmaciens rencontrés dans le cadre de l'évaluation du PNDCS se disent impuissants devant cette situation. De plus, dans les grands centres urbains les CSB reçoivent des ordonnances provenant des hôpitaux régionaux et surtout universitaires, ce qui accroît encore la pression et vide rapidement leurs stocks. Enfin, la visite périodique des CSB par les pharmaciens ne semble pas de règle. Les commandes sont la plupart du temps faites sur la base de la consommation de la période précédente.

« J'achète souvent mes médicaments en pharmacie car ils ne sont pas toujours disponibles à l'hôpital, aussi, j'ai deux enfants malades (fièvre) et je dois acheter les médicaments à mes frais (40 dinars minimum) ». (Homme âgé);

« Je dois passer au CSB tous les 15 jours et il m'arrive de ne pas trouver mes médicaments disponibles, alors je me débrouille par des amis du CHU qui me les chipent pour me dépanner car je n'ai pas les moyens de les payer en pharmacie ».
(Homme diabétique et cardiaque);

« 3 fois je suis repassé pour récupérer mes médicaments, et peine perdue, je n'ai pas réussi à contacter le directeur régional ».
(Homme, hypertendu depuis 5 ans).

La rationalisation de la prescription (surtout celle des internes et des résidents) est un problème régulièrement soulevé par les responsables des circonscriptions sanitaires ainsi que les DPM (évaluation PNDCS 2013). Selon ces responsables, un tel effort permettrait de diminuer les dépenses et surtout d'éviter de renvoyer les malades sans les médicaments prescrits.

Par ailleurs, dans l'atelier cité plus haut, les professionnels de santé ont évoqué les conditions difficiles de travail où parfois il n'y a même pas de salle d'attente pour les patients ni de chaises suffisantes ni encore de conditions minimales de propreté. Ils ont aussi évoqué le manque d'équipements et de maintenance des équipements existants.

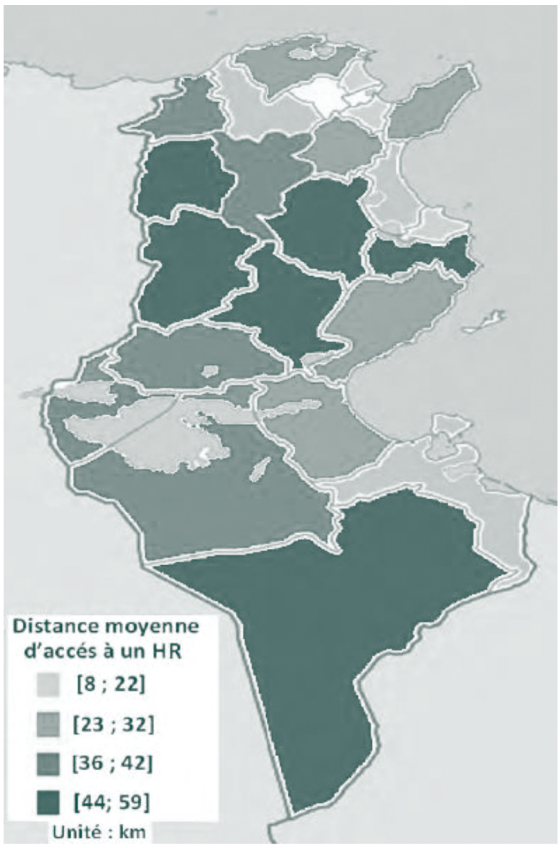
« Une seule chaise et en mauvais état, équipements toujours en panne, je suis la seule dentiste pour 403 personnes et 863 en scolaire »
Dentiste dans le Nord-Ouest.

7.2.2. La seconde et troisième ligne (services spécialisés)

Une bonne répartition des hôpitaux régionaux à travers le pays

Ces dernières années, le nombre de lits publics par 1000 habitants a connu un accroissement et permis une réduction des inégalités inter-régions (Zouari et al, 2013). Cette réduction résulte d'une amélioration des dotations en lits d'un grand nombre de gouvernorats parmi les moins bien lotis, tels que Sidi Bouzid, Kasserine, Siliana, Tozeur, etc., accompagnée par une détérioration de la situation dans d'autres gouvernorats. Depuis une dizaine d'années, le taux d'équipement en lits connaît une quasi-stagnation à Tunis et une diminution dans les grandes villes du pays (Monastir, Sousse, Sfax, La Manouba et Ariana).

Figure 3 : Distance moyenne d'accès à un hôpital régional (source Carte Sanitaire, 2011)



Une répartition intégrale en deux ligne, avec des « deserts médicaux » dans certaines régions

Tel que souligné à la section 6.4.4. « Ressources humaines en santé », la répartition des médecins spécialistes entre les grandes villes de la zone côtière et le reste du pays est très inégale. Dès lors, l'indisponibilité de médecins spécialistes contraint très fortement l'accès à la médecine de deuxième ou troisième ligne. Selon le rapport du CNOM au 31 décembre 2011, dix gouvernorats ont moins de 50 spécialistes tandis que trois ne dépassent pas les trente spécialistes.

Cependant, si la couverture sanitaire des populations urbaines est globalement meilleure que celle des ruraux, elle n'en demeure pas moins souvent encore inégale d'une ville à l'autre. Le terme de désert médical n'est plus réservé aux régions reculées. En effet, en raison des conditions de travail difficiles (sous-équipement, revenus insuffisants,...), des médecins spécialistes quittent l'hôpital public pour le

secteur privé ou continuent à exercer dans le secteur public en s'adonnant en parallèle à une activité privée (APC, APR). Dans les hôpitaux universitaires (cette situation est souvent préjudiciable à la formation des jeunes médecins et à la prise en charge de la population la plus démunie qui n'a d'autre choix que le recours au secteur public de soins.

Encadré 14: Atelier du groupe thématique « capacité d'adaptation et ressources humaines en santé »

Analyse causale des disparités régionales (ateliers du groupe IV) :

- Manque d'infrastructure (développement régional) ;
- Gouvernance et gouvernement : mauvaise répartition du personnel soignant ;
- Réticence des spécialistes pour aller travailler dans les régions ;
- Volonté politique (historique) ;
- Mauvaise répartition du personnel de santé ;
- Manque d'un état des lieux et des besoins réels des régions (la recherche devrait être orientée vers les besoins des régions) ;
- Absence de législation de gouvernance locale ;
- Inégalité des rémunérations des médecins dans le secteur public et privé ;
- Dispersion géographique des habitants dans les régions.

Des problèmes sérieux de manque ou d'inadequation d'équipements ou de fournitures et de défaut de maintenancedans les infrastructures publiques de seconde et troisieme ligne

Les problèmes de disponibilité des outils de travail au sein des structures sanitaires des 3 niveaux de soins ont été amplement débattus lors des ateliers du groupe IV (27/29 septembre 2013 et 28/29 octobre 2013 ; sous-groupe services). Les constats suivants ont été relatés et soulignés:

- En ce qui concerne les équipements lourds des hôpitaux (équipements d'imagerie, de laboratoires, de salles d'opération, etc...), en plus du manque dans certaines structures, il s'agit surtout d'un problème d'inadéquation entre les besoins réels et l'attribution des équipements en l'absence de concertation entre les différents partenaires, sachant que l'achat des équipements est centralisé par le ministère de la santé. Une inadéquation est observée dans de nombreuses structures hospitalières, principalement régionales, entre le profil des compétences affectées et les équipements disponibles avec comme conséquences une sous-utilisation soit de la compétence des

spécialistes soit celle des équipements. Dans les deux cas de figure, il s'agit d'un gaspillage des ressources.

- D'autre part, il a été noté la défaillance flagrante de l'entretien et la maintenance de ces équipements par insuffisance des ressources humaines qualifiées nécessaires dans les structures publiques et par la rareté des contrats d'entretien et de maintenance avec les sociétés privées qui offrent ce service. Ces équipements sont parfois surutilisés surtout dans les structures de niveau 3 (durée de vie, nombre de cycles...) et la procédure d'achat n'est lancée qu'après la réforme définitive, ce qui engendre un arrêt de l'activité en attendant le remplacement, sachant que ces procédures sont souvent longues. Ceci illustre l'absence de mécanismes d'anticipation. Le manque de recrutement des ouvriers qualifiés pour la maintenance des équipements en plus du vieillissement des équipements et leur surexploitation engendrent des pannes à répétitions exposant le travail des professionnels au chômage technique.
- La non disponibilité (ou la discontinuité d'approvisionnement) de certaines fournitures hospitalières de consommation quotidienne (pharmacie blanche, implants, instruments, etc...) est un problème qui concerne les 3 niveaux de soins.

En outre, les prestataires rencontrés dans le cadre du groupe thématique « gouvernance » mettent en évidence les problèmes de qualité de matériel (ne répondant pas aux normes) car la procédure d'achat est uniquement au « moins disant ». Ils alertent également sur un gaspillage lié, d'après eux, à une insuffisance des inspections et des sanctions.

« Le matériel dont disposent nos structures sanitaires est très vétuste. Il y a des équipements qui n'existent pas et d'autres sont tombés en panne depuis longtemps sans qu'ils ne puissent être réparés. ». Professionnel de santé

Encadré 15: L'accès aux structures sanitaires et soins spécialisés pour les polyhandicapés (Ben Dridi et al, 2013)

Selon Ben Dridi et al. (2013), malgré l'existence de nombreuses institutions gouvernementales et associatives dispensant des prestations aux personnes handicapées, il existe une grande inégalité régionale dans la répartition des institutions et des ressources humaines dans un cadre général caractérisé par la pénurie de centres spécifiques pour polyhandicap sur tout le territoire. Et ces prestations dispensées sont jugées insuffisantes:

- L'accès des personnes porteuses de handicap lourd et sévère aux différents services et prestations semble pour la majorité difficile et parfois impossible en l'absence d'une tierce personne.
- Une insuffisance dans les cursus académiques des médecins, du personnel paramédical, éducatif et social, dans le domaine du handicap de façon générale et plus spécifiquement dans le domaine du polyhandicap. Il n'existe pas de module sur le thème du handicap.
- L'absence de spécialité ou compétence médicale dédiée à la prise en charge des personnes avec handicap au même titre que pour les personnes âgées (médecins gériatres) et pour les urgences (médecins urgentistes).

Encadré 16: L'accès aux structures sanitaires et soins spécialisés pour les maladies mentales

En 2012, la Tunisie comptait 270 psychiatres en exercice (dont 25 pédopsychiatres) ce qui correspond à 3,5% de l'ensemble de spécialistes.

Le nombre de psychologues cliniciens exerçant au ministère de la santé est de 147, dont 25 sont à l'office national de la famille et de la population, et 17 dans les services d'urgences des hôpitaux, sans compter les psychologues exerçant dans les autres ministères (ministère des affaires sociales, ministère de la femme, etc...). Les travailleurs sociaux exerçant sous tutelle du ministère de la santé sont au nombre de 42 mais leur répartition ne suit pas le découpage géographique des secteurs.

La couverture en termes de médecins spécialistes est de 1,7 psychiatre pour 100 000 habitants. La médiane dans la région de la Méditerranée orientale est de 0,75 et l'OMS recommande de 2,5 à 10 psychiatres pour 100 000 habitants.

La psychiatrie dispose en moyenne de 1021 lits budgétaires et de 52 lits pour la prise en charge des toxicomanes. Cependant, les lits actifs sont au nombre de 984 dont 44 sont destinés pour la prise en charge des toxicomanes (le service l'espoir dédié à la prise en charge des toxicomanes est actuellement fermé).

La majorité des lits psychiatriques (535) se trouve à l'hôpital Razi de la Manouba, alors qu'il n'ya que 380 lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux.
La pédopsychiatrie ne dispose que de 40 lits (20 lits à Razi et 20 lits à Sfax).

7.2.3. Les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux

« Dans les hôpitaux régionaux, les patients achètent souvent leurs implants en ville pour se faire opérer à l'hôpital ». Directeur d'un hôpital régional

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des forces et faiblesses du système pour assurer la disponibilité des spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.

Tableau 3. Accès géographique et disponibilité de spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux

Etat des lieux	Causes	Causes sous-jacentes
Bonne disponibilité dans le secteur privé + rapidité du service	Numerus clausus	Répartition des officines de jour et nuit sur tout le territoire
		Existence de pharmacies de nuit
	Grossistes répartiteurs	Concurrence entre eux: loi du marché (tout en respectant la législation en vigueur)
Pénurie de médicaments dans le secteur public surtout dans les CSB	Un seul fournisseur: PCT	Réglementation et rôle de la PCT
		Qualité du service
	Circuit de distribution	Aménagement et architecture
		Absence de texte réglementaire
	Prescription hors nomenclature	Liste limitative surtout dans la 1ère ligne
		Non-respect de la liste (absence d'information, pas de manuel de procédure, pas de communication avec le pharmacien)
		Révisée tous les 10 ans (entrée tardive de nouveaux médicaments)
Inadéquation de la répartition géographique des pharmaciens avec la 1ère ligne	Pas de recrutement	
	Refus de travail dans les zones de l'intérieur du pays	Pas de motivations pour les pharmaciens
Absence des médicaments spécifiques hormis les centres spécialisés (anticancéreux)	Concentration des traitements dans les centres universitaires	Absence de budget alloué pour la 1ère ligne (problème de financement)
		Absence de relationnel entre les centres spécialisés et la 1ère ligne
	Répartition des pharmacies de la CNAM dans les grandes villes	
Existence d'un seul dépôt public pour les dérivés du sang, sérums et vaccins (à Tunis)	Aménagement des locaux de la PCT pour assurer la chaîne de froid	
	Gestion spécifique du stock	

7.2.4. L'impact de l'indisponibilité sur le recours aux soins

L'engorgement des urgences : un reflet de defaillances en amont et en aval

En Tunisie, une étude sur les motifs du recours aux services d'urgence des principaux hôpitaux du Grand Tunis (Ben Gobrane et al, 2012) a montré que les raisons majeures évoquées par les patients sont la rapidité et la facilité d'accès aux services d'urgence, la disponibilité des équipements en comparaison avec les CSB et l'inadéquation pour la population des horaires de fonctionnement des structures de première ligne qui ne fonctionnent que la matinée. **Ainsi, le recours aux services d'urgence serait en partie dû à la défaillance de la médecine de première ligne.**

D'autre part, il semble plausible que la continuité des services reçus puisse influencer favorablement l'accessibilité par les usagers, de sorte qu'une faible continuité constitue le facteur commun pouvant expliquer un recours à l'urgence. En effet, le peu de disponibilité des fournisseurs de services après les heures normales de travail entraîne souvent le recours aux urgences pour l'obtention de soins non urgents, ou un retard ou un renoncement aux soins ou le recours forcé et coûteux aux structures de soins privées.

Un autre point a été relevé dans l'étude de Ben Gobrane et al (2012) est l'usage relativement plus fréquent des services d'urgence par les sans emploi (la moitié des usagers). L'auteur souligne que ce profil se rapproche de celui d'une étude canadienne qui indique que les patients à plus faible revenu, ainsi que ceux des zones rurales sont plus nombreux à se rendre dans les services d'urgence. Ce choix est justifié par les patients par le fait qu'ils peuvent bénéficier d'examens complémentaires, voire d'une consultation spécialisée à moindre coût comparativement au circuit de consultation dans le système ambulatoire.

A cet égard, il faut mentionner que **la problématique des urgences est donc bien la résultante des problèmes d'accès, de continuité et de coordination tout au long des trois niveaux de soins.** Les goulots d'étranglement dans les différentes structures se combinent pour aboutir à un engorgement des urgences. Ainsi, une solution peut être de renforcer les urgences, une autre d'attaquer le problème plus en amont, au niveau de l'accès et de la continuité des soins en première ligne.

Cet engorgement des urgences est aggravé par l'incapacité des services en aval de faire face au flux de patients arrivant des urgences et nécessitant une hospitalisation (limitation de la capacité d'accueil de certains services) ou par la mauvaise organisation des transferts de patients d'une structure sanitaire à une autre.

Des circuits privés parallèles pour faire face à l'indisponibilité de services ou aux longues listes d'attentes

Dans le but de retenir les compétences médicales dans les structures publiques, devant les tentations du secteur privé où ils sont largement mieux rémunérés et devant son incapacité de pallier à cette différence, l'Etat tunisien a légiféré l'exercice d'une activité privée complémentaire (APC) par les professeurs et les maitres de conférences agrégés hospitalo-universitaires en médecine (décret n° 95-1634 du 4 septembre 1995, modifié par le décret n°2007-120 du 25 janvier 2007). Cette nouvelle mesure réglementaire a entrainé une augmentation substantielle du nombre de ceux qui ont choisi l'APC. Le nombre d'enseignants exerçant cette activité est passé de quelques dizaines à plus de 400 en 2010. Ainsi près de 50% des professeurs et 31% des MCA de même que 77% des chefs de services, à cette époque, exerçaient une activité privée complémentaire. Actuellement 44% des professeurs (nombre total : 456) et des MCA qui ont plus de cinq ans d'ancienneté (nombre total: 359) exercent une activité privée complémentaire.

D'autre part, afin d'encourager les médecins spécialistes de la santé publique à s'installer dans les régions de l'intérieur du pays, l'état a aussi autorisé ces médecins à pratiquer une activité privée rémunérée à l'hôpital (APR).

Ces deux formes d'activité sont bien réglementées et limitées dans le temps à deux après-midis par semaine. Ces mesures ont permis de résoudre partiellement le problème mais ont ouvert la porte à d'autres problèmes en rapport avec certains dépassements et l'installation d'une image de nouvelle forme de dichotomie au sein de l'hôpital. Les mécanismes de contrôle et de régulation de cette activité existent mais restent mal appliqués. D'autre part, l'absence de mécanismes d'évaluation et de suivi (indicateurs) de ce genre de mesures rend difficile le jugement de son efficacité et son utilité.

Par ailleurs, lors des ateliers (groupe IV), certaines pratiques illicites de certains professionnels de santé ont été évoquées (corruption / interventionnisme) en absence de mécanismes de contrôle et de mesures disciplinaires effectives.

Egalement, les participants à l'atelier sur la gouvernance et l'organisation des soins à Gabès –réunissant des membres de société civile, des professionnels de la santé, des directeurs d'hôpitaux et directeurs régionaux des régions du Sud et du Sud-Ouest– se sont unanimement déclarés opposés au principe de l'APC. Cependant, ils ont indiqué craindre les effets pervers si cet acquis devait être remis en question et que cela nécessiterait de trouver des ressources financières supplémentaires importantes.

« Je suis parfois arnaqué à l'hôpital », citation atelier du dialogue sociétal, 28/29 octobre 2013.

Selon une enquête de satisfaction des usagers des services de santé (Hafaiedh et al.,2012), près d'une personne sur cinq (18%) déclare avoir utilisé ses relations personnelles pour accéder à la consultation médicale spécialisée. En l'absence de système de rendez-vous et devant l'encombrement des consultations spécialisées, le recours du citoyen à ces consultations s'appuie sur la logique des réseaux personnels «(El Maaref)».

Un rationnement implicite, par indisponibilité de ressources f rappant essentiellement les plus faibles

Alors que le panier de services est en théorie très généreux, nous avons observé que, dans la pratique, certains services, essentiellement les examens diagnostiques, les consultations chez les médecins spécialistes et les médicaments, ne sont pas offerts par indisponibilité des ressources. Dans bon nombre de cas, le patient affilié à la filière « public » de la CNAM se voit donc forcé de se rendre dans le secteur privé (soit un cabinet médical ou une clinique, soit un médecin de santé publique dans ses horaires d'APC ou APR, soit une officine privée) pour éviter une trop longue durée d'attente. En théorie, ce patient de la filière « public » pourrait demander, pour certains actes, à recevoir un « bon » de l'hôpital régional pour son traitement dans le secteur privé. Cependant, cette procédure est complexe et peu utilisée. Proportionnellement, les dépenses directes des ménages encourues ainsi frappent de manière plus forte les personnes à revenus plus modestes, généralement affiliés à la filière publique.

7.2.5. Causes sous-jacentes de l'inadéquation entre ressources et besoins dans les infrastructures publiques

Une gestion des ressources matérielles et humaines centralisée

L'inadéquation entre les ressources disponibles dans les établissements publics de soins et les besoins, peut être expliquée, en partie, par le manque de moyens financiers. Nous y revenons dans la section suivante (le financement des établissements). Cependant, les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de cette phase de diagnostic de situation (annexe), s'accordent pour indiquer des gaspillages importants et des pertes d'efficience liées à une mauvaise gestion des ressources.

Tel que souligné ci-dessus (6.3. « Cadre institutionnel »), la gestion des ressources humaines dans les structures de soins souffre d'une absence d'autonomie réelle. Celle-ci est constatée dans les EPS, les CSB ou les directions régionales. Les administrateurs rencontrés se plaignent que les activités des services des ressources humaines se limitent à la gestion des congés et des archives.

« ...On a besoin que l'administration allège les procédures de recrutement et en général la gestion des ressources humaines doit être décentralisée». Directeur d'hôpital régional

La planification des ressources humaines en matière de recrutement est fortement centralisée au niveau du ministère selon un budget annuel qui ne répond pas toujours aux exigences ni aux besoins des postes. Selon les personnes interrogées dans le cadre des activités du groupe thématique
« gouvernance » du dialogue sociétal, la direction générale ne prend pas (ou peu) en compte les demandes des établissements de soins et l'adéquation du poste pour les décisions de recrutement. Ceci influence négativement l'efficacité, la performance et la qualité de service des soins.

« Même si chaque année on nous demande les besoins en ressources humaines, les affectations restent très limitées et ne répondent pas aux besoins de l'organisation. En plus, les nouvelles recrues manquent de compétences spécifiques dans le domaine de la santé et on a l'impression de régler le problème de chômage au détriment de la santé....» .Directeur d'hôpital régional

La nécessité de renforcer les compétences, d'augmenter la productivité et surtout de pouvoir recruter de façon autonome leur personnel en adéquation avec leurs besoins a été mentionné par l'ensemble des administrateurs rencontrés dans le cadre du groupe « gouvernance » du dialogue sociétal. D'ailleurs les répondants suggèrent qu'il faut prendre au sérieux les problèmes de recrutement à trois niveaux:

- Un nombre suffisant d'affectation des ressources humaines.
- Une affectation sur la base de la formation et des compétences.
- Une affectation selon les besoins de la structure.

Par ailleurs, les délais d'attente pour remplacer ou recruter pour des postes vacants sont très longs, pouvant atteindre une année.

« Quelqu'un qui part à la retraite, ou qui décède ...pour le remplacer on doit attendre et ce n'est pas sûr que la personne recrutée par le ministère soit adéquate au poste ». Administrateur

Un manque de flexibilité pour l'achat d'équipement ne permettant pas de répondre de manière adéquate aux besoins locaux

Deux catégories de budgets figurent dans le système des soins :

- Titre I : un budget de fonctionnement, dont le montant pour les CSB reste limité.
- Titre II : un budget d'investissement.

Il est à noter que l'acquisition d'un équipement ou d'un matériel figurant dans le Titre II reste tributaire de la décision de l'administration centrale. Les achats sur ce budget se font sur base d'appels d'offre « au moins disant » sans tenir compte de critères de qualité ou de pérennité.

L'acquisition et le renouvellement des équipements posent de nombreuses difficultés traduites par les délais qui sont trop longs soit par manque de budget, soit par tergiversation de la part des décideurs malgré l'existence de budget. Ainsi, la complexité de la procédure d'achat et l'absence de pertinence de certains textes contraignants des marchés publics conduisent parfois à acquérir du matériel imparfait ou technologiquement désuet.

« Le problème crucial c'est au niveau des décisions de financement qui sont centralisées et même si on possède les moyens on ne peut pas décider dans le cadre de l'acquisition des achats». Administrateur

Un manque de ressources humaines qualifiées pour la gestion des stocks et la maintenance

L'absence d'agents formés dans la gestion des stocks amène parfois à des ruptures de certains produits de première nécessité comme les films radiographiques bloquant ainsi en grande partie l'activité des services. D'après plusieurs personnes rencontrées dans le cadre du dialogue sociétal, cette situation peut se répéter une à plusieurs fois par an.

«Les équipements ont une durée de vie de plus de 20 ans alors que normalement ça ne doit pas dépasser les 5 ans donc il devait mettre en place une nouvelle stratégie de renouvellement des équipements ou bien on donne une autonomie pour la direction de l'établissement pour gérer les achats des équipements ».
Administrateur

Le manque de responsabilisation et d'incitant à la performance dans le secteur public

En l'absence d'une autonomie réelle, la responsabilisation et la reddition des comptes qui devraient garantir une gestion optimale des ressources selon les objectifs tracés, demeurent insatisfaisantes.

L'élaboration et la gestion des budgets des établissements publics sont le fruit d'une centralisation administrative. Ces budgets sont calculés 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.

L'évaluation des activités est fortement entravée par l'absence de normes de prestations et de pratiques professionnelles. Le manque de transparence et de partage de l'information et de la communication entre les différents acteurs rend difficile une telle évaluation. La culture de responsabilisation, d'évaluation des programmes, de valorisation des ressources humaines, de coordination, d'intégration des politiques publiques et de rationalisation de la gestion publique, outils indispensables de la bonne gouvernance, fait encore défaut, d'après les intervenants rencontrés dans le cadre du dialogue sociétal (groupe thématique « gouvernance et organisation des soins »). Ceux-ci s'accordent sur la nécessité de mettre en place le prérequis : un système de mandat à tous les niveaux de la hiérarchie (directeurs des établissements publics, directeurs régionaux de la santé, chefs de services hospitalo-universitaires, etc.). La désignation à un poste de responsabilité devrait se faire sur base d'un contrat qui fixe des objectifs à court et à moyen terme et prévoit les mécanismes d'évaluation à mi et à la fin du parcours.

Les plans de carrière dans le secteur public sont parfois peu attrayants dans la mesure où peu de possibilités concrètes de promotion sont offertes aux paramédicaux, infirmiers et techniciens supérieurs. En dehors de l'avancement administratif, il n'y a pas de possibilités d'études de spécialisation etles crédits disponibles pour la formation continue (participation à des manifestations scientifiques, stages à l'étranger) sont considérés comme insuffisants.

L'orientation de la tutelle en termes de supervision est basée sur l'inspection sanctionnelle et dépourvue d'une approche formative au niveau de la structure. L'intervention ne se fait qu'en cas de dysfonctionnement observé suite à une plainte de la part des usagers ou d'une proposition d'une sanction de la part des gestionnaires. Ces derniers n'ont pas le pouvoir de prendre directement des mesures de sanction envers leurs personnels.

« ... et ce que je trouve anormal, c'est qu'en cas de litige on n'a pas l'autonomie de prendre une décision de sanction dans l'immédiat, on doit envoyer par écrit le motif de la sanction à l'administration centrale et attendre la décision de sa part ».
Administrateur

Les suites données aux inspections se limitent à des sanctions individuelles sans proposer de mesures de correction du dysfonctionnement organisationnel.

Par ailleurs, plusieurs administrateurs rencontrés dans le cadre du dialogue sociétal s'accordent pour avancer que l'impunité de quelques agents encourage l'indiscipline et démotive les gens sérieux et travailleurs. Ils illustrent ces propos par le taux alarmant d'absentéisme et l'effet de mode de congés de longue durée pour des raisons psychiatriques.

Les budgets des établissements publics essentiellement calculés sur base historique, sans prendre en compte l'activité ou la performance

Les procédures d'achats de services par la CNAM aux différentes structures de soins (public et privé) sont décrites à l'encadré ci-dessus. L'encadré illustre une complexité importante et un traitement différencié du remboursement en fonction du type de structure (public / privé). Alors que le montant facturé par les hôpitaux à la CNAM est plafonné, il ne l'est pas dans le privé.

Selon OASIS (2014), un subventionnement croisé est observé entre les structures de santé publique financées par la fiscalisation et la CNAM qui transfère annuellement un forfait de 85 MDT au trésor public au titre des soins offerts par le MS en première ligne et fait un appui direct aux budgets des hôpitaux publics de circonscription (2 MDT par an). Ces allocations budgétaires aux structures publiques servent à assurer les soins à tous les usagers y compris les bénéficiaires de l'assistance médicale ainsi que les payants. Or, il semble que le montant transféré annuellement au trésor public demeure insuffisant et qu'il n'y ait pas de lien entre le coût réel de soins des affiliés de la CNAM et les dépenses supportées par les structures publiques.

Le secteur public et le secteur privé disposent pratiquement de ressources financières comparables. Force cependant est de constater que le secteur public reste, et de loin, le principal pourvoyeur de services de soins à l'ensemble de la population toutes classes confondues. La raison réside dans les écarts tarifaires considérables entre les prestations des deux secteurs.

Les SSB ont été affirmés, au cours des différents plans quinquennaux de développement, en tant que priorité nationale et un axe stratégique de la politique sanitaire. Cela impliquait que les différents budgets de la santé devaient placer les SSB comme priorité nationale lors de l'allocation des ressources. Paradoxalement, la réalité a été autre puisque les ressources allouées régulièrement sont en deçà des besoins . Ainsi, si on étudie par exemple les prévisions d'allocations des ressources pour la période 1992-1996, durée du projet « population et santé », on constate qu'il y a eu un déficit énorme entre les prévisions et les réalisations tant en ressources humaines que financières.

Ainsi il était prévu que pendant ce projet le budget de fonctionnement de la première ligne hors personnel devait évoluer de 32% à 40%. Or ce budget en 2012 a atteint à peine 20%, ce qui traduit une croissance moins rapide que celle des niveaux 2 et 3.

Les CBS et HC qui devraient fournir des services de soins de proximité ne reçoivent qu'une dotation globale qui reste modeste par rapport aux besoins réels. Le financement des polycliniques de la CNSS s'effectue sur la base de simple remboursement des « inputs ». Ce mode de financement n'est pas en adéquation avec le développement de leur activité surtout en l'absence d'un système de facturation.

Outre le budget alloué par la CNAM à travers le ministère de la santé, les hôpitaux régionaux disposent de ressources propres générées par les tickets modérateurs. Ainsi, les hôpitaux régionaux traitant relativement plus de patients sous le régime de l'AMG ou de patients insolvables –ne payant donc pas le ticket modérateur– souffrent d'un manque à gagner important comparé aux hôpitaux qui disposent de ces moyens supplémentaires.

Encadré 17: Modalités d'achats de services par la CNAM aux établissements de santé (source : OASIS 2014)

Quant à la CNAM, les modes de paiement suivants sont appliqués :

- Le paiement direct du prestataire public ou privé : En vertu des conventions particulières de prise en charge des affectations (APCI), la CNAM paie directement au prestataire l'intégralité les frais de soins, selon les tarifs conventionnels.

- Le versement d'un forfait annuel au Trésor de l'Etat: Cette procédure assure des ressources au Trésor qui les utilise pour financer, en subvention, les budgets des structures sanitaires publiques du MS. Ce forfait demeure encore en vigueur et a subi plusieurs augmentations dont la dernière en date a eu lieu en 2006.

- La facturation des frais de soins des assurés sociaux de la CNAM: cette procédure conventionnelle est devenue le mode prédominant de financement des budgets des hôpitaux universitaires et des hôpitaux régionaux. Elle est basée sur les principes suivants:

  - Chaque année, un montant fixe est prévu par la CNAM aux opérations de facturation. Il s'agit d'un montant maximum au-delà duquel les caisses ne paieront pas les prestations qui demeurent fournies par les structures de soins concernées.
  - Ce montant annuel total est réparti par les services du MS entre les différentes structures concernées (hôpitaux universitaires et régionaux). Cette répartition est inscrite en ressources prévisionnelles au budget de fonctionnement de chacune des structures.

- La prise en charge en nature de certains produits à usage médical.

- La subvention par la CNSS de ses propres polycliniques.

Dans le secteur privé, les prestataires sont rétribués à l'acte à l'exception de quelques conventions pour des interventions spécifiques (par exemple, intervention cardiovasculaire, hémodialyse) qui sont payées par forfait.

7.3. Coordination et parcours patient

L'échelonnement des soins (hiérarchie) n'est pas toujours mis en pratique

Tel que décrit à la section 6.4.2 «Les structures de prestation de services », la quasi-totalité des services de santé sont organisés selon un système hiérarchisé (à l'exception des affiliés CNAM de la filière « privé»).

Dans le secteur public, les services santé de base sont la porte d'entrée obligatoire du système. Si le besoin s'en fait sentir, des services de santé de base ou le médecin généraliste privé réfère vers des services de deuxième ou troisième ligne (hôpitaux régionaux ou EPS, médecins spécialistes en pratique libérale). Dans le secteur public de soins, cet échelonnement est la règle, même si elle est parfois détournée (passage par les «urgences », « favoritisme », ...). L'usager CNAM (filières « public » et « remboursement ») et AMG doit d'abord s'adresser à la première ligne, habituellement la plus proche de chez lui, qui jouera un rôle de filtrage et d'orientation.

Par contre, dans le secteur de libre pratique, l'accès au spécialiste (2ème ligne) est libre et non conditionné, la réforme de la CNAM de la « filière de soins privée » basée sur le médecin de famille n'étant pas encore appliquée comme il se doit.

Le manque de coordination entre niveaux entraine une discontinuité des soins (ex: délais pour les examens complementaires)

La coordination entre les secteurs et niveaux de soins constitue l'un des trois piliers de la continuité des soins; les deux autres étant la continuité clinique (approche globale et intégrée de la prise en charge) et la continuité de l'information (dossier médical partagé, information et rétro-information).

Pour la Tunisie, la médecine de première ligne –qui devrait être globale, de proximité, centrée sur l'usager, orientée vers la communauté– ne joue pas son rôle de pivot du système de santé et d'orientation et d'accompagnement du patient. Les soins de première ligne en Tunisie font intervenir plusieurs structures centrales complémentaires, mais cloisonnées et non coordonnées (Ben Ammar, 2009). Ceci débouche à des chevauchements et doubles emplois entre les interventions d'équipe relevant de la DSSB, DHPME, DMSU et ONFP. En outre, certains participants aux focus group évoquent des situations où leurs médecins de première ligne ne les ont pas référés à un spécialiste ou l'ont fait seulement à leur demande. Dans certains cas, les usagers consultent par eux même des spécialistes, sans référence.
En pratique, le manque de coordination entre les niveaux et entre les secteurs se traduit par le temps d'attente de rendez-vous chez les spécialistes (ou le passage de la 1ère ligne à la 2ème ou 3ème ligne) ou pour les examens complémentaires

ainsi que de l'efficacité du système d'information sanitaire (gestion de dossiers de malades). L'exemple de la patiente qui doit passer une mammographie est frappant. Elle doit d'abord attendre une première fois pour l'examen. Puis, advenant que cela soit nécessaire, elle doit ensuite attendre une deuxième fois pour subir une biopsie. Une solution très simple à ce dédoublement de l'attente résiderait dans l'intégration, pour les femmes dont la mammographie est positive, de l'autre intervention diagnostique lors de la même visite. Ce genre de solution ne requiert aucune ressource supplémentaire mais bien une réorganisation des services autour du patient par la mise en place de parcours de soins.

La coordination entre les secteurs public et privé ne semble pas bien avancée, elle serait encore régie par des attitudes de dévalorisation et contre dévalorisation. Des professionnels de santé et des gestionnaires du secteur public continuent à croire et à faire payer les soins à un patient référé du secteur privé à une structure publique.

Le secteur privé semble plus individualiste comme le décrit un médecin spécialiste de libre pratique qui ajoute que la coordination entre eux se fait conformément aux connaissances et affinités personnelles.

L'atelier tenu le 07 novembre 2013 sur l'accès organisationnel aux soins dans le secteur public confirme les difficultés d'orientation du patient, en insistant sur les faiblesses suivantes:

- manque de coordination intra-régionale dans la gestion des rendez-vous avec les spécialistes;
- manque d'information et de communication entre les intervenants et les professionnels d'une part et entre les professionnels et les usagers d'autre part;
- existence d'un circuit parallèle d'hospitalisation à cause de l'insuffisance de rationalisation de l'APR et de l'APC;
- absence de rétro-information dans de nombreux cas.

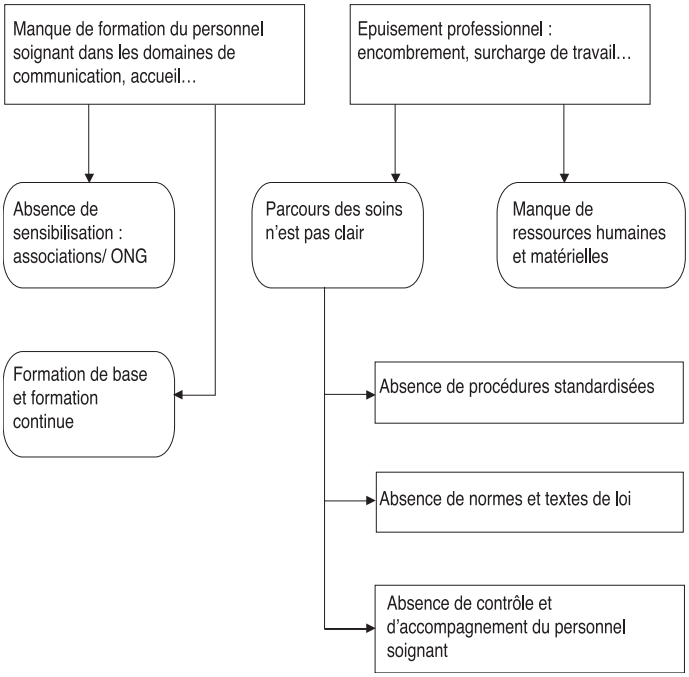
Le patient doit trouver seul son chemin dans le système de santé... et n'est pas « outillé » pour....

« J'ai raté mon rendez-vous car il n'y avait personne pour m'accompagner, du coup je n'ai pas pris mes médicaments ». Enfant épileptique (Sud)

Un des messages principaux qui ressort des focus groups avec les usagers rencontrés dans les CSB des différentes régions de Tunisie est ***« je dois trouver mon chemin seul dans le système; je suis perdu »***. 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.

Les professionnels de santé ont également relevé le problème de manque de communication entre eux (entre les différents niveaux du système et entre les secteurs) et avec le patient. Ils ont évoqué dans ce sens l'importance de travailler en réseau, notamment dans le cadre des structures, afin d'améliorer la prise en charge des patients ainsi que la collaboration interprofessionnelle permettant une meilleure coordination entre les différents niveaux. Ceci n'est cependant pas encore établi en Tunisie.

Figure 5. Analyse causale des déficits en communication, information, accueil et orientation du patient « Je suis perdu dans le système » (atelier sur les services et ressources humaines en santé, 28-29 octobre 2013)



« Cancer du sein depuis un an, opérée, le dossier est perdu donc pas de suivi, pas de continuité». Femme

Encadré 18: Une organisation centrée vers le médecin et le service (Yazid et al. 2004)

Dans la circonscription X, la consultation de base était organisée un jour par semaine dans un centre de santé, et deux jours plus tard, également un jour par semaine, dans le centre de santé d'une localité voisine. Cette organisation avait déclenché un comportement opportuniste des utilisateurs des services de santé qui optimisaient la disponibilité du service en consultant indifféremment dans l'un ou l'autre des centres de santé. L'offre réelle s'en trouvait accrue à deux jours semaine au prix d'une moins grande accessibilité géographique. L'équipe de circonscription a répondu à ce comportement en modifiant le planning : « On a décidé de faire la consultation dans les deux localités le même jour pour ne pas que les malades passent d'un centre à l'autre. L'important c'était de répartir équitablement le nombre de malades entre les médecins qui consultent, et de ne pas développer d'iniquité entre les médecins ni accroître leur charge de travail, et de s'assurer que les malades respectent le centre qu'ils doivent utiliser ».

Tableau 4. Accès organisationnel pour les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux

Etat des lieux	Causes
Pour les malades chroniques, dispensation pour 15 jours de traitement au CSB	Texte réglementaire (mécanisme mis en place pour évaluer le traitement de l'usager et en assurer le suivi, mais ce suivi n'est pas réalisé en pratique dans la majorité des cas)
Dispensation en vrac dans le secteur public	Surcharge (file d'attente)
	Manque de personnel (pharmacien, préparateur
	Présentation hospitalière (conditionnement grand) pour prix plus bas
	Absence de politique de qualité dans les pharmacies hospitalières (pas de contrôles, pas de normes)
Fuite des médicaments et des dispositifs	Multiplicité des circuits dans les cliniques (réapprovisionnement selon une liste limitative peu respectée + produits achetés par la famille)
	Nombre insuffisant de pharmaciens dans les hôpitaux et les cliniques
	Responsabilités du pharmacien hospitalier (dans les structures publiques et privées) non définies avec absence de textes réglementaires
	Traçabilité faible (principalement dans le secteur public)car le circuit du médicament n'est pas informatisé
	Faiblesse de l'inspection dans les secteurs public et privé par manque de ressources humaines pour l'inspection et le manque de rigueur
	Délivrance directe au patient des produits dangereux (anticancéreux) dans les pharmacies de la CNAM (en cas de décès ou changement de traitement : gaspillage, mauvaise conservation)
	Absence de communication entre les différents niveaux du système
Risque de produits de contrefaçon importés (dans des valises)	Délai d'attente de produits de commande ferme (réglementation lourde et procédure longue)
Risque de chevauchement de traitement dans les cliniques	Multiplicité des prescripteurs sans bonne coordination
	Pratiques de prescription inappropriées: le médecin prescrit parfois à distance, l'infirmier rédige l'ordonnance
	Absence de texte réglementaire régissant la pharmacie hospitalière (activité du pharmacien, les locaux...)
Accès compliqué aux anticancéreux dans le cadre de la CNAM et risques pour la qualité du traitement	Procédure longue
	Délivrance directe au patient(non respect de la chaîne de froid)
	Absence de communication entre les praticiens des structures sanitaires et ceux de la CNAM (le patient ou la famille doit se charger de la procédure d'octroi du traitement)
Absence de continuité entre les secteurs public et privé	

7.4. Accessibilité financière et abordabilité

Malgré la loi de protection sociale, la question du coût des soins constitue une véritable préoccupation pour les usagers. En effet, les dépenses des ménages (paiement direct plus cotisation aux assurances et mutuelles) restent très élevées. Elles sont estimées à 45% des dépenses totales en santé, et considérant seulement paiements directs (hors prime d'assurance), le taux est de 41%. Ce taux implique qu'une proportion élevée des ménages est exposée au risque de dépenses catastrophiques de santé et à l'appauvrissement.

Selon le rapport OASIS, de 1980 à 2000, on a enregistré un accroissement annuel moyen de 10% des dépenses directes des ménages, et donc une augmentation importante de leur part dans les dépenses totales de santé (DTS) passant de 32 % en 1980 à 44,4% en 2000 (Rapport CNS 2002) . Les pouvoirs publics ont donc initié la réforme de l'assurance maladie des régimes de la sécurité sociale – en réponse à cette réduction de l'accessibilité financière aux soins de santé, et dans la perspective d'un meilleur partage des charges financières du secteur de la santé.

Des coûts importants pour les ménages sont observés alors que le panier de soins couverts par l'assurance maladie et l'assistance médicale gratuite est assez étendu. Tel que mis en évidence dans le tableau ci-dessous, outre les frais indirects (par exemple pour le transport), les causes immédiates des dépenses directes des ménages relèvent essentiellement d'une indisponibilité des services ou d'un accès géographique ou organisationnel difficile. Ce tableau met également en évidence les causes sous-jacentes telles que les mécanismes de paiement des prestataires de services ou les mécanismes de gestion des ressources.

Pour certaines pathologies, un diagnostic par scanner ou IRM, dont la facturation est élevée, peut être exigé, or comme nous l'avons souligné, l'indisponibilité fréquente des équipements dans les structures publiques à cause des pannes répétées ou de la sous-exploitation du matériel, engendre un coût supplémentaire à la charge de l'usager. De plus, la majorité d'entre eux ne comprennent pas les problèmes liés au remboursement de soins (particulièrement pour les maladies chroniques). Ils espèrent tous une gratuité de soins et ne comprennent pas cette diversité des filières et des prestations liées. Par exemple, le non remboursement des bandelettes pour le contrôle des glycémies pour les diabétiques leur est difficile à comprendre. Ces bandelettes représentent des frais pour le patient qui souhaite se contrôler plusieurs fois par jour.

Tableau 5. Synthèse des obstacles financiers à l'accès aux soins de qualité

Etat des lieux	Causes immédiates	Causes sous-jacentes
Une proportion estimée entre 10% et 20% de la population ne bénéficie d'aucun régime de couverture du risque maladie	*1. Evasion complice de non affiliation à la CNSS (Les assujettis non affiliés et sous déclaration)* *2. Couvertures conditionnées par la durée de l'emploi pour les soins hospitaliers (CNSS)* *3. Les quotas imposés par région dans la distribution des cartes de soins gratuits*	*1.Ampleur croissante du secteur informel* *2.Attractivité des régimes de la CNSS (Taux de cotisation vs prestations)* *3.Déficiences des mécanismes de ciblage de l'assistance médicale* *4.Corruption*
La population couverte par les régimes de l'assistance médicale ou la filière « public » de la CNAM est souvent amenée à payer directement certains services ou produits	*1. Tickets modérateurs réglementaires* *2. Achats de médicaments et autres accessoires du secteur privé, non disponibles dans les structures publiques* *3. Recours au secteur privé si indisponibilité des prestations et services dans le secteur public*	*1. Insuffisances de gestion des structures publiques* *2. Financement insuffisant des structures publiques* *3. Prescriptions hors nomenclature, y compris les médicaments et dispositifs médicaux spécifiques* *4. Absence ou indisponibilité de certaines technologies dans le secteur public* *5. Absence ou indisponibilité géographique ou organisationnelle (RDV éloignés) de médecins spécialistes ou recours au privé par manque de confiance dans le secteur public*
La population couverte par la CNAM est souvent amenée à payer directement, en totalité ou en partie, certains services ou produits[13]	*1.Tickets modérateurs et montants restant à charge (secteur privé) : honoraires, hospitalisation et médicaments* *2. Plafond annuel des dépenses* *3. Actes, produits et services non couverts par le régime de base*	*1. Non respects des tarifs conventionnels* *2. Bases de remboursement des médicaments (génériques faiblement prescrits)* *3. Les effets pervers du paiement à l'acte, mode de paiement prépondérant adopté dans le secteur privé* *4. Insuffisance voire absence du régime complémentaire prévu par le réforme* *5. Insuffisances du contrôle* *6. Manque de l'information*

Les dépenses indirectes (transport, hébergement ...) ne sont pas tenues en compte.

[13] La proportion la plus élevée ayant choisi la filière publique est confrontée aux mêmes obstacles que la population couverte par les régimes de l'assistance médicale

7.5. Qualité technique et sécurité des soins

L'objectif de tout système de santé est de fournir la meilleure qualité des soins possible à ses usagers et d'éviter le plus possible d'effets indésirables à ses utilisateurs. Les notions ont ainsi évolué au cours des dernières décennies : « approche normative », « approche assurance qualité », « management de la qualité totale »... Dans le même sens, le concept de la « sécurité des patients » est apparu au début des années 2000 comme un principe fondamental des soins et une composante essentielle de la gestion de la qualité. En effet, il arrive que des interventions médicales ou chirurgicales au niveau des structures de santé qui sont censées profiter aux patients, leur nuisent et ce en raison de la complexité des procédures, des technologies et d'interactions humaines.

Aussi, la sécurité des patients qui se définit comme des ***« actions menées par des individus ou des organisations pour protéger les personnes recevant des soins, des dommages en rapport avec les effets des services de soins »*** est à l'agenda politique de l'Organisation mondiale de la santé depuis 2005. Dans ce sens, plusieurs études ont été menées par un certain nombre de pays occidentaux et elles ont révélé qu'entre 4% à 16% des patients admis dans les hôpitaux sont victimes d'événements indésirables (dits aussi incidents critiques) liés aux soins qu'ils reçoivent. Plus de 70% de ces incidents conduisent à des incapacités temporelles ou permanentes, sans compter leurs conséquences financières pour les patients mais aussi pour l'hôpital, alors qu'ils sont en majorité évitables. La situation dans les pays en développement n'est guère meilleure et augmente la probabilité de survenue de ces événements indésirables dans ces pays: vétusté des infrastructures et des équipements; conditions d'approvisionnement et qualité peu fiables des médicaments; carences en matière de gestion des déchets de soins souvent dangereux; lutte insuffisante sinon absente contre les infections nosocomiales; personnel très peu informé et peu habilité; sous financement global des systèmes de santé.

C'est dans cette optique que l'Organisation mondiale de la santé a adopté lors de sa 55ème assemblée mondiale la résolution WHA55.18 qui invite les pays membres à établir un système de contrôle et d'amélioration de la sécurité des patients. La Tunisie a été choisi par l'OMS (avec 6 autres pays: Maroc, Egypte, Kenya, Soudan, Yémen et Jordanie) pour conduire une étude sur les incidents critiques liés aux soins. Deux hôpitaux universitaires tunisiens ont été choisis pour être le site de cette étude.

Si les notions de qualité des soins ne sont pas étrangères en Tunisie au domaine médical à l'hôpital (visites régulières des patients hospitalisés, staff des entrants et des sortants, comité de décès,...) ainsi que dans les centres de santé de base (protocole de prise en charge standardisé, supervision des activités), leur évaluation régulière n'est pas formalisée de manière systématique. Cependant, un certain nombre d'initiatives mérite d'être cités depuis les années 1980-90 à savoir:

- Etudes normatives sur l'évaluation de la qualité des soins à Tunis (Nacef et Zouari, document interne) et expériences des « équipes qualité » en première ligne à Sousse;
- Système d'assurance qualité pour réduire la mortalité maternelle à l'échelle nationale: comité de décès régional et national pour l'étude des décès maternels évitables et la recommandation des mesures à prendre depuis la fin des années 90;
- Programme national de « Gestion de la Qualité Totale » au ministère de la santé, Programme de mise à niveau des structures publiques de santé.

Sans oublier les initiatives telles que l'établissement de « normes de certification des circonscriptions sanitaires », le système de « monitoring » des programmes de santé dans les CSB, dans les années 1990-2000 et la récente création de l'INASanté qui a pour but l'élaboration de normes et l'accréditation des structures de soins.

De même un processus de « Certification ISO » est en cours depuis les années 2000 dans les structures de santé privées notamment du fait de l'ouverture du pays à l'exportation des services de santé.

Cependant, l'insuffisance de ressources et la « lourdeur » des processus de gestion dans le secteur public sont responsables de plusieurs manquements à une bonne qualité des soins perçus par les usagers du secteur public.

L'insuffisance de la qualité et la sécurité des soins dans les structures publiques ont été largement débattues lors des ateliers du groupe sur les ressources humaines (28-29 octobre 2013). En effet, omis quelques points forts du système tels que la compétence du personnel soignant et l'existence du dossier médical, les avis convergent vers plusieurs points faibles tel que:

- L'absence de cahier des charges des structures publiques;
- 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 la sécurité des soins;
- La lenteur de la réactivité devant les insuffisances techniques et humaines.

« Je suis mal pris en charge à l'hôpital ». Citation d'un représentant d'une ONG lors de l'atelier sur les ressources humaines (28-29 octobre 2013)

Au niveau des circonscriptions sanitaires, l'évaluation du PNDCS (2013) relève que toutes les observations faites dans les CSB ont montré une attention correcte aux malades chroniques, une relation conviviale, le remplissage rigoureux du dossier de maladie chronique. Les malades chroniques bénéficient d'un programme vertical médicalement stimulant. L'évaluation fait cependant remarquer que certaines lacunes ne peuvent pas être imputées aux médecins des CSB mais doivent plutôt être imputées au système :l'irrégularité de la mesure de l'hémoglobine glyquée, de l'ECG et du fond d'œil. Ces observations sont similaires à celles faites dans l'évaluation du PNDCS en 2014 qui retrouve les chiffres suivants:

- ECG: 44% des patients dans l'année
- Examen ophtalmologique: 55%
- Recherche de micro-albuminurie: 61%
- Metformine en monothérapie: 59%
- Traitement par statine (haut risque cardiovasculaire): 53%
- Traitement par Aspirine: 47%
- Observance du traitement: 34%
- Respect des règles nutritionnelles: 45%
- Implication du patient lui-même et celle de sa famille dans le suivi: jugée comme faible

7.6. Respect de l'intimité, participation à la prise de décision, écoute du patient

Une plainte récurrente des usagers à l'égard des prestataires est le manque de considération à leur égard : *« ils ne me regardent pas »* est une phrase souvent entendue lors des focus group organisés dans le cadre du dialogue sociétal.

Le manque de rapport de respect entre l'usager des services de soins et le personnel de santé, et le manque d'humanisme perçu par l'usager de la part du professionnel ont gravement touché la relation de confiance entre soignant et soigné.

En introduction à cette section, nous insistons sur le fait qu'elle se base en grande partie sur les résultats des focus group avec les patients et les professionnels. Ces patients ont été rencontrés pour la plupart dans les CSSB et dans quelques HR. Les citations sont illustratives seulement. Ces constats ont été appuyés lors des ateliers où un consensus a émergé pour mettre en avant les limites du système. Cependant, si beaucoup de lacunes sont relevées, il est important de ne pas généraliser et de reconnaitre les professionnels de la santé qui continuent à être dévoués envers leurs patients et à leur offrir une relation personnelle, écoute et information. En outre, ces résultats couvrent uniquement le secteur public; les focus group n'ayant pas été réalisés auprès de patients dans le secteur privé.

« Je suis avant tout un être humain et non pas un organe ni un numéro de dossier ».
Participant à l'atelier du groupe ressources humaines (28/29 octobre 2013)

*« Une fois, j'ai été hospitalisée dans un service médical universitaire à Tunis. Le personnel du service a collé sur le mur au-dessus de ma tête une feuille sur laquelle il a inscrit « VIH positive ». J'étais objet de stigmatisation et tous les visiteurs ont appris que j'étais séropositive ».*Jeune femme vivant avec le VIH

La transparence et l'accès à l'information concernant son traitement

Les travaux des ateliers du groupe « ressources humaines » ont mis l'accent sur la défaillance des services de santé publique en termes de communication et d'information. Cette insuffisance largement perçue par tous les intervenants (usagers et professionnels) a été évoquée par les trois ateliers concernant : la formation de base du personnel, le développement professionnel continu et les services de santé.

Le désarroi de l'usager devant ce manque d'information et de communication avec le personnel de santé a été traduit par la citation suivante: ***« je suis perdu à l'hôpital ».***

Les personnes rencontrées dans le cadre de focus groups sont unanimes pour demander davantage d'informations, par exemple par le biais de journées d'information ou de séances d'éducation thérapeutique (pour les diabétiques, les atteints du cancer, du HIV, etc.).

Lors des focus groups, nous avons collecté deux témoignages de deux familles ayant perdu des enfants à cause d'un ictère. Ces témoignages illustrent les conséquences désastreuses d'une absence de communication entre le professionnel de santé et le patient. En effet, pour les deux familles, au moins un enfant est décédé par la maladie avant la naissance de leur enfant actuellement malade. Suite au décès de leur premier enfant, ils n'avaient reçu aucune information sur la maladie et sur la cause (génétique) et les risques encourus pour les naissances suivantes.

L'analyse causale de cette insuffisance a été réalisée en atelier (services et ressources humaines en santé, 28-29 octobre 2013) (voir figure ci-dessous).

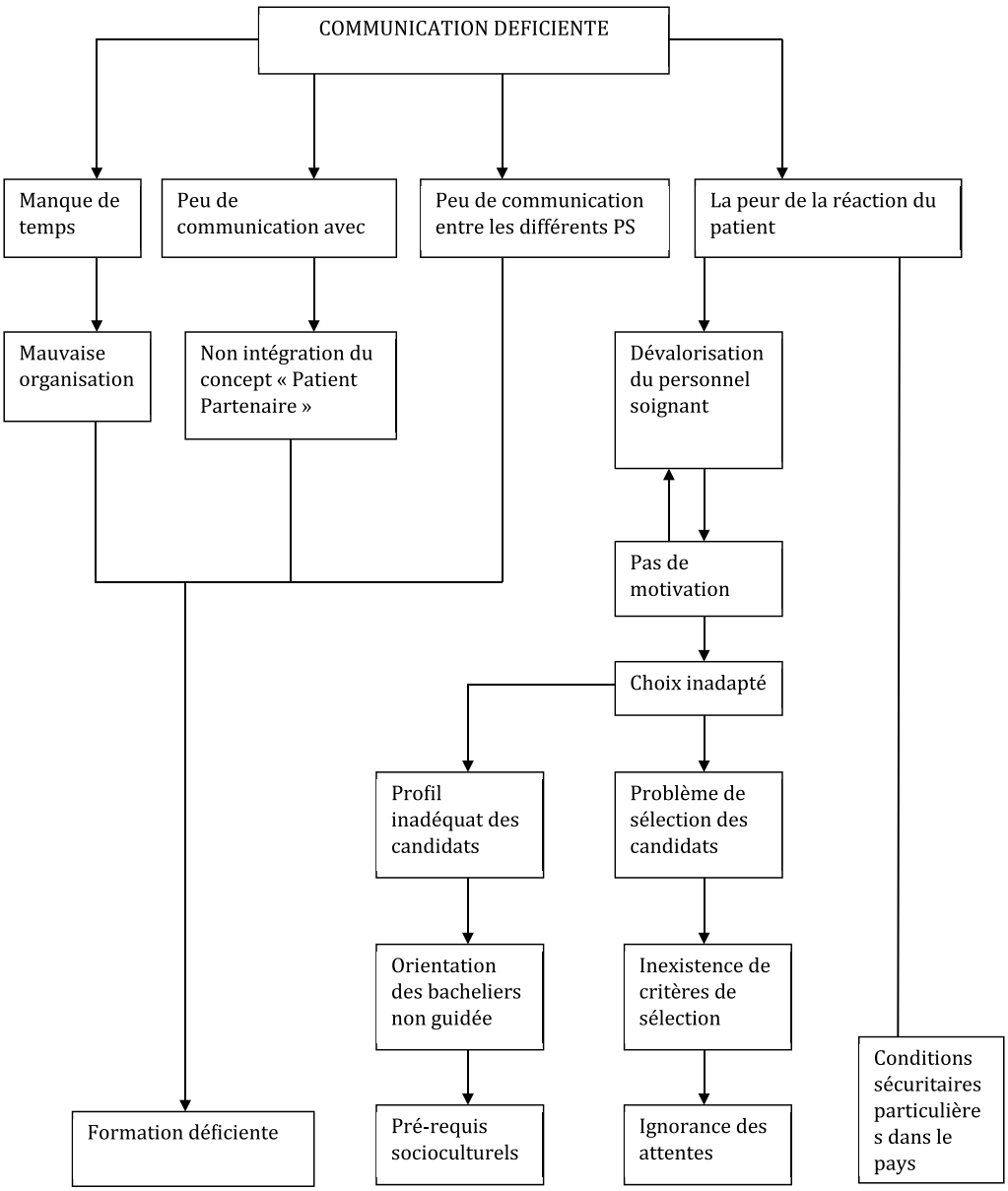
En outre, lors de l'atelier avec les associations organisé dans la cadre du DS (6 mars 2014), les responsabilités des trois acteurs ont été relevées:

- Les professionnels de la santé n'ont soit pas le temps (débordés), soit utilisent des termes techniques difficiles à « décoder » par les patients;

- Les patients ne sont pas toujours demandeurs. A ce propos, le cas des patients psychiatriques a été mis en avant, ceux-ci n'étant d'ailleurs pas « demandeur » de traitement non plus. Ainsi, il est nécessaire de faire « un pas de plus » pour aller vers le patient, plutôt que d'attendre qu'il se dirige spontanément vers le professionnel;

- Les médias qui ne jouent pas leur rôle.

Figure 6. Chaine causale pour expliquer la communication déficiente entre le professionnel de santé et les usagers (atelier sur l'adaptation et les ressources humaines en santé, 28-29 octobre 2013)



L'écoute du patient

Au niveau de la circonscription sanitaire, l'évaluation du programme (Sidhom et al.2013) relève que *« il n'y a toujours que peu d'écoute centrée sur le patient, sauf pour les MG maîtres de stage qui ont été formés à l'approche. Si pour les médecins, il n'y a plus de doute aujourd'hui que le standard évolue vers la médecine de famille et les soins centrés sur le patient, nous n'avons pas observé le même souci pour que les infirmiers et les sages-femmes adoptent aussi une démarche centrée sur le patient. Enfin, on a noté que les délégués des firmes pharmaceutiques étaient parfois prioritaires sur les patients. »*

Une observation similaire avait été faite lors de l'évaluation de 2004 (Yazid et al.) et celle-ci a été expliquée de la manière suivante par la formation traditionnelle, biomédicale centrée sur une médecine de spécialité dans laquelle la relation médecin - malade est instrumentalisée dans le but de permettre au médecin de poser un diagnostic de maladie: *« Dans la tradition médicale, un interrogatoire 'performant', parfois qualifié de « policier » a pour objet de traduire le discours du malade en symptômes et se doit d'écarter toute digression susceptible de distraire le raisonnement biomédical. Les consultations observées montrent effectivement que c'est systématiquement le médecin qui conduit le dialogue, ne laissant pas d'opportunité au malade de s'exprimer ouvertement et de donner son point de vue. Par exemple la capacité supposée du malade à suivre son traitement est décrétée par le médecin qui n'envisage de possibles aménagements qu'en dernier recours ».*

Dignité et préservation de l'intimité

« L'absence de préservation de l'intimité de l'usager, voire l'absence de confidentialité caractérisent souvent les consultations, si l'on juge parfois l'impossibilité de maintenir la porte fermée durant tout le temps d'une consultation. Par exemple, la salle d'examen gynécologique n'offrait aucune intimité ou confidentialité, comme le remarquait une sage-femme rencontrée dans un centre intermédiaire. À plusieurs reprises, un patient qui présente un problème médical jugé plus urgent est introduit dans la salle de consultation et est examiné devant le patient dont la consultation vient d'être interrompue» (Yazid et al. 2004).

Toutefois, certaines expériences réussies peuvent être citées. Par exemple, l'hôpital Ras Jebel détient des salles ludiques en pédiatrie, où les parents peuvent cohabiter avec leurs enfants. En fait, hôpital Ras Jebel a été désigné par l'OMS, hôpital « ami du bébé » et beaucoup d'efforts d'humanisation et de promotion des bonnes pratiques en maternité y sont accomplis (Champagne et al, 2008).

« Le médecin passe très peu de temps avec les malades, donne l'ordonnance et ne dit pas un mot ». Une femme, usager d'un CSB dans le Nord-Ouest

La violence dans les établissements de santé

Même s'il s'agit d'un phénomène récurrent et parfois même quotidien dans la vie des tunisiens, le phénomène de la violence est de plus en plus visible, voire banalisé à l'intérieur des établissements publics. Les hôpitaux ne sont pas épargnés par ce fléau. Première victime de cette banalisation sont les professionnels de santé. Ces formes de violences et d'incivilité, peuvent être aussi bien verbales (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel, consommation ou trafic de substances prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahut, occupations des locaux, nuisances, salissures)que physiques et matérielles: dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.) dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (agressions dans le hall d'accueil, etc.). Si les actes de violences (verbales et physiques) enregistrés dans les établissements publics scolaires ont atteint le seuil critique de 7200 actes durant l'année 2013, les statistiques dans le milieu hospitalier sont moins cohérentes. Cependant une chose est sûre, ce phénomène qui touche désormais l'ensemble de la société n'épargne plus les professionnels de la santé et semble s'installer dans la vie quotidienne au détriment de la relation entre patients et prestataires du service. Les entretiens réalisés avec les professionnels par une équipe de l'ASSF (Forum des sciences sociales appliquées) dans 9 unités hospitalières, mettent en évidence des situations vécues difficilement par le personnel et les malades: intensité des actes, durée, nombre des agresseurs (bande ou groupes familiaux), besoin de renfort pour maitriser un seul individu ou enfin contexte particulier: urgences et pédiatries.

7.7. Analyse transversale et forces et faiblesses du système de financement de la santé

De nombreux goulots d'étranglement décrits dans le chapitre 7 relèvent de l'organisation du financement de la santé en Tunisie. Ceux-ci sont liés, entre autres, aux ressources financières disponibles et à leur répartition inégale entre secteurs (public et privé, niveaux de soins, régions), au manque d'incitatifs financiers à la performance pour les établissements publics, à la fragmentation du système et la rupture du principe de solidarité par la coexistence de filières de soins, au déficit d'assurance complémentaire, etc.

Ainsi, les questions relatives au financement de la santé étant sous-jacentes en grande partie aux obstacles à l'accès à des services de santé de qualité, nous les consolidons ci-dessous en présentant une évaluation du système de financement de la santé. Cette section se fonde sur les travaux réalisés dans le cadre de l'analyse « OASIS » (2014). Elle en reprend les principales conclusions. Celles-ci ont été discutées lors d'un séminaire avec toutes les parties prenantes (Janvier 2013) ainsi que dans le cadre d'un atelier sur le financement de la santé du dialogue sociétal (Novembre 2013).

Le rapport OASIS (2014) identifie les défis suivants :

Défis sur les trois dimensions de la couverture santé universelle

Couverture de population

- Absence totale de couverture pour 8-10 % de la population surtout dans les couches vulnérables: Il s'agit d'une proportion des chômeurs, des travailleurs saisonniers et occasionnels et des personnes âgées, etc., qui ne sont pas couverts par des mécanismes de protection sociale de santé à cause des défis institutionnels-organisationnels du processus de ciblage de l'assistance sociale.

Coûts couverts

- Proportion élevée des paiements directs des ménages (40,5%) ce qui implique qu'une proportion élevée des ménages est exposée aux DCS et à l'appauvrissement.

Paniers des soins

- La détermination du panier de soins curatifs, son contenu et les modalités de son financement ne sont pas clairement spécifiés dans le système de santé. Il est relativement généreux en termes d'étendue de services couverts, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques par la CNAM, mais avec co-paiements (plafonnés). Toutefois il existe un rationnement implicite des services causés par une offre insuffisante dans les structures publiques et par le plafonnement des budgets des hôpitaux publics par l'assurance maladie.

Défis sur les trois fonctions de financement de la santé et sa gouvernance

Collecte de fonds

- Budget significatif pour le secteur de la santé dans le budget national. Une augmentation de la priorisation du secteur de la santé serait cependant encore la bienvenue.
- Contraintes de sous-financement des structures publiques, exacerbées eu égard à la transition épidémiologique et démographique.
- Problèmes de pérennisation financière de la CNAM (déficits accumulés, risques de dérapages financiers).
- Recouvrement des cotisations au-dessous du potentiel maximum dû à une sous-déclaration de l'emploi ou des revenus.

Mutualisation

- Fragmentation du système de financement de la santé: MS, CNAM (trois filières: publique, privée (dite médecin de famille) et système de remboursement), assistance médicale aux pauvres(deux régimes : gratuité de soins et tarifs réduits), mutuelles et assurances privées. Il en découle l'iniquité dans le financement et dans l'accès aux soins entre les affiliés de la CNAM et les bénéficiaires de l'AMG, entre les trois filières des soins de la CNAM mais aussi une part importante des paiements directs des ménages (40,5% en 2010).

Achat et prestation

- Répartition des ressources pas liée aux besoins sanitaires de la région et non plus basée sur des critères objectifs (p.ex., taux de pauvreté, données épidémiologiques, infrastructures existantes, etc.), ce qui aggrave les disparités régionales (p.ex., indicateurs sanitaires, infrastructures).

- Les taux de rémunération pour les mécanismes de paiement (forfait, paiement à l'acte pour les services ambulatoires, subventionnement) non liés aux coûts réels. Modalité de paiement dominante (à l'acte) pas incitatif à la performance des institutions (efficience, qualité) ni à la coordination et l'optimisation du parcours de soins (système de référence non respecté, manque de référentiels de traitement, défis relatifs à la complémentarité public-privé).
- Dépenses de la CNAM proportionnellement élevées pour le remboursement des prestataires privés à travers les filières privées et remboursement.
- Faible monitorage des factures par la CNAM. Tarifs conventionnels pas strictement appliqués par tous les intervenants.

Gouvernance

- Fragmentation et faible coordination, inefficacité du système de santé et insuffisance des ressources sont tous liés à des problèmes de gouvernance.
- Gouvernance verticale fortement centralisée, y compris dans l'attribution et l'autonomie d'utilisation des budgets.
- Faible régulation du secteur privé : offre privée de soins ambulatoires et d'hospitalisation pas soumise à une régulation de son implantation géographique mais seulement à des normes structurelles (bâtiment, installations techniques et équipements). Aucun contrôle de la qualité.
- Rôle limité du conseil d'administration de la CNAM dans la gestion et la gouvernance de la caisse (dernière réunion en 2008). Représentants des assurés sociaux exclus de la composition du conseil d'administration.
- Système d'information sanitaire fragmenté et faiblement développé en raison du sous-investissement dans les systèmes de recueil, d'analyse, de diffusion et d'utilisation des données comme les comptes nationaux de santé, les analyses économiques des dépenses médicales, etc.

Chapitre 8 : Evaluation du degré de réalisation des droits collectifs

Le citoyen dans le système de santé

Resumé du chapitre 8.

- La Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires adoptée par les Etats Membres de l'OMS affirme que *« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés »*. L'État doit favoriser au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus, leur participation ainsi que, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

- La participation communautaire sous-entend l'idée d'un transfert de pouvoir et d'autorité à la population locale pour lui permettre de s'engager efficacement dans le développement sanitaire.

- Alors qu'elle est une composante essentielle du programme des circonscriptions sanitaires, la participation communautaire n'a pas été entièrement réalisée. Le manque d'expérience à la fois du côté du personnel de santé et du côté de la population constitue un obstacle à l'initiation d'une interaction avec la communauté.

- Les conseils régionaux et locaux sont présidés par un représentant du pouvoir exécutif. Malgré l'existence de ces conseils, on constate une mise à l'écart des représentants de la société civile sur le plan national ou local.

- Les plans nationaux de développement sont construits après consultations régionales et nationales. Les arbitrages nécessaires en phase finale sont centralisés et peu transparents.

- Le nombre d'associations est en très forte croissance sur les deux dernières années et offre un potentiel fort aussi bien comme médiateur/plaidoyer que comme mobilisateur/acteur dans le système de santé. Pour renforcer ce potentiel, il conviendra de mettre en place des mécanismes de formation et de mise en réseau.

- L'information au citoyen est faible. Les mécanismes pour assurer la transparence et la redevabilité envers le citoyen sont déficitaires. Bien que de nombreuses données existent, le système d'information est fragmentaire. Il n'existe pas une culture de l'évaluation : absence d'audit institutionnelle (par rapport à la manière dont les institutions remplissent leur mission) et l'évaluation porte sur les activités plutôt que sur la performance. L'information et le résultat des rares évaluations remontent vers les décideurs centraux mais ne sont pas disséminés.

- Les mécanismes de recours et de plaintes existent à travers des circuits administratifs (inspection, médiateur) et judiciaires. Ils sont cependant peu connus et complexes à utiliser.

Dans une période de changements et de transition politique et démocratique, comme nous la vivons actuellement, placer la santé et le bien-être (comme l'éducation, par exemple) au cœur des politiques suppose de donner des signes forts de ce choix. Il faut, en particulier, définir en termes juridiques, traduisant la priorité politique accordée à la santé, le cadre de l'exercice de ce droit. Et le décliner ensuite aux différents niveaux de prise de décision: régions, collectivités, localités. Il ne sert à rien d'affirmer une priorité nationale si les acteurs locaux ne s'en saisissent pas pour mettre en place leurs propres interventions.

Une vision stratégique développée par l'administration centrale

Avant d'être une affaire de professionnels ou de gestionnaires, les réponses aux problèmes de santé, permettent à la société d'affirmer ses choix profonds en matière de solidarité, de cohésion sociale, de regard et d'attention portés aux personnes en difficultés et en souffrance. L'organisation des systèmes de santé doit être considérée comme l'expression d'un droit fondamental des citoyens.

Par ailleurs, le rôle des instances de concertation et de coordination telles que les conseils supérieurs, les conseils nationaux et les conseils régionaux de la santé demeure consultatif.

La vision stratégique doit adopter un processus d'adaptation, d'apprentissage et de développement continu. Les politiques de santé, de leur côté, doivent prendre conscience des changements démographiques, épidémiologiques et des besoins spécifiques des différentes structures en tenant compte de l'équité et du droit à

la santé. Cependant, actuellement, en Tunisie, les instances de pouvoir au niveau de l'administration centrale sont les seuls organes chargés de la formulation des politiques et des pratiques en matière de santé. En outre, la mise en œuvre des programmes et des stratégies reste dépourvue d'une harmonisation et d'une adéquation avec les besoins, les priorités et les spécificités régionales.

Des mécanismes de reddition de compte et de participation prévus pour les eps mais pas entièrement mis en œuvre

Au niveau des établissements de santé, la réforme hospitalière engagée pendant les années 1990 a largement influencé les procédures de planification hospitalière, introduisant de nouvelles procédures telles que les plans directeurs hospitaliers à moyen et long terme, de contrat-programme entre le ministère de la santé et l'établissement public de santé (hôpital universitaire) dans un premier temps, et de contrat d'objectifs et de moyens entre le ministère de la santé et les hôpitaux régionaux dans un second temps, ont été introduites dans la réglementation et les modes de fonctionnement de ces établissements.

Malgré la conviction partagée quant à son opportunité et à son utilité, l'expérience de la conception de plans directeurs et de contrats d'objectifs (ou programme) d'hôpitaux universitaires n'a pas été concluante à ce jour. Les projets d'investissement sont préalablement fixés dans le plan quinquennal de développement qui n'intègre pas les dimensions des ressources humaines et financières additionnelles, récurrentes à tout projet d'investissement. Il s'ensuit une incapacité des parties contractantes à s'engager, à moyen terme, sur le niveau des ressources humaines et financières à prévoir, en dehors des négociations annuelles des budgets.

La participation communautaire au cœur des circonscriptions sanitaires : un chantier inachevé

Tel que le souligne l'évaluation du PNDCS (2013), « alors qu'elle était une composante essentielle du programme des circonscriptions sanitaires, la participation communautaire n'a pas été une grande réussite (sauf pour la capacité de mobilisation de la communauté). Actuellement, la participation communautaire est définie de multiples façons mais toujours soit comme une démarche de l'équipe vers la communauté soit comme l'observance par la communauté de demandes de la part des équipes des CS. Elle n'est pas comprise comme une écoute de la communauté et encore moins comme une opportunité de décision consensuelle sur les actions sanitaires à mener ».

Les difficultés liées à la mise en œuvre de l'approche communautaire relèvent :

- L'inaptitude du conseil local de santé à mener sa mission : réunions non organisées, pratiques de l'autorité inhibant les demandes de la communauté et l'expression des besoins, etc.
- L'inaptitude (et la peur, dans une certaine mesure), par manque d'expérience, du personnel de santé pour initier des interactions avec la communauté.
- L'inaptitude du côté de la population, aussi par manque d'expérience, pour soutenir ces initiatives.

Cependant, le contexte semble cependant évoluer favorablement et les observateurs(dans le cadre du programme d'évaluation des CS) ont pu observer une empathie avec la population à partir des problèmes exprimés et écoutés.

Tel que le souligne l'évaluation du PNDCS, l'engagement communautaire doit se développer sur la base d'une forme quelconque d'organisation locale. Le problème de l'organisation en vue de l'engagement communautaire est très complexe. Il va bien au-delà de la simple mise en place d'une structure locale telle qu'un comité de santé de village. Pour que l'organisation puisse survivre et réussir à encourager la population à s'engager dans le développement sanitaire, sa création et son développement doivent être conçus comme partie intégrante du processus d'engagement communautaire.

Des opportunités ancrées dans la nouvelle constitution tunisienne

Les réformes implantées ces dernières années dont la relance des circonscriptions sanitaires initiée dans les années 90 (ces circonscriptions étaient déjà prévues dans la loi sur l'organisation sanitaire de 1958) donna l'impression d'une volonté de décentralisation réelle.

Encadré 19: Décentralisation et participation communautaire

«La décentralisation est importante pour la participation communautaire parce qu'elle assure un courant d'informations, de ressources, de décisions et d'actions entre l'administration nationale au centre et les localités; elle encourage la coordination intersectorielle dans les localités, réduit la dépendance excessive à l'égard du gouvernement central et favorise les initiatives et les responsabilités au niveau local » (Sidhom et al., évaluation PNDCS 2013) ;

Malheureusement, l'initiative se transforma en un énième programme national avec son lot de formations, rapports périodiques et supports (rapport de l'évaluation du système de santé 2008), les conditions à la participation communautaire sous-entendant l'idée d'un transfert de pouvoir et d'autorité à la population locale pour lui permettre de s'engager efficacement dans le développement sanitaire n'étant pas remplies.

En conclusion, **actuellement la majorité des textes en vigueur ne permettent pas une réelle ouverture à la société civile, aux associations des usagers, aux différents autres acteurs non étatiques dans le processus de prise de décision.**

Cependant, la nouvelle constitution tunisienne (2014) va révolutionner l'organisation administrative de l'Etat. En effet, elle rompt avec le centralisme administratif qui a caractérisé le modèle d'organisation administrative tunisien depuis l'indépendance. **Elle consacre une approche moderne de la décentralisation.** Les collectivités territoriales sont investies selon l'article 131 de compétences propres, de compétences partagées avec l'Etat et de compétences transférées par l'Etat. La clé de répartition de compétences entre l'Etat et les collectivités locales est basée sur le principe de subsidiarité. L'article 132 relatif aux règles de financement des collectivités locales pose une règle générale selon laquelle les ressources doivent être en adéquation avec les prérogatives qui leurs sont attribuées par la loi. Les collectivités locales bénéficient du pouvoir réglementaire et leurs actes sont publiés dans un journal officiel des collectivités locales.

C'est le principe de subsidiarité qui nous intéresse dans le cadre de la réforme du système de santé. Selon ce principe les compétences en matière de santé feront l'objet de partage entre ce qu'il convient d'attribuer à l'Etat et ce qu'il vaudrait mieux, pour des raisons d'efficience 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.

Un tissu associatif en explosion

Depuis 2011, on assiste à une multiplication exponentielle du nombre d'associations venant s'ajouter à celles déjà actives et déjà existantes. La profusion de ces associations s'explique par l'institution d'un nouveau cadre juridique régissant les associations. Le décret-loi n° 88 du 24 novembre 2011 a en effet été promulgué pour rompre avec la vieille loi de 1959 et surtout avec le système des autorisations et des enquêtes préalables.

En théorie et en bonne logique, l'impulsion des mouvements de citoyenneté (les associations de défense des citoyens -usagers), doit exprimer la volonté des usagers d'être mieux informés, consultés, voire associés à la définition des politiques qui les concernent. La pyramide de décision en matière de santé doit être mise à plat et considérée comme délimitant un espace où trois acteurs dialoguent dans des relations bilatérales: professionnels / experts, élus politiques et citoyens usagers. D'un point de vue pratique, cette nouvelle démarche, même si elle est en train de se concrétiser graduellement, est loin de devenir un mécanisme de décision opérationnel.

L'absence de coordination entre des acteurs associatifs animés par une idée de l'intérêt public ou par des motivations d'amélioration des services publics, va de pair, paradoxalement avec la croissance d'un esprit corporatif excessif dans lequel l'usager a un très faible rôle à jouer. Ceci explique la difficulté de la mise en œuvre de toute démarche participative dans le diagnostic et l'analyse des politiques de santé.

Lors d'un atelier organisé dans le cadre du dialogue sociétal avec les associations œuvrant dans le domaine de la santé (8 mars 2014), les participants ont illustré les potentiels importants offerts par les associations de la société civile. Ils ont également mis en avant les difficultés pour mener à bien leurs tâches, que ce soit dans un rôle de plaidoyer, d'influence des politiques ou de protection des usagers ou dans un rôle de prestation directe de services (en substitution ou en complément des services offerts par les autorités publiques). Ces exemples réussis ou d'échecs sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 6. Illustrations d'expériences réussies et échecs d'association pour la santé

Rôle : plaidoyer / influence des politiques / protection des usagers

	Expérience réussie	Expérience échouée
Exemple	Centre de réhabilitation psychologique (Monastir) (personnel qualifié, infirmiers, etc.) ;Aide à l'insertion et l'adaptation au fonctionnement social à travers la réalisation d'activités agricoles, d'élevage, et de poterie en plus de l'offre de traitement	Programme d'intervention pour la modification du comportement alimentaire chez les enfants n'a pas vu le jour
Causes de réussite/échec	- Objectifs clairs, précis et pertinents - Engagement et bonne volonté de tous les intervenants - Participation des citoyens - Coopération internationale - Productivité des actions : activités agricoles, élevage... ce qui a permis la création de fonds propres	- Refus de l'autorisation par les autorités (santé, éducation) - Manque de coordination - Mauvaise orientation (pas d'information au Ministère de la santé)

Rôle : prestation de service de santé

	Expérience réussie	Expérience échouée
Exemple	Plaidoyer sur la santé au milieu scolaire : établissement de relations et de contacts avec la direction régionale de la santé, de l'éducation et de la femme ; séances de sensibilisation sur la carie dentaire et les problèmes de la vision (ophtalmo) ; rapports sur l'état des lieux, réunions et visites de terrain	Mise en place d'une association pour la protection des personnes âgées : communication difficile pour mobiliser des volontaires (professionnels santé), pas de communication avec le directeur régional
Causes de réussite/échec	- Communication avec les enfants directement (distribution de brosse à dent) - Autorisation accordée santé/éducation - Communication avec le personnel de l'éducation (identification des problèmes de santé) - Accueil des membres de l'association par les circonscriptions - Direction santé scolaire et universitaire pour accorder des flyers/CD/Education de la santé à travers la direction régionale santé - Satisfaction des membres et de la communauté (carie : 20 cas/ophtalmo: 100 lunettes).	- Critiques à l'association/ acceptation : refus de l'activité de prise en charge de personnes âgées - Absence de culture citoyenne - Réticence de volontariat (financier/aide en nature)

« Notre collaboration avec la société civile date depuis l'année 2000. L'association nous accorde l'équivalent d'un budget annuel moyen de 50 000 dinars sous forme d'équipements sanitaires, en contrepartie nous avons assuré des consultations au profit des membres de cette association, une équipe constituée d'un médecin et d'un infirmier se déplace pour assurer les consultations. La relation entre notre structure sanitaire et l'association s'est transformée en partenariat fondé sur des relations d'échange mutuel pour assurer des actions pour la santé du citoyen en situation de précarité et bénéficier d'un financement pour améliorer les conditions de notre structure». Directeur d'un groupement de santé de base

La société civile nous a apporté un grand soutien, elle nous a fourni tous les moyens pour entretenir notre établissement (travaux de badigeonnage, plomberie, ameublement...), acquisition d'ambulance... Notre service de maternité a été décoré aux frais de cette association. De notre côté, nous avons participé avec cette association à l'organisation du dépistage du diabète à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le diabète. Nous établissons de bonnes relations avec la société civile de notre région et nous sommes très satisfaits ». Directeur d'un hôpital régional

Chapitre 9. La société et le système de santé : le degré de mise en œuvre des politiques publiques de santé et la gestion rationelle des déterminants de la santé

Resumé du chapitre 9.

- Il y a une connaissance plus ou moins importante de l'ampleur des inégalités sociales de santé (ISS) mais une quasi-absence d'efforts organisés pour lutter contre (absence de politique claire, à l'exception des politiques de ciblage visant essentiellement à réduire les disparités régionales en matière d'accès aux soins).

- Actuellement, les actions de réduction des ISS sont essentiellement au niveau de l'offre de services de santé. Les responsables de la santé ne semblent pas percevoir leur rôle en agissant sur la demande ou plus en amont sur les déterminants.

- Des politiques intersectorielles de santé publique ont été élaborées dans les années 80 en Tunisie et se sont montrées efficaces pour la lutte contre les maladies transmissibles. La mobilisation de la communauté a été observée autour de la planification familiale et la vaccination. Au niveau local, des initiatives au niveau de la circonscription sanitaire et des conseils locaux de santé ont été mises en place (essentiellement dans les années 80 et 90) mais le potentiel de ce type d'approche n'est pas (plus) suffisamment exploité. Le système de santé tend actuellement à travailler en « vase clos » bien que des initiatives soient mises en place (essentiellement au niveau local ou sur une base personnelle et donc non pérennisées).

- Pour répondre au problème complexe des maladies non transmissibles, une mobilisation similaire à celle observée pour les maladies transmissibles et la planification familiale et un partenariat avec les communautés locales et au niveau régional et national est nécessaire.

- Des mécanismes pour favoriser les politiques publiques saines existent et ont été mises en place de manière efficace dans d'autres pays. Cependant, en Tunisie, les programmes et les politiques publiques ne sont pas systématiquement évalués avant leur mise en œuvre pour leur impact sur la santé. De même les politiques et programmes de soins et de santé publique ne sont pas évalués sur leur impact pour la réduction des ISS.

Cette section fournit le cadre dans lequel doit s'insérer toute réflexion sur la santé, la situation sociale, le développement et les inégalités sociales en santé. En Tunisie, celles-ci sont généralement formulées sous la problématique des « disparités générales ». Nous verrons ci-dessous que les disparités régionales sont une partie seulement du problème. Par exemple, les différences d'état de santé au sein même d'une ville telle que l'Ariana (OMS 2012) sont notables. Nous préférons dès lors parler des inégalités sociales de santé (ISS).

Encadré 20: Définition des déterminants sociaux de la santé (DSS)

Les DSS sont définis comme les conditions économiques et sociales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris les systèmes de santé. Ces circonstances sont déterminées par la répartition des revenus, de richesse, d'influence, de pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local, qui sont eux-mêmes influencés par les choix politiques.

Les principaux DSS sont les suivants : les expériences vécues dans les premières années de la vie, l'inégalité liée au genre dans l'éducation, l'emploi, la prise de décision, l'exclusion sociale, les modes de vie construits socialement, l'environnement malsain, le chômage, le manque de protection sociale des pauvres, chômeurs et personnes handicapées, le manque d'accès au système de santé et le taux élevé des dépenses directes de santé, le manque d'accès aux transports appropriés, la communication et le logement dans les régions éloignées, et enfin les urgences et les crises.

Si la santé profite à l'ensemble des secteurs, elle en dépend également largement. L'importance de travailler à la réduction des inégalités en santé à travers des actions sur les DSS (encadré 18) est actuellement bien comprise et scientifiquement et politiquement établie. Les inégalités sociales de santé ne sont ni naturelles, ni inévitables dans la mesure où les différences peuvent être attribuées à l'organisation sociopolitique, qui donne la priorité aux intérêts de certains par rapport à d'autres. Ces inégalités se développent, et dans la plupart des cas s'accentuent, de par le parcours de vie différencié. L'injustice s'accroit lorsque les problèmes tendent à se multiplier et se concentrer, se renforçant les uns les autres, créant ainsi des groupes très vulnérables en matière de santé (Paquet 1994).

Un nombre toujours plus important d'éléments probants plaide en faveur de la responsabilisation du secteur de la santé pour réagir et agir directement sur les DSS, non seulement comme une nécessité éthique, d'ordre moral et de justice sociale, mais également comme outil pour améliorer l'impact et l'efficience du système de santé.

Encadré 21: Maladies non transmissibles et développement

« On prévoit que la croissance rapide des MNT fera obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenu, en particulier en obligeant les ménages à faire des dépenses de santé. Dans les situations de faibles ressources, les coûts de santé pour les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pneumopathies chroniques peuvent rapidement épuiser les ressources des ménages et acculer les familles à la pauvreté. Les coûts exorbitants des MNT, avec fréquemment des traitements longs et coûteux et la disparition des soutiens de familles, acculent des millions de personnes par an dans la pauvreté et étouffent le développement.

Les personnes vulnérables et socialement désavantagées sont malades et meurent plus vite que celles occupant une position sociale élevée, en particulier parce qu'elles ont un risque plus grand d'exposition à des produits nocifs, comme le tabac, la mauvaise alimentation, et ont un accès limité aux services de santé.

Dans de nombreux pays, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et les modes de vie défavorables à la santé concernent à la fois les groupes à revenus élevés et faibles. Toutefois, les premiers ont accès à des services et des produits qui les protègent des plus grands risques, alors que les seconds n'en ont pas les moyens ».
(OMS ,http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/)

La bonne santé profite à l'ensemble des secteurs et de la société; elle est essentielle au développement économique et social, et revêt une importance vitale pour chaque individu, famille et communauté.

9.1. Les approches pan-sociétales et pan-gouvernementales pour la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales en santé (ISS)

9.1.1. Motivation, concepts et approches

La bonne santé profite à l'ensemble des secteurs et de la société; elle est essentielle au développement économique et social, et revêt une importance vitale pour chaque individu, famille et communauté. Il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément clé de l'élaboration des politiques. Un contrat social entre tous les secteurs est nécessaire pour promouvoir le développement humain, le développement durable et l'équité et améliorer les résultats sanitaires.

Tel que présenté à la partie 2, en Tunisie, les trois principales causes de mortalité sont actuellement les maladies cardiovasculaires, le cancer et les accidents de la route. L'obésité et le diabète constituent des problèmes majeurs de santé publique

et sont en forte augmentation. La Tunisie est donc confrontée à une transition démographique et épidémiologique majeure, comme la plupart des pays à revenus moyen-supérieur.

Ces maladies non transmissibles (MNT) sont induites par des phénomènes tels que le vieillissement, l'urbanisation rapide et non planifiée et l'expansion des modes de vie défavorables à la santé (dont certains en grande partie
« socialement construits »). Par exemple, la mauvaise alimentation peut se traduire au niveau individuel par une augmentation de la tension artérielle, de la glycémie, de la lipidémie, par le surpoids et l'obésité. On les appelle des «facteurs de risque intermédiaires» pouvant entraîner des maladies cardiovasculaires, qui font partie des MNT. L'évolution des modes de vie et les autres déterminants de la santé (dont les déterminants environnementaux) en Tunisie ont également été mis en évidence dans la partie 2.

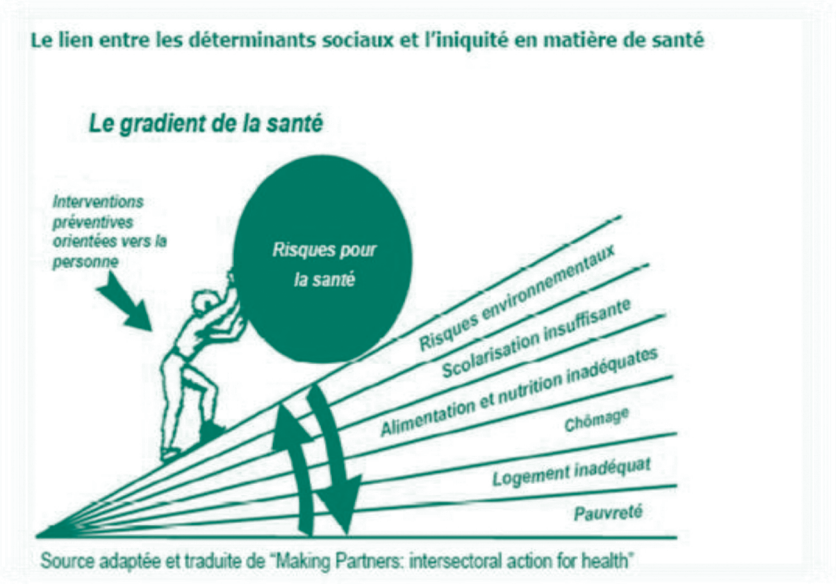
Ainsi, il est urgent d'agir sur les conditions pour réduire l'incidence des MNT et les inégalités sociales en santé. Le système de santé est appelé à répondre aux MNT lorsqu'elles apparaissent en facilitant l'accès aux traitements curatifs. Il est également appelé à mettre en œuvres des politiques et programmes de santé publique. Son action ne sera réellement efficace que si elle agit fortement en amont, et travaille de concert avec les autres secteurs pour « faciliter le bon choix » (voir figure 7). Cependant, comme le note le Conseil Canadien de Santé (2010),

« Une grande partie des activités gouvernementales de promotion de la santé se concentre sur la modification de comportements liés au mode de vie : tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation, consommation abusive d'alcool. Trop peu d'attention est portée aux facteurs environnementaux, sociaux, économiques, culturels et autres, qui déterminent ces comportements ».

Nous verrons ci-après dans quelle mesure cette constatation s'applique aussi à la Tunisie.

Il importe donc d'adapter les stratégies de promotion de la santé et de riposte aux MNT pour qu'elles bénéficient aux populations les plus vulnérables et contribuent ainsi à la réduction des inégalités en santé et, plus généralement, au développement. **Ces stratégies viseront à améliorer la résilience des communautés et à faciliter ou permettre des choix de mode de vie sains.**

Figure 7. Les stratégies d'interventions environnementales et individuelles sont complémentaires (King 2006)



Avant la mise en œuvre de toute politique publique (de santé ou non), il est préconisé d'évaluer son impact non seulement sur la santé (« health impact assessment ») mais également sur l'inégalité en santé (« equity-focussed health impact assessment »). **Il a en effet été prouvé que les stratégies visant l'ensemble de la population pour améliorer la santé en moyenne bénéficient généralement plus aux personnes les mieux nanties ; celles-ci ayant tendance à en tirer un meilleur profit.** Inversement, des mesures telles que l'augmentation des taxes sur le tabac affectent plus fortement les plus pauvres qui sont par ailleurs les moins aptes à y répondre (par exemple par un accès plus limité aux services de promotion de la santé comme l'accompagnement pour le sevrage tabagique). En d'autres termes, «La plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts » (Fassin, 2000).

9.1.2. Inégalités sociales de santé et rôle du système de santé : la perception des utilisateurs

L'état des lieux chiffré sur les inégalités sociales en santé a été présenté dans le chapitre 1. Il est, par ailleurs, important de mettre en avant la perception des utilisateurs et acteurs du système de santé sur le rôle de ce dernier pour mieux gérer ces déterminants et apporter des propositions ou pistes de solutions.

Cette question a été abordée lors des focus groups avec des groupes de personnes vulnérables et lors de deux panels: l'un avec d'anciens directeurs régionaux et l'autre avec des points focaux « santé » dans différents ministères. (Annexe 1)

Le rôle du système de santé tel qu'il est vu ou espéré par les différents utilisateurs et acteurs[16] consiste à:

- Assurer un panier élargi de soins;
- Garantir un accès géographique flexible pour toutes les couches sociales;
- Assurer les médicaments ou réduire leurs prix;
- Améliorer la qualité de l'accueil des malades (respect, dignité...) : former le personnel de santé en matière de prise en charge de malades sur le plan humain en plus de compétences;
- Raccourcir les délais d'attente pour les rendez-vous et pour les consultations;
- Assurer le suivi au parcours des malades (lettre de liaison...);
- Mettre en place un système d'information et de suivi fiable et efficace;
- Améliorer la gestion administrative des dossiers de malades pour éviter leur perte;
- Recruter des spécialistes surtout dans les régions démunies: trouver des mécanismes d'engagement des médecins spécialistes à travailler dans les régions internes du pays (signatures d'engagement à durée déterminée par exemple);
- Acquérir des équipements et du matériel et assurer leur maintenance;
- Exiger des mesures de contrôle contre la corruption et les dépassements dans les structures sanitaires;
- Améliorer les structures sanitaires et leur conception qui doivent répondre aux normes en termes d'hygiène, accessibilité (escaliers, ascenseurs, informations...).

En d'autres termes, et de par son rôle de prestataire de service, le système de santé est supposé assurer une meilleure répartition des ressources, des services de santé de bonne qualité, être réactif, répondant aux attentes, efficace, accessible... Il est tenu aussi à participer à l'élimination des « coûts additionnels » pour la réception de soins (coûts de transport par exemple).

Le système de santé est tenu d'assurer le développement de la capacité d'adaptation du personnel médical aux conditions et à l'environnement dans lequel ils exercent. La formation doit garantir la compétence, tout en assurant l'acquisition de valeurs humanistes, la vision critique et la capacité à travailler en équipe.

14 Cf. annexe

Il est important de signaler que le rôle du système de santé est perçu uniquement à l'intérieur même du système et se confine presque exclusivement aux politiques de soins (et dans une moindre mesure aux politiques de santé publique). L'emphase est mise sur la réduction des inégalités régionales en termes de ressources (infrastructures, personnel) pour ainsi améliorer la disponibilité et faciliter l'accès géographique. Les interactions entre le système de santé et les autres secteurs, pour agir de manière efficace, en amont, sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et créer des « environnements sains » ne sont pas soulevées de manière spontanée. Nous sommes donc loin de la vision et des approches généralement acceptées à l'international et traduites dans divers Déclarations sur lesquelles la Tunisie s'est d'ailleurs engagée.
Ceci nécessite une volonté ferme pour accorder la plus large part possible à l'intersectorialité et à la transversalité (l'urbanisme, les transports, la réglementation des produits alimentaires, les conditions de travail constitueront des secteurs clés où les transversalités avec la santé devront être mises en œuvre le plus rapidement possible).

9.1.3. Mécanismes et structures pour intégrer les actions de santé publiques et favoriser les approches multisectorielles

Différentes structures sont mises en place pour traiter de l'intersectorialité dans le domaine de la santé au niveau national, régional ou local.

En effet, la stratégie des soins de santé de base agit dans ce sens et permet de promouvoir la collaboration intersectorielle afin de la rendre fonctionnelle et dynamique et ce en mettant les objectifs opérationnels dans des projets et des programmes nationaux et en établissant des conseils de santé. Des conseils locaux de santé au niveau du district sont responsables du suivi et de l'évaluation des objectifs opérationnels.

Par ailleurs, les actions de première ligne sont soutenues par les départements de médecine préventive et communautaire des facultés de médecine, qui coopèrent dans la recherche, forment les intervenants; par les conseils régionaux et les conseils locaux de santé qui soumettent et discutent les stratégies et les priorités d'actions.

A cet égard, les comités nationaux intersectoriels spécialisés agissent dans des secteurs comme la santé au travail, la santé scolaire, la santé environnementale et l'assainissement, l'eau potable, les médicaments, les produits alimentaires d'enfant en bas âge et le contrôle d'alimentation.

« Tout au long de mon exercice, j'ai organisé des réunions régulières (de façon annuelle) avec les directeurs des écoles, les agronomes et responsables des autres secteurs afin de soulever leurs problèmes et répondre à leurs attentes. La collaboration avec les autres secteurs m'a permis, à moi et à mon équipe, de diagnostiquer et traiter les cas de gale, pou, leishmaniose... La collaboration secteurs a été au service et au profit de la santé et du bien-être de la population ».

«L'exemple de la stratégie des soins de santé de base adoptée depuis 1982 (juste 4 ans après la déclaration d'Alma Ata) est un bon exemple qui matérialise l'intersectorialité au vrai sens du mot. La Tunisie était pionnière en matière d'adoption et mise en place de la santé de base où on a assisté à la mise en place du « District health system »qui assurait l'organisation et la gestion des affaires sanitaires avec une ouverture sur les autres secteurs tel que l'éducation, l'agriculture, l'environnement... ceci a matérialisé de façon concrète la question de l'intersectorialité ».

Directeur régional retraité

Ces structures sont placées sous l'autorité du pouvoir exécutif. Les conseils supérieurs consultatifs[17] sont présidés par le premier ministre, les conseils nationaux[18] sont présidés par le ministre en charge du dossier. Quant aux conseils régionaux ou locaux, ils sont présidés par le représentant du pouvoir exécutif dans la région. On constate ainsi, d'un côté une mise à l'écart des organes qui incarnent la représentativité populaire sur le plan national ou local tels que le parlement et les collectivités territoriales; et de l'autre côté une sous-représentation de la société civile au sein de ces instances.

Le dysfonctionnement est dû à plusieurs raisons. D'abord l'hypertrophie de ce genre de structures qui se recoupent dans plusieurs cas de figure. On peut citer à titre d'exemple le conseil supérieur de la santé et celui de la population ou les conseils régionaux ou locaux de la santé et les conseils régionaux ou locaux du développement. Ensuite la nature purement consultative de leurs attributions et la surreprésentation de l'administration dans leur composition ont suscité un manque d'intérêt pour ce genre d'instances.

Ce dysfonctionnement se reflète dans le non-respect de la périodicité des réunions et dans la transformation de leur rôle d'un cadre de concertation et de discussion des politiques publiques à une arène où se disputent les conflits d'intérêts entre les différents acteurs, tel qu'indiqué par plusieurs informateurs clés lors de panels et ateliers organisés dans le cadre du dialogue sociétal.

[17] Le Conseil supérieur de la santé (Décret 286-2010) ; le Conseil supérieur de la population (Décret 1982-2000) ; le Conseil supérieur de l'enfance (Décret 574-2002) ; le Conseil supérieur de la protection des personnes handicapées (Décret 3029-2005).

[18] À titre d'exemple, le conseil national du médicament (Décret 1938-1994) est présidé par le ministre de la santé, tandis que le conseil national d'assurance maladie (Décret 2192-2005) est présidé par le ministre des affaires sociales.

« La composition du conseil régional est non représentative. Ses membres et son rôle sont loin d'exprimer, ni de résoudre les besoins et les attentes de la population. C'est un conseil qui représente les administrations et non le peuple qui est présidé par le gouverneur qui détient tout le pouvoir décisionnel. Ceci est critiquable du moment que ce dernier s'éloigne de l'objectif qui lui a été attribué pour représenter la région et soulever les besoins de la population, les étudier et participer à les résoudre à un rôle de serviteur et exécuteur des intérêts politiques qui lui sont dictés du niveau central ».

Gouverneur à la retraite

9.1.4. Actions conjointes, capacités, difficultés et facteurs de réussite

La spécificité de la collaboration intersectorielle en santé revient au fait qu'elle porte sur un aspect multidimensionnel qui fait intervenir tous les secteurs (économiques et sociaux). Le secteur de la santé en Tunisie a été amené à collaborer étroitement avec les autres secteurs. **Cette collaboration a été jugée comme existante, avec certains Ministères, mais insuffisante ou non satisfaisante du moment où les mécanismes de suivi des actions conjointes ont été absents.**

Les entretiens avec les responsables de santé dans d'autres ministères ont montré que des **actions de collaboration** ont été réalisées grâce aux décisions prises au niveau régional (local) en concertation avec les responsables **des autres secteurs (éducation, agriculture, équipement...).** La collaboration avec les autres secteurs a permis de lutter contre un nombre important de maladies transmissibles et zoonoses (telles que les cas de gale, pou, leishmaniose, rage...). La collaboration avec les autres secteurs a été au service et au profit de la santé et le bien-être de la population. Ces activités ont été réalisées en concertation avec les professionnels de santé, le délégué (ou le maire), le directeur de l'école primaire, le vulgarisateur agricole...

Certains programmes et actions élaborés sont gérés de façon conjointe avec le ministère de la santé. On cite à titre d'exemple les programmes de lutte contre le tabagisme et le SIDA auxquels participaient les ministères de la culture et du tourisme; programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles; l'aide aux familles nécessiteuses... La collaboration engage généralement les ministères impliqués grâce aux décrets, arrêtés, circulaires...

Les facteurs de réussite de la collaboration

Il est important de noter qu'en l'absence de programme ou de stratégie visant la réduction des inégalités sociales et l'équité en santé, les résultats positifs qui sont réalisés étaient le fruit de quelques facteurs importants, soulignés par les parties prenantes rencontrées lors des panels:

- **La création de mécanismes et structures** facilitantes tels que les directions

régionales, la mise en place d'un conseil national, conseils régionaux et locaux ;

- **Le soutien du gouvernement et l'engagement politique** en matière de considération de la santé et de l'éducation comme axes prioritaires au cœur des stratégies politiques (6ème plan quinquennal),
  «la réussite de la collaboration entre le ministère de l'éducation et celui de la santé revient au fait que c'est une action régie par des circulaires »;
- **Les qualités de leadership de certains responsables de santé:** matérialisées par la prise de décision et des capacités managériales renforcées par la décentralisation,
  « il s'agissait d'hommes stratèges »;
- **La participation de la communauté** aux processus d'élaboration de plans stratégiques de leur région compte tenu de ses caractéristiques, spécificités, besoins réels et capacités;
- **L'orientation du programme de SSB vers la collaboration:** la circonscription sanitaire considère le district comme unité de planification et de gestion décentralisée. Ce niveau est suffisamment petit pour être proche de la population. Il est suffisamment grand pour inclure des centres de santé et un hôpital de référence. Par conséquent, les programmes sont conçus comme moyens à la disposition du district, et non le district comme outil de mise en œuvre des programmes;
- **La vision humaine** où **le citoyen était au cœur des politiques;**
- **La mise à la disposition de toutes les ressources nécessaires** à la collaboration du côté de chaque acteur (ressources financières, humaines, en équipement);
- **L'intégration des objectifs d'égalité de santé dans les politiques** existantes surtout dans les directions des soins de santé de base;
- **Des stratégies de collaboration et des plans d'action clairs basés sur des expériences d'« Evidence-based »** mettant la santé au cœur de toutes les politiques;
- **Le rôle joué par les associations et le soutien des acteurs non gouvernementaux,** du public et des médias, partenariat public-privé à la sensibilisation des pouvoirs publics aux soucis et besoins des citoyens. Leurs actions ont permis de réduire les inégalités sociales de santé (actions de dépistage précoce de certaines maladies, insertion sociale de la population vulnérable, fourniture de certains services médicaux et sociaux).

Les difficultés de la collaboration

Un certain nombre de **difficultés** à la collaboration sont régulièrement cités par les parties prenantes rencontrées (référence, annexe) qui ont été signalés par les participants et ont porté notamment sur:

- **Les capacités limitées en leadership des responsables du secteur de la santé:** les actions de collaboration restent tributaires du décideur, son expérience personnelle et ses aptitudes en termes de gestion.
  - Pour les exemples réussis, tout le mérite revient à la volonté du responsable mais ces expériences restent limitées dans leur espace: des expériences régionales fragmentées et non capitalisées;
  - L'attitude négative de certains responsables régionaux qui se comportaient comme des « boites aux lettres » qui ne font que transférer des décisions du niveau central vers le régional. Dans le cas où une action a été réalisée, elle est généralement venue en réponse à un problème ponctuel (sans que ça ne soit étudié ou planifié... sans aucune vision stratégique). D'autres ont une attitude complètement passive « faute de moyens on est obligé de fermer l'œil sur certains problèmes ». Les défaillances sont liées directement aux insuffisances de capacités du personnel du ministère de la santé et du manque en potentiel de leadership.
- **Le manque d'institutionnalisation et de règlementation des actions** laisse les décisions prises tributaires de la capacité, de l'expertise et des convictions du décideur régional.
- **La rigidité juridique et règlementaire:** le responsable lors de son exercice se trouve confronté à des difficultés budgétaires, règlementaires, administratives, de ressources humaines... par exemple si un appareil tombe en panne, le responsable se trouve contraint de le remplacer pendant la période de l'exercice comptable pour des problèmes de budgétisation ou bien de règlementation ; Le manque/l'absence de supports en documents et en données : un système d'information archaïque (papier), non standardisé, mal organisé « gestion à la carte »; absence de manuels de procédures...
- **La centralisation du pouvoir et la culture d'oppression exercée par le niveau central:** les responsables régionaux sont devenus des outils pour la mise sur pied des objectifs fixés par les plans de développement ou des programmes nationaux selon les orientations politiques dictées qui ne correspondent pas, dans la plupart du temps, aux besoins ni aux priorités de la région. Les programmes nationaux sont décidés au niveau central, ils ciblent la population de façon uniforme sans prendre en considération les problèmes de santé spécifiques aux régions (ou localités), il s'agit de programmes linéaires.
- **Manque de transparence et dénigrement de l'avis de la collectivité locale ou régionale:** absence de la participation des acteurs régionaux et locaux et leur exclusion des processus de prise de décision concernant les programmes, ce qui a amplifié et nourri les intérêts de quelques personnes ou groupes de personnes dont les décisions ont été faites sans aucun respect ni prise en compte des besoins de la population ni à l'intérêt collectif.
- **Le manque d'harmonisation entre les programmes, la fragmentation**

des décisions et la duplication des efforts entre les différents secteurs (santé, éducation, affaires sociales, agriculture, tourisme...) et de visibilité ciblant la spécificité de chaque région ni d'orientation pour la collaboration intersectorielle (absence de lien horizontal entre les secteurs). Le concept de « santé dans toutes les politiques » n'est pas pris en considération dans les politiques publiques, ce qui explique les actions contradictoires: par exemple la subvention de certains aliments comme le sucre, pain... qui sont la cause directe de certaines maladies (diabète, obésité...) dont la prise en charge est lourde pour l'Etat.

- **Absence de processus d'évaluation de programmes** rendent la collaboration inexistante ou si elle existe elle n'a jamais été concrétisée sur le terrain.
- **Le rôle et la composition du conseil régional:** sa composition est critiquable et qualifiée de non représentative (en termes des besoins de la population): c'est un conseil qui représente les administrations et non pas le peuple, il est présidé par le gouverneur qui détient tout le pouvoir décisionnel.
- **La mauvaise gestion et la mauvaise gouvernance,** malgré la disponibilité de ressources matérielles, humaines ou autres dans un bon nombre d'institutions, il s'agit d'un véritable problème d'allocation de ressources, de visibilité et d'orientation vers les priorités et les spécificités régionales. Les décideurs manquent de vision « rationnelle », ils ont tendance à gérer de façon « émotionnelle » (il s'agit d'un favoritisme basé sur des relations parentales, régionalisme, appartenance à un parti politique...).
- **Le manque de connaissances des DSS** et leur impact sur la santé.
- **L'absence d'outils et de moyens adéquats pour répondre aux besoins.**
- **Les difficultés de coordination.**
- **La perception différente des intérêts particuliers** telle que la charge additionnelle de travail.
- **Le manque d'adhésion** de la part des acteurs.
- **L'écart existant entre les objectifs du programme** (sur le plan théorique) et la réalité du terrain.

9.2. Le développement régional comme condition du développement du système de santé ou le développement du système de santé comme condition au développement régional

Les mutations positives que connait un pays sont les résultats de son développement économique et social. Egalement le développement régional est défini en termes de création d'emplois et d'augmentation de la qualité de vie. Les secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation constituent un maillon important de ce développement.

De par leur aspect social, ils sont considérés comme étant une charge pour l'Etat et

non un investissement. Contrairement à cette idée reçue, la santé (comme l'éducation) contribue de façon considérable à l'amélioration des conditions économiques et sociales de la population. En effet, l'amélioration de l'offre de soins de santé qui sont considérés comme une activité "de base" constituent une source de revenus locaux. En attirant de la main-d'œuvre qualifiée et des activités complémentaires (sociales, culturelles et économiques), les services de santé jouent un rôle important dans la vie locale. De là découle l'idée que les dépenses, destinées à améliorer la qualité des services de santé dans les régions périphériques, attireront d'autres activités et augmenteront le niveau de développement économique. Par conséquent, l'activité sanitaire doit être considérée comme un investissement qui participe au développement des régions (zones éloignées).

Le développement du secteur de la santé peut avoir un effet direct sur l'accroissement de l'emploi qualifié dans les régions et qui limiterait par conséquent l'émigration vers d'autres régions.

Les flux monétaires et financiers directs créés pour le compte de la région sont réinjectés sous forme de salaires et de consommation. A ce niveau, l'amélioration de la qualité de vie est assurée à travers une meilleure accessibilité aux structures sanitaires d'une part et une amélioration de la vie culturelle due à la présence de personnel qualifié dans la région d'autre part. Ceci permet d'attirer les investissements locaux et nationaux et dynamiser la vie économique et sociale.

Ainsi le rôle du développement du secteur de la santé dans le développement régional n'est plus à démontrer.

En Tunisie, le problème de développement inégalitaire entre les régions a été à l'origine du déclenchement du sentiment de l'injustice à l'égard des régions intérieures qui ont été dépourvues de l'infrastructure de base comme ça a été démontré plus haut (chapitre 2).
En effet, les villes du littoral tunisien ont réussi à se développer sur le plan économique. En bénéficiant de plus de structures éducatives et sanitaires, elles sont parvenues à attirer les investissements de l'intérieur comme de l'extérieur du pays. Ceci a créé un déséquilibre au niveau du développement régional et a contribué à l'appauvrissement des régions intérieures.

En effet, une étude de l'INS (2012) sur la mesure de la pauvreté, des inégalités et de la polarisation en Tunisie 2000-2010, a montré que la baisse du taux de pauvreté n'a pas bénéficié aux différentes régions du pays qui ont vu leurs écarts par rapport au reste du pays s'accentuer au cours de la dernière décennie. Si les inégalités ont diminué au niveau national avec un indice de Gini qui est passé de 0,37 en 2000 à 0,35 en 2010, celles-ci s'expliquent par la baisse des inégalités intra-régio-

nales qui sont passées de 0,21 en 2000 à 0,17 en 2010. Les inégalités interrégionales enregistrent en revanche une hausse, passant de 0,16 en 2000 à 0,18 en 2010. L'augmentation de la polarisation de 49,9 en 2000 à 62,5 en 2010 confirme que les sentiments d'identification et d'aliénation des citoyens des gouvernorats défavorisés se sont accentués au cours de la période 2000-2010.

Afin de présenter les disparités du développement économique régional en Tunisie, nous citons à titre d'exemple, la répartition des entreprises privées par région en 2012. En effet, le Nord-Est attire 49,1 % des entreprises privées, suivi par le Centre-Est avec un taux de 24,6 %, le Nord-Ouest avec 8,1%, le Centre-Ouest avec 7,4 %, le Sud-Est avec 7% et le Sud-Ouest avec 3,8%. Le littoral du nord au centre (Nord-Est et Centre-Est) accapare à lui seul près de 3/4 des entreprises privées.
La distribution des structures sanitaires, des ressources humaines et matérielles corroborent cette tendance du retard de développement des régions intérieures en Tunisie. Malgré l'existence de 33 hôpitaux régionaux, 24 hôpitaux universitaires et 109 hôpitaux dans les collectivités locales en Tunisie, les disparités sanitaires entre régions persistent notamment en matière d'accès financier et d'accès géographique aux soins de santé ainsi que d'indicateurs sanitaires. Cette disparité a été mentionnée dans une étude de la Banque Africaine pour le Développement (BAD) en 2012, elle a démontré aussi que la qualité insuffisante des soins de santé dans le secteur public constitue un obstacle majeur à l'amélioration de l'état de santé de la population tunisienne.

Ce constat fait partie des soucis aussi bien des usagers que des professionnels de santé. En effet, le problème du « désert » en termes de spécialistes dans les régions intérieures du pays est expliqué en partie par ce dilemme du développement régional. Ceci a été évoqué par les professionnels de santé (surtout les spécialistes) qui se trouvent envoyés dans des régions qui manquent presque de tous les signes de développement économique, social, culturel, éducatif, de recherche... Nous l'avons déjà abordé à plusieurs reprises dans ce rapport.

« La santé est un élément de l'ensemble, on ne peut pas traiter ou développer une partie sans traiter l'ensemble. La santé ne peut se développer que si son environnement l'est aussi... Aussi le professionnel de santé vit dans un environnement qui n'est pas limité à la structure sanitaire. Même si cette dernière est dotée de toutes les ressources, le professionnel ne peut pas vivre convenablement dans un endroit qui manque de tout... Il est important que l'environnement socio-économique soit développé... Il est important de vivre dans un endroit accueillant qui permet de vivre épanoui sur tous les plans même ceux de carrière... ». Ancien directeur d'hôpital

9.3. La contribution économique du secteur de la santé

La Tunisie est l'un des premiers pays du continent africain à s'être doté d'une industrie pharmaceutique. La couverture des besoins du marché en médicaments par la production locale est passée de 14% en 1990 à 45% en 2010.
La promotion de l'activité d'exportation des médicaments et des dispositifs médicaux fabriqués par les laboratoires implantés en Tunisie figure également parmi les priorités de la nouvelle stratégie d'exportation de services médico-sanitaires, à travers le développement de nouvelles industries pharmaceutiques orientées vers les médicaments génériques, les bio-médicaments et les phyto-médicaments.

Durant la dernière décennie, le nombre des patients étrangers qui se sont rendus en Tunisie pour des soins est passé de 42 000 patients en 2003 à 125 000 en 2008 et 150 000 en 2010. La Tunisie occupe le deuxième rang à l'échelle africaine dans le domaine du tourisme de santé après l'Afrique du Sud. Elle est classée également deuxième destination mondiale pour la thalassothérapie après la France. Les libyens représentent la majeure partie des patients étrangers qui se rendent en Tunisie pour soins. La demande concerne toutes les formes de traitement. L'importance du nombre et la régularité des patients libyens ont conduit plusieurs cliniques à organiser une offre et des services spécialisés pour ces derniers.

Depuis quelques années, cette offre de soins s'est progressivement diversifiée pour toucher d'autres clientèles. En effet, se basant sur son emplacement géographique, la Tunisie attire de plus en plus de clients venant de pays africains dont la Mauritanie, le Tchad et le Sénégal. Les patients européens sont aussi assez nombreux, ils bénéficient surtout de services médicaux en relation avec la chirurgie esthétique et la stomatologie.

Les recettes pour la Tunisie induites par le traitement des patients étrangers ont été estimées en 2010 à un peu moins de 400 millions de dollars, soit 0,88% du PIB.

Le développement de cette activité d'exportation des services de santé, ciblant les clients africains et européens, a engendré l'émergence de plusieurs sociétés de service en relation directe avec cette activité.

La stratégie prévoit aussi d'encourager le secteur de la convalescence médicale à travers l'accueil de patients étrangers dans les espaces médicaux du pays, ainsi que le séjour des personnes âgées; ressortissants des payseuro-méditerranéens pour de longues périodes et ce, dans des centres de remise en forme ou dans des villages de santé touristiques.

C'est dans ce contexte que le ministère de la santé a engagé, en novembre dernier, avec le concours de la BAD, une étude stratégique portant sur le développement des exportations des services de santé, dont les résultats sont attendus avant le mois de juillet de l'année en cours.

Implications de la partie 3 pour la reforme

- Le système de santé s'est fortement développé, à travers des réformes successives et a engrangé des résultats notable en santé.
- Cependant, il fait face à des pressions croissantes dues à une transition démographique et épidémiologique, et des contraintes macro-économiques fortes.
- En outre, certaines réformes n'ont pas été entièrement appliquées de manière concrète et les textes semblent parfois devancer la pratique.
- Ainsi, il est urgent de réagir, de redynamiser le système sur la base d'une vision claire, partagée, acceptée et –surtout réaliste et réalisable– même si des arbitrages parfois difficiles s'avéreront nécessaires.
- La participation de toutes les parties prenantes à cet effort commun est la clé de la réussite. En particulier, les moyens d'assurer un développement harmonieux entre le secteur public et le secteur privé devront être mis en œuvre.
- Pour ce faire, le système de santé tunisien peut construire sur des acquis –à renforcer– et utiliser des potentiels encore inexploités.
- L'objectif est de répondre aux attentes de la population pour un service proche. Cela suppose de réorganiser le système autour du patient.
- Cela suppose également que le citoyen puisse faire confiance à ce service de « proximité » (« respectueux » et « de qualité »).
- Ainsi, la mise à niveau du secteur public est une nécessité, pour offrir des conditions dignes pour les patients et pour les professionnels. Les professionnels de la santé sont la clé de voûte de ce système. Le succès de toute initiative, réside sur la capacité à les attirer et surtout à les retenir à travers la valorisation et les opportunités de développement continu.
- A l'aube de la révolution pour la dignité, la solidarité est une valeur centrale. Le défi de la solidarité et de l'équité doit être relevé. Les disparités régionales et les inégalités flagrantes ne sont pas acceptables.
- Elles doivent être vues dans la problématique plus large du développement régional.
- Cependant, le système de santé a les moyens d'agir immédiatement, pour « fixer » les sources d'iniquité à l'intérieur même de son système (par exemple, au niveau du financement), en facilitant le travail intersectoriel, et en plaidoyant pour la généralisation d'outils et mécanismes pour intégrer la santé et l'équité dans toutes les politiques.

PARTIE 4

Les enjeux pour le système de santé

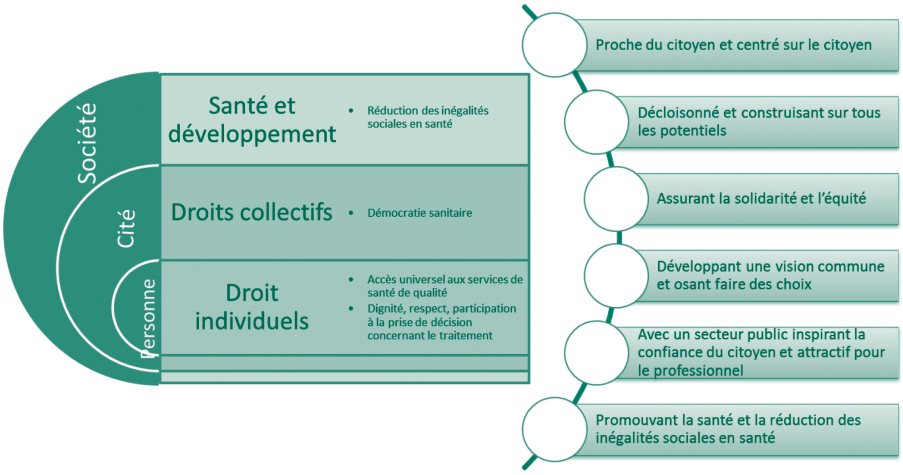
La dernière partie de ce rapport construit sur le diagnostic de la situation, pour en faire ressortir les enjeux majeurs afin que le système de santé puisse progresser vers la réalisation du droit à la santé dans toutes ses composantes. Les résultats de ce rapport sont sensiblement similaires aux évaluations précédentes de la santé et du système de santé consultés (voir matériel et méthodes). Nous pensons que l'éclairage direct du citoyen et du professionnel, à travers l'utilisation de citations en fait ressortir le côté humain. Nous avons entendu des « appels de détresse» qui doivent nous pousser à agir rapidement. Nous avons aussi entendu des remerciements pour le dévouement des professionnels de la santé. Ceux-ci nous mènent à l'espoir pour envisager une redynamisation du système de santé tunisien.

Cette partie se veut servir comme un « maillon » entre deux phases clés du « dialogue sociétal »: le diagnostic de situation et l'identification de pistes ou orientation de réformes.

Après discussion et validation des « enjeux » par les parties prenantes au « dialogue sociétal », des pistes ou orientation de réformes seront proposées sur base de l' « évidence ». C'est sur ces pistes et orientations que les citoyens, professionnels et experts seront appelés à délibérer sur les priorités et les conditions d'acceptabilité et de mise en œuvre.

Au travers des trois parties précédentes, une vision pour le développement du système de santé s'est développée. Elle est présentée à la figure ci-dessous et reprise avec plus de détails dans les chapitres 10 à 16.

Figure 8. Vision pour le développement des systèmes de santé (Kairouan, Mars 2014)



Chapitre 10. Rapprocher les services du citoyen en recentrant le système autour du citoyen

Les patients interrogés dans les zones reculées sont unanimes pour demander plus de services spécialisés dans leurs localités. Par exemple, à la question de leurs attentes vis-à-vis du système de santé, les patients rencontrés dans un centre de santé de base d'une localité du gouvernorat de Gabès nous demandent:

« Des ophtalmologues; car nous avons ici beaucoup de personnes diabétiques pour qui il faut réaliser des fonds d'œil ».Usager d'un CSB, Sud.

L'actualité récente avec, entre autres, les débats autour de la construction d'hôpitaux universitaires et de centres spécialisés dans les régions, relève de la même logique: plus de médecins spécialistes et d'équipements spécialisés dans les régions reculées pour répondre aux besoins locaux.

Une nécessité : réduire les inégalités régionales....

Cela correspond à une demande légitime de réduction des inégalités régionales dans le cadre d'un développement durable et inclusif des régions.En effet, tel que souligné plus haut, l'existence de services de santé est une condition pour le développement de la région. Et, d'un autre côté, le manque d'attraction des régions intérieures pour les professionnels de la santé, lié au manque de ressources dans les régions intérieures (entre autres pour l'éducation des enfants), conditionne le développement du système de santé dans les régions reculées. Le développement régional et la contribution de la santé au développement, reste une vision cruciale à longterme. Mais l'impact ne se traduira pas immédiatement et des actions à court et moyen terme doivent déjà être entreprises.

Cela répond aussi à une plus grande confiance dans les services dits « tertiaires » et traduirait l'évolution vers un système de santé fondé sur les soins spécialisés. Cette évolution est déjà observée de facto, en contradiction avec la stratégie des soins de santé de base. Or, tous les experts nationaux et internationaux s'accorderont pour affirmer que seul un système de santé basé sur les soins de santé primaire peut répondre aux attentes de la population de la couverture sanitaire universelle.

....En rapprochant les services spécialisés du citoyen

Ces demandes sont-elles conciliables? A quelles conditions? Qu'est-ce des services de santé « proche du citoyen »? Que signifie la « proximité» pour les

citoyens et pour les professionnels ?

Un élément de réponse réside dans la mise en évidence des aspects liés à l'« information » et l'« organisation ». En effet, tel que mis en évidence dans le chapitre 7, les difficultés d'accès, ne sont pas tant liées à la proximité géographique, que liées à des barrières informationnelles et organisationnelles. La fragmentation et la désorganisation entre les « niveaux » de soins rend dès lors tout « parcours » de soins entre les niveaux et en particulier vers des établissements éloignés, très fastidieux, avec des déplacements parfois inutiles, par exemple uniquement pour la prise de rendez-vous ou pour réaliser des examens de manière répétitive et inutile. Comment rapprocher les services du patient en l'accompagnant dans tout le processus (par exemple pour le transport mais aussi pour la prise de rendez-vous et le suivi du traitement). Un accompagnement des professionnels « de proximité »est également requis. Cela suppose de leur donner les moyens de réaliser des prestations de qualité, entre autres à travers les équipements, les formations, les protocoles de traitement mais également par exemple avec les outils de la télémédecine.

Un second élément de réponse réside dans le manque de confiance ou d' « acceptabilité » pour les hôpitaux de circonscriptions et plus particulièrement pour les hôpitaux régionaux. Leur rôle a été fortement dévalorisé aussi bien par les citoyens que par les professionnels de santé. Nous discuterons de ce point à l'enjeu 2, ci-dessous.

La réponse à cette demande de services de « proximité » doit donc être replacée dans son contexte global. A quelles conditions, les services de santé dit de « première » et « seconde » ligne pourraient représenter des services de proximité répondant de manière adéquate aux besoins de la population locale?

Ainsi, nous proposons de repositionner l'enjeu de la manière suivante :

Comment assurer des services de proximité acceptables et fiables à toute la population? Comment construire sur les acquis? La pierre angulaire du système de santé pourrait-elle redevenir les soins de bases et les hôpitaux régionaux? Les centres de soins de bases, hôpitaux de circonscriptions et hôpitaux régionaux, peuvent-ils assurer des services de proximité à toute la population?

Les services de santé de proximité comme pivot du système de santé

Tel que souligné dans la partie « diagnostic », les CSB apparaissent actuellement comme peu financés tout en jouant un rôle essentiel au nom de l'équité et de la santé

publique. D'ailleurs la majorité des CSB n'offre pas de consultations médicales quotidiennes et le potentiel des hôpitaux de circonscription est insuffisamment exploité. Les HR de leur côté sont peu pourvus en spécialistes et équipements diagnostiques. Ainsi, le travail dans la majorité des HR des régions de l'intérieur est consacré au transfert des malades.

«Faute de moyens et de médecins spécialistes, on est obligé de transférer les malades et surtout des cas urgents vers la structure universitaire la plus proche ». Professionnel de santé, CSB Nord-Ouest.

En outre, les patients s'adressent directement à la troisième ligne, par manque de confiance dans les hôpitaux régionaux. Les structures universitaires sont donc détournées de leur vocation de structures de 3ème niveau pour assurer en plus le rôle des deux autres niveaux avec un encombrement des consultations et une charge de travail supplémentaire.

Dans un contexte de transition épidémiologique et démographique, avec la croissance des maladies chroniques et dégénératives, le rôle des services de proximité et le renforcement de la coordination et de l'intégration des services est encore plus crucial. Il est urgent d'adapter le système de santé pour qu'il puisse répondre à ces défis. En effet, les caractéristiques relativement négligées dans le système actuel telles que l'information au patient et l'activation du patient pour la prise en charge de la maladie, la continuité du traitement (et donc la disponibilité de médicaments de façon continue et l'échange d'information entre le spécialiste et le médecin de famille) sont particulièrement cruciaux pour les malades chroniques.

La *« stratégie des soins de santé de base »* développée dans les années 80 offrait pourtant un potentiel important pour rapprocher les soins des patients et plus généralement pour répondre aux problèmes de santé (et les prévenir) à travers une mobilisation communautaire. Cependant, sa mise en œuvre n'a pas été réalisée de manière complète et les objectifs n'ont que partiellement été atteints. **Lors des 10-15 dernières années, en l'absence d'un «renouvellement » et de ressources adéquates, le système des soins de santé de base s'est sclérosé et risque l'asphyxie.**

Le repositionnement de la circonscription (CSB, hôpital de circonscription, 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 of-

fre 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 proximité ». La définition de ce que sous-tendent les 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.

Ce repositionnement suppose tout d'abord une clarification et une meilleure articulation des missions et des rôles des différents acteurs et ensuite une adaptation des modes de gouvernance et de financement à ces nouvelles missions et rôles. Entre autres, les modalités de responsabilisation, d'incitation ou de valorisation des prestataires de services devront être discutées et des modalités pour financer de manière équitable les prestataires devant faire face à des conditions plus difficiles devront être trouvées.

La meilleure intégration des établissements de soins dans des filières de soins devra être discutée. Des mécanismes de coordination seront établis. Cela suppose comme prérequis la définition de pratiques organisationnelles requises et de protocoles de traitements connus et acceptés de tous (professionnels et citoyens).

Chapitre 11.(Re)Construire la confiance et l'attractivité du système public de santé pour les citoyens et les professionnels de la santé

La confiance du citoyen envers le système public de santé a été largement touchée à cause de l'échec partiel de ce dernier dans la réalisation des droits individuels à la santé. Des insuffisances révélées dans le chapitre 7, qui touchent à la qualité et l'équité des soins, ont abouti à un jugement collectif de non assurance vis-à-vis du secteur public. Plusieurs facteurs contribuent à cette image négative:

- Les ressources insuffisantes ou mal gérées traduites par des ruptures de stocks en médicaments, des équipements en panne;
- La rareté des spécialistes entrainant des listes d'attente longues;
- La complexité et la lourdeur administrative autour de la prise en charge (« il faut au moins faire trois files d'attente avant d'être vu par un médecin »);
- L'état parfois insalubre des infrastructures, largement répercuté dans les médias (sociaux, en particulier);
- La relation du patient à son médecin détériorée ou discontinuée (en particulier pour le spécialiste, qui peut être différent à chaque consultation).

Lors des focus groups organisés dans les CSSB, nombre de témoignages abondent dans ce sens et indiquent la perception d'une médecine à deux vitesses, les services publics de santé étant considérés « faute de mieux ».

Le témoignage suivant, est édifiant :

« Je viens ici [au CSB] car je n'ai pas assez d'argent pour aller dans le privé ».
Usager de CSB, Sud.

De même, le malaise du côté des professionnels de santé publique est également palpable devant:

- La dégradation de la qualité des services de santé faute de disponibilité ou d'entretien des moyens,
- La dévalorisation du rôle de certains acteurs du secteur par rapport à d'autres (généralistes/spécialistes),
- La dégradation de la confiance du citoyen,
- Et l'accentuation du fossé entre le secteur public et le secteur privé en matière de conditions de travail et d'incitation matérielle.

Cet extrait d'une lettre ouverte, par un médecin aux présidents et ministres médecins, illustre bien ce malaise :

«(...) À contrecœur, ils sont nombreux à l'avoir fait [présenter leur démission], ils attendent la "délivrance" et je suis tenté de les suivre. Cependant messieurs, je vous invite à vous poser quelques questions pour décider : qui va rester à l'hôpital ? Qui va continuer la mission de nos pères? Comment sauver l'hôpital? S'il en reste quelques soupirs! La médecine tunisienne, qui continue à rayonner sur les voisins et qui fait notre fierté en côtoyant nos collègues occidentaux, a vécu à sa naissance un véritable conte de fées. (...)

Messieurs, le pire, c'est qu'il n'y a aucune visibilité... Restez médecins et trouvez en une. »
Dr Ramzi Bouzidi, Lettre ouverte publiée dans 3 médias

Enfin, un malaise profond au niveau de la relation « patient-soignant » peut être perceptible et se traduit par une violence accrue des patients ou une dégradation volontaire des installations. Il est difficile de quantifier cette observation. Cependant, elle revenait très régulièrement lors des focus group avec les patients et avec les professionnels. Par ailleurs, nous avons également ressenti lors de ces focus group une empathie certaine pour les professionnels de santé de la part des patients qui semblent comprendre les conditions de travail difficiles, le peu de temps à leur attribuer vu le « débordement » des salles de consultations et qui peut-être aussi ne sont pas toujours « demandeurs » se positionnant dans une relation d' « assistanat ». La relation était estimée de manière plus positive par les patients chroniques rencontrés dans les CSB qui fréquentent régulièrement les mêmes professionnels de la santé.

Rétablir la confiance du citoyen et du professionnel envers le système public de santé, ainsi que la relation de confiance entre ces deux vis-à-vis, est un chantier qui ressemble à celui de démêler un filet de pêche. Il faut repérer les principaux nœuds pour pouvoir le faire. Dans ce cas, cet enjeu serait un axe commun à tous les autres enjeux visant l'équité et la qualité des services de soins pour le citoyen et l'incitation du professionnel de la santé afin de compenser équitablement ses efforts.

(Re)construire la confiance du citoyen envers le système public de santé

Cet enjeu passe obligatoirement par des actions qui visent:

- L'amélioration de la qualité des services de soins et l'intégration des normes de qualité dans les institutions sanitaires;

- La mise en place des mécanismesde transparence et de lutte contre la corruption et les conflits d'intérêts;
- Le développement de la communication et l'information au sein des structures sanitaires publiques;
- Le développement des compétences des professionnels de la santé en matière d'accueil et d'orientation afin d'améliorer la relation soignant/soigné.

(Re)construire l'attractivité du système public de santé pour les professionnels

Cet enjeu passe obligatoirement par:

- La revalorisation du secteur public de soins qui ne peut pas se faire sans une amélioration générale des conditions de travail pour tous les professionnels de la santé exerçant dans ce secteur et à tous les niveaux de soins: premier niveau de soins (CSB), deuxième niveau (hôpital régional) et troisième niveau (hôpital universitaire);
- Le renforcement du sentiment d'appartenance et la fierté du personnel de santé publique. A ce titre le secteur public et notamment universitaire doit être la référence pour les soins et la prévention. Dans ce sens, il est indispensable que ce secteur dispose des mêmes équipements médicaux de pointe que le secteur de libre pratique, car c'est dans le secteur hospitalo-universitaire que sont formés les futurs médecins généralistes et spécialistes, et la formation médicale restant l'apanage du secteur public;
- La formation continue et les opportunités de développement professionnel doivent être la règle dans le secteur public de soins pour retenir les professionnels dans ce secteur avec un schéma d'évolution de carrière et de promotion attractif (voir proposition thème 4);
- La valorisation de la qualité et de la performance dans le secteur public est aussi la clé de la motivation des professionnels de santé. Des mécanismes pour lier la rémunération à la qualité et la charge de travail des professionnels de santé devraient être étudiés. Cela suppose une nécessaire révision des procédures actuelles de recrutement, salaires, primes de rendement,...

En l'absence d'une rémunération adéquate des professionnels de santé (comparativement au secteur privé) et dans l'optique de retenir les meilleures compétences dans le secteur public de soins-notamment pour l'enseignement et la recherche- la problématique d'un financement par une activité complémentaire privé dans les

structures hospitalières universitaires et régionales (APC) a été proposée depuis plusieurs années avec un contrôle plus ou moins efficace de cette activité. Les questions qui restent cependant posées sont:

- *Comment en réduire les effets négatifs et les conflits d'intérêts qui en résultent?*
- *Sinon, y a-t-il d'autres alternatives pour retenir les spécialistes dans le secteur public?*

En conclusion, la mise à niveau du secteur public, offrant des conditions de soins et de travail de qualité est un enjeu majeur pour rétablir la confiance et valoriser le système.

Chapitre 12. Développer une vision commune, oser faire des choix (réalistes et acceptables) et les mettre en œuvre de façon consistante

Trois enjeux majeurs apparaissent fortement au travers de tous les chapitres de la partie 3:

- *Développer une vision commune* vis-à-vis du système de santé en Tunisie suppose une participation de tous les acteurs concernés et des usagers en particulier aux réflexions sur les attentes et les responsabilités de chacun pour développer un système de santé équitable, démocratique et efficace.

- *Oser faire des choix réalistes et acceptables* est possible lorsque la population et tous les autres acteurs ont été impliqués de manière active et consciente dans la définition des besoins et des moyens dans tout le processus qui a mené à ces choix quels qu'ils soient. La participation des acteurs à tous les niveaux est un garant de l'acceptabilité.

- *Mettre en œuvre de façon consistante ces choix,* requiert une gouvernance efficace, crédible et disposant des moyens nécessaires pour mettre en œuvre ces choix et opérationnaliser la redevabilité. Lorsqu'à titre d'exemple, les acteurs de santé s'accordent sur un paquet de soins dans la prise en charge d'une maladie donnée, le système de santé se doit de l'appliquer pour donner de la consistance à ces choix et accroitre ainsi la confiance du citoyen dans ce système en jouant le rôle de garant de l'accès aux services dans le paquet de soins quelque soit son niveau de revenu et lieu de résidence.

Par ailleurs, la mise en place de réformes, pour aboutir à un système de santé fondé sur l'équité, ravivé par la participation d'acteurs assumant leurs choix depuis la communauté locale jusqu'à l'échelon national, comptant sur une gouvernance efficace, tiendra compte des réalités et enjeux suivants:

- La santé a toujours figuré comme axe stratégique dans les plans quinquennaux de développement mais selon une approche non participative, plutôt administrative et axée sur la gestion budgétaire. Le développement des structures sanitaires a suivi celui des régions qui a doté les gouvernorats les plus nantis par des structures couvrant toutes les lignes contrairement aux gouvernorats de l'intérieur.

- Aux niveaux local et régional, les conseils de santé ont une très faible autorité, sont dominés par les représentants du pouvoir politique et dont les membres ne sont pas choisis sur la base de la compétence et développent une vision centralisée veillant sur le pouvoir et non sur l'intérêt général de la population.
- Avant 2011, le cadre législatif était doté de nombreux textes prometteurs en termes de droits du citoyen aux soins mais la réalité n'a cessé de mettre en évidence un écart dans l'accès universel aux services de santé, lequel écart est encore plus prononcé dans les régions défavorisées et au niveau des populations vulnérables.
- L'Etat tunisien s'est engagé avec ses partenaires internationaux dans de nombreux projets pilotes qui sont restés sans effet au niveau de l'impact et au niveau de la durabilité car non cohérents, non consistants etnon appropriés aux réalités du terrain.
- La culture de documentation et de gestion de l'information est peu développée voire absente. Les professionnels de santé et les responsables des programmes considèrent le suivi et l'évaluation comme une surcharge de travail inutile et encombrante. Ainsi l'absence de connaissances fiables et objectives entrave les activités de planification basées sur les données probantes et empêche la responsabilisation de tous les acteurs.
- L'expérience de la circonscription sanitaire avait pour objectif de développer l'approche intégrée de la santé du citoyen dans sa communauté et de créer une équipe soignante insérée dans son environnement et travaillant sur la base de plans d'action annuels et d'auto évaluation. Cette expérience a réussi à ses débuts (les années 80), vu l'ambiance générale de décentralisation des pouvoirs associée au rôle du conseil régional/local de la santé qui a impulsé l'approche communautaire et intégrée de la santé. Quelques années plus tard, ceci n'est plus vérifié à cause du manque au niveau des capacités de leadership et la centralisation progressive de toutes les décisions et actions de santé.
- La relation soignant-soigné pourrait encore être définie selon une relation entre assistant et assisté. Le sort du soigné reste tributaire de ce que décide le soignant de façon unilatérale. Cette entrave à la communication et à la participation dans la prise de décision peut contribuer à générer des moments de tension et d'agression mutuelle.
- Après la révolution de 2011, les attentes de la population impatiente ont dépassé de loin les possibilités du pays et on a assisté à l'installation d'un contexte excessivement revendicatif basculant vers l'agressivité, la violence envers les professionnels de santé et les biens du système et reflétant d'une manière générale un manque de civisme.

Des réformes majeures ont été mise en œuvre en Tunisie. Celles-ci n'ont souvent pas été appliquées de manière intégrale. De nombreux projets ont une durée de vie trop courte et n'excèdent pas le stade de pilotes. De plus, il transparait du présent rapport que de nombreux textes, mécanismes, dispositions existent mais que ceux-ci ne sont pas effectivement mis en œuvre. Ainsi, il conviendra d'apprendre des leçons de ces expériences et de s'assurer que :

- Les stratégies et programmes sont réalistes;
- Elles sont comprises et acceptées par toutes les parties prenantes;
- Les obstacles éventuels à leur mise en œuvre ont été adéquatement analysés et des mesures migratrices sont prévues;
- Des systèmes de suivi et évaluation sont mis en place et des revues régulières du degré de mise en œuvre sont régulièrement organisées de manière à réagir rapidement– si nécessaire– par des mesures correctrices;
- L'ensemble des incitants (positifs et négatifs) soient élaborés et cohérents par rapport à l'objectif, pour tous les acteurs concernés.

En d'autres termes, un enjeu majeur pour la réussite de toute réforme du système de santé consiste à réussir la « gestion du changement » et mettre en place toutes ses composantes.

En outre, en amont, pour parvenir à faire de « bons » choix, c'est-à-dire prendre des décisions éclairées par les données probantes ou meilleures connaissances (« evidence-informed »), il est essentiel de disposer d'un système d'information solide et intégré (impliquant tous les acteurs sans exception). En aval, les systèmes d'information devront « capter » tout changement dans les besoins, dans l'environnement ou dans la performance du système de santé et suivre la réalisation des objectifs pour alerter sur la nécessité d'adapter le système (soit à travers des actions à visée limitée, soit à travers des réformes de plus grande ampleur).

Ainsi, un enjeu majeur consistera à construire sur les systèmes d'information existants, de les renforcer, de les consolider et de faciliter le partage de données (transversalement ainsi que verticalement du « terrain » vers le « central » et du « central » vers le « local »). Ces systèmes d'informations doivent être adaptables et modulables pour assurer une meilleure efficacité. Des données sont là mais sont sous-exploitées et souvent considérées de mauvaise qualité (non fiables). C'est leur utilisation –prudente– qui permettra de mieux en connaître les forces et faiblesses et d'en améliorer la qualité. La formation du personnel et la standardisation des supports constituent les principaux atouts pour un système d'information futuriste.

Le système de santé tunisien s'est fortement développé et a obtenu des résultats remarquables, mais au cours des années, au vu des failles évoquées dans le rapport, nous pouvons postuler qu'il s'est « essoufflé » et nécessite un nouveau dynamisme. Le cadre juridique extrêmement complexe et étendu est une illustration du risque de « sclérose » du système. Nous avons évoqué ci-dessus l'enjeu de la « gestion du changement ». De manière plus fondamentale, le système devra disposer des moyens de s'améliorer de manière continue, en apprenant de ses expériences et en identifiant, si nécessaire, le moment de changer de direction. C'est un enjeu majeur qui consiste à se transformer en un « learning system », en construisant sur:

- Les données (par exemple, épidémiologiques pour identifier les risques de maladies émergentes et réémergentes),
- Les recherches (et lier de manière plus étroite la recherche à la prise de décision concernant les politiques),
- Et les opportunités d'apprendre des expériences pilotes (à travers la « cross-fertilization »).

Il est essentiel de construire une culture de la documentation (de l'écrit), du partage (des données, des résultats des recherches), de l'évaluation et de l'utilisation de l' « evidence » pour la prise de décision, ce sont des défis à relever pour que le système puisse construire des stratégies et programmes sur des bases solides et continuellement se renouveler, se redynamiser, vers une mise en œuvre progressive du droit à la santé.

Encadré 22: Rapport d'évaluation du système d'information (Lohétart 2007)

« La première évidence qui s'impose est que le ministère de la santé recueille des quantités considérables, pléthoriques (plusieurs milliers), d'informations par voie administrative. Ces informations sont recueillies de manière non coordonnée par les divers services de l'administration centrale, à l'aide de plusieurs centaines de formulaires différents. Pour la plupart, ces informations ne deviennent même pas des données au sens statistique du terme car elles ne sont pratiquement pas exploitées, si ce n'est compilées dans des annuaires au sein des principales directions. Il n'existe donc pas de Système d'Information Sanitaire, même pas à l'état embryonnaire, puisque, malgré l'existence d'une Direction des Etudes et de la Planification (incluant une Sous-Direction des Statistiques), il n'existe pas de dispositif "transversal" qui permettrait de coordonner la collecte, d'harmoniser les concepts et de centraliser une exploitation des données permettant la mise en relation de sources diverses. Ce diagnostic est d'ailleurs évident pour la plupart des cadres de l'administration et il a déjà été formulé à plusieurs reprises au cours de la décennie écoulée ».

Encadré 23: Evaluation du PNDCS (2013)

« La culture de suivi et évaluation est un des apports de la gestion par programme introduite par les soins de santé de base depuis plus de trente ans. Le PNDCS a bâti sur cette bonne pratique et a même introduit l'auto-évaluation (critères de fonctionnalité des circonscriptions). Au niveau périphérique (les CS), on a pu constater que le système d'information reste encore trop cloisonné par programme et n'est pas orienté vers l'information pour la gestion (prise de décision) mais pour l'archivage. Il faut ajouter comme contraintes que le nombre d'informations à collecter est important et que la capacité d'analyse est limitée. La motivation des personnels qui enregistrent les données n'est pas optimale en partie parce que ce n'est pas eux qui en tirent profit. On peut aussi regretter le très faible accès aux nouvelles technologies de l'information qui permettent d'interconnecter les structures des différents niveaux, d'échanger des informations, de développer des applications et de valoriser les résultats. Au niveau régional, le système de suivi et évaluation a été depuis le début du programme la responsabilité du CSRSSB et du surveillant régional des SSB. La nouvelle organisation de la direction régionale a dilué les responsabilités et diminué les moyens à mettre à la disposition du programme. Au niveau central, les visites de supervision de l'équipe centrale du PNDCS se sont raréfiées après 2004. Les réunions régionales ont été organisées en 2005, 2006 et 2009 et puis ont cessé. Il n'y a plus eu de réunions du comité de suivi depuis 2004. Le chef du PNDCS n'a plus reçu de rapports (ou sporadiquement) du niveau régional. Il n'y a donc pas aujourd'hui de réel suivi et évaluation du programme sauf concernant les formations organisées. Par ailleurs, il n'y a pas, ni au niveau national, ni au niveau régional, un plan d'action annuel et un tableau de bord permettant de suivre les différentes composantes du programme et d'évaluer leur état d'avancement. La limite des moyens humains et matériels au niveau central explique pour une grande part cet état des choses. »

Chapitre 13: Construire sur tous les potentiels en décloisonant le système de santé et en mobilisant tous les acteurs vers une vision commune

En dépit des acquis des politiques intersectorielles de santé publique (la circonscription sanitaire, les conseils locaux, la stratégie des soins de santé de base), le système de santé souffre de deux problèmes essentiels liés au cloisonnement.

Plus précisément :

1) La fragmentation

- Des différents acteurs (les professionnels, les gestionnaires, les décideurs politiques et les communautés) agissant chacun selon sa propre logique au dépend d'une vision globale et en absence d'une participation effective du citoyen;
- Dans l'action, entre activités de médecine générale et de médecine spécialisée et entre secteur privé et secteur public, générant une activité en vase-clos balayant l'alliance efficace entre services curatifs, préventifs et actions sociales;
- Du financement de la santé et l'absence de solidarité entre les filières de remboursements de la CNAM.

2) La centralisation du pouvoir décisionnel des politiques de santé avec une verticalisation des programmes de santé publique et en l'absence de toute participation citoyenne (sinon formelle et uniquement consultative).

Une action globale et cohérente paraît inéluctable et c'est le cœur même du sujet de ce dialogue sociétal en Tunisie. Le système doit inciter les différents acteurs du système de santé à adopter une approche participative globale dans la décision, l'action et l'évaluation. Ce défi serait donc d'ordre culturel.

« Une nouvelle culture doit en effet émerger, qui devrait permettre à chacun de mieux saisir et accepter la prééminence de l'intérêt général sur l'intérêt particulier, d'abattre les murs édifiés autour des institutions et de créer des alliances mettant en synergie les compétences spécifiques des uns et des autres. » Un expert international, Dr. C. Boelen

Ainsi, une réforme du système de santé devra viser à:

- Décentraliser les décisions pour mieux utiliser et responsabiliser les compétences et pour une meilleure adaptation du système de santé aux particularités

locales;

- Mettre en place des institutions efficaces permettant une plus grande participation des citoyens (société civile) aux décisions et leur permettant de devenir un acteur à part entière du système;
- Renforcer les mécanismes existants d'intersectorialité et en créer d'autres pour planifier et apprécier les conséquences sanitaires des politiques publiques;
- Redéfinir la solidarité entre filières de soins et renforcer la CNAM en lui confiant la gestion de toutes les formes de couverture maladie obligatoire, y compris l'assistance médicale gratuite;
- Ouvrir des nouvelles formes de financement de la santé, créer des voies de communications entre les différentes filières de couverture sociale, simplifier les procédures, aligner les différents acteurs (prestataires de soins public et privé, et payeurs –assurance sociale et assurance complémentaire, ministère des finances, ministère de la santé) autour d'une stratégie de financement de la santé cohérente (y compris à travers un « achat stratégique »);
- Assurer un développement harmonieux des secteurs public et privé de façon à ce qu'ils contribuent de manière complémentaire à la santé de la population tunisienne et afin de bannir les circuits parallèles informels existants;
- Eliminer les barrières et les rigidités du système actuel pour fonctionner en réseaux, introduire des mécanismes de marché internes, décentraliser les décisions et généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des services de soins; les rigidités et le cloisonnement entrainant gaspillage et inefficience (par exemple, répétition des examens car les résultats ne sont pas transmis, équipement disponible dans un centre sans personnel adéquat et personnel disponible dans l'autre centre sans équipement);
- Associer les différentes compétences (professionnels de santé, sociétés savantes, autres corps de métiers) pour concevoir et aider à l'application d'indicateurs de succès pour mesurer la qualité des prestations de santé à l'aide de critères objectifs. L'INASanté –récemment créée– offre un potentiel en cette manière. De même, par le partage de l'information relative aux traitements, à leur disponibilité et à leur qualité, elle peut servir de relais important pour activer le citoyen/patient comme un acteur informé dans le système, prêt à demander des comptes et ainsi à appeler à une plus grande qualité;
- Renforcer les expériences réussies mobilisant tous les acteurs vers une vision commune de la santé, tel que la stratégie des soins de santé de base et encourager les expériences émergeantes, telles que l'engagement des facultés de médecine tunisiennes dans le Projet de Recherche-Action sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine« Contrat Faculté-Territoire »

On passe d'un système centré sur l'hôpital à un système où l'hôpital fait partie d'un réseau. Les maladies chroniques et fonctionnelles de longue durée prennent la relève des maladies aiguës et infectieuses. Le médecin travaillant seul et de façon autonome dans son cabinet ou à l'hôpital, est remplacé par des équipes pluridisciplinaires. Le colloque singulier devient un colloque pluriel. L'extrême spécialisation accroît le besoin d'accompagnement et de coordination. Les nouvelles technologies de la médecine rendent possible une médecine individualisée au domicile du patient. Et le système de soins doit accepter qu'il ne peut, à lui seul, en rendant accessibles à toute la population des services de santé de qualité, réduire les disparités de santé dans la population.

Chapitre 14 : Assurer la solidarité et l'équité

La solidarité est au cœur du lien social, c'est un ensemble de droits et de devoirs réciproques entre les personnes, les institutions, les professionnels, tous les intervenants. Les enjeux de solidarité portent aussi bien sur le panier de biens et de services couverts que sur la façon dont les professionnels coopèrent pour la mise en œuvre de ces biens et services. La fragmentation – mise en évidence à de nombreuses reprises dans le présent rapport– est source d'iniquité, essentiellement lorsqu'il s'agit de la fragmentation du système de financement.

Selon les sources, il reste encore de 10 à 20% de la population non couverte par aucun système de sécurité sociale. Dans un premier temps, le manque d'information concernant le nombre et le profil de la population non couverte et les besoins non remplis pour cette population, doit être comblé. Mais nous savons également que certains ménages sont couverts de manière simultanée par la CNAM et l'AMG (même si en théorie ce n'est pas accepté). 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 ensuite trouver des mécanismes pour étendre la couverture sociale à l'ensemble de la population.

Les mécanismes de ciblage des bénéficiaires des deux régimes d'AMG reposent sur des enquêtes réalisées par les services locaux du ministère des affaires sociales (MAS). Le système d'identification et de mise à jour des éligibles à l'AMG est largement critiqué de par le recours à des quotas ne reflétant pas nécessairement les besoins et le profil de pauvreté dans une région; les variabilités de pratiques de ciblage; l'absence de suivi régulier et permanent de l'évolution de la situation économique des ménages; et la faible coordination entre les différents intervenants. Il est inquiétant qu'une partie non négligeable de la population (estimée à environ 8%) ne fasse partie d'aucun dispositif de protection du risque financier. (OASIS)

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, ce nombre non négligeable de non couverts et les taux élevés de dépenses directes des ménages posent à questions. La réforme de la CNAM n'a pas été appliquée de manière complète et une évaluation de son impact par rapport à tous les objectifs fixés (dont l'accès et la qualité) est nécessaire.

La possibilité offerte aux plus nantis (capable de débourser des sommes parfois importantes pour les services de santé, pour se faire ensuite rembourser –partiel-

lement– ces services) et ainsi de « sortir » du système public pour s'orienter directement vers le secteur privé pour tous leurs besoins de santé peut être comprise comme une rupture de solidarité. A quel prix et pour quels avantages cette rupture est-elle acceptée (ou acceptable)? Comment différencier et rendre complémentaire les prestataires public/privé, et les financeurs CNAM/assurances privées? Comment orienter les fonds publics vers les secteurs publics et privés de manière équitable? Tels sont des enjeux d'une réforme du financement de la santé.
La fragmentation entre les prestataires de services et la discontinuité de traitement ou l'indisponibilité de spécialistes et de médicaments frappent également de manière disproportionnée les plus vulnérables, qui n'auront pas la possibilité d'utiliser leur réseau de connaissances pour « trouver un chemin » vers le service adéquat ni de « sortir » du système en ayant recours au privé (ou à l'APC et l'APR). De manière similaire, les plus vulnérables sont plus affectés par le manque d'écoute et d'information du médecin au patient sur sa maladie et son traitement. En effet, les groupes vulnérables ont un accès plus limité à d'autres sources d'information médicales ou d'éducation à la santé.

Le droit à la santé n'est pas équivalent au droit aux soins. Peut-on relever le défi et faire un pas de plus vers la réduction des inégalités sociales de santé? Les disparités régionales en terme de déterminants environnementaux et sociaux, d'accès aux services de santé et de résultats de santé constituent un fil rouge pour ce rapport. Agir pour la réduction des inégalités en santé suppose tout d'abord de s'efforcer de rendre le système de santé plus équitable en revoyant les mécanismes de financement.

La difficulté de l'exercice est bien de trouver les moyens d'agir.

Ensuite, peut-on « faire un pas de plus » pour les plus vulnérables, en agissant de concert avec les autres secteurs pour favoriser un environnement de vie sain et en faisant un plaidoyer pour l'utilisation d'outils et mécanismes pour l'incorporation de la santé et de l'équité dans toutes les politiques? Diverses expériences déjà menées –généralement sur base d'une initiative individuelle–nous poussent à penser que le potentiel de collaborations pour promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé est bien présent.

Chapitre 15. Promouvoir la santé et prévenir les maladies à travers des approches pan-sociétales et pangouvernementales

Face à une évolution démographique et au changement des modes de vie, la Tunisie se voit confrontée à une transition épidémiologique avec une forte croissance des maladies non transmissibles, chroniques.

Répondre à ce défi nécessite non seulement que le système de santé soit capable de fournir des soins de qualité, de manière continue, en aidant le patient malade chronique et ses aidants naturels (la famille) à se prendre en charge, mais également –surtout– à prévenir l'apparition de ces maladies non transmissibles. Il convient donc d'informer et d'éduquer la population pour promouvoir des modes de vie plus sains.

Bien que reconnues communément comme les plus efficientes et les plus proches des besoins de la communauté , la prévention et la promotion de la santé sont restées les parents pauvres du système de santé tunisien, enregistrant une place secondaire dans l'allocation des moyens et lors de leur répartition entrainant un sentiment d'injustice et de frustration face à ce qui est demandé en services et ce qui est possible en fonction des moyens disponibles. Par ailleurs le sentiment d'insatisfaction exprimé parfois par les utilisateurs est en grande partie dû à l'écart entre le disponible et le nécessaire (disponibilité régulière des médicaments, du personnel et des équipements surtout de déplacement des personnes à référer à une structure de niveau supérieur.

Le prestataire de service doit devenir d'avantage un serviteur d'un client qu'un détenteur d'une science qui livre et délivre des services dans un sens unique. Les activités préventives, dont l'intérêt et l'importance ont été déjà loués depuis l'antiquité, ont cependant été toujours considérées comme l'apanage et la responsabilité unique du personnel de santé. Or cette approche ne sera pas suffisamment efficace sans travail en amont pour que les choix de modes de vie sains soient rendus réellement possibles. Nombre de personnes rencontrées nous ont déclaré « je sais que ce n'est pas bien, mais je n'ai pas le choix », en parlant de leur alimentation (trop de sucre, trop de sel, trop de graisse), par exemple. La promotion de la santé nécessite donc une approche intersectorielle, en agissant en amont sur les conditions de vie et de vulnérabilité pour faciliter les modes de vie sains, ou même les rendre possible pour toute la population.

Ainsi, relever le défi de la promotion de la santé suppose de relever le défis posé par les déterminants environnementaux et sociaux de la santé.

En effet, la promotion de la santé et la prévention des maladies, comme il a été démontré par plusieurs travaux et études et adopté dans les déclarations et chartes internationales, n'est pas l'apanage ni la responsabilité du secteur de la santé seul, mais aussi et surtout implique une participation des secteurs concernés, (agriculture, environnement, éducation, culture etc...). Le système de santé ne peut pas continuer à être le « pompier » et « éteindre les incendies de forêt» allumés par d'autres. Pour relever ce défi, il convient d'aller plus loin et de placer la santé et le bien-être au centre de toutes les politiques. Cependant, la promotion de la santé est, et contrairement à la prévention, en Tunisie comme ailleurs, un concept relativement nouveau.

Ni le personnel de santé, du moins une bonne partie, ni les autres partenaires ne sont formés ni préparés pour saisir comme il se doit l'importance et l'obligation d'une collaboration étroite et continue pour prendre les mesures adéquates en temps voulu et ce dans une démarche gagnant-gagnant car la bonne santé améliore les performances et le désengagement des autres partenaires a des répercussions négatives sur la santé.

Cela suppose un engagement politique fort, clair et efficace conduisant à l'intégration de la composante santé dans toutes les politiques sectorielles. Ainsi la participation du secteur concerné dans la santé devient une obligation et ne doit pas être soumise aux aléas du changement des responsables, ni du temps.

Le citoyen est encore souvent considéré comme un récepteur plutôt qu'un élément actif, responsable et ayant des droits et des devoirs dans toute action sanitaire ou à caractère sanitaire. Pour endosser ce nouveau profil cela suppose que le citoyen a évolué dans un climat social qui lui permet de s'outiller des moyens humains et matériels pour ***jouir*** pleinement de ses droits et ***exercer activement*** ses devoirs.

A l'avènement des soins de santé de base en Tunisie, ni le personnel, ni le citoyen, ni le secteur sanitaire n'étaient préparés à cette nouvelle dynamique participative, consultative, consensuelle, impliquant tous les opérateurs concernés ou potentiels. Les différentes mesures prises pour expliquer les nouveaux concepts et approche ont eu un effet limité jusqu'au moment de la réforme, bien que partielle, du cursus de formation universitaire et de l'enseignement du personnel soignant. Ainsi malgré les différentes mesures prises tant sur le plan organisationnel (CS, SRSSB, comité local/régional de santé, comités nationaux) que développement des ressources humaines (formation continue, développement de manuels et guide techniques,

recherche opérationnelle, manifestations scientifiques locales régionales et nationales) la qualité des services n'a pas évolué au rythme souhaité et n'a pas atteint les objectifs fixés.

Le personnel de santé comme signalé plus haut , est appelé à jouer de plus en plus un rôle différents tant dans son contenu face à l'évolution des besoins et des techniques de la santé, que dans le rôle qu'il doit jouer pour mobiliser la participation communautaire et susciter la collaboration intersectorielle. Cela exige de sa part une maitrise parfaite de l'aspect technique des problèmes de santé mais aussi et surtout une maitrise des techniques de plaidoyer et de mobilisation sociale avec une mise à jour de ses connaissances et leur adaptation régulière au lieu d'exercice en s'appuyant sur une technologie appropriée.

Conclusion

- Il est urgent d'agir pour mettre en place une réforme du système de santé qui replace le citoyen au centre du système de santé et valorise tous les acteurs. Des défis ont été identifiés. Ces défis pourront être relevés, progressivement, en construisant sur les acquis et en puisant dans tous les potentiels.

- Pour répondre aux enjeux, un chantier de réformes à court, moyen et long terme, sur base d'une vision claire, devra être élaboré de manière réaliste et mis en œuvre de manière consistante.

- La nécessité de revoir les mécanismes de gouvernance et de financement de la santé sont sous-jacents à chacun des quatre enjeux identifiés. Après les réformes des services de santé de base, des établissements hospitaliers et de la protection sociale, la prochaine réforme va-t-elle être une réforme de la gouvernance?

- Pour que cette « quatrième réforme » ne reste pas sur papier, il sera prudent de prévoir dès maintenant les obstacles à sa mise en œuvre et de mettre en place des mécanismes de gestion du changement.

Encadré 24: Quelques concepts clés autour de la gouvernance (Contandriopoulos 2007)

La gouvernance peut se définir comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité. Elle s'appuie sur: (1) un système de gestion (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités); (2) un système d'information (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population); (3) un système de financement (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs). La cohérence entre ces trois systèmes permet à la gouvernance de réaliser les trois grandes fonctions qui la caractérisent.

La fonction d'orientation, ce que Hatchuel appelle la prospective, peut se définir comme le: « processus de production collective de connaissance portant sur le devenir d'un collectif et dont les mécanismes d'apprentissage sont rendus possibles par une forme de gouvernance ». La prospective n'est pas seulement un exercice de prévision ou de prédiction, elle consiste beaucoup plus en un exercice « de développement d'une pratique et d'une réflexion collective autour de nouveaux objets de gouvernement». Elle vise à transformer, en les renouvelant, les relations entre les quatre grandes logiques de régulation mobilisées par les différents acteurs du système de soins pour rationaliser leurs décisions (les logiques professionnelles, technocratiques, marchandes et démocratiques).

La fonction de gestion que l'on peut définir « comme la conception et la conduite d'une action collective [d'une organisation ou d'un système] à partir d'une position d'autorité » vise à maximiser la performance du système. Dans le système de soins, il importe de distinguer la gestion de l'ensemble des services administratifs et techniques, où il est possible et souhaitable de standardiser les activités, de la gestion de la clinique qui doit laisser un large espace à la liberté professionnelle et à l'autorégulation par les pairs.

La fonction normative vise à créer un imaginaire collectif qui favorise la coopération et renforce la légitimité. Pour qu'un système fonctionne, il ne suffit pas de le diriger, de le gérer, de l'évaluer, mais encore faut-il (et peut-être surtout) l'animer. Cette idée s'illustre bien par le concept de stewardship proposé par Saltman: « Stewardship can be viewed as an ethically informed or "good" form of governance ».

La complexité de la gouverne réside dans l'articulation de ces trois grandes fonctions qui demeurent chacune soumises à de fortes tensions: la prospective entre la prévision et le développement de nouveaux objets de gouvernement, le management entre la gestion managériale et la gestion de la clinique ; la fonction normative entre l'idéologie et l'utopie, « l'idéologie tend vers "l'intégration" (car elle préserve un sens d'identité partagée), alors que "l'utopie" agit dans le sens inverse, vers la rupture (car elle introduit une idée de nouveauté, de différence, de discontinuité) ».

BIBLIOGRAPHIE

Abu-Zaineh M. and Arfa C. (2013).“Fairness in Health Care Finance and Delivery in Tunisia”. Paper in review, Health Policy and planing.

Achour N, Ben Brahim N, Grangaud JP. Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés. Les Notes Ipemed. N 13, 2012

Arfa, C., et Achouri, H. (2008). Tunisia: “Good Practice” in expanding health coverage: Lessons reforms in a country in transition. In P. Gottret,G.J. Schieber, & H.R. Waters (Eds.), Good practice in health financing: lessons from reforms in low and middle-income countries. Washington DC: The World Bank.

Arfa, C., Souidene, A., & Achour, N. (2007). National Health Accounts Report for the years 2004 and 2005. Tunis: Publication of the National Institute of Public Health (see www.who.int/nha/tn).

Banque Mondiale (2006). “Etude du secteur de la santé en Tunisie.” Département du développement humain, région Moyen-Orient et Afrique du Nord.

Bekay C, Bessrour N, Ghomriani N, Tinsa F, Masrouki N, Seklani M, Bechir M, Saaïda O, Ben Ayed F, Zouari B. Rapport de la commission chargée de la prospection de l’évolution de l’état de santé et du système de santé en Tunisie à l’horizon 2025. Ministère de la santé publique. 2008.

Ben Alaya N. Evaluation du programme de lutte antitabac en Tunisie par rapport aux principes de la convention cadre de la lutte antitabac de l’OMS. Ministère de la Santé Publique. Avec l’appui de l’OMS. 2012.

Ben Ammar R. Prévention et promotion de la santé en Tunisie. Etat des lieux et propositions de réorientation stratégique. 2009.

Ben Dridi M.F, Ben Salah F.Z, Ben Lalahom L, Hatab N, Triki. Ch., Juin 2013. Amélioration de la prise en charge des personnes polyhandicapées ; programme de recherche fédéré (PRF) 2005 – 2012.

Ben Gobrane H et al (2012), Motifs du recours aux services d’urgence des principaux hôpitaux du Grand Tunis, Eastern Mediterranean Health Journal, vol 18 : 56-65

Ben Gobrane H et al (2011), La place du médecin dans la société selon la perception de la population résidant dans le gouvernorat de Tunis, La Tunisie Médicale, vol 89, n° 3 : 236-242.

Ben Hafaiedh Abdelwaheb et al 2012: la santé en Tunisie est-elle malade? Applied Social Science Forum. Tunis p 24 et 31.

Ben Romdhane H, Ben Ali S, Aissi W, Traissac P, Aounallah-Skhiri H, Bougatef S, Maire B, Delpeuch F, Achour N. Prevalence of diabetes in Northern African countries: the case of Tunisia. BMC Public Health 2014, 14:86

Ben Salah F. Projet de stratégie de Promotion de la Santé Mentale pour la Tunisie (SNAPSAM). Ministère de la santé. Unité de santé mentale. Août 2013.

Cairo Declaration « Development challenges and population dynamics in a changing Arab world ». Regional conference on population and development in the Arab States (ICPD beyond 2014). 24-26 June 2013

CNAM (2011). "Projet de budget prévisionnel de la de la Caisse". CNAM/ Ministère des affaires sociales.

CNAM (2011). "Rapport statistique de l'activité de la Caisse". CNAM/ Ministère des affaires sociales.

Conseil canadien de la santé. Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé. Décembre 2010. Consulté en ligne http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tree/2.40-HCC_HealthPromo_Dec2010_FRE.pdf

Dialogue sociétal. Groupe thématique : accès universel aux soins : rapport de synthèse de l'atelier « l'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux », juin 2013.
Dogui Antar D. L'alimentation méditerranéenne et le régime alimentaire actuel tunisien. Etude bibliographique. 2010.

Elgazzar H., Raad F., Arfa C (2010) "WHO PAYS? Out-of-Pocket Health Spending and Equity Implications in the Middle East and North Africa". Discussion Paper, World Bank.

FASSIN, Didier (2000). Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises,Paris, Karthala.

Galais C. Les ressources humaines en santé dans les pays en développement, revue bibliographique. Soltis Science Po, 2010.

Ghachem Attia « Santé mentale post révolution » ; congrès de la société méditerranéenne de santé mentale, Cagliari, mai 2013.

Hajem S, Hsairi M. Le système National d'Information sur les causes de décès : diagnostic de situation et principaux résultats. Institut National de santé Publique. 2010.

Hajer A, Promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Documentation de l'approche de ciblage des gouvernorats du Centre-Ouest Tunisien. UNICEF 2009.

Holloway K (2008), Utilisation des médicaments en Tunisie, Rapport de mission, Division des medicaments essentiels et de la politique pharmaceutique OMS

Institut National de la Statistique (2005). « Enquête National Budget, consommation, niveau de vie des ménages en Tunisie ». Publication INS (cf. www.ins.nat.tn).

IPEMED (Septembre 2013) Vers un marché maghrébin du médicament. Mohamed Wadie Zerhouni et L. Asma El Alami El Fellousse.

Institut National de la Statistique : enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages en Tunisie. Publication de l'INS 2005. (http://www.ins.nat.tn).

ITCEQ Institut Tunisien de la Compétitivité et des Etudes Quantitatives. « le profil démographique de la Tunisie ». Septembre 2011

King, L. (2006). "The role of health promotion: between global thinking and local action." Health Promotion Journal of Australia ,17(3): 196-209.

Lovett, A et al. (2002). Car travel time and accessibility by bus to genera lpractitioner services: a study using patient registers and GIS. Social Science & Medicine, 55(1), 97-111.

Ministère de l'environnement et du développement durable. Stratégie d'adaptation du secteur de la santé au changement climatique. Janvier 2010

Ministère de la santé publique. Direction de la médecine scolaire et universitaire. Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés (résumé). 2004.

Ministère de la santé publique. Direction des eudes et de la planification. Carte sanitaire 2011.

Ministère de la santé. Direction de la médecine scolaire et universitaire. Enquête MedSPAD en Tunisie : Résultats préliminaires de la pré-enquête. Juin 2013.

Ministère du développement régional et de la planification. Institut national de la statistique. Mesure de la pauvreté des inégalités et de la polarisation en Tunisie. 2000-2010 . Banque Mondiale. 2012

Mtiraoui A, Zribi M. Stratégie nationale pour la prévention et la promotion de la santé. Projet d'orientations stratégique du ministère de la santé publique. 2010.

Nation Unies (NU). « Bilan Commun des pays : Tunisie» (CCA), Version préliminaire (draft) 2013

Nations Unies (NU) « Bilan Commun des pays : Tunisie » (CCA), 2011

ONFP/AECID Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie. Rapport de l'enquête. Décembre, 2010.
Organisation mondiale de la santé (OMS). -MNT Profils de pays – Tunisie, 2011.

Organisation mondiale de la santé (OMS). Urban health equity assessment and response tool project (Urban HEART). Socio-economic determinants and health status of people living in Ariana, Tunisia. 2012.

Organisation Mondiale de la santé (OMS). Travailler ensemble pour la santé, Rapport sur la Santé dans le Monde. 2006.

Organisation Mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle. 2013
Organisation mondiale de la santé- EMRO 2014 : évaluation de la transparence pour améliorer la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique public Tunisie (document non encore publié).

OASIS. Analyse du système de financement de la santé en Tunisie. Rapport technique. 2014.

Saidi O, Ben Mansour N, O'Flaherty M, Capewell S, Critchley JA, Ben Romdhane H. (2013) Analyzing recent coronary heart disease mortality trends in Tunisia between 1997 and 2009. PLoS ONE 8(5):e63202

Sidhom M, Chahed M, De Brouwere V. Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'une mission auprès

de la Direction des Soins de Santé de Base, organisé par l'UNICEF du 9 juin au 16 septembre 2013.

TAHINA: Epidemiological Transition And Health Impact in North Africa - Contract Number: ICA3-CT-2002-10011.

Tarek B, Faouzi B, Slim K, Faouzi M. Représentations sociales et attitudes vis-àvis de la prevention auprès de groups de sujet Tunisiens. Ministère de la santé » publique. Avec l'appui de l'OMS. 2008.

MICS-4 Tunisie – enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS-4) 2011-2012. Ministère du développement et de la planification, Institut national de la statistique et UNICEF. 2013.
UNICEF. « Analyse de la situation des enfants en Tunisie » 2012.

Yazid B, Blaise P, Zouari B, De Brouwere V. Evaluation du programme national de développement des circonscriptions sanitaires en Tunisie. Rapport d'une mission auprès de la direction des soins de santé de base, organisée par l'UNICEF du 6 au 16 septembre 2004.

Zouari A. «La santé mentale en population générale: images et réalités » Analyse des résultats. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Tunis, 2008

Annexe 1: Liste des activités organisées afin de cerner les attentes et le vécu des patients, professionnels et de collecter les avis et l'expérience des experts et décideurs

- 18 rencontres avec la population sous forme de focus groups:
    1. Patients et professionnels de santé. Organisés dans les centres de soins de santé de base (CSSB) et des hôpitaux dans le Sud (3 à Gabes et environs), sur la côte (3 à Sfax et environs et 3 à Tunis et environs),dans le Nord-Ouest (3 à Sejnane et environs). Période: Juillet-Septembre 2013. Pour les patients, les focus group portent sur la connaissance de l'état de santé, la maladie et le traitement, sur le recours aux soins et le parcours de soins, et sur les demandes d'amélioration des services de santé. Pour les professionnels de santé, les focus group portent sur les défis pour assurer l'accès, la qualité et la continuité aux services sanitaires, les défis spécifiques de la région, la gestion de l'établissement (y compris l'allocation de ressources), les relations avec les autorités de tutelles. Durée moyenne : 2 heures.
    2. Populations vulnérables. Organisés aux travers d'associations qui viennent en appui à des populations vulnérables. Focus groups réalisés: mères célibataires, enfants de milieux défavorisés (avec leurs mères), personnes âgées isolées, zone industrielle polluée. Ces focus groups portent sur la santé et le bien-être perçus, les facteurs favorisant/défavorisant un mode de vie sain, le recours aux soins et services sociaux, les attentes d'amélioration des services de santé.
- Plus de 20 entretiens individuels semi-directifs avec informateurs clés (directeurs régionaux, directeurs d'hôpitaux, chefs de service, et personnel du ministère de la santé)
- Une dizaine d'ateliers thématiques : Entre 20 à 50 participants pour chaque atelier. Sont invités des décideurs et gestionnaires du ministère de la santé (en fonction des thèmes couverts, niveau national et régional), des ONG et partenaires sociaux (syndicats), des universitaires, du secteur privé. Les organisations internationales ont été invitées pour certains ateliers. Pour la plupart des ateliers, un petit comité d'organisation est mis en place, comprenant des représentants des partenaires sociaux, un universitaire/expert, membre d'une association civile, 1 ou 2 membres du groupe thématique concerné.
    - Groupe « accès universel »: médicaments (25 juin 2013), première ligne (9 juillet 2013), financement de la santé (prévu 14 novembre 2013)
    - Groupe « gouvernance»: 1 atelier de lancement à Tunis (1er juillet 2013) et 3 ateliers de validation des premiers résultats et complément dans les régions (Gabès le 9 octobre 2013 pour le Sud; Kairouan le 23 octobre 2013 pour le Centre, Bizerte; le 30 septembre 2013 pour le Nord);

- Groupe « déterminants sociaux »: 1 atelier de lancement (11 octobre 2013 à Bizerte);
- Groupe « adaptation / ressources humaines »: 2 séminaires résidentiels sur 2 jours (28-29 septembre 2013 à Hammamet et 28-29 octobre 2013 à Tunis);
- Thématiques transversales: 1ière ligne (2 réunions de travail en octobre), qualité de soins (novembre 2013);
- Réunion avec les associations (mars 2014);

- Deux panels d'experts:
  - Anciens directeurs régionaux et directeurs d'hôpitaux (années 80s, accent sur la promotion de la santé à l'époque) (8-10 personnes, novembre 2013);
  - Points focaux « santé » dans différents ministères (5-8 personnes, novembre 2013);

Annexe 2 : Note cadre sur Le Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé (Février 2013)

L'objectif du dialogue sociétal est de mener avec les citoyens, les associations, les syndicats, les professionnels et les décideurs tunisiens une réflexion de fond sur leurs attentes et les moyens pour améliorer la performance et la réactivité du système de santé et réduire les inégalités en santé.

Cette réflexion, en adoptant une démarche participative et inclusive, engagera un débat public transparent. Les citoyens seront sensibilisés, informés, et leurs opinions seront collectées. Les attentes seront comprises et une discussion s'ensuivra sur les priorités et les orientations potentielles de la réforme du système de santé. Cette discussion informera l'élaboration de politiques et de stratégies concertées dans le cadre de la réforme. Les choix seront mis en œuvre dans les politiques de développement national et régional.

Le dialogue doit amener à une réforme:

- mieux conçue car appréhendant le vécu et les attentes des citoyens,
- mieux acceptée car concertée,
- et mieux mise en œuvre car développant la cohésion sociale et le sens civique des prestataires et des bénéficiaires.

Egalement, le dialogue devra faciliter la mise en place d'une nouvelle méthodologie décisionnelle, décentralisée et démocratique, en matière de santé. Il contribuera à développer une culture de la participation et à renforcer le rôle du citoyen dans le système de santé. La participation citoyenne sous-tend chacune des six phases vers la mise en œuvre de la réforme:

Phase I:

1. Etape préparatoire;
2. Etat des lieux (diagnostic et formulation des problèmes, identification et évaluation d'options);
3. Délibération Nationale sur les choix stratégiques;

Phase II:

4. Accompagner et soutenir la formulation et l'adoption par le gouvernement de la nouvelle politique de santé;
5. Accompagner et soutenir la traduction de la nouvelle politique de santé en plan stratégique et opérationnel correspondant aux spécificités de secteur et des régions.

Phase III:

Soutenir la concertation et un dialogue sociétal régulier durant l'étape de mise en œuvre et d'évaluation périodique.

Ces phases se fonderont sur les mêmes principes de participation et d'inclusion. Les modalités et le niveau de participation seront adaptés à chacune des phases.

- L'accès universel à des soins de qualité: Une condition nécessaire à la réalisation du droit à la santé est l'accès aux soins universels, à des services sanitaires de qualité . Il est important de ne pas considérer uniquement l'accès théorique mais de comprendre l'ensemble des obstacles (physiques, géographiques, financiers et sociaux) au recours effectif aux services sanitaires et de proposer des actions pour les enlever.

- La réduction de l'impact des inégalités sociales et la reconnaissance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé à travers des approches conjointes: Dans un premier temps, il convient de comprendre et de mettre en avant les phénomènes menant aux inégalités en santé et les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Dans un deuxième temps, des approches conjointes pour la réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé et pour la construction d'un environnement favorable à la santé seront proposées.

- L'amélioration de la gouvernance et de l'organisation du système de santé: La bonne gouvernance du système de santé vise à en assurer la transparence et à améliorer l'efficacité et l'efficience du système. Elle s'appuie sur la primauté du droit et doit renforcer le rôle du patient- citoyen.

- Le renforcement des capacités d'adaptation du système: La performance du système de santé doit être examinée selon une perspective dynamique. Le système doit se donner les moyens de s'adapter aux évolutions des besoins de la population. Deux questions clés sont proposées: Comment le système assurera-t-il la pérennité des ressources humaines? Le système dispose-t-il de « capteurs » pour identifier les évolutions démographiques, épidémiologiques, de mode de vie, d'environnement, sociales, culturelles etc.? D'autres questions pourraient être ajoutées.

En pratique, les instances en charge de mettre en œuvre le dialogue devront assurer:

- La communication autour du processus assurera sa visibilité et favorisera l'implication du citoyen. Il s'agit d'informer largement les citoyens des activités en cours et projetées, et de rendre accessibles les documents générés.

- En préparation, les organisateurs du débat rassembleront et analyseront l'ensemble des informations disponibles afin de dégager les problématiques, identifier des pistes alternatives et préparer des notes d'information à l'attention du citoyen.

- Différentes modalités pour le dialogue sociétal et la participation citoyenne ont été utilisées à travers le monde (forum citoyen, jury citoyen, consultations publiques,...). Les organisateurs des débats auront la liberté de choisir parmi ces approches celles qui leurs paraîtraient les plus pertinentes pour leur thématique.

- Afin d'encadrer la réalisation du débat et d'en assurer la transparence, les organisateurs définiront un calendrier clair et identifieront les lieux des consultations. Les membres des groupes thématiques se déplaceront sur le terrain autant que nécessaire pour assister aux débats et faciliter leur déroulement.

- L'évolution des travaux fera l'objet de rapports intermédiaires. Le rapport final des groupes thématiques devra faire ressortir des propositions d'orientations pour la nouvelle politique de santé. Ces propositions seront consolidées entre les groupes et exposées lors de la tenue de la **Délibération Nationale.**

Annexe 3: Termes de référence et organisation du dialogue sociétal pour les politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Un comité de pilotage est chargé de valider les orientations stratégiques et la bonne conduite du dialogue sur proposition du comité technique. Il comprend les représentants des ministères, de l'ANC, des organisations professionnelles et syndicales, des ordres professionnels, des institutions de formation et des sociétés savantes, des représentants de la société civile, ainsi que des partenaires internationaux (UE et OMS).

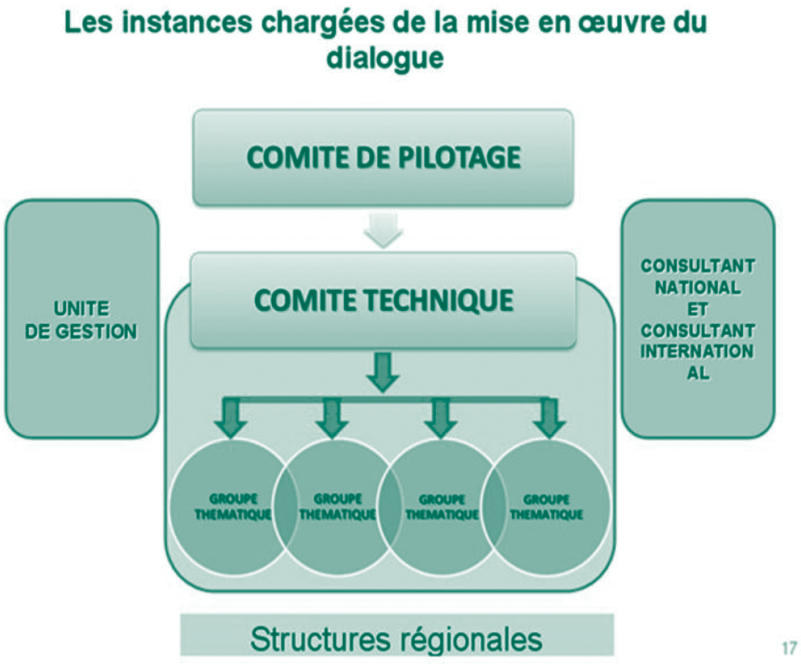
Le processus est mis en œuvre par un *comité technique,* avec l'appui d'une unité de gestion (au sein du ministère de la santé) et de groupes thématiques. A l'instar des autres organes, les trois principaux acteurs du dialogue y sont également représentés (ministères, professionnels, citoyens). Ce comité contribue activement à la préparation de la synthèse du débat. Il s'assure de la transparence du processus et des débats conduits à l'échelle nationale et régionale. Le comité technique mène toute action utile (notamment à travers les médias, les publications et le recours aux organisations de la société civile) pour faire connaître le débat national et ses objectifs et encourager la participation la plus large des citoyens.

Les groupes thématiques se chargent de collecter et synthétiser les études faites dans le domaine. Ils facilitent les enquêtes destinées à compléter l'information, y compris par la collecte de l'expérience du terrain.

Le comité technique et les groupes thématiques ont un rôle d' « expert en synthèse » et ne font des choix que d'ordre méthodologique. Les choix sur le « fond » seront portés à délibération lors des consultations régionales et nationales. Ce sont donc des organes « techniques » et non « politiques ». Ainsi il est absolument essentiel qu'ils restent neutres et à égale distance entre tous les acteurs du système de santé.

De son côté, l'OMS apporte son soutien technique au processus à travers un programme conjoint avec l'Union Européenne. Sachant que d'autres pays se sont déjà engagés sur la voie du dialogue sociétal (souvent sous d'autres appellations), il était normal que l'on cherche à apprendre d'eux et que l'on sollicite leur accompagnement (ou guidance). Le fait que l'on veille garder à notre démarche sa spécificité, n'empêche pas le recours à l'expertise internationale.

Le dialogue sociétal repose sur les relais actifs au niveau régional et local : les autorités, les associations et les médias locaux. Ceux-ci ont un rôle essentiel pour la diffusion de l'information relative au processus qui se déroulera dans leur localité/gouvernorat, pour construire la confiance et encourager l'implication des acteurs intéressés.



Annexe 4: Les différentes filières de la Caisse nationale d'Assurance Maladie

<table>
<tr><th colspan="4">Prestations communes</th></tr>
<tr><td>Hospitalisation</td><td colspan="3">Dans le secteur public :

• Accès à toutes les hospitalisations dans le secteur public et dans les structures sanitaires conventionnées avec la CNAM (HMPIT…). Le patient paie selon la spécialité le tarif d'une journée d'hospitalisation (15 DT pour hôpital de circonscription, 35 DT pour les CHU et 60 DT pour service de réanimation dans les CHU et les HR.
• Accès aux prestations spécifiques (dialyse, lithotripsie, appareillages, greffe d'organes) prises en charges actuellement dans les secteurs publics et privés.

Dans le secteur privé :

• Accès aux hospitalisations dans les cliniques privées conventionnées avec la CNAM (selon une liste extensible)
• Le patient avance les frais relatifs à la différence entre le forfait global clinique (FGC) et le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) qui est composé d'un forfait de l'équipe médicale et de la clinique.</td></tr>
<tr><th colspan="4">Prestations spécifiques en plus des prestations communes</th></tr>
<tr><td></td><td>Filière publique</td><td>Filière privée</td><td>Système de remboursement</td></tr>
<tr><td>Consultation Généraliste</td><td>La valeur du TM varie selon la classification de la structure :

• CSB: 1,5 DT
• HC : 2 DT

sans plafond annuel et exonération totale si APCI ou si la somme annuelle des TM dépasse une fois et demi le salaire ou la pension mensuelle perçu par l'assuré.</td><td>Pour les maladies ordinaires : Le patient paie 30% du tarif conventionnel (18 DT) et le montant restant (70%) est versé directement par la CNAM au médecin de famille, sans dépasser le plafond.

Pour les APCI : exonération du TM, la CNAM verse 100% des frais aux médecins de famille sans plafond.</td><td>Pour maladies ordinaires : Le patient paie la totalité des frais et sera ensuite remboursé par la CNAM (selon le tarif conventionnel soit 18DT), à 70% des frais s'il n'y a pas de dépassement du plafond. Pour les APCI,il sera remboursé à 100% sans plafond.</td></tr>
</table>

Consultation Spécialiste	La valeur du TM varie selon la classification de la structure : TM : 3 DT pour HR TM : 4,5 DT dans CHU sans plafond annuel et exonération totale si APCI ou si la somme annuelle des TM dépasse une fois et demi le salaire ou la pension mensuelle perçu par l'assuré.	**Pour les maladies ordinaires :** Le patient paie 30% du tarif conventionnel (30 DT) et le montant restant (70%) est versé directement de la CNAM au médecin spécialiste sans dépasser le plafond. **pour les APCI** : exonération du TM, la CNAM verse 100% des frais aux médecins spécialistes sans plafond.	**Pour les maladies ordinaires :** Le patient paie la totalité des frais, la CNAM lui rembourse 70% des frais selon les tarifs conventionnels (Consultation spécialisée 30 DT, psychiatrie neurologie 35 DT). **Pour les APCI** : L'assuré est remboursé à 100 % sans plafond.
Actes médicaux (ECG fibroscopie…), biologies, sage-femme,	Le patient paie dans les hôpitaux publics 20% du tarif en vigueur avec une somme maximale qui ne dépasse pas les 30 DT.	Le patient paie le ticket modérateur (20% du tarif de la nomenclature) et la CNAM paie 80% au professionnel de santé.	L'assuré paie la totalité des frais et il sera remboursé par la CNAM à 80 % du montant payé.
Actes paramédicaux		**Pour les maladies ordinaires** : L'assuré paie (TM) 30% du tarif de la nomenclature et la CNAM paie 70% auprofessionnel de santé sans dépasser le plafond. **Pour les APCI :** exonération du TM et la CNAM verse 100% des frais aux médecins de famille sans plafond.	**Pour les maladies ordinaires :** L'assuré paie la totalité des frais et il sera remboursé par la CNAM 70% sans dépasser le plafond. **Pour les APCI** l'assuré est remboursé à 100% sans plafond.

Actes de radiologie et bilans biologiques		**Pour les maladies ordinaires** : Le patient paie (TM) 25% du tarif de la nomenclature et la CNAM paie les 75% auprofessionnel de santé sans dépasser le plafond. **Pour les APCI :** exonération du TM et la CNAM verse 100% des frais aux médecins de famille sans plafond.	**Pour les maladies ordinaires** : Le patient paie la totalité des frais et il sera remboursé par la CNAM 75 % sans dépasser le plafond. **Pour les APCI : l'assuré est remboursé à** 100% sans plafond.
Actes de soins dentaires	Le patient paie dans les hôpitaux publics 20% du tarif en vigueur avec une somme maximale qui ne dépasse pas les 30 DT.	Le patient paie la totalité des frais des soins dentaires puis il sera remboursé par la CNAM en raison de 50% sans dépasser le plafond de 200 DT par an.	Le patient paie la totalité des frais des soins dentaires puis sera remboursé par la CNAM en raison de 50% sans dépasser le plafond de 200 DT par an.
Médicaments[19-20]	Ils sont fournis par les structures publiques (frais inclus dans le TM)	**Pour les maladies ordinaires** : Le patient paie (TM) 30%à l'officine privée et le reste est pris en charge par la CNAM, dans la limite du plafond.	**Pour les maladies ordinaires** : Le patient paie la totalité du prix et puis il est remboursé par la CNAM dans la limite du plafond comme suit :
		100% pour les médicaments vitaux	
		85% pour les médicaments essentiels	
		40% pour les médicaments intermédiaires	
			Pour les APCI : l'assuré est remboursé à100% du prix de

19 La prise en charge par la CNAM qui varie selon la nature du médicament, se fait par référence aux prix du référentiel (médicament générique le moins cher).

20 La prise en charge par la CNAM qui varie selon la nature du médicament, se fait par référence aux prix du référentiel (médicament générique le moins cher).

Annexe 5: Liste des comités du Dialogue Sociétal

COMITE TECHNIQUE

Co-présidents: BEN SALAH Faiçal et BENHAFAIEDH Abdelwahab

ABDELALI Khaireddine
ACHOUR Noueddine
BEN ABBES Riadh
BEN HAMOUDA Chawki
BEN HASSINE Wassim
BEN JEMAA Zouhaier
BEN SALAH Nabil
BEN SALEM Hassen
CHRIGUI Jamel
GARBOUJ Leila
HAMZAOUI Agnès
MAHJOUB Abdelwahab
MAHREZI Ahmed
MONTASSAR Slaheddine
SAGHROUNI Awatef

Expert International: GUISSET Ann-Lise

COMPOSITION DU GROUPE THEMATIQUE

Acces universel a des services de qualite

Président : BEN SALAH Faiçal

Membres :
ABDELFATAH Sami
ACHOURI Hédi
BEN JEMAA Zouhaier
BELHADJ YAHYA Moncef
BEN SAID Amel
Ben SALEM Nabil
HAMDI Raja
JABBES Hatem
KACEM Sarra
KSIKSSI Jamila
MOKDAD Mohamed
ZRIBI Mohamed

Consultant national: Ines Ayadi

Approches conjointes de deduction de l'impact des inegalites sociales et des determinants sociaux et environnementaux sur la sante

Président : BEN HAFAIEDH Abdelwahab

Membres :
ALOUI Noureddine
BEN HASSINE Wassim
BOUJAAMA Anis
CHEOUR Hayet
DHAHRI Adel
FEHRI Aroussi

Consultant national: Imen Jaouadi

Gouvernance et organisation du systeme de sante

Président : MONTASSAR Slaheddine

Membres :

ABDELALI Khaireddine
AMDOUNI Hayet
BELHASSEN Nabil
BEN HAMOUDA Chawki
BLEL Sayed
KHALFALLAH Tawfik
THABET Mohsen

Consultant national: Rim Chtioui et Lotfi Blel

Capacite d'adaptation du systeme

Président : MAHREZI Ahmed et ACHOUR Noueddine

Membres :

ANNABI Mohamed Salah
BEN GHDIFA Taher
BEN SALEM Hassen
BOUGHZALA Bilel
BOUZIDI Ramzi
CHARFI Fares
CHRIGUI Jamel
GHOMRASNI Youssef
SDIRI Kais
TOUNSI Saloua

Consultant national: Abdelmajid Ben Hamida