

Dialogue sociétal

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

Santé en Tunisie Etat des lieux

Résumé



The background features a light teal color with a stylized map of Tunisia in a darker shade. A large, light-colored crescent moon and a five-pointed star are positioned on the left side of the map, mirroring the national flag of Tunisia.

Vision pour le dialogue sociétal

Le secteur de la santé, fier de ses acquis, s'appuie sur un dialogue sociétal 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.

Introduction

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 :

- La réforme des soins de santé de base adoptée en 1981 après que la Tunisie ait fait sienne la déclaration d'Alma-Ata.
- La réforme des établissements de santé publique en 1991, suite à laquelle les hôpitaux universitaires sont devenus des établissements publics de santé (EPS).
- Et la réforme de la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAM) en 2004.

Cependant, les résultats de ces réformes ont connu un épuisement progressif, en rapport avec l'accumulation de problèmes non résolus, qui a entravé le bon fonctionnement du système et a affaibli sa performance. De plus, les indicateurs globaux ont parfois caché des disparités régionales flagrantes. De façon à tirer les leçons du passé, le processus de conception et de mise en œuvre de ces trois réformes nécessite une étude approfondie. Elle serait basée sur l'hypothèse que ce processus souffrait d'un déficit de participation, de communication et de mécanismes de suivi. La gestion du changement et les contraintes pour la mise en œuvre n'ont pas été suffisamment prévues lors de la phase de conception de ces réformes.

Les transformations que la Tunisie a connues depuis la révolution, 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. Le ministère de la santé supporte **un vaste programme de dialogue sociétal 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 (article 38). De même, le droit à l'information et le rôle des collectivités locales (également inclus dans la nouvelle constitution; articles 139 et 140) invitent à renforcer la gouvernance locale et la participation citoyenne à travers des mécanismes de transparence et de redevabilité.

Comment le système de santé pourrait contribuer d'une manière efficace à concrétiser le

droit à la santé? Telle est la question clé à laquelle le dialogue sociétal doit répondre.

Les trois piliers du droit à la santé sont :

- L'accès universel à des services de santé de qualité (depuis la promotion de la santé, la prévention, le traitement et la réadaptation jusqu'aux soins palliatifs)
- La participation citoyenne et le respect des droits individuels et collectifs des usagers,
- Et la gestion rationnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

En outre, pour que ces piliers soient assurés actuellement et dans le futur, le système de santé doit se donner les moyens de s'adapter aux évolutions des réalités du pays. La mise en œuvre de ce droit est progressive. Elle doit être construite sur base d'un plan stratégique avec des objectifs réalistes et mesurables. 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 couvre soit un pilier du droit à la santé soit la capacité d'adaptation du système ainsi que les fonctions associées.

Cette phase de diagnostic, d'état des lieux et d'identification de pistes alternatives de réforme (sujet du présent rapport), s'intègre dans le processus global pour l'élaboration et la mise en œuvre de la quatrième réforme du système de santé qui se décompose en 4 étapes (Chacune doit reposer sur une participation large):

- 1- Préparations, délibérations régionales et nationales (étape préparatoire, état des lieux et délibération sur les choix stratégiques),
- 2- Planification (formulation et adoption par le gouvernement de nouvelle(s) politique(s) de santé,
- 3- Mise en œuvre (traduction de la nouvelle politique de santé en plan stratégique et opérationnel correspondant aux spécificités du secteur et des régions)
- 4- Evaluation périodique.

Les résultats préliminaires de l'état des lieux présentés dans ce rapport se fondent sur les données démographiques et épidémiologiques, sur les services de santé en Tunisie, sur une revue de la littérature scientifique et la littérature « grise » (études diverses) ainsi que sur une large consultation. Les 4 groupes de travail ont utilisé plusieurs méthodes (Panels d'experts, séminaires-ateliers et focus groups) pour une approche participative impliquant tous les acteurs dans le système de santé (professionnels, gestionnaires, institutions de formation, décideurs politiques, société civile et citoyens). *Cette approche participative doit permettre de placer l'intérêt des citoyens au centre des réformes.*

Vision pour le dialogue sociétal

Le secteur de la santé, fier de ses acquis, s'appuie sur un dialogue sociétal 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 efficacité.

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

Le contexte macro-économique, politique et socio-culturel

La Tunisie connaît une transition démographique qui annonce un vieillissement de la population et une augmentation de la masse des jeunes (15-29 ans). Au sommet de la pyramide des âges, la part des personnes âgées connaît une augmentation notable, de 5,5% en 1996 à 10,1% en 2011 (INS 2013) et une prévision de 19% en 2039 (ITCEQ 2011). Par ailleurs, le taux d'accroissement naturel moyen par an pour 2010-2015 se stabilise autour de 1%, ce qui place la Tunisie en deuxième position pour le taux le moins élevé dans le monde arabe.

La Tunisie est un pays à revenu intermédiaire dont l'économie repose fortement sur les services, avec un large secteur économique informel source de concurrence déloyale pour l'économie officielle et un taux de chômage élevé en particulier chez les jeunes, les diplômés et dans les zones intérieures. Ce modèle de développement du pays, marqué par de fortes disparités régionales, affecte son paysage épidémiologique et sociologique avec un impact direct sur la composition et la précarisation des populations (vulnérabilités économiques et sociales). Ces vulnérabilités interagissent pour donner une vulnérabilité spécifique à la santé.

La Tunisie a consacré près de 6,3% de la richesse nationale aux dépenses de santé en 2010. Sur la période 1980-2010, les dépenses de santé sont passées de 143 à 4019 MDT; 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). 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. 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 pour la Tunisie.

En ce qui concerne les déterminants socio-culturels de la santé, la Tunisie a obtenu des succès considérables en matière d'éducation: 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). 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. 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).

Par ailleurs, certains comportements sociaux des tunisiens ont changé, favorisant ainsi l'accroissement des facteurs de risque de certaines maladies. Par exemple, la tendance à la sédentarité et le changement des habitudes alimentaires. En effet, l'alimentation tunisienne a évolué en quelques années, s'éloignant du modèle « à la Méditerranéenne », en faveur d'une augmentation de l'apport calorique avec aggravation de la consommation des lipides et surtout des graisses saturées et des sucres simples (Dogui Antar 2010). La prévalence du tabagisme, qui constitue un facteur de risque significatif, varie entre 20 et 30% selon les régions et baisse avec l'âge (56,1% dans la tranche d'âge de 34-44 ans).

En ce qui concerne les déterminants environnementaux, la situation géographique de la Tunisie et la fragilité de ses écosystèmes la rendent particulièrement vulnérable. En effet, l'aridité continue à avancer en Tunisie et à affecter les terres agricoles et, par conséquent, la sécurité alimentaire et la qualité de vie. D'autre part, malgré que l'accès aux services d'eau potable et d'assainissement reste d'un niveau très appréciable en Tunisie (96% de la population tunisienne utilise une source d'eau améliorée, selon MICS-4 2010), Cette proportion est marquée de disparités entre milieu urbain et rural (100% en milieu urbain contre 88% en milieu rural). De même pour l'assainissement : 84% des ménages en zone rurale utilisent des installations sanitaires améliorées contre 98% en zone urbaine. Par ailleurs, la pollution de l'environnement en Tunisie est devenue un fléau qui affecte très fortement la population dans sa vie

quotidienne (aussi bien la santé physique que mentale). En effet, l'activité industrielle tunisienne est diversifiée et est à l'origine de fortes charges polluantes. Cette pollution est surtout marquée par les industries lourdes telles que l'extraction minière, la transformation des phosphates, ou l'industrie des matériaux de construction. La pollution du littoral de Gabès et de Sfax, en est témoin et pose de très sérieux problèmes de santé publique. D'autre part, les déchets ménagers sont non seulement de plus en plus nombreux mais aussi de plus en plus diversifiés et mal gérés. Les décharges anarchiques de ces déchets, leur dispersion dans les rues et dans la campagne, constituent une source d'insalubrité et de nuisance préjudiciable à la santé physique et mentale.

Un développement économique accéléré et inégal sur les 30 dernières années ayant ainsi contribué à créer des disparités régionales et engendrer des vulnérabilités sociales, économiques et liées aux ressources naturelles

La santé des Tunisiens

L'espérance de vie à la naissance en Tunisie est passée de 70,3 ans en 1999 à 74,9 ans en 2011 (INS). Elle varie d'une région à une autre; 69,4 - 72,4 ans à Kasserine, Sidi Bouzid, Kebili, Tataouine et 76,6 - 77,33 ans à Tunis, Sousse et Sfax. **La transition épidémiologique et démographique a changé les profils de morbidité et de mortalité dans le pays. La Tunisie a observé un déclin voire l'éradication de nombreuses maladies transmissibles**, d'autant plus que la vaccination obligatoire, à travers le programme national de vaccination, assure une couverture très élevée dans toutes les régions et a un impact démontré sur la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Cependant, il existe une crainte d'une réémergence de certaines maladies transmissibles liées aux changements environnementaux.

Actuellement, la Tunisie connaît une augmentation des maladies non transmissibles liées au mode de vie et au vieillissement de la population. Les maladies du système respiratoire, les maladies métaboliques et les cancers dominent à la fois la morbidité et la mortalité de la population tunisienne; les décès imputables aux maladies infectieuses et parasitaires ne représentant que 3,0% de l'ensemble des décès survenus en Tunisie en 2009 (Hajem et Hsairi, 2010). Par contre, on estime que les maladies non transmissibles sont à l'origine de 72% de tous les décès (OMS, Profil MNT, 2011) et que les maladies chroniques représentent 60% de la charge de morbidité.

D'autre part, le nombre de victimes des accidents de la route ne cesse d'augmenter d'une année à l'autre. Ces accidents ont causé la mort de 1623 personnes en 2012 (contre 1208 en 2010, soit +34% sur deux ans), blessé 14147 personnes sur la même année (contre 12495 en 2010, soit +13%) et représentent l'une des premières causes de morbidité chez les 44-50 ans et la première chez les 15- 20 ans. Ce problème d'accidentologie, ainsi que d'autres étiologies d'accidents, ont provoqué une évolution de l'étiologie de l'handicap moteur en Tunisie.

Par ailleurs, l'autre problème de santé, qui inquiète actuellement les tunisiens, est celui de la santé mentale. En effet, malgré qu'il existe peu de données en Tunisie, certaines études parcellaires, les focus groups et un « sentiment général » permet de penser que la santé mentale s'est rapidement dégradée sur les dernières années. Selon Zouari (2008), en 2005, 52% de la population souffrait de troubles mentaux dont 37% sont des troubles dépressifs et anxieux.

En ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité maternelle a connu une baisse importante mais elle varie du simple au double d'une région à une autre. L'enquête nationale sur la mortalité maternelle menée par l'INSP en 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. Par ailleurs, la mortalité infantile est attribuable essentiellement à la mortalité néonatale et particulièrement la néonatale précoce. En 2006, les affections périnatales étaient responsables de 47% de la mortalité infantile.

Certes, la Tunisie a connu certains résultats positifs en matière de santé, mais ces résultats globaux cachent souvent des disparités importantes entre les régions, tel que mis en évidence ci-dessus pour l'espérance de vie et la mortalité maternelle.

La santé des tunisiens

Très bons résultats pour le contrôle des maladies transmissibles, mais le système de santé doit faire face à une évolution rapide des maladies non transmissibles, et entre autres les troubles mentaux, liées au changement du mode de vie

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

Fondements du droit à la santé et du système de santé en Tunisie

Cadre juridique du droit à la santé

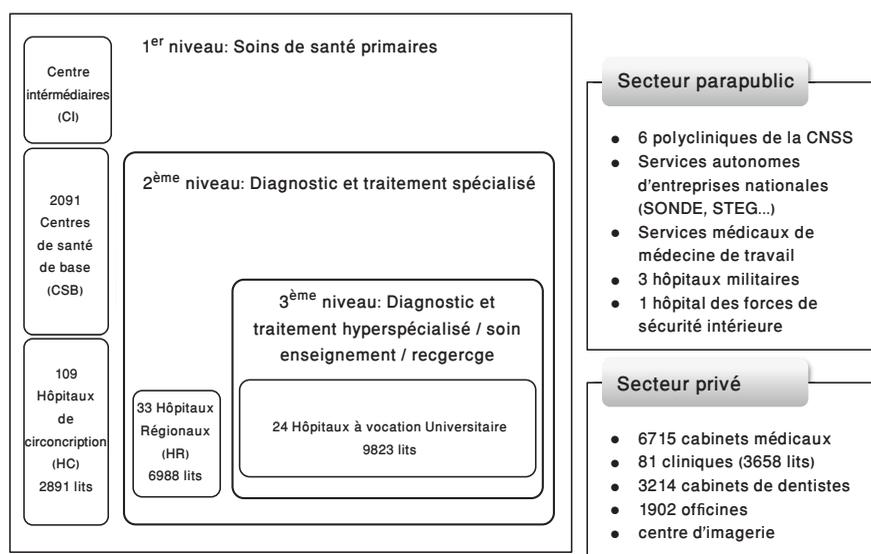
La nouvelle constitution, ratifiée le 27 janvier 2014, réalise une avancée majeure dans la consécration du droit à la santé et ce sur trois plans. D'abord le droit à la santé occupe désormais une place dans le dispositif de la constitution et acquiert ainsi une valeur constitutionnelle incontestable. 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. 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. La Constitution reconnaît également le droit à l'information et met en avant le rôle des collectivités locales et la décentralisation de la gouvernance pour répondre de manière plus spécifique aux besoins locaux (articles 139 et 140).

Organisation et ressources du système de santé

Les services de santé de première ligne en Tunisie sont assurés dans les secteurs : privé, public et parapublic. La répartition géographique de cette première ligne est globalement satisfaisante, plus précisément celle des centres de santé de base (CSB). Le nombre d'habitants par CSB est de 5105 en 2011. La deuxième composante du premier niveau dans le secteur public est l'hôpital de circonscription (HC) qui a une compétence territoriale à l'échelle d'une ou plusieurs délégations. 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 (CSB et HC) est organisé au sein de 263 circonscriptions sanitaires (CS), entités définies territorialement et gérées collégialement par les équipes sanitaires de terrain. Le deuxième niveau est composé de 33 hôpitaux régionaux qui ont une compétence territoriale à l'échelle d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations. Le troisième niveau est représenté par les établissements sanitaires à vocation universitaire qui ont une compétence territoriale nationale. Cependant, la répartition géographique de ces établissements reste concentrée dans les grandes villes du littoral.

Par ailleurs, depuis que l'état a encouragé la privatisation, dans tous les domaines, à l'occasion du programme des ajustements structurels, le secteur privé de la santé a vu un accroissement considérable. Le nombre de cliniques est passé de 33 (nombre

de lits estimé à 1140) à 81 en 2012 (nombre de lits; 3500). 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. Durant la période 2007-2010, les dépenses de la CNAM dans le secteur public ont augmenté de 52,5% alors que pour le secteur privé, cette augmentation est de 194% (OASIS 2014).



Pour dispenser les soins, le pays disposait sur le plan quantitatif en 2011 de 13686 médecins, 3736 médecins dentistes, 2404 pharmaciens et 35863 cadres paramédicaux. En ce qui concerne les médecins, 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 fait ressortir 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%). Les dentistes et les pharmaciens exercent à plus de 80% en libre pratique et le personnel paramédical à plus de 90% dans le secteur public. Par contre, si la densité médicale globale était de 128.2 médecins pour 100 000 habitants (soit environ 1 méd/780 hab), il existe **des variations interrégionales importantes**: 388,9 pour les zones côtières universitaires et 70,6 pour les gouvernorats du centre ouest, du nord ouest et du sud. Cette disparité est encore plus marquée pour les médecins 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.

En ce qui concerne le système de gestion, tous les ateliers, organisés dans le cadre du dialogue sociétal, ont relevé **le caractère fortement centralisé de la gestion du système de santé en Tunisie**. Cela 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 tel enseigne que certains parlent de l'existence d'une culture de centralisation dans le pays.

Financement de la santé et système de protection sociale

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.**

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).

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: l'assurance maladie obligatoire couvrant les travailleurs et leurs ayants-droits (68% de la population) et l'assistance médicale gratuite (AMG) (24% de la population) 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 et les vulnérables qui paient seulement le ticket modérateur dans le secteur public. Par ailleurs, Le nombre de personnes non couvertes par aucun système de protection sociale est un phénomène bien présent estimé aux alentours de 8-10%.

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)
- Filière privée de soins (10,2% des assurés en 2008 et 13,0% en 2011)
- Filière du système de remboursement des frais (14,3% des assurés en 2008 et 17,7% en 2011)

Le panier de soins couvert par la CNAM concerne l'accès à tous les soins disponibles dans les structures sanitaires publiques et l'accès différencié aux prestataires privés. Au niveau du secteur privé, la CNAM prend en charge les maladies lourdes et chroniques (liste de 24 APCI), suivi de la grossesse et accouchement, les soins ambulatoires ainsi que certaines hospitalisations chirurgicales selon une liste définie. En plus,

la CNAM prend en charge certaines prestations (soins, explorations radiologiques, biologie, transport, médicaments et appareillages) sous réserve d'un accord préalable, ainsi que les dépenses de soins des assurés dans le cadre du régime des accidents de travail et des maladies professionnelles.

- **Un système public** structuré en 3 niveaux avec une bonne répartition géographique de la première et la deuxième ligne, mais la troisième ligne est concentrée sur le littoral avec une disparité régionale flagrante dans la répartition des ressources humaines médicales.
- **Un secteur privé** en forte croissance grâce à l'exportation des services aux patients étrangers.
- **Un système de gestion** fortement centralisé.
- **Des dépenses de santé** en forte augmentation avec accroissement de la part provenant directement des ménages.
- **Une fragmentation du financement** de la santé et absence de solidarité entre les filières
- Le panier de services couvert par l'assurance maladie est étendu.

Le patient et le système de santé: degré de réalisation des droits individuels

Le recours aux soins

Le recours aux soins est un déterminant important des inégalités sociales de santé. On relève dans les focus groups, organisés dans le cadre du dialogue sociétal, des problèmes de distribution géographique, de qualité d'accueil et de service en plus des problèmes organisationnels importants. 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 le recours à des consultations de contrôle. Selon l'enquête nationale de consommation des ménages, le médecin généraliste est utilisé comme « porte d'entrée » pour 45% des citoyens et le spécialiste pour 24% des citoyens. Cependant, 31% des citoyens ne consultent pas de médecin en premier recours. **La proximité est très nettement le critère de choix**; C'est la raison du choix du prestataire de soins, avancé par 85% des répondants à l'enquête. Cette structure 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. Par ailleurs, malgré une **bonne couverture des programmes nationaux préventifs** (vaccination et services

prénataux), il persiste des problèmes de couverture et de qualité pour d'autres programmes tels que le dépistage des cancers ainsi que certains besoins spécifiques des adolescents, des personnes âgées et des handicapés.

Disponibilité et accessibilité aux soins

Derrière la bonne répartition géographique des structures de première ligne, se cache une défaillance manifeste de leur disponibilité et leur capacité d'assurer des services continus et réguliers. En effet, **les heures d'ouverture sont souvent limitées et inadaptées**. 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 (418 seulement CSB des 2091 CSB, soit 20% seulement offrent des consultations 6/6). Par ailleurs, les heures de fonctionnement d'une bonne partie des établissements sanitaires sont limitées à quelques heures au cours de la matinée. Cette faible fréquence hebdomadaire des consultations médicales, particulièrement en milieu rural, entraîne un engorgement et réduit la qualité et l'humanisation des soins. Ceci limite l'accessibilité aux soins de ces populations déshéritées et contribue à leur marginalisation. D'autre part, ces centres de santé de base souffrent d'un manque manifeste de médicaments et de ressources humaines et matérielles. En effet, **la rupture de stocks de 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 santé de base. Cette rupture est due à des défaillances organisationnelles, à l'insuffisance de budget des médicaments et la mauvaise gestion en termes de prévisions et de rationalité des prescriptions, ainsi que, l'inadaptation de la nomenclature médicamenteuse de la première ligne à la transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies non transmissibles en Tunisie. Par ailleurs, 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.

En ce qui concerne la deuxième et la troisième ligne, la notion de « **déserts médicaux** » dans certaines régions de la Tunisie trouve sa meilleure expression. En effet, dans le rapport de Zouari et al (2013), un classement des 24 gouvernorats selon les ressources humaines montre de fortes disparités régionales. Les inégalités sont flagrantes et plus des 2/3 des spécialistes sont concentrés sur le littoral concernant 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, du Centre-Ouest et du Sud de la Tunisie. Cette disparité dans la répartition des spécialistes s'applique aussi dans le secteur privé ainsi que pour les

chirurgiens dentistes. À ces problèmes de ressources humaines s'ajoute des problèmes sérieux de **manque ou d'inadéquation d'équipements et de fournitures**. En effet, 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. L'inadéquation entre le profil des compétences affectées et les équipements disponibles a comme conséquence une sous-utilisation soit de la compétence des spécialistes soit celle des équipements. Dans les deux cas de figures, il s'agit d'un gaspillage des ressources. D'autre part, il a été noté la défaillance flagrante de l'entretien et de 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.

Tous ces problèmes d'indisponibilité de structures de première ligne, de rupture de stocks de médicaments, d'indisponibilité de médecins ou d'équipements et les mauvaises conditions des établissements publics entravent, la confiance de la population dans les services publics et désorganisent le circuit de recours aux soins. Ainsi, l'engorgement observé dans les services des urgences serait essentiellement du à la défaillance de coordination tout au long des trois niveaux de soins: indisponibilité de la première ligne en amont et incapacité des services de faire face au flux de patients arrivant aux urgences et nécessitant une hospitalisation en aval. D'autre part, ce dysfonctionnement, qui entraîne un engorgement et de longues listes d'attentes, ouvre la porte à certains circuits parallèles illicites de dépassements dans l'activité privée complémentaire ou d'autres formes de dichotomie au sein de l'hôpital (corruption, favoritisme, conflits d'intérêts) qui ont été évoqués dans les ateliers et les focus groups.

Alors que le panier de service est en théorie très généreux, nous avons observé que, dans la pratique, certains services ne sont pas offerts par indisponibilité. Dans bon nombre de cas, le patient du public se voit forcé à 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 longue attente. Ces services ne sont pas remboursés par la CNAM pour le patient affilié à la filière publique. Ainsi, les dépenses directes des ménages encourues frappent de manière plus forte les personnes à revenus modestes.

Une analyse causale de ces défaillances du secteur public, en rapport avec l'inadéquation entre ressources et besoins dans les infrastructures, a permis d'identifier certaines causes sous-jacentes:

- Une mauvaise gestion des ressources, source de gaspillage et de pertes d'efficience.

- Un manque de moyens financiers par rapport au croisement des dépenses. Les budgets des établissements publics sont calculés sur base historique, sans prendre en compte l'activité ou la performance. Les procédures d'achat des services par la CNAM aux différentes structures de soins (public et privé) se fait selon un traitement différencié du remboursement en fonction du type de structure; alors que le montant facturé par les hôpitaux à la CNAM est plafonné, il ne l'est pas dans le privé. le montant transféré annuellement au trésor public demeure insuffisant et il n'y a pas de lien entre coût réel des soins des affiliés de la CNAM et les dépenses supportées par les structures publiques.
- Un recrutement et une affectation des personnels de santé centralisée, ne répondant pas toujours aux besoins de l'établissement.
- Un manque de ressources humaines qualifiées pour la gestion des stocks et la maintenance.
- Un manque de flexibilité, avec des procédures trop lourdes, pour l'achat des équipements, qui ne permet pas de répondre de manière adéquate aux besoins.
- Un manque de responsabilisation et une absence d'incitation à la performance.

Coordination et parcours du patient

Le manque de coordination entre les trois niveaux de soins entraine une discontinuité, et l'échelonnement des soins (hiérarchie) n'est pas toujours mis en pratique. Ceci, se traduit par une prolongation importante du temps d'attente de rendez-vous chez les spécialistes (le passage de la 1ère ligne à la 2ème ou 3ème ligne) ou pour les examens complémentaires.

Par ailleurs, le secteur privé semble encore moins bien organisé et 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. De même, 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.

Tous les travaux des groupes thématiques du dialogue sociétal s'accordent sur la **faiblesse majeure dans l'information au patient et la communication** dans tous les secteurs. **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, le patient en quête de soins a des difficultés à s'orienter dans ce système qui s'impose à lui.

Accessibilité financière

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 es-

timées à 45% des dépenses totales en santé, et considérant seulement les 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.

Qualité technique et sécurité des soins

Il existe peu de données chiffrées sur la qualité des soins, aussi bien dans le public que dans le privé. **L'insuffisance de la qualité et la sécurité des soins dans les structures publiques** a été largement débattue lors des ateliers. En effet, Il n'existe pas ou peu de protocoles de soins standardisés applicables dans tout le pays. Le fonctionnement des structures publiques n'obéit pas à un cahier des charges et le suivi de la sécurité des soins n'est pas assuré en l'absence de mécanismes de contrôle. Cependant, certains points forts du système ont été évoqués tel que la compétence du personnel soignant, l'existence du dossier médical, l'existence à l'hôpital de visites régulières des patients hospitalisés, des staffs, ainsi que l'existence dans les centres de santé de base de certains protocoles de prise en charge standardisés. D'autre part, certains centres d'excellence, publics et privés, sont déjà avancés et ont amorcé l'innovation et la recherche.

Information, respect et écoute du patient

En se basant sur les résultats des focus groups avec les patients et les professionnels, 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 groups. L'insuffisance de l'écoute du patient, l'instrumentalisation de la relation soignant-soigné, 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. D'autre part, Les travaux des ateliers du groupe IV 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** ».

Toutefois, si beaucoup de lacunes sont relevées, il est important de ne pas généraliser et de reconnaître que plusieurs professionnels de santé continuent à être dévoués en-

vers leurs patients et à leur offrir une relation personnelle, écoute et information. En outre, ces résultats couvrent uniquement le secteur public; les focus groups n'ayant pas été réalisés auprès des patients dans le secteur privé.

- **Déficit de disponibilité** humaine et matérielle de la première ligne malgré une bonne répartition géographique
- **Engorgement** de la deuxième et la troisième ligne
- **Manque de coordination** entre secteur public et secteur privé
- **Insuffisance de la qualité et de la sécurité des soins** dans les structures publiques
- **Manque d'information, d'écoute et de respect d'intimité** perçus par l'utilisateur des services publics de soins

Le citoyen et le système de santé : Degré de réalisation des droits collectifs

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 ». 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. En Tunisie, alors qu'elle représente une composante essentielle du programme des circonscriptions sanitaires, **la participation communautaire n'a pas été entièrement réalisée**. En effet, les conseils régionaux et locaux sont présidés par un représentant du pouvoir exécutif avec une mise à l'écart des représentants de la société civile. Les plans nationaux de développement sont construits après consultations régionales, mais les arbitrages nécessaires en phase finale sont centralisés et peu transparents.

Le citoyen se retrouve donc écarté des décisions qui concernent les politiques de la santé et les programmes qui touchent à sa santé dans sa localité. L'information au citoyen est faible et les mécanismes pour assurer la transparence et la redevabilité envers le citoyen sont déficitaires. D'autre part, les mécanismes de recours et de plaintes existent à travers des circuits administratifs et judiciaires, mais restent peu connus et complexes à utiliser.

Toutefois, 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.

La société et le système de santé : Degré de mise en œuvre des politiques publiques de santé et la gestion des déterminants de la santé

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

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. Ainsi, avant la mise en œuvre de toute politique publique, il est préconisé d'évaluer son impact non seulement sur la santé mais également sur l'inégalité en santé.

Il y a une connaissance plus au moins importante sur l'ampleur des **inégalités sociales de santé** (ISS), mais une quasi-absence d'efforts organisés pour lutter contre. Actuellement, les actions de réduction des ISS sont essentiellement au niveau de l'offre de services de soins. Les responsables de la santé ne semblent pas percevoir leur rôle en agissant sur la demande ou plus en amont en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ceci nécessite une volonté ferme pour accorder la plus large part à l'intersectorialité.

Certaines politiques intersectorielles de santé publique ont été élaborées en Tunisie et se sont montrées efficaces : l'expérience de la **mobilisation de la communauté autour de la planification familiale et la vaccination** en était un bon exemple. Une mobilisation similaire est nécessaire pour répondre au problème complexe des maladies non transmissibles. Par ailleurs, certaines structures tels que la circonscription sanitaire et les conseils locaux de santé offrent un cadre pertinent pour ce type d'approche mais n'est pas suffisamment exploité.

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.

Le développement régional et le système de santé

La santé 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 constitue une source de revenus locaux en attirant la main-d'œuvre qualifiée et les activités complémentaires.

En Tunisie, le problème de développement inégalitaire entre les régions a déclenché un sentiment d'injustice à l'égard des régions intérieures dépourvues de l'infrastructure de base. Les villes du littoral tunisien ont réussi à se développer sur le plan économique. 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. Ainsi, **le lien entre le développement du secteur de la santé et le développement économique régional** n'est plus à démontrer, sans pouvoir prouver lequel d'entre eux est considéré comme le préalable au développement de l'autre.

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 des services médico-sanitaires.

Par ailleurs, La Tunisie occupe le deuxième rang à l'échelle africaine dans le domaine du **tourisme de santé** après l'Afrique du Sud. Les libyens représentent la majeure partie des patients étrangers qui se rendent en Tunisie pour des soins dans les structures privées. Durant la dernière décennie, le nombre des patients étrangers qui se sont rendu en Tunisie pour des soins est passé de 42000 patients en 2003, à 125000 en 2008 et 150000 en 2010. Les recettes induites par le traitement des patients étrangers ont été estimées en 2010 à 400 millions de dollars, soit 0,88% du PIB.

- **Le citoyen** est écarté des décisions sur les politiques de la santé et pour la santé
- **Insuffisance** de l'intersectorialité pour la promotion de la santé et la réduction des ISS
- « **Success story** » : mobilisation autour de la planification familiale et la vaccination
- **Le développement de la santé** et le développement économique sont liés
- **L'industrie pharmaceutique et l'exportation des services** de soins contribuent à l'économie

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. 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 orientations de réformes. 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. Six enjeux ont été validés par les parties prenantes au Dialogue Sociétal.

1. Rapprocher les services en recentrant le système autour du citoyen

Le dysfonctionnement actuel des services de soins de première et de deuxième ligne et le manque de confiance ou d'« acceptabilité » pour les hôpitaux de circonscriptions et, plus particulièrement, pour les hôpitaux régionaux, aussi bien par les citoyens que par les professionnels de santé, sont à la base d'une forte demande de services de troisième ligne dans les régions qui en sont dépourvues. Cependant, 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. L'enjeu serait donc double et majeur: comment, d'abord concilier ces demandes avec la rationalité? Et surtout, comment assurer des services de proximité acceptables et fiables à toute la population?

2. Reconstruire 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 de ce dernier dans la réalisation des droits individuels à la santé. Les insuffisances déjà révélées, 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. 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 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 et renforcer son sentiment d'appartenance.

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

Dans l'objectif de mettre en place des réformes, pour aboutir à un système de santé fondé sur l'équité et ravivé par la participation d'acteurs assumant leurs choix en comptant sur une gouvernance efficace, trois enjeux préalables se dessinent:

- Développer une vision commune vis-à-vis du système de santé en Tunisie qui suppose une participation de tous les acteurs concernés et des usagers.
- Oser faire des choix réalistes et acceptables: ceci est possible lorsque la population et tous les acteurs ont été impliqués de manière active et consciente dans la définition des besoins et des moyens.
- Mettre en œuvre de façon consistante ces choix: qui requiert une gouvernance efficace, crédible et disposant des moyens nécessaires.

4. Construire sur tous les potentiels en décloisonnant le système de santé et en mobilisant tous les acteurs autour d'une vision commune

Le système de santé souffre de deux problèmes essentiels liés au cloisonnement: d'abord, la **fragmentation** dans l'action des différents acteurs qui génère une activité à vase-clos balayant l'alliance efficace entre services curatifs, préventifs et actions sociales. Ensuite, le deuxième problème est en rapport avec la **centralisation** du pouvoir décisionnel.

Une action globale et cohérente paraît inéluctable et c'est le cœur même du sujet de ce dialogue sociétal. Le premier défi serait donc d'ordre culturel; développer une culture de dialogue et inciter les différents acteurs à adopter une approche participative globale, dans le système de santé et en interaction avec les autres secteurs (intersectorialité), pour la décision, l'action et l'évaluation du système de santé, et pour planifier et apprécier les conséquences sanitaires des politiques publiques.

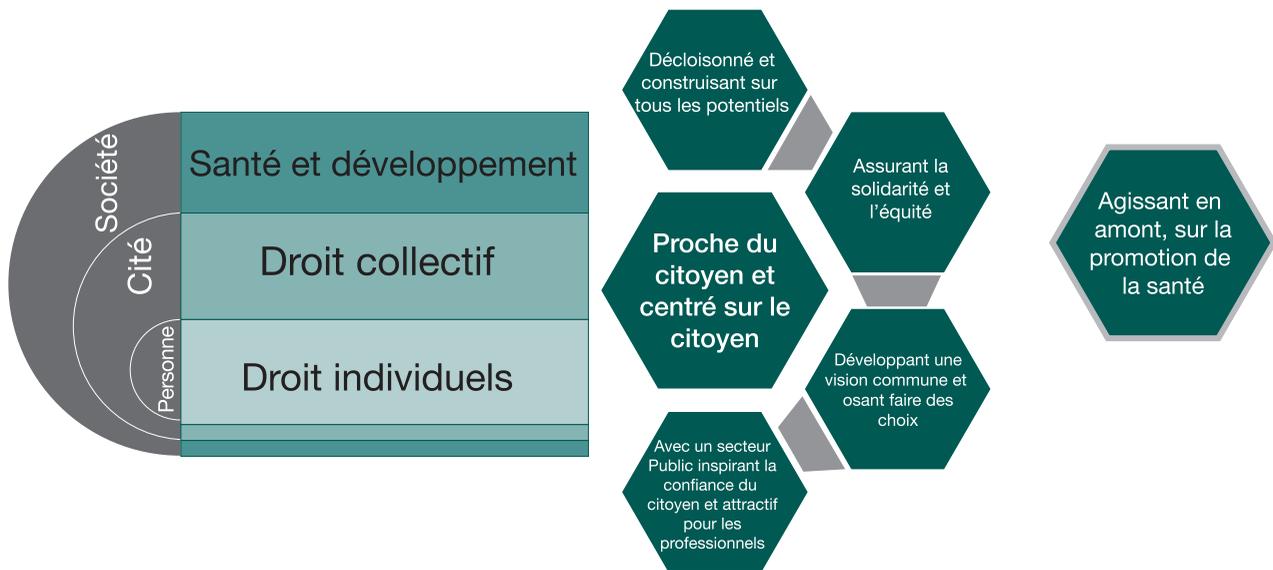
5. Assurer la solidarité et l'équité

La fragmentation du système de financement de la santé en Tunisie est source d'iniquité majeure. Dans ce cadre, le défi serait d'ouvrir de nouvelles formes de financement de la santé, créer des voies de communication entre les différentes filières de couverture sociale, simplifier les procédures et 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 cohérente de financement de la santé.

6. Promouvoir la santé et prévenir les maladies à travers des approches pan-sociétales et pangouvernementales

Sachant que 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 termes de déterminants environnementaux et sociaux, d'accès aux services de santé, et de résultats de santé?

Une vision pour le droit à la santé et le système de santé



Conclusion

- Il est urgent d'agir pour mettre en place une réforme du système de santé qui replace le citoyen au centre de ce système et valorise tous les acteurs. Les défis identifiés 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 progressive et 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.

Ce document a bénéficié d'un support technique et financier dans le cadre du programme conjoint EU-OMS pour la couverture sanitaire universelle.