

Association Tunisienne de Défense du
DROIT À LA SANTÉ



الجمعية التونسية للدفاع عن
الحق في الصحّة

RAPPORT SUR
LE DROIT À LA SANTÉ
EN TUNISIE

OCTOBRE 2016

Le présent rapport a été rédigé par :

Dr Belhadj Hedia, Dr Belhaj Yahia Moncef, Dr El Abassi Abdelwahed, Dr Sabri Belgacem.

Le draft du rapport a été discuté au cours de 2 réunions de validation, le 28 mai 2016 et le 14 octobre 2016. Nos vifs remerciements à toutes celles et à tous ceux qui ont participé à la discussion du draft au cours de ces réunions ou par correspondance et qui ont permis d'enrichir le rapport :

Dr Achouri Hedi, Dr Annabi Thouraya, Dr Ayari Mahmoud, Dr Ayoub Ferid, Pr Ben Ammar Raouf, Pr Ben Salah Faïçal, Dr Ben Salah Slim, Pr Ben Romdhane Habiba, Dr Garraoui Ali, Mr Hachicha Sami, Dr Hajri Selma, Dr Hjaiej Kaouther, Pr Hsairi Hamadi, Dr Laatiri Zied, Dr Messaoudi Abdelaziz, Dr Mizouni Habiba, Pr Nacef Tawfik, Dr Saada Ben Aissa Fadhila, Dr Souihli Sami, Dr Riahi Noomane Ferida, Dr Zemzari Abdelkrim.



Table des matières

Résumé exécutif	5
Introduction: Pourquoi un rapport sur le droit à la santé en Tunisie ?	11
I) Le droit à la santé et à la couverture santé universelle dans les conventions internationales	11
II) Évolution historique du système de santé en Tunisie et développement des inégalités	12
III) Les inégalités dans les déterminants de la santé	14
IV) Les inégalités et l'incohérence de l'offre de soins	17
V) Le droit d'accès aux médicaments essentiels	20
VI) Le droit à des soins de qualité	22
VII) Le droit à la santé des femmes	24
VIII) Le droit à la santé des jeunes	26
IX) Le droit à la santé des personnes présentant un handicap	28
X) Le droit à la santé des migrants	29
XI) Le droit d'accès aux soins sans difficultés financières pour les usagers	30
XII) La corruption : un obstacle à l'accès aux soins	32
XIII) Participation des usagers et démocratie sanitaire	35
XIV) Comment mettre en œuvre le droit à la santé ?	38
Conclusion : la mobilisation unitaire de la société civile est nécessaire pour avancer dans la mise en œuvre du droit à la santé	41
Annexes	43
Tableaux	46
Principales références	51



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution tunisienne dans son article 38 et par plusieurs instruments juridiques internationaux ratifiés par la Tunisie. Malgré d'importants acquis en matière de santé réalisés depuis l'indépendance, une partie importante de la population rencontre des difficultés d'accès à des soins de qualité et ne jouit pas concrètement du droit à la santé. Confronté aux défis de la double transition démographique et épidémiologique et soumis à la politique de désengagement de l'État, le système de santé tunisien a souffert d'une mauvaise gouvernance qui a aggravé les inégalités sociales et régionales d'accès aux soins. Depuis la révolution de décembre 2010-janvier 2011, la situation, non seulement ne s'est pas améliorée, mais s'est même dégradée.

Ce rapport présente une contribution à l'identification des obstacles qui entravent l'exercice du droit à la santé et des propositions pour les réduire. Ces obstacles sont les suivants :

1- les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé

Pauvreté, chômage, analphabétisme, logements insalubres, manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, touchent un grand nombre de tunisiens et affectent considérablement leur état de santé. Les statistiques sont parlantes : les régions les plus touchées par ces phénomènes sont les régions de l'ouest et du sud et les femmes sont plus touchées que les hommes. Par ailleurs, l'urbanisation rapide du pays a entraîné des phénomènes qui ont des conséquences négatives pour la santé, comme la pollution, les modifications de l'alimentation et l'augmentation importante des facteurs de risque des maladies non transmissibles.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé est fondamentale pour la concrétisation du droit à la santé. Elle dépasse largement le cadre de l'intervention des structures sanitaires de soins et nécessite l'implication de nombreux autres intervenants dans le secteur de l'économie, de l'équipement, de l'éducation, de l'agriculture, de l'environnement etc. Il s'agit de donner toute son importance à l'action en amont de la maladie et des problèmes de santé afin d'en réduire le fardeau et les conséquences négatives pour le droit à la santé, le développement du pays et les finances publiques. Des plans nationaux de promotion de la santé et de prévention bénéficiant du soutien des plus hautes autorités de l'État sont aujourd'hui une priorité.

2- les inégalités et l'incohérence de l'offre de soins

D'une manière générale, l'offre territoriale de soins est importante, mais elle est marquée par de fortes inégalités. Dans plusieurs régions, les citoyens sont confrontés à des difficultés pour trouver la structure de soins de proximité pouvant prendre en charge leurs problèmes de santé et ce, malgré des centres de santé de base et des hôpitaux répartis sur l'ensemble de la république. Près de la moitié des centres de santé de base n'offrent qu'une consultation médicale par semaine. La plupart des hôpitaux de circonscription ne disposent pas d'un plateau technique adéquat et les hôpitaux régionaux connaissent un déficit important en médecins spécialistes. Les insuffisances des centres de santé de base entraînent un encombrement des hôpitaux de circonscription et des hôpitaux régionaux et l'incapacité de ces hôpitaux à répondre à certaines demandes de soins entraîne un encombrement des hôpitaux universitaires. Ces hôpitaux ont de plus en plus de difficultés à assurer leur rôle de soins de haut niveau, d'enseignement et de recherche, et subissent les conséquences négatives du défaut de régulation des activités privées complémentaires d'un nombre croissant de leurs cadres médicaux. Quant au secteur

privé qui a connu une croissance rapide et soutenue, il reste principalement concentré dans les grandes villes et le littoral.

Dans le secteur public, la création de structures de soins et l'affectation des personnels nécessaires n'a pas toujours obéi à des critères objectifs et a été parfois le résultat de pressions de groupes d'intérêt, en contradiction avec l'article 4 sur la carte sanitaire de la loi d'organisation sanitaire de 1991. Dans le secteur privé, la création de structures de santé obéit le plus souvent à la loi du marché sans aucune régulation hormis le respect d'un cahier des charges. Cette situation a entraîné des incohérences et des inégalités préjudiciables au bon fonctionnement du système de santé. C'est pourquoi l'établissement d'une carte sanitaire équitable et normalisée englobant l'ensemble des secteurs de la santé est aujourd'hui une priorité pour orienter le développement du système de santé. Il s'agit d'un instrument stratégique pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de qualité dans toutes les régions. Elle doit être accompagnée des mesures nécessaires pour assurer de manière effective des services de santé de qualité dans toutes les régions du pays et pour faciliter l'accès à ces services.

3- Le problème de l'accès aux médicaments essentiels

Gaspillage et pénurie caractérisent le secteur du médicament en Tunisie. D'un côté, la part des dépenses des médicaments dans les dépenses de santé est importante (39% en 2013), ce qui semble refléter une surconsommation préjudiciable à la santé, de l'autre, les structures du secteur public de soins souffrent de façon chronique de pénurie et de ruptures de stock de médicaments à tous les niveaux et en particulier à la première ligne de soins. Cette situation peut s'expliquer par deux facteurs :

- L'absence d'une politique d'usage rationnel du médicament basée sur une liste nationale de médicaments essentiels recommandée par les autorités sanitaires et adoptée par l'ensemble des prescripteurs publics et privés.
- L'insuffisance du financement, qui constitue la principale, sans être unique, cause des ruptures de stock de médicaments observées dans les hôpitaux et les centres de santé de base. Cette situation est aggravée par la mauvaise gestion et la corruption qui affectent le circuit du médicament dans ce secteur.

Pour assurer le droit d'accès aux médicaments pour tous, il est nécessaire d'avoir une politique de promotion de l'usage rationnel du médicament basée sur une liste nationale de médicaments essentiels, d'assurer un financement adéquat de ces médicaments et de lutter contre la corruption qui affecte le secteur.

4- Le problème de la qualité des soins

Malgré l'article 38 de la Constitution qui affirme que « L'État ... assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé », de grandes insuffisances continuent à affecter la sécurité et la qualité des soins.

Ces insuffisances sont multiples. Les citoyens ressentent un manque de respect à leur dignité lors des recours aux prestations du service public. De nombreux témoignages lors du Dialogue sociétal sur la santé et dans les médias font état de mauvaise qualité de l'accueil, de non-respect de la confidentialité, de difficultés pour accéder à l'information utile ou à faire valoir ses droits, y compris en cas de complications ou d'échec thérapeutique. Par ailleurs, différentes études faites dans les hôpitaux font état d'un niveau d'infections nosocomiales élevé, ce qui témoigne de la faiblesse flagrante des dispositifs pour assurer la sécurité du patient. L'affaire des stents périmés

qui a éclaté au début de l'été 2016 témoigne que ces dispositifs sont également défaillants dans le secteur privé. A cela s'ajoute le risque de surmédicalisation et de consommation non justifiée d'actes médicaux et de médicaments, en particulier pour les pathologies prises en charge par l'assurance maladie dans le secteur privé.

L'Instance Nationale d'Accréditation en Santé est appelée à jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins, avec la définition des parcours de soins et l'élaboration des référentiels de bonnes pratiques de prise en charge, et à travers l'accréditation des structures de soins publiques et privées. Les organisations de la société civile ont également un rôle important dans ce domaine en mettant en place sur le terrain des comités d'usagers qui sont concernés par la sécurité et la qualité des soins et qui attirent l'attention chaque fois qu'une défaillance est constatée.

5- Les difficultés financières pour l'accès aux soins

Les difficultés financières pour l'accès aux soins sont illustrées par les faits suivants :

- Une part relativement importante de la population (estimée par l'Institut National de la Statistique à 21,7% en 2010) n'est pas affiliée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ou ne bénéficie pas de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) et par conséquent ne dispose d'aucune couverture sociale pour la santé.
- Malgré une baisse depuis la création de la CNAM, la part des dépenses directes des ménages dans les dépenses totales de santé (37,5% en 2013), reste à un niveau élevé et expose au risque des dépenses catastrophiques de santé.
- Les usagers du secteur public de la santé qui représentent les trois-quarts de la population environ ont de grandes difficultés à bénéficier de services de qualité suffisante pour être efficaces et sont parfois contraints de recourir aux services payants du secteur privé.
- La CNAM présente une distorsion majeure. Alors que la majorité de ses affiliés sont dans la filière publique, la part du secteur privé dans ses dépenses est plus importante que la part du secteur public. Il en résulte que les affiliés de la filière publique de la CNAM qui sont pour l'essentiel des affiliés à faible revenu contribuent à financer les soins des affiliés des filières privées qui sont généralement des affiliés à revenu moyen et élevé.

Pour assurer le droit d'accès à des soins de qualité sans difficultés financières pour les usagers, il faut dans le cadre d'une réforme globale de la santé, augmenter les ressources consacrées à la santé, procéder à une réforme majeure de la CNAM visant à mettre en œuvre un système de couverture santé universelle et prendre les mesures adéquates pour rationaliser les dépenses de santé.

6- La corruption

Plusieurs enquêtes récentes ont montré que le secteur de la santé est perçu comme étant touché par la corruption. La corruption dans la santé est multiforme. Elle concerne les prestataires de soins qui sont en contact direct avec les usagers : de nombreux témoignages rapportent des cas de pots de vin, de népotisme et de détournement de clientèle. Elle concerne également l'ensemble du circuit du médicament, en particulier la promotion du médicament et l'inspection. Le domaine des marchés publics de la santé est également vulnérable à la corruption, parce qu'il est complexe, parce qu'il mobilise des moyens financiers importants et parce qu'il met en

relation le secteur public et le secteur privé.

La corruption constitue un obstacle pour l'accès aux soins aux populations défavorisées et aux groupes vulnérables, a un impact négatif sur le bon fonctionnement des structures de soins et entraîne une déperdition significative de ressources (détournées au profit des corrompus). Elle constitue, par conséquent un obstacle au droit à la santé qui doit être levé. Le renforcement du contrôle et la sanction des cas avérés de corruption sont importants mais insuffisants. Il faut identifier les principaux facteurs qui favorisent la corruption pour pouvoir agir «en amont» sur ces facteurs. Plusieurs de ces facteurs sont en rapport avec l'organisation et les insuffisances du système de soins.

Un Plan stratégique de lutte et de prévention de la corruption dans le secteur de la santé est aujourd'hui une nécessité. L'association effective de la société civile à toutes étapes du Plan stratégique sectoriel ainsi que la transparence sur toutes les activités du Plan sont des conditions indispensables à la réussite.

Pour réduire ces obstacles qui entravent l'exercice réel du droit à la santé, il est nécessaire d'envisager des réformes et des mécanismes qui permettront à l'ensemble de la population de bénéficier concrètement de ce droit constitutionnel.

1- Une réforme globale du système de santé aboutissant à une stratégie nationale bénéficiant d'un large consensus est nécessaire. Elle constitue la deuxième phase du Dialogue sociétal sur la santé. Les axes de cette stratégie sont abordés dans ce rapport : santé dans toutes les politiques, consensus sur les priorités sanitaires, carte sanitaire et régulation des secteurs public et privé, réforme de la CNAM et couverture santé universelle, stratégie de bonne gouvernance et de prévention de la corruption, qualité des services de santé et démocratie sanitaire. La réforme de la santé et la réforme de la protection sociale avec la mise en place des socles de protection sociale sont étroitement liées et doivent aller de pair.

2- L'exercice effectif du droit à la santé nécessite un cadre juridique et réglementaire clair pour l'ensemble des intervenants. Or, la législation du secteur de la santé, malgré sa richesse, comporte d'importantes lacunes, et plusieurs de ses dispositions ne sont pas en conformité avec la Constitution. Il est donc nécessaire d'entamer une réforme de cette législation pour la mettre en conformité avec les principes énoncés dans la constitution, en promulguant une loi-cadre pour la mise en œuvre du droit à la santé et en réunissant l'ensemble des textes dans un Code de la santé. Les éléments proposés pour faire partie de cette loi-cadre sont détaillés dans le rapport.

3- La mise en place de structures locales, régionales et nationale de démocratie sanitaire est un enjeu important des prochaines années. On peut avancer progressivement dans ce domaine en créant des cellules d'écoute des patients et des comités d'usagers fonctionnels dans les établissements sanitaires, en renforçant la dimension participative et communautaire des circonscriptions sanitaires et en développant le débat public sur la santé dans les régions et au niveau national. Il est important de donner un contenu réel et effectif à la démocratie sanitaire et de veiller à éviter les dérives bureaucratiques.

4- Pour avancer dans l'exercice effectif du droit à la santé, toute violation de ce droit doit être signalée, bénéficier de l'attention nécessaire, au besoin médiatisée et éventuellement portée devant la justice. Les personnes et groupes victimes d'atteintes au droit à la santé et des autres droits économiques, sociaux et culturels doivent avoir des facilités pour déposer des plaintes devant les juridictions nationales et internationales pour recouvrer leurs droits. La création

d'une instance de réception et de suivi des plaintes concernant le non-respect de ces droits, et la ratification par la Tunisie du Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, seront d'un grand apport pour le progrès social dans le pays.

5- Dans la situation actuelle, la société civile est appelée à jouer un rôle important pour réaliser des avancées dans la mise en œuvre du droit à la santé. Il est important que la société civile soit à la fois une force de contestation et de proposition. Pour atteindre ces objectifs, ses capacités doivent être renforcées. Elle doit être en mesure de veiller au respect des droits des usagers, de suivre la redevabilité des établissements sanitaires et d'évaluer les programmes de santé. Des programmes de renforcement de capacité sont nécessaires pour que la société civile puisse intervenir de façon efficace. Des initiatives communes et des activités de réseautage sont à promouvoir. L'objectif est d'arriver à constituer une coalition de la société civile pour le droit à la santé, fortement représentative et disposant d'une importante capacité de mobilisation. Elle pourra ainsi faire entendre sa voix, déployer une activité de plaidoyer auprès des décideurs et négocier des mesures efficaces pour la concrétisation du droit à la santé.





Introduction: Pourquoi un rapport sur le droit à la santé en Tunisie ?

L'article 38 de la nouvelle Constitution tunisienne, adoptée par l'Assemblée Nationale Constituante en janvier 2014, dit « Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi ». Il s'agit d'une avancée législative majeure par rapport à l'ancienne Constitution qui doit ouvrir la voie à un ensemble de mesures visant à répondre aux attentes qui se sont manifestées depuis la révolution de décembre 2010-janvier 2011.

Sur le plan international, la Tunisie a ratifié plusieurs instruments internationaux, en particulier le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels en 1969, dont l'article 12 constitue la base des recommandations internationales sur le droit à la santé. Récemment, le gouvernement tunisien a adopté officiellement les Objectifs du Développement Durable (ODD) adoptés par l'Assemblée Générale des Nations-Unies en septembre 2015. Plusieurs de ces objectifs, notamment l'objectif 3, concernent la santé.

Malgré d'importants acquis en matière de santé réalisés depuis l'indépendance, une partie importante de la population ne jouit pas concrètement du droit à la santé et a des difficultés d'accès à des services de qualité. Le système de santé tunisien a été confronté, au cours des 30 dernières années aux défis de la double transition démographique et épidémiologique, a été soumis à d'importantes pressions financières depuis l'application de la politique de désengagement de l'État de la fin des années 80, et a souffert d'une mauvaise allocation des ressources humaines et financières. Cette situation a engendré des inégalités d'accès sociales et régionales aux soins, une mauvaise gouvernance du secteur sanitaire notamment au niveau de la gestion des rapports public/privé et une inefficience globale du système sanitaire.

Le présent rapport n'est pas une analyse du système de santé et n'est pas exhaustif, en particulier en ce qui concerne les groupes vulnérables. Il s'agit d'une contribution à l'identification des obstacles qui entravent l'exercice du droit à la santé d'une manière équitable, à travers l'analyse des données relatives à la situation sanitaire et à ses principaux déterminants sociaux. Il formule des recommandations et des propositions qui, nous l'espérons seront discutées et reprises par la grande majorité des intervenants.

I) Le droit à la santé et à la couverture santé universelle dans les conventions internationales

Le droit à la santé a été reconnu dans plusieurs documents juridiques internationaux.

Selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946), « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC, 1966), ratifié par la Tunisie en 1969 reconnaît dans son article 12 « le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CODESC), comité d'experts indépendants créé en 1985 pour contrôler le respect et l'application du Pacte, précise que la santé est « un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux

déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international¹».

Au niveau régional, plusieurs instruments régionaux reconnaissent également le droit à la santé. Il en est ainsi de la Charte sociale européenne (1961), de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) et du Protocole de San Salvador (1988), au niveau du continent américain.

La couverture santé universelle (CSU), qui est considérée parmi les moyens les plus importants pour traduire dans la réalité le droit à la santé, est une stratégie reconnue et soutenue mondialement. Celle-ci consiste à 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. Partout dans le monde, la CSU est de plus en plus considérée comme indispensable pour assurer de meilleurs services de santé qui sont équitablement accessibles par les populations. C'est la raison pour laquelle elle a fait l'objet de rapports et de résolutions internationales.

En septembre 2015, L'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD), « un ensemble d'objectifs pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et garantir la prospérité pour tous ». Ces objectifs concernent l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Le droit à la santé ainsi que la CSU y sont consacrés au niveau de l'objectif 3 "Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être à tout âge". Les objectifs 5 (égalité entre les sexes), 10 (inégalités réduites), 11 (villes et communautés durables) et 16 (paix, justice et institutions efficaces) ont un rapport direct avec le droit à la santé.

L'objectif 3 comporte 9 cibles d'objectifs à atteindre et 4 cibles de moyens à mettre en œuvre. (voir annexe 1)

II) Évolution historique du système de santé en Tunisie et développement des inégalités

La situation actuelle du système de soins de santé en Tunisie est le résultat de plusieurs évolutions historiques. Le droit à la santé figure dans le préambule de la constitution de 1959 et la gratuité d'accès aux services publics de santé a été reconnue depuis l'indépendance. Un système de protection sociale incluant la couverture médicale a été développé pour les travailleurs des secteurs public et privé.

L'évolution depuis l'indépendance jusqu'à la fin des années 70 a été marquée par les efforts publics de développement des ressources humaines et de l'infrastructure sanitaire publique. Elle a connu la construction d'hôpitaux et de centres de santé répartis progressivement sur l'ensemble du pays, la création des écoles de santé, de la faculté de médecine de Tunis, puis des autres facultés de médecine, de médecine dentaire et de pharmacie. Cette étape a vu le développement des campagnes sanitaires pour juguler les maladies sévissant de manière endémique puis celle des programmes de lutte contre la malnutrition et les maladies infectieuses, y compris l'éradication du paludisme et du trachome.

¹ Observation générale n°14. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 22ème session, avril-mai 2000.

L'évolution majeure suivante (années 80 et début des années 90) a été marquée par la réforme des soins de santé de base qui a considérablement amélioré la carte sanitaire de la première ligne publique et développé des programmes nationaux contribuant aux résultats importants réalisés en matière de santé maternelle et infantile et de contrôle des maladies infectieuses et parasitaires. Les dynamiques de ces deux évolutions majeures ont résisté dans un premier temps à l'ajustement structurel subi au milieu des années 80. La santé, avec l'éducation, était encore considérée comme une priorité et bénéficiait d'un fort soutien politique même si le niveau des dépenses totales de santé est resté relativement modeste (3.8% du PIB en 1980).

La troisième évolution majeure est marquée par le développement accéléré du secteur privé et la réforme hospitalière de 1991, initiée et financée par un prêt de la Banque Mondiale. Le secteur privé, tant ambulatoire qu'hospitalier, a connu un développement important. Le nombre de lits hospitaliers privés a été multiplié par 5 passant de 1000 à près de 5000 aujourd'hui. Le nombre de cabinets de médecins de libre pratique est passé de 1500 à près de 7500 aujourd'hui. Le secteur public, par contre, a stagné. La réforme hospitalière de 1991 avait pour objectif d'améliorer les performances des hôpitaux universitaires transformés en Établissement Publics de Santé (EPS). Cette réforme n'a pas atteint les résultats escomptés : au cours des 20 dernières années, de l'avis de tous les observateurs, les conditions de travail dans les hôpitaux universitaires se sont dégradées avec des conséquences négatives sur la qualité des soins. Le manque de réactivité du secteur public de la santé à la transition démographique et épidémiologique, conjuguée à l'insuffisance des ressources et à une régulation déficiente des relations avec un secteur privé dynamique, a entraîné une dégradation progressive des performances du secteur public, ainsi que l'apparition de formes de privatisation passive et ou de corruption (transfert forcé des usagers publics sur le secteur de libre pratique faute de prise en charge adéquate ou disponible) facilité par les pratiques d'exercice privé dit complémentaire.

La dernière évolution majeure est en relation avec l'unification des caisses d'assurance maladie. Elle a été décidée dans un contexte marqué par les insuffisances de la couverture du risque maladie par les deux caisses d'assurance (CNSS et CNRPS) à l'origine de nombreuses plaintes et réclamations de citoyens et par une forte pression des professionnels du secteur privé pour que leurs actes soient pris en charge par les caisses. Elle a permis une harmonisation de la gestion du risque maladie entre les 2 caisses d'assurance et une meilleure prise en charge de certaines pathologies notamment chroniques. Mais, la « mise à niveau » du secteur public de la santé qui devait être réalisée en parallèle n'a pas eu lieu. Cette réforme a engendré un sous financement du secteur public et a creusé les disparités entre les affiliés de la CNAM selon les filières de prise en charge mais aussi entre les affiliés de la CNAM et les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite (l'AMG). Enfin cette réforme n'assure pas la couverture des citoyens ne disposant pas d'un régime de protection sociale (chômeurs, personnes âgées) qui représenteraient entre 8% (estimation du Ministère des affaires sociales) et 21, 7% de la population (enquête INS consommation des ménages 2010).

La réforme hospitalière de 1991 et la réforme de l'assurance maladie de 2004, réalisées dans le cadre de la politique de désengagement de l'État, en dehors d'une approche globale pour l'ensemble du système de santé, ainsi que les difficultés d'adaptation du système aux défis de la transition démographique et épidémiologique, ont favorisé les conséquences suivantes:

1-la dégradation du secteur public avec l'essoufflement de la première ligne, les faibles performances des hôpitaux régionaux et la dégradation progressive des conditions de travail et de l'image de marque de l'hôpital universitaire.

2-la persistance et le creusement des inégalités sociales et régionales de santé.

Cette situation a contribué au développement d'un système de soins de santé à deux vitesses et à une érosion continue du droit à la santé. Une réforme globale du système de santé est nécessaire avec la couverture santé universelle comme objectif en prodiguant l'attention nécessaire à la régulation de la relation public/privé et à la solidarité dans le développement de l'assurance maladie.

III) Les inégalités dans les déterminants de la santé

Depuis l'indépendance, les indicateurs globaux des déterminants de la santé se sont améliorés, mais ils continuent à masquer des inégalités importantes. Pauvreté, chômage, analphabétisme, logements insalubres, manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, pollution touchent un grand nombre de tunisiens et affectent considérablement leur état de santé.

1- la pauvreté

Pauvreté et mauvaise santé sont souvent associées. La pauvreté et les bas revenus sont souvent une cause de mauvaise santé et la mauvaise santé est souvent associée à des frais de santé importants pouvant entraîner ou aggraver la pauvreté. Selon une étude faite par l'INS en 2011, la pauvreté a été estimée à 15,5% et la pauvreté extrême à 4,6 % en 2010, avec d'importantes disparités régionales. Dans la région du Centre-ouest quasiment le tiers de la population (32,3%) vit sous le seuil de pauvreté. L'INS a noté une baisse de la pauvreté au niveau national entre 2000 et 2010, mais constate que cette baisse « n'a pas bénéficié aux régions du Centre-ouest et du Sud-ouest qui ont vu leurs écarts par rapport au reste du pays s'accroître au cours de la décennie étudiée²».

2- l'analphabétisme

D'après le recensement général de la population de 2014³, le nombre total d'analphabètes est de 1718000, soit un taux d'analphabétisme de 18,8%. Les disparités régionales sont importantes et concernent les régions du Centre-ouest et du Nord-ouest et plus particulièrement les zones rurales de ces régions. Le nombre de femmes analphabètes est le double des hommes analphabètes. Le taux d'analphabétisme était respectivement de 25% chez les femmes et de 12,3% chez les hommes en 2014. L'analphabétisme féminin pourrait constituer un véritable obstacle au développement sanitaire en raison de l'importance de l'éducation des femmes pour la promotion de la santé et plus particulièrement pour la promotion de la santé maternelle et infantile.

3- le chômage

D'après les résultats de l'enquête nationale sur la population et l'emploi du quatrième trimestre 2015⁴ le nombre de chômeurs s'établit à 618800, soit un taux de chômage de 15,4%. Chez les femmes le taux de chômage est de 22,6%, soit presque le double de celui des hommes 12,5%. Le taux de chômage est particulièrement élevé dans certaines régions de l'intérieur où il dépasse 25% (Jendouba, Gafsa, Tataouine, d'après les données du Recensement général de la population de 2014). Le nombre de diplômés chômeurs de l'enseignement supérieur est estimé à 214000 au quatrième trimestre 2015, ce qui correspond respectivement à un taux de chômage de 31,2%. Chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur le taux de chômage est de 41,1% au quatrième trimestre 2015, soit le double de celui des hommes, 20,7%.

2 Mesure de la pauvreté, des inégalités et de la polarisation en Tunisie 2000-2010. Institut National de la Statistique, octobre 2012.

3 Recensement général de la population et de l'habitat 2014. Institut National de la Statistique.

4 Note sur l'enquête nationale de l'emploi, T4 2015. Institut National de la Statistique.

4- L'accès à l'eau potable

Le raccordement au réseau de l'eau potable de la SONEDE est globalement de 80.2% avec respectivement un taux de 86.7% en milieu communal et 40.9% en milieu rural selon le recensement 2014. Le pourcentage de population ayant accès à une source d'eau potable est théoriquement plus important que celui raccordé au réseau de la SONEDE grâce aux réseaux des groupements d'eau présents dans les zones rurales, mais ces réseaux connaissent d'énormes difficultés depuis des années. Les médias font état régulièrement de plusieurs localités et même d'écoles ne disposant pas d'eau potable. La qualité de l'eau pose également problème, en particulier dans le sud avec un degré de salinité élevé.

5-L'assainissement

D'après les résultats du recensement de 2014, 58,2% des logements sont raccordés au réseau de l'ONAS, 36,8% disposent d'une fosse septique et 5% déversent les eaux usées dans la nature. La collecte et le traitement des ordures ménagères connaissent d'importantes difficultés depuis 2011, qui n'ont pas encore été aplanies à ce jour. L'accumulation des déchets ménagers dans les agglomérations est une source de multiplication d'insectes, de rongeurs, attire les chiens errants et constitue une nuisance pour la population et une menace pour la santé publique.

6- la pollution

La pollution pose de sérieux problèmes. Certaines régions, comme le bassin minier de Gafsa, Gabès et Sfax où se concentre l'extraction ou la transformation des phosphates sont sinistrées. D'autres régions sont touchées, comme la région de Kasserine, le Sahel et la banlieue industrielle de Tunis. Les régions agricoles sont également concernées avec l'utilisation intempestive des pesticides. De même que les villes avec la pollution de l'air entraînée par la multiplication du parc automobile et des engins mécanisés. On constate que certaines maladies pouvant avoir un lien avec la pollution sont en augmentation, comme l'asthme ou certains cancers, mais peu d'études ont été menées pour étudier l'effet de la pollution sur la santé en Tunisie. Des travaux de recherche sur cette question sont aujourd'hui indispensables. La lutte pour un environnement sain est un enjeu majeur des prochaines années.

7- L'alimentation

La chaîne alimentaire manque d'une supervision systématique. C'est ainsi que des taux de sucre au-dessus des normes internationales ont été retrouvés dans les yaourts, les jus de fruits et plusieurs autres produits agro-alimentaires contenant des lipides saturés et des grandes quantités de sel ont été mentionnés. Les toxi-infections alimentaires collectives sont assez courantes. Le manque d'indices de traçabilité et de supervision stricte par les organismes de l'état (ministères de l'agriculture, du commerce et de la santé) des denrées alimentaires sur le marché est un sujet de grand souci pour la santé des citoyens.. Un projet de loi alimentaire est en préparation en Tunisie depuis 2005. Ce projet propose un mécanisme de traçabilité des denrées alimentaires, un meilleur contrôle de l'hygiène alimentaire et une transparence totale pour le consommateur. L'objectif est de faire valoir la logique de « maîtrise du risque » plutôt que celle de « répression des fraudes ». Ce projet de loi, s'il est amendé dans le sens souhaité par les associations et adopté par le Parlement, pourra être le cadre juridique d'une action efficace pour assurer le droit à une alimentation saine dans le pays.

8- Les comportements et les facteurs de risque

52 % des hommes et 11% des femmes fument et la prévalence du tabagisme est en augmentation chez les femmes et les jeunes⁵. D'après l'enquête nationale de 2014 auprès des jeunes (15-24

⁵ OMS Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014

ans) sur les comportements à risque en Tunisie⁶, 23,7% des jeunes interrogés disent fumer au moment de l'enquête (43,3% des garçons contre 3,9% des filles). La consommation d'alcool touche toutes les catégories sociales et des tranches d'âge de plus en plus jeunes. D'après la même enquête 19,6% des adolescents interrogés ont consommé au moins une fois une boisson alcoolisée (37,6% des garçons contre 1,3% des filles). La toxicomanie est en hausse et touche les catégories sociales les plus pauvres et les plus riches. Elle s'étend dans les tranches d'âge inférieures et sévit dans les écoles. Certes, il est difficile d'avoir des données exactes en raison de la répression et la pénalisation de l'utilisation des drogues. Certains chiffres font état de 10 à 13 % de jeunes ayant utilisé une fois des drogues.

Les autres facteurs de risque des maladies non transmissibles sont à un niveau élevé. 30% des Tunisiens âgés de plus de 35 ans ont un taux de triglycérides trop élevé. En 2013, la consommation moyenne quotidienne de sel en Tunisie était de 10g/personne, alors que le besoin en sel ne dépasse pas les 2g/personne et seulement 3% des Tunisiens habitant dans les zones urbaines font régulièrement du sport. Un homme sur deux et trois femmes sur quatre sont en surpoids et l'obésité touche 31,7% des femmes et 12,8% des hommes.

9. Le poids considérable des maladies non transmissibles et des accidents de la voie publique

Les maladies non transmissibles (MNT) sont responsables de 82% des décès⁷. Aujourd'hui, on estime que la Tunisie compte environ 2 millions d'hypertendus, 1 million de diabétiques, 15000 nouveaux cas de cancer par an, 10000 cas d'insuffisance rénale chronique, et les projections prévoient une forte augmentation de ces maladies et de leurs complications dans les prochaines années. Le système de santé, aura les plus grandes difficultés à y faire face et les inégalités risquent de s'aggraver davantage. Malgré ces menaces, on constate que la couverture de ces maladies par des programmes de prévention ou de dépistage précoce est particulièrement faible. Si on évalue ce qui est fait en matière de lutte contre le tabagisme, de lutte contre les mauvaises habitudes alimentaires et l'obésité, de promotion de l'activité physique et d'un mode de vie sain, de dépistage des cancers à un stade précoce, le bilan est particulièrement léger, alors que plusieurs pays ont obtenu des résultats significatifs dans la lutte contre ces maladies grâce à la prévention. L'OMS a élaboré un plan d'action global pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles s'étendant sur les années 2013-2020 avec un objectif de réduction de 25% de la mortalité prématurée causée par ces maladies en 2025. Elle a également élaboré un cadre mondial pour permettre de suivre les progrès accomplis en matière de prévention et de maîtrise des principales MNT (maladies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète) et des facteurs de risque associés avec neuf cibles générales et 25 indicateurs. (voir annexe 2)

Les accidents de la voie publique (AVP) ont causé en 2015 1407 tués et 10882 blessés, soit une baisse de 10,1% pour les tués et 11,92% pour les blessés, par rapport à 2014. Mais ils restent à un niveau élevé⁸. Les routes tunisiennes sont considérées comme particulièrement dangereuses : le ratio de morts pour 100000 véhicules est 10 fois plus élevé en Tunisie que la moyenne des pays européens. Les services d'urgence et de traumatologie sont submergés par les victimes des AVP. Les Objectifs de Développement Durable ciblent la diminution de moitié à l'échelle mondiale du nombre de décès et de blessés dûs à des accidents de la route, d'ici à 2020 (cible 6 de l'Objectif 3)

L'action sur les déterminants sociaux de la santé est fondamentale pour la concrétisation du droit à la santé. Elle dépasse largement le cadre de l'intervention des structures sanitaires de

6 Enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements à risque en Tunisie- Association Tunisienne de lutte contre les MST/ SIDA – Tunis 2014

7 OMS Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014

8 Observatoire national de la prévention routière.

soins et nécessite l'implication de nombreux autres intervenants dans le secteur de l'économie, de l'équipement, de l'éducation, de l'agriculture, de l'environnement etc. L'introduction de la sécurité sanitaire dans les politiques publiques devrait permettre de mettre en place des mécanismes et outils de préservation et de promotion de la santé du citoyen. En d'autres termes il s'agit de donner toute son importance à l'action en amont de la maladie et des problèmes de santé afin d'en réduire le fardeau et les conséquences pour le droit à la santé, le développement du pays et les finances publiques. Cette action nécessite :

- 1- d'engager des plans de développement régionaux visant à généraliser l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et à réduire la pauvreté, le chômage et l'analphabétisme, en particulier, dans les régions de l'intérieur.
- 2- d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques en mettant en place des mécanismes inter-sectoriels de coordination et de suivi au niveau central, régional, et local pour assurer l'implication de toutes les parties concernées.
- 3- de mobiliser l'ensemble du corps social pour lutter contre la dégradation de l'environnement.
- 4- de promulguer et d'appliquer une loi alimentaire conforme aux normes internationales
- 5- d'élaborer et mettre en œuvre un plan national multi-sectoriel de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, et de prendre, en particulier, les mesures nécessaires pour faire respecter les conventions internationales et la loi nationale concernant le tabagisme.
- 6- d'élaborer et mettre en œuvre un plan national intersectoriel de prévention des accidents de la voie publique, bénéficiant d'une priorité de haut niveau et mettant l'accent sur « une tolérance zéro des infractions au code de la route » et sur l'amélioration de l'infrastructure routière.

IV) Les inégalités et l'incohérence de l'offre de soins.

L'offre territoriale de soins est inégalitaire en Tunisie et dans plusieurs régions, les citoyens sont confrontés à des difficultés pour trouver la structure de soins pouvant prendre en charge leurs problèmes de santé.

1- Les inégalités de l'offre de soins de première ligne

Dans le secteur public, les Centres de Santé de Base (CSB), au nombre de 2091 en 2011 sont répartis sur l'ensemble du pays, soit 1CSB pour 5000 habitants environ, mais cette moyenne nationale cache une grande disparité.

La grande majorité des CSB des zones rurales n'offrent qu'une consultation médicale par semaine, et dans la moitié des gouvernorats, la proportion de CSB offrant une consultation médicale 6 jours par semaine est inférieure à 18%⁹. Dans les grandes agglomérations urbaines, les CSB offrent une plage horaire d'activité réduite aux matinées. Ainsi la relative bonne couverture géographique du pays par les CSB se trouve réduite comme une peau de chagrin par une disponibilité temporelle insuffisante des activités. Cette situation pénalise fortement les habitants de ces régions affectées par la pauvreté et l'insuffisance des infrastructures publiques, engendre des retards au recours aux soins préjudiciables, oblige au recours coûteux

⁹ Carte sanitaire 2011. Direction des études et de la planification, Ministère de la santé.

à des structures de soins privées sans espoir de remboursement, et contribue à l'augmentation de l'affluence et à l'encombrement dans les hôpitaux.

Les hôpitaux de circonscription au nombre de 109 disposent d'une bonne couverture géographique et pourraient constituer un outil majeur pour assurer des soins de proximité, mais ils ne disposent pas d'un plateau technique adéquat et d'un budget de fonctionnement suffisant.

Les médecins généralistes de la santé publique qui exercent dans ces structures sont répartis sur l'ensemble du pays, mais la plupart des régions de l'intérieur ne disposent pas d'un nombre de médecins suffisant pour les faire fonctionner correctement. A cela s'ajoute le problème de la rotation rapide du personnel médical dans ces régions. Dans certains gouvernorats, le taux de renouvellement annuel du personnel médical de première ligne dépasse 30%. Il est difficile dans ces conditions de mettre en place un système de médecine de famille ou le médecin connaît la communauté et les familles et répond efficacement à leurs besoins.

Dans le secteur privé, les disparités sont plus importantes. En 2014, la région du Grand Tunis, avec une population de 2500000 habitants dispose de 34,8% des cabinets de médecine générale, alors que les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest avec une population presque égale de 2260000 habitants ne disposent que de 10,3%.¹⁰ Il en est de même pour les cabinets de médecine dentaire. La densité des dentistes (qui exercent à plus de 80% dans le secteur privé), est supérieure à 36/100000 habitants dans le Grand Tunis, Sousse et Sfax et inférieure à 18/100000 habitants dans 6 gouvernorats de l'intérieur¹¹.

2- Les inégalités de l'offre de soins de deuxième et troisième ligne.

Dans le secteur public :

L'infrastructure hospitalière publique de niveau 2 comprend 33 hôpitaux régionaux répartis sur l'ensemble du pays. En dehors des grandes villes, chaque gouvernorat dispose d'un hôpital régional de catégorie A et parfois d'un ou plusieurs hôpitaux régionaux de catégorie B. Certains hôpitaux régionaux de chef-lieu de gouvernorat ont un taux de lits par habitant insuffisant et n'ont pas les services de spécialité nécessaires.

Le problème essentiel et le plus médiatisé est le manque de médecins spécialistes dans ces hôpitaux. Ce manque concerne les spécialités essentielles comme l'obstétrique, la chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la radiologie et la pédiatrie. En 2011, 89% des spécialistes du secteur public sont concentrés dans la zone côtière (région Nord-est, Grand Tunis, Centre-est, Sud-est). Les conséquences pour les patients des régions de l'intérieur sont lourdes, car ils sont obligés de se déplacer sur de longues distances et de payer les frais occasionnés par ces déplacements. Les conséquences peuvent parfois être dramatiques avec des décès qui auraient pu être évités.

La Tunisie forme 600 médecins spécialistes par an, mais n'arrive pas à recruter un nombre suffisant de ces médecins dans les hôpitaux régionaux de l'intérieur. Il s'agit là d'un défi majeur posé au système de santé et au pays.

Un programme d'affectation de médecins spécialistes pour des gardes de 24 heures dans les hôpitaux des régions de l'intérieur a été mis en place en janvier 2016. Il concerne huit spécialités et a démarré dans 6 hôpitaux régionaux des régions frontalières de l'Ouest et du Sud. Il est trop tôt pour évaluer ce programme qui est destiné à gérer l'urgence. La solution définitive, à moyen terme, est de stabiliser les équipes de médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement

¹⁰ Bulletin du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) n° 37, décembre 2014.

¹¹ Carte sanitaire 2011. Direction des études et de la planification, Ministère de la santé.

des hôpitaux régionaux. La solution doit être envisagée dans deux directions : d'une part, en mettant en place un environnement de travail adéquat dans ces hôpitaux, d'autre part, en accordant à ces médecins une rémunération et une carrière suffisamment attractives.

Les hôpitaux et centres universitaires, au nombre de 24 en 2011 sont concentrés dans les grandes villes. La distance moyenne d'accès à un établissement hospitalier à vocation universitaire varie entre 219 et 333 km pour 6 gouvernorats du Centre-ouest et du Sud ; de ce fait, les populations de ces régions sont fortement pénalisées. Les insuffisances de la première ligne et de la deuxième ligne entraînent une affluence et un encombrement important de ces hôpitaux qui ont de plus en plus de difficultés à assurer leur rôle de soins de haut niveau, d'enseignement et de recherche.

Dans le secteur privé :

La quasi-totalité des lits d'hospitalisation privée se trouvent dans les grandes villes. En 2011, 79,4% des lits des cliniques privées se trouvent dans le Grand Tunis, Sousse, Monastir et Sfax (Carte sanitaire 2011). Il en est de même des cabinets de médecine spécialisée. En 2014, 74,2% des médecins spécialistes privés sont dans le Grand Tunis, Sousse, Monastir et Sfax ¹².

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation importante de l'offre de soins spécialisés dans le secteur privé. En 2014, le nombre de médecins spécialistes installés dans le secteur privé était de 4402, alors que le nombre de médecins généralistes était de 2881, soit 60% de spécialistes et 40% de généralistes. Alors que pour avoir un bon système de santé, il est recommandé d'avoir 70% de médecins généralistes et 30% de spécialistes. Il s'agit d'une incohérence du système de santé qui est particulièrement préoccupante et qui nécessite des mesures de régulation.

3- Les inégalités de l'offre de soins en équipements lourds

Le secteur privé dispose de la grande majorité des équipements lourds disponibles dans le pays avec la tendance de les concentrer dans les zones déjà bien pourvues aggravant ainsi les disparités entre régions. En 2014, 80% des IRM et 76% des scanners étaient dans le secteur privé¹³. Il est à noter que dans le secteur privé, en dehors des équipements lourds, des cliniques d'hémodialyse et des pharmacies, la création d'établissements sanitaires n'obéit à aucune régulation. Les cliniques privées, par exemple, sont soumises à un simple cahier de charge.

Depuis quelques années, l'idée de créer des « pôles » de médecine spécialisée de pointe dans les régions de l'intérieur est discutée. En 2013, le gouvernement a décidé la création de trois facultés de médecine, une faculté de médecine dentaire et une faculté de pharmacie dans ces régions, sans préparer les conditions nécessaires à cette création. Quelle que soit la forme choisie, il est nécessaire de créer des hôpitaux généraux disposant de toutes les spécialités dans ces régions pour rapprocher les soins des citoyens.

D'une manière générale, l'offre de soins est importante, mais, comme décrit précédemment, elle est marquée par de fortes inégalités. La Banque Africaine de Développement (BAD) dans une étude sur les inégalités d'accès aux soins publiée en 2014¹⁴ a élaboré un score de l'offre de soins par gouvernorat qui comprend les ressources humaines, l'infrastructure et les équipements. Il ressort du tableau publié que Tunis, Sousse et Monastir ont un score de 1, alors que Jendouba, Kairouan, Kasserine et Sidi Bouzid ont un score de 0,25. Cet outil peut être utile pour mesurer les éventuels progrès en matière de réduction des inégalités.

¹² Bulletin du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) n° 37, décembre 2014.

¹³ Etat des lieux de la santé. Plan quinquenal 2016-2020.

¹⁴ Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie ? Banque africaine de développement, 2014.

L'offre de soins manque de cohérence. Normalement, l'offre de soins doit obéir à une carte sanitaire équitable et normalisée, laquelle est un instrument stratégique pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de qualité dans toutes les régions. La loi d'organisation sanitaire dans son article 4 dit : « L'implantation des structures et des établissements sanitaires publics est faite en fonction des besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire établie par le ministère de la santé publique... La carte sanitaire est révisée périodiquement, et de manière obligatoire, au début de chaque plan national de développement.» Cet article de la loi n'a jamais été appliqué et les décisions de création de structures publiques de santé ont été souvent le résultat de pressions politiques ou de pressions de groupes d'intérêt.

Pour concrétiser le droit à la santé, il faut prendre les mesures nécessaires pour assurer de manière effective des services de santé de qualité dans toutes les régions du pays et prendre les dispositions adéquates pour faciliter l'accès à ces services en :

- 1- en établissant une carte sanitaire équitable et normalisée, englobant le secteur public, le secteur para-public et le secteur privé, pour orienter le développement du secteur à l'horizon des 10 prochaines années.
- 2- en améliorant la disponibilité et la fonctionnalité de la première ligne publique par l'augmentation de la fréquence des consultations médicales dans les centres de santé ruraux, par l'ouverture des centres de base urbains pendant toute la journée et par la disponibilité des médicaments.
- 3- en assurant des plateaux techniques fonctionnels dans tous les hôpitaux, avec les ressources humaines et le budget de fonctionnement adéquats.
- 4- en mettant en place un système de régulation des installations sanitaires privées.

V) Le droit d'accès aux médicaments essentiels

Gaspillage et pénurie entravent l'accès aux médicaments

Les médicaments et produits médicaux (médicaments, produits pharmaceutiques, prothèses...) représentent 37% des dépenses directes des ménages et 33% des dépenses de la CNAM en 2013. Ils représentent aussi 38% des dépenses publiques (CNAM et Budget de l'État) pour la santé contre une moyenne de 20% dans les pays de l'OCDE¹⁵. Ces chiffres semblent refléter une surconsommation globale avec les conséquences potentielles sur la santé des citoyens des usages inappropriés de médicaments. Le paradoxe est que les structures du secteur public des soins souffrent de façon chronique de pénurie et de rupture de stock de médicaments à tous les niveaux et en particulier à la première ligne de soins.

Pour stimuler des économies dans les dépenses pour les médicaments, une politique visant à encourager l'utilisation des médicaments génériques en lieu et place des spécialités a bien été développée avec des taux de remboursements de la CNAM alignés sur la base du prix des génériques et aussi selon une classification des produits : les produits vitaux (100%), essentiels (85%) par rapports aux autres produits (40%). Toutefois la mise en œuvre de cette politique n'est pas soutenue par une communication appropriée et semble perçue plus comme une stratégie d'austérité qu'une stratégie de rationalisation de l'usage des médicaments.

¹⁵ Comptes de la santé 2013. Ministère de la santé.

Le principe et la politique d'une liste nationale de médicaments essentiels recommandée préférentiellement à d'autres médicaments n'existent pas en Tunisie même si de plus en plus ce concept est en usage ou promu dans beaucoup de pays développés (La Suède par exemple) ou en développement. Il est plus question de nomenclature par niveau des structures publiques que de liste de médicaments essentiels. Avec la nomenclature des médicaments pour les structures, perçue plus comme une mesure d'austérité que d'intérêt public et mise en œuvre de manière rigide, deux problèmes importants ont pris une ampleur considérable (i) la continuité des soins des patients nécessitant des médicaments uniquement disponibles dans les grands hôpitaux (ii) les prescriptions de médicaments hors de la nomenclature des structures publiques est un phénomène fréquent et obligent les patients à acheter ces médicaments dans les officines privées sans espoir de remboursement. L'usage rationnel des médicaments est le parent pauvre dans la formation et la formation continue des médecins et il n'y a pas de stratégie formelle de sa promotion.

La mauvaise gestion et la corruption semblent affecter le secteur du médicament dans les structures publiques de soins. Des données globales et probantes manquent pour mieux appréhender ce problème. Si son ampleur peut prêter à discussion, sa réalité ne semble pas être contestée. La cour des comptes avait souligné l'importance des pertes subies par l'État imputable à la gestion des médicaments dans les structures publiques et en particulier dans les grands hôpitaux.

Un financement insuffisant constitue une contrainte majeure à prendre en considération en relation avec la disponibilité des médicaments dans les structures publiques. Il constitue la principale, sans être unique, cause des ruptures de stock de médicaments observées dans ces structures au préjudice de l'accès aux médicaments pour les utilisateurs du secteur public de soins.

Au total et en dépit du fait que les médicaments et les dispositifs médicaux occupent la première place des dépenses pour la santé, le droit d'accès aux médicaments pour les citoyens est gravement affecté par :

- ◆ un gaspillage résultant de l'absence d'une politique active de promotion de l'usage rationnel des médicaments.
- ◆ l'absence d'une liste de médicaments essentiels agréée et activement promue par toutes les instances concernées.

Il est utile ici de rappeler que la liste des médicaments essentiels n'est pas une prescription réservée aux pays en développement, mais a été adoptée par plusieurs pays européens.

- ◆ l'insuffisance du financement des structures publiques qui affecte directement la disponibilité des médicaments dans les structures de soins
- ◆ la mauvaise gestion et la corruption qui prévaut dans le secteur de la santé et en particulier dans les structures publiques en relation avec les médicaments.

Pour assurer le droit d'accès aux médicaments essentiels, il faut promouvoir activement une politique d'utilisation rationnelle des médicaments et des dispositifs médicaux basée sur les éléments suivants :

1- Établir officiellement une liste de médicaments essentiels et promouvoir son utilisation par tous les prescripteurs publics et privés.

2- Promouvoir l'usage rationnel des médicaments et des dispositifs médicaux en développant un référentiel de bonnes pratiques.

3- Promouvoir la transparence du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux et combattre la corruption

4- Assurer un financement suffisant pour la disponibilité des médicaments essentiels dans les structures publiques et en particulier dans les centres de santé de base.

VI) Le droit à des soins de qualité

L'article 38 de la Constitution précise « L'État ... assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé ». Or de grandes insuffisances continuent à affecter la sécurité et la qualité des soins.

Les fora citoyens du Dialogue sociétal sur la santé menés dans les 24 gouvernorats parmi près de 2000 citoyens ont mis en relief les frustrations des usagers: «Le parcours de soins est ressenti comme une épreuve insupportable, en particulier pour les malades chroniques des régions de l'ouest et du sud, avec ses déplacements longs, coûteux et fréquents. Les rendez-vous obtenus sont incertains pour se rendre dans des structures où les malades se sentent totalement perdus sans l'aide d'une connaissance»¹⁶.

Les citoyens ressentent un manque de respect à leur dignité lors des recours aux prestations du service public. Ceci est traduit en particulier par une mauvaise qualité de l'accueil, des difficultés pour accéder à l'information utile ou à faire valoir ses droits, y compris en cas de complications ou d'échec thérapeutique, l'absence de garanties sur la confidentialité et une intimité parfois indûment exposée. Les témoignages suivants illustrent la perception que les patients ont de leur relation avec les professionnels de santé et mettent en exergue une mauvaise compréhension des professionnels de leur mission:

«Le personnel considère qu'il est en train de nous rendre service et le médecin nous montre qu'il fait son travail par obligation de service et non comme un devoir », «Des membres du personnel fument en présence des malades dans les structures de prestation de soins», «Le citoyen n'entend que les reproches à l'hôpital».

Les observations et les entretiens avec les professionnels et les citoyens de toutes les régions durant le Dialogue sociétal ont révélé des insuffisances majeures dans la réactivité du système de soins. Les insuffisances dans les domaines ci-après ont été largement rapportées et méritent à l'avenir la mise en place de mécanismes pour en mesurer l'évolution :

- ◆ Le respect de la dignité du patient avec la considération effective de la confidentialité et sa participation aux décisions médicales le concernant.
- ◆ L'attention accordée au patient avec la rapidité des prises en charge, la propreté/confort des locaux et la qualité de la nourriture pour les hospitalisés.
- ◆ La possibilité de choisir le prestataire.

Une enquête récente de l'INS¹⁷ a montré un niveau de non satisfaction du citoyen par rapport aux soins prodigués dans les centres de santé à 54% en moyenne nationale avec un taux d'insatisfaction de 79% dans le Sud-ouest et 42% dans le Centre-est. Les raisons sont liées au manque de médicaments, aux délais d'attente et à la non disponibilité du cadre médical. Une proportion de 41% des citoyens ont indiqué des délais d'attente trop importants pour une

¹⁶ Les rendez-vous régionaux de la santé. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé, 2014.

¹⁷ Enquête nationale sur la perception par le citoyen, de la sécurité, des libertés et de la gouvernance locale en Tunisie. Institut National de la Statistique, octobre 2015.

intervention chirurgicale nécessaire et près de 40% ont indiqué un manque de respect de la part du personnel de santé.

Les prestations de soins ne sont pas un produit de consommation ordinaire car ils comportent des risques pour la santé qui doivent être contrôlés par des mécanismes appropriés. L'enquête nationale de prévalence de l'infection nosocomiale (IN) menée en Tunisie début 2005 a concerné 66 établissements hospitaliers dont 54 hôpitaux publics (21 CHU et 33 hôpitaux régionaux) et 12 cliniques privées volontaires. Le taux global de prévalence des malades porteurs d'IN était de 6,6 %. Les spécialités les plus concernées étaient l'hématologie (23,5 %) et les soins intensifs (19,9 %). Une résistance microbienne aux anti-infectieux a été mise en évidence pour 69,4 % des germes concernés¹⁸.

Une étude publiée en 2010 sur une revue multicentrique faite sur 4 établissements en Tunisie, mentionne une prévalence allant de 6.8 à 14.9 %, les services de réanimation ayant le quart de ces infections, suivis par les services de pédiatrie. Le manque d'un mécanisme de contrôle et de suivi des protocoles de sécurité des soins est à la base de ces taux.

L'absence de référentiels communs et agréés a pu générer des pratiques différentes ouvrant la voie à des risques de surmédicalisation, en particulier pour les pathologies prises en charge par l'assurance maladie, alors que dans les régions dépourvues et pour les populations ne disposant pas de protection sociale, la sous médicalisation continue à sévir. C'est dans ce cadre aussi qu'il faut appréhender les controverses sur les seuils pour le traitement médicamenteux de certaines maladies chroniques (HTA, Diabète, Dyslipémie..), celle sur les stents et les prescriptions de chimiothérapie dans les maladies cancéreuses.

En conclusion, on peut affirmer que :

- le patient n'est pas au centre du système, il ne ressent pas le respect et l'attention qui lui sont dûs par les professionnels et on constate souvent une incompréhension mutuelle soignant/soignés qui génère tension et agressivité
- il n'y a pas d'espace organisé pour écouter les doléances des patients et des citoyens dans les processus de gestion des structures de soins.
- les dispositifs pour assurer la sécurité du patient sont caractérisés par une faiblesse flagrante de suivi et d'évaluation.
- le risque de surmédicalisation est bien présent dans une relation symétrique et paradoxale avec la sous médicalisation des régions et des populations défavorisées ; avec des conséquences négatives sur la santé des patients et sur les dépenses pour la santé.

Pour garantir le droit à des soins de qualité, il est recommandé de :

- 1- renforcer et accélérer les programmes de l'Instance Nationale d'Accréditation en Santé visant à combler progressivement l'absence de référentiels de bonnes pratiques pour les prises en charge et pour les parcours de soins, à mettre en place et contrôler des protocoles de sécurité des soins et à promouvoir l'accréditation des structures de soins publiques et privées.

¹⁸ Première enquête nationale tunisienne de prévalence de l'infection nosocomiale : principaux résultats

2- associer l'utilisateur dans les décisions thérapeutiques.

3- prendre les dispositions pour associer les usagers et les citoyens dans l'organisation et la gestion des structures de soins.

4- porter à la surmédicalisation autant d'attention qu'à la sous médicalisation afin de prévenir les risques évitables pour la sécurité des patients et renforcer l'efficacité globale du système de soins.

VII) Le droit à la santé des femmes

1-Le droit à une maternité sans risques

La mortalité maternelle estimée à 44,8 pour 100000 naissances vivantes (2008)¹⁹ a baissé mais n'a pas atteint l'objectif du millénaire en 2015. Les disparités régionales sont importantes pour tous les indicateurs se rapportant à la maternité: mortalité maternelle, couverture par les consultations pré et postnatales, accouchement en milieu assisté, mortalité néonatale (double dans les zones rurales de celui dans les zones urbaines). Cette disparité n'a fait que s'accroître au cours des années en raison de l'inadéquation de l'infrastructure et de la distribution des ressources humaines telle qu'indiquée sur la carte sanitaire qui montre un manque important de spécialistes dans le secteur public dans les régions du Nord ouest, du Centre-ouest et du Sud.

En Tunisie, les facteurs liés au décès sont associés pour les 2/3 des cas au système de soins en rapport essentiellement avec le retard et l'inadéquation de la prise en charge, le retard du diagnostic et la défaillance de la qualité de surveillance et pour 1/7 des cas au suivi irrégulier du calendrier des visites prénatales et pour 1/5 des cas aux complications de la grossesse et la pathologie. Il s'agit donc dans 80% des cas de facteurs évitables par une amélioration de la qualité de la prise en charge de la femme enceinte du début de la grossesse jusqu'à la période postnatale²⁰.

En Tunisie, le taux des césariennes est élevé à 26.7 % (2008-2012), alors que les indications médicales ne dépassent pas 15% des accouchements²¹. Cette augmentation qui peut entraîner des complications pour la mère et l'enfant et des coûts additionnels de santé, est enregistrée surtout dans le secteur privé, et à une moindre échelle dans le secteur public et reflète une pression sociale ainsi qu'une pression des praticiens pour des raisons financières.

La santé des femmes en incarcération a été l'objet de recommandations à plusieurs reprises y compris dans les remarques adressées à la Tunisie à la suite du rapport UPR de 1999. La Tunisie a adopté la loi 2008-58 (du 4 août 2008) qui prévoit des mesures afin de protéger les détenues enceintes ou allaitantes et leurs nouveaux nés en leur allouant un endroit spécial avec accès aux soins médicaux, psychologiques et sociaux et avec autorisation de garder l'enfant jusqu'à l'âge de 1 an. L'application de la loi reste non concluante telle que documentée dans le rapport ONUFEMME.

Pour assurer le droit à une maternité sans risques et une bonne qualité des soins aux femmes au cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement, il faut :

1-généraliser la couverture pré et post-natale et assurer une bonne fonctionnalité des structures de prise en charge hospitalière locale, régionale et nationale.

¹⁹ Enquête nationale sur la mortalité maternelle 2008, publiée en 2010

²⁰ D'après une revue des décès maternels survenus dans les structures sanitaires publiques en 2013 et 2014, (Bulletin DSSB 3T 2015)

²¹ La déclaration de l'OMS indique que les taux de césarienne supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale et peuvent causer des complications majeures. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. WHO HRP. 2014.

2-agir sur les facteurs de risque environnementaux et professionnels des femmes enceintes et allaitantes

3- renforcer la solidarité sociale dans les régions vulnérables.

4- approfondir la question du taux élevé de césariennes et envisager des mesures pour les limiter aux indications médicales.

2- Le droit à la contraception et à l'avortement

Alors que l'avortement est légal et théoriquement accessible, les plaintes de femmes à qui on a refusé l'avortement médicamenteux dans les structures publiques sont en hausse atteignant 19% de femmes (étude 2012-2013)²². Les raisons du refus vont de l'âge gestationnel, au retard dû à des explorations parfois inutiles et au retard dû à une orientation vers d'autres services.

Le refus d'entreprendre la procédure d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale sur une base religieuse constitue un sujet émergeant parmi certains professionnels des soins de santé. Un mécanisme institutionnel devrait être mis en place pour gérer le conflit entre les objections religieuses dans le secteur public et le choix des femmes de mettre fin à une grossesse.

Le Planning familial qui fit de la Tunisie un modèle pour le monde arabe dans les 3 décennies passées, vit depuis l'an 2000 une stagnation de la prévalence de la contraception moderne chez les femmes mariées (autour de 50% en 2011) et une amorce d'augmentation de la fécondité et ce en dépit de bases juridiques solides²³ et d'une bonne disponibilité géographique des services. Les besoins non satisfaits en matière de contraception -7% des femmes- connaissent les mêmes disparités régionales décrites ailleurs. La stagnation est expliquée par un relâchement des efforts de promotion et d'éducation à la suite de la chute du taux de fécondité ainsi qu'une détérioration perceptible de la qualité des services et les attitudes négatives de certains prestataires du service public. En outre, les services continuent à exclure les jeunes, les adolescents et les femmes non mariées, une population qui ne cesse d'augmenter en raison du report de l'âge au mariage, ainsi que les groupes vulnérables, telles que les personnes vivant avec le VIH/Sida, les migrants et les déplacés. Les dernières enquêtes de séro-surveillance montrent la difficulté d'accessibilité des populations à risque aux services de santé reproductive. Ces personnes évitent l'utilisation de ces services de peur d'être jugées ou dénoncées. La confidentialité des services doit, par conséquent, être considérée comme une exigence fondamentale.

Pour assurer le droit d'accès universel à un paquet complet de soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, il faut:

1-renforcer les structures qui assurent ces prestations (centres de santé de base, centres de l'ONFP et médecine scolaire), leur assurer un budget conséquent et assurer une bonne coordination entre les structures centrales responsables de ces prestations (DSSB, ONFP et DMSU).

2-renforcer la formation et le coaching du personnel notamment dans l'approche basée sur le droit et le respect des choix des femmes et des adolescents et des personnes les plus vulnérables et assurer la confidentialité des services.

3-Développer les bases juridiques qui dépénalisent l'avortement et celles qui fournissent

²² Denial of abortion in legal settings. Gerds C, DePifères T, Hajri S, et al. J Fam Plann Reprod Health Care 2015;41:161-163

²³ Article 2 c de la Loi 71-46 du 2 août 1971, création et lancement du planning Familial et l'ensemble des lois qui l'ont complétée.

une base à l'avortement médicamenteux.

4- Identifier et pénaliser la propagande directe ou indirecte contre l'avortement dans les structures de santé et assurer des mesures de recours palliatif pour l'accès à la procédure sans perte de temps.

3- La violence à l'égard des femmes et des enfants

D'après l'enquête nationale de 2010²⁴ 47,6% des femmes âgées de 18 à 64 ans déclarent avoir subi au moins une des multiples formes de violence (sexuelle, physique, verbale, autre..) pendant toute leur vie et le tiers durant les 12 derniers mois. L'incidence de la violence est supérieure au sein de la famille ou aux mains d'un partenaire intime.

La persistance de valeurs patriarcales, le manque d'éducation publique, les lois ambiguës, les problèmes dans la gestion des victimes par les institutions publiques (police et justice), les problèmes de la prise en charge dans les centres de soins, et au sein des communautés fait de ce sujet une urgence sociale à aborder de façon concrète et rapide²⁵.

Les lois et les programmes doivent développer la coordination entre les secteurs concernés: santé, police et justice, et assurer la formation des personnels. Un projet de loi intégrale a été préparé depuis 2014 par une commission inter sectorielle. Ce projet de loi est entre les mains de l'Assemblée des Représentants du Peuple mais, à ce jour, n'a pas été adopté.

En cas de violence, les urgences des hôpitaux sont souvent le premier point de contact. D'où l'importance de ce contact qui doit fournir l'assistance médicale et psychologique adéquate et documenter les éléments nécessaires au suivi médical et judiciaire. Malheureusement, des cas d'accueil hostile et de non respect de la confidentialité ont été fréquemment rapportés par les victimes.

Les services de soins ont un rôle important dans la prise en charge des femmes victimes de violences :

1-La formation et la sensibilisation du personnel de santé est primordiale afin de prendre en charge correctement les femmes victimes de violence et de dépister les victimes de violence à l'occasion de consultations ordinaires en gagnant leur confiance et à travers un traitement et des orientations adaptés.

2-La création dans chaque gouvernorat d'un centre de référence de prise en charge médicale des femmes ayant subi des violences avec un personnel formé est fortement recommandée.

VIII) Le droit à la santé des jeunes

En raison de la transition démographique et de la baisse de la fécondité, le nombre de jeunes a augmenté et continuera d'augmenter jusque en 2025. L'âge au mariage est en recul depuis plusieurs années²⁶.

Le système éducatif ne répond plus aux aspirations des jeunes et de ce fait les échecs et la

24 Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie. ONFP décembre 2010.

25 Rapport Annuel Tunisie 2013 UNICEF

26 INS Bulletin flash démographie, 2016

dépense scolaire sont très importants (autour de 100 000 abandons scolaires par an). Des taux de chômage élevés auprès des jeunes entravent leur insertion dans le tissu économique : un jeune âgé entre 19 et 25 ans sur sept est au chômage (enquête INS et BIT 2014). Le chômage vécu par ces jeunes est, de plus, de longue durée, Cent mille jeunes âgés entre 15 et 19 ans ne sont ni scolarisés, ni en formation professionnelle, ni insérés dans le marché de l'emploi²⁷.

D'après l'enquête nationale sur la santé des enfants scolarisés (2000) les adolescents sont sujets à des symptômes dépressifs, particulièrement la tranche d'âge 15-17 ans et les filles (dont le risque est double par rapport aux garçons). Chez l'enfant et l'adolescent, les principaux facteurs de risque des tentatives de suicide sont des facteurs liés au milieu familial (dont les conflits avec les parents, la dissolution de la famille, les difficultés de communication et les violences intrafamiliales), l'échec scolaire et l'existence d'antécédents personnels notamment psychiatriques. Le taux de suicide estimé entre 6 et 7/100.000, est inférieur au taux moyen mondial de 16/100.000²⁸ mais la situation s'est exacerbée depuis 2011, surtout avec la détérioration du fonctionnement des institutions publiques, la récession économique, et le manque de loisirs²⁹.

L'épidémie de tabagisme touche 1/5 des élèves âgés entre 13 et 15 ans (année scolaire 2014/2015, Direction de la médecine scolaire et universitaire). L'initiation au tabac dès l'adolescence est favorisée par la banalisation du tabac, la grande accessibilité du produit, l'influence des amis, des parents, la présence de troubles psychiatriques, la présence d'événements indésirables dans l'enfance, et la consommation d'autres produits psychoaffectifs. Les garçons sont plus exposés que les filles. Plus d'un jeune sur 10 parmi les jeunes interrogés a consommé de la drogue. L'enquête dans la localité de la Médina concernant les lycéens a montré que la consommation de drogues touchait 10 fois plus les garçons que les filles, et que ces jeunes étaient issus de groupes sociaux extrêmes (parents aisés ou inactifs). La consommation des drogues est difficile à mesurer en raison de la politique de répression et les données collectées sont sous estimées, occultant à la fois le symptôme et le facteur de vulnérabilité. Les jeunes demeurent la cible de l'industrie du tabac et des réseaux de distribution de drogue³⁰.

Le manque d'informations correctes et précises dans le domaine de la santé sexuelle et de reproduction augmente la vulnérabilité de nombreux jeunes à l'égard des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, les grossesses non désirées et la violence. L'accès des jeunes aux services de santé est limité en raison du manque de couverture sociale, et du manque d'aptitude des structures de santé à répondre aux besoins spécifiques des jeunes et à respecter leur sensibilité, dignité et confidentialité.

La médecine scolaire et universitaire en Tunisie, s'est beaucoup développée depuis les années 70 et comporte indéniablement de nombreux acquis. Mais les insuffisances et les difficultés sont nombreuses. Elles sont dues à:

- (a) une insuffisance de moyens humains et matériels, en particulier dans les régions de l'intérieur;
- (b) des difficultés et des retards de la prise en charge des cas dépistés;
- (c) des difficultés de prise en charge des nouvelles pathologies comme les conduites addictives et la violence. La médecine scolaire et universitaire est fondamentale pour assurer la santé des enfants et des jeunes et doit bénéficier des moyens humains et nécessaires pour réaliser ses objectifs. Un travail d'évaluation et de réflexion est à mener pour élaborer de nouvelles stratégies plus efficaces et mieux adaptées à la réalité d'aujourd'hui.

27 Surmonter les barrières à l'Inclusion des Jeunes; Groupe Banque Mondiale. Tunisie- 2014

28 Hechmi Zouhair

29 La stratégie nationale de santé mentale et le rapport de l'Unicef concluent à la tendance à l'augmentation de l'exposition des jeunes à des comportements à risque

30 Enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements à risque en Tunisie- Association Tunisienne de lutte contre les MST/SIDA – Tunis 2014

Pour garantir le droit à la santé des jeunes, il est recommandé :

1- d'agir sur les déterminants des conduites addictives et du suicide. Le contexte familial et la vie de quartier où la violence semble avoir augmenté, doivent faire l'objet de campagnes d'éducation et d'appui social.

2-d'accorder une priorité de rang élevé à la Médecine scolaire et universitaire, de la renforcer et d'évaluer ses performances périodiquement.

3- d'améliorer l'accès des jeunes aux services de santé et à l'information, en généralisant et en renforçant les centres régionaux de médecine scolaire et universitaire, et en multipliant les espaces jeunes, dans les centres de l'ONFP, dans les grands centres de santé de base et dans les hôpitaux.

IX) Le droit à la santé des personnes présentant un handicap

La prévalence nationale de 2.3 % de personnes présentant un handicap dans la population générale est sous-estimée d'après l'OMS³¹ et les autres organisations onusiennes en raison de la définition restrictive du handicap utilisée par l'INS pour le recensement général de la population. La sous- estimation est aussi expliquée par le stigma lié au handicap notamment en cas de déficit mental, et a la non-disponibilité des services médicaux de diagnostic notamment des spécialités médicales dans les régions défavorisées: psychiatres, pédopsychiatres, ophtalmologues, ORL et orthopédistes. De grandes disparités régionales caractérisent le taux d'encadrement des handicapés.

Les problèmes d'accès physique et d'acceptabilité des patients handicapés dans les services de santé publics et privés et aux services administratifs de santé (ministère, caisses sociales notamment la CNAM) ainsi que le plafonnement de remboursement par la CNAM de l'appareillage orthopédique et de réhabilitation exacerbent l'iniquité. Cette situation est aggravée par les préjugés et par les services éducatifs et les médias qui véhiculent une image centrée sur la compassion et la charité vis-à-vis des handicapés au lieu d'une démarche basée sur les droits.

Toutefois il faut reconnaître les acquis en matière de législation relative aux droits des handicapés, à la faveur d'une mobilisation de la société civile nationale et le soutien des organismes internationaux. L'article 48 de la Constitution protège les handicapés de toute forme de discrimination et plusieurs articles de la loi d'orientation sont en rapport avec le droit aux différents services de santé.

Au total, pour assurer le droit à la santé des personnes présentant un handicap, il est nécessaire et urgent :

1- de développer une base de données des personnes présentant un handicap, basée sur la définition internationale, pour assurer l'accès physique aux services publics et administratifs.

2- d'assurer la prévention primaire (dépistage des maladies congénitales- consanguinité-traumatismes lors de l'accouchement) et secondaire (mesures correctives afin de limiter l'évolution..) qui sont le meilleur moyen de prévention du handicap.

³¹ Rapport mondial sur le handicap 2011, OMS et Banque Mondiale. Publié en 2012

3- d'adapter les services médicaux aux normes internationales.

4- d'assurer le suivi de l'application des lois concernant les personnes présentant un handicap.

X) Le droit à la santé des migrants

Il n'existe pas de statistiques fiables sur les immigrants en Tunisie et les estimations situent leur nombre entre 80000 et 200000 dont la grande majorité est représentée par les réfugiés Libyens³². Les conventions internationales, ratifiées par la Tunisie, reconnaissent le droit à la santé pour les migrants y compris la résolution 61.17 sur la santé des migrants de l'OMS en 2008. Toutefois le dispositif légal tunisien relatif aux immigrants n'est pas bien développé (pas encore de loi sur l'asile et la traite des personnes) et les lois relatives à la résidence et au travail des immigrants doivent être amendées pour s'adapter aux nouvelles conditions du profil migratoire tunisien.

Les immigrants peuvent être groupés en trois catégories :

(a) Les émigrés en situation régulière qui disposent d'une couverture médicale, ont accès aux services de santé dans les structures publiques et privées. Le conflit politique en Libye, influe négativement sur l'accès aux cliniques privées des réfugiés libyens eu égard aux arriérés importants de paiement des autorités sanitaires libyennes.

(b) Les travailleurs réguliers, originaires essentiellement du Maghreb Arabe, en principe couverts par la CNSS, peuvent de ce fait accéder aux services de la CNAM. Cette population souffre souvent d'une sous déclaration ou de non déclaration à la CNSS ce qui limite leur droit à la santé. Cette catégorie englobe les étudiants étrangers originaires de pays Maghrébins.

(c) La troisième catégorie, pour laquelle nous ne disposons pas de statistiques fiables trouve des difficultés d'accès aux services de santé. Seuls les réfugiés inscrits au Haut Commissariat des Réfugiés des Nations Unis à Tunis (800) disposent d'une petite pension et d'un accès aux services de santé. Le reste des migrants, en situation souvent irrégulière, bénéficient de soutien par la société civile, les services publics du Ministère des affaires sociales et le Croissant rouge Tunisien.

La précarité économique des réfugiés en fait une proie facile pour les réseaux mafieux qui les incorporent dans la mendicité et autres formes de crimes organisés tels que confiscation de passeports, longues journées de travail sans repos, absence de soins médicaux, abus sexuels, etc.

Pour garantir le droit à la santé des migrants, il est fondamental :

1- de respecter les obligations constitutionnelles de protéger le droit d'asile et les conventions internationales ratifiées par la Tunisie et relatives aux droits humanitaires par l'adoption de nouveaux textes de lois relatifs aux droits et obligations des migrants y compris au droit à la santé.

³² A partir des données du Ministère des affaires sociales

2- d'assurer l'accès des migrants aux soins préventifs et de faciliter l'accès aux soins curatifs à ceux qui ne disposent pas de couverture sociale.

3- Il faut également identifier et pénaliser les agences intermédiaires de placement mal-intentionnées et les réseaux de traite des personnes dont sont victimes les immigrants.

XI) Le droit d'accès aux soins sans difficultés financières pour les usagers.

Aujourd'hui cinq faits majeurs illustrent les problèmes et les difficultés d'accès à des services de santé de qualité sans difficultés financières pour les usagers :

1- Une part relativement importante de la population n'est pas affiliée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ou ne bénéficie pas de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) et par conséquent ne dispose d'aucune couverture sociale pour la santé. Cette part a été estimée en 2010 par l'INS à 21,7% de la population, soit plus de 2 millions de personnes³³. Les disparités régionales sont importantes : dans la région du Centre Ouest, presque le tiers de la population (32,3%) n'a pas de couverture sociale pour la santé.

2- Les dépenses publiques de santé (État + CNAM) ont été estimées dans les Comptes de la santé 2013 à 4,4% du PIB³⁴. Ce taux est insuffisant pour assurer la couverture santé universelle.

3- La part des dépenses directes des ménages (out of pocket) dans les dépenses totales de santé est à un niveau élevé. Elle a été estimée à 37,5% en 2013 par les Comptes de la santé. Il s'ensuit que les « dépenses catastrophiques de santé » sont à un niveau élevé et entraînent pour certaines familles un basculement sous le seuil de pauvreté. Les dépenses directes des ménages exposent au risque de « dépenses catastrophiques de santé » dont l'incidence est estimée à 1,8% en 2013 et qui sont à l'origine de 1,1% d'incidence de pauvreté pour causes de dépenses de santé.

4- Le secteur public de la santé est défaillant. Les usagers du secteur public de la santé qui représentent les trois-quarts de la population environ (bénéficiaires de l'AMG et affiliés à la CNAM ayant opté ou mis dans la filière publique) ont de grandes difficultés à bénéficier de services de qualité suffisante pour être efficace et sont parfois contraints de recourir aux services payants du secteur privé.

5- La CNAM présente une distorsion majeure. En 2013, 66,4% des affiliés à la CNAM étaient dans la filière publique et 33,6% dans les filières privées. Mais la part du secteur privé dans les dépenses de la CNAM est plus importante que la part du secteur public. Or les assurés à faible revenu choisissent essentiellement la filière publique, alors que les assurés à revenu moyen et élevé choisissent généralement les filières privées. Il en résulte une iniquité flagrante et une entorse grave à la solidarité : les affiliés à faible revenu finançant les soins des affiliés à revenu plus élevé.

Pour assurer le droit d'accès à des soins de qualité, sans difficultés financières pour les usagers, il faut mettre en œuvre dans le cadre d'une réforme globale de la santé, une réforme du financement de la santé basée sur les axes suivants :

³³ Enquête nationale sur les dépenses, la consommation et le niveau des ménages 2010, vol C : enseignement, couverture santé et soins. Institut National de la Statistique.

³⁴ Comptes de la santé 2013. Ministère de la santé.

1- Augmenter les ressources consacrées à la santé et diminuer la part des dépenses directes des ménages.

- a. Augmenter les dépenses publiques de santé (État+ CNAM) pour arriver à au moins 5% du PIB.
 - b. Réduire la part des dépenses directes des ménages dans les Dépenses totales de Santé à un taux inférieur à 20%.
 - c. Améliorer le budget du Ministère de la santé (hors ressources propres des établissements de santé) pour atteindre un niveau de 7% du budget de l'État.
- Différentes propositions peuvent être envisagées pour mobiliser des ressources additionnelles pour la santé.

2- Procéder à une réforme majeure de la CNAM visant à mettre en œuvre un système de couverture santé universelle.

- a. Mettre en place des mécanismes d'extension de la couverture du risque maladie, dans le cadre de la réforme de la CNAM, aux personnes actuellement non couvertes.
- b. Intégrer l'AMG dans la CNAM pour assurer l'équité entre tous les citoyens. La notion d'indigent et d'AMG doit disparaître et être remplacée par la notion de couverture santé universelle (CSU). Les critères d'attribution de la gratuité des soins évoquée dans l'article 38 de la Constitution « pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes » doivent être précisés et respectés.
- c. Réviser les filières de la CNAM, renforcer la place et le rôle du médecin de famille public et privé et supprimer la filière du remboursement.
- d. Procéder à une évaluation du panier de soins offert par la CNAM et le réviser en fonction des priorités de la stratégie nationale de santé.
- e. Moderniser et rationaliser la gestion de la CNAM pour corriger en particulier les graves insuffisances constatées dans le dernier rapport de la Cour des comptes.

3- Améliorer l'efficacité du système de financement de la santé et rationaliser les dépenses de santé dans le secteurs public et le secteur privé.

- a. Rationaliser les investissements dans le secteur de la santé par la mise en place d'une carte sanitaire et de mécanismes de régulation de l'offre de soins publique et privée, en accordant la priorité aux régions défavorisées.
- b. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie sectorielle de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.
- c. Mettre en place une politique du médicament et des technologies de santé et promouvoir une liste de médicaments essentiels.
- d. Augmenter les ressources consacrées au budget de fonctionnement du secteur public et prévoir les allocations nécessaires pour financer les programmes de promotion de la santé.
- e. Introduire des normes de bonnes pratiques et des référentiels de traitement, pour améliorer la qualité et l'efficacité des services dans le public et dans le privé et en faire la base de la prise en charge par la CNAM.

XII) La corruption : un obstacle à l'accès aux soins

Le secteur de la santé est aujourd'hui perçu comme un secteur particulièrement touché par la corruption.

L'Institut National de la Statistique (INS) a publié en novembre 2015 les résultats d'une enquête³⁵ sur «la perception du citoyen de la sécurité, des libertés et de la gouvernance locale» d'où il ressort que la santé est considérée comme un secteur corrompu par 67% des citoyens, ce qui la place en 2ème position, après les services de sécurité, dans la listes des secteurs considérés comme les plus corrompus.

L'Association Tunisienne des Contrôleurs Publics (ATPC) a publié en 2015 une excellente étude sur la petite corruption «Petite corruption, le danger banalisé»³⁶. Selon les résultats de cette enquête les services de santé sont cités par 91% des répondants comme étant touchés par la corruption, dont 66 % les considèrent comme très touchés par la corruption. La santé dans cette enquête vient en 4ème position dans la liste des secteurs perçus comme étant les plus corrompus, après les services de sécurité, la douane et la justice.

La corruption dans la santé est un phénomène qui a pris de l'ampleur et qui ne peut plus être ignoré. La perception qu'a le citoyen du système de soins est gravement affectée par la corruption qui sévit dans le secteur. La question est donc au centre de la problématique générale du système de santé et au cœur du débat sur la réforme de la santé. « La corruption dans le secteur de la santé constitue le reflet des défis structurels qui caractérisent le système de la santé »³⁷.

La corruption peut toucher les prestataires de soins (vols de médicaments et de fournitures médicales, paiements informels, fraude, absentéisme), le circuit du médicament, le budget et les marchés publics de la santé.

1- Corruption et prestataires de soins

Les citoyens consultés dans les rendez-vous citoyens (du Dialogue sociétal sur la santé) considèrent que la corruption est un « fléau bien répandu dans le secteur: «pour bénéficier d'un service il faut donner l'argent»; «le personnel de la santé oriente les malades vers le secteur privé»; «vente de médicaments»; «falsification et vente des certificats médicaux»; «jeu de vignettes (abus) collés sur des ordonnances sans livraison de médicaments»; «le corps médical utilise l'infrastructure publique pour gagner de l'argent (malades qui paient à l'hôpital et APC)» du document « Les rendez-vous régionaux » ; les professionnels relèvent aussi le manque d'assiduité du personnel existant marqué par de forts taux d'absentéisme et la situation de «cadres qui ne font pas leur travail ». « Les professionnels constatent aussi des déviations et avisent sur la propagation de la corruption qui touche toutes les catégories professionnelles, en particulier par un exercice mixte (public-privé) illicite »³⁸.

Il n'y a pas d'étude globale sur la corruption chez les prestataires de soins. Les données disponibles sont fragmentaires. Dans l'enquête INS citée plus haut, 10% des personnes interrogées ont déclaré avoir bénéficié d'avantages grâce au népotisme dans la santé. Les données disponibles de l'enquête ATPC concernent la petite corruption dans tous les secteurs et il n'y a de données spécifiques à la petite corruption dans le secteur de la santé.

De nombreux cas de détournement de clientèle vers le secteur privé, de fuites de matériel et

35 Enquête nationale sur la perception par le citoyen, de la sécurité, des libertés et de la gouvernance locale en Tunisie. Institut National de la Statistique, octobre 2015.

36 La petite corruption : le danger banalisé. Étude exploratoire sur la perception de la petite corruption. 2015. Association Tunisienne des Contrôleurs Publics.

37 La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, méthodes, outils et bonnes pratiques. PNUD, octobre 2011.

38 Les rendez-vous régionaux de la santé. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé, 2014.

de médicaments ont été rapportés. Le fait que certains professionnels de santé exerçant dans le secteur public aient également une activité légale ou illégale dans le secteur privé favorise directement ou indirectement ce genre de pratiques. L'activité privée complémentaire (APC) dont bénéficient certains médecins universitaires et l'activité privée régionale (APR), dont bénéficient certains médecins spécialistes dans les hôpitaux régionaux, donnent le mauvais exemple aux autres professionnels de santé et contribuent à la propagation de la corruption dans le secteur.

Le renforcement du contrôle et la sanction des cas avérés de corruption sont importants mais insuffisants. Il faut identifier les principaux facteurs qui favorisent la corruption chez les prestataires de soins pour pouvoir agir «en amont» sur ces facteurs. Plusieurs de ces facteurs sont en rapport avec l'organisation et les insuffisances du système de soins.

2- La corruption dans le circuit du médicament

L'OMS, a lancé en 2004 le programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique³⁹. L'objectif de ce programme est de réduire la corruption dans ce secteur par l'application de procédures administratives transparentes et fiables et la promotion de pratiques éthiques chez les professionnels de la santé. Ce programme comporte trois phases :

1. La phase I évalue la transparence du système pharmaceutique national et son degré de vulnérabilité à la corruption et/ou aux pratiques non-éthiques dont les résultats sont collectés sous forme d'un rapport d'évaluation.
2. La phase II vise à développer un programme national de bonne gouvernance qui se base sur les résultats de la phase I et qui doit être officiellement adopté par le pays concerné.
3. La phase III consiste en la mise en œuvre d'un Programme National de Bonne Gouvernance

En Tunisie, une étude d'évaluation de la transparence du secteur pharmaceutique public a été réalisée en 2012, dans le cadre du programme de bonne gouvernance des médicaments de l'OMS. Un résumé de cette étude a été présenté à la presse en novembre 2014 et publié (Bulletin du CNOM n°37 décembre 2014).

Les résultats ont montré que la promotion des médicaments est très vulnérable à la corruption, ensuite viennent le secteur de l'inspection et des essais cliniques. L'enregistrement, l'octroi de licences d'exploitation, l'approvisionnement et la distribution des médicaments sont les moins vulnérables à la corruption.

Cette étude a été achevée et présentée lors d'une conférence de presse en novembre 2014. Qu'est-ce qui a été fait depuis cette date pour assurer le suivi de cette évaluation ? Le passage à la phase 2 du programme de l'OMS se fait attendre. La Tunisie est en retard dans ce domaine. Sur les 37 pays participant au programme, 11 pays (dont plusieurs pays africains) sont à la phase II et 12 pays sont déjà à la phase III. Il est nécessaire de passer rapidement à la phase 2 et élaborer le programme national de bonne gouvernance du secteur du médicament et de la pharmacie, en se basant sur les recommandations du rapport d'évaluation.

3- Le budget et les marchés publics de la santé

Le domaine des marchés publics est particulièrement vulnérable à la corruption, parce qu'il est très complexe, parce qu'il mobilise des moyens financiers importants (le tiers du budget de la Tunisie) et parce qu'il met en relation le secteur public et le secteur privé.

³⁹ Bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques. Promotion de la transparence dans la réglementation et l'acquisition des médicaments. OMS 2007.

Plusieurs études ont été réalisées en Tunisie après 2011 sur le renforcement du cadre d'intégrité dans le secteur public et sur les marchés publics par l'OCDE⁴⁰ et par la commission supérieure des marchés avec le soutien de la BAD⁴¹. Ces études ont abouti à des recommandations qui n'ont été que partiellement reprises dans le Décret portant réglementation des marchés publics n° 2014-1039 du 13 mars 2014. La société civile et les experts indépendants ne sont pas représentés dans les différentes commissions de contrôle des marchés, ce qui affecte la transparence et l'indépendance de ces organismes.

4- Pour un Plan stratégique de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé

La corruption constitue un obstacle pour l'accès aux soins aux populations défavorisées et aux groupes vulnérables, a un impact négatif sur le bon fonctionnement des structures de soins et entraîne une déperdition significative de ressources (détournées au profit des corrompus). Elle constitue, par conséquent un obstacle au droit à la santé qui doit être levé.

Un Plan stratégique de prévention de la corruption dans le secteur de la santé est aujourd'hui une nécessité. Il doit s'appuyer sur une évaluation fiable. On dispose aujourd'hui d'une évaluation fiable du secteur du médicament et de la pharmacie. Cette évaluation est à compléter par une enquête sur la corruption chez les prestataires de soins et un audit externe des marchés publics de la santé.

Les recommandations préconisées pour lutter contre la corruption chez les prestataires de soins et dans le secteur du médicament doivent s'intégrer dans une réforme globale du secteur de la santé. Plusieurs mesures peuvent être associées, dont :

- 1- l'amélioration de l'offre de soins et de la qualité des services de santé,
- 2- l'abolition progressive de l'activité privée complémentaire (APC) et de l'activité privée régionale (APR) associée à la mise en place d'un système de rémunération à la performance,
- 3- l'amélioration de l'accès à l'information et l'obligation de transparence des procédures.
- 4- la mise en place une politique basée sur les médicaments essentiels.
- 5- la nécessité de légiférer à l'instar de la communauté internationale en matière de cadeaux et de soutien financier aux professionnels.
- 6- l'amélioration des mécanismes de contrôle à tous les niveaux.

L'association effective de la société civile à toutes étapes du Plan stratégique sectoriel ainsi que la transparence sur toutes les activités du Plan sont des conditions indispensables à la réussite.

40 Scan d'intégrité Tunisie. OCDE CleanGovBiz, juin 2013

41 Rapport final sur l'évaluation du système national de passation des marchés publics. Commission supérieure des marchés avec le soutien de la BAD, Présidence du gouvernement, 2012.

XIII) Participation des usagers et démocratie sanitaire

La notion de démocratie sanitaire est une démarche qui vise 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. En réduisant l'asymétrie de l'information entre le professionnel de santé et l'utilisateur et en mettant en place des mécanismes de participation aux décisions, elle permet au citoyen de devenir acteur de sa santé.

Elle est le résultat d'une évolution mondiale qui met l'accent sur le rôle de la participation communautaire dans le système de santé. En 1978, la conférence d'Alma-Ata avait mis l'accent sur l'importance de la participation de la population. En 2000, Le CODESC dans l'Observation générale n° 14 sur le droit à la santé précise « Promouvoir la santé passe nécessairement par l'association effective de la collectivité à la définition des priorités, à la prise de décisions, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie visant à améliorer la situation en matière de santé. Il n'est possible de mettre en place de bons services de santé que si l'État s'assure à cette fin de la participation de la population».

En Tunisie. La notion de participation communautaire est introduite formellement dans le système de santé depuis l'adoption par la Tunisie de la stratégie des soins de santé de base en 1980 avec le conseil régional de la santé au niveau de chaque gouvernorat et les conseils locaux de santé, où tous les secteurs de développement sont représentés et leur participation spécifique sollicitée. Les élus locaux et régionaux représentant généralement le Parti unique au pouvoir font partie de ces conseils. Malgré le contexte général antidémocratique du pays avant 2011, et le fort risque d'instrumentalisation, beaucoup d'équipes sanitaires locales ou régionales ont pu développer des programmes nationaux prioritaires (telles les vaccinations, la santé de la femme, la qualité de l'eau, l'hygiène et l'assainissement...) avec une implication effective des membres des conseils locaux et régionaux.

Après 2011, la principale expérience de démocratie sanitaire a été le Dialogue sociétal dont la première phase s'est déroulée d'octobre 2012 à septembre 2014. Le processus du Dialogue sociétal a fait preuve d'innovation en associant les parties prenantes et en impliquant les personnes ressources dans une démarche systématique d'analyse de situation et de génération de pistes pour le futur, autour des problématiques majeures soulignées par le feuille de route⁴². Le travail en groupe thématique ouvert ainsi que la mise en commun pour l'État des Lieux (Kairouan, mars 2014) dans le cadre d'une conférence inclusive ont permis d'enrichir l'analyse et de renforcer son appropriation. L'implication des professionnels, de la société civile et des citoyens⁴³ dans toutes les régions du pays avait permis au dialogue de s'ouvrir et de s'enrichir des perceptions et attentes différentes :

- Un processus aussi exhaustif exige flexibilité, complémentarité et synergie dans l'évolution des travaux ainsi que du temps nécessaire pour bien boucler une étape et passer à la suivante dans une dynamique d'inclusion et d'appropriation. Ce ne fut pas toujours le cas. Des moments "d'hibernation" et de forte accélération ont alterné durant le processus avec parfois des effets sur le degré d'implication et ou d'engagement des parties prenantes.
- Une faiblesse importante dans le processus du dialogue sociétal fut l'insuffisance d'approches spécifiques et politiques pour mieux impliquer et obtenir l'engagement des parties prenantes qui étaient parfois juste "présentes/absentes" dans le dialogue tel

⁴² Évolution de l'état de santé de la population compte tenu de la transition démographique et épidémiologique, prise en compte par les politiques publiques des déterminants sociaux de la santé, analyse du système de santé et identification des défis pour l'accès universel à des soins de qualité, perception et attentes de la population et des différents acteurs du secteur.

⁴³ Dans le cadre des rendez-vous régionaux mais aussi dans le cadre innovant et perfectible du jury citoyen

que les syndicats, les corporations des professionnels, les représentants du privé (libre pratique et industriel), les autres secteurs et les institutions politiques du pays (partis politiques, assemblée..).

- La gouvernance et la gestion du dialogue sociétal a associé la classique gestion de projet (comité de pilotage, comité technique, point focal..) aux formes innovantes d'analyse, de discussion et de communication. Il a manqué un peu d'audace et d'initiative pour (i) entreprendre des approches spécifiques visant à engager certaines partie-prenantes (ii) pour prendre la balle au bond à l'occasion de certaines polémiques ou incidents critiques et publics et élargir le débat sur certaines questions (iii) donner toute son importance au processus politique du dialogue au-delà, avant et après les grands rendez-vous et conférences, afin d'assurer des suites effectives aux questions débattues et mûries pour les décisions et la mise en œuvre des changements agréés.

Plus de deux ans après la conférence nationale sur la santé (2-4 septembre 2014), La deuxième phase du dialogue sociétal n'a pas encore effectivement démarré. Elle devait pourtant élaborer de façon participative et inclusive la nouvelle politique/stratégie nationale de santé en bâtissant sur l'expérience et les acquis de la première phase. C'est dire la fragilité qui affecte un processus visant à évoluer vers un mode de gouvernance plus transparent et plus participatif.

Des expériences régionales de démocratie sanitaire ont eu lieu comme celle de la région de Gafsa, menée par Médecins du Monde Belgique et Sahatouna. Cette expérience montre que les administrations régionales et les ONG peuvent travailler ensemble à l'élaboration d'un projet régional de santé répondant aux besoins de la région.

Aujourd'hui, à partir de l'expérience tunisienne et des expériences internationales, une réflexion est à entreprendre sur la notion de démocratie sanitaire et sa relation avec le droit à la santé, sur les conditions à préparer pour qu'une nouvelle culture émerge et que la démarche qui en découle soit adoptée par les différentes parties prenantes et pour garantir leur participation effective à cette démarche; l'objectif étant de permettre au citoyen-usager de devenir acteur de sa santé. La Tunisie est en train de faire ses premiers pas sur le chemin de la démocratie sanitaire. Dans cette perspective, nous avançons les propositions suivantes :

La première concerne la relation entre le soignant et le soigné qui est par nature asymétrique et déséquilibrée. Il est donc nécessaire d'équilibrer cette relation par une réglementation et par un contrepoids qui permet d'exercer une fonction de vigilance afin d'assurer le respect effectif des droits des patients. Dans une première étape, des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées et des cellules d'écoute des patients et de leurs familles sont à mettre en place. Dans une seconde étape, une représentation des usagers dans les établissements de santé, sous la forme de comités d'usagers, par exemple, est à envisager pour réaliser ce contrepoids et exercer cette fonction de vigilance. Mais la mise en place de canaux de communication avec les équipes de soins et la représentation des usagers ne sont pas simples. Il faut d'abord convaincre les professionnels de la santé de l'intérêt d'une telle démarche. Il faut ensuite que le comité d'usagers dispose des moyens nécessaires pour accomplir sa tâche en termes d'accès à l'information et en termes d'appui des instances de décision. Il faut également qu'il dispose des moyens de formation nécessaires et qu'il soit représentatif du plus grand nombre d'usagers de l'établissement. Il doit enfin préserver son autonomie et éviter d'être instrumentalisé.

La deuxième proposition concerne la participation des citoyens aux choix concernant la santé au niveau local. La Constitution a prévu d'accorder de larges pouvoirs aux collectivités locales, en particulier en ce qui concerne les programmes de développement et l'aménagement du territoire. Son article 139 dit : « Les collectivités locales adoptent les mécanismes de la démocratie

participative et les principes de la gouvernance ouverte, afin de garantir une plus large participation des citoyens et de la société civile à l'élaboration des projets de développement et d'aménagement du territoire et le suivi de leur exécution, conformément à la loi. »

Ces mécanismes de démocratie participative locale doivent être établis en collaboration avec la société civile. Dans ce cadre, et dans le domaine de la santé, la circonscription sanitaire a un rôle fondamental à jouer. La participation communautaire est une dimension importante de la fonctionnalité d'une circonscription. Une circonscription sanitaire efficiente et dynamique, impliquant et faisant participer la communauté aux décisions concernant la santé, constitue le meilleur exemple d'une démocratie sanitaire locale. Or les différentes évaluations réalisées, et en particulier la dernière évaluation de 2015, ont montré que la participation communautaire était particulièrement faible. Il faut donc remédier à ces insuffisances. L'initiative doit venir à la fois des professionnels de la santé, des associations locales et des citoyens, et bénéficier du soutien des décideurs régionaux et nationaux.

La troisième proposition concerne l'organisation du débat public national sur les questions de santé. La Conférence nationale de la santé de septembre 2014 a été l'amorce d'un débat public national sur la santé, qui malheureusement et à ce jour, ne s'est pas poursuivi. Les travaux de la commission sectorielle santé du Plan quinquennal 2016-2020 ont été arrêtés prématurément début janvier 2016 et bâclés et l'occasion a été ratée de relancer le débat. Le démarrage de la deuxième phase du Dialogue sociétal sur la santé qui doit déboucher sur l'élaboration d'une stratégie nationale de santé de manière participative et inclusive, s'il se confirme, pourra être l'occasion d'un véritable débat public national sur la vision du système de santé, sur les priorités et sur les modalités de mise en œuvre.

Mais, il faut penser à mettre en place des structures régulières de débat public sur la santé au niveau régional et au niveau national. Une conférence régionale de santé périodique avec une large participation de la société civile et de tous les secteurs est nécessaire pour une mise en œuvre et un meilleur suivi de la politique sanitaire au niveau de la région. La conférence régionale de la santé de l'année de préparation du Plan quinquennal est particulièrement importante parce qu'elle établit les priorités de la région, les programmes à réaliser durant les 5 prochaines années et négocie avec le niveau national les ressources à mobiliser. On peut proposer le même schéma au niveau national avec une grande Conférence nationale de la santé tous les 5 ans pour discuter des priorités et établir les programmes et une conférence périodique pour assurer le suivi de ces programmes.

La démocratie sanitaire vise à impliquer les citoyens et à renforcer leur engagement envers les programmes de santé et à encourager l'expression de valeurs démocratiques. Elle peut contribuer à accroître l'efficacité du système de santé. Mais le chemin à suivre est long, difficile et semé d'embûches. Des dérapages et des instrumentalisation sont toujours possibles. Pour limiter les risques, on peut envisager un certain nombre de mesures comme la formation des représentants des usagers pour qu'ils soient en mesure de discuter des questions de santé qui sont souvent complexes, le partage le plus large de l'information et la mise en place de mécanismes de contrôle et de redevabilité.

Pour avancer dans la voie de la démocratie sanitaire, nous proposons de :

- 1- Mettre en place des cellules d'écoute de patients et des comités d'usagers dans les établissements sanitaires.
- 2- Assurer une participation effective des citoyens aux choix et à la mise en œuvre des programmes de santé au niveau local et développer de la dimension communautaire de la

circonscription sanitaire.

3- Tenir une conférence périodique sur la santé dans les régions et au niveau national avec la participation effective de la société civile.

XIV) Comment mettre en œuvre le droit à la santé ?

Quels sont les mécanismes à mettre en place pour permettre à tous de bénéficier des dispositions de l'article 38 sur le droit à la santé ?

1- L'élaboration d'une stratégie nationale de santé est la pierre angulaire du dispositif de mise en œuvre du droit à la santé

L'objectif de la stratégie nationale est de réaliser en profondeur une réforme de la santé pour assurer le droit à la santé à tous. Les axes de cette stratégie ont été abordés dans ce rapport : santé dans toutes les politiques, consensus sur les priorités sanitaires, carte sanitaire et régulation du secteur privé, réforme de la CNAM et couverture santé universelle, stratégie de bonne gouvernance et de prévention de la corruption, qualité des services de santé et démocratie sanitaire.

Le système de santé continue à être géré au jour le jour sans vision d'ensemble et sans plan directeur quoiqu'en disent les responsables. A ce propos, Il faut relancer le Dialogue sociétal sur la santé et démarrer rapidement la deuxième phase qui doit préparer un projet de stratégie nationale de santé qui sera soumis à un débat national avant d'être adopté officiellement. La nouvelle stratégie doit être conçue selon une approche globale qui doit veiller à l'équilibre entre les programmes promotionnels et préventifs et les programmes curatifs, entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers publics et privés et entre la contribution financière de l'État, celle des assurances sociales et celle des ménages.

2- Une loi cadre pour la mise en œuvre du droit à la santé est indispensable pour mettre en place les mécanismes d'application de l'article 38 de la Constitution

L'article 38 de la nouvelle Constitution tunisienne, adoptée en 2014, dit : « Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi. »

D'autres articles de la Constitution consacrent des droits économiques et sociaux, qui ont un rapport étroit avec la santé, comme l'article 15 sur la continuité du service public, l'article 39 sur l'éducation, l'article 40 sur le travail décent, l'article 44 sur le droit à l'eau, l'article 45 sur le droit à un environnement sain, l'article 47 sur les droits garantis à l'enfant et l'article 48 sur les droits des personnes handicapées.

La législation du secteur de la santé est assez développée. Mais d'une manière générale, cette législation comporte de nombreuses lacunes, et plusieurs de ses dispositions ne sont pas en conformité avec la Constitution.

Il est donc nécessaire d'entamer une réforme de la législation du secteur de la santé pour la mettre en conformité avec les principes énoncés dans la Constitution, de promulguer une loi-cadre pour la mise en œuvre du droit à la santé et de réunir l'ensemble des textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé dans un code de la santé.

Cette loi-cadre devrait comprendre plusieurs parties :

- une première partie sur la stratégie nationale visant à assurer à tous le droit à la santé en précisant la responsabilité institutionnelle de la mise en œuvre et du contrôle de cette stratégie et en élaborant des indicateurs pour en assurer le suivi, avec la participation de la société civile. L'accès aux déterminants de la santé et la nécessité de mettre la santé dans toutes les politiques sont partie intégrante de cette stratégie.
- une partie sur l'accès aux soins préventifs et aux soins de santé évoqués dans l'article 38, et sur la continuité du service public de santé dans le cadre de « la transparence, l'intégrité, l'efficacité et la redevabilité » évoquée dans l'article 15 de la Constitution. Ce qui implique, la disponibilité et l'accessibilité des structures de soins, l'accès aux médicaments essentiels, les facilités accordées aux groupes vulnérables et la réduction des inégalités régionales selon le principe de la discrimination positive cité dans l'article 12 de la Constitution.
- une troisième partie sur la couverture santé universelle pour garantir « la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes » et « le droit à une couverture sociale » (article 38) couvrant tous les citoyens sans discrimination et pour avancer dans la réalisation des ODD. Les modalités et les étapes de mise en œuvre de la couverture santé universelle doivent être précisées.
- une quatrième partie sur la sécurité et à la qualité des services de santé (article 38). Les mécanismes à mettre en œuvre pour réaliser cet objectif doivent être précisés.
- Une cinquième partie sur le respect des droits humains dans le domaine de la santé. Notre pays est en retard sur cette question, Alors que la plupart des pays occidentaux ont promulgué au cours des 20 dernières années, sous l'impulsion de la société civile, des lois sur les droits des usagers des structures de soins, nous ne disposons que d'une circulaire datant de 2009, qui, évidemment n'a pas force de loi et dont le contenu présente plusieurs ambiguïtés et limites.

3- Les socles de protection sociale

Le système de protection sociale en Tunisie malgré sa diversification et ses acquis présente de nombreuses insuffisances et exclut une partie importante de la population qui ne bénéficie pas de couverture sanitaire et sociale et ne dispose pas d'un revenu décent. Une réforme de ce système est donc nécessaire pour réaliser les objectifs de la révolution et concrétiser les droits inscrits dans la Constitution.

En inscrivant les socles de protection sociale dans le Plan 2016-2020, le gouvernement s'oriente vers une réforme de la protection sociale conformément à la recommandation 202 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT).

Les socles de protection sociale comportent selon la résolution 202 de l'OIT :

- a) un accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels,
- b) une sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires,

c) une sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité,

d) une sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées.

Mais le contenu effectif de cette réforme, les moyens à mobiliser pour la mettre en œuvre et le calendrier de la réforme n'ont pas été précisés à ce jour. Une réforme du système de protection sociale basée sur les socles de protection sociale associée à une réforme du système de santé permettra des avancées significatives dans la concrétisation du droit à la santé et à la protection sociale inscrits dans l'article 38 de la Constitution.

4- La mise en place de structures de participation des usagers et des citoyens aux décisions et aux programmes de santé

La mise en place de structures locales, régionales et nationale de démocratie sanitaire est un enjeu important des prochaines années. Il faut avancer progressivement dans ce domaine en créant des cellules d'écoute des patients et des comités d'usagers fonctionnels dans les établissements sanitaires, en renforçant la dimension participative et communautaire des circonscriptions sanitaires et en développant le débat public sur la santé dans les régions et au niveau national ; tout en veillant à donner un contenu réel et effectif à la démocratie sanitaire et en évitant les dérives bureaucratiques.

5- la mise en place d'une instance de réception et de suivi des plaintes concernant le non-respect des droits économiques, sociaux et culturels

Les personnes et groupes victimes d'atteintes aux droits économiques, sociaux et culturels (dont le droit à la santé) doivent avoir des facilités pour déposer des plaintes devant les juridictions nationales et internationales pour recouvrer leurs droits. Ces droits sont reconnus par la Constitution et par les conventions internationales ratifiées par la Tunisie. Pour avancer dans l'exercice effectif de ces droits, toute violation doit être signalée, médiatisée et éventuellement portée devant la justice. La création d'une instance de réception et de suivi des plaintes concernant le non respect des droits économiques, sociaux et culturels, sera d'un grand apport pour le progrès social dans le pays.

Il faut également que la Tunisie ratifie le Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2008 et entré en vigueur en 2010. Ce protocole précise que « des communications peuvent être présentées par des particuliers ou groupes de particuliers ou au nom de particuliers ou groupes de particuliers relevant de la juridiction d'un État Partie, qui affirment être victimes d'une violation par cet État Partie d'un des droits économiques, sociaux et culturels énoncés dans le Pacte », mais que « Le Comité n'examine aucune communication sans avoir vérifié que tous les recours internes ont été épuisés ».

6- Le renforcement des capacités de la société civile dans le domaine de la santé et dans la diffusion de la culture citoyenne chez les usagers

Il est important que la société civile soit une force de contestation, mais également une force de proposition. Pour atteindre ces objectifs, ses capacités doivent être renforcées. Elle doit être en mesure de veiller au respect des droits des usagers, de suivre la redevabilité des établissements sanitaires et d'évaluer les programmes de santé. Elle doit également être en mesure de maîtriser les grands dossiers, comme les déterminants sociaux, le financement et l'organisation du système de santé et d'avoir une vision claire des enjeux en cours. Des programmes de renforcement de capacité

sont nécessaires pour que la société civile puisse intervenir de façon efficace. Ces programmes doivent cibler particulièrement les responsables des associations locales et régionales qui ont un rôle déterminant dans le suivi des programmes de santé au niveau local et dans la participation aux projets régionaux de santé.

Conclusion : la mobilisation unitaire de la société civile est nécessaire pour avancer dans la mise en œuvre du droit à la santé.

La société civile tunisienne a été particulièrement active depuis 2011 pour la défense des droits civils et politiques. Elle a mené une longue bataille pour l'adoption d'une Constitution civile et démocratique et pour l'égalité hommes-femmes. Aujourd'hui, les questions économiques et sociales qui ont été à l'origine du soulèvement de 2010-2011 reviennent au premier plan. La question de l'emploi, de l'éducation, de la santé et de la culture sont au centre des préoccupations de l'opinion publique et les organisations politiques et sociales sont interrogées et jugées sur ces questions.

Au vu de la situation générale qui prévaut dans le pays, il est évident qu'une mobilisation et une forte pression des organisations de la société civile sont nécessaires et indispensables pour qu'il y ait, au delà des discours, des avancées réelles dans la mise en œuvre du droit à la santé.

Un grand nombre d'associations sont très actives dans leur domaine d'intervention. Mais la plupart des ces associations travaillent de manière isolée, alors que fondamentalement elles poursuivent le même objectif, à savoir l'amélioration de la santé du citoyen. En travaillant en commun, sur des thèmes stratégiques et unificateurs, dans le respect de l'autonomie de chaque association, elles renforcent considérablement leurs capacités d'intervention et ouvrent la voie à des progrès significatifs dans le domaine de la santé.

C'est pourquoi nous proposons aux organisations de la société civile concernées par les questions de santé, au-delà de leurs activités spécifiques, d'unir leurs efforts et de se mobiliser sur les questions centrales évoquées dans ce rapport.

L'objectif est d'arriver à constituer une coalition de la société civile pour le droit à la santé, fortement représentative et disposant d'une importante capacité de mobilisation. Elle pourra faire entendre sa voix, déployer une activité de plaidoyer efficace auprès des décideurs et négocier des mesures concrètes pour la réalisation du droit à la santé.



ANNEXES



Annexe 1 : Cibles de l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD)

3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes

3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus

3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool

3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route

3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

3.b Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce relatives à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments

3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement

3.d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux

Annexe 2 : Neuf objectifs volontaires pour 2025 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

1. Mortalité et morbidité

- Réduire de 25% la mortalité prématurée due aux MNT.

2. Facteurs de risques

- Usage nocif de l'alcool: réduire de 10%;
- Sédentarité: réduire de 10%;
- Consommation de sel/sodium: réduire de 30%;
- Tabagisme: réduire de 30%;
- Hypertension artérielle: réduire de 25%;
- Diabète et l'obésité: pas d'augmentation.

3. Mesures prises par les systèmes nationaux

- Médicaments et technologies essentiels: atteindre une couverture à 80%;
- Traitements médicamenteux et conseil: atteindre une couverture à 50%.



Tableaux

Caractéristiques démographiques et économiques

	1994	2004	2014
Population (milliers)	8 785,4	9 910,9	10 982,8
Milieu résidence (%)	Urbain : 61.0	64.9	67.7
	Rural : 39.0	35.1	32.3
Moins de 15ans %	33.8	26,7	23,8
60 ans et plus %	8.3	9.3	11.7
Taux brut de natalité pour 1000	22.7 (ONFP)	16.6 (ONFP)	20.5
Mortalité pour 1000	5.7	6	6.2
Mortalité infantile pour 1000	35.3 (1992)	20.8	15.7
Espérance de vie	71.1	73.4	74.9
	H :69.3	H :71.4	H: 73.9
	F :73.0	F :75.3	F: 77.4
Fécondité (indice synthétique)	3.38 (1990)	2.16	2.46
Taux scolarisation 6-14ans (%)	86.2	95.1	95.8
	H : 89.0	95.5	95.7
	F : 83.2	94.7	95.9
Taux d'analphabétisme 10 ans et plus	31.7	23.3	18.8
	H :21.3	15.2	12.4
	F :42.3	31.4	25
	Urbain :22.8	16.2	12.5
	Rural 46,2	35,5	32,2
Produit National Brut per capita (Parité Pouvoir d'achat \$)	6 244	8 963	10 749 10 726 (2015)
Population active -taux activité (%)	48.4	45.6	46.2
	H : 73.8	67.5	64.5
	F :22.9	24.0	28.5
Taux de chômage %	16,3	14.1	14.8
	H :15.7	13.0	11.4
	F : 18.1	17.2	22.2
Taille des ménages	5,2	4,5	4,1
Éclairage par l'électricité (%)	85.9	98.9	99.8
Source d'eau potable (%)	69.1	83.4	88.1
Réseau d'assainissement (%)	39.5	53.5	58.2

Source principale du tableau: INS- Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014
Principaux indicateurs- Publié en Avril 2015

Taux de chômage des diplômés de l'enseignement supérieur selon le genre (%)

Indicateur	T2 2015	T2 2015	T2 2015	T2 2016	T2 2016
Masculin	19.9	21.4	20.7	20.3	19.4
Féminin	38.4	41.	41.1	39.8	40.4

Source : Institut National de la Statistique

Évolution des accidents de la voie publique entre 2010 et 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'accidents de la voie publique	8924	8509	9351	8878	7971	7225
Nombre de tués	1208	1485	1623	1505	1565	1407
Nombre de blessés	12495	12653	14144	13539	12354	10882

Source : Annuaire statistique INS 2014 et Observatoire national de la sécurité routière

Disparités urbain/rural de la Mortalité des enfants de moins de 5 ans 2011-2012 (pour mille naissances vivantes)

Milieu	Mortalité néonatale	Mortalité infantile	Mortalité infanto juvénile
Urbain	7.6	12.2	15.3
Rural	18.3	24.6	26.4
Total	11.5	16.7	19.4

Source : INS/UNICEF MICS 4

Infrastructure et ressources humaines : Nombre de lits, et densité des médecins par 10 000 habitants

	Lits par 10 000 habitants (2014)	Nombre de Médecins par 10 000 habitants
		Santé Publique (2012)
Nord Est (inclus le Grand Tunis)	54	6.6
Nord Ouest	18	4.2
Sud Est	17	4.6
Sud ouest	23	5.3
Centre Est	19	7.3
Centre Ouest	12	3.4
Total/Tunisie	18	5.6

A partir de la carte sanitaire 2011 -2012 publiée par le MSP et les données démographiques sur le site INS

Évolution de la mortalité infantile, des moins de 5 ans et de la mortalité maternelle 1990-2015

	1990	1994-95	2000	2005	2008	2011/12	2015
Taux de mortalité <5ans pour mille *	50	37.9	30	25.2	22.7	19.4 MICS4	16.3 (projection)
Taux de mortalité infantile *	37.3	30.5	23.8	20.3	18.4	16.7 MICS4	
Mortalité maternelle ** par 100,000 naissances vivantes (Moyenne et intervalle de confiance)	131 [96-175]	112 [84-150]	84 [62-115]	74 [55-102]	67 [48-94] (2010) 44.8 (enquête nationale)		62 [42-92]

Sources*: Analyse de la situation des enfants en Tunisie 2012- UNICEF-Disponible sur <http://www.unicef.org.tn/?wpdmdl=3032>

** : Mortalité maternelle : TMM (pour 100.000 naissances vivantes), Calculé pour des femmes 15-49 années OMS-Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et Division de la population des Nations Unies

Dépenses de santé (année 2013)

Dépenses totales de santé	5362,7 millions de dinars
Moyenne par habitant	493 dinars
% PIB	7,10%
Part de l'État dans le financement des dépenses de santé	27,10%
Part de la CNAM dans le financement des dépenses de santé	34,90%
Part des ménages dans le financement des dépenses de santé	37,50%
Part des médicaments et biens médicaux dans les dépenses totales de santé	39,00%
% des des ménages touchés par les dépenses catastrophiques de santé	1,80%

Source : Comptes de la santé 2013

Évolution des dépenses de santé entre 2000 et 2013

Indicateurs	2000	2005	2012	2013
Dépenses totales de santé (DTS) en MDT	1581,2	2247,3	4985,2	5362,7
DTS par habitant en dinars	164,1	214,4	463	493
Part DTS/PIB (%)	5,5	5,9	7,1	7,1
Dépenses publiques de santé (Etat + CNAM) en % DTS	52,7	50,6	60,7	62,1
Paiements directs des ménages en % des DTS	44,4	42,9	38,2	37,5

Source : Quels chemins vers la couverture santé universelle ? Ministère de la Santé, 2014

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

Nombre d'affiliés à la CNAM (2013)	3237000
Filière publique (2013)	66,40%
Filière privée, dite du médecin de famille (2013)	14,30%
Filière du remboursement (2013)	19,34%

Source : Lettre CRES n° 5 décembre 2014

Assistance Médicale Gratuite (AMG)

Nombre de cartes AMG1 (2015)	250000
Nombre de cartes 1MG 2 (2015)	602000

Source : Ministère des affaires sociales



PRINCIPALES RÉFÉRENCES

- Mesure de la pauvreté, des inégalités et de la polarisation en Tunisie 2000-2010. Institut National de la Statistique, octobre 2012.
- Recensement général de la population et de l'habitat 2014. Institut National de la Statistique.
- Note sur l'enquête nationale de l'emploi, T4 2015. Institut National de la Statistique.
- Enquête nationale auprès des jeunes (15-24 ans) sur les comportements à risque en Tunisie- Association Tunisienne de lutte contre les MST/SIDA – Tunis 2014.
- Carte sanitaire 2011. Direction des études et de la planification, Ministère de la santé.
- Bulletin du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) n° 37, décembre 2014.
- Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie ? Banque africaine de développement, 2014.
- Les rendez-vous régionaux de la santé. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé, 2014.
- Enquête nationale sur la perception par le citoyen, de la sécurité, des libertés et de la gouvernance locale en Tunisie. Institut National de la Statistique, octobre 2015.
- Première enquête nationale tunisienne de prévalence de l'infection nosocomiale : principaux résultats.
- Enquête nationale sur la mortalité maternelle 2008, ONFP 2010.
- Revue des décès maternels survenus dans les structures sanitaires publiques en 2013 et 2014, (Bulletin DSSB 3T 2015).
- MICS 4 Tunisie. Suivi de la situation des enfants et des femmes Enquête par grappes à indicateurs multiples 2011 2012. Juin 2013.
- Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. WHO HRP. 2014.
- Rapport Annuel Tunisie 2013 UNICEF.
- INS Bulletin flash démographie, 2016.
- Surmonter les barrières à l'Inclusion des Jeunes; Groupe Banque Mondiale. Tunisie- 2014.
- Rapport mondial sur le handicap 2011, OMS et Banque Mondiale. Publié en 2012.
- Enquête nationale sur les dépenses, la consommation et le niveau des ménages 2010, vol C : enseignement, couverture santé et soins. Institut National de la Statistique.
- Comptes de la santé 2013. Ministère de la santé.
- La petite corruption : le danger banalisé. Étude exploratoire sur la perception de la petite corruption. 2015. Association Tunisienne des Contrôleurs Publics.
- La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, méthodes, outils et bonnes pratiques. PNUD, octobre 2011.
- Bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques. Promotion de la transparence dans la réglementation et l'acquisition des médicaments. OMS 2007.
- Scan d'intégrité Tunisie. OCDE CleanGovBiz, juin 2013.
- Rapport final sur l'évaluation du système national de passation des marchés publics. Commission supérieure des marchés, avec le soutien de la BAD, Présidence du gouvernement, 2012.
- Les projections de la population 2014-2044, INS et UNFPA, Décembre 2015.

Association Tunisienne de Défense du
DROIT À LA SANTÉ



الجمعية التونسية للدفاع عن
الحق في الصحّة

droitalasante.tun@gmail.com

PICTO

Graphic Design & Print Services
00216 22 278 763 // 00216 71 881 015
graphiquepicto@gmail.com