
LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE EN TUNISIE : ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ ET FINANCEMENT ÉQUITABLE DE LA SANTÉ

Rapport sur l'atelier organisé par
l'Association Tunisienne de Défense du
Droit à la Santé (ATDDS) avec l'appui
du Fonds des Nations Unies pour la
Population (UNFPA) – 18 mai 2013



SOMMAIRE

1. Contribution au débat national sur la santé	2
2. Evolution de l'état de santé de la population et réponses du système de santé	4
3. Les insuffisances majeures dans les réponses actuelles du système de santé et les défis	5
4. Les défis pour améliorer l'accès à des services de qualité tant en première ligne qu'au niveau hospitalier.	7
5. La problématique du financement équitable de la santé.	10
6. Les prochaines étapes	12
Annexe : programme de l'atelier	13

1. Contribution au débat national sur la santé

Dans le cadre d'un processus de réflexion sur l'avenir de la santé dans notre pays, l'Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé (ATDDS) a organisé le 18 Mai 2013 un atelier sur la couverture santé universelle dans notre pays. Des cadres des institutions publiques nationales et internationales et des personnes appartenant à la société civile (associations, organisations professionnelles et syndicales, partis politiques...) ont échangé sur les constats et défis majeurs ainsi que sur les pistes de nature à ouvrir la voie à la couverture santé universelle en Tunisie.

La couverture santé universelle (CSU) "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".

La CSU est une stratégie soutenue mondialement pour traduire dans le quotidien le droit à la santé reconnu depuis la déclaration universelle des droits de l'homme en 1948. Deux résolutions internationales récentes placent la CSU en bonne place dans l'agenda global : la résolution de l'OMS 64.9 24/05/2011 et la résolution de l'ONU 12/12/2012.

Les citations fortes ci-après donnent une idée des enjeux de la CSU :

- ***Faire payer les services de santé par les usagers revient à pénaliser les pauvres!*** (Jeffrey Sachs, économiste de réputation mondiale)
- ***Les réformes du financement de la santé ne sont qu'un aspect de la question. Les gens exigent d'avoir accès à des services de qualité par des personnes qui prennent bien soin d'eux*** (Margaret Chan, DG OMS)

L'atelier de l'ATDDS a tenté de considérer les différentes dimensions de la CSU, tant elles sont aussi importantes les unes que les autres, pour progresser effectivement et durablement vers la CSU dans un contexte où les ressources seront loin d'être illimitées.



Les objectifs concrets pour chaque session de l'atelier étaient

- identifier les constats et problématiques majeurs ; partager des expériences utiles ; esquisser des orientations/pistes pertinentes, à travers des présentations par des personnes ressources ; contribuer à construire des convergences fortes sur les défis.
- identifier les questions à approfondir ; convenir de pistes à explorer, à travers des échanges entre participants.

L'atelier a abordé **les problématiques** en relation avec (i) l'évolution de l'état de santé de la population (ii) les insuffisances et les défis dans la réponse du système de santé (iii) l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité (iv) le financement équitable pour la santé (voir programme en annexe).

La **démarche était participative** et laissait une part importante aux discussions suite soit à des présentations introductives soit à des panels abordant différentes dimensions d'une problématique (médecine de première ligne et médecine de famille, couverture et performance du réseau hospitalier).

2. Evolution de l'état de santé de la population et réponses du système de santé

La situation démographique et sanitaire a beaucoup changé depuis l'indépendance du pays. On note un gain de 25 ans dans l'espérance de vie et des changements majeurs dans les modes de vie des populations : meilleur accès à l'eau potable, à l'éducation et aux services de santé, augmentation importante de la sédentarité, de l'urbanisation, de la pollution et du tabagisme.



Les transitions démographiques et épidémiologiques ont eu pour conséquences un vieillissement de la population avec une proportion attendue des plus de 60 ans supérieure à 14% dans la population générale en 2025 et un accroissement de la charge des maladies non transmissibles. La part de la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires occupe dorénavant le premier rang avec 28,9% (2006) contre 11% en 1966. Celle des cancers s'élève de 3% à 16.5% au cours de la même période. La prévalence du diabète est estimée à 10% chez les plus de 35 ans. Cette évolution s'est faite au détriment des maladies non transmissibles mais sans la disparition de ces dernières.

Les disparités sociales régionales concernant l'état de santé ont été particulièrement soulignées avec par exemple une mortalité infantile plus de deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le rôle des déterminants sociaux de la santé a été également mis en exergue avec la nécessité d'agir en amont pour mieux préserver la santé et réduire la prévalence et les complications des maladies chroniques. Il a été souligné à ce titre l'importance critique des politiques publiques clairement définies et disposant de moyens appropriés pour la promotion de la santé dans tous les secteurs concernés.

3. Les insuffisances majeures dans les réponses actuelles du système de santé et les défis

L'effort important qui a été fait pour répondre aux besoins de santé de la population depuis l'indépendance est certes reconnu avec une croissance soutenue de l'infrastructure sanitaire (centres de santé et hôpitaux) dans le pays, le développement de la médecine hospitalo-universitaire, la stratégie et le dispositif des soins de santé de base, ainsi qu'une politique volontaire pour la formation des ressources humaines dans les différents domaines de la santé. Mais depuis au moins deux décades, le système rencontre des difficultés pour s'adapter aux nouvelles exigences. Il n'arrive pas à résoudre la problématique de l'inégalité des chances, aussi bien au niveau régional que social, pour un accès à des soins de qualité. Le système se développe en dehors d'un cadrage politique et sociétal éclairé et communément agréé et négocié. Ainsi ses réponses devront-elles être redéfinies, de façon participative et transparente.



Les problématiques suivantes ont été particulièrement soulignées :

- Déséquilibre flagrant dans les attentions accordées à la promotion de la santé, à la prévention et aux soins curatifs en faveur de ces derniers.
- Si la stratégie et le dispositif des soins de santé de base ont permis de réduire la fracture sociale et régionale dans l'accès aux soins de santé, à partir des années 80, ils devraient être revus pour s'adapter aux nouveaux défis des maladies non transmissibles et des exigences de soins de qualité aussi bien promotionnels, préventifs que curatifs. A ce titre il y a lieu de revoir le rôle et le contenu des programmes nationaux.
- Une détérioration continue des services des hôpitaux publics y compris des hôpitaux universitaires qui aggrave les inégalités dans l'accès à des soins de qualité ainsi que l'efficacité même de ces structures. Les pratiques illicites en relation avec l'APC, les failles dans la complémentarité entre les différents niveaux et les financements insuffisants sont particulièrement soulignés. Cette détérioration des services publics tend à rendre hors de portée l'objectif d'équité dans l'accès à des soins de qualité. Elle menace gravement aussi bien le rôle de référence qui devrait être celui des CHU que la formation des cadres.
- Absence de vision globale et de stratégies définies et explicites pour le développement du système de santé et de son déploiement équitable et efficace dans les régions en tenant compte de l'évolution de la morbidité, des technologies et des ressources. Le découpage administratif d'une part et les pressions politiques d'autre part semblent avoir été déterminants dans les décisions de développement du système durant au moins les deux dernières décades. La redéfinition et la négociation éclairée avec les parties prenantes de ce que devrait être une région sanitaire et un système de santé inclusif, efficace et efficient, considérant aussi bien la promotion, la prévention que les soins curatifs et la réhabilitation, sont fortement suggérées.

4. Les défis pour améliorer l'accès à des services de qualité tant en première ligne qu'au niveau hospitalier



Les constats majeurs suivants ont été soulignés :

- Si l'accessibilité géographique des structures de soins constitue encore un problème dans quelques régions, c'est surtout la disponibilité effective, la qualité et l'étendue du paquet de soins pour chaque niveau qui représentent des problèmes sérieux et largement partagés par les régions. Des facteurs affectant négativement l'accès à des soins de qualité, ont été mis en exergue :
 - La grande disparité dans la répartition géographique des professionnels de la santé et en particulier des médecins. L'inégalité dans la répartition régionale est notable pour les médecins de libre pratique, mais elle est particulièrement marquée pour les médecins spécialistes du secteur public, avec un ratio inférieur à 1 pour 10000 habitants dans la plupart des régions de l'intérieur, entraînant de grandes difficultés pour les populations de ces régions pour l'accès à des soins spécialisés.
 - L'inadéquation dans de nombreuses structures hospitalières régionales entre le profil des compétences affectées et les équipements disponibles avec comme conséquences une sous-utilisation soit de la compétence des spécialistes soit

celle des équipements. Dans les deux cas de figures il s'agit d'un gaspillage des ressources.

- La faible fréquence hebdomadaire des consultations médicales dans les centres de santé ruraux qui limite l'accès aux soins de ces populations déshéritées et contribue à leur marginalisation.
 - L'organisation des activités sur une plage horaire limitée à la matinée dans les structures publiques et l'absence d'un système organisé et soutenu de référence et de contre référence entre les différents niveaux de soins qui augmentent les délais d'une prise en charge adéquate et constituent un obstacle à la bonne continuité des soins. Le défaut de système de référence et de contre référence est source de double emploi et de gaspillage
 - L'évolution de plus en plus complexe avec une forte tendance au cloisonnement entre les services/spécialités et les niveaux de soins. Dans cette évolution, il revient toujours au malade et ou à sa famille de faire l'effort, souvent loin d'être à sa portée, pour que les dimensions cruciales de globalité, d'intégration et de continuité des soins soient effectives.
-
- La médecine de première ligne, médecine "praticienne, globale, de proximité centrée sur la personne, orientée vers la famille et la communauté", est loin de jouer le rôle de pivot du système de santé et de contribuer ainsi aussi bien à son efficacité et qu'à son efficience. Le profil actuel et la formation du médecin généraliste vont certes évoluer pour mieux répondre aux attentes après la promulgation du décret 4132 du 17/12/2011 sur la médecine de famille. Il reste toutefois un effort important pour assurer la formation complémentaire des médecins généralistes en exercice et des autres professionnels concernés.
 - L'absence de politique active de promotion et d'encouragement de parcours et itinéraires de soins rationnels utilisant au mieux le potentiel que représente la première ligne pour la prévention, le diagnostic précoce, la continuité des soins, la réhabilitation et la réinsertion sociale.
 - La performance et la qualité des prestations hospitalières sont devenues des sujets de préoccupation et de controverses. D'autant que l'exigence de soins de qualité (plaçant le patient au centre des services fournis, assurant la confidentialité, le respect de la dignité et promouvant l'autonomie du patient) ne fait que grandir avec le niveau de formation et d'information des bénéficiaires et de leur familles et de la prise de conscience citoyenne grandissante. Même si c'est avec des différences, ce problème concerne aussi bien l'hospitalisation publique que privée. Des difficultés se dressent devant l'amélioration tangible de la performance hospitalière :

- L'insuffisance (absence totale pour le secteur privé) d'information systématique sur la morbidité et la mortalité hospitalière et autres informations permettant d'apprécier et de suivre l'évolution de la performance et de la qualité des soins.
- Absence de référentiels communément agréés de bonnes pratiques pour les prises en charge concernant aussi bien (i) les protocoles thérapeutiques / les indications / pertinences de certains actes (ii) l'hospitalisation complète / soins ambulatoire (iii) le parcours des soins définissant et proposant le rôle de chaque niveau de soins dans la prise en charge du problème de santé.
- La communication avec le patient et sa famille ne bénéficie pas de l'attention nécessaire ni de la part des professionnels ni de l'institution hospitalière en tant que telle.
- Des carences sérieuses existent pour la sécurité du patient et des professionnels.
- La mauvaise fonctionnalité des équipements, la non disponibilité de certains médicaments et produits ainsi que la migration de fait vers le privé de certaines prises en charge, en particulier dans le cadre de l'APC, affectent sérieusement la performance, la qualité des prestations et la crédibilité des hôpitaux publics.

Les travaux ont souligné

(i) le besoin de promouvoir et soutenir effectivement un parcours ou filière de soins à la fois rationnel et acceptable dans lequel la première ligne, basée sur la médecine de famille et les soins de santé de base, apporte à la fois la proximité, l'efficacité et l'efficience nécessaires au système de santé ;

(ii) la nécessité de mettre le citoyen au centre des prestations de service et d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système par un souci constant de la bonne complémentarité entre les différents niveaux de soins (première ligne, hôpital, CHU) ;

(iii) le besoin de revisiter le profil/formation des professionnels et de recycler ceux en exercice pour une meilleure adaptation au rôle qui leur est dévolu dans le système de santé complexe et changeant ;

(iv) la nécessité de mettre en place des stratégies et des mécanismes pour la promotion et l'évaluation de la qualité des prestations et pour une meilleure communication entre professionnels et les utilisateurs des services ainsi que leurs familles ;

(v) la nécessité de revoir la pratique actuelle de l'APC, mettre fin aux pratiques illicites qui accompagnent parfois ce mode d'exercice au détriment des services publics et d'envisager des options alternatives justes et viables.

5. La problématique du financement équitable de la santé



- Les dépenses totales pour la santé (DTS) ont presque doublé depuis 1980 passant de 3,2% à 6,3% du PIB en 2010 (4,6% en Algérie, 5,2% au Maroc et 11,9% en France). Si la part des assurances maladies obligatoires (AMO) a progressé et est passée de 17% en 1995 à 28,6% en 2010, on note malheureusement que les dépenses directes de l'Etat pour la santé ont régressé avec une ampleur similaire passant de 35,8% des DTS en 2000, à 26,4% en 2010. Les dépenses totales pour la santé proviennent encore pour une large part, soit (45% en 2010 des dépenses directes des ménages (20,7% en Algérie, 61,2% au Maroc et 22,1% en France). La proportion considérable que représentent les dépenses des ménages dans les dépenses totales pour la santé constitue un facteur pénalisant pour les pauvres.
- D'autre part la proportion des ménages exposés aux risques dépenses catastrophiques de santé (DCS) est passée de 12% en 2005 à 17% en 2010 (B. Zouari, 2013). On estime que chaque année 4 à 5% des ménages sont affectés par les DCS et que 2% des ménages basculent par ce fait dans la pauvreté. Les réformes et les changements introduits, en particulier avec la création de la CNAM ne semblent pas avoir réduit le caractère inéquitable du financement de la santé.

- On estime à 68% la population couverte par le système d'assurance maladie de la CNAM et à 23,8% la population bénéficiant de l'Assistance Médicale Gratuite pour les deux modes (gratuité totale et tarifs réduits de soins). Entre 8 à 10% de la population ne bénéficie d'aucune couverture selon la même source. Des remarques ont été faites sur la validité de cette dernière donnée surtout avec l'aggravation du chômage durant les deux dernières années d'une part et la proportion encore très importante du financement direct de la santé par les ménages d'autre part..
- L'orientation et la répartition actuelle des financements publics (Etat + AMO) ne semblent pas bien maîtrisées ni réparties en toute transparence dans le cadre d'une politique clairement définie et d'une gouvernance inclusive des parties prenantes. Le secteur public est gravement sous financé. Les meilleures compétences ainsi que certains actes utilisant des technologies modernes de pointe remboursables par la CNAM, sont entrain de migrer totalement ou partiellement vers le privé, aggravant ainsi la situation précaire des hôpitaux publics.
- Bien que de création relativement récente, la CNAM semble s'installer dans le déficit. On parle déjà de mauvaise gestion et même de corruption. Les mécanismes et les outils de contrôle et d'inspection internes et externes sont absents ou insuffisamment développés. Elle semble s'orienter vers une précarité durable en l'absence d'une révision en profondeur, prenant en compte l'ensemble des problématiques du financement de la santé et de la nécessaire équité qui devrait le caractériser. Une AMO précaire, sous financée va pousser vers la privatisation des dépenses pour la santé et aggraver les inégalités que la création et le développement de l'AMO devait normalement réduire

Les échanges ont souligné la nécessité d'aborder, en toute transparence et lucidité

(i) le sous financement du secteur public

(ii) le rôle, la place, le financement et la gestion de la CNAM et en particulier une définition agréée et équitable du paquet/panier de soins financièrement pris en charge par la CNAM

(iii) la nécessaire augmentation en volume et en proportion des dépenses publiques pour la santé dans le cadre d'une politique effective de couverture santé universelle.

(iv) l'impérieuse nécessité de développer le système d'information sanitaire (morbidités et mortalité hospitalières dans les secteurs public et privé) et les systèmes de gestion hospitalière (avec comptabilité analytique et inclusive des subventions publiques) afin de mieux informer les décisions d'allocations et mieux apprécier les performances.

6. Les prochaines étapes

Ce rapport a essayé de capter les contributions les plus marquantes de l'atelier sur la couverture santé universelle. Dans le cadre du nécessaire débat national sur l'avenir de la santé en Tunisie, il servira à l'ATDDS, ses amis et ses partenaires, pour approfondir la réflexion avec toutes les parties prenantes. Une série d'ateliers ultérieurs plus spécifiques sont envisagés avec l'organisation ou la co-organisation par l'ATDDS d'un atelier par thème/problématique. Les thèmes suivants sont identifiés, d'autres le seront plus tard:

- Comment agir efficacement et durablement en amont ? La santé dans toutes les politiques publiques ou comment agir sur les déterminants sociaux de la santé et développer une promotion effective de la santé ?
- Comment réhabiliter la première ligne de soins (médecine générale et médecine de famille) pour qu'elle renforce l'efficacité et l'efficience globale du système de santé ?
- Quelles stratégies et quelles réformes entreprendre pour que la CNAM joue un rôle majeur dans la couverture santé universelle ?
- Comment réorienter les hôpitaux pour que le citoyen soit placé au centre des toutes les activités en utilisant au mieux toutes les ressources disponibles.

Les dates et le programme détaillé de chaque atelier thématique seront communiqués ultérieurement.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter l'Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé par mail adds.tun@gmail.com

Nos remerciements

- au Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- aux présidents de séance et aux orateurs.
- à tous les participants, responsables syndicaux, associatifs et politiques, cadres du Ministère de la Santé et du Ministère des Affaires Sociales, représentants des organisations internationales et professionnels de la santé.

Annexe : programme de l'atelier

L'Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé (ATDDS)

Avec le soutien de l'UNFPA

Organise un atelier sur le thème

Couverture santé universelle :

Accès à des services de qualité et financement équitable de la santé.

samedi 18 mai 2013 à l'hôtel El Mechtel, Tunis.

9h- : Ouverture.

9H05 : Présentation de l'atelier. Dr Abdelwahed El Abassi.

1^{ère} séance. 9h15-10h30 : Etat de la santé de la population tunisienne et réponse du système de santé.

Présidents : Dr Férid Ayoub. Pr Ali Mtiraoui.

-Etat sanitaire de la population tunisienne, déterminants sociaux et principaux défis. 20 mn. Pr Béchir Zouari et Pr Abdelmajid Ben Hamida.

-La réponse du système de santé (en matière de soins curatifs, préventifs et promotionnels). 20mn. Pr Nouredine Achour.

Débat 35mn.

10H30-11h00: pause-café.

2ème séance. 11h--12h30: comment améliorer l'accès aux services de qualité (1)?

Présidents: Dr Alia Mahjoub. Pr Faïçal Ben Salah.

-Médecine de famille : état des lieux et perspectives: panel de 40mn. Dr Ferid Ayoub- Pr Skandar Mrad- Dr Zied Bellamine- Pr Ali Mtiraoui-Dr Ferida Riahi.

Débat 50mn

12h30-14h00: Déjeuner.

3ème séance: 14h-15h30: comment améliorer l'accès aux services de qualité (2)?

Présidents : Pr Taoufik Nacef. Pr Mohammed Salah Ben Ammar.

- Renforcement de la couverture et de la performance du réseau hospitalier; panel de 40 mn. Dr Hedi Achouri- Dr Nouredine Cherni- Mr Mongi Khemiri- Pr Olfa Kaabachi et Dr Nabil Triki (SNMPHU).

Débat 50 mn.

15h30-16h : pause-café.

4ème séance.16h-17h30. Pour un financement équitable de la santé. Présidents Dr Slim Ben Salah (CNOM). Pr Mohammed Chahed.

-Etat actuel du financement de la couverture santé.10mn. Mr Chokri Arfa.

-Expériences étrangères de financement de la couverture de santé universelle.10 mn. Dr Hédi Achouri.

-Pistes de réflexion pour le financement équitable de la santé.10mn. Dr Belgacem Sabri

Débat 60mn.

17h30-18H: synthèse des débats et conclusion. Pr Raouf Ben Ammar. Dr Abdel wahed EL Abassi.

Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé (ATDDS), 15, avenue Farhat Hached, 2089 Kram-Ouest. Email : adds.tun@gmail.com