

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

The health system in Tunisia: indicators, inequalities and perceptions

Issam BRIKI *¹

¹ Université de Sfax, Tunisie, isameb2002@yahoo.fr

Réception : 22/01/2022

Acceptation : 28/05/2022

Publication : 31/12/2022

Résumé

L'objectif principal de notre article est l'étude du système de santé en Tunisie, ses indicateurs et sa perception (ses représentations) en Tunisie. La première partie portera sur une étude succincte des principaux indicateurs du système de santé tunisien. Ensuite, l'accent sera mis sur les inégalités régionales de santé. Dans la deuxième partie, l'intérêt sera focalisé sur l'analyse de la perception et des représentations des acteurs de santé sur divers aspects relatifs au système de santé en Tunisie, et ce grâce aux résultats d'une enquête de terrain.

Mots clés : santé, acteurs de santé, inégalités régionales, perception.

JEL Classification: I14, I18

Summary

The principal aim of our work is the study of the health system in Tunisia, its indicators and its perception (its representations) in Tunisia. The first part will focus on a brief study of the main indicators of the Tunisian health system. Next, the focus will be on regional health inequalities. In the second part, the interest will be focused on the analysis of the perception and the representations of the health actors on various aspects relating to the system of health in Tunisia, and this thanks to the results of an inquiry.

Keywords: health, health actors, regional inequalities, perception.

JEL Classification: I14, I18

Introduction

Depuis l'indépendance du pays, le secteur sanitaire occupe une place privilégiée dans le cadre de la politique de développement de la Tunisie. Le système de santé reste relativement efficace malgré le financement modeste. En dépit du développement rapide du secteur privé, l'Etat continue à assurer la plus lourde charge des soins avec des ressources limitées.

En effet, le droit à la santé et la gratuité d'accès au service publics de santé ont été reconnus par la constitution de 1959. Des évolutions significatives en matière de droit et d'organisation sanitaires ont été attestées par la loi du 29 Juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire dont l'article premier dispose que « Toute personne a le droit de protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles ». Dans le même cadre, l'article 5 de la même loi précise que les structures et établissements

* Auteur correspondant

Issam BRIKI

sanitaires publics et privés doivent fonctionner dans des conditions qui garantissent « les droits fondamentaux de la personne humaine »¹.

Cette loi a établi les principes de fonctionnement des structures de soins publiques et privées ainsi les missions de chaque acteur de l'organe de gestion. En outre, la nouvelle constitution ratifiée le 27 janvier 2014 a donné au droit à la santé un caractère normatif et une valeur constitutionnelle incontestable.

Les indicateurs sanitaires tunisiens témoignent d'une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire et d'un recul des mortalités infantile et juvénile, avec une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Mais, malgré ces progrès réels, il existe au sein de la population tunisienne d'importantes différences au niveau de l'état de santé, qui sont liées à des inégalités socio-économiques ainsi, que beaucoup d'insuffisances en matière de qualité des soins.

Afin d'étudier les caractéristiques du système de santé tunisien, on va commencer par l'analyse des principaux composants constitutifs du système de santé tunisien, ses indicateurs et sa "différentiation" au niveau régional. La deuxième partie de l'article sera focalisée sur l'analyse de la perception et des représentations des responsables de santé sur divers aspects relatifs à la santé en Tunisie, et ce grâce aux résultats d'une enquête.

I-Evolution du système de santé en Tunisie

Aujourd'hui, le système de santé tunisien repose sur une relative bonne répartition géographique des structures publiques de soins de première et deuxième ligne, ainsi que sur un secteur privé de prestation de soins très dynamique et de qualité. Cette amélioration est le résultat de plusieurs réformes et efforts de l'Etat durant toutes les décennies et les années précédentes.

1. Les dépenses de santé

L'évolution des dépenses de santé en Tunisie a connu une forte progression durant la période 1985-2014. En effet, avec 6,350 milliards de dinars par an en 2014, la dépense totale de santé s'élève à 6,2% du PIB contre 4,2 % en 1985. Ainsi, les dépenses par habitant ont été augmentées considérablement pour passer de 39 TND à 416 TND durant la même période. Cette hausse traduit les dynamiques du système de santé qui sont affectées par la croissance économique, les transitions démographique et épidémiologique et les avancées technologiques.

En matière de sources de financement, jusqu'à la fin des années 1980, le financement de la santé était largement supporté par le budget de l'Etat et accessoirement par les caisses de sécurité sociale. Cependant, durant ces dernières années, la vitesse d'accroissement des dépenses des ménages est devenue supérieure et le Tunisien continue à financer la part la plus importante ; soit 55 % contre 25% pour les caisses de sécurité sociale et 20 % pour l'Etat, malgré la mise en place de la CNAM et la contribution des mutuelles et des assurances privées.

Selon l'OMS, la contribution directe des ménages (supérieure à 20%) entraîne un risque non négligeable de dépenses dites « catastrophiques ». Ces financements sont destinés principalement (environ 52 % des dépenses totales de santé) au financement des structures appartenant au secteur public qui représente plus de 80 % de la capacité en lits du pays, emploie 60 % des médecins et 90 % du personnel paramédical. Le reste des dépenses est ventilé entre les biens médicaux (39%), les frais d'administrations (6%) et 3% pour les soins de longue durée.

¹ Le comité technique du dialogue sociétal (2014) : « Le dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé ». Santé en Tunisie, états des lieux, 2014, p 57

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

2. Les ressources humaines

Les ressources humaines constituent l'élément moteur du système de santé. Ainsi, le succès de toute initiative d'amélioration de la qualité de soins nécessite l'engagement des moyens humains suffisants et qualifiés. En effet, en Tunisie, les efforts incessants de mobilisation des ressources additionnelles (pour doter les soins de santé des personnels médicaux suffisantes adaptées au besoin) et la promotion des professionnels de santé expliquent l'évolution dans la hausse et l'amélioration de la qualité du staff médical et paramédical .

Le tableau ci-dessous montre que le nombre des médecins du secteur public et privé a connu une hausse spectaculaire passant de 666 en 1966 à 29026 en 2015. Il en est de même pour les pharmaciens et les dentistes qui choisissent souvent le secteur privé et enregistrent respectivement 143 et 62 en 1966 et 5630 et 3242 en 2015. Pour les paramédicaux, l'accroissement est de grande ampleur et le nombre s'est multiplié entre 1966 et 2015 ; soit 5659 contre 45624.

Par ailleurs, pour assurer le suivi des soins et offrir aux malades une permanence des soins de qualité, tous les établissements hospitaliers (CSB, HR ou CHU...) doivent disposer de médecins et de professionnels en nombre suffisant afin que leur charge de travail ne soit pas excessive et au détriment de leur formation et de leur temps de repos légal. En effet, l'augmentation de l'effectif des personnels de santé entre 1966 et 2015 a favorisé une baisse importante du rapport nombre d'habitants /médecins qui est passé de 6996 en 1966 à 769 en 2015. Il en est de même pour les pharmaciens et le personnel paramédical.

Tableau1 : Evolution du personnel médical

	1966	1975	1985	1991	2000	2008	2015
Médecins	666	1210	2805	4500	8690	11533	29026
Nombre d'habitants/médecins	6996	4772	2483	1900	1100	865	769
Personnel paramédical	5659	10056	18635	23823	27873	31858	45624
Nombre d'habitants/paramédicaux	823	574	381	349	340	252	183
Pharmacie	143	279	1042	-	1508	3050	5630
Nombre d'habitants/pharmaciens	32587	20029	6827	-	6342	3386	1934

Source : Ministère de la santé

3. Les ressources matérielles et l'infrastructure

En Tunisie, l'offre publique de soins relevant du Ministère de la Santé se décompose en trois échelons de services complémentaires. Au niveau de soins de santé primaire, les structures publiques de première ligne ont visé à rapprocher les soins de santé et à mettre en œuvre la politique préventive de santé et assure des soins de santé de base à titre ambulatoire et des hospitalisations pour des maladies courantes pour les adultes et les enfants et en y intégrant les soins curatifs.

Issam BRIKI

Le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS), formellement instauré en 1994, a été la concrétisation de la réforme des soins de santé de base initiée au début des années 1980. On distingue trois types d'infrastructure relèvent directement des CS¹ :

- Le Centre de Santé de Base (CSB) : Ces centres constituent le socle de la pyramide sanitaire et couvrent l'ensemble du territoire mais ne fonctionnent généralement que sur un nombre de jours et d'heures limités. Le nombre des CSB est passé de 463 en 1966 à 2123 en 2015.
- L'hôpital de circonscription (HC) qui se caractérise par une compétence territoriale à l'échelle d'une ou plusieurs délégations (article 7 du décret n°2002- 846). La Tunisie décompte 109 HC avec une capacité litière de 2891 lits, avec des taux d'occupation très variables et généralement faibles.
- Le centre intermédiaire a été récemment ajouté au niveau de la première ligne. Nous décomptons 13 centres qui visent à fournir des services de spécialité et un plateau technique comprenant les analyses de laboratoire et la radiologie dans les 13 gouvernorats défavorisés.

En outre, pour le deuxième niveau, il est composé de 33 hôpitaux régionaux (HR), les soins sont assurés dans les hôpitaux régionaux qui assurent aussi les soins de première ligne pour la population de proximité. Les HR ont une compétence à l'échelle d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations. Ces hôpitaux sont généralement situés dans les chefs-lieux de gouvernorat (Dans le cas des prises en charges spécialisées, les HR peuvent prendre en charge les malades référés par les CSB et les HC).

Par ailleurs, le niveau tertiaire assure des soins de référence hautement spécialisés, il est composé d'un réseau de 23 hôpitaux et institutions universitaires. Les établissements publics de santé à vocation universitaire (EPS) ont une compétence territoriale nationale ou interrégionale (article 13 du décret n°2002-846) et sont situés dans les agglomérations où siègent les facultés de médecine. Ils assurent aussi des soins des premier et second niveaux pour la population de proximité.

Quant au secteur privé, il ne cesse de se développer depuis les années 90, l'Etat a encouragé la privatisation, dans tous les domaines et particulièrement dans les soins ambulatoires à l'occasion du programme d'ajustement structurel. En effet, le secteur privé a vu un accroissement considérable passant de 33 cliniques, essentiellement concentrées dans les grandes zones urbaines, (1140 lits) à 81 en 2012 (3658 lits) et 90 en 2015 (5020 lits). Ce secteur bénéficie de l'exportation des services aux patients étrangers et continue aussi à se développer, prenant profit de la mise en œuvre progressive de la CNAM. En 2015, le secteur privé, constituait 19.7% de la capacité hospitalière nationale.

Tableau 21: Evolution de la distribution de l'offre publique 1966-2015

Année	1966	1975	1980	1990	2001	2008	2011	2015
Nombre d'hôpitaux	78	-	91	156	167	174	174	175
Centre de santé de base	463	-	780	1560	2000	2083	2091	2123
Nombre de lits actifs	1374	12720	13571	15352	16659	18771	22958	25508
Nombre de cliniques privées	-	5 (en 1970)	35	42	79	-	81	90

Source : Ministre de la santé et compilation de l'auteur

¹ Le comité technique du dialogue sociétal (2014) : Op.cit. p. 70-71

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

II- Les disparités régionales et les inégalités de santé

Au lendemain de son indépendance, la Tunisie a entamé un processus de réformes fondamentales et a mis en place des programmes de développement touchant aux différents domaines de la vie économique et sociale.

La population et la santé ont toujours figuré au premier plan des priorités de l'État. « Le recul des épidémies, la diminution de la mortalité, notamment de la mortalité infantile, et l'augmentation de l'espérance de vie illustrent bien la réussite et l'efficacité des mesures et des programmes adoptés. Cette prospérité n'a cependant pas effacé les inégalités régionales »¹

1- La répartition inégale des moyens humains et de l'équipement

La planification des ressources humaines en personnel médical est un important déterminant de la santé et de son équité à l'échelle d'un pays. Au cours des dernières décennies, la démographie du personnel médical est devenue un sujet d'actualité².

Les principaux aspects d'intérêts étaient l'identification des besoins et la répartition disciplinaire et territoriale. Toutefois, la répartition géographique du personnel médical est très inégalitaire sur le territoire tunisien et elle marque une concentration très nette sur le littoral. Ces disparités sont liées en particulier à la répartition géographique des facultés de médecine et des centres hospitalo-universitaires, et à la concentration des médecins de libre pratique et à la disparité économique en général entre les régions.

En effet, d'après le tableau ci-dessous, on remarque que la densité des médecins généralistes et spécialistes est répartie de manière très inégalitaire sur le territoire du pays allant de 124.2 médecins généralistes p.100 000 habitants dans le gouvernorat de Tunis à 29.7 à Sidi Bouzid et de 228.6 médecins spécialistes p.100 000 habitants dans le gouvernorat de Tunis à 12.7 à Tataouine. Ces chiffres impliquent la persistance des écarts inter-régionaux entre certains gouvernorats du littoral (Grand Tunis et le Centre Est) et de l'intérieur (Kasserine, Sidi Bouzid, Kairouan et Tataouine, Siliana).

Tableau 3 : Densité des médecins (p.100 000 habitants)

Gouvernorat	Généraliste pour 100000 hab.	Gouvernorat	Spécialiste pour 100000 hab.
Sidi Bouzid	29.7	Tataouine	12.7
Jendouba	41.6	Kasserine	17.6
Médenine	45.4	Jendouba	22.1
Sousse	61.7	Ariana	79.4
Ariana	62	Sousse	109.6

¹ Ibtihel Bouchoucha et Jacques Vallin (2007) : « Inégalité régionale de mortalité infantile en Tunisie ». Communication à la cinquième conférence Africaine sur la population. Tunisie.INS Tunis : INED Paris, décembre 2007.p 2

² Saint-André JP (2007) : «Démographie médicale et démographie des pathologistes: quelle prospective ? » Ann Pathol 2007; 27 Spec No 1: 1S37-42

Issam BRIKI

Sfax	69.7	Sfax	114.6
Tunis	124.2	Tunis	228.6

Source : CNOM 2016, carte sanitaire 2015

A l'instar du personnel médical, la répartition territoriale de l'équipement montre aussi des disparités régionales qui sont confirmées par plusieurs composants des structures de soins à savoir le taux d'équipement en lits hospitaliers, la répartition inégale des hôpitaux universitaires, nombre des ambulances et les équipements lourds (scanners, IRM, Télé cobalt,).

Tableau 4 : Taux d'équipement en lits hospitaliers publics

Gouvernorat	Lits publics p.100.000 Habitants	Lits (public privé) p. 100000 habitants
Sidi Bouzid	101	101
Kassernine	122	128
Kairouan	124	130
Monastir	210	261
Sousse	212	245
Tunis	383	587

Source : MSP carte sanitaire 2015

A partir de ce tableau, nous constatons une nette inégalité de répartition des lits hospitaliers dans le secteur public. Selon les statistiques du Ministère de la Santé Publique, le nombre de lits avoisine 4115 en 2015 à Tunis tandis qu'il ne dépasse pas 259 à Tataouine, 299 à kébili et 391 à Siliana.

En outre, le déséquilibre régional est renforcé par la présence quasi- exclusive des lits privés sur le littoral et en particulier au District de Tunis et au Centre Est avec une nette domination de Tunis dans laquelle se concentre la plupart des cliniques privées. Ces disparités sont encore plus importantes sur le plan qualitatif : « tous les instituts et les CHU offrant le maximum de spécialités et des équipements plus performants se concentrent sur le littoral. Les hôpitaux de l'intérieur, même les plus récents, souffrent généralement de sous équipement »¹.

Dans ce sujet, l'OMS trouve que le rééquilibrage géographique de la densité médicale est difficile. Développer des incitations internes pour réduire l'attrait des zones côtières semble plus rationnel que la mise en place de systèmes contraignant les médecins à rester dans des sites non désirés ; ce qui est non admissible sur les plans pratique et éthique.

¹ Adel Bousnina (2009): « Développement humain et disparités régionales en Tunisie ». Thèse de doctorat (FSEHS-2009); p 106

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

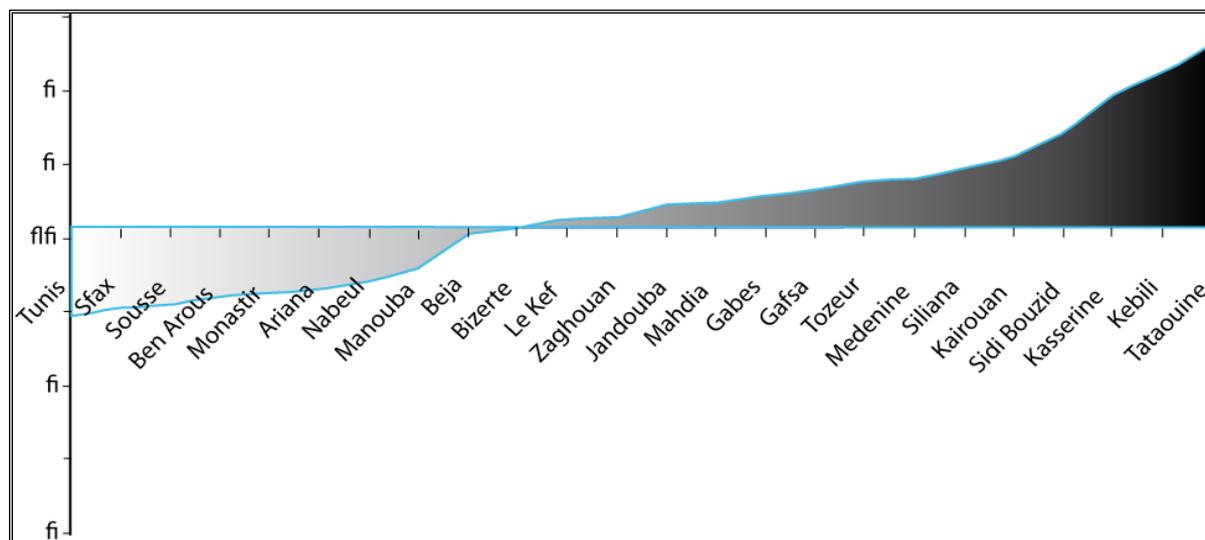
Par ailleurs, selon Lehmann et al¹ l'amélioration des conditions de travail et de vie (familiale et sociale) dans les régions de l'intérieur pourrait réduire les disparités régionales de la démographie médicale en améliorant la rétention l'attraction vers ces régions et la répartition du personnel de santé. Il est pertinent de mettre en œuvre des stratégies multidimensionnelles visant à la fois les conditions de vie, de travail et les opportunités de développement dans ces régions. De telles stratégies impliqueraient d'engager une collaboration multisectorielle.

2- Les disparités régionales en matière des indicateurs sanitaires

2.1- Variations géographiques de la mortalité infantile en Tunisie

La baisse rapide de la mortalité infantile n'a cependant pas affecté les inégalités régionales. D'un gouvernorat à l'autre, le taux de mortalité infantile va encore du simple au double. La figure ci-dessous, donne la distribution des 24 gouvernorats de Tunisie en fonction de leur niveau de mortalité infantile et montre que 8 gouvernorats se situent en dessous du niveau national (Tunis, Ariana, Ben Arous, Ma nouba, Nabeul, Sousse, Monastir et Sfax) tandis que les autres ont une mortalité infantile plus forte que la moyenne.

Graphique 1 : Distribution des 24 gouvernorats selon TMI



Source : MSP/DSSB 2009

Le graphique ci-dessus présente une ligne claire qui partage le pays en deux zones distinctes : une Tunisie littorale où l'on enregistre les taux les plus faibles et une Tunisie intérieure où les taux enregistrent de fortes proportions.

Les taux de mortalité infantile sont les meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays. Ils reflètent le niveau de pauvreté et les conditions de précarité de la population. Selon les statistiques du ministère de la Santé, le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans varie entre 28.5‰ à Kébili et 12.8‰ à Tunis. Ce taux varie aussi par milieu, il oscille entre 15.2‰ en milieu urbain et 26.4‰ en milieu rural. Pour les enfants âgés de moins d'un an, les taux sont respectivement de 12.1‰ et 24.6‰².

¹ Lehmann U, Dieleman M et Martineau T (2008): « Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention ». BMC Health Serv Res 2008 p 8-19.

² Selon les résultats de l'enquête MICS 4. L'enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 4 Tunisie a été réalisée en 2011-2012 par l'INS. Il s'agit d'un programme international d'enquête ménage élaboré par l'UNICEF sur la situation des enfants et des femmes.

Issam BRIKI

Il est à signaler que ces différences géographiques de mortalité infantile sont liées à des différences de développement économique, social, sanitaire, culturel, etc. D'évidence, le progrès sanitaire a été plus important dans les gouvernorats les plus favorisés disposant de pôles universitaires, d'infrastructures sanitaires et d'atouts économiques majeurs, tels que Tunis, Ariana, Ben Arous, Nabeul, Sousse, Monastir et Sfax alors que les autres gouvernorats sont caractérisés par une culture sanitaire moins développée, une absence de ressources humaines et de l'équipement, et un degré de pauvreté plus élevé.

2.2. Niveau et tendance de la mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle permet d'illustrer le niveau de développement de la santé dans le pays et la qualité d'organisation de son système de soins. Il évalue le nombre de décès enregistrés chez les femmes entre la conception et le 40e jour de l'accouchement, en dehors de tous les autres accidents ou causes fortuites.

Les progrès spectaculaires réalisés en Tunisie, dans le domaine de la santé maternelle, sont rendus possible grâce à une optimisation de la qualité des soins fournis à la femme et la mise en place d'un système de suivi des décès maternels permettant, de faire une enquête autour de chaque cas. Cependant, ces progrès essentiels n'ont pas conduit à la résorption de la disparité régionale.

L'enquête sur les décès maternels enregistrés en 2008, montre de fortes disparités régionales. Ce taux est de 30.5 pour 100 000 naissances vivantes dans le Centre-Est, contre 67 pour 100 000 naissances vivantes dans la région du Nord-Ouest.

Les conclusions sur l'évolution du TMM ne peuvent se faire que sur le plan national. L'analyse régionale de ce phénomène est problématique en l'absence d'une enquête récente et spécifique sur la morbidité et mortalité maternelle.

II- L'enquête : La perception des responsables du système de santé en Tunisie

Présentation de l'enquête

Les objectifs de l'enquête

L'objectif fondamental de notre enquête est l'analyse des perceptions des responsables de la santé ou plus précisément des cadres supérieurs du Ministère de la Santé Publique (MSP) sur divers aspects relatifs au système de santé.

Pour ce faire, notre étude et notre questionnaire ont été basés sur les trois thèmes principaux suivants :

- Le système de santé en Tunisie
- L'inégalité d'accès aux soins et disparités régionales
- Les solutions

Pour le premier thème, on étudiera l'organisation du système de santé en Tunisie. On mettra l'accent, d'une part, sur les caractéristiques de ses composantes telles que les ressources matérielles, humaines et financières et d'autre part, sur les insuffisances et les handicaps qui entravent son bon fonctionnement.

Pour le deuxième thème, il s'agit d'analyser les causes de l'inégalité d'accès aux soins. Parmi les principaux centres d'intérêt de ce thème, on peut citer notamment :

- Dégager les perceptions des responsables sur le système de santé en Tunisie.
- Etudier les explications du déséquilibre régional en matière de répartition inégale des ressources humaines et de l'infrastructure dans le secteur sanitaire.
- Analyser la perception des responsables concernant les conséquences et les répercussions de l'inégalité de santé.

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

Le dernier thème de notre questionnaire est lié à quelques solutions préconisées pour développer le système de santé.

La population enquêtée et l'élaboration de l'échantillon

La population concernée par l'enquête est constituée surtout par des hauts responsables qui occupent des fonctions essentielles dans des directions centrales du Ministère de la Santé Publique et à l'Organisation Mondiale de Santé. Le choix de ces directions est inhérent à leur rapport avec le système de santé.

Par ailleurs, notre enquête a touché quelques responsables de l'Organisation Mondiale de Santé.

Ainsi, l'élaboration de l'échantillon a été réalisée à partir d'un échantillonnage non basé sur la probabilité et suivant les procédures d'itinéraires, puisqu'il s'agit de certaines étapes à suivre et qui sont nécessaires pour la réalisation de l'enquête.

Les étapes à suivre sont :

- Choisir les administrations à enquêter.
- Etudier l'organigramme et éliminer les départements qui ne sont pas concernés par le système de santé.
- Elaborer la liste des responsables à enquêter.
- Fixer un rendez-vous avec le responsable à enquêter.
- Réaliser l'enquête.

Au total, **67 responsables** constituent l'échantillon de l'enquête, et ce comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°5 : Répartition des responsables échantillon

Lieu de travail	Effectif
MSP	47
OMS (Organisation Mondiale de santé)	5
INSP (Institut National de santé publique)	2
DSSB (Direction des soins de santé de base)	2
L'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes	2
Direction de l'inspection médicale	2
Direction régionale de la santé de Tunis	2
PCT (Pharmacie Centrale de Tunisie)	1
Unité de recherche sur le vieillissement et les causes médicales de décès	1
Ministère de Développement Régional et de la Planification	1
CNAM	2
Total	67

Source : Enquête personnelle 2013

L'exploitation et l'analyse des données

Lors de la réalisation de notre enquête, on a rencontré plusieurs **difficultés** telles que :

- Des difficultés d'accès à une information officielle (organigramme nominatif) pour préparer la liste des responsables à enquêter.
- La réticence de certains responsables à répondre aux questions
- L'absence ou l'indisponibilité de certains responsables.
- Le refus catégorique de certains responsables à répondre aux questions.

Issam BRIKI

- Un retard significatif qui excède la période moyenne fixée pour remplir le questionnaire par le responsable.
 - La précision de quelques résultats attendus n'est pas suffisante pour leur utilisation dans l'analyse.

En ce qui concerne l'exploitation et l'analyse des données, il s'agit d'interpréter les informations recueillies et de dégager la signification des résultats obtenus en effectuant certains traitements particuliers sur ces informations.

En somme notre analyse consiste donc à :

- Définir la perception et les réponses des personnes interviewées
- Analyser les résultats et classer les réponses selon certains critères
- Représenter le niveau de fréquence et la répétition des réponses données.
- Procéder à une analyse de ces réponses en fonction du thème en question.

I- Les caractéristiques du système de santé en Tunisie

1. La perception de l'organisation du système de santé

D'après les données statistiques du tableau ci-dessous, on remarque que les proportions de la perception des responsables sur les principaux problèmes liés à l'organisation sont quasi égales. En effet, une part des responsables interviewés (37,31%) estime que les principaux problèmes sont liés à l'absence d'une politique de gestion des ressources humaines et 34,33% pensent que ces problèmes sont liés à l'insuffisance des ressources matérielles et financières.

Il se dégage de ce tableau que certains responsables (26,87%) mettent l'accent sur l'impact du manque de stabilité des orientations du ministère sur l'organisation du système de santé.

Nous pouvons conclure que, selon une grande part des responsables, les problèmes précités sont étroitement liés entre eux et doivent être envisagés dans leur ensemble. Ils pensent que le système de santé est un ensemble d'institutions, des ressources, des personnes ainsi que d'orientations générales dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.

Tableau n°6 : Les principaux problèmes liés à l'organisation du système de santé

Les principaux problèmes	Score	%
L'absence d'une politique de gestion des ressources humaines	25	37,31
L'insuffisance des ressources matérielles et financières	23	34,33
Le manque de stabilité des orientations du ministère	18	26,87
Le manque de cohésion entre les différentes composantes	1	1,49
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

Pour renforcer les systèmes de santé, il faut surmonter des obstacles dans plusieurs domaines : effectifs des personnels de santé, infrastructures, stabilité de politique sanitaire et les pratiques de la bonne gouvernance du système de santé.

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

Tableau n°7 : Appréciation de la gouvernance

Degrés de satisfaction	Score	%
Mauvaise	5	7,46
Insatisfaite	36	53,73
Passable	17	25,37
Bonne	9	13,43
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

D'après ce tableau, on remarque que 53,73% des responsables ne sont pas satisfaits de la gouvernance du système de santé en Tunisie et 25.37 % pensent qu'il est passable et comporte plusieurs anomalies.

Il faut avouer que notre système de santé a longtemps vécu sur l'image d'un système en développement croissant. Pourtant, force est de constater aujourd'hui que ce système dérive depuis de nombreuses années, sans pilote.

Une grande part des responsables de l'administration tunisienne estime que, malgré les dispositions législatives en vigueur adoptant l'autonomie hospitalière, les décisions stratégiques et opérationnelles concernant les hôpitaux restent encore prises en dehors d'eux.

La même question a été posée à certains responsables de l'OMS (au bureau régional de Tunis), qui voient que la bureaucratisation croissante, les mouvements de privatisation et la déconnexion des élites médico-administratives avec le terrain sont contre-productives et dangereuses.

Pour remédier à ces insuffisances, et dans le cadre de la stratégie de coopération OMS- Tunisie 2010-2014, l'OMS s'est engagée dans plusieurs initiatives :

- Dans la promotion du secteur de la santé à travers un appui technique et le développement des capacités de pilotage du Ministère de la Santé Publique afin que le système de santé réponde mieux aux besoins de la population.
- Dans le renforcement de la gouvernance du système sanitaire à travers le développement d'une politique basée sur la planification stratégique pour une réponse efficace et efficiente¹.

2. La perception des composantes du système de santé

L'étude de la perception des responsables enquêtés quant au niveau du cadre médical montre une satisfaction quasi générale (91%). Certains enquêtés affirment qu'il ne suffit pas que le personnel médical possède des compétences requises, encore il faut qu'il veuille les bien utiliser. Cette volonté sera en fonction de ce que leur offrira l'hôpital comme, à titre d'exemple, les conditions de travail, une rémunération motivante et d'autres perspectives prometteuses ... pour amener le personnel médical à la satisfaction et à la stabilité au travail.

¹ OMS (2010) : « Stratégie de coopération OMS Tunisie 2010-2014 » Tunisie 2010, p 52

Tableau n° 8 : Satisfaction concernant le niveau professionnel du cadre médical

Réponses	Effectif	%
Tout à fait d'accord	38	57
Plutôt d'accord	23	34
Plutôt pas d'accord	3	4
Pas du tout d'accord	1	2
Pas de réponses	2	3
Total	67	100

Source : Enquête personnelle, 2013

En ce qui concerne l'état des locaux de l'hôpital, 72% des acteurs de santé sont globalement insatisfaits. Ce résultat peut paraître décevant pour des établissements hospitaliers qui ont consacré des fonds d'investissements importants au cours de ces dernières années.

Ce qui ressort des différentes réponses, les locaux sont fréquemment jugés non spacieux et ne répondent pas à la norme de sécurité. En terme utilitaire, il apparaît que l'ergonomie n'est pas toujours adéquate.

Tableau n° 9 : L'état des locaux de l'hôpital public

Locaux	Effectif	%
Tout à fait d'accord	5	7
Plutôt d'accord	7	11
Plutôt pas d'accord	31	46
Pas du tout d'accord	24	36
Total	67	100

Source : Enquête personnelle, 2013

Parallèlement, cette insatisfaction générale a été perçue par les responsables enquêtés aussi concernant le niveau des équipements hospitaliers. Comme le montre le tableau ci-dessous, une grande part des personnes enquêtées (69%) estime que les équipements hospitaliers sont souvent vétustes et plus souvent en panne qu'en état opérationnel. Les Hôpitaux locaux et régionaux reçoivent des matériels occasions et dans d'autres cas en état obsolète rejetés par les CHU des grandes villes.

Tableau n°10 : Le niveau des équipements hospitaliers

Equipement	Effectif	%
Mauvais	46	69
Passable	14	20
Bon	7	11
Total	67	100

Source : Enquête personnelle, 2013

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

3. La perception des politiques de promotion de santé

Le recours à la démarche d'amélioration continue de la qualité constitue un des éléments de la mise en place dans les établissements de santé d'un dispositif contribuant à une meilleure gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des prestations de soins.

Le développement des démarches qualité à l'hôpital est directement lié au mouvement qualité qui a pris un essor considérable dans l'industrie. Ce mouvement, quoique ciblé vers un objectif commun comporte plusieurs obstacles qu'il est important d'identifier.

La difficulté de la démarche d'amélioration de la qualité des soins réside dans l'adaptation des méthodologies, des outils au contexte spécifique des établissements de soins ainsi aux autres principaux obstacles cités au-dessous...

Tableau n°11 : Les principaux obstacles d'amélioration de la qualité de soins

Les obstacles	Effectif	%
L'aversion du personnel aux changements	29	43,28
Le manque des ressources (financières, humaines et matérielles)	15	22,39
L'accès aux données et la collecte d'informations	21	31,34
La coopération des dirigeants	2	2,99
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

Une grande partie des enquêtés (43%) a affirmé l'impact de la résistance du personnel aux changements lors de la démarche d'amélioration de la qualité des soins au sein des établissements sanitaires. Une autre proportion des responsables interviewés (31,34%) pense que l'inaccessibilité à l'information représente l'un des handicaps majeurs de cette démarche.

Selon les statistiques de l'enquête, on peut noter le rôle crucial des ressources humaines dans chaque changement. Selon D. Hellriegel « aucune méthode de changement de l'organisation n'a la moindre chance de réussir si elle ne prend pas en compte tout ou une partie des aspects organisationnels suivants : le personnel, la tâche, la technologie, la structure et la stratégie »¹. Les explications de la résistance du personnel aux changements et la rétention des informations lors de la phase d'implantation de la démarche qualité sont liées aux renseignements, qui ne sont pas transmis clairement, ou que les communications ne sont pas efficaces et perturbent la diffusion de l'information.

Pour savoir surmonter l'aversion du personnel au changement, il faut d'abord lui faire comprendre les situations qui ont généré le changement.

A cet égard on doit noter l'importance de certaines réponses de quelques responsables (22,39%) qui ont accordé une importance capitale au problème de manque des ressources financières, humaines et matérielles et son impact sur toute initiative de démarche d'amélioration de la qualité des soins.

¹ D. Hellriegel, J.W. Slocum, R.W. Woodman (1992) : « Management des organisations » De Boeck & Larcier s.a. 1992, p 600.

Issam BRIKI

La réforme de couverture sociale a eu certes le mérite de mettre fin à un système défaillant caractérisé par l'hétérogénéité, le gaspillage, et l'incapacité de contribuer à la rationalisation des dépenses de santé à l'échelle nationale. Il n'en demeure pas moins que cette stratégie ambitieuse se heurte à un certain nombre de défaillances, dont ses rapports avec le grand public qui lui reproche son manque d'organisation, le plafonnement trop limité des remboursements, la non prise en charge de certaines maladies, et surtout les mauvaises conditions d'accueil dans les services de la CNAM.

Tableau n°12 : Les principales défaillances de la réforme de l'assurance maladie

Les défaillances	Effectif	%
Les délais de remboursement	20	29,85
Mauvaise organisation et lenteur de traitement des dossiers	36	53,73
Les actes médicaux pris en charges	11	16,42
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

Si de nombreux responsables se montrent sévères envers la CNAM, c'est d'abord à cause de son manque d'organisation et la lenteur de traitement des dossiers (54 %). Le flou qui entoure des questions importantes (telles que la limite du plafonnement des remboursements, la prise en charge de certaines maladies et leurs traitements...), les contradictions, les délais de remboursement, l'incohérence de certaines décisions renforcent bien cette impression chez les acteurs de santé et le public en général.

Le manque d'expérience de la CNAM, associé aux limites des campagnes d'information à atteindre un bon nombre du grand public y ont probablement contribué.

Il faut reconnaître aussi que la mise en application de la CNAM de façon parfois hâtive, sans une préparation minutieuse et suffisante sur le plan des infrastructures et de l'organisation (bureaux d'accueil suffisants, formulaires, informatisation ...) et le manque de consensus (ou de coordination) avec d'autres partenaires sociaux (médecins, pharmaciens, laboratoires, cliniques...) se sont répercutés sur le rapport avec les citoyens en donnant l'impression d'un certain dysfonctionnement et renforçant par là même le sentiment du mécontentement à son égard.

II. Les explications et les répercussions de l'inégalité de santé

1. Les explications des inégalités de santé

Plusieurs facteurs sont à l'origine de la détermination de la situation sanitaire d'une région, le mode de vie, la pauvreté, les conditions d'habitat, l'éducation et les conditions cliniques et environnementales. En outre, « les inégalités en santé résultent aussi des inégalités en matière de disponibilité, d'accès et de qualité des services, de la charge financière qu'elles imposent aux individus et même des barrières linguistiques, culturelles et fondées sur les différences de sexe qui sont souvent inhérentes à la manière dont la pratique clinique est mise en œuvre »¹.

¹ Dans A et al (2007) : « Assessing equity in clinical practice guidelines. Journal of Clinical Epidemiology, 2007, 60:540–546 in Rapport sur la santé dans le monde 2008: « Les Soins de santé primaires -Maintenant plus que jamais », OMS 2009, p XVII

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

Cette question a été posée dans le but de connaître les facteurs administratifs, sociaux et politiques qui ont été déterminants à aggraver l'inégalité d'accès aux soins.

Ces facteurs sont étudiés par les résultats de l'enquête à travers l'analyse de la perception des responsables du système de santé sur les causes de l'inégalité de soins.

- Les facteurs sociaux

Les explications sociales de l'inégalité de santé sont liées selon de nombreux responsables interviewés (72%) aux différences entre les catégories sociales appartenant à un même pays.

Tous les indicateurs de santé font apparaître un lien conséquent entre la position sociale et l'importance des problèmes de santé ainsi que la fréquence au renoncement aux soins. Les catégories sociales les plus avantagées sont les cadres supérieurs, les ingénieurs, les professeurs et les catégories les moins favorisées sont les salariés agricoles, les ouvriers et les personnels de services. Loin de se réduire avec le temps, les disparités entre catégories sociales se sont accrues. Les bénéfices obtenus en matière d'espérance de vie ou de mortalité ont surtout profité aux classes aisées. En effet, les territoires qui sont défavorisés sur le plan social sont ceux où la santé de ses habitants est mauvaise ; « dans les catégories sociales les plus défavorisées, l'espérance de vie est plus faible et l'état de santé plus dégradé que dans les catégories les plus privilégiées »¹.

D'autres enquêtés pensent que les situations sociales antérieures sont des déterminants primordiaux des inégalités de santé, « moins le niveau socio-économique d'une personne est élevé, plus le risque de mauvaise santé est grand »².

A travers cette enquête et dans le cadre du même contexte, certains responsables (12%) ont montré que les facteurs sociaux sont étroitement liés aux différences régionales en matière de la répartition inégale des ressources humaines et de l'infrastructure sanitaire. Ils pensent que la majorité des indicateurs liés à la santé qui se rapportent aux ressources matérielles (équipement, densité des médecins spécialistes, infrastructures sanitaires, nombre de lits par nombre d'habitant...) et aux ressources humaines (représentées dans la carte sanitaire officiellement publiée par le ministère de la santé) révèlent clairement de profondes disparités territoriales et surtout un clivage interrégional qui fractionne la Tunisie en zone favorisée et zone démunie.

L'ensemble de causes sociales est résumé dans le tableau suivant :

Tableau n°13 : Les causes sociales de l'inégalité de santé

Les facteurs	Effectif	%
Différence entre les catégories sociales appartenant à un même pays	48	71,64
Répartition inégales des ressources humaines et matérielles entre les régions	8	11,92

¹ Mark Bailoni (2011) : « Les inégalités territoriales et les enjeux géopolitiques de la santé au Royaume -Uni ». La Découverte-« Hérodote » 2011/n° 143, p 170.

² OMS (2011) : « 10 faits sur les inégalités en matière de santé ». Article publié sur le site officiel de l'OMS. Octobre 2011.

Issam BRIKI

Les déterminants comportementaux tels que la consommation du tabac, l'alcool et le régime alimentaire	4	5,98
L'entourage et les réseaux sociaux	5	7,46
La pauvreté	2	2,98
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

- Les facteurs administratifs

La perception de l'importance des facteurs administratifs est différente selon la vision du responsable enquêté. De nombreux interviewés (46 réponses) ont estimé que les explications administratives de l'inégalité de santé sont liées à la centralisation administrative. Le secteur public reste caractérisé par une centralisation excessive du pouvoir de décision, en termes d'investissement, de mobilisation de ressources humaines et des procédures administratives.

A cet égard, certains responsables ont évoqué le problème du manque de cohésion entre le Ministère de Santé, les directions régionales ainsi que les établissements sanitaires locaux. En l'absence d'une gestion administrative multilatérale cohérente entre tous les acteurs concernés, les décideurs régionaux et locaux se trouvent incapables de réagir face à des problèmes administratifs ordinaires avant l'approbation de la direction centrale.

D'autre part, certains autres responsables enquêtés (18 réponses) ont lié l'inégalité de santé à d'autres explications administratives liées à l'incompétence des ressources humaines exerçant dans les régions. Le personnel affecté dans les régions souffre d'un manque d'encadrement et de formation.

La majorité des responsables enquêtés a mis l'accent sur la nécessité de :

- Favoriser l'implication et la participation des régions dans les décisions opérationnelles.
- Mettre en place des mécanismes de communication et de prise en compte des opinions des employés exerçant dans les régions.
- Réviser la formation du personnel dans les régions.

L'ensemble des facteurs administratifs des inégalités de santé est résumé dans le tableau suivant :

Tableau n°14 : Les facteurs administratifs des inégalités de santé

Les facteurs	Effectif	%
La centralisation administrative	46	68,66
Le manque de cohésion entre le MSP et les directions régionales	2	2,98
L'incompétence des ressources humaines	18	26,86
Les problèmes de distance à l'administration publique	1	1,5
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

- Les facteurs politiques

Les explications et les causes des disparités régionales dans le secteur de santé sont multiples, le facteur politique a été déterminant et a accentué l'inégalité de santé en favorisant une région aux dépens d'autres.

Selon l'avis de certains responsables enquêtés (9 réponses), le manque de stabilité des orientations politiques, le changement fréquent des responsables et la nomination des nouveaux ministres ont favorisé le dysfonctionnement des institutions et ont entravé le processus de développement régional de la santé.

D'autre part, de nombreux responsables (18 réponses) ont estimé que l'inégalité de soins et la disparité régionale sont dus à une centralisation politique qui ne valorise pas l'apport des responsables de régions et les prive de la participation dans les décisions.

Par ailleurs, d'autres explications politiques de la disparité régionale dans le secteur de santé ont été évoquées par de nombreux responsables (38 réponses) et ils concernent notamment les préférences du gouvernement vers les régions littorales. Cette priorité et ces choix politiques ont été traduits dans les politiques de répartition inégale des ressources humaines et d'infrastructure sanitaire.

Sur le plan de l'investissement et de l'instauration des hôpitaux, tous les instituts et les CHU offrant le maximum de spécialités et des équipements plus performants se concentrent sur le littoral.

Sur le plan de planification des capacités des professionnels, la répartition géographique du personnel médical est très inégalitaire sur le territoire tunisien et elle marque une concentration très nette sur le littoral. Le Centre de Tunis et le Centre-Est avaient les densités médicales les plus élevées aussi bien pour les généralistes en 2009 (96 et 74 médecins pour 100 000 habitants respectivement) que pour les spécialistes (111 et 73 médecins pour 100 000 habitants respectivement).

D'autre part, et outre le manque de stabilité des orientations politiques, le favoritisme administratif et la centralisation politique, d'autres facteurs politiques de l'inégalité de santé ont été cités par les différents responsables enquêtés, et ce comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°15 : Les facteurs politiques des inégalités de santé

Les facteurs	Effectif	%
Manque de stabilité des orientations politiques	9	13,43
Les préférences du Gouvernement et le favoritisme administratif	38	56,73
La centralisation politique	18	26,86
Manque d'encadrement	2	2,98
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

2. Les répercussions des inégalités de santé

Les répercussions de l'inégalité de soins sont multiples et concernent surtout les effets socio-économiques et les effets démographiques. Ces considérations générales sur les effets de l'inégalité de soins sur le bien-être de l'individu sont complétées par les résultats de notre enquête.

- Les répercussions économiques

De nombreux responsables enquêtés estiment que l'inégalité de soins génère des pertes de productivité et la faiblesse des activités dans la région. La faiblesse de la production, le chômage et la baisse du niveau de vie englobent la totalité des réponses des responsables enquêtés.

Dans la mesure où l'état de la santé est déplorable, le capital humain se trouve incapable de stimuler la croissance économique. Elle induit des coûts sociaux qui sont parfois très importants. De plus, des fonds extra-budgétaires de l'Etat seront alloués à la prise en charge des individus non productifs.

L'absence de système de soins de première ligne dans les régions pour les ouvriers à travail pénible favorise l'augmentation (statistiquement inévitable) de nombreuses maladies chroniques, ces maladies sont en majorité durables, et occasionnent des soins de longue durée. Ils laissent souvent des séquelles, source d'incapacités et de handicaps qui rendent nécessaire la prise en charge par l'Etat et la réinsertion sociale.

Plusieurs responsables enquêtés ont insisté sur l'obligation de suivre les réformes de réduction des inégalités de santé élaborées par les pays européens. C'est le cas notamment du Royaume- Uni, des Pays Bas et de la Suède.

En cohérence avec les résultats de la recherche, qui suggèrent que la réduction des inégalités de santé passe sans doute par une réduction des inégalités économiques et sociales globales. Les stratégies comportent également des actions qui mobilisent le système de santé, notamment à travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaire.

Les effets économiques cités par les différents responsables enquêtés sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau n°16 : Les répercussions économiques de l'inégalité des soins

Les répercussions	Effectif	%
Perte de productivité	19	28,35
Le chômage	12	17,91
La faiblesse de la production	10	14,93
Augmentation des coûts sociaux	2	2,98
Augmentation des maladies chroniques	10	14,94
Infrastructure insuffisante	6	8,95

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

Déséquilibre régional	8	11,94
Ensemble	67	100

Source : Enquête personnelle 2013

- Les répercussions sociales

Les inégalités sociales de santé font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social ou à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Selon certains responsables interviewés, les effets sociaux de l'inégalité de santé peuvent toucher directement l'individu et le citoyen et ils favorisent la discrimination et l'inégalité de chance.

Les disparités de santé qui concernent les différents groupes sociaux interpellent directement la cohésion sociale. Les relations sociales sont davantage affectées par des degrés variables de tension et d'instabilité

Plus une société est inégalitaire, plus on rencontre une incapacité croissante à satisfaire les normes de réussite de son groupe.

Par ailleurs, d'autres responsables enquêtés évoquent le problème "des tensions sociales". Ils pensent que les inégalités en matière de santé nourrissent les tensions des habitants et des ressentiments dans les territoires qui sont oubliés par les autorités. Cela explique pourquoi à chaque fois une faute médicale surgie dans un hôpital localisé dans une région en difficulté ou défavorisée sera rapidement l'objet de mécontentement et de soulèvement des habitants, qui souffrent d'exclusion et du favoritisme en termes d'infrastructures et de ressources par rapport aux autres régions privilégiées.

L'ensemble des répercussions sociales est résumé dans le tableau suivant :

Tableau n°17 : Les répercussions sociales de l'inégalité des soins

Réponses	Effectif	%
La discrimination et l'inégalité des chances	22	32,85
Des services sanitaires non satisfaisants	8	11,94
Un capital humain malade	10	14,93
La migration interne pour les soins	14	20,89
Environnement social instable	10	14,92
La recherche de l'assistance	3	4,47
Ensemble	67	100

Source : Enquête personnelle 2013

III-Les solutions proposées

Les politiques de santé qui induisent les réformes sanitaires doivent répondre à des conditions particulières pour participer positivement au développement de système de santé. La définition de ces caractéristiques est divergente dans la perception des responsables interviewés.

Une part importante des enquêtés (67,16%) pense que la politique de santé doit être équitable et 25,37% des responsables estime qu'elle doit prendre en compte les besoins individuels et tous les besoins en infrastructure et qualité des services de soins hospitaliers. C'est en fait la notion d'efficacité productive. A cet égard, on doit noter l'importance de certaines réponses de quelques responsables qui ont exigé que toute orientation stratégique ou politique de santé mise en œuvre doit lutter contre l'inégalité de soins et réduire la disparité régionale.

A travers notre interview sur ce concept, on a pu constater que tous les responsables partagent la même perception sur la lutte contre l'inégalité de santé et estiment que le système de santé mérite d'être modernisé en conservant les principes fondateurs de solidarité, d'équité et d'efficacité. Ces responsables proposent une organisation de notre système de santé qui réponde à l'ambition affirmée par l'OMS selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social.

Tableau n°18 : Caractéristiques de la politique de santé

Indicateur	Effectif	%
Equitable	45	67,16
Efficace	17	25,37
Lutter contre l'inégalité d'accès aux soins	3	4,48
Réduire la disparité régionale	2	2,99
Ensemble	67	100%

Source : Enquête personnelle 2013

Par ailleurs, dans la majorité des recommandations collectées, auprès d'un échantillon des responsables de santé, les enquêtés insistent sur le fait que les propositions (de sortie de crise) énoncées auparavant sont d'ordre général, populistes et inefficaces.

Certains acteurs enquêtés estiment qu'il serait très inutile de corriger les distorsions structurelles ancrées dans le système de santé sans avoir effectué une évaluation profonde des programmes antérieurs et en cours. Ils insistent aussi que la persistance des disparités régionales doit être examinée par des décisions prises en concertation avec les différents acteurs de santé.

A cet égard, les propositions se résument comme suit :

Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions

Tableau n°19 : Solutions proposés

Réponses	Effectif	%
Répartition égale des ressources humaines et matérielles.	27	41
Renforcement des inspections de contrôle dans les deux secteurs public et privé	10	15
Réorganisation du fonctionnement des structures de santé.	5	7
Promotion des soins dans les régions défavorisées	7	11
Création de nouveaux pôles universitaires dans les régions de l'intérieur	3	4
Motivation des médecins spécialistes du secteur public (motivation salariale)	9	13
Réglementation du secteur privé	6	9
	67	100

Source : Enquête personnelle 2013

Conclusion

Notre article a tenté, grâce aux résultats d'une enquête, de montrer la complexité de la problématique des inégalités régionales de santé en Tunisie.

Cette étude était consacrée à l'analyse de la perception et les représentations des acteurs de santé sur diverses questions de la santé en Tunisie dont notamment : les caractéristiques du système de santé, les principaux indicateurs, les inégalités régionales de santé, les explications et les répercussions des inégalités régionales de santé et les solutions à adopter

Si on affine notre analyse, on remarque que les disparités sont encore plus criantes au niveau local. En effet, la représentation cartographique des ressources humaines et d'infrastructures sanitaires font apparaître clairement que les délégations chefs-lieux et de grandes villes enregistrent les taux élevés en termes de médecins spécialistes et elles sont fournies des CHU et des hôpitaux régionaux (catégorie A), par rapport aux délégations périurbaines et rurales qui sont équipées des hôpitaux locaux et dans les meilleurs cas des hôpitaux régionaux catégorie B. Selon les termes de Mark Bailoni, « la proximité géographique de ces situations radicalement différentes renforce la perception des disparités et contribue à alimenter certains ressentiments des populations qui se sentent délaissées et victimes d'un système inégalitaire. ».

Finalement, il faut noter que la question des inégalités de santé est de grande ampleur en Tunisie. Les déterminants de l'inégalité en matière de santé exigent une réponse sociétale, avec des choix politiques et techniques qui affectent de nombreux secteurs différents.

Par ailleurs, la politique de santé mise en œuvre par l'Etat doit contribuer à éliminer les obstacles à l'accessibilité aux soins. C'est la question d'équité. Cette dimension est identifiée comme un facteur déterminant de développement humain.

Bibliographie

- Bailoni Mark (2011) : « Les inégalités territoriales et les enjeux géopolitiques de la santé au Royaume-Uni ». La Découverte- « Hérodote » 2011/n° 143.
- Bouchoucha I. Vallin J (2007) : « Inégalité régionale de mortalité infantile en Tunisie ». Communication à la cinquième conférence Africaine sur la population. Tunisie.INS Tunis : INED Paris, décembre 2007.

Issam BRIKI

- Bousnina Adel (2009): « Développement humain et disparités régionales en Tunisie ». Thèse de doctorat (FSEHS-2009).
- Dans A et al (2007) : « Assessing equity in clinical practice guidelines. Journal of Clinical Epidemiology, 2007, 60:540–546 in Rapport sur la santé dans le monde 2008: « Les Soins de santé primaires -Maintenant plus que jamais », OMS 2009.
- Hellriegel D., Slocum J.W., Woodman R.W (1992) : « Management des organisations » De Boeck & Larcier s.a. 1992.
- JP Saint-André (2007) : « Démographie médicale et démographie des pathologistes: quelle prospective ? » Ann Pathol 2007; 27 Spec No 1: 1S37-42.
- Le comité technique du dialogue sociétal (2014) : « Le dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé ». Santé en Tunisie, états des lieux, 2014.
- Lehmann U, Dieleman M et Martineau T (2008): « Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention». BMC Health Serv Res 2008.
- OMS (2010) : « Stratégie de coopération OMS Tunisie 2010-2014 » Tunisie 2010.
- OMS (2011) : « 10 faits sur les inégalités en matière de santé ». Article publié sur le site officiel de l'OMS. Octobre 2011.