

**LA GOUVERNANCE
DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE
AGGRAVE L'INEGALITE SOCIALE
FACE AU RISQUE DE LA MALADIE EN TUNISIE**



L'essoufflement du modèle de dialogue social dans le service public
Tunis, juin 2016

LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE AGGRAVE L'INEGALITE SOCIALE FACE AU RISQUE DE LA MALADIE EN TUNISIE



Le personnel et les patients sont des victimes
de la gouvernance du système de santé publique
Tunis. juin 2016

Table des matières

Introduction.....	9
Partie 1. La désarticulation des trois lignes du système de santé publique contribue à l'inégalité sociale face au risque de la maladie.....	12
1.1. La qualité et l'équité dans l'accès aux soins selon la vision de l'OMS	12
1.1.1. La promotion des soins de santé primaires pour tous.....	12
1.1.2. La notion de « district de santé » est le fondement de la mise en œuvre d'une stratégie des soins de santé primaires.....	13
1.1.3. Les acquis de la Tunisie indépendante.....	15
1.2. La perte des acquis de la Tunisie indépendante : un réseau de structures sanitaires publiques couvre bien le territoire national mais ne répond pas aux besoins des citoyens ..	17
1.2.1. L'horaire d'ouverture très limité des centres de santé de base traduit la perte des acquis de la Tunisie indépendante.	17
1.2.2. Accès inégal aux technologies médicales ou la dotation irrationnelle des équipements par gouvernorat	18
1.2.3. Distribution régionale inégale des chaises dentaires.....	19
1.2.4. Distribution régionale inégale des laboratoires de biologie médicale.....	20
1.2.5. Le corps de médecins généralistes est l'ossature de la première ligne de santé publique.....	21
1.2.6. Mais la densité régionale des médecins spécialistes du secteur public est fortement inégale.....	21
1.2.7. Les hôpitaux à vocation universitaire subissent la défaillance de la première et la deuxième ligne de santé publique.	22
Partie 2. Les problèmes de financement et de gestion des ressources financières mènent vers la destruction du service public	25
2.1. Le système de financement fragilise la mission du service public de santé	25
2.2. Les dépenses n'assurent pas l'équité et la qualité des prestations de soins.....	26
2.3. La gestion budgétaire est source des gaspillages et du délabrement des structures sanitaires publiques	29
2.3.1. Aucune volonté politique de réforme de la gestion budgétaire durant les deux dernières décennies.	29
2.3.2. Les pratiques de gestion budgétaire développent le gaspillage des ressources et la corruption.....	31
2.4. La gestion des équipements et des médicaments institue l'inégalité sociale face au risque de la maladie.	33
2.4.1. Le personnel doit soigner sans outils du diagnostic médical !.....	33
2.4.2. Il doit soigner sans médicaments !.....	34
2.4.3. Il doit soigner dans des locaux mal entretenus et inadaptés au flux de patients !	36
2.4.4. Les usagers du service public expriment alors leur insatisfaction.	37
Partie 3. La gestion des ressources humaines prive la société tunisienne des bénéfices de son investissement dans le capital humain médical	39
3.1. Féminisation de la filière de formation médicale et développement de la médecine spécialisée.	39

3.1.1.	Croissance de l'effectif des inscrits et de la féminisation de la filière de formation médicale.....	39
3.1.2.	Le Taux de réussite élevé est associé au caractère sélectif de l'accès à la filière.	40
3.2.	L'insertion professionnelle des diplômés en médecine est marquée par l'aversion de l'emploi dans le secteur public et dans les régions de l'intérieur.....	41
3.2.1.	L'exercice du métier est réglementé depuis la colonisation mais il est syndicalisé selon le contexte politique.....	41
3.2.2.	Tendance de l'orientation professionnelle des médecins vers la spécialisation et l'exercice du métier dans le secteur privé	42
3.2.3.	Impact de l'insertion professionnelle des médecins sur l'inégalité régionale de la densité médicale	43
3.3.	Les obstacles à l'orientation des spécialistes vers le secteur public et les régions de l'intérieur.....	44
3.3.1.	Les conditions de travail dans le secteur public sont répulsives.....	44
3.3.2.	La fuite vers le secteur privé offre de meilleures conditions de travail et une meilleure rémunération, notamment dans les régions côtières	45
3.3.3.	Les hôpitaux à vocation universitaire perdent leur statut de référence médicale et scientifique.....	46
3.4.	Sauver le service public de santé est encore possible	48
3.4.1.	Il existe encore des médecins qui luttent pour défendre la mission d'un service public de qualité.....	48
3.4.2.	Les orientations de la réforme de la filière de formation médicale adoptée en 2011 sont pertinentes.....	49
3.5.	Caractéristiques de la formation et de l'insertion professionnelle du personnel paramédical.....	51
3.5.1.	La filière de formation du personnel paramédical est fortement féminisée et concentrée dans les zones universitaires.....	51
3.5.2.	Un enseignement professionnel sans normes de qualité	52
3.5.3.	Inégalité régionale de la densité du personnel paramédical	53
Partie 4.	Les conditions de travail et les relations de travail dans le service public de santé ne favorisent pas l'amélioration de la qualité des prestations de soins.....	55
4.1.	Les concepts « travail décent » et « ressources de pouvoir syndical », outils d'analyse des relations de travail.....	55
4.2.	Les acquis et les déficits du travail décent du personnel paramédical.....	56
4.2.1.	Baisse du pouvoir d'achat selon la perception des syndicats	56
4.2.2.	Il est possible de concilier temps de travail décent du personnel et horaire d'ouverture des structures sanitaires adapté aux besoins des patients	58
4.2.3.	La lutte syndicale contre la précarité de l'emploi	60
4.2.4.	Les pratiques de corruption marquent l'organisation des concours d'accès à l'emploi public dans un contexte de forte compétition sociale autour de l'emploi.....	60
4.2.5.	Opportunité insuffisante de promotion professionnelle et manque de confiance des syndicats dans les résultats des concours organisés à cet effet.....	61
4.2.6.	La marginalisation de la formation continue du personnel traduit le peu de souci accordé à la qualité des prestations de soins	62

4.2.7.	Le risque d'infection dans les structures sanitaires publiques est élevé	63
4.2.8.	Le personnel subit souvent la violence des patients ou de leurs accompagnateurs insatisfaits.....	64
4.2.9.	La pénibilité de travail du personnel paramédical n'est pas reconnue par l'administration et les patients	66
4.3.	Le modèle de dialogue social ne mobilise pas le personnel autour des défis à relever par le service public de santé.....	67
4.3.1.	Les acquis juridiques en matière de relations de travail : Ratification des conventions internationales	67
4.3.2.	Inégalité des facilités d'exercice du droit syndical dans les structures sanitaires publiques par référence à la norme internationale.....	68
4.3.3.	Inefficacité du dialogue social dans les structures sanitaires publiques.	72
a)	<i>Les syndicats sont informés sur les programmes de la politique de santé publique...</i>	72
b)	<i>Ils sont aussi écoutés mais leur avis est rarement ou jamais pris en considération. ..</i>	73
c)	<i>Les accords conclus ne sont pas toujours respectés par l'administration.....</i>	74
4.3.4.	La gestion centralisée et autoritaire du système de santé ne favorisent pas la promotion du dialogue social.....	75
4.3.5.	Faible impact de l'action syndicale sur l'amélioration de la qualité des prestations de soins et risque d'inefficacité de la grève.....	76
Partie 5.	Propositions pour promouvoir la qualité et l'équité des prestations de soins par le travail décent et la rénovation du dialogue social.....	78
5.1.	La réforme de la gouvernance du service public de santé est un préalable à une politique de santé pour tous.....	78
5.1.1.	Renforcer la capacité du service public à promouvoir la couverture universelle de santé (CSU).....	78
5.1.2.	Professionaliser la gestion des ressources humaines comme un vecteur de transformation de la fonction publique hospitalière.....	80
5.2.	Renforcer la reconnaissance du droit syndical	82
5.2.1.	Faciliter la mission des syndicats à tous les niveaux du système de santé publique	82
5.2.2.	Prendre en considération l'avis des représentants des travailleurs lors d'une consultation.....	83
5.2.3.	Respecter les accords conclus avec les syndicats	83
5.3.	Promouvoir toutes les dimensions du travail décent par le dialogue social	84
5.3.1.	Titulariser les travailleurs sous statut précaire	84
5.3.2.	Appliquer sans discrimination les dispositions de la loi relative au recrutement, à la promotion et l'avancement du personnel	84
5.3.3.	Former les personnels de santé du XXIème siècle.....	85
5.3.4.	Instituer la formation tout au long de la vie du personnel pour promouvoir la qualité des prestations de soins par le travail décent	87
5.3.5.	Donner l'exemple en matière de respect des normes de sécurité et santé au travail et en matière de sécurité du patient	88
5.3.6.	Améliorer la santé maternelle par la promotion du travail décent	90
5.4.	Renforcer la capacité des syndicats de dialoguer autour de la qualité et l'équité des prestations de soins	92

5.4.1. Les syndicats doivent reconnaître l'amélioration de la qualité des prestations de soins comme un objectif de leur mission syndicale.....	92
5.4.2. Créer des unités syndicales d'appui à la promotion de la qualité des soins de santé par le travail décent.....	93
5.4.3. Faire de la coopération internationale un levier pédagogique d'appropriation des programmes de réformes par les partenaires sociaux.....	94
5.4.4. Apprendre à piloter le système de santé par les besoins des citoyen ou le défi du changement structurel.....	95
Références.....	96
Annexes.....	99
Annexe 1 : Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires 12 septembre 1978	99
Annexe 2 : R143 - Recommandation (no 143) concernant les représentants des travailleurs, 1971.....	102
Annexe 3 : R163 - Recommandation (no 163) sur la négociation collective, 1981	106
Annexe 4 : Principes généraux de la charte du patient	108

Acronymes

AFD	Agence française de développement
APC	Activité privée complémentaire
APR	Activité privée rémunérée à l'hôpital
BAD	Banque africaine de développement
BIT	Bureau international du travail
BM	Banque mondiale
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNRPS	Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CSB	Centre de santé de base
DHMPE	Direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement
DMSU	Direction de la médecine scolaire et universitaire
DSSB	Direction des soins de santé de base
FGS	Fédération générale de santé
FNUAP	Fonds des nations unies pour la population
GBO	Gestion du budget par objectifs
GSB	Groupe de santé de base
HC	Hôpital de circonscription
HR	Hôpital régional
HU	Hôpital à vocation universitaire
IBP	International Budget Partnership
INS	Institut national de la statistique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LOB	Loi organique du budget
MDCI	Ministère de développement et de la coopération internationale
MESRS	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectif millénaire du développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONFP	Office national de la famille et de la population
ONG	Organisation non gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
SMLT	Syndicat tunisien des médecins libéraux
SST	Systèmes de gestion de Sécurité et Santé au Travail
UGTT	Union générale tunisienne du travail
UMSL	Syndicat tunisien des médecins spécialistes libéraux
UTICA	Union tunisienne de l'industrie, du commerce et de l'artisanat

Remerciements

L'enquête sur les déficits du travail décent dans le secteur de la santé publique a été réalisée avec l'appui de la Fédération Générale de la santé (FGS) de l'UGTT. Nous remercions tous les responsables de la fédération pour cet appui précieux.

Nos remerciements s'adressent aussi aux membres des syndicats de base et des délégations syndicales qui ont bien voulu répondre au questionnaire d'une manière individuelle. L'enquête s'est déroulée dans tous les gouvernorats du pays, auprès de l'ensemble des structures syndicales implantées dans les trois lignes de santé publique.

Enfin, nous présentons nos remerciements aux médecins, aux responsables des syndicats de base et aux patients qui nous ont éclairés sur plusieurs sujets de l'étude au cours de nos entretiens.

Introduction

Les services publics permettent la réalisation du droit à l'éducation, à la santé et à la protection sociale. Ils contribuent au droit au logement, à l'emploi, à un environnement sain et préservent les cultures nationales. Les grands réseaux publics favorisent l'aménagement du territoire, le droit aux transports et à la communication. L'équité, l'efficacité et la qualité de la prestation des services publics favorisent la création des entreprises et mobilisent celles qui existent autour de la création de l'emploi. En résumé, les services publics contribuent à l'exercice des libertés individuelles et donnent un contenu économique et social à des libertés qui, sans eux, restent parfois formelles. Au-delà de l'effet sectoriel de chaque service public sur les conditions de vie de la population, l'ensemble des services exerce un effet global sur le développement. Si les services publics mis en place sont efficaces, tout le pays peut y gagner.

Les attaques contre les services publics portent sur la dérive étatiste qui est un abus de pouvoir. En effet, les administrations prennent seules les décisions, sans consulter, sans s'occuper des aspirations d'une large partie de la population, sans rendre de comptes. Ceci peut aboutir au gaspillage de l'argent public, à l'augmentation des tarifs des services publics et des impôts et à la corruption lorsque certains responsables, par abus de pouvoir, confondent leurs propres intérêts avec l'intérêt général. Une intervention exagérée des services publics peut conduire à l'hypertrophie des services ou à la déresponsabilisation des citoyens.

S'il est un domaine de l'action publique qui demande une réforme urgente est bien celui du service public de santé. Par rapport à la problématique du rôle de l'État dans la conception et la mise en œuvre de la politique sociale, la santé des citoyens représente un enjeu très crucial pour concrétiser les valeurs de la révolution tunisienne : liberté, dignité et justice sociale. Il s'agit à l'évidence d'un secteur central pour protéger la dignité de l'homme, car sans santé saine, on ne peut accéder à l'éducation et à l'emploi et on ne peut guère alors contribuer au développement de son pays. Ceci fait du secteur de la santé publique une institution sociale dont les structures doivent être soumises à un arbitrage de l'État. Il s'agit d'enrayer des dérives plus ou moins graves dont les principales victimes pourraient être les personnes vulnérables. En tant qu'organisme administré par l'État, le service public de santé constitue alors un outil incontournable de la lutte contre l'inégalité sociale face au risque de la maladie et contre la pauvreté. Réformer les services publics ne devrait pas les affaiblir, mais au contraire, renforcer l'efficacité de leur finalité sociale sans les soumettre à une logique de profit.

En dépit du progrès de la vaccination obligatoire, on craint aujourd'hui une réémergence de certaines maladies transmissibles (en particulier les zoonoses et les maladies hydriques), liées aux changements environnementaux. La transition démographique épidémiologique du pays est accompagnée de l'augmentation des maladies non-transmissibles liée au mode de vie et au vieillissement de la population. Les progrès de la lutte contre la mortalité ne permettent pas d'atteindre le cinquième objectif millénaire du développement « améliorer la santé maternelle »¹. Cette mortalité varie du simple au double d'une région à une autre. On observe une évolution de l'étiologie du handicap et de l'accidentologie (routes, accidents de travail, accidents domestiques)². Enfin, il semble que la santé mentale se soit rapidement dégradée après le « tremblement social » de la révolution.

Le « dialogue sociétal » organisé durant la période allant de juin 2013 à mars 2014 par le ministère de la santé a été utile pour définir les orientations pertinentes de la réforme de santé publique, mais la participation des syndicats représentant le personnel paramédical a été insuffisante en raison du contexte fortement conflictuel entre les partenaires sociaux³. Sans la participation des syndicats à la conception de la réforme, ils ne peuvent pas alors s'approprier son contenu et le mettre en œuvre par leurs pratiques professionnelles. Le conflit qui perdure entre eux et le ministère devient le symbole de l'essoufflement du modèle de dialogue social dans le secteur de la santé publique. En effet, l'action publique a perdu sa finalité sociale dans le régime politique autoritaire des dernières décennies et l'action syndicale n'a eu aucun impact significatif sur les choix de la politique publique de santé, sous la contrainte de ce régime et la bureaucratie syndicale qui s'accommode avec le délabrement du service public.

Dans le nouveau contexte de la transition démocratique, les modèles de gouvernance du système de santé et de dialogue social sont un handicap majeur à la promotion de la couverture universelle de santé. Cette étude analyse les deux modèles en partant de l'hypothèse où il ne peut y avoir de prestations de soins de qualité sans travail décent promu par le dialogue social rénové. C'est un grand défi à relever non seulement par les pouvoirs publics, mais aussi par le mouvement syndical car il s'agit bien là de revenir à la vocation première de l'UGTT au

¹ Les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) forment un plan approuvé par tous les pays du monde et par toutes les grandes institutions mondiales de développement. Ils ont galvanisé des efforts sans précédent pour répondre aux besoins des plus pauvres dans le monde et arrivent à expiration à la fin 2015.

² Cf. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Etat des lieux. Chapitre V, La santé et les déterminants immédiats de la santé pp 33-45

³ Durant toute la période de ce dialogue, les grèves du personnel paramédical étaient fréquentes.

lendemain de l'indépendance qui est de défendre simultanément les intérêts des travailleurs et le développement économique et social du pays⁴.

Désormais, le dialogue social doit porter sur toutes les dimensions du travail décent et sur les orientations et les programmes de réformes qui assurent l'efficacité, l'efficience et l'équité du service public de santé. Il doit aussi se dérouler en dehors de la période de négociation collective qui n'offre pas le cadre serein nécessaire à l'examen approfondi des problèmes complexes de la réforme du système de santé. Ce dialogue devrait avoir un effet très positif : celui de clarifier et valoriser les missions du service public, de donner la vision à moyen terme du sens de l'action de réforme, clarification très utile pour le public, mais aussi pour les fonctionnaires puisque c'est un facteur fort de motivation. Il va de la crédibilité de l'autorité politique et du mouvement syndical de devenir le leadership de la transition vers un modèle de santé publique inclusif pour relever le défi de promotion de la couverture universelle de santé.

Cinq ans après la révolution, la population tunisienne ne tolère plus l'injustice sociale. Les propositions de cette étude mettent l'accent sur la réforme structurelle de la gouvernance du système de santé publique et la rénovation du dialogue social pour obtenir une vitesse optimale de la transition vers un modèle de santé inclusif. Ce changement devrait être une priorité absolue de l'agenda des partenaires sociaux, car il est impossible de le mettre en œuvre sans la rénovation simultanée de l'action syndicale et celle de l'action publique. Sur cette base, nous pouvons alors juger la crédibilité de leurs discours en faveur de la santé pour tous. Les acquis du dialogue social en Tunisie permettent de relever ce défi.

⁴ Le programme économique et social mis en œuvre par le gouvernement durant les années 1960 s'inspire de celui de l'UGTT.

Partie 1. La désarticulation des trois lignes du système de santé publique contribue à l'inégalité sociale face au risque de la maladie

1.1. La qualité et l'équité dans l'accès aux soins selon la vision de l'OMS

1.1.1. La promotion des soins de santé primaires pour tous.

Après sa création, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pendant de nombreuses années mis l'accent sur l'éradication des maladies transmissibles. Puis pendant les années 1960, les États Membres ont commencé à critiquer l'OMS pour ne pas les avoir aidés à organiser leurs services de santé. Au cours des années 1970, le secrétariat de l'OMS a cherché à concilier les programmes verticaux dirigés contre une seule maladie et une approche horizontale fondée sur les systèmes de santé. En 1978, la conférence internationale de l'Organisation mondiale de la Santé qui a eu lieu dans l'ancienne capitale du Kazakhstan, Alma-Ata, débouche alors sur un accord historique faisant des soins de santé primaires une stratégie essentielle pour promouvoir la santé pour tous. Cette déclaration définie comme suit ces soins :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

La stratégie adoptée a rencontré deux grands obstacles. D'abord le programme d'ajustement structurel préconisé par le Fonds monétaire international (FMI) au cours des années 1980 a affaibli l'engagement en faveur de la stratégie des soins de santé primaires. L'OMS a été contrainte d'abandonner cette stratégie en continuant à appliquer son approche fondée sur des programmes sélectifs de soins de santé, luttant contre des maladies déterminées comme c'était le cas avec le paludisme et la tuberculose pendant les années 1950 et 1960.

Le deuxième obstacle à la mise en œuvre de la stratégie d'Alma-Ata existait déjà au cours des débats de la conférence de l'OMS ; il s'agit de la divergence sur le mode de gouvernance du système de santé. En effet, il y avait un conflit entre, d'une part, l'approche communautaire des soins de santé primaires, appuyée par les organisations non gouvernementales (ONG) et par certains membres de l'OMS et, d'autre part, l'approche de systèmes de santé centralisés prônée par l'Union soviétique. Or les soins de santé primaires ne peuvent donner des résultats concluants sans une participation individuelle, familiale et communautaire; inversement, cette participation communautaire reste vaine sans l'appui du système de santé. Après une décennie, dans un contexte d'affaiblissement de la superpuissance soviétique, l'OMS se trouvera dans un contexte favorable à adopter une stratégie cohérente avec cette vision de la déclaration d'Alma-Ata.

1.1.2. La notion de « district de santé » est le fondement de la mise en œuvre d'une stratégie des soins de santé primaires

Du 3 au 7 août 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé avait organisé une réunion interrégionale à Harare (Zimbabwe) sur les stratégies pour renforcer les districts de santé. En s'appuyant sur le mouvement de « La santé pour tous » d'Alma Ata (1978), cette réunion fut une étape clé pour donner un ancrage politique au district de santé comme stratégie structurante pour les soins de santé primaires. Il en est sorti une déclaration connue comme *la « déclaration d'Harare sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaires »*⁵. Dans cette déclaration, les experts et les représentants des différents pays sont convenus d'un certain nombre de points d'action, incluant :

- la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières,
- la mise en place d'un processus de planification décentralisée au niveau du district,
- plus de participation communautaire,
- la promotion d'une approche intersectorielle
- le développement du leadership dans les soins de santé primaires et
- la mobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle opérationnel de l'hôpital.

Le district sanitaire se définit comme un système de santé local ou un sous-système de l'ensemble du système de santé. C'est le centre opérationnel du système de santé au sens où c'est là que les soins sont produits et délivrés à la population. Il a pour objectif d'assurer la santé d'un groupe défini de population (50.000 à 500.000 habitants). Il correspond le plus souvent à un

⁵ Déclaration sur le renforcement des systèmes de santé de district sur la base des soins de santé primaires. Réunion interrégionale sur le renforcement des systèmes de santé de district, Harare. *Organisation mondiale de la Santé, Division du Renforcement des Services de santé, 1987.*

territoire dont la surface et les limites sont géographiquement définies en fonction de différents critères. Il a pour fonction d'intégrer et coordonner sur le plan technique tous les services de santé légalement autorisés, indépendamment de leur appartenance ou du type d'activités offertes, depuis la promotion de la santé dans les villages et quartiers jusqu'à l'offre de soins spécialisés dans des structures de référence, en passant par des programmes de lutte contre des maladies spécifiques (tuberculose, SIDA, trypanosomiase, ...).

Le district sanitaire dispose d'une autonomie variable en matière de décision et de gestion, dans les limites des règles administratives de gestion du personnel ou des finances de l'état, et des lois régissant les pratiques privées. Ses liens hiérarchiques varient en fonction du degré de décentralisation administrative et politique: certains districts rendent compte à l'autorité administrative de la même entité géographique, d'autres dépendent directement d'une autorité médicale ou administrative, ou régionale, ou directement du niveau central du ministère de la santé.

En théorie des organisations, la notion de district de santé correspond à une forme d'organisation du travail appelée départementalisation par output. Laquelle organisation est basée sur le type de produit ou le service fourni par l'organisation (Pichault, 2005 ; Nizet & Pichault, 2001, p. 31). Dans le cas du district, le type de produit ou le service est constitué par les soins proposés. Il existe plusieurs modalités de cette forme d'organisation du travail et le district correspond à la modalité dite départementalisation par localisation géographique des unités de production sur une base territoriale (Nizet & Pichault, 2001). Cette modalité est généralement fortement marquée par une décentralisation, un décloisonnement, un contrôle de performance (Nizet & Pichault, 2001).

Une des principales forces du modèle du district de santé était qu'il combinait des valeurs fortes (équité, efficacité, efficience, autonomie et solidarité) avec une clarté conceptuelle et une pertinence opérationnelle. En effet, la déclaration Harare souligne l'importance qu'il y a à organiser et coordonner la prestation de services de santé au niveau local. Les soins hospitaliers et communautaires doivent être interdépendants pour minimiser le recours injustifié à l'hôpital. Autrement dit certains services hospitaliers doivent être étendus à l'ensemble du réseau communautaire. Sans cela l'hôpital devient une structure isolée très coûteuse.

1.1.3. Les acquis de la Tunisie indépendante

Au même titre que l'éducation, le développement du secteur de la santé publique était un des objectifs prioritaires de la politique de développement adoptée par la Tunisie immédiatement après son accès à l'indépendance⁶. Tels qu'ils ont été conçus à l'origine par l'OMS, les soins de santé primaires ont été la référence de la politique de santé. En effet le pays a réalisé des investissements dans la construction, l'équipement des centres de santé de base, la formation des médecins et du personnel paramédical et la mobilisation de la coopération internationale pour assurer la meilleure qualité de soins dans toutes les régions du pays. Pour la Tunisie indépendante qui a fait le choix d'investir dans le capital humain, la création d'un réseau de centres de santé de base était une ambition aussi importante que la création d'un réseau d'écoles.

En 2013, le secteur public comprend 2104 centres de santé de base (CSB), répartis sur l'ensemble du territoire, 24 groupements de centres de santé de base et 9 centres régionaux de médecine scolaires et universitaires. En moyenne, 1 CSB pour 5174 habitants contre 1 CSB pour 6 676 habitants en 1982 et 90 % de la population habite à moins de cinq kilomètres d'un CSB. Ces centres mobilisent 1929 médecins généralistes, 226 médecins dentistes, 76 pharmaciens et 14326 personnels de soins⁷.

Le réseau des centres assure l'accessibilité à une prise en charge curative des maladies courantes et des facteurs de risque, intégrée à une démarche de prévention sanitaire. Il constitue le cadre dans lequel est mise en œuvre de nombreux programmes nationaux qui sont gérés à l'échelle centrale par diverses directions : Direction de la médecine scolaire et universitaire (DMSU), Direction des soins de santé de base (DSSB), Direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement (DHMPE) et l'Office national de la famille et de la population (ONFP). A cet égard les programmes de médecine scolaire occupent une place centrale dans la politique de santé publique en raison du volume de la population cible présente dans un réseau d'établissements très bien réparti sur le territoire national.

La médecine scolaire et universitaire est une médecine principalement préventive dispensée gratuitement dans tous les établissements scolaires et universitaire. Ainsi définie, elle constitue un levier fondamental de la politique de santé publique accessible à tous. Ses activités représentent l'adhésion de la Tunisie à la promotion des soins primaires au sens défini par l'organisation mondiale de la santé. En effet la santé scolaire assure la surveillance épidémiologique pour tous les établissements, la visite médicale systématique de certaines classes associées à

⁶ 20 Mars 1956

⁷ Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013

certaines âges des élèves, la vaccination des élèves selon un calendrier⁸, la surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité⁹, l'éducation à la santé, le recueil et l'analyse des données qui permet de mieux adapter les services et d'améliorer la qualité en vue de répondre, au mieux, aux besoins de la population cible. Ces principales composantes de la médecine scolaire s'appuient sur des programmes nationaux spécifiques au milieu scolaire :

- le programme national de dépistage et de prise en charge des troubles de la réfraction ;
- le programme national de dépistage et de prise en charge des déficits auditifs ;
- le programme national de santé bucco-dentaire ;
- le programme national de santé des adolescents ;
- le programme national de santé mentale en milieu scolaire ;
- le programme de santé de la reproduction ;
- le programme d'action sociale en milieu scolaire mis en œuvre par la coopération entre par 3 ministères : Ministère des affaires sociales, Ministère de l'éducation et de la formation et Ministère de la santé publique ;
- le programme d'intégration scolaire des enfants porteurs de handicap et
- d'autres programmes de santé mettent l'accent sur des problèmes particuliers, comme la surveillance épidémiologique des maladies éradiquées de Tunisie (paludisme, bilharziose). lutte anti-scorpionique et contre les maladies transmises de l'animal à l'homme (rage, brucellose, teigne, Kyste hydatique,), lutte contre les IST-SIDA. ...

La santé scolaire et universitaire est ainsi un volet important de la première ligne de la carte sanitaire qui intègre deux dimensions de l'investissement dans le capital humain¹⁰.

Les hôpitaux de circonscription, liés au plan organisationnel aux centres de santé de base, constituent le deuxième niveau de soins de la première ligne. Ce niveau comprend 109 hôpitaux de circonscription en 2015 auxquels on reproche souvent leur sous-utilisation à cause notamment de la faiblesse des plateaux techniques et l'absence d'une politique de médecine familiale telle qu'elle est mise en œuvre

⁸ La vaccination anti VHB a été introduite en 2002-2003 pour les établissements formant les futurs professionnels de la santé.

⁹ Contrôle des locaux, de la qualité des menus et des aliments servis et le suivi du personnel manipulateur des aliments

¹⁰ La deuxième ligne comprend les centres régionaux de médecine scolaire et universitaire, les consultations d'adolescentologie¹⁰, la carte sanitaire dentaire (consultations de médecine dentaire) et les centres de sante universitaire :(écoute, orientation en matière de santé mentale et santé de la reproduction)

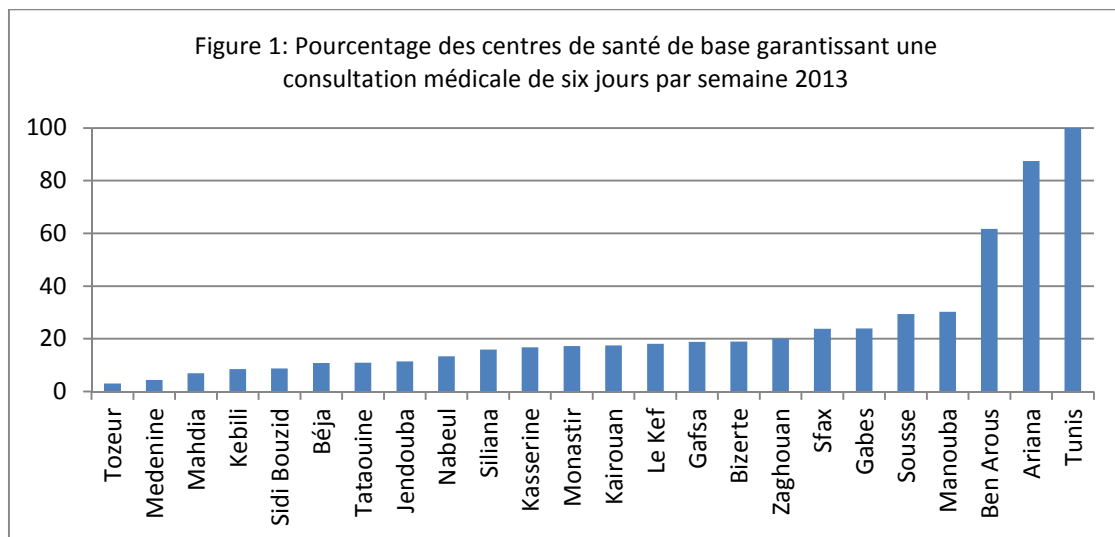
dans plusieurs pays de l'OCDE. La deuxième ligne de santé publique regroupe 33 hôpitaux régionaux et la 3^{ème} ligne comprend 21 Hôpitaux à vocation universitaire.

La Tunisie a fait le choix d'un modèle d'organisation fortement centralisé du réseau de soins, en cohérence avec son régime politique autoritaire. Depuis les années 1990, les services publics de santé subissent une régression qui fait perdre à la politique publique de santé son rôle de régulation sociale face au risque de la maladie.

1.2. La perte des acquis de la Tunisie indépendante : un réseau de structures sanitaires publiques couvre bien le territoire national mais ne répond pas aux besoins des citoyens

1.2.1. L'horaire d'ouverture très limité des centres de santé de base traduit la perte des acquis de la Tunisie indépendante.

En moyenne seulement 19,5 % des centres de santé de base garantissent une consultation médicale de 6 jours par semaine. Cette très faible activité de consultation médicale des centres de santé de base est un grand facteur de désarticulation du système de santé de base dans tous les gouvernorats sauf Tunis, Ariana et Ben Arous où les centres ont un rythme de consultation correct, soit respectivement 100 %, 87,5 % et 61,7 % (voir figure ci-dessous).



Source des données : Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013, Tableau p.8

Tableau 1: Rythme de consultation des centres de santé de base 2013

1j/6	2j/6	3j/6	4j/6	5j/6	6j/6	1j/12	1j/24	0j/6	Total
944	365	132	68	104	411	15	4	61	2104
44,9%	17,3%	6,3%	3,2%	4,9%	19,5%	0,7%	0,2%	2,9%	100,0%

Source : Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013, p.8

D'autres indicateurs montrent que la gestion des ressources du système de santé publique ne peut qu'aggraver l'inégalité sociale face à la santé.

1.2.2. Accès inégal aux technologies médicales ou la dotation irrationnelle des équipements par gouvernorat

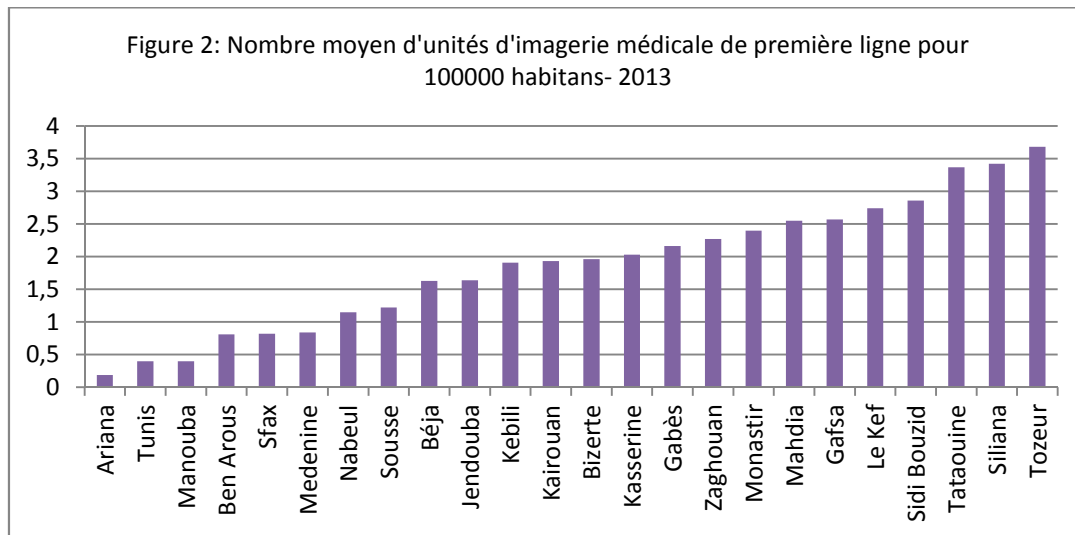
Les nouvelles technologies médicales permettent d'améliorer les diagnostics et les traitements. Ce paragraphe présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic : la tomodensitométrie (CT scanner) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les CT scanners et les appareils d'IRM facilitent les diagnostics en fournissant aux médecins des images des organes internes et des structures du corps. Contrairement aux techniques traditionnelles de radiographie et de scanner, les examens par IRM n'exposent pas les patients à un rayonnement ionisant. Si ces appareils sont trop peu nombreux, on observe des problèmes d'accès en termes de proximité géographique ou de délai d'attente. S'ils sont trop nombreux, on peut craindre un usage abusif de ces procédures de diagnostic coûteuses, sans grand bénéfice pour les patients.

L'achat des équipements est centralisé par le ministère de la santé. En l'absence d'une concertation efficace entre les différents partenaires, une inadéquation est observée entre le rythme d'activité des centres de santé de base et les équipements disponibles. Le nombre moyen d'unités d'imagerie médicale pour 100000 habitants est de 2,09. Ce ratio varie entre un minimum de 0,19 dans le gouvernorat de l'Ariana qui fait partie des régions où les centres de santé de base ont pourtant un grand rythme de consultations. Ce type de paradoxe concerne aussi les gouvernorats de Tunis, Manouba et Ben Arous. Inversement, le ratio maximum 3,68 est enregistré dans le gouvernorat de Tozeur qui fait partie des régions où le rythme de consultation médicale est le plus faible. Ainsi la dotation des régions en équipement lourd est irrationnelle, du point de vue des besoins des régions.

D'autre part, l'entretien et la maintenance de ces équipements sont défectueux en raison de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées nécessaires à cette fonction et la rareté des contrats d'entretien et de maintenance avec les sociétés privées qui offrent ce service. En outre, le personnel rencontré dans le cadre de l'enquête souligne que le matériel ne répond pas toujours aux normes car la procédure d'achat est uniquement au « moins disant » et soupçonnent des

pratiques de corruption à l'origine des achats des équipements comme aussi la construction des bâtiments.

Les hôpitaux de circonscription n'ont d'hôpital que le nom dans la mesure où ce type d'établissements doit disposer au minimum d'un service de chirurgie et d'un service de réanimation, avec le plateau technique nécessaire à la prise en charge des différents types d'urgence.



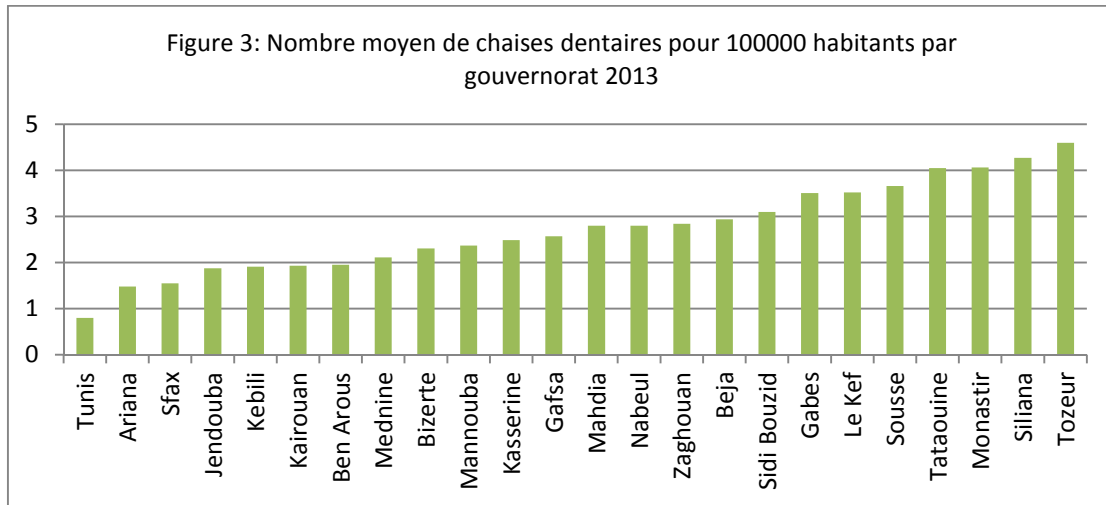
Source des données : Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013, Tableau p.16

1.2.3. Distribution régionale inégale des chaises dentaires

Le programme national de santé bucco-dentaire comporte le dépistage des caries et des parodontopathies avec une prise en charge gratuite des soins dentaires en 2ème ligne quand l'affection est dépistée dans le cadre des visites médicales scolaires périodiques. Chaque unité dentaire des hôpitaux de circonscription et certains hôpitaux régionaux consacrent un temps spécifique aux élèves et aux étudiants (une journée de la semaine ou bien une portion de temps tous les jours). Les élèves et étudiants porteurs d'affections bucco-dentaires dépistées par le médecin scolaire, lors des visites médicales périodiques, reçoivent des bulletins de visite leur permettant de se faire soigner gratuitement (pour l'épisode dépisté) au niveau des consultations dentaires du centre régional de médecine scolaire et universitaire ou de l'hôpital le plus proche (y compris universitaire).

Le nombre moyen de chaises dentaires de première ligne pour 100000 habitants est 2,44. Ce ratio qui prend en considération la distribution spatiale de la population montre que la distribution régionale des chaises dentaires est inégale. Les gouvernorats où ce taux est nettement supérieur à la moyenne et dont le rythme des consultations médicales est faible enregistrent probablement une

sous-utilisation de leurs équipements. C'est le cas particulièrement pour les gouvernorats de Tozeur, Tataouine, Sidi Bouzid et Béja.

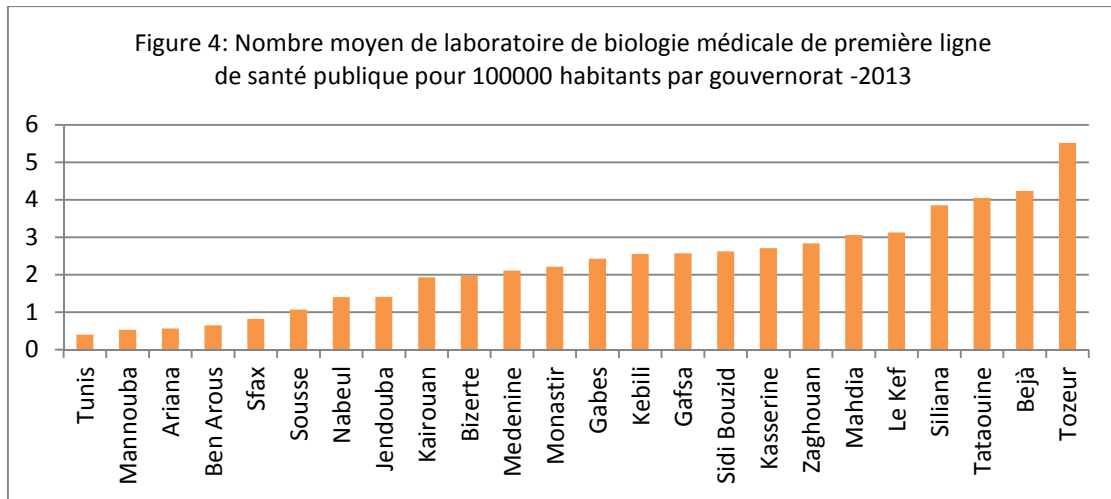


Source des données : Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013, Tableau p.15

1.2.4. Distribution régionale inégale des laboratoires de biologie médicale

La biologie médicale est une discipline essentielle de la santé. Présente à toutes les étapes de la chaîne de soins, du diagnostic au suivi des pathologies et des traitements, en passant par la prévention et le dépistage, son rôle est primordial. Son évolution constante provient des formidables progrès scientifiques réalisés au cours des dernières années, améliorant considérablement les tests de diagnostic. Le biologiste se place en partenaire du médecin, l'orientant et le guidant dans sa pratique quotidienne.

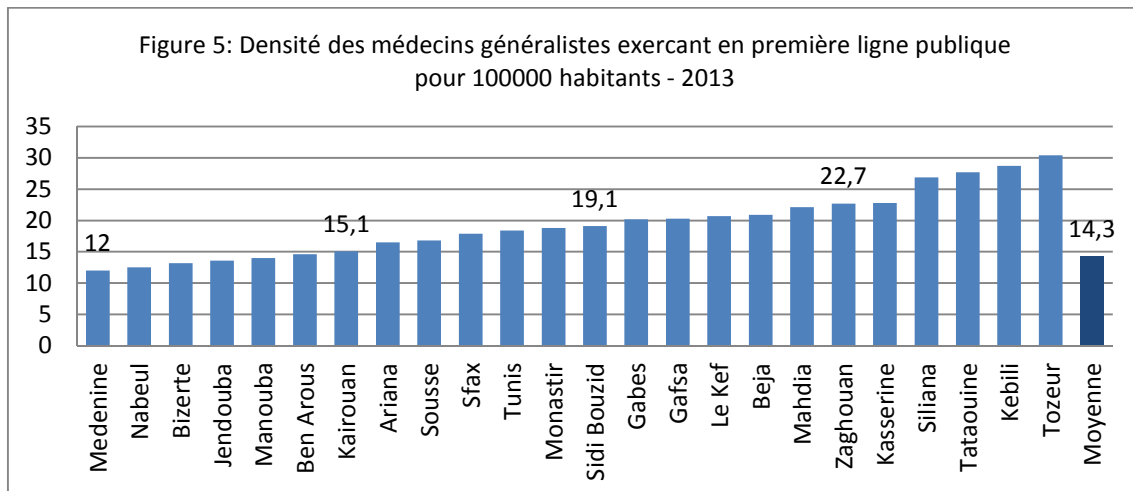
Ainsi, l'utilisation de données objectives, fournies par le laboratoire de biologie, est un élément incontournable de l'exercice du médecin et contribue à la prise de meilleures décisions, conduisant à une meilleure gestion des soins. Le nombre moyen de laboratoire de biologie médicale pour 100 000 habitants est de 1,77 dans la première ligne de santé. Ce ratio est en dessous de la moyenne dans les grands centres urbains où le rythme de consultation médicale est élevé (Grand Tunis, Sousse et Sfax). On retrouve encore la logique de gestion des ressources techniques qui pousse les patients à s'orienter vers le secteur privé pour réaliser l'analyse biologique prescrite par les médecins. Le même phénomène est observé avec les médicaments.



Source des données : Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013, Tableau p.14

1.2.5. Le corps de médecins généralistes est l'ossature de la première ligne de santé publique....

Le corps de médecins généralistes est l'ossature de la première ligne de santé publique qui a la lourde responsabilité de prendre en charge tout le volume des consultations médicales. En moyenne, la densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants est de 14,3. Elle est nettement supérieure à la moyenne dans plusieurs régions du pays aux différentes caractéristiques économiques et sociales.

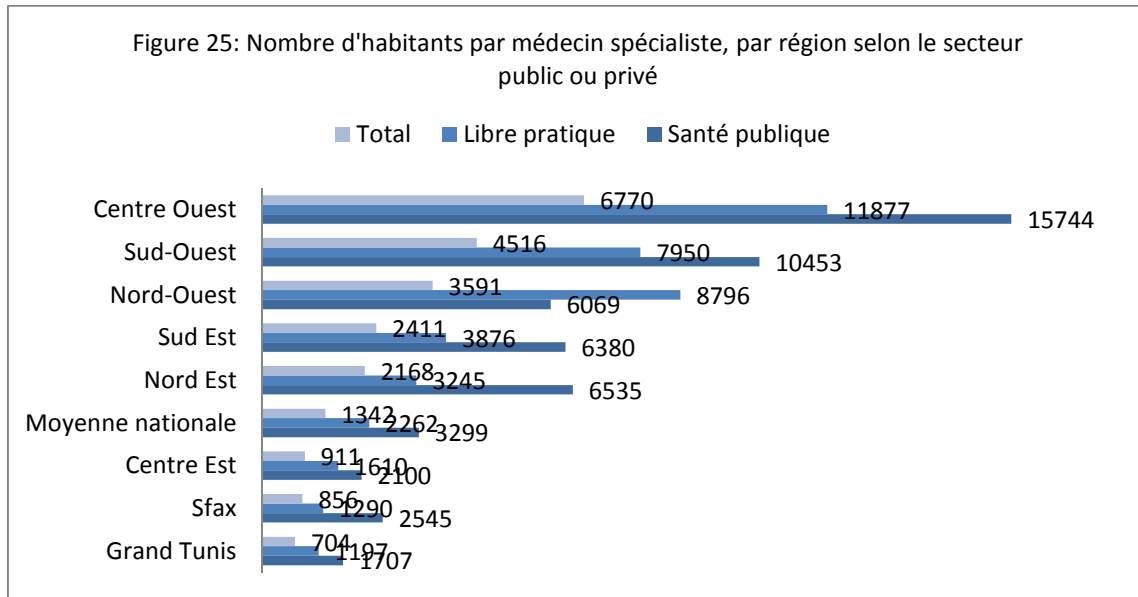


Source des données : Ministère de la santé, Carte sanitaire de la première ligne 2013, Tableau p.21

1.2.6. Mais la densité régionale des médecins spécialistes du secteur public est fortement inégale.

Le nombre d'habitants par médecin spécialiste est très élevé dans le Centre-Ouest (15744) et le Sud-Ouest (10453). Ce ratio est environ le double de la moyenne nationale dans les régions du Nord-Ouest, Sud-Est et le Nord-Est. La pénurie

concerne particulièrement la médecine obstétrique, la chirurgie, la cardiologie, la pédiatrie, la radiologie ainsi que l'anesthésie et la réanimation.



Sources : Base de données du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) 2015, Institut National de la Statistique, Population estimée en juillet 2013, Calcul des ratios par les auteurs

La colère de la population contre la pénurie des spécialistes dans les régions de centre ouest, sud-ouest et nord-ouest a pris de l'ampleur avec les décès « associés à cette pénurie ». Le ministère de la santé paraît impuissant à résoudre le problème dans une situation du système marquée par l'accumulation des effets de la politique de destruction du secteur public. En effet, les candidats aux emplois offerts dans les spécialités qui répondent aux besoins de la population sont très insuffisants alors que le flux annuel des diplômés en médecine spécialisée est croissant. Le projet de loi de juin 2013 instaurant « le service obligatoire » pour les médecins spécialistes a été retiré suite à la grande manifestation des médecins appuyé par le conseil national de l'ordre¹¹.

1.2.7. Les hôpitaux à vocation universitaire subissent la défaillance de la première et la deuxième ligne de santé publique.

Les soins de santé primaires ouvrent des perspectives à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, ainsi qu'au dépistage précoce des maladies. Ils sont une plaque tournante d'où les patients sont orientés à travers le système de santé pour éviter les traitements inutiles, notamment les hospitalisations. Aussi, on s'accorde généralement à reconnaître que, pour assurer des soins efficaces aux malades chroniques dont le nombre est croissant, les personnels de santé doivent non seulement établir des partenariats avec les patients, mais aussi travailler en

¹¹ En vertu de ce projet les médecins spécialistes doivent accomplir « un service obligatoire » de 3 ans dans les structures régionales de santé publique avant de pouvoir intégrer le secteur privé.

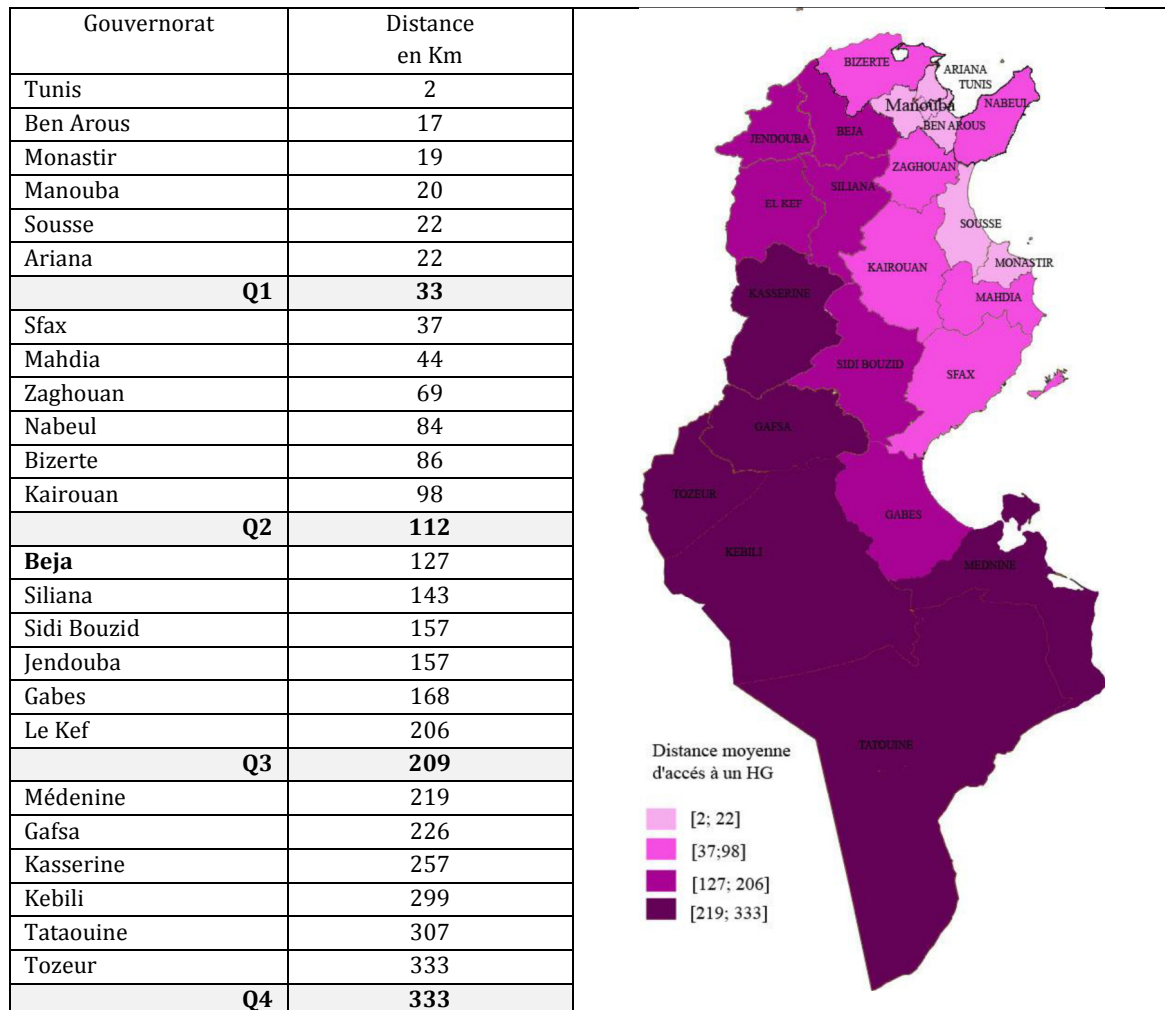
collaboration étroite avec les autres dispensateurs de soins et établir des liens avec les communautés pour améliorer les résultats obtenus chez les patients souffrants de ces maladies. Le système de santé publique doit premièrement s'attacher à prévenir la survenue des maladies chroniques et, deuxièmement, s'occuper de prévenir les complications prévisibles de ces maladies en mettant en place un traitement optimal et en gérant au mieux ces pathologies une fois qu'elles se sont déclarées (OMS, 2005).

Les autorités nationales de la santé ont souvent perçu les soins de santé primaires non pas comme une série de réformes, mais comme un programme de prestations sanitaires parmi beaucoup d'autres destiné à dispenser des soins au rabais à des populations défavorisées. Le dysfonctionnement de la première et deuxième ligne de santé publique fait actuellement des hôpitaux tunisiens à vocation universitaire objet de recours obligés pour un flux considérable de patients provoquant l'encombrement des services hospitaliers, les délais de rendez-vous trop longs et la faiblesse du système de transfert des malades.

Les hôpitaux à vocation universitaire disposent de la majorité des médecins spécialistes du secteur public. Mais, comme nous allons le développer plus loin, le modèle d'organisation de leur temps de travail, à cheval entre le secteur public et le secteur privé, réduit leur disponibilité au service des patients, de la formation des jeunes médecins et de la recherche médicale. Les plateaux techniques y sont performants et l'essentiel de l'équipement lourd du secteur public y est concentré. Toutefois, sur ce plan il est moins bien pourvu que le secteur de libre pratique, ce qui constitue un problème grave pour des structures qui ont la charge de la formation des cadres de la santé.

Les hôpitaux à vocation universitaire sont localisés dans les villes universitaires (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax). Donc, ils sont difficilement accessibles pour la population de l'intérieur du pays. Sur la base de la distance moyenne d'accès à un établissement hospitalier à vocation universitaire, on peut dégager quatre groupes de gouvernorats. Chaque quartile comprend un quart des gouvernorats préalablement rangés dans l'ordre croissant de la distance moyenne d'accès à un hôpital régional. Les gouvernorats du quartile 4 ont l'accès géographique le plus difficile avec une distance qui varie entre 219 et 333 km. Il s'agit de Médenine, Gafsa, Kasserine, Kebili et Tozeur. Au Nord-Ouest, la situation est également difficile pour les habitants de la région du Kef qui doivent parcourir en moyenne 206 km pour accéder à un hôpital à vocation universitaire.

Figure 6 : Distance moyenne d'accès à un établissement hospitalier à vocation universitaire



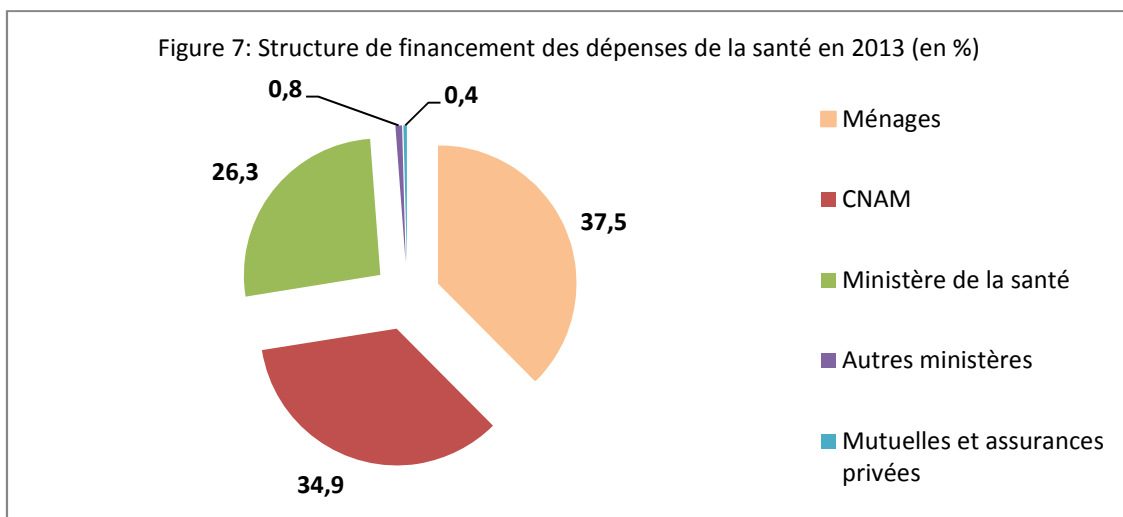
Source : Ministère de la santé. Carte de santé 2011 Direction des études et de la planification. Mai 2013 p.59

Partie 2. Les problèmes de financement et de gestion des ressources financières mènent vers la destruction du service public

2.1. Le système de financement fragilise la mission du service public de santé

En 2013, les dépenses totales de santé représentent au moins 5362,7 Millions de Dinars Tunisiens, ce qui correspond à 7,1% du PIB, soit une part supérieure à la moyenne des pays arabes (3,8 %) et à celle des pays à revenus similaires¹² (6,2%).

La structure du financement de la santé montre que la contribution relative du ministère de la santé, c'est-à-dire de l'État, est nettement inférieure à celles des ménages et de la CNAM. Ce constat pose deux problèmes qui ont eu un impact sur l'inégalité d'accès aux soins dans un contexte où le taux de chômage est élevé et le taux de pauvreté a surement augmenté après la révolution avec la persistance de la crise économique et sociale¹³.



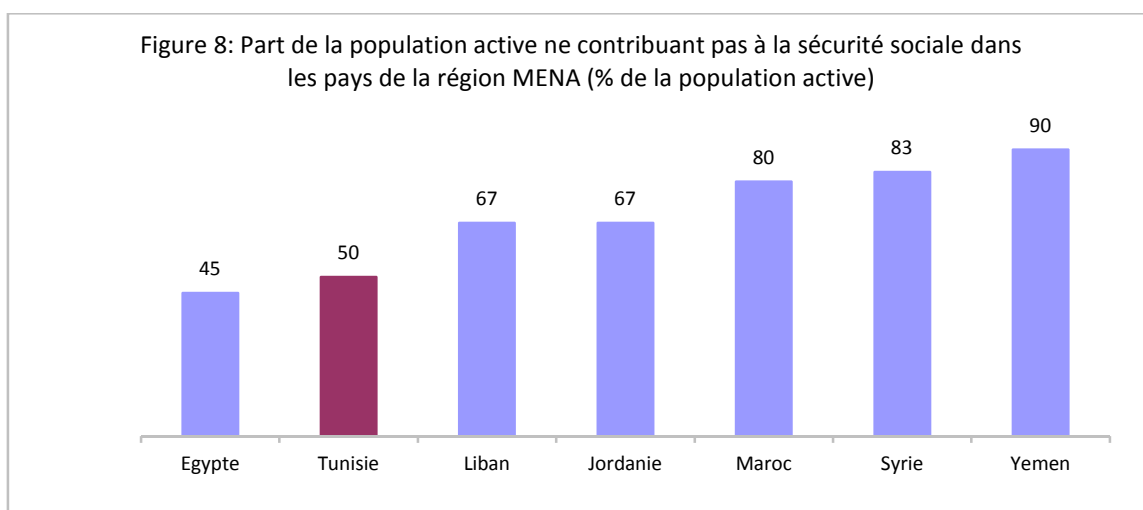
Source : Inès Ayadi, Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé

Les paiements directs des ménages représentent la contribution relative la plus élevée de la structure de financement de la santé. Elle est supérieure à la norme de 20%, soit le niveau qui entraîne selon l'OMS un risque non négligeable de dépenses dites « catastrophiques » et le risque d'appauvrissement. En effet, la nécessité de recourir à la médecine privée pour raccourcir les délais de rendez-vous dans le secteur public, de bénéficier d'un meilleur accueil, d'obtenir les médicaments nécessaires et d'éviter les coûts de déplacement, n'est pas une alternative accessible à la population d'origine sociale modeste.

¹² Revenus intermédiaire tranche supérieure selon la classification de la Banque Mondiale.

¹³ En 2010, le taux de pauvreté au niveau national est de 14 %.

La contribution élevée de la CNAM pose également un problème au secteur de la santé publique. Elle ne pourra plus occuper une place centrale dans son financement en raison du déficit du régime d'assurance maladie, dans un contexte où les ressources en cotisations sociales sont réduites par le niveau élevé du chômage et la part importante de la population active insérée dans le secteur informel. En 2011, la moitié de la population active ne contribue pas à la sécurité sociale. Cette contribution a probablement baissée avec le développement de l'économie de banditisme après la révolution. En 2014, le déficit des caisses de sécurité sociale a atteint 285 millions de dinars (MDT) pour la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS), 222 MDT pour la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et 132 MDT pour la CNAM.

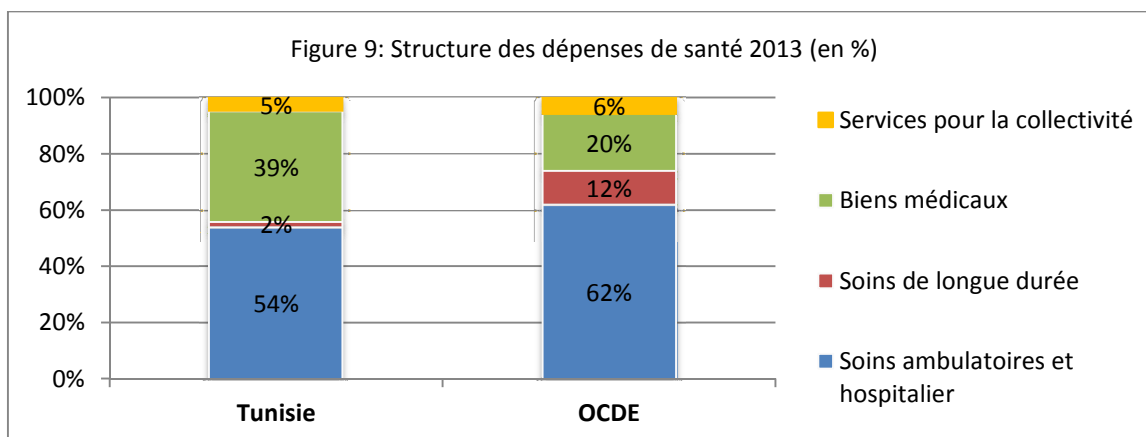


Source: Gatti, R., Angel-Urdinola, D.F., Silva, J. and A. Bodor (2011). *Striving for Better Jobs. The Challenge of Informality in the Middle East and North Africa Region*. The World Bank. Washington, D.C.

2.2. Les dépenses n'assurent pas l'équité et la qualité des prestations de soins.

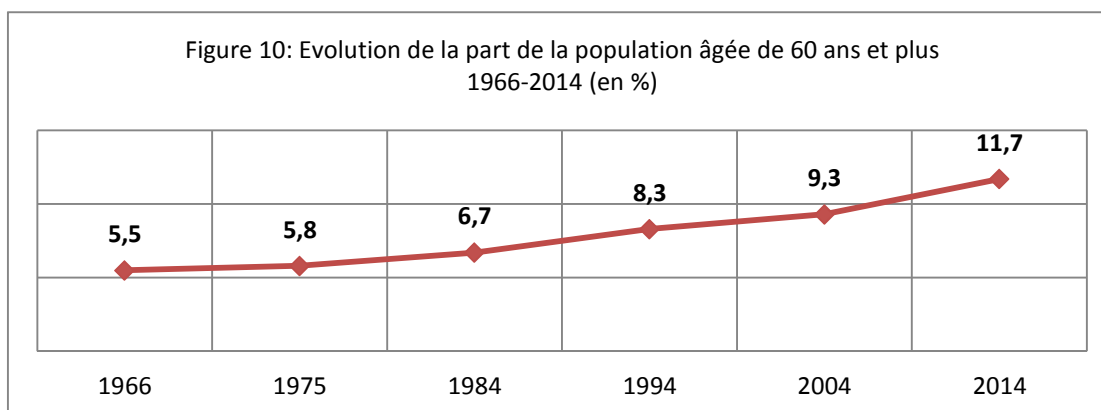
La part des soins ambulatoires et de l'hospitalisation représente la moitié des dépenses du système de santé, suivi des dépenses en médicaments et biens médicaux auxquels le système de santé consacre 39% de ses ressources. Les soins de longue durée consomment 5 % du total des dépenses totales.

La prévention sanitaire collective (programmes nationaux) ne bénéficie que de 5% de l'ensemble des fonds injectés dans le système de santé alors que ces programmes sont mis évidence dans le discours médiatique des pouvoirs publics pour afficher l'image d'un pays qui assure la promotion des soins de santé primaires pour tous. Les parts élevées de dépenses en soins ambulatoires et hospitalisation et en biens médicaux n'ont pas assurés la qualité des soins dans le secteur public selon le point de vue de ses usagers (voir paragraphe 2. 4.4)



Source : Inès Ayadi, Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé

Enfin la part des dépenses tunisiennes consacrées aux soins de longue durée (2%) devra augmenter avec le vieillissement de la population tunisienne. La part de la population âgée de 60 ans et plus est passée de 5,5 à 11,7% entre 1966 et 2014. Dans l'avenir, cette tendance démographique posera un problème de financement de la vieillesse, comme c'est le cas aujourd'hui dans les pays de l'OCDE où la part des dépenses consacrées aux soins de longue durée a atteint 20 %.



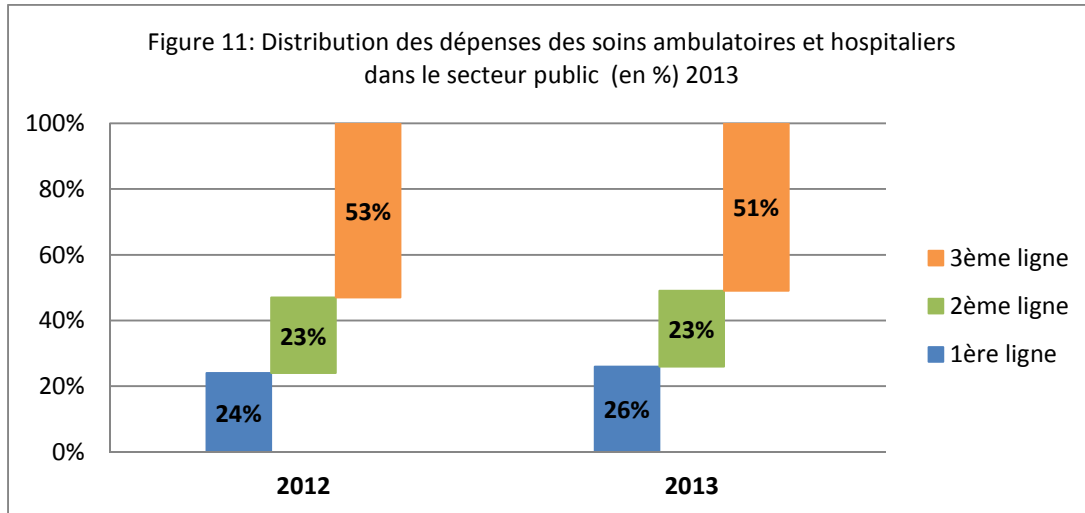
Source : INS Les recensements de la population

Les dépenses pour les soins curatifs sont inégalement réparties entre les trois niveaux de recours aux soins du secteur public soit 26, 23 et 51% pour respectivement la 1^{ère}, la 2^{ème} et la 3^{ème} ligne de santé publique. Les centres de santé de base et les hôpitaux de circonscription qui devraient fournir des services de soins de proximité reçoivent une dotation globale modeste par rapport à leurs besoins réels. Sous la pression des mouvements sociaux, les dépenses en 2013 comparées à l'année 2012, ont enregistré une croissance de 17% contre 13 et 8% respectivement pour la 2^{ème} et 3^{ème} ligne.

Tableau 2 : Les dépenses dans les hôpitaux publics (en MD)

	2012	2013	Taux d'évolution
1ere ligne (HC+CSB)	360,6	420,6	17%
2ème ligne (HR)	337,6	380,6	13%
3ème ligne (EPS)	776,1	840,2	8%

Source : Inès Ayadi, Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé



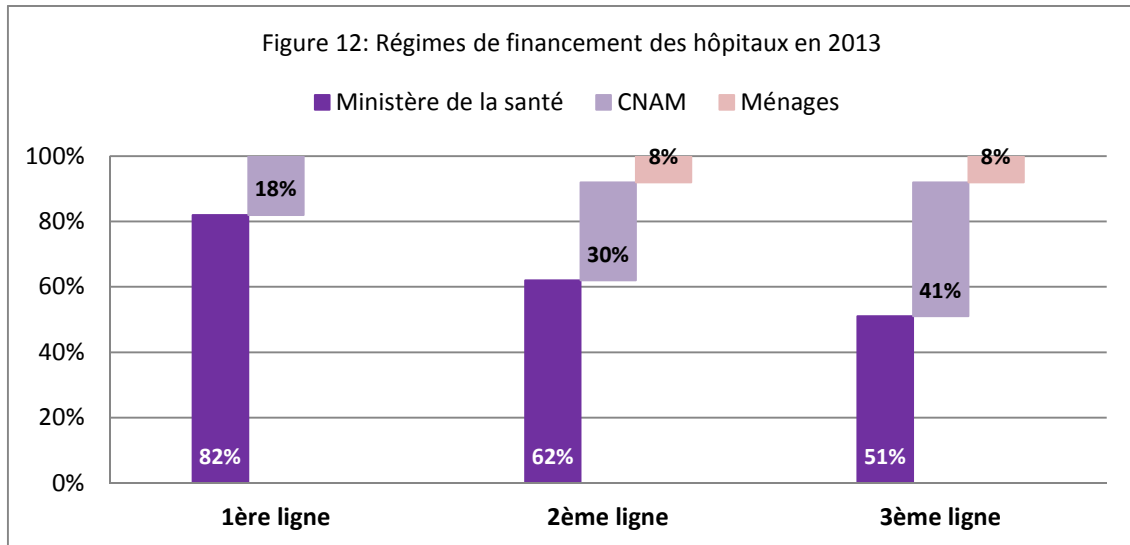
Source : Inès Ayadi, Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé Données sur les dépenses de santé

La contribution relative du ministère de santé au financement des structures sanitaires publiques est décroissante de la 1^{ère} à la troisième ligne de santé. Mais elle est compensée par la contribution relative de la CNAM et, en très faible partie, par la contribution directe des ménages en raison de leur origine sociale modeste. Durant la période 2007-2010, les dépenses de la CNAM dans le secteur public ont augmenté de 52,5% (passant de 452 à 689 MD) alors qu'au secteur privé, cette augmentation est de 194% (passant de 175 à 514 MD)¹⁴. **On aboutit alors à une sous rémunération des facteurs de production dans le secteur public qui contribue à son déclin.**

En effet, le montant transféré annuellement par la CNAM au trésor public est sans lien entre le coût réel de soins de ses affiliés et les dépenses supportées par le secteur public. Les hôpitaux régionaux traitant relativement plus de patients sous le régime de l'assistance médicale gratuite (AMG) et des patients ne payant pas le ticket modérateur, souffrent le plus de leur régime de financement (voir figure ci-dessous). Par ailleurs, les programmes préventifs mis en œuvre en milieu scolaire et universitaire offrent des prestations gratuites qui ciblent un nombre élevé du

¹⁴ Le comité technique du dialogue sociétal, *La santé et le système de santé en Tunisie : Acquis et enjeux*, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du dialogue sociétal pour la réforme du système de santé. Tunis, 2014, p 63.

système d'éducation et de formation mais ne peuvent pas faire face à cet objectif¹⁵. L'insuffisance et la mauvaise gestion des ressources financières aggravent le délabrement du service public de santé.



Source : Inès Ayadi, Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé

2.3. La gestion budgétaire est source des gaspillages et du délabrement des structures sanitaires publiques

2.3.1. Aucune volonté politique de réforme de la gestion budgétaire durant les deux dernières décennies.

Sous la pression des bailleurs de fonds, la Tunisie a révisé la loi organique du budget pour introduire la possibilité d'affecter les ressources dans la loi des finances selon des programmes et missions. Avec l'appui de la Banque mondiale et de l'Union européenne, quatre ministères ont fait partie d'un projet pilote :

- Le ministère de la santé publique
- Le ministère de l'éducation et de la formation
- Le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie
- Le ministère de l'agriculture et des ressources hydrauliques

Le développement d'un système de gestion budgétaire par objectifs vise à mieux remplir les objectifs de base d'une bonne gestion des dépenses publiques, qui sont les suivants:

- Assurer la discipline budgétaire globale, c'est-à-dire la conformité du budget et des programmes de dépense aux objectifs macroéconomiques

¹⁵ Entretiens avec les syndicats de la première ligne de santé publique

- *Allouer les ressources entre secteurs de manière efficace, en conformité avec les priorités définies dans le Plan et les autres documents stratégiques.*
- *Contribuer à la performance opérationnelle, c'est-à-dire à l'efficacité et l'efficacités dans la fourniture de services publics.*

Le système budgétaire tunisien permet de garantir la régularité de la dépense, mais, étant orienté sur le contrôle des moyens, il est insuffisant pour assurer l'efficacité de l'allocation des ressources et contribuer à la performance opérationnelle. Des mesures de modernisation sont nécessaires pour remplir ces deux derniers objectifs. Elles devraient comprendre la mise en place d'un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) et des budgets de programme, la rationalisation de la classification des dépenses, la mise en place progressive d'un suivi de la performance et la modernisation des procédures d'exécution et de contrôle du budget. Les bailleurs de fonds ont fourni une assistance technique formalisée dans plusieurs rapports et guides méthodologiques remis au gouvernement (BM 2005 ; BM 2007 ; BM 2008).

Le décret du 24 novembre 2003 a créé au ministère des finances une unité chargée de préparer la gestion budgétaire par objectifs¹⁶. Cette unité avait une mission bien déterminée qu'il fallait accomplir sur une période de 5 ans¹⁷. En 2004, le législateur est intervenu pour consacrer dans la loi organique budgétaire (LOB) les bases de la nouvelle méthode de gestion. En vertu de l'article 11 (nouveau) de la LOB, « la loi de finances peut autoriser l'affectation des crédits selon des programmes et des missions ». Les travaux de l'unité chargée de la mettre en place devaient être achevés en 2008 et la nouvelle gestion devait s'appliquer au budget de 2009 selon les délibérations de la chambre des députés¹⁸. En fait, autant les cadres tunisiens des unités de gestion par objectif se sont investis dans l'appropriation des concepts et des méthodes de la GBO, autant les responsables politiques ne manifestent aucune volonté de réaliser la réforme budgétaire¹⁹.

Ce n'est que cinq ans après la révolution que la gestion budgétaire par objectif est adoptée sans ambiguïté. Le conseil des ministres réuni le vendredi 13 novembre 2015 a validé le projet de la nouvelle loi organique du budget qui abroge l'actuelle loi organique n° 42-2004 pour adopter le système de gestion de budget

¹⁶ Décret n° 2003-2424 du 24 novembre 2003, portant création d'une unité de gestion par objectifs pour la réalisation du projet de réforme de la gestion du budget de l'Etat et fixant son organisation et les modalités de son fonctionnement, JORT, n° 97/2003, p. 3527.

¹⁷ Article 3 du décret de 2003 : « Le projet sera réalisé sur une période de 5 ans à partir de la date de publication de ce décret au Journal Officiel de la République Tunisienne ».

¹⁸ Délibérations de la Chambre des députés du 11 mai 2004, p. 1085

¹⁹ L'absence de crédibilité de la politique de réforme décourage les cadres des ministères

par objectif²⁰. Les députés ont bénéficié d'une formation sur le sujet avant le débat parlementaire sur la loi de finances de 2016.

2.3.2. Les pratiques de gestion budgétaire développent le gaspillage des ressources et la corruption.

La Révolution tunisienne a révélé l'étendue de la corruption qui a caractérisé la période du régime politique autoritaire de Ben Ali²¹. Les ressources publiques ont été systématiquement détournées pour servir des intérêts privés au détriment du développement économique et social de la Tunisie. Dans plusieurs secteurs publics, la gestion des marchés publics est l'un des domaines les plus exposés aux gaspillages des ressources et à la corruption.

Le rapport de la « Commission nationale d'enquête sur les malversations et la corruption »²², montre que l'attribution des marchés publics et des concessions, ne se faisait pas toujours au vu des règlements durant l'ère de Ben Ali. Ce dernier attribue parfois le marché à une personne autre que celle qui l'a, légalement, remporté ; d'autant plus que les cahiers des charges sont souvent orientés de manière à attribuer le marché à la personne à laquelle l'ex-président entend le lui accorder. En effet, *« la transparence dans le choix du mode de passation n'est pas toujours respectée et l'utilisation d'appels d'offres non concurrentiels est souvent constatée, et ce en raison d'interférences systématiques du niveau politique et de pratiques de confiscation des ressources de l'État de la part de groupes proches du pouvoir »* (OCDE-CLEANGOVBI, 2013)

En 2012, la Tunisie a réalisé une évaluation de son système national de passation des marchés publics selon la méthode de l'OCDE-CAD, avec l'appui technique de la Banque Africaine de Développement (BAD) et la Banque Mondiale (BM). Cette méthodologie est articulée autour de quatre piliers: «cadre législatif et réglementaire», «cadre institutionnel et capacité de gestion», «activités

²⁰ Les cadres du ministère de la santé n'ont pas eu de difficulté à élaborer le budget de 2016 selon la méthode GBO ; Cf. Budget de l'Etat de 2016, Budget du Ministère de la santé. Octobre 2015 (en arabe)

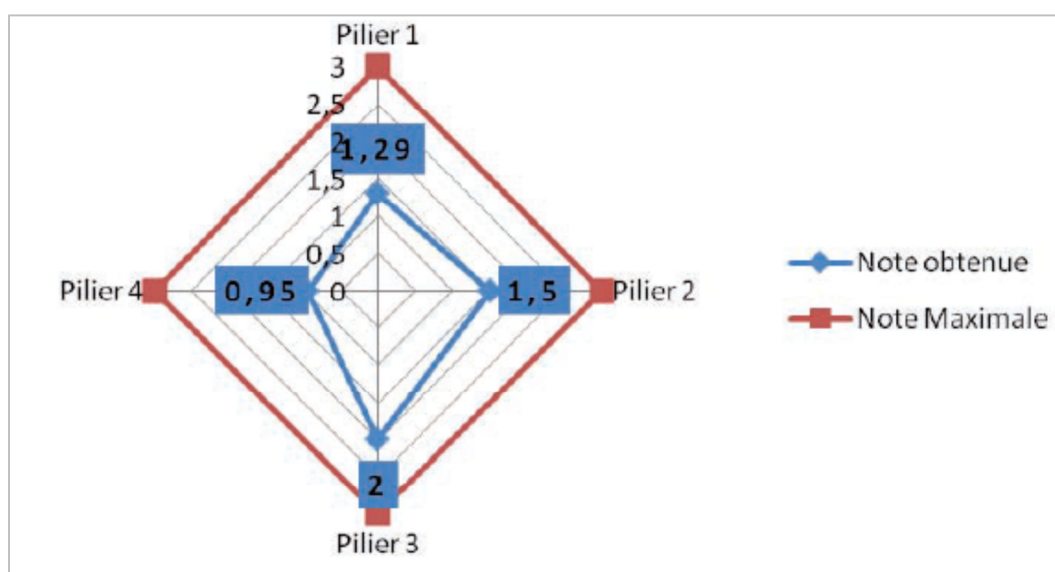
²¹ Voir le rapport de la commission nationale d'investigation sur la corruption et la malversation (CNICM) qui a été mise en place en février 2011 pour enquêter sur les abus de l'ère Ben Ali et soumettre des propositions d'action au gouvernement pour renforcer la lutte et la prévention de la corruption.

²² Établie par le décret n° 2011-7 du 18 février 2011, la Commission comporte un comité général, « chargé de l'examen des orientations fondamentales ayant trait à l'activité de la commission et de l'identification des stratégies d'avenir afin de lutter contre la corruption et la malversation (Art.2.) » et un comité technique, « chargé de dévoiler les cas de corruption et de malversation commis par ou pour le compte de toute personne physique et ou morale, publique ou privée ou un groupe de personnes grâce à son poste dans l'État ou l'administration ou en raison d'un lien de parenté ou d'alliance ou n'importe quelle autre relation qu'elle que soit sa nature avec un responsable ou un groupe de responsables de l'État notamment durant la période allant du 7 novembre 1987 au 14 janvier 2011 » (Art. 3).

d'acquisition et pratiques du marché », et « intégrité et transparence du système de passation de marchés publics ». Au niveau de ce dernier pilier la note de l'évaluation est particulièrement médiocre (voir Figure ci-dessous).

Du haut au bas de la pyramide du système de services publics, la culture de la corruption se propage. Passer à une approche de gestion budgétaire axée sur la transparence et les résultats des politiques publiques est alors impossible puisque la corruption se nourrit de l'opacité du fonctionnement des services des marchés publics et des secrets sur les rapports entre acheteurs et fournisseurs.

Figure 13 : Résultats de l'évaluation du système national de passation des marchés publics selon la méthodologie OCDE-CAD



Source : République Tunisienne, Présidence du gouvernement, Commission supérieur du marché, *Rapport final sur l'évaluation du système national de passation des marchés publics en Tunisie*. Appui technique et financier de la BAD et BM, Juin 2012, p7

Dans le secteur de la santé la corruption a débouché sur le délabrement du secteur public au profit du développement du secteur privé médical. Ce dernier a bénéficié d'un autre outil de développement de la corruption ; celui de l'autorisation administrative pour ouvrir une clinique ou réaliser une activité de production pharmaceutique. En effet, l'exercice de certaines activités économiques, soumis à l'autorisation administrative, est octroyé principalement au profit des membres de la famille de l'ex-président ou les privilégiés du régime politique.

L'inaccessibilité des rapports financiers a fait que la note de la Tunisie dans l'enquête de l'International Budget Partnership (IBP) était de 11/100, soit un classement de 85ème sur 100, en 2013²³. Sur les 8 rapports exigés par l'IBP, 3 ne

²³ Cf. IBP Partership, Enquête sur le budget ouvert 2012.

sont pas produits (le rapport préalable au budget, le budget citoyen²⁴ et la revue de milieu d'année). Quant au rapport relatif au projet de budget de l'exécutif, il est produit en interne mais n'est pas rendu public.

2.4. La gestion des équipements et des médicaments institue l'inégalité sociale face au risque de la maladie.

2.4.1. Le personnel doit soigner sans outils du diagnostic médical !

L'investissement dans l'achat des équipements lourds est associé à un faible rendement en raison de l'inadéquation entre les besoins réels et l'attribution de ces équipements aux structures sanitaires²⁵. La centralisation de l'achat par le ministère sans concertation avec ces structures conduit à une situation paradoxale ; le manque d'équipement dans certaines structures hospitalières et la sous-utilisation et même l'inutilisation des équipements attribués dans d'autres structures²⁶.

Des équipements sont attribués sur la base des besoins réels mais qui sont sous-utilisés en raison de la défaillance de l'entretien et de la maintenance de ces équipements par insuffisance des ressources humaines qualifiées par la rareté des contrats d'entretien et de maintenance avec des sociétés. Dans certains cas, il semble que les pannes des équipements sont utilisées comme prétextes par les médecins sous statut « APC » pour développer leurs activités complémentaires dans le secteur privé²⁷. Dans d'autres cas, la panne concerne des équipements surutilisés au-delà de leur durée de vie mais qui ne peuvent être remplacés qu'après leur réforme définitive et selon une longue procédure d'achat.

Enfin, sous la contrainte de la procédure d'achat chez le fournisseur le « moins disant », l'équipement acheté sans adéquation aux normes techniques, est à l'origine de la panne fréquente de cet équipement.

La non-disponibilité (ou la discontinuité d'approvisionnement) de certaines fournitures hospitalières de consommation quotidienne (pharmacie blanche, implants, instruments, etc...) est un problème qui concerne les 3 lignes de santé publique. En général, la gestion des ressources matérielle et financière n'est pas

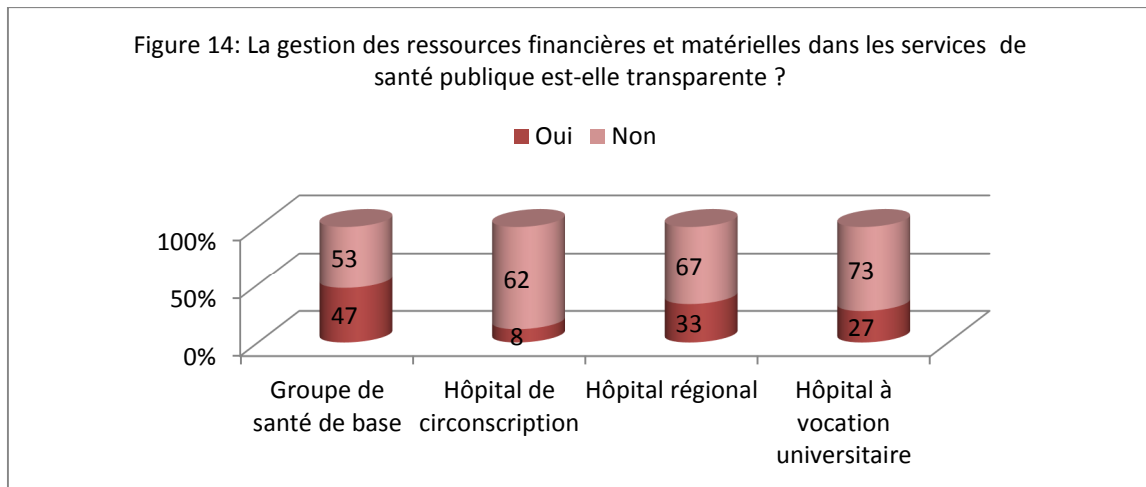
²⁴ Les budgets des citoyens sont conçus pour être faciles à comprendre par tous à l'aide d'un langage clair et notamment des graphiques et des diagrammes présentés dans une variété de formats. La création récente du site web www.mizaniatouna.gov.tn devrait être un moyen pour faire connaître les politiques gouvernementales et l'état de l'économie d'un pays avec l'élaboration des budgets de citoyens.

²⁵ Cf. Le comité technique du dialogue sociétal, *La santé et le système de santé en Tunisie : acquis et enjeux*, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du « dialogue sociétal pour la réforme du système de santé » 2014, pp92-93

²⁶ Entretiens avec les syndicats et les médecins

²⁷ Entretiens avec des syndicalistes

transparente selon le constat des syndicats du personnel des trois lignes de santé publique (voir Figure ci-dessous).



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

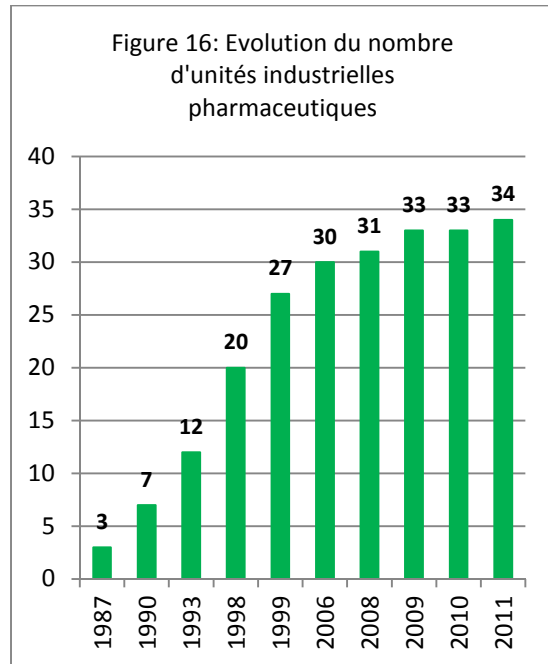
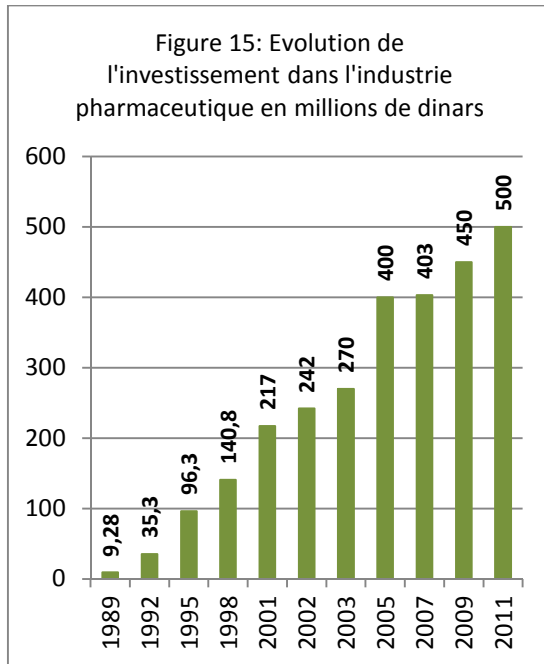
2.4.2. Il doit soigner sans médicaments !

Les médicaments essentiels sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité. Ils devraient être disponibles en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté.

La politique tunisienne s'est appuyée sur un dispositif qui assure la disponibilité des médicaments selon la norme internationale au moindre coût. D'abord, l'importation des médicaments est assurée par une structure publique bénéficiant d'un monopole dans ce domaine. Le secteur de l'industrie pharmaceutique a connu un développement, grâce à la mise en place d'un cadre légal et réglementaire régissant la fabrication (règles de bonne pratique de fabrication GMP), l'enregistrement (AMM), et la commercialisation des médicaments. La création de structures administratives de gestion, d'analyse, de contrôle des produits pharmaceutiques, des médicaments²⁸ et d'inspection des unités de fabrication garantissent la conformité de la production aux normes internationales. Aussi, des mesures d'incitation à l'investissement dans l'industrie pharmaceutique ont

²⁸ Direction de la pharmacie et du médicament, Laboratoire National de Contrôle des Médicaments qui sont des centres collaborateurs de l'OMS

permis le développement du tissu industriel pharmaceutique²⁹ ce qui a permis une progression du taux de couverture de la consommation nationale de 7 à 47 %.



Source : <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/actualite-fr/dpm.htm>

En dépit du progrès réalisé par la politique pharmaceutique, les centres de santé de base souffrent de manque de médicaments³⁰. Des patients d'origine sociale modestes révoltés nous posent la question « *peut-on nous soigner sans médicaments* »³¹? La rupture des médicaments qui survient dès la première semaine du mois fait perdre la confiance du citoyen dans les structures de santé de base. Plusieurs causes sont à l'origine de cette rupture:

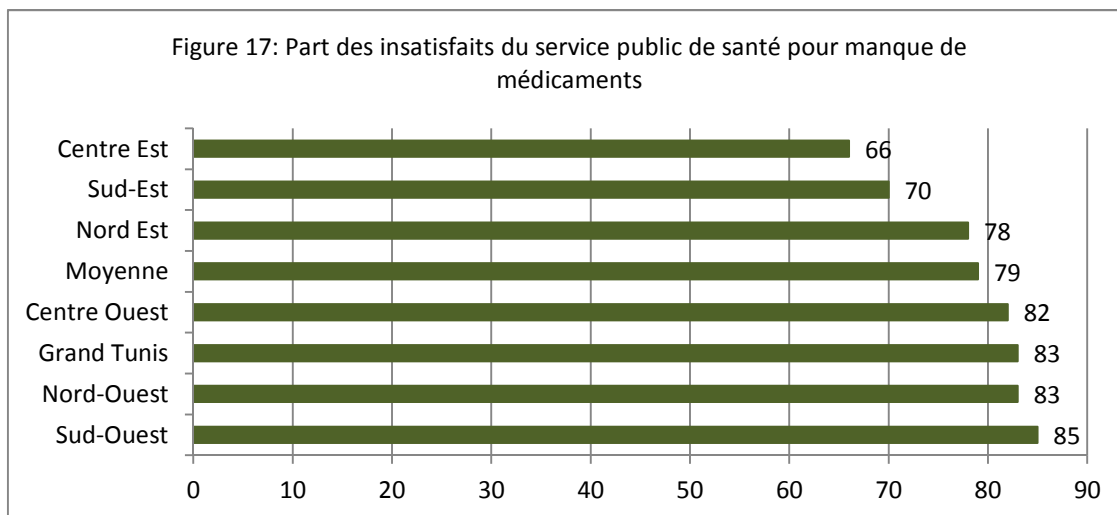
- l'insuffisance du budget des médicaments,
- la mauvaise gestion en matière de prévisions et de rationalité des prescriptions
- l'inadaptation de la nomenclature médicamenteuse de la première ligne à la transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies non transmissibles en Tunisie,
- la corruption

²⁹ Le cadre réglementaire en matière d'investissement permet aux investisseurs étrangers de détenir 100% du capital, garantit la liberté de transfert, la protection de la propriété intellectuelle. Des mesures d'encouragement sont prises pour assurer la réduction des droits de douane au minimum pour les équipements, l'exonération des droits de douane pour les matières premières et les articles de conditionnement et un taux avantageux de la TVA (6%)

³⁰ Le secrétaire général de la fédération générale de santé souligne que cette pénurie est le résultat d'une politique de développement du secteur privé accompagné de la marginalisation du secteur public.

³¹ Entretiens avec des patients dans certains centres de santé de base

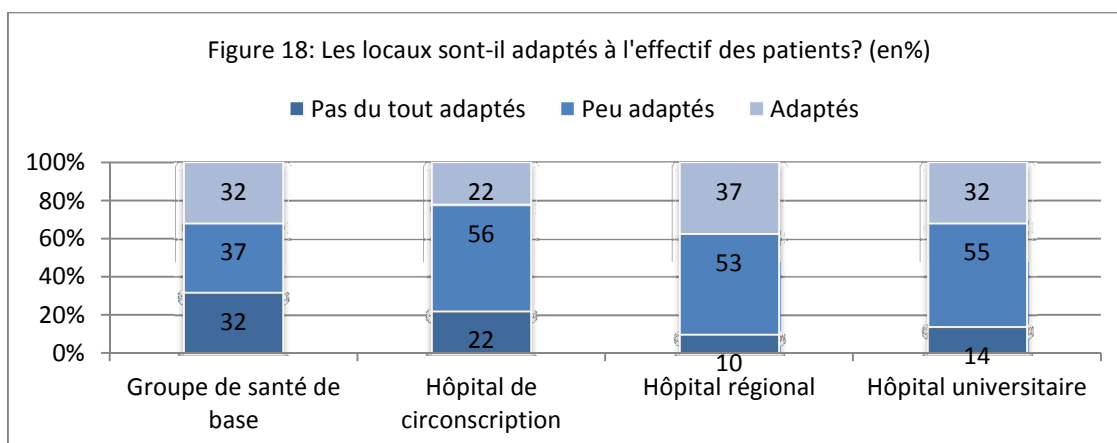
La corruption aggrave la pénurie des médicaments dans certaines structures sanitaires publiques. Elle a pour conséquence que la prescription de médicaments à acheter en officine privée est presque systématique, ce qui provoque la colère de certains patients³².



Source : INS. Résultats de l'enquête nationale sur "la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie". 2014 Tunis Octobre 2015

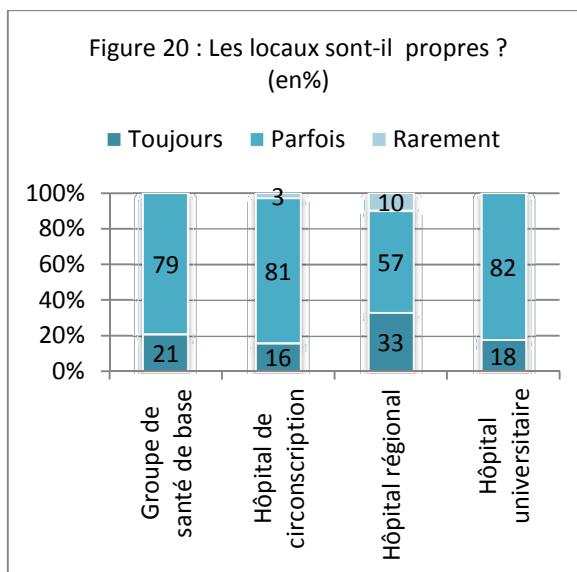
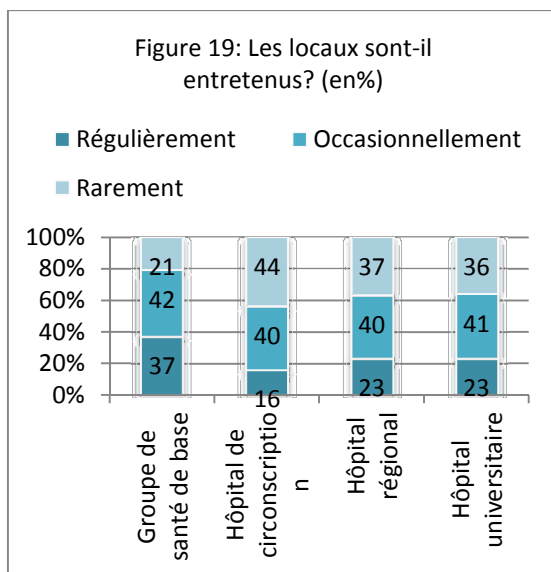
2.4.3. Il doit soigner dans des locaux mal entretenus et inadaptés au flux de patients !

Selon le témoignage des syndicats, les locaux ne sont pas souvent adaptés pour accueillir le flux des patients. Il s'agit des locaux d'accueil et des bureaux de consultation des médecins. Le manque d'entretien des locaux (réparation, badigeonnage) et l'absence de propreté amplifient les mauvaises conditions de travail du personnel et d'accueil des patients.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

³² Un patient d'origine sociale très modeste, sans ressources pour acheter les médicaments, nous déclare : « dois-je manger l'ordonnance du médecin pour guérir » ?



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

2.4.4. Les usagers du service public expriment alors leur insatisfaction.

L'évaluation systématique de la qualité des prestations des structures ambulatoires et hospitalières publiques est une pratique étrangère à la logique du modèle d'organisation et de gestion du service public puisque le patient n'est pas au centre des préoccupations de la politique de santé, au sens défini par l'approche qualité. La gestion centralisée conduit à des modes de fonctionnement des hôpitaux caractérisés par le cloisonnement entre services, les défauts de coordination et de modes opératoires consensuellement définis, l'absence d'une démarche codifiée de qualité et de sécurité des soins. L'approche qualité de l'autorité publique est marquée par une vision qui la réduit à des investissements dans les intrants sans se préoccuper de l'analyse des processus et le suivi des résultats. On préfère surtout « réaliser des activités de construction de bâtiments et acheter des équipements pour alimenter la corruption »³³.

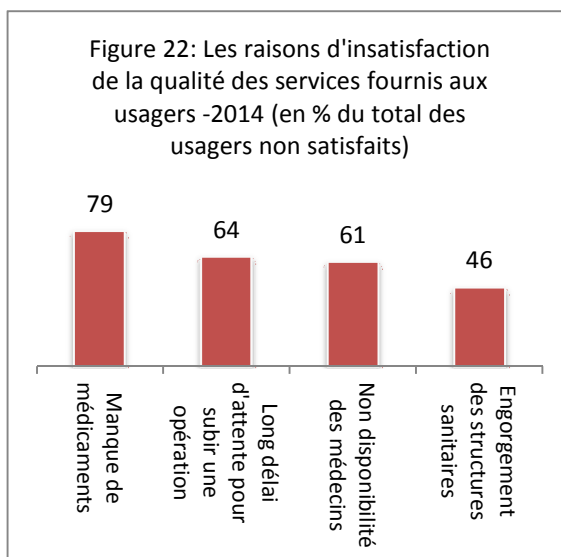
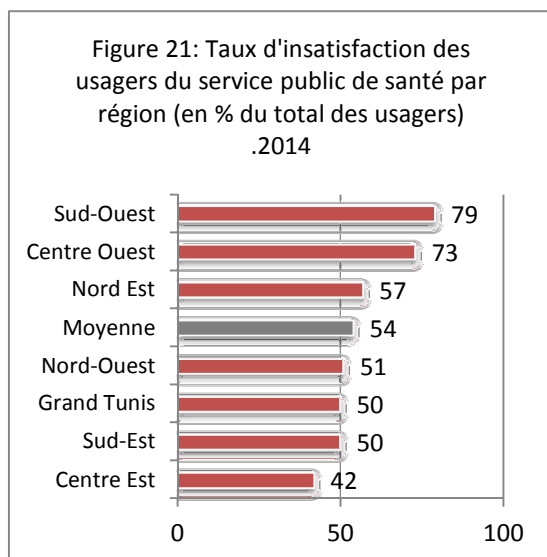
Au cours des travaux du « dialogue sociétal », les avis sur l'insuffisance de la qualité et la sécurité des soins dans les structures publiques convergent vers plusieurs points faibles tel que : « l'absence de cahier des charges des structures publiques; l'absence de normes de qualité et de sécurité du patient dans son parcours de soins qui n'est d'ailleurs pas standardisé; l'absence de mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation de la qualité et la sécurité des soins; la lenteur de la réactivité devant les insuffisances techniques et humaines »³⁴.

³³ Entretien avec le personnel paramédical.

³⁴ Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Etat des lieux, p120

La politique de santé met l'accent sur des programmes verticaux dirigés contre une seule maladie au détriment d'une approche horizontale fondée sur un système de santé décentralisé qui assure la proximité des soins et son intégration au système de santé. En effet, la Conférence internationale d'Alma-Alta sur les soins de santé primaires a affirmé que « si l'on veut faire en sorte que les soins de santé primaires ne se réduisent pas à une action périphérique isolée et fassent partie intégrante du développement communautaire et national, il est indispensable qu'ils soient encouragés, coordonnés et soutenus, par l'administration, non seulement à l'échelon local, mais également aux échelons intermédiaire et central » (OMS, 1978, p19)

A la suite de la Conférence internationale de l'OMS, la Tunisie a maintenu le choix de promouvoir les soins de santé primaires dans le cadre d'un système de santé centralisé prônée par l'Union soviétique par opposition aux pays qui ont adopté le mode d'organisation et de gestion décentralisé de leur système de santé. Ce choix continue à handicaper sa politique publique de santé, notamment au cours des deux dernières décennies. Selon une enquête nationale de l'INS, les services publics de santé ont reçu 67 % de la population de 18 ans et plus durant les 12 mois avant la date de l'enquête (Septembre-Octobre 2014). Parmi la population bénéficiaire des services de la santé publique 54 % sont insatisfaits de leur qualité. Le taux d'insatisfaction est supérieur à cette moyenne dans les régions du Sud-Ouest, du Centre Ouest et du Nord Est (Voir Figure 21). Cette évaluation négative est expliquée par les problèmes déjà soulevés ; manque de médicaments, long délai d'attente, non-disponibilité des médecins et engorgement des structures sanitaires (Voir figure 22).



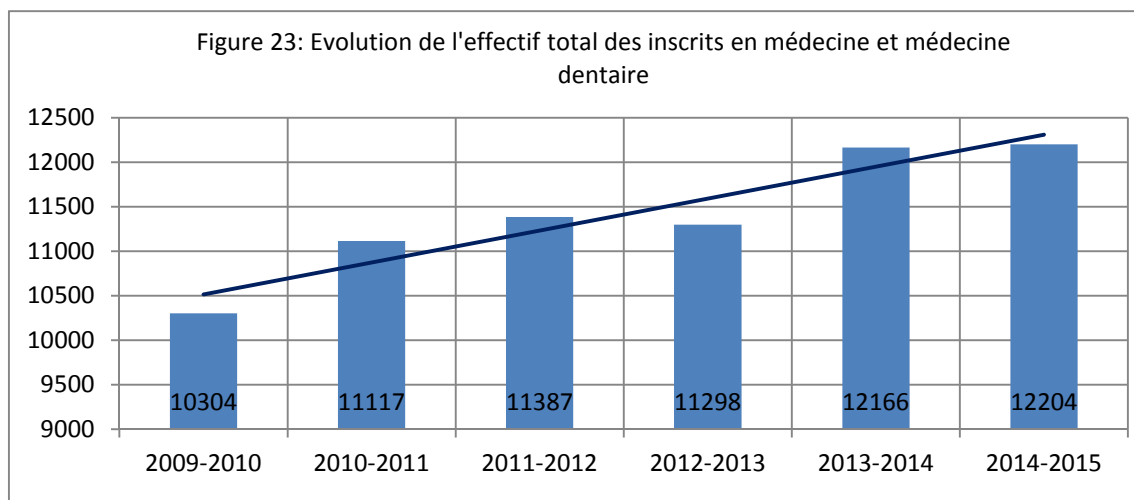
Source : INS. Résultats de l'enquête nationale sur "la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie". 2014 Tunis Octobre 2015

Partie 3. La gestion des ressources humaines prive la société tunisienne des bénéfices de son investissement dans le capital humain médical

3.1. Féminisation de la filière de formation médicale et développement de la médecine spécialisée.

3.1.1. Croissance de l'effectif des inscrits et de la féminisation de la filière de formation médicale.

Le dispositif public de formation supérieure initiale est composé de quatre facultés de médecine, une faculté de médecine dentaire et une faculté de pharmacie. La formation des médecins est concentrée dans quatre villes, Tunis, Sousse, Monastir et Sfax³⁵. L'effectif des inscrits a évolué de 10304 à 12 204 entre 2009 et 2014. Cette croissance est accompagnée par l'augmentation du taux de féminisation moyen dans la filière de formation médicale passant de 65 à 69 % au cours de la même période.



Source : MESRS, Base de données « indicateurs » Fichiers Excel par université. Calcul des auteurs

Tableau 3 : Evolution du taux de féminisation des inscrits en médecine

Année	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Taux de féminisation	65%	65%	66%	67%	68%	69%

Source : MESRS, Base de données « indicateurs » Fichiers Excel par université. Calcul des auteurs

³⁵ La Faculté de médecine de Tunis est créée en 1964. Les facultés de Sousse et de Sfax sont créées en 1974. La faculté de médecine de Monastir est créée en 1980

3.1.2. Le Taux de réussite élevé est associé au caractère sélectif de l'accès à la filière.

L'accès aux études médicales est très sélectif. Un système d'orientation universitaire informatisé classe les meilleurs candidats dans la limite de la capacité d'accueil des facultés. L'accès aux études médicales spécialisées est également régulé par des concours annuels de résidanat en médecine pour lesquels le nombre de postes ouverts est fixé au budget annuel du ministère de la santé. Le même principe est respecté pour la formation de médecins dentistes et des pharmaciens. L'écramage de haut niveau à l'entrée de la filière garantit le niveau élevé du taux de réussite à la fin de la longue durée du processus de formation des médecins. En 2014, ce taux a atteint 93 %, tous genres confondus. Le taux de réussite moyen des filles est un peu supérieur à la moyenne (95%).

Au cours de ces dernières années, la part des diplômés de la faculté de médecine de Tunis dans le flux total des diplômés a baissé suite à l'augmentation de la croissance des diplômés des facultés de Sfax et de Sousse.

Tableau 4 : Evolution de la structure du flux de diplômés en médecine et médecine dentaire par établissement (en %)

	2010	2011	2012	2013	2014
Faculté de Médecine de Tunis	39	38	44	33	27
Faculté de Médecine de Sfax	19	18	15	18	24
Faculté de Médecine de Sousse	15	16	14	12	23
Faculté de Médecine de Monastir	12	12	14	18	13
Faculté de Médecine Dentaire de Monastir	15	16	13	20	13
Total	100	100	100	100	100
Effectif	1402	1540	1589	1363	1697

Source : MESRS, Base de données « indicateurs » Fichiers Excel par université. Calcul des auteurs

3.2. L'insertion professionnelle des diplômés en médecine est marquée par l'aversion de l'emploi dans le secteur public et dans les régions de l'intérieur

3.2.1. L'exercice du métier est réglementé depuis la colonisation mais il est syndicalisé selon le contexte politique.

a) L'inscription obligatoire dans le Conseil National de l'Ordre des médecins

Depuis la période coloniale l'exercice du métier exige l'inscription au conseil national de l'ordre des médecins. La représentation professionnelle des médecins est en fait duale dans la mesure où en plus de conseil national de l'ordre des médecins, des syndicats sont créés pour les représenter³⁶. Toutefois la liberté de l'exercice du droit syndical n'a pas été toujours respectée par les autorités politiques.

L'Ordre des médecins de Tunisie a été créé par le décret beylical du 12 juin 1941 soit neuf mois après l'institution de l'Ordre des médecins en France le 7 Octobre 1940. Le même décret stipule que les associations syndicales sont interdites ; les médecins sont autorisés à se grouper en associations amicales. La loi du 58-38 du 15 mars 1958 définit le cadre juridique relatif à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de vétérinaire après l'indépendance de la Tunisie. Elle abroge et remplace les dispositions des textes antérieurs et définit les conditions d'exercice de la médecine. Ce n'est qu'au début des années 1970 que le premier code de déontologie médicale tunisien est promulgué (20 Octobre 1973).

Plusieurs textes sont publiés entre 1991 et 1993 relatifs à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste³⁷. Un comité national d'éthique médicale est créé en 1994³⁸. L'intervention régaliennne dans ce domaine montre que la déontologie n'est pas seulement un répertoire de règles que des professionnels se donnent entre eux, comme le croient parfois des médecins, mais aussi et même fondamentalement, un élément de l'organisation sociale.

³⁶ Cf. Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie (CNOM), Historique, http://www.ordre-medecins.org.tn/article.php?id_rubrique=72.

³⁷ Loi 91-21 du 13/3/1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste traite

Décret 91/1647 du 4/11/1991 relatif aux Conseils Régionaux de l'Ordre

Décret 92-448 du 24/2/1992 porte organisation du Conseil National de l'Ordre et fixe les modalités et le déroulement des élections des membres

Décret 93-1155 daté du 17 mai 1993Le 17 qui définit une nouvelle version du code de déontologie médicale

³⁸ Décret 94-1939 du 19 septembre 1994

b) La segmentation de l'activité syndicale des médecins

Le premier Syndicat Tunisien des Médecins (qui regroupait tous les médecins tunisiens sans distinction de mode d'exercice), a été créé en 1934. Ce Syndicat a cessé ses activités au moment de la guerre (1940). Une tentative de le reconstituer échoua en 1944. Et ce n'est qu'en 1956 qu'il revit le jour sous le nom de Syndicat des Médecins Tunisiens affilié à l'UGTT. Mais la vie de ce syndicat fut de courte durée puisqu'en 1958 des pressions politiques furent exercées entraînant la démission de plusieurs de ses membres et sa mise en sommeil. Le Conseil de l'Ordre fut alors chargé de par la loi N° 58/77 du 9 juillet 1958 de l'exclusivité de la défense des intérêts matériels et moraux des médecins.

En 1976, on assiste à la création du 1er syndicat tunisien de la santé publique affilié à l'U.G.T.T suivie en 1977 par celle du syndicat des médecins hospitalo-universitaires. Dans un contexte fort conflictuel entre les autorités politiques et l'UGTT, cette segmentation syndicale au sein de la centrale syndicale est encouragée par le pouvoir politique pour diviser le mouvement syndical³⁹. Mais elle répond aussi aux besoins spécifiques de certaines catégories de médecins qui jugent qu'elles sont mal représentées dans un syndicat uni.

Plus tard, en juin 1982, est créé le syndicat tunisien des médecins libéraux (SMLT)⁴⁰ qui se pose en successeur du syndicat dissous en 1958. Il s'agit d'un syndicat autonome non affilié ni à l'UTICA ni à l'UGTT. Il est suivi par la création en 1988 du syndicat tunisien des médecins dentistes de libre pratique (STMDLP)⁴¹. Suite à une scission au sein du Syndicat des médecins de Libre Pratique un Syndicat tunisien des médecins spécialistes libéraux (UMSL) est créé en 2006⁴².

3.2.2. Tendances de l'orientation professionnelle des médecins vers la spécialisation et l'exercice du métier dans le secteur privé

Depuis longtemps la tendance des étudiants dans toutes les disciplines de l'enseignement supérieur est marquée par le désir de poursuivre leurs études jusqu'au sommet de la pyramide des cycles de formation. Dans le domaine des sciences médicales ce phénomène est illustré par la part des médecins spécialistes qui représente 52 % du total des inscrits dans le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). La part des spécialistes a atteint 60 % parmi les médecins de

³⁹ Le conflit a atteint son paroxysme en 1978 avec la répression sanglante des responsables syndicaux suite à la grève générale.

⁴⁰ <http://www.stml-tunisie.org>

⁴¹ <https://fr-fr.facebook.com/Syndicat-Tunisien-des-M%C3%A9decins-Dentistes-de-Libre-Pratique-StmdlP-471935152850250/timeline/>

⁴² http://www.ordre-medecins.org.tn/article.php?id_article=80

libre pratique qui suit ainsi la demande solvable en s'installant surtout dans le Grand Tunis, le Centre-Est et les autres régions côtières.

Le secteur de la santé publique est relativement plus attractif pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes. Ils y représentent respectivement 59 et 42 % du total de chaque catégorie de médecins. Toutes spécialités confondues, les femmes s'orientent plus que les hommes vers le secteur public, soit 62 % contre 43 % des hommes.

Tableau 5 : Caractéristiques de l'insertion professionnelle des médecins

	Généralistes	Spécialistes	Total	Part des spécialistes
Libre pratique	2738	4170	6908	60%
Santé publique	3984	3004	6988	43%
Total	6722	7174	13896	52%
Part d'insertion dans la santé publique (%)	59,3%	41,9%	50,3%	

Source : Base de données du CNOM, décembre 2015, calcul des auteurs

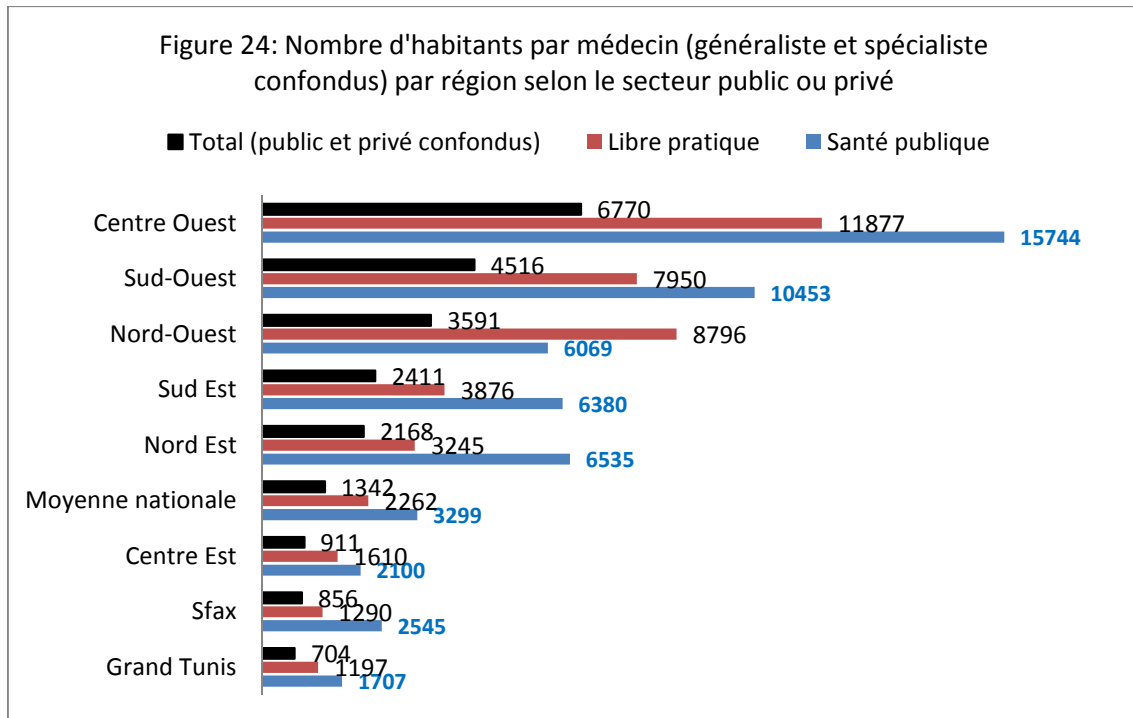
Tableau 6 : Distribution des médecins par secteur selon le genre

	Libre pratique	Santé publique	Total	Part d'insertion dans la santé publique
Femmes	2023	3325	5348	62,2%
Hommes	4885	3663	8548	42,9%
Total	6908	6988	13896	50,3%

Source : Base de données du CNOM, décembre 2015, calcul des ratios par les auteurs

3.2.3. Impact de l'insertion professionnelle des médecins sur l'inégalité régionale de la densité médicale

Pour qu'un système de santé puisse assurer de façon efficace un niveau de soins satisfaisant, en quantité comme en qualité, il faut, entre autres choses, que l'offre et la demande de médecins parviennent à s'équilibrer. De ce point de vue, et si l'on en juge d'après le nombre d'habitants par médecin, la Tunisie affiche une grande diversité régionale. La pénurie relative des médecins est forte dans les régions du Centre-Ouest, Sud-Ouest et Nord-Ouest quel que soit le statut de l'exercice du métier de médecin.



Sources : Base de données du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) 2015, Institut National de la Statistique, Population estimée en juillet 2013, Calcul des ratios par les auteurs

3.3. Les obstacles à l'orientation des spécialistes vers le secteur public et les régions de l'intérieur.

3.3.1. Les conditions de travail dans le secteur public sont répulsives.

Le médecin spécialiste examine les malades, établit un diagnostic et met en place un traitement adapté. De la dermatologie à la pédiatrie, la profession compte plusieurs disciplines. Anesthésie, dermatologie, pédiatrie, chirurgie (cardio-vasculaire, esthétique...), phlébologie, obstétrique, gériatrie, rhumatologie, psychiatrie... La liste des spécialités vers lesquelles peut se tourner le médecin est longue. Les activités du spécialiste varient selon les pathologies à traiter, les techniques à maîtriser (chirurgie, radiologie, prise en charge plus globale...), le public concerné (nouveau-nés, personnes âgées, femmes enceintes...) et le lieu d'exercice (hôpital public, clinique privée, cabinet en ville). Dans le créneau des soins non curatifs (médecine légale, expertise, laboratoires, etc.) les médecins spécialistes ne soignent pas, ils rédigent des rapports, aiguillent vers leurs confrères.

Quelle que soit la spécialité exercée, une grande résistance physique et nerveuse est indispensable. Or ces professionnels sont régulièrement confrontés à des situations délicates et compliquées ; ils sont de plus en plus mis en cause dans le contexte des structures sanitaires publiques délabrées: en témoigne le nombre croissant de manifestations contre les médecins spécialistes suite au décès de leurs

patients. Le manque d'équipement, de fournitures de base (seringues, pansements, médicaments) et le manque de spécialités complémentaires n'aident pas le médecin spécialisé à exercer dans la sérénité sa lourde responsabilité médicale. Il doit s'occuper de tout pour corriger les dysfonctionnements de l'organisation et la gestion de la structure sanitaire publique.

Dans le cadre de la hiérarchie entre médecins, l'interne et le résident sont les plus exposés aux mauvaises conditions de travail. C'est le cas lorsque le résultat de bilan biologique n'est pas préparé ou la difficulté d'obtenir un rendez-vous d'imagerie pour un patient. Ils passent une part importante de leur temps « à chercher un glucomètre fonctionnel dans un service voisin, à tenter de retrouver une seringue adaptée pour un gaz du sang, à effectuer carrément le brancardage d'un malade, ou à essayer de convaincre l'infirmier de faire tout simplement le travail pour lequel l'Etat le paie »⁴³. Ce vécu professionnel ne motive pas certains à viser l'emploi dans le secteur public, au terme de leur cycle de formation.

Le comportement de travail d'une bonne partie du personnel contribue alors à la médiocrité des prestations de soins. Parmi les médecins qui accomplissent leur tâche avec professionnalisme et dévouement, certains sont découragés et finissent par devenir comme les autres ou quitter le secteur public pour s'installer dans le secteur privé.

3.3.2. La fuite vers le secteur privé offre de meilleures conditions de travail et une meilleure rémunération, notamment dans les régions côtières

L'exercice de libre pratique dans les grandes villes devient le choix préféré par le médecin diplômé. Il bénéficie de meilleures conditions pour soigner ses malades. La mobilisation d'un réseau de professionnels privés lui permet de s'insérer dans une combinaison productive de soins efficace (laboratoire d'analyse biologique, équipement de technologie médicale, pharmacie, infirmerie..). Les patients du secteur public trouvent dans ce réseau privé de professionnels un substitut au dysfonctionnement des structures sanitaires publiques qui ne sont pas en mesure d'honorer toutes les ordonnances médicales prescrites. Evidemment cette solution n'est pas accessible à une grande partie des patients d'origine sociale modeste.

La concentration des médecins dans les régions du Grand Tunis, le Centre Est et Sfax, quel que soit leur qualification, leur statut professionnel et leur genre, montre que **la combinaison productive de soins efficaces est un facteur déterminant de la régulation de l'insertion professionnelle régionale des médecins**. Plus

⁴³ Malek Guettat Ces jeunes médecins assassinés par l'hôpital public: Chronique d'un massacre quotidien .02/11/2015
http://www.huffpostmaghreb.com/malek-guettat/ces-jeunes-medecins-assas_b_8449868.html

généralement, les caractéristiques de cette insertion sont corrélées à l'inégalité du développement régional. L'avènement de la réforme de l'assurance maladie en 2004 ne paraît pas être de nature à modifier cette orientation régionale de l'insertion professionnelle des médecins puisque la majorité des assurés sociaux est concentrée dans les grands bassins d'emploi. Les conditions de vie difficile dans les régions de l'intérieur associé aux insuffisances des infrastructures sanitaires et du niveau de revenu de la population expliquent la pénurie de médecins spécialistes dans les hôpitaux régionaux de l'intérieur du pays.

3.3.3. Les hôpitaux à vocation universitaire perdent leur statut de référence médicale et scientifique

Un hôpital à vocation universitaire est fondé sur l'équilibre entre trois missions indissociables, **soins, enseignement et recherche**. De cet équilibre dépend le renforcement mutuel de ces trois missions. La qualité du système de santé est liée en grande partie à ce type d'hôpital puisque les professionnels, quel que soit leur mode ou leur lieu d'exercice, y sont formés. **L'hôpital universitaire est la référence médicale et scientifique pour l'ensemble du système de santé d'un pays.**

Les hôpitaux universitaires sont devenus des établissements publics de soins (EPS), ayant leur propre conseil d'administration et un directeur général leur permettant une plus grande autonomie financière et de gestion. Les objectifs de cette réforme adoptée en 1991 sont les suivants : i) l'amélioration de la qualité des soins ; ii) la rationalisation des modes de gestion et l'optimisation des coûts ; iii) l'élaboration, la mise en œuvre et le développement d'un système d'évaluation des activités et des coûts subis ; iv) le réaménagement des modalités de partage des charges financières du secteur entre les principales sources de financements

En fait, le ministère continue de gérer ces structures comme avant, les conseils d'administration et les comités médicaux n'ont qu'un rôle consultatif, souvent même les comptes rendus de leurs réunions ne sont même pas lus par l'administration centrale ; leurs budgets sont fixés par le ministère, les recrutements sont faits directement par la direction des ressources humaines sans l'avis des structures concernées⁴⁴

Les hôpitaux à vocation universitaire disposent d'un nombre important de médecins spécialistes. Mais l'organisation de travail des services hospitaliers est devenue perturbée par le manque de disponibilité des médecins en raison de l'autorisation qui leur est accordée de réaliser une activité privée complémentaire (APC) pour les retenir dans le secteur public. **En 2010, près de 50% des professeurs et 31% des MCA et 77% des chefs de service**

⁴⁴ Entretiens avec le personnel de santé

exerçaient une activité privée complémentaire⁴⁵. L'Etat a aussi autorisé les médecins spécialistes de la santé publique à exercer une activité privée rémunérée à l'hôpital (APR) dans les régions de l'intérieur du pays. Ces deux formes d'activité sont bien réglementées et limitées dans le temps à deux après-midis par semaine. En fait la majorité des médecins sous ce statut, à cheval entre les secteurs public et privé, consacrent davantage de leurs temps de travail au secteur privé.

Les deux formules ont eu plusieurs conséquences négatives sur l'organisation du travail, le comportement professionnel du personnel et les missions d'un centre hospitalo-universitaire.

La durée de travail des professeurs APC devient celle d'un agent administratif, à 13h les bureaux sont fermés et, les jeunes médecins du service, deviennent de plus en plus livrés à eux-mêmes avec les risques de ne pas recevoir la formation nécessaire et multiplier les erreurs professionnelles dans un domaine où la santé et parfois la vie des patients est entre leurs mains. En effet « *ce sont les enseignants qui, à l'amphithéâtre, au cours des stages, au lit du malade, forment l'étudiant par l'exemplarité de leurs discours et de leur comportement* »⁴⁶. Au fil des années la culture de travail qui ne met plus le patient au cœur des activités de soins se propage parmi le personnel de toutes les catégories de qualifications suivant l'exemple des médecins adoptant les formules « APC » et « APR ». La file des patients devient alors longue, les rendez-vous des explorations ou des hospitalisations sont si tardifs que l'attente amplifie la souffrance des patients.

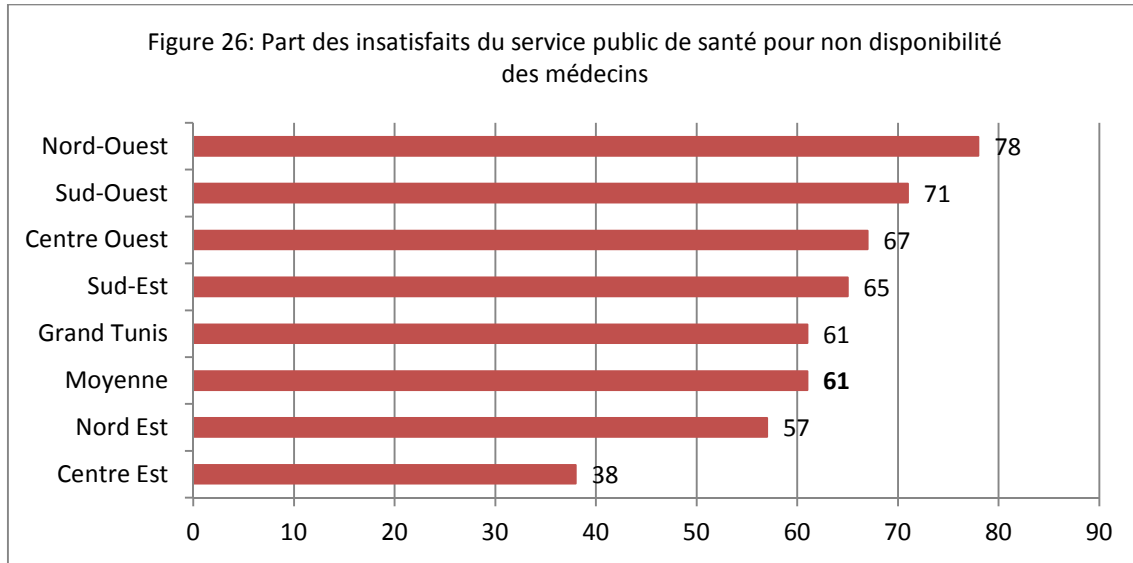
Parmi cette file d'attente, certains membres de l'équipe du professeur ou du chef de service détectent les patients qui peuvent être détournés pour en faire des clients de l'activité privée dans une clinique⁴⁷. Cette discrimination en fonction du revenu des patients devient visible et provoque souvent la colère des patients et le comportement violent de leurs accompagnateurs, notamment après la révolution.

À l'instar d'autres secteurs, le secteur de la santé publique subit la dérive matérialiste et favorable au développement de la corruption. Les centres hospitalo-universitaires s'isolent peu à peu des hôpitaux de circonscription, des hôpitaux régionaux et des structures sanitaires privées au détriment de leurs missions spécifiques. La non-disponibilité des médecins devient un facteur explicatif de l'insatisfaction des usagers du service public de santé dans toutes les régions, y compris celles où se concentrent les hôpitaux à vocation universitaire (voir figure ci-dessous)

⁴⁵ Le comité technique du dialogue sociétal, *La santé et le système de santé en Tunisie : acquis et enjeux*, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du « dialogue sociétal pour la réforme du système de santé » 2014, p96

⁴⁶ Docteur Mohamed Nejib Chaabouni, *La compétence, une obligation déontologique*. Le Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins, n°36, Décembre 2013

⁴⁷ Entretiens avec les patients et le personnel révoltés par ces pratiques



Source : INS. Résultats de l'enquête nationale sur "la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie". 2014 Tunis Octobre 2015

L'activité scientifique et d'expertise médicale a également régressé dans les institutions nationales spécialisées (Institut Pasteur, ONFP, Institut national de la nutrition et des technologies alimentaires, Institut de pneumo-phthiologie, Institut d'ophtalmologie, Institut national de l'Enfant). Ces institutions répondaient initialement à une mission d'analyse et de définition de dépenses appropriées aux grands problèmes de santé du pays. Elles ont réalisé un cumul d'expertise qui n'a cependant pas été capitalisé dans un système de santé désarticulé et, sous la contrainte budgétaire, elles ont peu à peu glissé vers une logique de recherche de recettes financières et de dispensation de soins perdant toute vision prospective de santé publique.

3.4. Sauver le service public de santé est encore possible

3.4.1. Il existe encore des médecins qui luttent pour défendre la mission d'un service public de qualité.

Heureusement, il existe encore une part importante de médecins qui défend le prestige et l'expertise des centres hospitalo-universitaires car elle adhère à leur rôle de leadership dans le développement de la médecine académique et l'offre des soins de haut niveau dans le secteur public. Certains médecins dénoncent l'effet dévastateur de la formule « APC ».

Les citoyens apprécient les actions professionnelles de solidarité avec les patients d'origine sociale modeste (par exemple, interventions chirurgicales gratuites d'équipe mobile de médecins spécialistes) et les exemples d'innovation

professionnelle et technique dans les hôpitaux mis à la connaissance du public par la télévision. Aussi, comme dans les hôpitaux, il existe des médecins dans les institutions nationales spécialisées qui poursuivent leurs recherches scientifiques en dépit des mauvaises conditions de gouvernance du système de santé publique.

La Tunisie dispose d'un potentiel de ressources humaines qui peut sauver le service public si on assure son pilotage par les besoins de ses usagers.

3.4.2. Les orientations de la réforme de la filière de formation médicale adoptée en 2011 sont pertinentes.

Il est largement admis à l'échelle internationale que les systèmes de santé orientés vers des soins de santé primaires les plus rentables et les plus efficaces au niveau clinique appliquent « la médecine de famille »⁴⁸. Plusieurs facultés de médecine ont adopté l'énoncé de l'Organisation mondiale de la santé sur la responsabilité sociale : « [les écoles de médecine ont] l'obligation d'orienter l'éducation, la recherche et les services pour répondre aux préoccupations prioritaires liées à la santé de la collectivité, de la région et/ou de la nation qu'ils ont le mandat de servir. Les préoccupations prioritaires en matière de santé doivent être répertoriées conjointement par les gouvernements, les organisations de soins, les professionnels de la santé et le public. »⁴⁹ C'est le cas au Canada et dans les pays de l'Union Européenne. Dans le système de formation médicale au Canada, l'unité de médecine de famille doit remplir trois missions⁵⁰:

- a) **Mission clinique** : constituer un milieu clinique de première ligne engagé auprès de sa communauté qui représente un modèle d'organisation et de prestation des soins et de collaboration interprofessionnelle pour préparer les futurs médecins de famille à leur travail dans le réseau de la santé du pays.
- b) **Mission d'enseignement** : former des médecins de famille polyvalents et autonomes en mesure d'assurer, partout, des soins de première ligne de qualité et une gamme de soins de deuxième ligne. L'unité de médecine de famille est responsable de l'ensemble du cheminement pédagogique des résidents qui lui sont confiés pour toute la durée du programme. Elle contribue aussi à la formation d'étudiants en médecine, de résidents provenant de programmes autres que la médecine de famille, de moniteurs cliniques ou de stagiaires provenant de l'international et de divers autres professionnels de la santé.

⁴⁸ L'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), organisme sans but lucratif fondée en 1972, assure la promotion de cette médecine. Elle a maintenant 118 organisations membres dans 131 pays et territoires et l'adhésion d'environ 500 000 médecins de famille et plus de 90 pour cent de la population mondiale.

⁴⁹ Boelen C., Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1995. Document OMS/HRH/95.7, 32 p.

⁵⁰ <http://medfam.umontreal.ca/etudes/residence-en-medecine-famille/les-milieus-formation/definition-dune-unite-medecine-famille/>

c) **Mission de recherche** : *participer activement à la recherche relative à l'organisation des soins de première ligne, à la recherche clinique et à la recherche en pédagogie. Elle réalise cette mission en réseau avec les autres UMF et les organisations de soins de son territoire. Le Réseau de recherche en soins primaires de l'Université regroupe les chercheurs du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, les médecins de famille et les autres professionnels enseignants des unités de médecine de famille qui visent à développer la recherche dans leurs milieux d'enseignement.*

À ces missions, communes à toutes les unités de médecine de famille, s'ajoutent des objectifs qui sont spécifiques aux unités de médecine familiale implantées à l'intérieur du pays. Il s'agit de développer chez les résidents en médecine de famille un sentiment d'appartenance à la région et favoriser le recrutement et la rétention de médecins en région⁵¹.

Si le résident est au cœur de la préoccupation pédagogique de la formation médicale, le patient est au cœur de sa préoccupation clinique et l'organisation des services est pensée en conséquence. L'unité de médecine de famille exige de ses patients qu'ils se plient aux règles qu'engendrent les impératifs de l'enseignement et, en échange, s'attend de ses résidents qu'ils accordent une très grande importance à la qualité du service médical qu'ils offrent aux patients.

Cette vision de la formation médicale est l'un des piliers de la réforme du système de santé car elle fait du médecin, le leadership de la mise en œuvre d'une politique de santé de lutte contre l'inégalité sociale face au risque de la maladie.

En 2011, la Tunisie a adopté la médecine de famille⁵². Les études en vue de l'obtention du diplôme national de docteur en médecine habilitant à l'exercice de la médecine de famille durent huit (8) années. Les études en vue de l'obtention du diplôme national de médecin spécialiste durent de dix (10) à onze (11) ans selon la spécialité choisie. Les études médicales comportent alors 3 cycles :

- i) un premier cycle des études médicales (P.C.E.M) qui dure deux (2) années ;
- ii) un deuxième cycle des études médicales (D.C.E.M) qui dure quatre (4) années, et
- iii) un troisième cycle des études médicales (T.C.E.M) qui conduit soit à l'obtention du diplôme national de docteur en médecine et à l'habilitation à

⁵¹ Nos entretiens avec les médecins installés à l'intérieur du pays confirment que l'appartenance à une région ou à une autre très proche a été un facteur explicatif du choix de la région pour exercer leur métier. C'est le cas pour les originaires de Kasserine qui s'y installent ou ceux de Sfax qui s'installent à Tozeur.

⁵² Décret n° 2011-4132 du 17 novembre 2011, fixant le cadre général du régime des études médicales habilitant à l'exercice de la médecine de famille et à la spécialisation en médecine. JORT n°90 du 25 Novembre 2011

l'exercice de la médecine de famille après une formation de deux années, ou à l'obtention du diplôme de médecin spécialiste après une formation de 4 à 5 années selon le cursus de la spécialité médicale choisie.

Sur le plan pédagogique, l'approche par compétences est adoptée. En effet, « *l'enseignement dans les facultés de médecine doit privilégier les nouvelles méthodes centrées sur l'étudiant, fondées dans la mesure du possible, sur une approche transdisciplinaire, favorisant le développement précoce des aptitudes d'autoformation et se basant sur l'intégration des connaissances et la résolution des problèmes. L'enseignement peut se faire sous une forme présentielle, distantielle ou sous toute autre forme pouvant favoriser l'autoformation chez l'étudiant* »⁵³

Donc, il ne s'agit plus de faire en sorte que les étudiants empilent des savoirs, aussi pertinents qu'ils soient, mais bien qu'ils accèdent à la compétence, qui consiste à combiner des ressources pour résoudre des problèmes professionnels réels. Il faut former des professionnels capables de s'adapter aux changements qui se préparent, de raisonner en matière de soins de santé primaire, d'utiliser des données validées. Il faut stimuler leur curiosité, leur créativité, et non seulement leur mémoire.

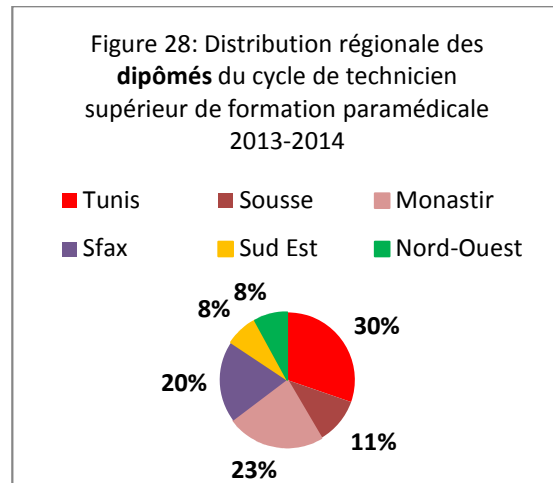
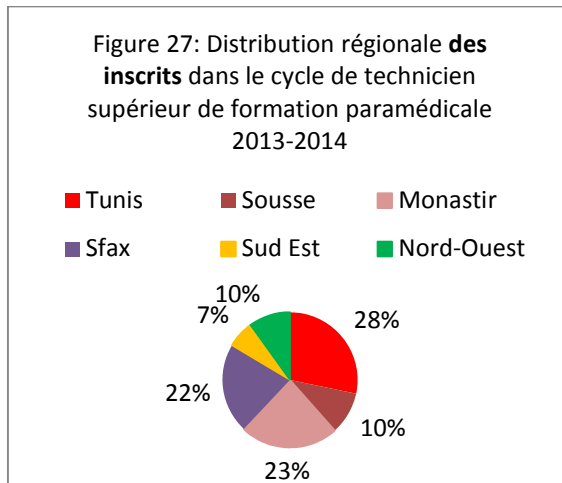
3.5. Caractéristiques de la formation et de l'insertion professionnelle du personnel paramédical

3.5.1. La filière de formation du personnel paramédical est fortement féminisée et concentrée dans les zones universitaires

Les infirmiers sont beaucoup plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays. Ils jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins, non seulement dans les structures traditionnelles comme les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, mais aussi, de plus en plus, dans les centres de soins primaires (en particulier pour les soins aux personnes souffrant de maladies chroniques) et à domicile.

La Tunisie a investi dans la formation du personnel paramédical (infirmier et techniciens supérieurs) au point de devenir un pays exportateur de leurs compétences dans les pays arabes du Golfe. La formation des techniciens supérieurs est concentrée dans quatre villes, Tunis, Sousse, Monastir et Sfax. Deux autres villes Gabès, au Sud Est, et Le Kef, au Nord-Ouest, accueillent des établissements de formation de techniciens supérieurs mais ils représentent une faible part du total général des inscrits. La même structure est observée pour le flux des diplômés (voire figures ci-dessous).

⁵³ Décret n° 2011-4132



Source : MESRS Base de données des indicateurs par université sous fichiers Excel

La filière de formation paramédicale est marquée par un taux de féminisation élevée, soit 80 % des inscrits et 81 % des diplômés en 2014. En plus de ce dispositif public, nous assistons depuis le milieu des années 2000 à la multiplication des structures privées de formation.

3.5.2. Un enseignement professionnel sans normes de qualité

L'absence de liens structurels entre les établissements d'enseignement supérieur et le marché du travail est une caractéristique importante du fonctionnement de l'enseignement supérieur, si on se réfère aux bonnes pratiques internationales dans ce domaine. La professionnalisation de l'enseignement supérieur en Tunisie est encore une mission à développer.

Dans le cadre de l'accord de développement solidaire en Tunisie, un projet d'appui à la professionnalisation de l'enseignement supérieur et au développement de l'insertion professionnelle des diplômés a été mis en place au bénéfice du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique soutenu par un financement du ministère français de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire (pour 3 ans d'avril 2009 à mars 2012).

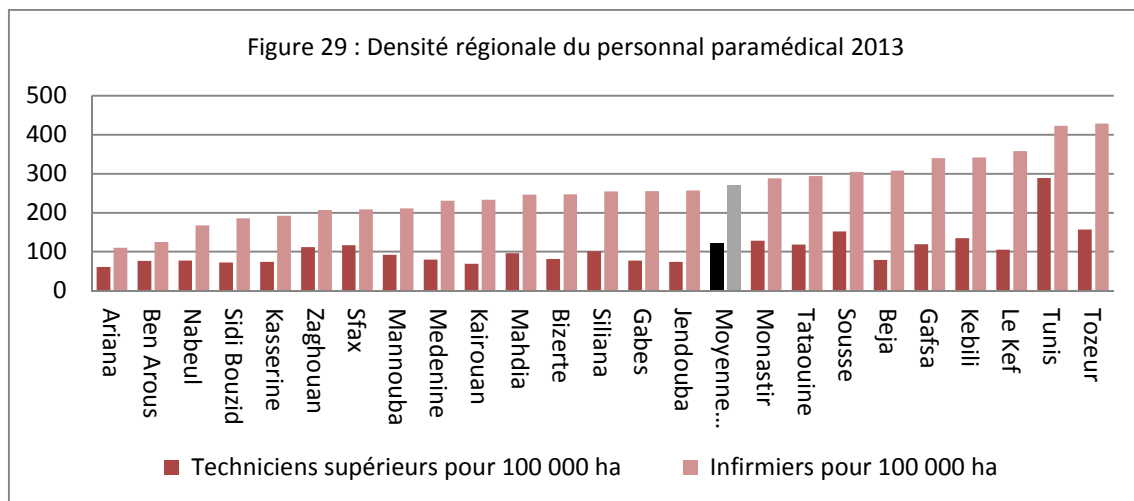
Le projet vise le développement d'un nouveau dispositif d'enseignement supérieur professionnel au niveau licence, notamment par la mise en place de licences appliquées co-construites (LACC), proches des licences professionnelles en France. La co-construction des licences est réalisée par un partenariat entre professionnels et universitaires par une meilleure prise en compte des besoins en compétences du secteur professionnel. Le Centre international d'études pédagogiques (CIEP) apporte une expertise et des outils méthodologiques, dans l'ingénierie de la

formation selon l'approche par compétences et sa mise en œuvre en partenariat avec les entreprises.

Les instituts supérieurs de santé n'ont pas bénéficié de ce dispositif. En effet, l'enseignement relève encore d'un modèle de pédagogie classique qui active les capacités de mémorisation des étudiantes pour l'écrasante majorité des cours. Les épreuves écrites de fin d'études comportent des questions qui font surtout appel à la mémoire de l'étudiante et la formation pratique ne dispose pas de normes codifiées (nombre d'étudiantes par enseignante sage-femme, absence de référents de stages, ...). (MDCI, FNUAP 2014)

3.5.3. Inégalité régionale de la densité du personnel paramédical

En 2013, la densité des paramédicaux en Tunisie est en moyenne 120,6 et 270,3 pour 100 000 habitants, respectivement pour les techniciens supérieurs et les infirmiers. Le cumul de l'effectif des deux catégories du personnel donne un niveau de densité proche des valeurs européennes (> 300 pour 100 000 habitants). Cependant, l'effectif des paramédicaux est mal réparti dans le pays. En effet, la densité est supérieure à la moyenne nationale dans plusieurs gouvernorats appartenant à des régions différentes. Certaines hébergent des hôpitaux à vocation universitaire (Tunis, Sousse, Monastir) et d'autres ne disposent pas de ce type de structure sanitaire (Tozeur, Kebili et Gafsa au Sud, Beja et Le Kef au Nord-Ouest).



Source : Ministère de la santé publique. Offre des services de soins dans le secteur public en chiffre.2013 version en arabe.

Pour faire face aux pénuries de médecins et garantir un accès aux soins satisfaisant, certains pays ont attribué des fonctions plus complexes au personnel infirmier. Les évaluations relatives aux infirmiers praticiens réalisées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni montrent que, s'agissant de certains patients, en particulier ceux qui rencontrent des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, ce personnel infirmier de pratique avancée peut

permettre d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente, tout en fournissant des soins de même qualité que les médecins. La plupart des évaluations révèlent que ce modèle s'avère très satisfaisant pour les patients et influe à la baisse sur les coûts ou a un effet neutre (Delamaire et Lafortune, 2010). La mise en place de pratiques infirmières avancées peut nécessiter des changements dans la législation et la réglementation afin de lever les barrières à leur développement. Dans la plupart des pays, un diplôme au-delà du premier cycle universitaire en sciences infirmières (par exemple, un diplôme de master) est recommandé ou requis pour une qualification d'infirmière en pratique avancée.

Partie 4. Les conditions de travail et les relations de travail dans le service public de santé ne favorisent pas l'amélioration de la qualité des prestations de soins.

4.1. Les concepts « travail décent » et « ressources de pouvoir syndical », outils d'analyse des relations de travail.

Le concept «travail décent» apparaît pour la première fois en 1999, dans le rapport présenté par le Directeur général à la 87^e session de la Conférence internationale du Travail (BIT, 1999). Dans le contexte de la mondialisation, l'absence de sécurité est un trait caractéristique des mutations économiques. Le travail décent est associé à sept formes de sécurité pour construire une mondialisation juste :

- Le travail décent est d'abord associé à un emploi productif résultant d'une politique macroéconomique ; *c'est la sécurité du marché du travail.*
- Il assure la protection contre les licenciements abusifs et la stabilisation dans l'emploi compatible avec une économie dynamique ; *c'est la sécurité de l'emploi.*
- Il assure la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles grâce à des réglementations sur la santé et la sécurité, sur la limitation du temps de travail et des heures supplémentaires, grâce aussi à la diminution du stress au travail ; *c'est la sécurité au travail.*
- Il offre la possibilité d'avoir une « carrière » ; *c'est la sécurité professionnelle.*
- Il multiplie les possibilités d'acquérir ou de maintenir ses qualifications grâce à des moyens innovants, à l'apprentissage ou la formation professionnelle ; *c'est la sécurité du maintien des qualifications.*
- Le travail décent est associé à la création de revenus adéquats ; *c'est la sécurité du revenu.*
- Il assure la protection de l'expression collective sur le marché du travail grâce à des syndicats et organisations patronales indépendants, ainsi qu'à d'autres organismes capables de représenter les intérêts des travailleurs ; *c'est la sécurité de représentation.* Le droit à la liberté syndicale est ainsi, un thème étroitement lié au dialogue social.

Les conditions de travail des professionnels de santé constituent une problématique majeure au vu de leurs conséquences sur la dispensation des services de santé publique. Le rôle de l'action syndicale est d'y promouvoir le travail décent.

Le pouvoir de négociation des syndicats de l'UGTT est relativement plus fort dans le secteur public que dans le secteur privé. Leurs ressources de pouvoir de négociation sont multiples et se renforcent mutuellement :

- i) le nombre d'adhérents dans le secteur de la santé publique est élevé⁵⁴ et leur cotisation est retenue à la source (sur leur demande) ;
- ii) les syndicats occupent la position d'un monopole syndical depuis très longtemps;
- iii) ils disposent d'une infrastructure et d'une organisation sectorielle en réseau qui couvrent les structures sanitaires dans tout le territoire national ;
- iv) la solidarité interne est très développée dans le secteur public du fait de l'existence d'une identité collective de contre-pouvoir qui se cristallise via des expériences quotidiennes communes de militantisme syndical ;
- v) le recours à la grève perturbe fortement le service public mais l'usage inefficace de ce droit constitutionnel⁵⁵ présente le risque de porter préjudice à l'image du syndicalisme dans la société⁵⁶.

Ce pouvoir de négociation a permis aux syndicats d'accumuler des acquis en matière de travail décent au cours des négociations collectives périodiques depuis le début des années 1990. Après la révolution, l'action syndicale s'est poursuivie contre les déficits du travail décent dans un contexte marqué par les changements de gouvernements et la forte crise économique et sociale qui perdure depuis 2011. Les résultats de notre enquête auprès des syndicats de base implantés dans les structures sanitaires publiques, nous donnent un état des lieux des acquis et des déficits de travail décent par référence aux normes internationales du travail.

4.2. Les acquis et les déficits du travail décent du personnel paramédical

4.2.1. Baisse du pouvoir d'achat selon la perception des syndicats

Le cadre de la comptabilité nationale présente une définition précise du pouvoir d'achat. Fondée sur le revenu réel disponible des ménages, elle s'entend comme la masse des ressources à la disposition des ménages (revenus d'activité, prestations sociales, revenus du patrimoine), une fois déduits les impôts et cotisations sociales et corrigées de la hausse des prix des produits consommés. **Ainsi mesuré, le pouvoir d'achat est un concept abstrait pour les travailleurs.** Ce qui détermine leur perception du pouvoir d'achat est le vécu au quotidien du pouvoir que donne le salaire pour satisfaire leurs besoins. En ce sens, chacun a du mal à se reconnaître

⁵⁴ En 2013, le nombre d'adhérents est environ de 42 000 dont 95% appartiennent au secteur public.

⁵⁵ Article 36 de la constitution promulguée le 27 janvier 2014.

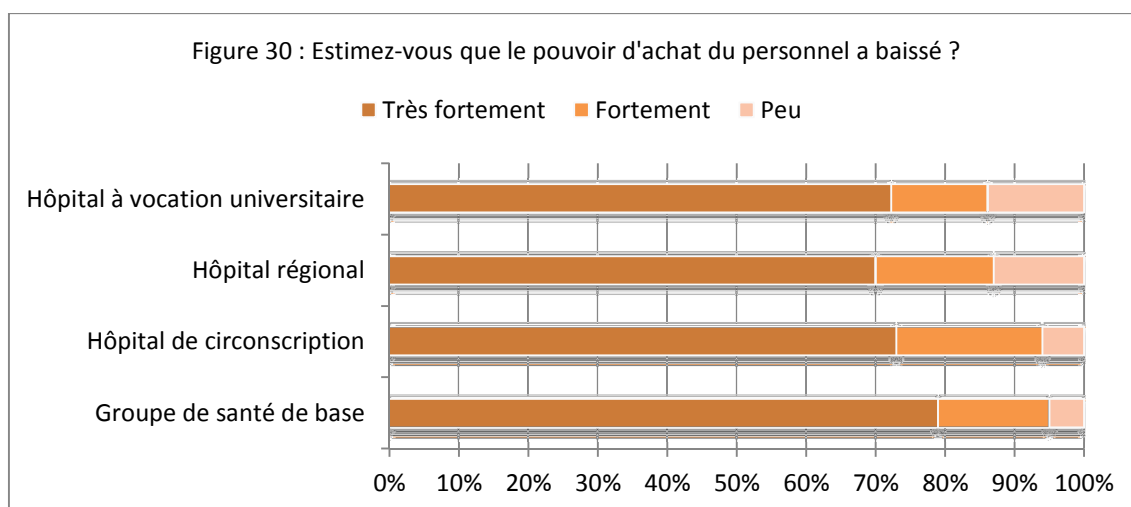
⁵⁶ Le même risque existe dans d'autres services publics, notamment dans les secteurs de l'éducation et du transport.

dans la mesure moyenne du pouvoir d'achat puisqu'il est indissociable des situations personnelles, des origines du revenu, de la diversité des situations familiales et des parcours professionnels.

La perception du pouvoir d'achat par les travailleurs détermine leur stratégie syndicale de revendication salariale. Convaincus qu'ils n'ont pas les moyens d'agir sur les prix⁵⁷, le souci majeur des syndicats est d'améliorer le salaire nominal par le biais de la négociation collective. Au cours du processus de négociation collective, leur stratégie s'appuie sur trois leviers pour obtenir une augmentation des salaires :

- augmentation du salaire de base ;
- augmentation des accessoires du salaire, essentiellement des primes et
- évolution de la carrière professionnelle en augmentant les chances d'avancement et de promotion professionnelle des travailleurs.

La baisse du pouvoir d'achat est ressentie par la majorité des syndicats de base (voir Figure ci-dessous).

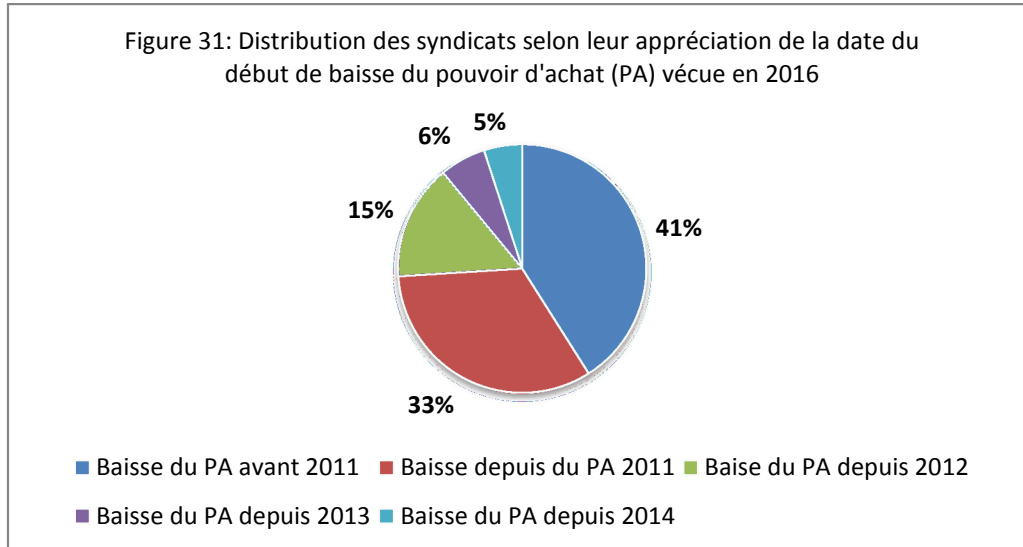


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Seulement deux tiers des syndicats précisent la date, depuis laquelle le pouvoir d'achat a baissé. La majorité évoque une date avant la révolution (2011) ou depuis

⁵⁷ Les syndicats considèrent que le gouvernement ne lutte pas suffisamment contre la spéculation sur les marchés dominés par la contrebande au cours de ces dernières années. En plus, toujours, il existe un décalage possible entre l'inflation mesurée par l'institut national de la statistique et l'inflation perçue. Ceci tient au fait que la hausse des prix n'affecte pas tous les ménages de la même façon. En effet, l'indice des prix à la consommation (IPC) reflète l'évolution du prix d'un panier de biens et services représentant la consommation de l'ensemble des ménages résidant sur le territoire national. Mais chaque catégorie de la population a sa propre structure de consommation, qui diffère plus ou moins de la structure générale

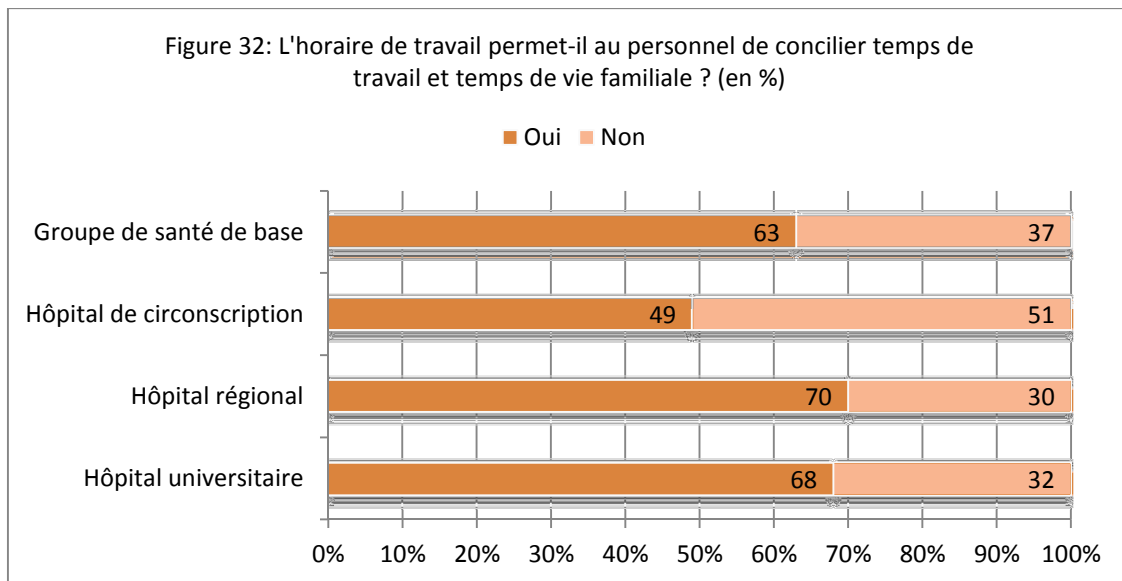
l'année de la révolution soit respectivement 41 et 33 % du total des réponses fournies. Il est bien connu que le circuit de distribution des biens et des services a été dominé par la contrebande et la corruption dans un contexte marqué par le développement du terrorisme dans le pays.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

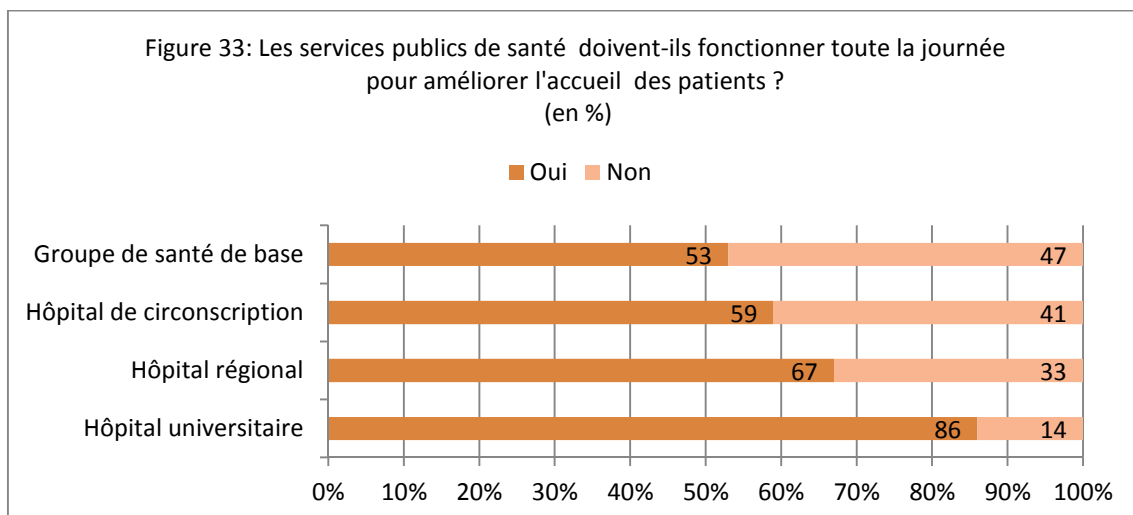
4.2.2. Il est possible de concilier temps de travail décent du personnel et horaire d'ouverture des structures sanitaires adapté aux besoins des patients

Le temps de travail doit être compatible avec la santé ; c'est-à-dire qu'il doit préserver la santé et la sécurité des travailleurs qui est déjà la préoccupation des premières normes internationales du travail. Il doit aussi être productif et respectueux de la vie familiale. La quantité d'heures de travail est un des facteurs clés pour déterminer si l'emploi d'un individu est compatible avec des responsabilités familiales ou, plus généralement, avec une vie en dehors du travail. Les facteurs déterminants qui réduisent la compatibilité vie privée - vie professionnelle d'un emploi donné sont incontestablement les longs horaires réguliers et les horaires «asociaux» comme le soir, la nuit et le week-end. Le personnel paramédical est appelé à avoir ce type d'horaire. Environ le tiers des syndicats considèrent que le temps de travail n'est pas respectueux de la vie familiale. Ce déficit du temps du travail décent est relativement plus fréquent dans les hôpitaux de circonscription.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

L'horaire de consultation externe limité seulement à la matinée contribue à l'engorgement des structures sanitaires publiques et par-là même à la mauvaise qualité des prestations offertes par les services publics. De nombreux citoyens revendiquent un horaire de travail pour toute la journée. Les syndicats de base des hôpitaux à vocation universitaire et des hôpitaux régionaux sont relativement les plus favorables à cette proposition. Probablement, dans le cadre d'un dialogue social serein, il est possible d'aboutir à une organisation du temps de travail qui concilie une meilleure qualité d'accueil des patients et temps de travail décent pour le personnel paramédical dans l'ensemble des structures sanitaires publiques.

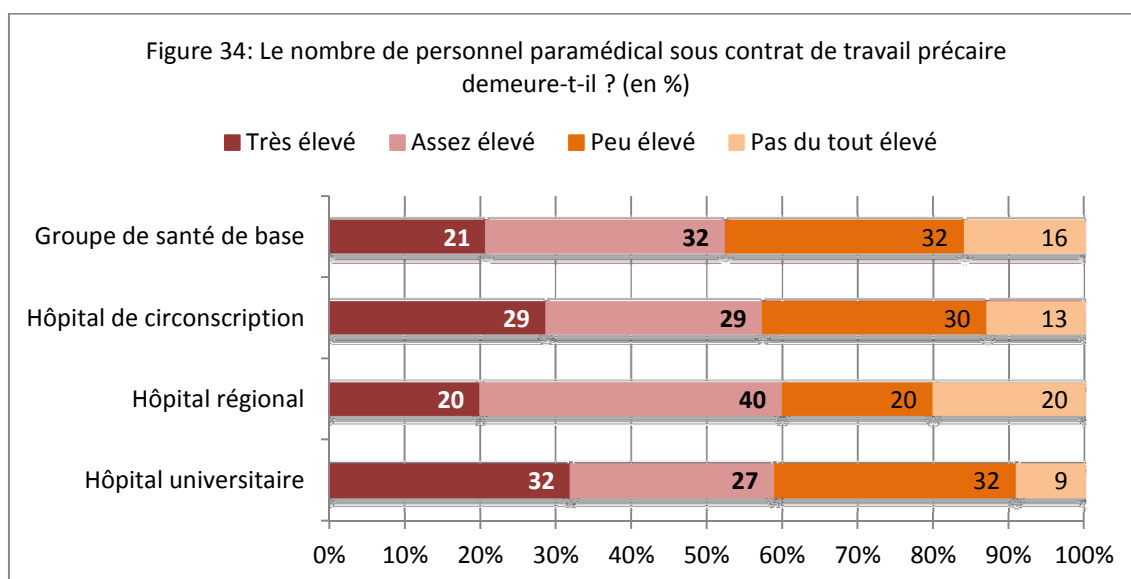


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

4.2.3. La lutte syndicale contre la précarité de l'emploi

L'une des tendances les plus importantes au cours des deux dernières décennies est indéniablement la montée de l'insécurité dans le monde du travail dans les secteurs privé et public. Les instruments forts nombreux de la gestion active du marché de travail ont été largement utilisés par la fonction publique pour affronter le chômage, notamment celui des diplômés de l'enseignement supérieur et contrôler ainsi l'évolution de la masse salariale, sous la contrainte du respect des équilibres macroéconomiques. Un nombre grandissant de travailleurs ont souffert de conditions de travail précaires qui les privent de la stabilité requise pour prendre des décisions à long terme et planifier leur vie, ainsi que s'engager dans une action collective en tant que syndicalistes et citoyens.

Immédiatement, après la révolution, les mouvements sociaux ont révélé l'ampleur du phénomène. L'inclusion des salariés dans l'emploi « stable et protégé » de la fonction publique devient la revendication principale des syndicats dans toutes les régions et tous les secteurs. Plus de la moitié des syndicats estime que cinq ans après la révolution, la précarité de l'emploi du personnel paramédical demeure encore élevée.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

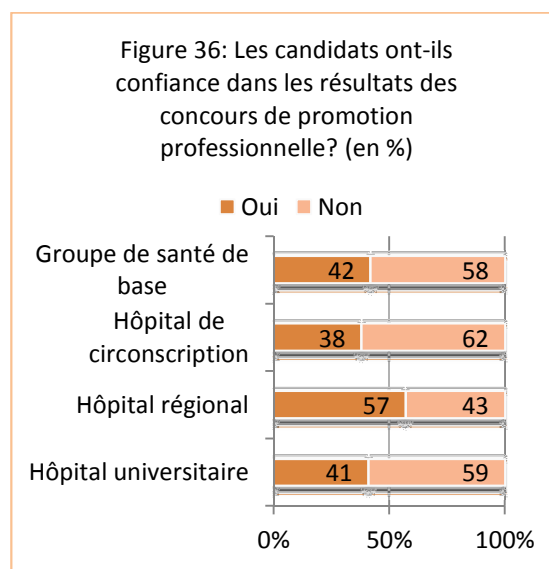
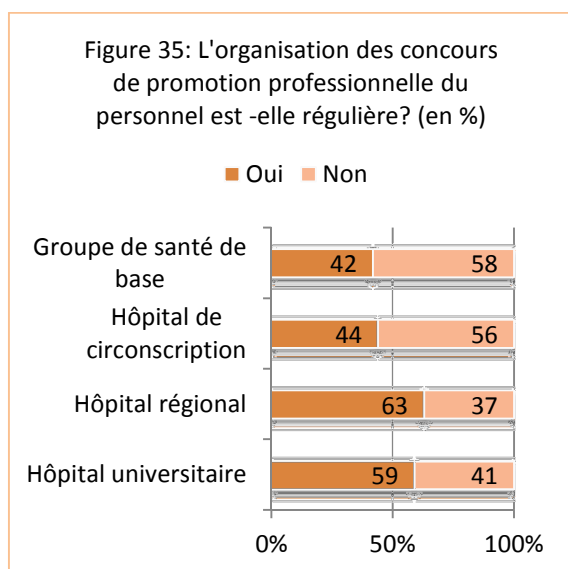
4.2.4. Les pratiques de corruption marquent l'organisation des concours d'accès à l'emploi public dans un contexte de forte compétition sociale autour de l'emploi

Le concours est la règle générale de recrutement du personnel permanent. Il donne lieu à l'établissement de listes classant par ordres de mérite les candidats déclarés aptes par un jury ; les recrutements sont faits selon cet ordre.

Avant la révolution, le fonctionnement réel du concours a été jugé opaque et son équité a été contestée par l'opinion publique en raison des pratiques de corruption. Dans un contexte révolutionnaire marqué par le niveau élevé du chômage des diplômés de l'enseignement supérieur, la gestion des concours par les employeurs publics est devenue très difficile dans la mesure où la contestation de leurs résultats par ceux qui n'ont pas réussi est quasi systématique et souvent violente⁵⁸ et visible dans les mass-médias qui ont retrouvé leur liberté d'expression⁵⁹. Les gouvernements successifs tardent à introduire les réformes structurelles pour inciter le secteur privé à devenir attractif en créant plus d'emplois décents⁶⁰. De ce fait la compétition sociale autour de l'emploi public relativement rare devient une source de désespoir, de violence et de perte de confiance dans l'équité du concours de recrutement, notamment pour ceux qui ont perdu leur jeunesse dans le chômage de très longue durée.

4.2.5. Opportunité insuffisante de promotion professionnelle et manque de confiance des syndicats dans les résultats des concours organisés à cet effet.

La promotion professionnelle obéit aussi à la règle du concours mais l'opportunité de passer un concours de promotion professionnelle ne se présente pas d'une manière régulière, notamment pour le personnel de la première ligne de santé publique (Voir Figure 35). Ceci est un facteur démotivant au travail. Par ailleurs, une part importante des syndicats expriment leur manque de confiance dans les résultats des concours. (Voir Figure 36)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

⁵⁸ Cette violence est particulièrement subie par les agents qui accueillent les insatisfaits.

⁵⁹ Les manifestations sont particulièrement présentées par les journaux télévisés et les réseaux sociaux de Facebook.

⁶⁰ L'organisation patronale a présenté sa vision pour atteindre cet objectif. Cf. UTICA. Vision Tunisie 2020. *Des entreprises compétitives pour plus de croissance et plus d'emploi*. Tunis. Décembre 2012.

4.2.6. La marginalisation de la formation continue du personnel traduit le peu de souci accordé à la qualité des prestations de soins

En offrant à l'ensemble de leur population active une éducation de base, des compétences professionnelles essentielles et des possibilités d'apprendre tout au long de la vie, plusieurs pays ont aidé à garantir que les travailleurs préservent et améliorent leur employabilité, ce qui conduit à ce que cette population soit plus qualifiée et plus productive. Selon la convention internationale (n° 142) sur la mise en valeur des ressources humaines, 1975, les États qui l'ont ratifié doivent élaborer des politiques et des programmes d'orientation et de formation professionnelle en établissant, en particulier grâce aux services publics de l'emploi, une relation étroite entre, d'une part, l'orientation et la formation professionnelle et, d'autre part, l'emploi. À cette fin, ils doivent également créer des systèmes complémentaires d'enseignement général, technique et professionnel, d'orientation scolaire et professionnelle et de formation professionnelle. Ces systèmes devront être progressivement étendus aux adolescents et aux adultes et comporter des programmes appropriés pour les personnes handicapées⁶¹.

La Tunisie a ratifié la convention n°142 le 23 février 1989 mais elle n'a pas ratifié la convention (n° 140) sur le congé-éducation payé, 1974. Aux termes de cette convention, les États qui l'ont ratifiée doivent formuler et appliquer une politique visant à promouvoir, par des méthodes adaptées aux conditions et pratiques nationales et, au besoin par étapes, l'octroi d'un congé-éducation payé à des fins de formation à tous les niveaux; d'éducation générale, sociale ou civique; et d'éducation syndicale.

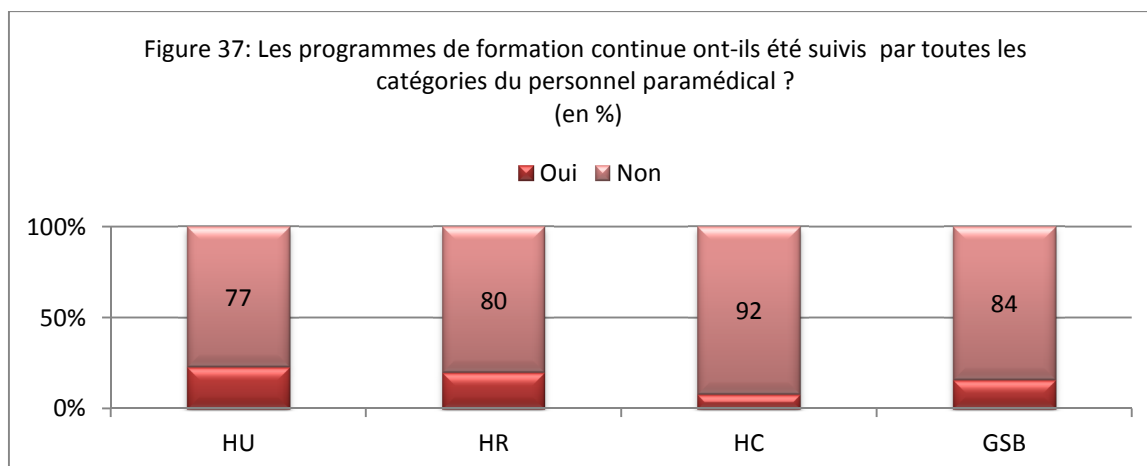
L'amélioration de la qualité des prestations de soins des services publics n'est pas un objectif central de la politique de formation continue du personnel puisque la démarche qualité n'est pas appliquée. De ce fait, la formation continue n'est pas accessible à toutes les catégories du personnel (Voir figure 37)

Aussi, la formation continue est organisée dans un cadre juridique commun à toutes les administrations de la fonction publique pour contribuer à la promotion professionnelle du personnel⁶². La formation pilotée par l'Office National de la Famille et de la population et la Direction des Soins de Santé de Base n'est pas certificative. Elle n'atteste pas les compétences acquises puisque les participants aux cycles de formation reçoivent seulement des attestations de présence, jugées suffisantes pour les dossiers de candidature à un concours de passage de grade.

⁶¹ En raison de l'importance de cette question, la Conférence internationale du Travail a adopté en 2004 la Recommandation (n° 195) concernant la mise en valeur des ressources humaines: éducation et formation tout au long de la vie.

⁶² Cf. décret n°93-1220 du 7 juin 1993, portant organisation de la formation continue des fonctionnaires et des ouvriers de l'Etat, des collectivités publiques locales et des établissements publics à caractère administratif, tel que modifié par le décret n°95-299 du 20 février 1995.

(MDCI, FNUAP 2014). La limite d'accès au cycle de formation continue est alors le moyen de réguler le nombre de candidats au concours.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

4.2.7. Le risque d'infection dans les structures sanitaires publiques est élevé

Les travailleurs de santé qui traitent des patients porteurs de maladies potentiellement mortelles ne devraient pas avoir à mettre indûment leur vie en danger dans l'exercice de leur mission. Les établissements de santé dotés de systèmes de gestion de Sécurité et Santé au Travail (SST) efficaces, de travailleurs convenablement formés et qui disposent de l'équipement et du matériel médical nécessaire sont essentiels pour minimiser les risques. Un personnel de santé protégé et soutenu est indispensable pour dispenser des soins efficaces, en particulier dans les situations d'urgence.

La loi qui régit le système de sécurité sociale protège le personnel mais ses dispositions de prévention des risques d'accident de travail et des maladies professionnelles ne sont pas appliquées dans les structures sanitaires publiques qui devraient donner l'exemple dans ce domaine. La majorité des syndicats affirme que le personnel n'est pas protégé contre les accidents de travail et contre les infections en milieu de travail. Il est exposé au risque de payer le terrible tribut des accidents de travail et des épidémies de maladies mortelles transmissibles.

Tableau 7 : Le personnel est-il protégé contre les infections en milieu de travail ?

	GSB	HC	HR	HU	Total
Oui	11	6	27	5	11
Non	89	94	73	95	89
Total	100	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

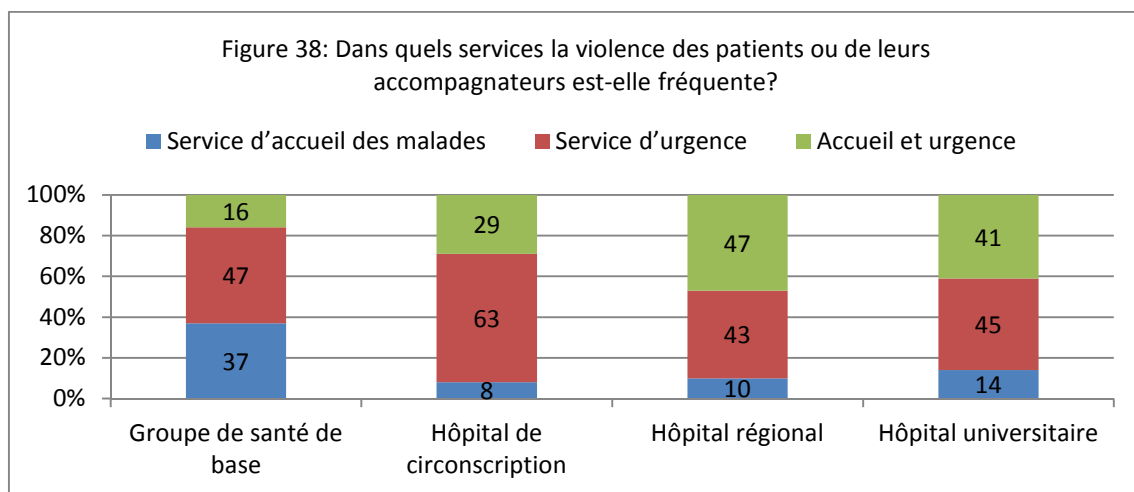
Tableau 8 : Le personnel est-il protégé contre les accidents de travail ?

	GSB	HC	HR	HU	Total
Oui	21	10	30	9	16
Non	79	90	70	91	84
Total	100	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

4.2.8. Le personnel subit souvent la violence des patients ou de leurs accompagnateurs insatisfaits

Selon le témoignage des syndicats, le personnel est confronté à la violence des patients ou de leurs accompagnateurs aussi bien dans les urgences que dans les services d'accueil des structures sanitaires publiques. Comme dans plusieurs pays l'attente aux urgences est le principal vecteur de la violence. La difficulté vient d'une différence de perception, par les patients et leurs familles, entre l'urgence ressentie et l'urgence réelle, parmi lesquelles nous devons distinguer l'urgence relative et l'urgence absolue, celle qui engage le diagnostic vital. Beaucoup ne comprennent pas cette différence⁶³. Il convient de préciser que de nombreuses personnes se présentent aux urgences, alors qu'il s'agit uniquement d'une urgence très relative, voire inexistante. Ils s'insurgent lorsque les soignants prennent en charge des personnes arrivées dans le service après eux. Cela crée une situation de tension qui peut dégénérer, soit de la part du patient lui-même, soit du manque d'information, soit des accompagnants surtout lorsqu'il s'agit de communautés qui arrivent en nombre et veulent entrer dans l'espace clinique. Cela déclenche des conflits avec les équipes obligées de les refouler. Aussi, la non-disponibilité des médecins prolonge l'attente des patients et amplifie le risque de provoquer chez eux un comportement violent.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

⁶³ Entretiens avec des médecins

Les violences sont nombreuses, quotidiennes et diversifiées. Trois formes de violences sont classées selon leur gravité :

- i) injures, insultes, provocation sans menaces ;
- ii) menaces d'atteinte à l'intégrité physique, de mort ou port d'armes ;
- iii) violence effective à l'intégrité physique du personnel ou à leurs biens

La première forme de violence est relativement la plus fréquente puisqu'elle est observée par 90 % des syndicats. La violence effective à l'intégrité physique du personnel ou à leurs biens est assez préoccupante dans la mesure où la moitié des syndicats signale que c'est un fait très fréquent ou fréquent dans les hôpitaux régionaux et les hôpitaux à vocation universitaire (voir tableau ci-dessous).

Tableau 9 : Fréquence des différentes formes de violence selon le témoignage des syndicats (en %)

	Injures, insultes, provocation sans menaces	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique, de mort ou port d'armes	Violence effective à l'intégrité physique du personnel ou à leurs biens
Très fréquente	48	15	13
Fréquente	43	31	37
Rare	10	45	43
Inexistante	0	10	7
Total	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Tableau 10 : Fréquence de la violence effective d'atteinte à l'intégrité physique du personnel ou à leurs biens par structures sanitaires publiques selon le témoignage des syndicats (en %)2016

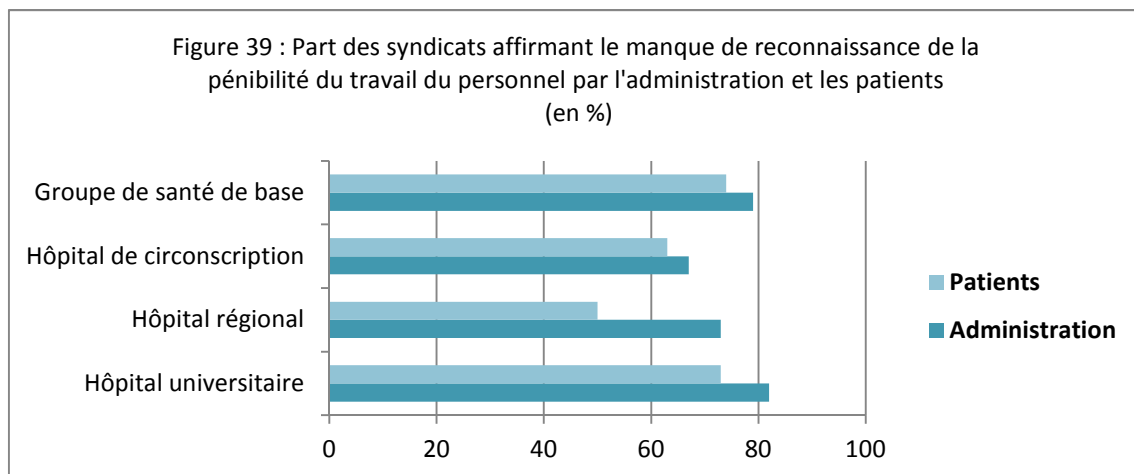
	Groupe de santé de base	Hôpital de circonscription	Hôpital régional	Hôpital à vocation universitaire	Total
Très fréquente	5	11	17	18	13
Fréquente	37	37	40	32	37
Rare	53	43	40	41	43
Inexistante	5	10	3	9	7
Total	100	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

4.2.9. La pénibilité de travail du personnel paramédical n'est pas reconnue par l'administration et les patients

Les soins infirmiers sont exigeants pour le personnel en service. Ce travail suppose des responsabilités sérieuses et de multiples situations d'urgence ou lourdement chargées émotionnellement. Une organisation du travail souvent chaotique, crée de surcroît un alourdissement des tâches, un allongement du temps de service, voire des heures supplémentaires obligatoires et trop souvent, des modifications imprévues d'affectation afin de pallier l'absentéisme de collègues épuisées, malades ou tout simplement démotivées.

Le personnel se plaint aussi bien de l'administration que des patients du manque de reconnaissance de la pénibilité de leur travail. L'administration est la moins reconnaissante dans toutes les structures sanitaires publiques. Violence des patients et manque de reconnaissance du travail du personnel soignant sont des faits objectivement produits par le modèle d'organisation et de gestion du système de santé dont la logique ne met pas le patient au centre de l'acte de soin et ne mobilise pas le personnel autour de cet objectif.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Les infirmiers sont exposés au risque de l'épuisement professionnel (le burnout) qui est un syndrome lié à une implication intense avec les autres. Il se manifeste par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation des patients et un sentiment d'accomplissement réduit. Une étude sur le cas de 142 infirmiers répartis sur 12 services au sein des Centres hospitalo-universitaires Hédi Chaker et Habib Bourguiba à Sfax révèle que plus des deux tiers de cette population étaient touchés par le burnout dont 45,8% avaient un niveau d'épuisement émotionnel élevé, 36,6% avaient un niveau élevé de dépersonnalisation et 22,5%

avaient un niveau d'accomplissement professionnel bas⁶⁴. La charge de travail excessive est la cause majeure de l'épuisement professionnel pour environ trois quarts (72,5%) des soignants. L'étude révèle aussi que « *le sentiment de dévalorisation était associé à des niveaux élevés pour les dimensions épuisement émotionnel (p=0.05) et dépersonnalisation d'une part (p=0.002), et à un accomplissement personnel plus bas d'autre part (p=0.04).* ». Le manque de reconnaissance de la pénibilité de travail du personnel paramédical crée ce sentiment de dévalorisation.

4.3. Le modèle de dialogue social ne mobilise pas le personnel autour des défis à relever par le service public de santé.

4.3.1. Les acquis juridiques en matière de relations de travail : Ratification des conventions internationales

La Tunisie s'est engagée dans un processus de ratification des conventions internationales relatives à la liberté et au droit syndical depuis l'indépendance. Aux termes de la convention fondamentale n°87, ratifiée le 18 juin 1957, les travailleurs et les employeurs ont le droit, sans autorisation préalable, de constituer des organisations de leur choix et de s'y affilier. En vertu de la convention fondamentale n°98, ratifiée le 15 mai 1957, les travailleurs doivent bénéficier d'une protection adéquate contre tous actes de discrimination tendant à porter atteinte à la liberté syndicale, notamment ceux ayant pour but de subordonner l'emploi d'un travailleur à la condition qu'il ne s'affilie pas à un syndicat ou cesse de faire partie d'un syndicat, ou de congédier un travailleur en raison de son affiliation syndicale ou de sa participation à des activités syndicales. Les organisations de travailleurs et d'employeurs doivent bénéficier d'une protection adéquate contre tous actes d'ingérence des uns à l'égard des autres, notamment les mesures tendant à provoquer la création d'organisations de travailleurs dominées par un employeur ou une organisation d'employeurs, ou à soutenir des organisations de travailleurs par des moyens financiers ou autres dans le dessein de placer ces organisations sous le contrôle d'employeurs ou d'une organisation d'employeurs. La convention consacre également le droit de négociation collective.

Aux termes de la convention n°135, ratifiée le 25 mai 2007, les représentants des travailleurs dans l'entreprise doivent bénéficier d'une protection efficace contre toutes mesures qui pourraient leur porter préjudice, y compris le licenciement, et qui seraient motivées par leur qualité ou leurs activités de représentants des

⁶⁴ Jihen Aloulou, Rahma Damak, Fatma Masmoudi, Oussama Sidhom, Othman Amami. L'épuisement professionnel du soignant : Etude tunisienne à propos de 142 infirmiers. La Tunisie Médicale - 2013 ; Vol 91 (n°01) : 44 - 49

travailleurs, leur affiliation syndicale, ou leur participation à des activités syndicales, pour autant qu'ils agissent conformément aux lois, conventions collectives ou autres arrangements conventionnels en vigueur. Des facilités doivent être accordées, dans l'entreprise, aux représentants des travailleurs, de manière à leur permettre de remplir rapidement et efficacement leurs fonctions.

La loi codifie les droits et les devoirs du personnel de la fonction publique et des établissements publics et reconnaît le droit syndical⁶⁵. Ce droit est aujourd'hui reconnu au niveau de la nouvelle constitution tunisienne dans ses articles 35 et 36 :

Article 35 : La liberté de constituer des partis politiques, des syndicats et des associations est garantie. Les partis politiques, les syndicats et les associations s'engagent dans leurs statuts et leurs activités au respect des dispositions de la Constitution, de la loi, de la transparence financière et au rejet de la violence.

Article 36 : Le droit syndical est garanti, y compris le droit de grève. Ce droit ne s'applique pas à l'Armée nationale. Le droit de grève ne s'applique pas aux forces de sécurité intérieure et aux douanes.

Le 11 février 2014, la Tunisie a ratifié la convention n°151 sur les relations de travail dans la fonction publique. Cette convention assure aux agents publics, tels qu'ils y sont définis, une protection adéquate en ce qui concerne leur emploi contre tous actes de discrimination tendant à porter atteinte à la liberté syndicale. Les organisations d'agents publics doivent bénéficier d'une complète indépendance à l'égard des autorités publiques et d'une protection adéquate contre tous actes d'ingérence des autorités publiques dans leur création, leur fonctionnement et leur administration.

4.3.2. Inégalité des facilités d'exercice du droit syndical dans les structures sanitaires publiques par référence à la norme internationale

Pour que la contribution des syndicats ait le degré voulu d'utilité et de crédibilité, il est nécessaire que leur activité se déroule dans un climat de liberté et de sécurité. Les droits syndicaux comprennent le droit des représentants des travailleurs d'obtenir des facilités pour exercer leur mission syndicale. La recommandation n°159 de l'OIT sur les relations de travail dans la fonction publique stipule dans son article 4 : « *pour déterminer la nature et l'étendue des facilités qui devraient être accordées aux représentants des organisations d'agents publics conformément au paragraphe 3 de l'article 6 de la convention sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978, il conviendrait de tenir compte de la recommandation*

⁶⁵ Article 4 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général des personnels de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif. (JORT n° 82 du 16 décembre 1983)

concernant les représentants des travailleurs, 1971.». A cet égard, la recommandation no 143 concernant les représentants des travailleurs précise les facilités qui doivent leur être accordées. Notre enquête auprès des syndicats des structures sanitaires publiques a recueillie l'information sur ce sujet pour évaluer le niveau d'effectivité du droit syndical par référence aux critères suivants de la norme internationale :

a) *Le recouvrement des cotisations syndicales est assuré*

Le recouvrement des cotisations syndicales est assuré par la retenue sur les salaires des adhérents à l'UGTT et leur transfert à la centrale syndicale.

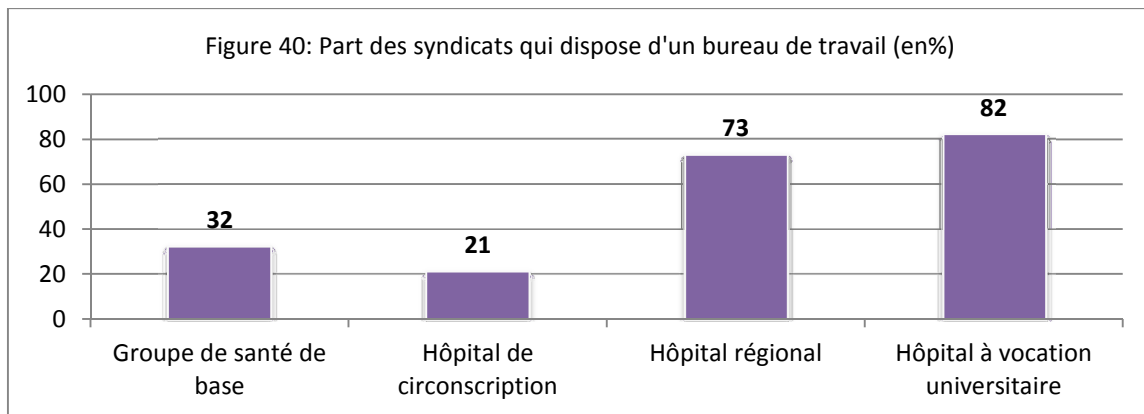
b) *Inégalité des conditions matérielles et de l'accès aux lieux de travail des syndicats de base.*

Pour que le droit syndical ait vraiment un sens, les organisations de travailleurs doivent être en mesure de promouvoir et de défendre les intérêts de leurs membres en bénéficiant des facilités nécessaires au libre exercice des activités liées à la représentation des travailleurs. La direction devrait mettre à leur disposition les facilités d'ordre matériel, comme l'occupation d'un bureau de travail. Sur ce plan, la majorité des représentants des travailleurs des groupes de santé de base et des hôpitaux de circonscription ne disposent pas d'un bureau de travail. La situation est relativement meilleure dans les hôpitaux régionaux et les hôpitaux à vocation universitaire où, respectivement, 71 % et 82 % des syndicats ont un bureau de travail. Probablement l'exiguïté des locaux des centres de santé de base explique la faible proportion de syndicats disposant d'un bureau de travail. Aussi, le syndicat peut ne pas disposer d'un bureau lorsque le personnel n'est représenté que par un « premier délégué syndical », situation fréquente dans les centres de santé de base⁶⁶.

⁶⁶ Le statut de l'UGTT stipule que la création d'un syndicat de base exige au minimum 50 adhérents. En dessous de ce seuil, on peut créer une délégation syndicale dont le nombre de délégués dépend de celui des adhérents comme suit :

- 10 adhérents : 1 délégué
- 11-20 adhérents : 2 délégués
- 21-49 adhérents : 3 délégués

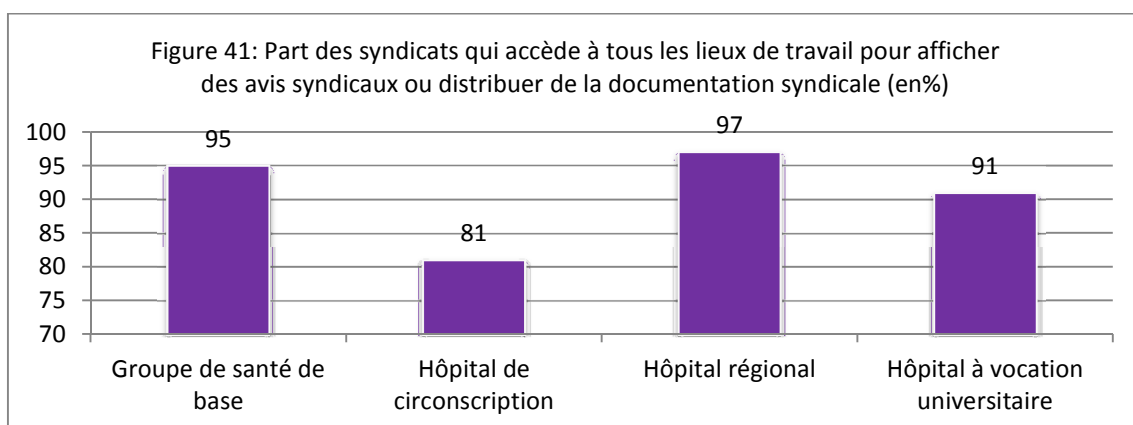
Un premier délégué est élu parmi ces délégués de chaque tranche d'adhérents. La délégation syndicale a les mêmes missions qu'un syndicat de base (Voir statut UGTT p60 et p63)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Selon la recommandation n° 143 de l'OIT, les représentants des travailleurs devraient être autorisés à afficher des avis syndicaux dans l'une des structures sanitaires publiques à un ou à plusieurs emplacements qui seront déterminés en accord avec l'administration et auxquels les travailleurs auront facilement accès. La direction devrait aussi les autoriser à distribuer aux travailleurs des bulletins d'information, des brochures, des publications et d'autres documents du syndicat. Cependant les avis et documents syndicaux devraient porter sur les activités syndicales normales; leur affichage et leur distribution ne devraient pas porter préjudice au fonctionnement régulier ni à la propreté de l'établissement sanitaire.

De ce point de vue, la majorité des syndicats du secteur de la santé publique a obtenu les facilités nécessaires pour exercer sa mission syndicale (voir figure ci-dessous)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

c) Une part importante des représentants des travailleurs ne bénéficie pas du temps libre pour exercer efficacement sa mission syndicale

Les représentants des travailleurs dans la structure sanitaire devraient bénéficier, sans perte de salaire ni de prestations et avantages sociaux, du temps libre nécessaire pour pouvoir remplir leurs fonctions de représentation dans cette structure. Des limites raisonnables pourront être fixées pour la durée du temps libre accordé aux représentants des travailleurs. Aussi, ils devraient bénéficier du temps libre nécessaire pour assister à des réunions, cours de formation, séminaires, conférences et congrès syndicaux. Une part importante des représentants des travailleurs ne bénéficient pas de ces dispositions de la recommandation n°143 de l'organisation internationale du travail (Voir Tableau n°11).

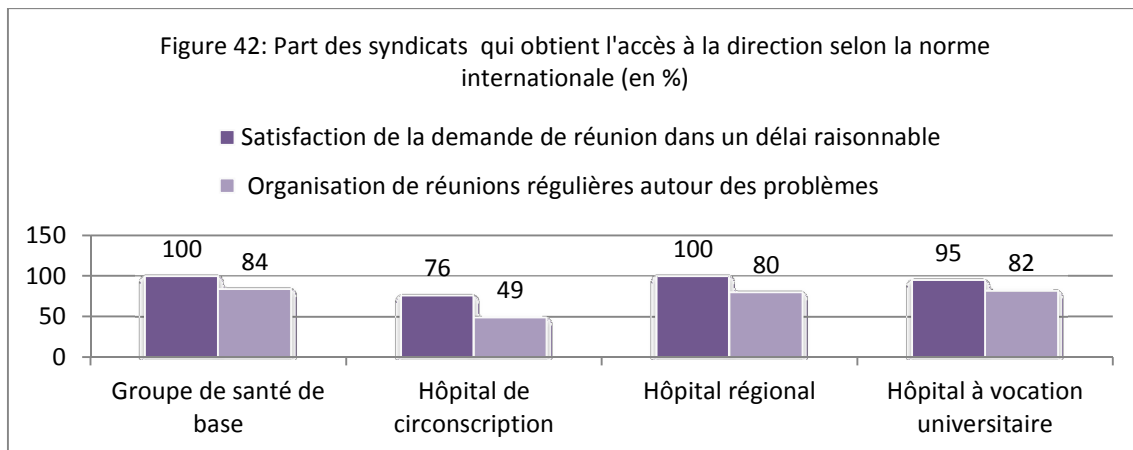
Tableau n°11 : Part des responsables de syndicat de base qui ont du temps libre pour remplir leur mission syndicale avec l'accord de l'employeur (en%)

	Groupe de santé de base	Hôpital de Circonscription	Hôpital Régional	Hôpital Universitaire
Oui	53	37	53	41
Non	47	63	47	59
Total	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

d) Accès fréquent des syndicats à la direction et organisation de réunions régulières

Les représentants des travailleurs devraient avoir accès sans retard injustifié à la direction de l'administration et auprès des représentants de la direction autorisés à prendre des décisions lorsque cela est nécessaire pour le bon exercice de leurs fonctions. Nous constatons que la majorité des syndicats peut obtenir à sa demande une réunion dans un délai raisonnable et se réunit régulièrement avec le chef d'administration pour résoudre les problèmes qui se posent dans les structures sanitaires publiques. Toutefois, les syndicats dans les hôpitaux de circonscription bénéficient moins fréquemment de ces facilités.

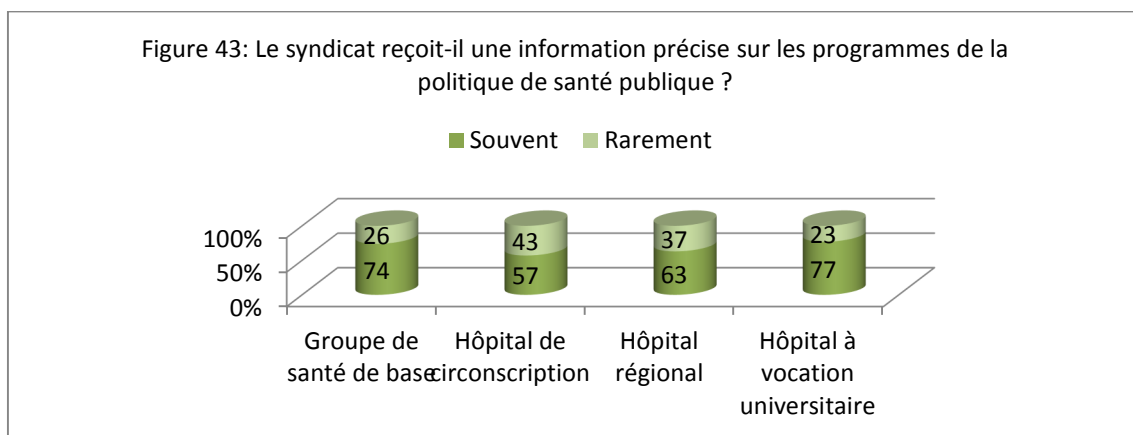


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

4.3.3. Inefficacité du dialogue social dans les structures sanitaires publiques.

a) *Les syndicats sont informés sur les programmes de la politique de santé publique.*

Sans base d'information commune, il est difficile de mener un dialogue social constructif. La recommandation no 163 souligne l'importance de l'accès à l'information. Des mesures adaptées aux circonstances nationales peuvent être prises pour que les parties aient accès aux informations nécessaires pour pouvoir négocier en connaissance de cause. Ces informations pourraient porter notamment sur la situation économique et sociale de l'unité de négociation et de l'entreprise dans son ensemble. Les pouvoirs publics devraient fournir les informations nécessaires sur la situation économique et sociale globale du pays et de la branche d'activité intéressée, dans la mesure où la divulgation de ces informations n'est pas préjudiciable à l'intérêt national. De ce point de vue de la reconnaissance du droit syndical, la majorité des syndicats de base est relativement bien informée sur les programmes de la politique de santé publique ; c'est particulièrement le cas dans les centres de santé de base et les hôpitaux à vocation universitaire.



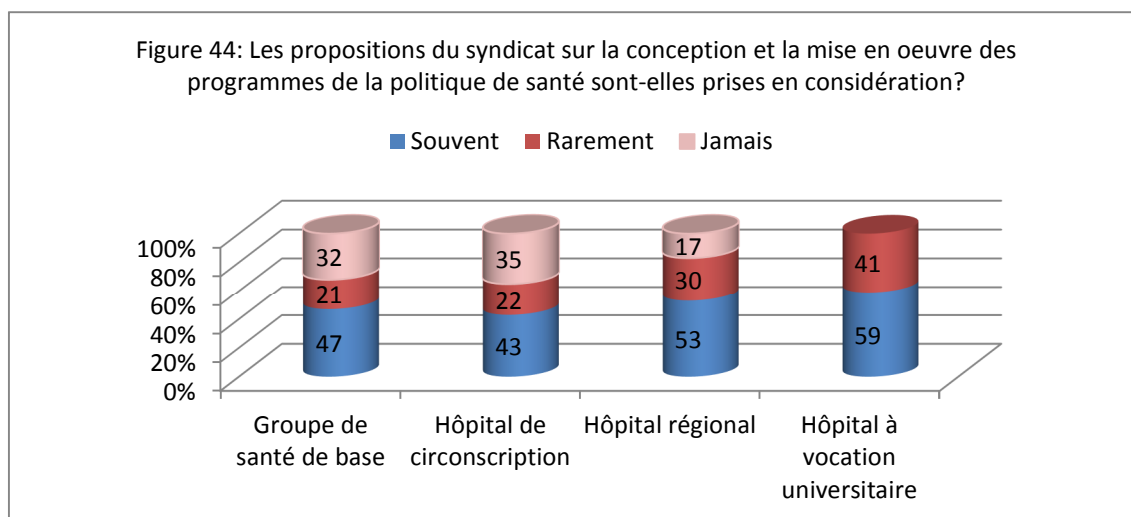
Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

b) Ils sont aussi écoutés mais leur avis est rarement ou jamais pris en considération.

Les travaux préalables à l'adoption de la convention n° 154 ont fortement insisté sur l'importance de la bonne foi. La négociation collective ne peut fonctionner efficacement que si les deux parties la mènent de bonne foi. C'est l'engagement des parties à négocier de bonne foi qui assure le développement du dialogue social. Négocier de bonne foi implique que les deux parties fassent des efforts réels et durables pour parvenir à un accord, que les négociations soient constructives, que l'on évite les délais injustifiés et que les termes de l'accord soient respectés et observés. Dans certains pays, le droit du travail précise en détail ce que doivent faire les employeurs, les organisations d'employeurs et les syndicats, et va jusqu'à considérer que le non-respect de ces dispositions est une forme de pratique déloyale de travail.

La consultation impose, préalablement à toute décision, que soit pris en considération l'avis des personnes concernées par une question. La réussite de la négociation implique que les parties concernées deviennent partenaires dans un processus de prise de décision portant sur des questions d'intérêt commun.

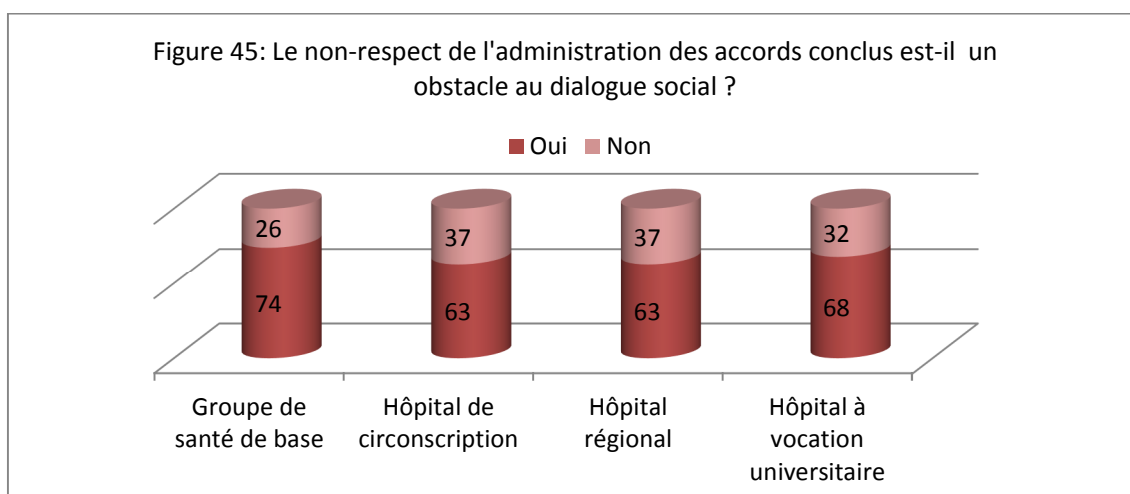
Une part importante des syndicats de base affirme que son point de vue sur la conception et la mise en œuvre des programmes du ministère de la Santé est rarement ou jamais pris en considération. L'inefficacité du dialogue social est particulièrement observée dans la première ligne de santé publique (groupe de santé de base et hôpital de circonscription).



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

c) Les accords conclus ne sont pas toujours respectés par l'administration

La négociation collective devrait autant que possible relever de la compétence des parties concernées. Comme soulignée dans la recommandation n°163, la promotion de la négociation collective par le gouvernement et les différentes parties, exige de veiller à ce que les représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs soient reconnus aux fins de la négociation collective. Sur ce plan, le non-respect des accords conclus est un obstacle majeur au développement du dialogue social. En effet, la majorité des syndicats souligne ce problème qui la pousse à exercer son droit de grève. Grâce à cette action, une partie des revendications syndicales a été satisfaite en 2015⁶⁷.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Les grèves se poursuivent en 2016 car l'accord conclu le 05 novembre 2015 n'a pas été respecté par les autorités publiques⁶⁸. Cet accord prévoit notamment, la création d'une fonction publique hospitalière⁶⁹, la régularisation du personnel qui assure des fonctions administratives ou techniques sans bénéficier des droits prévus pour ces catégories, la reclassification des titulaires de licence appliquée parmi les infirmiers et les techniciens supérieurs, la classification professionnelle de tous les agents selon le niveau et la spécialité de leur diplôme. Autrement dit, l'Etat tarde à mettre en œuvre la réforme structurelle de la fonction publique ce

⁶⁷ Publication en 2015, des décrets portant modification des statuts particuliers des techniciens supérieurs et des infirmiers, ceux fixant la concordance entre l'échelonnement des grades et les niveaux de rémunération et les décrets portant augmentation de l'indemnité de risque de contagion et de la rémunération des emplois fonctionnels.

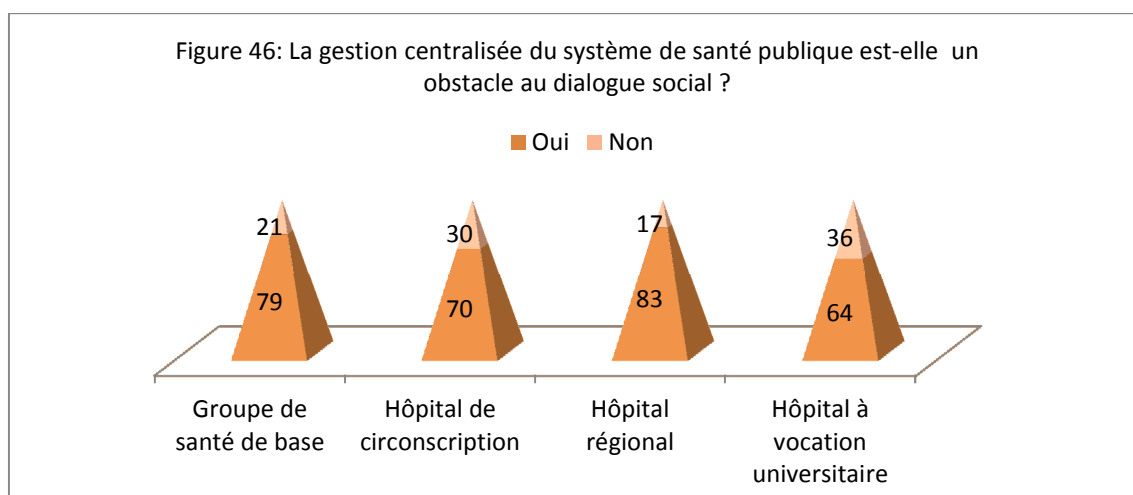
⁶⁸ Cet accord est conclu entre le ministère de la santé et le ministre des affaires sociales, d'une part, et la Fédération Générale de Santé (FGS) et l'Union Générale Tunisienne du Travail (UGTT), d'autre part,

⁶⁹ Ce problème se pose depuis l'année 2012 marquée par plusieurs grèves du personnel de la santé publique. Selon les syndicats, la fonction publique hospitalière doit regrouper la branche des cadres médicaux et paramédicaux, celle des enseignants et médecins-assistants et la branche administrative de la santé publique.

qui aggrave les conflits collectifs de travail et porte préjudice à la qualité des prestations de soins du service public⁷⁰.

4.3.4. La gestion centralisée et autoritaire du système de santé ne favorisent pas la promotion du dialogue social

En sa qualité d'approche participative, le dialogue social constitue un apport fondamental à la gouvernance démocratique, à la transparence et à la justice sociale. Les défaillances de la politique de santé au niveau de la première ligne sont en grande partie liées à l'inefficacité du dialogue social. Dans le secteur public, les administrations régionales et l'administration centrale ont le statut de partenaire à la négociation sans avoir le pouvoir de décider. De ce fait, les accords conclus à leur niveau ne sont pas respectés. Cette situation a été à l'origine de la forte détérioration des relations de travail entre les syndicats de base et le ministère de la Santé depuis 2012.

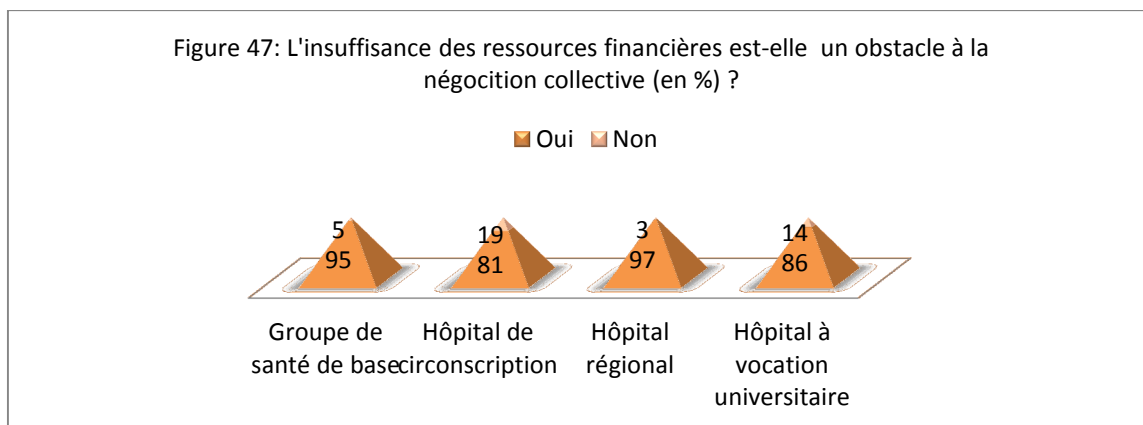


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

L'insuffisance des ressources financières du système de santé est considérée par les syndicats comme un obstacle supplémentaire au dialogue social. Cette crise financière est attribuée aux orientations de la politique publique de santé qui a encouragé le développement du secteur privé au détriment du secteur public au cours des deux dernières décennies. Ils ne constatent pas une volonté politique d'engager des réformes qui assurent l'accès équitable des citoyens au droit de santé⁷¹.

⁷⁰ Dans plusieurs domaines, le gouvernement hésite à introduire les réformes structurelles dans un contexte marqué par l'absence de cohésion politique de la coalition des quatre partis au pouvoir (Nidaa, Ennahdha, Afek et UPL).

⁷¹ Entretiens avec les syndicats confirmés par leur intervention dans les mass médias au cours des grèves.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

4.3.5. Faible impact de l'action syndicale sur l'amélioration de la qualité des prestations de soins et risque d'inefficacité de la grève

La gestion participative des ressources humaines est une notion subversive du point de vue de la logique de gestion autoritaire et bureaucratique du service public. Au cours des dernières décennies, ce type de « gouvernance participative » ne vise pas en fait la participation à la décision. La démarche satisfait les bailleurs de fonds, mais elle entraîne un gaspillage du potentiel en ressources humaines qui se traduit par le rejet de la réforme au moment de sa mise en œuvre. Dans ce cadre institutionnel du dialogue social, le mouvement syndical est contraint d'axer son action sur les revendications professionnelles et la défense des libertés syndicales sans pouvoir résister à la politique publique générant la médiocrité des prestations fournies aux patients du service public de santé. La bureaucratie syndicale a développé les attitudes syndicales souvent indifférentes face au délabrement croissant du secteur public.

Nombreux alors sont les citoyens qui n'ont pas foi en l'intégrité des organisations syndicales et qui les considèrent comme corporatistes, nuisibles au bon fonctionnement de l'économie, et peu soucieux de l'intérêt des usagers des services publics. C'est le cas lors des grèves dans les secteurs de l'éducation, du transport et de la santé publique. La colère des usagers du service public est exploitée par le pouvoir politique qui cherche à domestiquer le mouvement syndical et par tous ceux qui sont opposés au droit syndical. Certains responsables syndicaux tombent dans le piège par leur comportement extrémiste, animé par une stratégie politique plutôt qu'une stratégie syndicale. Dans le contexte d'instabilité politique et sociale de la Tunisie, le ministère et les syndicats deviennent en fait objets de manipulations de tous bords qui les font perdre le contrôle du processus de négociation⁷².

⁷² Les relations de travail dans les hôpitaux de Sfax est un exemple de l'impasse du dialogue social.

L'arme de la grève dans les services publics de santé, de l'éducation et du transport est à double tranchant : Si elle alloue un pouvoir étendu aux syndicats dans leur processus de négociation avec l'employeur, elle débouche en même temps sur la colère des usagers du service public. Une haute aptitude à gérer les conflits dans les services publics de santé, de l'éducation et du transport consiste à utiliser le droit de grève avec discernement et dans un souci d'efficacité afin de défendre les intérêts des salariés. La capacité des syndicats de définir, de proposer et de poursuivre des projets qui défendent au quotidien les besoins des usagers des services publics, en même temps que leur mission syndicale, est un axe stratégique de la rénovation de l'action syndicale de l'UGTT pour obtenir leur solidarité au moment de la grève. Ainsi l'exercice de ce droit constitutionnel devient le moyen de promouvoir un modèle inclusif de la santé publique.

Partie 5. Propositions pour promouvoir la qualité et l'équité des prestations de soins par le travail décent et la rénovation du dialogue social

5.1. La réforme de la gouvernance du service public de santé est un préalable à une politique de santé pour tous

5.1.1. Renforcer la capacité du service public à promouvoir la couverture universelle de santé (CSU)

La CSU a pour objectif de garantir à toutes et tous l'accès à des services de santé de qualité, indépendamment de la capacité de chacun à payer. La voie la plus efficace et rentable pour atteindre cet objectif consiste bien à renforcer le secteur public de la santé. Mais ce dernier doit subir une réforme pour assurer cette mission.

Un constat semble partagé par l'ensemble des pays démocratiques : aujourd'hui, l'évolution des missions de l'État, devenu prestataire de services, s'accommode difficilement de la rigidité et de la complexité des administrations centralisées. Donner plus d'autonomie aux gestionnaires de services publics est le moyen de consacrer la séparation entre les sphères politique et administrative : aux politiques la tâche de définir les politiques publiques, aux agences la tâche de les mettre en œuvre. En contrepartie de l'autonomie, les gestionnaires sont comptables de leurs résultats à l'égard de leur hiérarchie mais également devant les citoyens représentés par le Parlement. Ce couple « autonomie et responsabilité » inséparable assure la réactivité et la capacité d'innovation des structures sanitaires publiques pour mieux servir les citoyens.

Dans le contexte post-révolution marqué par la liberté d'expression, l'utilisateur du service public n'est plus l'administré docile face à l'administration régionale et centrale. Il demande de plus en plus aux organismes publics d'être disponibles, de conseiller efficacement, de faire en sorte que son cas particulier soit bien pris en compte. Le citoyen a besoin d'une administration de proximité réactive pour réduire le temps de réponse à ses besoins et proactive pour les anticiper. Les mouvements sociaux nombreux dans toutes les régions du pays revendiquent l'amélioration de la qualité et l'équité des prestations du service public de santé. Le modèle d'organisation et de gestion du secteur public doit alors répondre à cette attente.

Les fonctionnaires expriment le souhait de carrières plus valorisantes, d'initiatives accrues, d'explications sur la finalité du service public où ils exercent. Ils expriment

par le biais des syndicats un besoin accru de participation et de responsabilité⁷³. Ces aspirations constituent une opportunité de changement si on adopte un modèle d'organisation et de gestion qui les valorisent puis les canalisent vers la satisfaction des usagers du service public.

Les ressources financières sont rares. Adopter les bonnes pratiques de gestion financière signifie moins de dettes, moins de pression fiscale et donc plus d'indépendance du pays. Cela signifie aussi, permettre à l'Etat de faire plus pour la justice et la cohésion sociale avec les mêmes ressources. Mais cette logique ne peut être admise par les fonctionnaires que lorsque la politique fiscale est équitable et la gestion budgétaire est « saine »⁷⁴. Au cours des dernières décennies, les fonctionnaires ont été les mieux placés pour constater la contradiction entre le discours politique sur la réforme fiscale et budgétaire et les pratiques de fuite fiscale et de corruption à une grande échelle.

L'évaluation du cadre d'intégrité dans le secteur public a identifié un ensemble de mesures à mettre en œuvre pour atteindre cet objectif (OCDE – CLEANGOV BIZ, 2013). Certaines mesures permettent de mobiliser des ressources publiques supplémentaires et de les utiliser de manière plus efficace afin de répondre aux besoins de financement des programmes de la couverture universelle de santé : sur le plan des recettes, la transparence fiscale contribue à maximiser la collecte de l'impôt et sur le plan des dépenses, la réforme de la passation des marchés publics évite les gaspillages des ressources. Par conséquent, promouvoir la culture d'intégrité est aujourd'hui une priorité absolue dans le secteur de la santé.

Encadré 1: Qu'est-ce que la couverture universelle?

La couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, 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. Cette définition contient trois objectifs de la couverture universelle, liés entre eux:

- l'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder;
- la qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;
- la protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir.

Source : OMS http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/

⁷³ Entretiens avec les syndicats de base dans plusieurs régions du pays

⁷⁴ C'est-à-dire non infectée de corruption selon un responsable syndical

5.1.2. Professionnaliser la gestion des ressources humaines comme un vecteur de transformation de la fonction publique hospitalière.

La gestion des ressources humaines dans le secteur public se consacre pour une large part à l'application impersonnelle de normes et de procédures, abstraction faite du profil des agents, des emplois à pourvoir et des missions du service public. Gérer dans ce cas, c'est mettre en œuvre des textes et des directives, réunir des instances consultatives, appliquer des barèmes, s'astreindre à toute une série de tâches administratives, très consommatrice de temps et d'énergie, au détriment d'une gestion plus centrée sur la valorisation des ressources humaines en fonction de l'intérêt de l'utilisateur du service public.

Les illustrations de cette gestion administrative sont multiples : de la notation, qui absorbe l'énergie des gestionnaires sans pour autant déboucher sur des appréciations facilement lisibles, des avancements qui n'échappent que difficilement à la pesanteur de l'ancienneté, ou encore les préoccupations de formalisme juridique lors de l'organisation des concours l'emportent souvent sur la définition des aptitudes nécessaires des candidats pour améliorer la qualité du service public. L'absence de gestion de proximité des ressources humaines contribue à l'inégalité de la densité sectorielle et régionale des ressources humaines par rapport aux besoins des citoyens.

Au cours des années 1980 et 1990, les pays de l'OCDE ont adopté une réforme des institutions administratives. Le point capital de la réforme de la fonction publique est d'intégrer la gestion des ressources humaines aux objectifs et aux résultats attendus des programmes de la santé publique. Les principales tendances de cette réforme ont été les suivantes (OCDE, 1996. p9):

- *Décentralisation* : les responsabilités en matières GRH passent des organes centraux de ministères vers les organismes opérationnels
- *Déconcentration* : au sein des différents ministères et organismes opérationnels, les responsabilités en matière de gestion des ressources humaines sont confiées aux gestionnaires opérationnels
- *Application de cadres généraux et principes directeurs* mettant l'accent sur les normes fondamentales et les pratiques à suivre, plutôt que sur les contrôles détaillés
- *Mise en place au niveau des départements et organisme opérationnel d'un système de budgets autonomes* combinant les dépenses de personnel et les dépenses d'administration
- *Assouplissement des systèmes de rémunération, d'emplois et d'affectation*
- *Mesure de formation et de perfectionnement* visant à adapter les qualifications et les compétences et à accroître la souplesse du personnel en vue d'améliorer l'exécution des programmes et de renforcer les réformes introduites dans le secteur public.

Les stratégies adoptées permettent alors de rendre la fonction publique plus productive, davantage orientée vers les résultats et l'écoute des citoyens.

La mise en œuvre de la gestion du budget par objectif (GBO) en Tunisie est un levier du changement réel de la gouvernance du système de santé⁷⁵. Elle pourrait conduire au déplacement des responsabilités vers les gestionnaires de programmes budgétaires et par conséquent à la rénovation de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière.

La GBO consacre l'obligation d'une répartition du budget de chaque administration par programmes auxquels sont adossés des objectifs et des indicateurs de résultats ; assure une fongibilité des crédits permettant une meilleure souplesse dans la gestion des finances publiques et renforce les pouvoirs d'amendement et de contrôles et de suivi des parlementaires. Au niveau comptable, l'approche permettra en plus de la comptabilité budgétaire actuelle la mise en place d'une nouvelle comptabilité d'exercice, en partie double qui garantit la sincérité et la clarté de la gestion publique et qui permettra la description de la situation patrimoniale de l'Etat ; et la mise en place d'une comptabilité d'analyse des coûts des programmes et par-là même l'analyse des politiques publiques.

En réponse à un appel pour plus de transparence et un meilleur accès à l'information, le Ministère des Finances a lancé, un nouveau portail afin de faciliter l'accès de tous les citoyens aux dépenses publiques⁷⁶. Afin de compléter ces réformes, la Tunisie devrait simplifier ses structures de contrôle et les adapter à une approche programmatique. Cet objectif peut être atteint par l'utilisation des techniques d'information et de communication et l'intégration de ses systèmes financiers et comptables⁷⁷.

Les établissements de soins devraient être dotés d'une autonomie de décision dans la gestion des moyens qui lui sont alloués parmi lesquels figurent les moyens en personnel. Les notions de responsabilisation des acteurs et de performance se concrétisent dans des contrats crédibles entre le ministère de santé et les établissements de soins. Dans ce domaine, le ministère a bénéficié d'un appui méthodologique pour créer un environnement cohérent et favorable à l'engagement des structures sanitaires publiques dans une approche contractuelle⁷⁸. Un véritable dialogue doit alors s'engager avec les syndicats autour des actions de réformes pour que la politique publique de santé se traduise concrètement par des parcours de soins centrés sur les patients.

⁷⁵ Nous avons déjà souligné que les cadres du Ministère de la santé ont montré leur capacité à appliquer la GBO en préparant le budget de 2016.

⁷⁶ http://www.mizaniatouna.gov.tn/tunisia/template_fr/index.html

⁷⁷ Une réforme est en cours dans ce domaine

⁷⁸ Cf. Banque Mondiale. Guide Méthodologique relatif à la conclusion de contrats de performance entre le ministère de la santé et ses établissements de soins en Tunisie. Mai.2010

Améliorer l'efficacité du dialogue social suppose le renforcement du droit syndical, la promotion de toutes les dimensions du travail décent dans le secteur de la santé et renforcer la capacité des syndicats et des responsables des ressources humaines à dialoguer autour de la conception et la mise en œuvre des programmes de santé publique.

5.2. Renforcer la reconnaissance du droit syndical

Les résultats de notre enquête auprès des syndicats de base montrent que le mouvement syndical a obtenu un certain nombre de facilités pour exercer sa mission. Toutefois, par référence à la norme internationale du travail, les résultats révèlent aussi que les syndicats rencontrent encore des obstacles majeurs à exercer leur droit syndical. Les propositions suivantes indiquent le chemin qui reste à parcourir pour améliorer l'efficacité du dialogue social dans les structures sanitaires publiques.

5.2.1. Faciliter la mission des syndicats à tous les niveaux du système de santé publique

- a) Les syndicats de la première ligne doivent disposer de bureau de travail comme c'est le cas dans les structures sanitaires de la 2^{ème} et 3^{ème} ligne.
- b) L'accès des représentants à tous les lieux de travail est autorisé dans toutes les structures sanitaires publiques sauf dans les hôpitaux de circonscription. Etendre cette facilité aux syndicats de ces hôpitaux leur permettra « d'afficher des avis syndicaux à un ou à plusieurs emplacements qui seront déterminés en accord avec l'administration et auxquels les travailleurs auront facilement accès. La direction devrait aussi autoriser les syndicats à distribuer des bulletins d'informations, des brochures, des publications et d'autres documents du syndicat. Cependant les avis et documents syndicaux devraient porter sur les activités syndicales normales; leur affichage et leur distribution ne devraient pas porter préjudice au fonctionnement régulier ni à la propreté de l'établissement sanitaire ». (OIT, R143)
- c) La majorité des syndicats de base dans les structures sanitaires publiques ne disposent pas du temps libre pour assurer leur mission syndicale : « Ils devraient bénéficier, sans perte de salaire ni de prestations et avantages sociaux, du temps libre nécessaire pour pouvoir remplir leurs fonctions de représentation dans les structures sanitaires. Des limites raisonnables pourront être fixées pour la durée du temps libre accordé aux représentants des travailleurs. Aussi, pour que les représentants des travailleurs puissent remplir efficacement leurs fonctions, ils devraient bénéficier du temps libre nécessaire pour assister à des réunions, cours de formation, séminaires, conférences et congrès syndicaux » (OIT. R143).

5.2.2. Prendre en considération l'avis des représentants des travailleurs lors d'une consultation

La majorité des syndicats de base est relativement bien informée sur les programmes de la politique de santé publique ; c'est particulièrement le cas dans les centres de santé de base et les hôpitaux à vocation universitaire. Mais la réussite du dialogue social implique que les parties concernées deviennent partenaires dans un processus de prise de décision portant sur des questions d'intérêt commun. Le point de vue d'une part importante des syndicats de base sur la conception et la mise en œuvre des programmes du ministère de la Santé n'est pas pris en considération. L'inefficacité du dialogue social est particulièrement observée dans la première ligne de santé publique (groupe de santé de base et hôpital de circonscription). La promotion du dialogue social crédible au niveau micro et méso du système public de santé exige évidemment un modèle d'organisation et de gestion décentralisé.

5.2.3. Respecter les accords conclus avec les syndicats

La majorité des syndicats souligne que les accords conclus avec l'administration ne sont pas respectés à tous les niveaux du système de santé. La négociation collective devrait autant que possible relever de la compétence des parties concernées. Comme soulignée dans la recommandation n°163 de l'OIT, la promotion de la négociation collective par le gouvernement et les différentes parties, « *exige de veiller à ce que les représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs soient reconnus aux fins de la négociation collective* » pour garantir l'application de l'accord conclu et par-là même la création d'un climat de confiance entre les partenaires sociaux.

Le non-respect des accords a provoqué des conflits collectifs de travail d'une grande ampleur qui n'ont pas favorisé la mobilisation du personnel autour de la conception de la réforme du service public de santé. En effet, l'absence d'implication active des syndicats dans le « dialogue sociétal » initié par le ministère de la Santé est le résultat des mauvaises conditions de déroulement du dialogue social.

5.3. Promouvoir toutes les dimensions du travail décent par le dialogue social

5.3.1. Titulariser les travailleurs sous statut précaire

Avant la révolution, la fonction publique a développé le recrutement du personnel sous contrats de travail atypique dans le cadre du Fonds National de l'emploi relevant de la politique de gestion active du marché de travail. L'instrument 16 de ce fonds a servi au recrutement du personnel paramédical dans le secteur de la santé publique. Un accord est signé entre l'UGTT et le gouvernement pour régulariser la situation de tous les travailleurs recrutés dans le cadre de cet instrument. Il s'agit de leur accorder le statut d'un fonctionnaire titulaire au sens défini par l'article 27 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général du personnel de l'État, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif :

Article 27 Est fonctionnaire titulaire, celui qui, nommé dans un emploi permanent, est titularisé dans un grade permanent prévu dans les cadres de l'administration dont il relève

L'accord précité prévoit une régularisation par étapes selon des critères définis par les partenaires sociaux. Il s'agit donc de respecter cet accord pour créer chez les travailleurs la confiance dans le dialogue social.

5.3.2. Appliquer sans discrimination les dispositions de la loi relative au recrutement, à la promotion et l'avancement du personnel

Les pratiques de recrutement et de promotion du personnel n'inspirent pas confiance aux candidats à l'emploi public. Les syndicats soulignent aussi ce problème. La loi portant statut général du personnel de l'Etat stipule que « *le recrutement a lieu par voie de concours sur épreuves, sur titres ou sur dossiers, les aptitudes professionnelles des candidats sont appréciées par un jury désigné par arrêté du Premier ministre qui établit un classement des candidats par ordre de mérite. Les élèves issus des écoles agréées sont recrutés par voie de nomination directe. Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par les statuts particuliers à chaque corps* ». Article 18 (modifié par la loi n°97-83 du 20 décembre 1997)

L'organisation de ces concours doit être transparente dans toutes les étapes du processus de recrutement. Il s'agit d'appliquer la loi à tous les candidats. Il faut aussi assurer l'application juste des dispositions de la loi relative à la promotion (chapitre II) et à la notation et l'avancement du personnel (chapitre III). De ce point de vue, il s'agit d'appliquer la convention internationale du travail (no111) concernant la discrimination (emploi et profession) ratifiée par la Tunisie le 15

mai 1997. Cette convention fondamentale définit la discrimination comme étant « toute distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion politique, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, qui a pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité de chances ou de traitement en matière d'emploi ou de profession ». Elle demande aux États qui l'ont ratifiée de s'engager à formuler et à appliquer une politique nationale visant à promouvoir, par des méthodes adaptées aux circonstances et aux usages nationaux, l'égalité de chances et de traitement dans l'emploi et la profession, afin d'éliminer toute discrimination dans ce domaine.

Il faut aussi souligner que l'égalité d'accès aux emplois publics et l'égalité de traitement dans la carrière relèvent du principe général d'égalité inscrit dans la nouvelle constitution qui stipule que les citoyens sont égaux devant la loi sans discrimination (Article 21). Le statut du personnel est au cœur de la fonction publique ; il précise les garanties fondamentales qui sont du domaine de la loi et contient les dispositions applicables à chaque catégorie de fonctionnaires⁷⁹.

5.3.3. Former les personnels de santé du XXIème siècle

Partout dans le monde, on assiste à une modification rapide dans le poids relatif des problèmes de santé aigus et chroniques, qui fait naître des demandes nouvelles et différentes pour les personnels de santé. On s'accorde généralement à reconnaître que, pour assurer des soins efficaces aux malades chroniques, il faut doter les professionnels de compétences plus étendues, pour leur permettre de faire face à ces nouvelles situations complexes. L'organisation mondiale de la santé identifie cinq compétences essentielles pour former le personnel de santé du XXIe siècle (OMS, 2005). Tout d'abord, les personnels de santé doivent adopter une approche de soins centrée sur le patient. Les personnels de santé doivent être capables :

- *de s'enquérir des préférences, des valeurs, des différences et des besoins exprimés par les patients, de s'en préoccuper et de les respecter ;*
- *de coordonner les soins sur la durée et de les dispenser en temps voulu ;*
- *de soulager la douleur et la souffrance ;*
- *d'écouter, de communiquer ;*
- *d'éduquer et d'informer ;*
- *de partager la prise de décision et la gestion des problèmes ;*
- *de prévenir la maladie, les incapacités et les handicaps ;*
- *de promouvoir le bien-être et des modes de vie sains*

Deuxièmement, ils doivent posséder des aptitudes à la communication leur permettant de collaborer entre eux. Lorsque les problèmes de santé sont

⁷⁹ Le Décret est le texte juridique qui aborde les particularités liées aux différentes catégories de personnel dans les administrations publiques en respectant la loi

chroniques, la coordination des soins devient essentielle. Les soins doivent être organisés et coordonnés dans le temps, aussi bien entre les soignants qu'à travers les différents milieux de soins. En dotant le personnel d'un ensemble de compétences de base en communication, on le préparera à collaborer activement avec d'autres acteurs – les patients, les dispensateurs de soins et/ou les communautés. Ces compétences comprennent notamment la capacité à :

- *négocier ;*
- *prendre des décisions en commun ;*
- *résoudre les problèmes collectivement ;*
- *fixer des objectifs ;*
- *engager des actions ;*
- *repérer les points forts et les points faibles ;*
- *préciser les rôles et responsabilités de chacun ;*
- *évaluer les progrès.*

Troisièmement, les personnels de santé doivent avoir les capacités nécessaires pour assurer une amélioration constante de la sécurité et de la qualité des soins dispensés aux patients. D'une manière générale, l'amélioration de la qualité exige que les personnels de santé sachent clairement quels sont les objectifs vers lesquels ils tendent et quels sont les changements qui conduiraient à des améliorations, et qu'ils soient capables d'évaluer leurs propres efforts. En outre, elle suppose qu'ils sachent mettre en pratique les enseignements qu'ils ont tirés de leurs propres efforts d'amélioration et de ceux consentis par d'autres. La compétence désignée sous le nom d'amélioration de la qualité comprend les préoccupations de sécurité des patients et d'efficacité dans la prestation des services.

Quatrièmement, ils doivent avoir les compétences voulues pour être capables de surveiller l'évolution des patients au fil du temps et pour utiliser et échanger des informations en se servant des nouvelles technologies disponibles.

Enfin, raisonner en termes de santé publique exige du soignant qu'il s'occupe non plus d'un seul patient à la fois, mais qu'il planifie des soins à l'échelle de populations de patients toutes entières. Les personnels de santé doivent avoir les capacités nécessaires pour évaluer les besoins sanitaires de la population dont ils s'occupent. Ils doivent aussi être capables de mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles et de les évaluer en vue de réduire les risques ou de retarder les complications auxquelles sont exposés certains groupes particuliers. Un raisonnement à l'échelle du système des soins de santé peut être divisé en de multiples niveaux : micro (niveau du patient), méso (niveau de l'organisation de soins de santé ou niveau communautaire) et macro (niveau des politiques générales). Les personnels de santé doivent alors comprendre comment ces différents niveaux interagissant les uns avec les autres, c'est-à-dire mettre

l'accent sur tout le continuum des soins, depuis la prévention clinique jusqu'aux soins palliatifs. Des agents de santé qui visualisent tout le continuum des soins peuvent mieux répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques ainsi qu'à ceux de la population plus large dont ils s'occupent.

Pour travailler dans un système fondé sur les soins de santé primaires, les personnels de santé doivent être capables de s'intégrer dans de véritables équipes cliniques et avoir de bonnes aptitudes à la communication comme nous l'avons déjà souligné. Il s'ensuit que cette compétence doit être renforcée par d'autres compétences essentielles telles que celle d'établir des partenariats.

Encadré 2 : Compétences essentielles pour la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques

Compétence essentielle 1 : Soins centrés sur le patient

- *Savoir interroger et communiquer efficacement*
- *Aider à faire changer les comportements influant sur la santé*
- *Favoriser l'autoprise en charge*
- *Adopter une approche préventive*

Compétence essentielle 2 : Etablissement de partenariats

- *Etablissement de partenariats avec les patients*
- *Etablissement de partenariats avec d'autres dispensateurs de soins*
- *Etablissement de partenariats avec les communautés*

Compétence essentielle 3 : Amélioration de la qualité

- *Evaluer la prestation des soins et mesurer les résultats obtenus*
- *Savoir tirer des enseignements et s'adapter au changement*
- *Mettre à profit dans la pratique les données factuelles*

Compétence essentielle 4 : Technologies de l'information et des communications

- *Conception et utilisation des dossiers de patients*
- *Utilisation des techniques informatiques*
- *Communication avec les partenaires*

Compétence essentielle 5 : Perspective de santé publique

- *Dispenser des soins à l'échelle de toute une population*
- *Raisonnement à l'échelle du système*
- *Décompartmenter pour assurer un continuum des soins*
- *Travailler dans le cadre de systèmes fondés sur les soins de santé primaires*

Source : OMS Former les personnels de santé du XXIème siècle. 2005

5.3.4. Instituer la formation tout au long de la vie du personnel pour promouvoir la qualité des prestations de soins par le travail décent

Actuellement, la place de la formation du personnel est marginale dans la politique de gestion des ressources humaines. Elle traduit le peu d'intérêt accordé à la qualité des prestations des soins et l'ignorance de l'importance et du sens du concept « formation tout au long de la vie ». L'organisation de la formation pour la promotion professionnelle relève davantage du formalisme bureaucratique que de la volonté d'améliorer la compétence professionnelle du personnel et de considérer cela comme un véritable critère d'évolution de la carrière.

Toute formation devient obsolète avec l'évolution des sciences médicales et les modèles de politique de soins. Pour ces raisons, il est essentiel d'évaluer régulièrement la validité de l'enseignement et de la formation de tous les professionnels des soins de santé par référence aux besoins en compétences du système de santé.

Promouvoir la qualité des soins de santé pour tous exige d'abord la mise en œuvre de l'approche qualité pour mettre le patient au cœur du système de santé et conduire ainsi les structures sanitaires publiques à renforcer les compétences du personnel de santé selon l'approche par compétences. C'est la condition fondamentale pour maintenir l'employabilité du personnel en fonction des exigences de l'évolution du référentiel des métiers et compétences. Par conséquent, les gestionnaires des ressources humaines et les syndicats devraient s'appropriier les concepts et les méthodes d'un dispositif de formation tout au long de la vie (Ben Sedrine & Amami, 2015), puis dialoguer autour de ses composantes techniques pour les mettre en œuvre.

5.3.5. Donner l'exemple en matière de respect des normes de sécurité et santé au travail et en matière de sécurité du patient

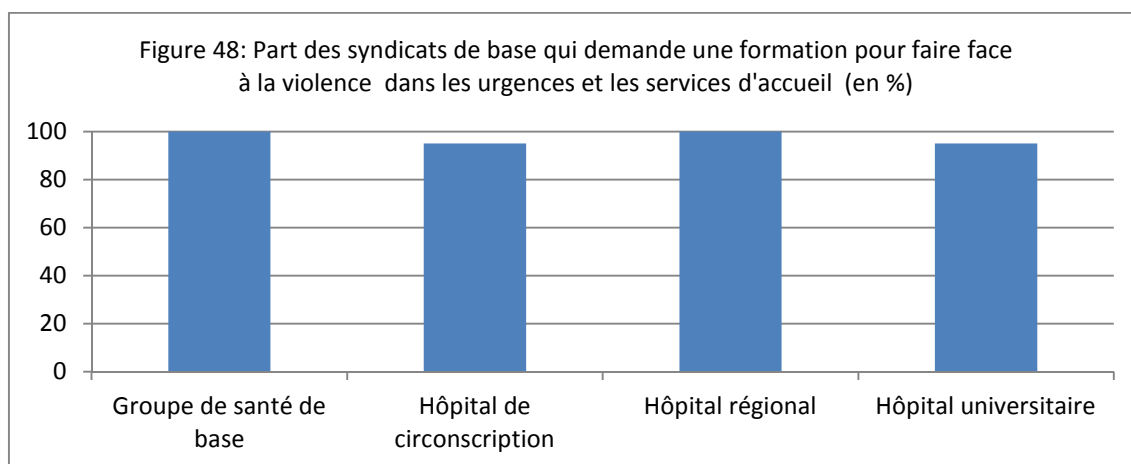
Les normes internationales du travail défendent le principe selon lequel les travailleurs doivent être protégés contre les maladies en général ou les maladies professionnelles et les accidents qui résultent de leur emploi. Les structures sanitaires publiques devraient donner l'exemple dans ce domaine. Malheureusement, ce n'est pas la réalité du service public de santé selon le témoignage des syndicats. Leur majorité affirme que le personnel n'est pas protégé contre les accidents de travail et contre les infections en milieu de travail, car il n'existe pas de mesures préventives des risques professionnels. Or la loi exige de tout employeur de prendre ce type de mesures en fonction de la nature de l'activité professionnelle.

Il s'agit de promouvoir la culture en sécurité et santé pour aboutir progressivement à un milieu de travail sûr et salubre. **Un programme national visant cet objectif doit inclure des mesures assorties de délais de réalisation et d'une méthode d'évaluation des progrès accomplis.** L'alinéa 2 de l'article n° 89 de la loi 94-28 stipule que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) peut accomplir toutes opérations liées à la prévention des risques professionnels. Elle est également habilitée à financer des programmes de prévention par l'octroi de subventions ou de prêts. L'article n° 90 de la loi 94-28 stipule la possibilité de diminuer ou d'augmenter les cotisations en fonction des moyens de prévention ou de soins procurés par l'employeur dans l'entreprise, ou en fonction des conséquences de sa négligence et de son refus d'appliquer les mesures de prévention des risques

exceptionnels de l'entreprise. Ces moyens d'incitation et d'encouragement à la prévention conduisent la CNAM à adopter le slogan suivant : « *Le meilleur médicament financé par la CNAM est la prévention* ». Le service public de santé doit donner l'exemple dans ce domaine. Il doit aussi donner l'exemple dans la lutte contre la violence subie par le personnel.⁸⁰

Les syndicats expriment une demande pressante de formation qui les aide à faire face au phénomène de la violence et bénéficier d'un dispositif de protection. Plusieurs pays ont mis en œuvre des mesures à cet effet :

- la formation du personnel soignant pour apprendre à contenir l'agressivité d'un interlocuteur, à ne pas s'exposer, à garder ses distances de sécurité, à décrypter regards et gestuelle...
- l'instauration de procédures pour rechercher des solutions
- la surveillance permanente par un agent de sécurité ;
- le renforcement de la communication.



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

On fait aussi appel à des solutions techniques, nombreuses et diverses comme la vitre renforcée installée pour la protection physique du personnel d'accueil aux urgences ; d'autres dispositifs existent : séparation physique entre l'espace clinique et l'espace réservé au public ; ligne directe avec la Police, filtrage des entrées, mise en place d'un contrôle d'accès... Il est évident que la mise en place d'une organisation et de gestion des structures sanitaires publiques centrée sur les

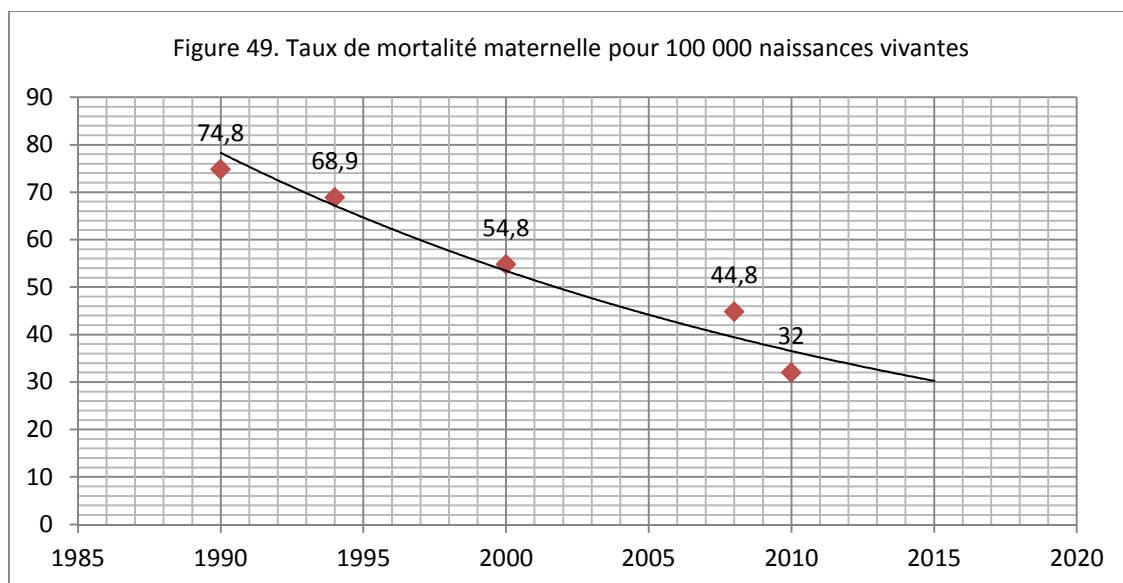
⁸⁰ L'article 9 de la loi concernant le statut général du personnel de la fonction publique stipule : *L'agent public a droit, conformément aux textes en vigueur, à une protection contre les menaces, outrages, injures ou diffamations dont il peut être l'objet. L'administration est tenue de protéger l'agent public contre les menaces et attaques de quelque nature que ce soit dont il peut être l'objet à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et de réparer, s'il y a lieu, le préjudice qui en est résulté. L'Etat ou la collectivité publique, tenu dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, est subrogé aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques, la restitution des sommes versées à son agent. Il dispose, en outre, aux mêmes fins d'une action directe qu'il peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale*

patients devrait être la mesure structurelle incontournable de lutte contre la violence subie par le personnel.

La sécurité du patient est aussi importante que celle du personnel. Elle est un principe fondamental des soins de santé, puisque le patient est exposé à des événements indésirables à chaque étape de l'administration des soins. Un ensemble de mesures recommandées par l'OMS sont susceptibles d'assurer sa sécurité. Il s'agit des mesures concernant la prévention des infections nosocomiales, le contrôle de la sécurité chirurgicale, l'hygiène des mains au cours des soins, les prélèvements sanguins et la ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins.⁸¹

5.3.6. Améliorer la santé maternelle par la promotion du travail décent

La Tunisie demeure éloignée de l'objectif de réduction des trois-quarts du taux de mortalité maternelle(TMM), cinquième objectif du millénaire pour le développement (PNUD-Tunisie, 2013). Ce taux devrait passer de 74,8 à 18,1 entre 1990 et 2015. La courbe de tendance montre que cet objectif ne sera pas atteint.



Sources : INS-DSSB 1990, 1994,2000 ; Enquêtes sur la mortalité maternelle 2008, 2010

Un système de santé efficace et de meilleure qualité est nécessaire pour faire diminuer la mortalité maternelle, en particulier dans les zones rurales. L'utilisation judicieuse d'investissements accompagnée de politiques de santé de base et de

⁸¹ Cf. OMS. *Prévention des infections nosocomiales. Guide pratique.2008*

OMS. *Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale* Première édition. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies.

OMS. *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. 2010*

OMS. *Lignes directrices de l'OMS applicables aux prélèvements sanguins: meilleures pratiques en phlébotomie. 2010*

OMS. *Ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins. 2010*

politiques des ressources humaines, permet de disposer d'un personnel soignant et de sages-femmes qualifiées, renforçant ainsi la sécurité des accouchements. Enfin, l'amélioration des services et de l'accès à ces services ne suffira pas à elle seule à assurer des améliorations significatives dans le domaine de la santé maternelle. Sensibiliser les femmes et les jeunes filles est aussi essentiel afin d'assurer qu'elles aient recours à des services de santé compétents lorsque cela est nécessaire.

Alors que l'attention portée à la santé et à la mortalité maternelles s'est focalisée avec raison sur les services de santé et le planning familial, les mères sont également des travailleuses qui ont besoin d'un soutien particulier pour pouvoir, d'une part, protéger leur santé au travail et, d'autre part, garantir leur sécurité économique pendant une grossesse et après un accouchement. Les problèmes associés à la maternité sont clairement liés à la pauvreté, à des conditions de travail inadéquates et aux inégalités entre hommes et femmes. La protection de la maternité au travail a deux buts principaux: préserver la santé des mères qui travaillent et celle de leurs enfants ainsi que protéger ces femmes de la vulnérabilité économique engendrée par la grossesse et à la maternité. Ceci a toujours été un enjeu fondamental pour l'Organisation internationale du travail. La Convention (n° 183) sur la protection de la maternité ainsi que sa Recommandation (n° 191) contiennent les dispositions suivantes :

- 14 semaines de congé de maternité, dont 6 semaines de congé postnatal obligatoire.
- Des prestations en espèces suffisantes pour assurer que la mère puisse subvenir à ses propres besoins, ainsi qu'à ceux de son enfant, dans des conditions sanitaires corrects et avec un niveau de vie convenable.
- L'accès à des soins médicaux gratuits, comprenant notamment les soins prénatals, à l'accouchement et postnatals, ainsi que l'hospitalisation quand celle-ci s'avère nécessaire.
- La protection de la santé: le droit pour une femme enceinte ou qui allaite de ne pas effectuer des tâches préjudiciables à sa santé ou à celle de son enfant.
- L'allaitement: une pause rémunérée d'au minimum, une heure par jour.
- La protection de l'emploi et la non-discrimination.

En 2007, la Confédération syndicale internationale a lancé une campagne mondiale pour la protection de la maternité.⁸² Les syndicats ont œuvré à l'échelle mondiale, nationale et locale afin de faire de la protection de la maternité une réalité, en encourageant la ratification et l'application de la Convention n° 183 dans les

⁸² Cf. Déclaration de la CSI pour la protection de la maternité <http://www.ituc-csi.org/declaration-de-la-csi-pour-la>

conventions collectives et la législation du travail. Le dernier congrès de l'UGTT a revendiqué sa ratification par la Tunisie.⁸³

5.4. Renforcer la capacité des syndicats de dialoguer autour de la qualité et l'équité des prestations de soins

5.4.1. Les syndicats doivent reconnaître l'amélioration de la qualité des prestations de soins comme un objectif de leur mission syndicale.

Depuis sa création, la mission de l'UGTT est double ; contribuer activement au développement économique, social et culturel du pays et défendre simultanément l'intérêt des travailleurs. La transition démocratique de la Tunisie lui offre l'opportunité de rénover son organisation et celle de son action syndicale en fonction de cette double mission (Ben Sedrine & Amami, 2015).

Les grèves générales régionales des populations autour des revendications du développement et de l'emploi ont obtenu l'appui des unions régionales de l'UGTT. Ces manifestations ont montré la capacité de l'UGTT à devenir un leadership des revendications d'un modèle de développement inclusif car le syndicalisme tunisien est nourri de valeurs et de projets alternatifs. Aujourd'hui, il s'agit de défendre la qualité la qualité et l'équité des prestations des services publics. L'agenda syndical dans le secteur de la santé, en faisant la promotion d'une plus grande équité dans l'accès aux soins de qualité, vise à surpasser une vision professionnelle étroite axée exclusivement sur l'amélioration des conditions de travail.

Sans le renouveau de son action syndicale, le pouvoir de négociation de l'UGTT risque de s'affaiblir et de perdre son influence sur les orientations économique, sociale et culturelle du développement. Or la faiblesse syndicale n'est pas seulement une faiblesse des syndicats : c'est aussi et d'abord, une faiblesse du pays, indépendamment de l'orientation politique du gouvernement. L'UGTT a montré l'importance de son rôle dans le processus de transition démocratique avec la société civile⁸⁴. Le défi est aujourd'hui de contribuer à la conception et la mise en œuvre d'un modèle de développement inclusif par le développement d'un syndicalisme de proposition.

⁸³ Voir les motions du Congrès de Tabarka décembre 2011

⁸⁴ Le prix Nobel accordé au Quartet a permis aux citoyens de découvrir l'importance du syndicalisme dans la transition démocratique du pays.

5.4.2. Créer des unités syndicales d'appui à la promotion de la qualité des soins de santé par le travail décent

Qui dit réforme systémique dans le secteur public, dit changement de culture, d'attitudes, voire de convictions. Ce n'est qu'à partir du moment où les fonctionnaires se seront approprié la réforme qu'elle pourra suivre son cours, car une réforme ne peut pas réussir contre les agents qui la mettent en œuvre. Les responsables des ressources humaines et les responsables syndicaux sont les principaux acteurs du changement, c'est-à-dire les partenaires d'un dialogue social quotidien autour de la mise en œuvre des programmes de réformes à tous les niveaux du système de santé. Si l'on veut parvenir à gérer dans de bonnes conditions la modernisation du secteur public à l'avenir, il convient de renforcer leur capacité de maîtriser les concepts de la réforme et le contenu des programmes.

Des unités d'appui à la promotion de la qualité des soins par le travail décent devraient être créées dans la fédération générale de santé et les unions régionales de l'UGTT. Cette innovation organisationnelle est cohérente avec la mission historique de l'UGTT qui consiste à défendre simultanément le développement du pays et les intérêts des travailleurs. Elle contribue à catalyser un processus de décentralisation du dialogue social sur les plans sectoriel et régional, dans la mesure où « *l'organisation centralisée du dialogue social ne favorise pas l'innovation sociale* »⁸⁵.

En partenariat avec le ministère de la Santé un plan d'action peut être élaboré pour articuler toutes les dimensions du travail décent aux domaines très variés recouverts par les programmes de mise en œuvre des orientations de réformes proposées par les travaux du « dialogue sociétal »⁸⁶ :

- *Rapprocher les services du citoyen en recentrant le système autour du citoyen.*
- *Construire la confiance et l'attractivité du système public de santé pour les citoyens et les professionnels de la santé.*
- *Développer une vision commune, oser faire des choix (réalistes et acceptables) et les mettre en œuvre de façon consistante.*
- *Construire sur tous les potentiels en décroissant le système de santé et en mobilisant tous les acteurs vers une vision commune.*
- *Assurer la solidarité et l'équité.*
- *Promouvoir la santé et prévenir les maladies à travers des approches pan-sociétales et pan-gouvernementales.*

⁸⁵ Entretien avec le Secrétaire Général de la fédération générale de santé sur l'organisation centralisée du dialogue social

⁸⁶ Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Santé en Tunisie, Etat des lieux..

Le dialogue social autour de la professionnalisation du personnel de santé selon les compétences requises pour la mise en œuvre de la réforme, devrait favoriser les innovations qui concilient travail décent et qualité des prestations de soins de santé. Ceci assurera le respect de la charte du patient.⁸⁷

Un processus de professionnalisation du personnel ne s'improvise pas et ne se décrète pas. **Il doit être l'objet d'un dialogue social serein qui prend du temps puisqu'il s'agit de commencer par partager le sens des nouveaux concepts de la réforme pour éviter le dialogue des sourds.** Cette question complexe, comme d'autres liées à la réforme de la gouvernance du système de santé publique, doivent être objet du dialogue en dehors de la négociation collective. Cette dernière est toujours marquée par de fortes tensions sociales entre les partenaires à la recherche d'un accord le plus proche de leurs préférences dans un temps relativement court.

5.4.3. Faire de la coopération internationale un levier pédagogique d'appropriation des programmes de réformes par les partenaires sociaux

L'expertise internationale joue un rôle important dans la genèse et la mise en œuvre des réformes qui cherchent à promouvoir la couverture universelle de santé. Il s'agit de transferts de politiques publiques dans le domaine de la santé selon des référentiels qui se diffusent par les canaux de la coopération internationale de la Tunisie, particulièrement avec l'OMS et les pays de l'UE.

La mise en œuvre d'un modèle d'organisation et de gestion fondé sur le couple « autonomie-responsabilité » des acteurs et la satisfaction des bénéficiaires du service public est une condition nécessaire pour faire de la coopération internationale un levier pédagogique d'appropriation des réformes et maximiser ainsi son impact sur la promotion de la couverture universelle de santé. Le plan d'action des unités d'appui à la promotion de la qualité des prestations de soins par le travail décent pourrait alors impliquer des syndicats et des représentants des administrations publiques des pays partenaires de la coopération internationale. Le partenariat avec leurs homologues étrangers offre l'opportunité aux partenaires sociaux tunisiens de développer la capacité de réfléchir sur leurs expériences professionnelles, d'apprendre les bonnes pratiques internationales et d'innover en fonction des besoins du service public local.

La création d'unité syndicale de promotion de la qualité des prestations de soins permet à l'organisation syndicale de renforcer ses ressources organisationnelles, sa solidarité interne et son ancrage dans des réseaux internationaux d'acquisition de nouvelles compétences professionnelles et syndicales. Les ressources seules ne

⁸⁷ Voir annexe

suffisent pas pour renouveler l'action syndicale. Les syndicats doivent également être capables de les utiliser dans différentes situations (Lévesque, Murray, 2010). Encore faut-il pour cela que le modèle de gouvernance du système de santé publique encourage l'initiative et l'innovation du personnel qui assurent la satisfaction des usagers du service public⁸⁸.

5.4.4. Apprendre à piloter le système de santé par les besoins des citoyens ou le défi du changement structurel

Aujourd'hui, la complexité des problèmes auxquels est confrontée la Tunisie est une situation exceptionnelle. L'instabilité du système politique bloque la mise en œuvre des réformes structurelles pour affronter la crise économique et sociale. Les études réalisées et les activités des cercles de réflexion sur les problèmes du pays, montrent pourtant le chemin à suivre dans plusieurs domaines de l'action publique pour créer une dynamique de sortie de cette crise. Le gaspillage de ce potentiel de réflexion et des ressources humaines du pays est le phénomène le plus dangereux puisqu'il crée le désespoir généralisé parmi les jeunes dont les graves conséquences risquent d'être plus dramatiques qu'aujourd'hui.

L'élite qui a l'ambition légitime de diriger des institutions du pays doit avoir la modestie d'apprendre à examiner ce capital de réflexions et de propositions comme elle doit apprendre à conduire le changement pour rénover l'action publique. Dans le secteur de la santé, le dialogue sociétal a été très utile pour définir les orientations de changement structurel. Il s'agit maintenant de développer le dialogue social permanent et rénové qui fera de la politique publique de santé comme apprentissage de la construction d'un nouveau système de santé piloté par les besoins des citoyens. Cet apprentissage concerne d'abord ceux qui devraient jouer le rôle de leadership. Car malheureusement, le déroulement de l'actualité des partis politiques et de l'assemblée nationale révèle souvent que la plus forte résistance au changement ne vient pas souvent d'en bas, mais d'en haut sous la pesanteur des mécanismes de reproduction des pratiques de gouvernance du passé et la poursuite de la course au pouvoir sans la course au développement, dans un contexte où la population souffre du désespoir.

⁸⁸ Ce type de projet de coopération bilatérale soutenu par l'Agence Française de Développement (AFD) a été mis en œuvre dans le secteur de la formation professionnelle. Le modèle de gouvernance du service public a été l'obstacle majeur à obtenir les résultats attendus en matière de qualité des prestations du service public et de mobilisation du personnel autour de cet objectif (Cf. Ben Sedrine S, UNESCO, 2013)

Références

- Banque Mondiale (2005). Analyse du cadre conceptuel des budgets par objectifs, juillet 2005 ;
- Banque mondiale (2007). Etablissement des nomenclatures de programmes et présentation budgétaire - Guide méthodologique. juin 2007
- Banque Mondiale (2008). Schéma directeur pour le développement d'une gestion budgétaire par objectifs en Tunisie, juin 2008
- Banque Mondiale.(2010) Guide Méthodologique relatif à la conclusion de contrats de performance entre le ministère de la santé et ses établissements de soins en Tunisie. Mai.2010
- Ben Sedrine Saïd (2013). Responsabiliser les établissements et réhabiliter les sciences de l'éducation pour donner aux enseignants et formateurs un rôle central dans l'amélioration de la qualité et l'équité de l'ETFP en Tunisie. UNESCO/ EFA Paris Août 2013
- Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016
- Ben Sedrine Saïd (2016), *La boîte noire de la réforme de l'éducation*. Laure Lévêque et al, Les échanges dans l'espace euro-méditerranéen: Formes et dynamiques. Ed. L'Harmattan, 15 avril 2016
- BIT. (1999) : Un travail décent, Rapport du Directeur général à la Conférence internationale du Travail, 87e session (Genève).
- Boelen C., Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1995. Document OMS/HRH/95.7, 32 p.
- Christian Levesque, Gregor Murray (2010), « Comprendre le pouvoir syndical : ressources et aptitudes stratégiques pour renouveler l'action syndicale », La Revue de l'Ires 2010/2 (n° 65), p. 41-65. DOI 10.3917/rkli.065.0041
- CNICM. Rapport de la commission nationale d'investigation sur la corruption et la malversation 2011
- CNOM (2015). Base de données du Conseil National de l'Ordre des médecins.2015
- CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie (CNOM), Historique, http://www.ordre-medecins.org.tn/article.php?id_rubrique=72
- Delamaire Marie-Laure et Lafortune Gaetan (2010). Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Document de travail sur la santé n°54, OCDE. 31 Août 2010
- Docteur Mohamed Nejib Chaabouni (2013), *La compétence, une obligation déontologique*. Le Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins, n°36, Décembre 2013
- Gatti, R., Angel-Urdinola, D.F., Silva, J. and A. Bodor (2011). *Striving for Better Jobs. The Challenge of Informality in the Middle East and North Africa Region*. The World Bank. Washington, D.C.
- Grodos Daniel & Onglet René (2002). *Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve*. Tropical Medicine and International Health volume 7 no 11 pp 977-992 november 2002

- Guettat Malek (2015) Ces jeunes médecins assassinés par l'hôpital public: Chronique d'un massacre quotidien .02/11/2015
- IBP Partership, Enquête sur le budget ouvert 2012.
- Inès Ayadi (2014), Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé
- INS Les recensements de la population
- INS. (2015) Résultats de l'enquête nationale sur « la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie ». 2014 Tunis Octobre 2015
- Jihen Aloulou, Rahma Damak, Fatma Masmoudi, Oussama Sidhom, Othman Amami(2013). *L'épuisement professionnel du soignant : Etude tunisienne à propos de 142 infirmiers*. La Tunisie Médicale - 2013 ; Vol 91 (n°01) : 44 – 49
- MDCI-FNUAP (2014) Acquis, défis et perspectives.
- MESRS, Base de données « indicateurs » Fichiers Excel par université. Calcul des auteurs
- Ministère de la santé (2013a). Carte de santé 2011 Direction des études et de la planification. Mai 2013
- Ministère de la santé (2013b), Carte sanitaire de la première ligne 2013
- Ministère de la Santé (2014). Comité technique du dialogue sociétal, *La santé et le système de santé en Tunisie : acquis et enjeux*, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du « dialogue sociétal pour la réforme du système de santé » 2014
- Ministère de la Santé Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Santé en Tunisie, Etat des lieux..
- Ministère de la santé Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. *Santé en Tunisie Etat des lieux* pp96-97
- Ministère de la santé publique. Offre des services de soins dans le secteur public en chiffre.2013 version en arabe.
- Ministère des Finances (2015). Budget de l'Etat de 2016, Budget du Ministère de la santé. Octobre 2015 (en arabe)
- Ministère des Finances www.mizaniatouna.gov.tn.
- Nizet Jean, Pichault François (2001) Introduction à la théorie des configurations: Du "one best way" à la diversité organisationnelle .De Boeck Supérieur, 20 sept. 2001 - 200 pages.
- OCDE (1996), Rapport sur la gestion du capital humain et réforme de la fonction publique. Septembre 1996
- OCDE, Evaluation du cadre d'intégrité dans le secteur public-Tunisie
- OMS (1978). Alma-Ata 1978. *Les soins de santé primaires*. Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS) 6-12 septembre 1978.
- OMS (1987) Déclaration sur le renforcement des systèmes de santé de district sur la base des soins de santé primaires. Réunion interrégionale sur le renforcement des systèmes de santé de district, Harare. *Division du Renforcement des Services de santé, 1987*.
- OMS (2003) ; Rapport sur la Santé dans le Monde, 2003 – Façonner l'avenir.
- OMS (2005) Former les personnels de santé du XXIème siècle. Le défi des maladies chroniques.

- OMS (2008). Prévention des infections nosocomiales. Guide pratique.2008
- OMS (2010). Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. 2010
- OMS (2010). Lignes directrices de l'OMS applicables aux prélèvements sanguins: meilleures pratiques en phlébotomie. 2010
- OMS (2010). Ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins. 2010
- OMS Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.12 septembre 1978
- OMS. Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale Première édition. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies.
- Pichault, F. (2005). *Le changement Peut-il Être Géré?* Dans P., Gilbert, F., Guérin, & F. Pigeyre, organisations et Comportements. Nouvelles Approches, Nouveaux Enjeux (pp 169-192.). Paris, France: Dunod.
- PNUD-Tunisie (2013), Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport national de suivi 2013. Avril 2014
- République Tunisienne, Présidence du gouvernement, Commission supérieur du marché, *Rapport final sur l'évaluation du système national de passation des marchés publics en Tunisie*. Appui technique et financier de la BAD et BM, Juin 2012
- UGTT (2006), Le renouveau syndical, Ed. FFEBERT, Tunis.
- UGTT Statut
- Union Européenne (2008). Assistance technique pour la mise en place d'un cadre de dépenses à moyen terme et l'élaboration d'indicateurs de performance pour la GBO, novembre 2008.
- UTICA. *Vision Tunisie 2020. Des entreprises compétitives pour plus de croissance et plus d'emploi*. Tunis. Décembre 2012.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires 12 septembre 1978

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires:

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part

considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancé d'urgence aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Annexe 2 : R143 - Recommandation (no 143) concernant les représentants des travailleurs, 1971

Recommandation concernant la protection des représentants des travailleurs dans l'entreprise et les facilités à leur accorder Adoption: Genève, 56ème session CIT (23 juin 1971) - Statut: Instrument à jour.

Préambule

La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail,

Convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail, et s'y étant réunie le 2 juin 1971, en sa cinquante-sixième session;

Après avoir adopté la convention concernant les représentants des travailleurs, 1971;

Après avoir décidé d'adopter diverses propositions relatives à la protection des représentants des travailleurs dans l'entreprise et aux facilités à leur accorder, question qui constitue le cinquième point à l'ordre du jour de la session;

Après avoir décidé que ces propositions prendraient la forme d'une recommandation,

adopte, ce vingt-troisième jour de juin mil neuf cent soixante et onze, la recommandation ci-après, qui sera dénommée Recommandation concernant les représentants des travailleurs, 1971.

I. Méthodes D'Application

- 1. L'application des dispositions de la recommandation pourra être assurée par voie de législation nationale, de conventions collectives ou de toute autre manière qui serait conforme à la pratique nationale.

II. Dispositions de Caractère Général

- 2. Aux fins de la présente recommandation, les termes **représentants des travailleurs** désignent des personnes reconnues comme tels par la législation ou la pratique nationales, qu'elles soient:
 - (a) des représentants syndicaux, à savoir des représentants nommés ou élus par des syndicats ou par les membres de syndicats;
 - (b) ou des représentants élus, à savoir des représentants librement élus par les travailleurs de l'entreprise, conformément aux dispositions de la législation nationale ou de conventions collectives, et dont les fonctions ne s'étendent pas à des activités qui sont reconnues, dans le pays intéressé, comme relevant des prérogatives exclusives des syndicats.
- 3. La législation nationale, les conventions collectives, les sentences arbitrales ou les décisions judiciaires pourront déterminer le type ou les types de représentants des travailleurs qui devraient avoir droit à la protection et aux facilités visées par la présente recommandation.
- 4. Lorsqu'une entreprise compte à la fois des représentants syndicaux et des représentants élus, des mesures appropriées devraient être prises, chaque fois qu'il y a lieu, pour garantir que la présence de représentants élus ne puisse servir à affaiblir la situation des syndicats intéressés ou de leurs représentants, et pour encourager la coopération, sur toutes questions pertinentes, entre les

représentants élus, d'une part, et les syndicats intéressés et leurs représentants, d'autre part.

III. Protection des Représentants des Travailleurs

- 5. Les représentants des travailleurs dans l'entreprise devraient bénéficier d'une protection efficace contre toutes mesures qui pourraient leur porter préjudice, y compris le licenciement, et qui seraient motivées par leur qualité ou leurs activités de représentants des travailleurs, leur affiliation syndicale, ou leur participation à des activités syndicales, pour autant qu'ils agissent conformément aux lois, conventions collectives ou autres arrangements conventionnels en vigueur.
- 6.
 - (1) Lorsqu'il n'existe pas de mesures de protection appropriées suffisantes en faveur des travailleurs en général, des dispositions particulières devraient être prises en vue d'assurer une protection efficace des représentants des travailleurs.
 - (2) Ces dispositions pourraient inclure des mesures telles que les suivantes:
 - a) définition détaillée et précise des motifs qui peuvent justifier la cessation de la relation de travail des représentants des travailleurs;
 - (b) nécessité d'une consultation, d'un avis ou d'un accord d'un organisme indépendant, public ou privé, ou d'un organisme paritaire, avant que le licenciement d'un représentant des travailleurs ne devienne définitif;
 - (c) procédure spéciale de recours ouverte aux représentants des travailleurs qui estimeraient que leur licenciement était injustifié, que leurs conditions d'emploi ont été modifiées à leur désavantage ou qu'ils ont été l'objet d'un traitement injuste;
 - (d) en ce qui concerne le licenciement injustifié de représentants des travailleurs, réparation efficace, y compris, pour autant que cela ne soit pas contraire aux principes fondamentaux du droit du pays intéressé, la réintégration desdits représentants dans leur emploi avec versement des salaires non payés et maintien de leurs droits acquis;
 - (e) lorsqu'il est allégué que le licenciement d'un représentant des travailleurs ou la modification à son désavantage de ses conditions d'emploi serait discriminatoire, obligation pour l'employeur de prouver que la mesure en question était en réalité justifiée;
 - (f) reconnaissance d'une priorité à accorder au maintien en emploi des représentants des travailleurs en cas de réduction du personnel.
- 7.
 - (1) La protection accordée en vertu du paragraphe 5 de la présente recommandation devrait également s'appliquer aux travailleurs qui ont fait acte de candidature ou qui ont été présentés comme candidats, par les procédures appropriées existantes, pour être élus ou nommés représentants des travailleurs.
 - (2) La même protection pourrait aussi être accordée aux travailleurs qui ont cessé d'être des représentants des travailleurs.

- (3) La période durant laquelle cette protection est accordée aux personnes visées au présent paragraphe pourra être déterminée par les méthodes d'application mentionnées au paragraphe 1 de la présente recommandation.
- 8.
 - (1) A la fin de leur mandat, les représentants des travailleurs qui ont exercé leurs fonctions de représentation dans l'entreprise où ils étaient employés et y ont repris le travail devraient conserver ou recouvrer tous leurs droits, y compris les droits afférents à la nature de leur travail, à leur salaire et à leur ancienneté.
 - (2) Lorsque les intéressés ont exercé leurs fonctions de représentation principalement en dehors de leur entreprise, la question de savoir si et dans quelle mesure les dispositions du sous-paragraphe ci-dessus devraient leur être applicables devrait être tranchée par la législation nationale ou par la voie de conventions collectives, de sentences arbitrales ou de décisions judiciaires.

IV. Facilités à Accorder aux Représentants des Travailleurs

- 9.
 - (1) Des facilités devraient être accordées, dans l'entreprise, aux représentants des travailleurs, de manière à leur permettre de remplir rapidement et efficacement leurs fonctions.
 - (2) A cet égard, il devrait être tenu compte des caractéristiques du système de relations professionnelles prévalant dans le pays ainsi que des besoins, de l'importance et des possibilités de l'entreprise intéressée.
 - (3) L'octroi de telles facilités ne devrait pas entraver le fonctionnement efficace de l'entreprise intéressée.
- 10.
 - (1) Les représentants des travailleurs dans l'entreprise devraient bénéficier, sans perte de salaire ni de prestations et avantages sociaux, du temps libre nécessaire pour pouvoir remplir leurs fonctions de représentation dans l'entreprise.
 - (2) En l'absence de dispositions appropriées, un représentant des travailleurs pourra être tenu d'obtenir la permission de son chef immédiat ou d'un autre représentant autorisé de la direction désigné à cet effet avant de prendre ce temps libre, cette permission ne devant toutefois pas être refusée de façon déraisonnable.
 - (3) Des limites raisonnables pourront être fixées pour la durée du temps libre accordé aux représentants des travailleurs conformément au sous-paragraphe (1) ci-dessus.
- 11.
 - (1) Pour que les représentants des travailleurs puissent remplir efficacement leurs fonctions, ils devraient bénéficier du temps libre nécessaire pour assister à des réunions, cours de formation, séminaires, conférences et congrès syndicaux.

- (2) Le temps libre prévu au sous-paragraphe précédent devrait être accordé sans perte de salaire ni de prestations et avantages sociaux, étant entendu que la question de savoir à qui incomberaient les charges qui en résulteraient pourrait être déterminée par les méthodes d'application mentionnées au paragraphe 1 de la présente recommandation.
- 12. Les représentants des travailleurs dans l'entreprise devraient avoir accès à tous les lieux de travail lorsque leur accès à ces lieux est nécessaire pour leur permettre de remplir leurs fonctions de représentation.
- 13. Les représentants des travailleurs devraient avoir accès sans retard injustifié à la direction de l'entreprise et auprès des représentants de la direction autorisés à prendre des décisions lorsque cela est nécessaire pour le bon exercice de leurs fonctions.
- 14. En l'absence d'autres dispositions pour le recouvrement des cotisations syndicales, les représentants des travailleurs habilités par le syndicat devraient être autorisés à recueillir régulièrement ces cotisations à l'intérieur de l'entreprise.
- 15.
 - (1) Les représentants des travailleurs agissant au nom d'un syndicat devraient être autorisés à afficher des avis syndicaux dans l'entreprise à un ou à plusieurs emplacements qui seront déterminés en accord avec la direction et auxquels les travailleurs auront facilement accès.
 - (2) La direction devrait autoriser les représentants des travailleurs agissant au nom d'un syndicat à distribuer aux travailleurs de l'entreprise des bulletins d'information, des brochures, des publications et d'autres documents du syndicat.
 - (3) Les avis et documents syndicaux visés au présent paragraphe devraient porter sur les activités syndicales normales; leur affichage et leur distribution ne devraient pas porter préjudice au fonctionnement régulier ni à la propreté de l'entreprise.
 - (4) Les représentants des travailleurs qui sont des représentants élus au sens de l'alinéa b) du paragraphe 2 de la présente recommandation devraient bénéficier de facilités analogues, compatibles avec leurs fonctions.
- 16. La direction devrait mettre à la disposition des représentants des travailleurs les facilités d'ordre matériel ainsi que les informations nécessaires à l'exercice de leurs fonctions, dont les conditions et l'étendue pourront être fixées par les méthodes d'application mentionnées au paragraphe 1 de la présente recommandation.
- 17.
 - (1) Les représentants syndicaux qui ne sont pas employés eux-mêmes dans une entreprise, mais dont le syndicat compte des membres dans le personnel de celle-ci, devraient avoir accès à cette entreprise.
 - (2) La fixation des conditions de cet accès à l'entreprise devrait relever des méthodes d'application mentionnées aux paragraphes 1 et 3 de la présente recommandation.

Source :

http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R143

Annexe 3 : R163 - Recommandation (no 163) sur la négociation collective, 1981

Recommandation concernant la promotion de la négociation collective Adoption: Genève, 67ème session CIT (19 juin 1981) - Statut: Instrument à jour.

Préambule

La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail, et s'y étant réunie le 3 juin 1981, en sa soixante-septième session;

Après avoir décidé d'adopter diverses propositions relatives à la promotion de la négociation collective, question qui constitue le quatrième point à l'ordre du jour de la session;

Après avoir décidé que ces propositions prendraient la forme d'une recommandation complétant la convention sur la négociation collective, 1981, adopte, ce dix-neuvième jour de juin mil neuf cent quatre-vingt-un, la recommandation ci-après, qui sera dénommée Recommandation sur la négociation collective, 1981.

I. Méthode D'Application

- 1. L'application des dispositions de la présente recommandation peut être assurée par voie de législation nationale, de conventions collectives ou de sentences arbitrales, ou de toute autre manière conforme à la pratique nationale.

II. Moyens de Promotion de la Négociation Collective

- 2. Pour autant qu'il est nécessaire, des mesures adaptées aux circonstances nationales devraient être prises en vue de faciliter la constitution et le développement, sur une base volontaire, d'organisations libres, indépendantes et représentatives d'employeurs et de travailleurs.
- 3. Autant qu'il est approprié et nécessaire, des mesures adaptées aux circonstances nationales devraient être prises pour que:
 - (a) les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs soient reconnues aux fins de la négociation collective;
 - (b) dans les pays où les autorités compétentes appliquent des procédures de reconnaissance en vue de déterminer les organisations qui bénéficient du droit de négociation collective, ladite détermination soit fondée sur des critères objectifs et préalablement définis concernant le caractère représentatif de ces organisations, ces critères devant être établis en consultation avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs.
- 4.
 - (1) Des mesures adaptées aux circonstances nationales devraient, si nécessaire, être prises pour que la négociation collective soit possible à quelque niveau que se soit, notamment ceux de l'établissement, de l'entreprise, de la branche d'activité, de l'industrie, ou aux niveaux régional ou national.
 - (2) Dans les pays où la négociation collective se déroule à plusieurs niveaux, les parties à la négociation devraient veiller à ce qu'il y ait une coordination entre eux.
- 5.
 - (1) Des mesures devraient être prises par les parties à la négociation collective pour que leurs négociateurs, à tous les niveaux, aient la possibilité de recevoir une formation appropriée.

- (2) Les pouvoirs publics pourraient, à la demande de celles-ci, fournir, pour cette formation, une assistance aux organisations de travailleurs et d'employeurs.
- (3) Le contenu et la surveillance des programmes en vue de cette formation devraient être déterminés par l'organisation appropriée de travailleurs ou d'employeurs intéressée.
- (4) Cette formation ne devrait pas porter atteinte au droit des organisations de travailleurs et d'employeurs de choisir leurs propres représentants aux fins de la négociation collective.
- 6. Les parties à la négociation collective devraient investir leurs négociateurs respectifs du mandat nécessaire pour conduire et conclure la négociation, sous réserve de toute disposition concernant des consultations au sein de leurs organisations respectives.
- 7.
 - (1) Des mesures adaptées aux circonstances nationales devraient être prises, s'il y a lieu, pour que les parties aient accès aux informations nécessaires pour pouvoir négocier en connaissance de cause.
 - (2) A cette fin:
 - (a) les employeurs publics et privés devraient, à la demande des organisations de travailleurs, fournir, sur la situation économique et sociale de l'unité de négociation et de l'entreprise dans son ensemble, les informations qui sont nécessaires pour permettre de négocier en connaissance de cause. Au cas où la divulgation de certaines de ces informations pourrait porter préjudice à l'entreprise, leur communication pourrait être liée à un engagement de les considérer comme confidentielles autant qu'il est nécessaire; les informations à fournir pourraient être déterminées par un accord conclu entre les parties à la négociation collective;
 - (b) les pouvoirs publics devraient fournir les informations nécessaires sur la situation économique et sociale globale du pays et de la branche d'activité intéressée, dans la mesure où la divulgation de ces informations n'est pas préjudiciable à l'intérêt national.
- 8. Des mesures adaptées aux circonstances nationales devraient, si nécessaire, être prises pour que les procédures de règlement des conflits du travail aident les parties à trouver elles-mêmes une solution aux conflits qui les opposent, qu'il s'agisse de conflits survenus pendant la négociation des accords, de conflits survenus à propos de l'interprétation et de l'application des accords ou de conflits visés par la recommandation sur l'examen des réclamations, 1967.

III. Disposition Finale

- 9. La présente recommandation ne porte révision d'aucune recommandation existante.

Source :

http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R163

Annexe 4 : Principes généraux de la charte du patient

- La protection de la santé est un droit fondamental pour tout citoyen, abstraction faite de sa position sociale, dans la limite des garanties prévues par la législation en vigueur.
- Les structures et établissements sanitaires sont ouverts à toutes les personnes dont l'état de santé requiert leurs services, sans discrimination aucune, et ce dans la limite de la législation et la réglementation en vigueur.
- Les structures et établissements sanitaires ainsi que les professionnels de la santé assurent la protection sanitaire du citoyen et la sauvegarde du climat de santé de l'individu et de la population.
- La loi garantit l'intégrité du malade, son intimité et la confidentialité des données relatives à son dossier médical. - Le patient a droit à l'information des différents diagnostics, soins proposés et actes préventifs nécessaires et d'en prendre son avis.
- Le patient doit être honnêtement informé des possibilités, modalités et moyens disponibles pour son traitement et ce afin de lui impliquer dans la prise de décision thérapeutique qui le concerne.
- L'égalité de tous à l'accès aux soins et à en tirer profit est un principe fondamental sur lequel est axée la législation sanitaire et dont les professionnels de la santé ainsi que tous les structures et établissements sanitaires doivent garantir.
- Le secret médical est la propriété du malade, il ne doit être divulgué au tiers que sur autorisation du malade ou dans les cas prévus par la loi.
- Le malade est tenu de collaborer avec l'équipe soignante en ce qui concerne les prestations préventives et curatives dont nécessite son état de santé.
- L'hospitalisation du malade ne doit avoir lieu qu'à défaut de toute possibilité de soins à domicile, dans les consultations externes ou à l'hôpital du jour.
- Le malade est tenu de se conformer au règlement intérieur de l'établissement sanitaire, de ne pas fumer au sein de ses locaux, de respecter les règles d'hygiène, de garder la tranquillité et de préserver les biens de l'établissement.
- Le malade est tenu de respecter les mesures prises par l'administration à l'intérieur de l'établissement hospitalier et de se conformer à l'ordre en vigueur.

Source : <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/articles/charteresume.pdf>

Voir aussi détails de la charte à l'adresse suivante:

<http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/articles/chartepatient.pdf>