



BILAN DES SYSTÈMES DE SANTÉ: La situation post-COVID en Tunisie

Mars 2024

Bilan des systèmes de santé : La situation post-COVID en Tunisie

Première édition en mars 2024

Cette étude a été préparée par l'équipe du programme Droit à la santé de l'unité Justice sociale et économique de l'Initiative Egyptienne pour les droits personnels (EIPR), en partenariat avec l'Alliance africaine et avec le soutien d'International Alert - Tunisie et de Skander Essafi en tant que chercheur principal.

La photo de couverture a été achetée avec une licence libre de droits.



Tous droits d'impression et de publication réservés. Ce rapport peut être redistribué avec une mention d'attribution à des fins non lucratives, sous licence Creative Commons.

www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	3
Résumé	8
Séminaire consultatif d'experts et de parties prenantes	9
Résultats	10
A. Prestation des services de santé	10
B. Personnel de santé	14
C. Systèmes d'information de santé publique	17
D. Accès aux médicaments essentiels	20
E. Financement des systèmes de santé	21
F. Leadership et gouvernance	23
G. Préparation aux épidémies	24
H. Communication en matière de santé publique	26
I. Mesures spécifiques à la COVID-19	26
Conclusion et recommandations	30
Références	31

PRÉSENTATION DU PROJET

Pourquoi un bilan "post-COVID" ?

Si la pandémie mondiale de COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé du monde entier, elle a également contribué à mettre en lumière leurs défauts et leurs faiblesses et, dans certains cas, elle a même accéléré un certain nombre de processus de réforme, non seulement en matière de préparation à la pandémie, mais aussi en matière de renforcement des systèmes de soins de santé dans leur ensemble.

Ce document fait partie d'une évaluation comparative des effets de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé et des changements qui en ont été la conséquence directe dans trois pays d'Afrique du Nord (Égypte, Tunisie et Maroc). Il examine l'impact de la pandémie sur le fonctionnement des systèmes de santé dans chacun de ces pays, en fournissant une vue d'ensemble des principaux changements et effets de la pandémie sur les systèmes de santé de chacun de ces pays.

L'objectif de cette évaluation est de contribuer à mettre en lumière les interventions nécessaires pour améliorer les conditions de travail des travailleurs du secteur de la santé, augmenter leur rétention et, par conséquent, construire des systèmes de santé plus aptes à

faire face aux différentes crises sanitaires (y compris les pandémies), tout en étant plus efficaces dans la réalisation de l'objectif de développement durable et tout en visant à assurer une couverture universelle des soins de santé pour tous. Cela devrait également fournir aux décideurs et aux acteurs de la société civile les connaissances nécessaires pour faire avancer les efforts de réforme des systèmes de santé.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière un certain nombre de défaillances et de vulnérabilités dans les systèmes de santé internationaux et nationaux. Mais avec la nécessité d'agir rapidement, et de nouveaux défis en matière de justice sociale et d'équité, notamment en ce qui concerne l'accès aux vaccins, et une distribution des services et des ressources de santé qui a pu être injuste dans de nombreux cas, la réalisation d'une évaluation post-pandémique du secteur des soins de santé fournira à nos sociétés une feuille de route potentielle pour aller de l'avant. Cela servira non seulement en termes de préparation à la pandémie, mais aussi pour ce qui est de la solidité, l'efficacité et l'état de la gouvernance du système de santé dans son ensemble.

L'évaluation fait le point sur les mesures et les interventions efficaces qui ont été mises en œuvre et ont reçu le feu vert dans le contexte de la pandémie, mais qui peuvent également fournir une multitude d'enseignements.

L'objectif est de faire en sorte que ce réservoir d'expériences, de réussites et d'échecs puisse être partagé au niveau régional, puis à l'échelle du continent, à des fins d'apprentissage mutuel et de collaboration.

L'objectif principal de cette série d'articles est de comprendre les changements et les effets de la pandémie sur les systèmes de santé et de mettre en évidence les interventions nécessaires pour les renforcer. Les partenaires de recherche de ce projet utiliseront ces informations pour identifier des recommandations politiques spécifiques dans chacun des documents et plaideront en leur faveur.

Sources et méthodes

Compte tenu des difficultés générales d'accès à des données fiables et actualisées sur les performances des systèmes de santé dans la région, l'équipe de recherche a opté pour une méthodologie de recherche qui s'appuie sur deux sources principales de données:

1. La littérature, les sources officielles et données diffusées par les gouvernements, ainsi que des données des agences internationales de développement (à savoir l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale).
2. Les consultations d'experts et de parties prenantes, qui fournissent un examen, des observations et analyses de ces

données à la lumière de leurs expériences pratiques, des politiques mises en œuvre et des réalités observées sur le terrain.

Outil d'étude

Pour mener à bien cet exercice, un outil d'étude a été créé, détaillant les différentes questions à examiner lors des consultations d'experts. Cet outil d'étude est basé sur le cadre des éléments constitutifs des systèmes de santé créé par l'OMS, ainsi que sur ses indicateurs et mesures pour le suivi de ces éléments constitutifs. Il comprend également des éléments basés sur l'indice de préparation aux épidémies publié en 2019 dans la revue *BMJ Global Health*. Ces deux cadres ont servi de guide aux chercheurs qui ont ajouté des détails sur chaque indicateur et mesure, les sources recommandées et une brève explication de leurs principales caractéristiques. Tous ces éléments ont ensuite été utilisés lors de l'exercice de révision par les experts sur lequel se fondent les conclusions du présent document.

Une version résumée de cet outil d'étude est disponible [via ce lien](#) et constitue une référence succincte pour les lecteurs intéressés par la méthodologie qui sous-tend notre enquête.



¹ Organisation mondiale de la santé, *Monitoring the Building Blocks of Health Systems, A handbook of indicators and their measurement strategies*, 2010, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

² Oppenheim B, Gallivan M, Madhav NK, et al. Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157 <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001157.full.pdf>



Limites

Bien que la méthodologie de l'étude ait été spécifiquement conçue en tenant compte de la difficulté d'obtenir des données fiables sur lesquelles fonder un avis objectif, les examens et analyses fournis s'efforcent d'être basés sur des données approuvées au niveau national chaque fois qu'elles sont disponibles. Toutefois, il a été impossible de parvenir à une conclusion consensuelle pour certains éléments de l'étude, ce qui a été clairement souligné dans les études, en mentionnant les raisons sous-jacentes.

Tous les efforts ont été déployés pour fournir une étude systématique reflétant des opinions objectives sur les systèmes de soins de santé. Cependant, ce document présente les opinions, analyses et recommandations potentiellement subjectives de ses auteurs et des experts consultés dans le cadre de brèves consultations. Ces consultations ont fait et leurs résultats donnent une vue d'ensemble sur les différents éléments du système de soins de santé sans entrer dans les détails de chaque composante.

A propos de la "Peoples Vaccine Alliance Africa"

PVA Africa est un mouvement régional d'organisations et de réseaux soutenus par des lauréats du prix Nobel, des chefs d'État, des experts de la santé, des économistes, des dirigeants mondiaux, des chefs religieux et des militants travaillant ensemble pour garantir aux Africains du monde entier un accès équitable aux vaccins. Logé au sein de l'Alliance Africaine, PVA Africa, comprend les dirigeants de cinq réseaux régionaux et ne perd jamais de vue le désir collectif de la décolonisation de la santé publique et du droit d'accès aux produits et à la science qui sauvent des vies. Le rôle de PVA Africa est de garantir que les voix, les priorités et le travail des activistes et des communautés africaines, dans toute notre diversité, se reflètent de manière significative dans le travail mondial de la PVA. PVA Africa s'efforce également de garantir que les interventions et stratégies visent à remédier au manque d'accès aux vaccins, tests et traitements contre le COVID-19, tout en adressant les inégalités de genre et économiques dans l'accès aux vaccins, et que ces approches sont abordées dans notre langage "Africain".



BILAN DU SYSTÈME DE SANTÉ TUNISIEN



RÉSUMÉ

Depuis la pandémie de COVID-19, de nombreuses observations ont été faites sur le système de santé tunisien, qui peuvent être inhérentes au caractère de la pandémie ou à d'autres développements concomitants. Un bilan des données quantitatives disponibles et une analyse qualitative réalisée par des experts ont été menés pour cartographier les changements intervenus dans les éléments structurels et les indicateurs du système de santé tunisien, ainsi que leurs causes. Pour ce faire, une analyse documentaire a été menée, plusieurs documents officiels ont été consultés et un outil d'étude a été développé sur base du cadre des composantes structurelles des systèmes de santé créé par l'OMS pour guider la discussion avec les experts du domaine au niveau national.

Les résultats de l'étude montrent que la plupart des indicateurs des blocs structurels des systèmes de santé tendent à se détériorer, et ce, même avant le début de la pandémie de COVID-19, en raison d'autres facteurs externes tels que la crise économique. Certaines mesures positives ont été prises au cours de la réponse à la pandémie et devraient être maintenues. Enfin, la discussion a mis en évidence un appel à une meilleure mise en œuvre des politiques et stratégies nationales en matière de santé.

SÉMINAIRE CONSULTATIF D'EXPERTS ET DE PARTIES PRENANTES

Grâce aux partenaires de recherche locaux du projet panafricain, une liste de 8 à 10 experts locaux des systèmes de santé et représentants des parties prenantes a été dressée pour chacun des pays étudiés. Chaque liste comprenait un ensemble varié d'experts clés représentant les différents acteurs concernés par le système de santé, notamment des représentants du gouvernement, des représentants des prestataires de services, des décideurs politiques, des parlementaires, des membres de la société civile, des universitaires et des prestataires de services de santé privés, entre autres.

Ces experts ont ensuite été invités à une consultation immersive pour donner leur avis sur la situation de chacune des composantes des piliers des systèmes de santé selon le contexte national correspondant, et ce en répondant à une question standard pour chacune de ces composantes : "En comparant la situation actuelle à celle de 2019 (avant COVID-19), cette composante s'est-elle améliorée, a-t-elle régressé ou est-elle restée la même ?"

Pour l'étude tunisienne en question, un groupe d'experts très diversifié et représentatif a été invité à participer à cet exercice. Il s'agit de:

1. Un médecin généraliste et un représentant du Ministère de la santé
2. Un gestionnaire retraité de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM)
3. Un chef de service retraité du département de médecine préventive et communautaire d'un hôpital universitaire
4. Un médecin généraliste et président d'une organisation de défense de la santé et des droits de l'homme
5. Un médecin généraliste à la retraite et militant de la protection des consommateurs dans le cadre des services de santé
6. Un jeune médecin actif dans la société civile
7. Un jeune dentiste actif dans la société civile
8. Un jeune pharmacien actif dans la société civile

Le facilitateur demandait ensuite aux participants de débiter par un vote initial afin de déterminer s'il existait une réponse consensuelle, suivi d'une discussion visant à justifier l'opinion de chaque expert. Les résultats de ces discussions ont ensuite été documentés et résumés dans une brève justification fournie dans le présent document sous chaque question.

RÉSULTATS

A. Prestation des services de santé

Indicateurs	2019	2020-2021
Nombre et répartition des établissements de santé pour 10 000 habitants	Première ligne : 1,97 (il manque les cabinets privés) Deuxième ligne : 0,03 Troisième Ligne: 0,03	Première ligne : 1,89 (il manque les cabinets privés) Deuxième ligne : 0,03 Troisième Ligne: 0,03
Nombre et répartition des lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants	2.83	2.23
Nombre de consultations externes pour 10 000 personnes par an	1,452.72	916.43 (2020) 898.91 (2021)

Source: Carte Sanitaire Nationale

1. L'exhaustivité

"Une gamme complète de services de santé est fournie, adaptée aux besoins de la population cible, comprenant des services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation, ainsi que des activités de promotion de la santé".



Avis d'experts



Pire que 2019

Les services de santé sont de moins en moins complets, en raison du manque de continuité des services essentiels et du manque de coordination et de collaboration entre les professionnels de la santé et les parties prenantes concernés.

Dans l'ensemble, les services ont perdu de leur exhaustivité et de leur qualité depuis 2019. Cette situation est la conséquence du manque d'accessibilité et de la baisse générale de la qualité des services de santé avant même le début de la pandémie de COVID-19, et peut être principalement attribuée aux restrictions budgétaires, à la pénurie de personnel et à la crise économique. Cette situation a particulièrement affecté les services de planning familial, de soins prénatal et postnatal, les soins pédiatriques, les services de lutte contre le VIH/sida, la gestion des maladies chroniques, les interventions chirurgicales et les services de santé mentale.

Le gouvernement n'a pas suffisamment étudié, exploré ou développé les initiatives privées diverses qui visaient à étendre la fourniture de services spécifiques grâce à des outils en ligne tels que ceux de la COVID-19, ce qui a eu pour effet de renforcer les lacunes dans les services, lesquelles ont été aggravées par la pandémie.

2. L'accessibilité

" Les services sont accessibles directement et en permanence, sans obstacles excessifs liés au coût, à la langue, à la culture ou à la géographie. Les services de santé sont proches des gens, avec un point d'entrée habituel dans le réseau de services au niveau des soins primaires (et non au niveau des spécialistes ou des hôpitaux). Les services peuvent être fournis à domicile, dans la communauté, sur le lieu de travail ou dans les établissements de santé, selon le cas".



Avis d'experts



Pire que 2019

Les experts consultés s'accordent à dire que les obstacles à l'accessibilité des services de santé ont augmenté ces dernières années par rapport à 2019. Cette situation a été largement attribuée aux défis économiques nationaux. La pandémie de COVID-19 a également contribué à cette dégradation.

3. Couverture

" La prestation de services est conçue de manière à couvrir toutes les personnes d'une population cible définie, c'est-à-dire les malades et les personnes en bonne santé, tous les groupes de revenus et tous les groupes sociaux".



Avis d'experts



Pire que 2019

Depuis 2019, l'augmentation de la couverture des soins de santé de la population dans son ensemble est une priorité des plans nationaux. La Caisse nationale d'assurance maladie devait étendre sa couverture avec un ensemble de soins de santé de base qui ciblerait une proportion importante de la population qui n'a pas eu cet accès jusqu'à présent (environ 2 millions de citoyens). Cependant, ces plans ont été entravés par la pandémie de COVID-19, les développements politiques ainsi que la crise économique qui a de plus en plus entravé la capacité de la caisse à atteindre cet objectif. Cette situation a entraîné une hausse des dépenses à charge des personnes et des familles, qu'elles soient assurées ou non.

4. La continuité

" La prestation de services est organisée de manière à fournir à un individu une continuité de soins à travers le réseau de services, les conditions de santé, les niveaux de soins et tout au long du cycle de vie".



Avis d'experts



Pire que 2019

La continuité des soins a été considérablement affectée, même avant le début de la pandémie de COVID-19, en raison du manque de personnel de santé (par exemple, les médecins quittent leur poste et ne sont pas remplacés), de l'absence de continuité en matière de soins (en particulier pour les maladies chroniques) et de la capacité à maintenir les services, à entretenir les équipements de santé et à garantir la disponibilité des médicaments. La crise économique a également rendu plus difficile l'accès aux services spécialisés dans les soins chroniques et a donc aggravé la continuité des soins. Cette situation a pu être aggravée par le COVID-19, mais ne peut lui être attribuée uniquement, car cette baisse était déjà perceptible avant le début de la pandémie..

5. La qualité

"Des services de santé de qualité signifient qu'ils sont efficaces, sûrs, centrés sur les besoins du patient et dispensés en temps utile".



Avis d'experts



Comme en 2019

Il n'existe pas de critères nationaux définis pour une qualité acceptable des services de soins de santé, et il a donc été difficile de parvenir à un consensus à cet égard. Les experts ont toutefois pu s'accorder sur le fait que des essais sont en cours pour élaborer des lignes directrices fondées sur des données probantes pour la gestion des soins de santé, par l'intermédiaire de l'Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS), afin d'accorder une accréditation officielle aux établissements de soins de santé selon un ensemble de normes mesurables. Des efforts sont également déployés pour améliorer la formation des professionnels de la santé. Toutefois, ces initiatives restent isolées et ne se sont pas encore traduites par une amélioration notable de la qualité des services de santé. Reconnaisant le manque de données fiables sur ce point, les experts ont convenu que la qualité des services restait largement inchangée par rapport à 2019.

6. Priorité aux personnes

"Les services sont organisés autour de la personne, et non de la maladie ou du financement. Les utilisateurs perçoivent les services de santé comme étant bien adaptés et satisfaisants pour eux. La population cible participe à la conception et à l'évaluation des services. Les personnes sont des partenaires dans leurs propres soins de santé".



Avis d'experts



Pire que 2019

Bien qu'il existe un potentiel pour mettre l'accent sur le patient dans les soins de santé de base, grâce au développement de la spécialité médicale de médecine familiale depuis 2017, ce potentiel n'a pas encore été suffisamment déployé. Il convient de noter les lacunes en matière de disponibilité des services et de couverture, ce qui affecte négativement tout travail en faveur d'une prise en charge centrée sur le patient. En outre, en raison de la congestion croissante des établissements de soins de santé et des carences en personnel de santé, il a été observé que moins de temps et d'attention sont accordés au patient, l'accent étant mis principalement sur la maladie, sur la résolution temporaire des problèmes de santé et sur une approche moins coordonnée.

7. La coordination

" Les réseaux locaux de services de santé sont activement coordonnés, entre les types de prestataires, les types de soins, les niveaux de prestation de services, et pour la préparation aux situations de routine et d'urgence. Le prestataire de soins de base du patient facilite l'accès aux services nécessaires et travaille en collaboration avec d'autres niveaux et types de prestataires. La coordination se fait également avec d'autres secteurs (par exemple, les services sociaux) et partenaires (par exemple, les organisations communautaires)"



Avis d'experts



Légèrement amélioré depuis 2019

Le COVID-19, le déploiement rapide de protocoles régulièrement mis à jour et la nécessité de coordonner les efforts, au niveau national, pour contenir la maladie ont ouvert la voie à une meilleure coordination des services de soins de santé. Il est également possible de mieux coordonner la gestion des services de santé au niveau national grâce au développement de plateformes numérisées et à leur interopérabilité, ce qui nécessite des investissements supplémentaires pour rendre le processus de partage des données médicales plus efficace. Pourtant, ces opportunités ne sont pas encore explorées de manière satisfaisante.

8. Responsabilité et efficacité

" Les services de santé sont bien gérés afin d'atteindre les principaux éléments décrits ci-dessus avec un minimum de perte de ressources. Les gestionnaires disposent de l'autorité nécessaire pour atteindre les objectifs prévus et sont tenus responsables des performances et des résultats globaux. L'évaluation comprend des dispositifs appropriés pour la participation de la population cible et de la société civile".



Avis d'experts



Comme en 2019

Toujours dans le cadre de la qualité et de la coordination des services, il n'y a pas de repères définis pour la responsabilité, car il n'y a pas d'incitations ou de mécanismes pour encourager les gestionnaires des institutions et le personnel de santé à améliorer constamment leurs services auprès des diverses organisations externes. C'est le cas depuis bien avant 2019. Les difficultés croissantes rencontrées récemment par la société civile et les problèmes de communication avec les fonctionnaires et les décideurs risquent également de faire régresser la situation pour la période à venir.

B. Personnel de santé

Indicateur	2019	2020-2021
Nombre d'agents de santé pour 10 000 habitants (par profession et dans les secteurs public et privé)	Médecins généralistes : 6.6 Spécialistes : 6,6 Pharmaciens : 2,37 Dentistes : 4.8	Médecins généralistes : 5.8 Spécialistes : 7,7 Pharmaciens : 2,45 Dentistes : 3.76

Source: Carte Sanitaire

1. Planification stratégique et système de gestion des ressources humaines médicales

"La façon dont l'autorité sanitaire gère et élabore des plans concernant les ressources humaines dans les systèmes de santé. Les systèmes de recrutement et de déploiement, y compris les systèmes d'incitation, garantissent que les établissements de santé respectent les normes de dotation en personnel recommandées au niveau national".



Avis d'experts



Comme en 2019

Il n'y a pas de planification ni de vision claire sur le recrutement du personnel de santé, ce qui s'explique par l'absence d'évaluation des besoins en termes de disciplines et de spécialisations dans chaque gouvernorat et région. La situation s'est aggravée avant 2019. Il ne semble pas y avoir de coordination suffisante entre la demande et l'offre de professionnels de la santé avec de nouvelles recrues dans les facultés et les écoles des sciences de la santé.

2. Taille

"La taille du personnel de santé national, y compris le recrutement et la formation".



Avis d'experts



Pire que 2019

Le nombre de médecins et d'auxiliaires médicaux a diminué en raison de la fuite des cerveaux et de la migration de la main-d'œuvre, en particulier pour les infirmières. Il n'existe pas d'indicateur clair sur la répartition de la main-d'œuvre entre les régions. Certains experts ont affirmé que les chiffres communiqués dans les précédents rapports nationaux sur la santé semblaient biaisés et incohérents pour établir des comparaisons d'une année à l'autre. Le nombre de spécialistes semble avoir augmenté, mais cela est dû au développement de la nouvelle spécialisation en médecine familiale. Des lacunes importantes ont été observées au niveau du personnel de santé dans les régions et les spécialités qui étaient couvertes par le passé.

3. Capacité

"La capacité des établissements d'enseignement des professions de la santé, y compris la quantité et la qualité des instructeurs et du personnel auxiliaire".



Avis d'experts



Pire que 2019

Les établissements d'enseignement de santé sont confrontés à une pénurie plus importante sur les normes de formation et d'équipements. De plus en plus de professeurs d'université quittent les universités et ne sont pas remplacés, ce qui a un impact sur la formation théorique et pratique des étudiants. Des déficits de capacité ont naturellement été observés au cours de la pandémie COVID-19, notamment en ce qui concerne le besoin de personnel de santé hautement spécialisé et formé pour les soins plus pointus. En outre, les lacunes en matière de capacité ont été plus perceptibles après 2020 et même ultérieurement.

4. Le secteur privé

"Interaction avec le secteur privé ou réglementation du secteur privé nécessitant une connaissance précise du nombre, des caractéristiques et des qualifications des prestataires du secteur privé".



Avis d'experts



Comme en 2019

Il existe une certaine collaboration au niveau local avec des institutions privées et des professionnels de la santé, afin de combler les lacunes dans certaines disciplines. Cependant, ces initiatives sont toujours provisoires et n'ont pas été incorporées dans des stratégies nationales. La pandémie de COVID-19 a été marquée par l'implication du secteur privé dans les tests et les mesures de vaccination, mais elles n'ont pas été consolidées par une politique concrète de partenariat public-privé jusqu'à présent.

5. Gestion de la migration du personnel de santé

"Gestion du marché du personnel de santé dans les pays qui connaissent une forte migration des professionnels de la santé, des efforts pourraient être entrepris pour maîtriser les pressions exercées par le marché international sur la migration des professionnels de la santé".



Avis d'experts

X

Pas de consensus

Nous avons déjà mentionné qu'il existe un flux important de migration du personnel de santé. Cette migration s'inscrit soit dans le cadre d'une coopération multilatérale contrôlée au niveau gouvernemental, soit, dans de nombreux cas, dans le cadre d'une "migration non organisée", en particulier pour les médecins, les infirmiers et les dentistes. Des discussions sont toujours en cours pour réguler ce flux global de migration et accroître les collaborations multilatérales entre pays. Jusqu'à présent, cette situation est gérée en recourant à des solutions provisoires, telles que des mesures de rétention du côté tunisien et un recrutement adapté aux besoins du pays au niveau régional, ainsi qu'avec les pays dans lesquels le personnel de santé est recruté.

6. Gestion de l'inefficacité

"Les inefficacités peuvent inclure l'identification et la réduction de l'absentéisme des travailleurs, connue pour être un problème important dans le système de santé publique dans de nombreux contextes"



Avis d'experts

X

Pas de consensus

En l'absence de données fiables, il a été difficile de parvenir à un consensus sur cet aspect de la gestion du personnel de santé.

7. Motivation et performance du personnel

"Motivation et productivité du personnel de santé, ce qui peut inclure le renforcement de la supervision. Il s'agit potentiellement de l'un des instruments les plus efficaces pour améliorer les compétences individuelles des travailleurs et la gestion efficace de la performance des travailleurs de la santé".



Avis d'experts



Comme en 2019

Les experts consultés n'ont pas pu identifier d'améliorations ou de reculs en ce qui concerne la motivation du personnel et la gestion des performances.

C. Systèmes d'information de santé publique

Le COVID-19 et les obligations internationales concernant sa gestion par les États ont imposé un certain nombre de mesures concernant la fourniture de données mises à jour, d'une façon régulière et standardisées sur la mortalité, la morbidité et la vaccination liées au COVID-19. Cette section étudie si ces mesures se sont poursuivies ou se sont intensifiées après la COVID-19 et si elles étaient suffisamment précises ou pas.

1. Génération de données

"Capacité de production de données à l'aide de sources et de méthodes essentielles (enquêtes sanitaires, enregistrement des faits d'état civil, recensement, rapports sur les établissements, suivi des ressources du système de santé). Ces critères reflètent la capacité du pays à collecter des données pertinentes à des intervalles appropriés et à utiliser les sources de données les plus adéquates. Les repères comprennent la périodicité, l'actualité, le contenu des outils de collecte de données et la disponibilité des données sur les indicateurs clés".



Avis d'experts



Comme en 2019

Les données générales et les données relatives à la santé sont généralement centralisées au niveau gouvernemental. Cependant, il n'est pas toujours évident de savoir quand ces données sont collectées et à quelle fréquence elles sont partagées.

2. Analyse et validation des données

"Capacités nationales de synthèse, d'analyse et de validation des données. Ce critère mesure les dimensions clés des cadres institutionnels nécessaires pour garantir la qualité des données, y compris l'indépendance, la transparence et l'accès. Les critères de référence comprennent la disponibilité de mécanismes de coordination indépendants et la disponibilité de micro données et de métadonnées.



Avis d'experts



Comme en 2019

Les données n'étant pas toujours disponibles et accessibles, elles ne sont analysées qu'à des fins internes et ad hoc. Il n'existe pas de stratégie standardisée pour utiliser et mettre en œuvre des initiatives utilisant ces données.

3. Disponibilité d'enquêtes de santé

" Le pays dispose d'un plan d'enquête chiffré sur dix ans qui couvre tous les thèmes de santé prioritaires et prend en compte d'autres sources de données pertinentes".



Avis d'experts



Comme en 2019

Il existe des enquêtes nationales sur la santé, qui se sont multipliées en période de COVID-19. Toutefois, cela a fini par devenir une occasion manquée d'élaborer une stratégie pour la réalisation régulière d'enquêtes sur la santé.

4. Disponibilité de registres des naissances et des décès

"Les objectifs visés sont les suivants : Enregistrement d'au moins 90 % des naissances, enregistrement d'au moins 90 % des décès, utilisation de la CIM-10 dans les hôpitaux de district et communication des causes de décès au niveau national".



Avis d'experts



Comme en 2019

Les experts consultés s'accordent à dire que les données de registres sont généralement centralisées et qu'il n'existe pas de modèle spécifique et prévisible quant à la manière et au moment de leur partage.

5. Disponibilité des recensements

"Recensement effectué au cours des 10 dernières années, avec des projections démographiques disponibles, pour les districts et zones administratives plus petites, pour les 10 prochaines années, imprimé ou électronique - et bien documenté".



Aucun changement particulier n'a été constaté à cet égard.

6. Disponibilités de rapports sur les établissements de santé

"L'accent est mis sur les systèmes de notification des maladies à déclaration obligatoire et sur l'utilisation des technologies modernes de communication, ainsi que sur la communication de statistiques du district au niveau national.



Les rapports des établissements de santé sont de moins en moins disponibles, même sur demande. Il n'existe pas encore de culture claire en matière de production de données sanitaires et de bases de données, malgré les efforts et le soutien technique de l'Organisation mondiale de la santé.

7. Disponibilité du suivi des ressources du système de santé

" Il s'agit notamment d'au moins un exercice de comptes nationaux de la santé clôturé au cours des cinq dernières années, d'une base de données nationale avec les établissements de santé relevant les secteurs public et privé et d'un géocodage, disponibles et mis à jour au cours des trois dernières années".



Les derniers comptes nationaux de la santé ont été publiés en 2015 et aucune mise à jour ou évolution n'a été enregistrée depuis.

D. Accès aux médicaments essentiels

1. L'accès aux médicaments essentiels en tant que droit

"Accès aux médicaments/technologies essentiels dans le cadre de la réalisation du droit à la santé, reconnu dans la constitution ou la législation nationale comme faisant partie de la concrétisation progressive du droit à la santé et/ou comme un droit spécifique de tous les citoyens".



Avis d'experts



Comme en 2019

Le droit à la santé est inscrit dans la constitution nationale et tout citoyen peut se prévaloir de ce droit. Cela permet généralement l'accès aux médicaments essentiels, mais il n'existe pas de liste nationale officielle des médicaments essentiels, de sorte que la reconnaissance de "l'accès aux médicaments essentiels" en tant que droit ne peut être comprise que comme une composante implicite, extrapolée des droits des citoyens à la santé.

2. Politique nationale publiée en matière de médicaments

"Existence et année de la dernière mise à jour d'une politique nationale officielle en matière de médicaments et mise à jour au cours des cinq dernières années".



Avis d'experts



Comme en 2019

Il existe une politique nationale en matière de médicaments, qui prévoit un soutien au développement des médicaments génériques, mais elle n'est pas publiée. Cela s'explique principalement par le fait qu'elle est encore sujette à discussion et qu'elle n'a pas encore été validée à un plus haut niveau politique.

3. Publication d'une liste nationale des médicaments essentiels

"Existence et année de la dernière mise à jour d'une liste nationale de médicaments essentiels, publiée et mise à jour au moins au cours des cinq dernières années.



Avis d'experts



Comme en 2019

Il était encore prévu, au moment de la rédaction de ce rapport, de voter une liste nationale de médicaments essentiels en 2023. Il existe une liste de médicaments essentiels partagée par la Caisse nationale d'assurance maladie, dans le cadre de remboursements, et qui devrait en théorie être approuvée au niveau gouvernemental.

4. Disponibilité pratique des médicaments essentiels

"Dans la pratique, les médicaments essentiels sont-ils disponibles et accessibles à tous les niveaux de soins ?



Avis d'experts



Pire que 2019

L'approvisionnement en médicaments essentiels a été fortement perturbé et cette perturbation s'est accentuée au cours des dernières années. Cette situation est due à plusieurs facteurs, dont l'absence de représentation des multinationales pharmaceutiques, essentiellement dans les appels d'offres locaux, car elles ne sont pas rentables, notamment face aux fabricants locaux capables de fournir de nombreux médicaments génériques moins chers. Cependant, le manque de production ne répond pas nécessairement pour autant aux besoins de la population. Dans d'autres cas, lorsqu'il n'existe pas de médicaments génériques, il y a des problèmes de remboursement par la pharmacie centrale nationale. Avec des budgets limités et des contraintes financières, la pharmacie centrale est contrainte de modifier les protocoles de traitement de certaines maladies chroniques, en remplaçant les médicaments indiqués par des médicaments essentiels plus basiques et à l'efficacité réduite. Dans l'ensemble, cette situation était prévisible même avant 2019, en raison des dettes importantes contractées auprès de la pharmacie centrale.

E. Financement des systèmes de santé

Indicateur	2019	2020-2021
Dépenses totales de santé (en millions d'USD)	189.75	2020: 221.68
Dépenses de santé des administrations publiques en proportion des dépenses des administrations publiques (GGHE/GGE)	5.47%	2020: 6.34%
Rapport entre les dépenses de santé à la charge des ménages et les dépenses totales de santé	42.9%	2020: 36.4%

Sources: Comptes nationaux de la santé (CNS), Registre de l'Organisation mondiale de la santé

1. Dépenses publiques de santé

"Dépenses de santé des administrations publiques en proportion des dépenses des administrations publiques"



Avis d'experts



Pire que 2019

On observe une baisse considérable des dépenses publiques de santé en 2022 et plus encore en 2023 (baisse de 25 %). Cela est principalement dû aux coupes budgétaires générales liées à la crise économique et aux dépenses supplémentaires pour la gestion du système de santé pendant la pandémie.

2. Protection contre les risques financiers et couverture pour les groupes vulnérables

"Population couverte par l'assurance maladie. Mécanismes mis à disposition pour assurer la couverture des populations les plus vulnérables"



Avis d'experts



Pire que 2019

En raison de la crise économique générale et à la suite de la réponse à la pandémie de COVID-19, il a été observé que la population en général, et plus particulièrement les groupes vulnérables, bénéficiaient d'une protection moindre contre les risques. On s'attend donc à une augmentation des dépenses de santé, même si aucun chiffre national n'est disponible pour confirmer cette évaluation.

3. Transparence financière

"Transparence financière aux niveaux opérationnel et managérial"



Avis d'experts



Comme en 2019

Les comptes nationaux de la santé et les dépenses de santé détaillées ne sont pas publiés régulièrement, ce qui soulève des questions quant à la transparence et à la viabilité des finances du système général de santé. Les chiffres publiés sur le site web de l'Organisation mondiale de la santé pour 2020 et 2021 semblent être une estimation et non un chiffre officiel communiqué au niveau du gouvernement national.

4. Paiements directs

"Rapport entre les dépenses de santé à la charge des ménages et les dépenses totales de santé."



Avis d'experts



Pire que 2019

Avec la crise économique générale et la pandémie de COVID-19, on s'attend à une augmentation des dépenses directes sur la santé, même si aucun chiffre national n'est disponible pour confirmer cette évaluation.

F. Leadership et gouvernance

Une stratégie nationale récente a été publiée mais n'est pas encore bien exécutée. La représentation de la société civile dans les processus décisionnels a diminué ces dernières années.

1. Stratégie nationale de santé

"Comment est-elle construite ? Est-il accessible au public ? Est-elle régulièrement mise à jour ? Est-elle contraignante ?



Avis d'experts



Amélioré depuis 2019

L'élaboration de la première stratégie nationale de santé depuis le lancement du dialogue de société sur la santé (lancé après la révolution tunisienne) a commencé, avec un objectif pour 2030, et sa mise en œuvre opérationnelle est en cours. Ce processus a été accéléré en particulier après la pandémie de COVID-19. Cependant, la feuille de route de sa mise en œuvre reste vague.

2. Représentation

"Toutes les parties prenantes sont-elles régulièrement représentées dans le processus décisionnel ? Dans quelle mesure le processus de prise de décision est-il participatif au niveau de la prestation de services, au niveau du district et au niveau national ?



Avis d'experts



Comme en 2019

Depuis 2014, le dialogue sociétal de la santé a impliqué différents acteurs et membres de la société civile. Cette initiative a été saluée, mais elle n'est pas toujours participative et n'est pas jugée suffisamment inclusive à l'égard de toutes les parties prenantes et des minorités, notamment en ce qui concerne les processus décisionnels plus avancés et l'exécution de la stratégie nationale.

3. Transparence et 4. l'obligation de rendre compte

"Les informations sont-elles mises à disposition de manière transparente, précise et opportune ?
Les données nationales sur la santé sont-elles accessibles à tous, à tous les niveaux ?
"Existe-t-il des mécanismes de responsabilité locale et nationale à l'égard des prestataires de services et des régulateurs ?



La mise en œuvre et le suivi des stratégies nationales posent un problème général, que l'on observe depuis longtemps. Les mécanismes de responsabilisation font également toujours défaut. Il est nécessaire de mettre en place un organe directeur multisectoriel, réunissant les autorités sanitaires et d'autres institutions, tout en bénéficiant du soutien d'organisations et de fonds externes et internationaux. Ces défaillances entraînent une fragmentation des efforts des différentes parties prenantes et un manque de transparence dans le suivi de ces stratégies.

5. Mécanismes de recours

N'a pas pu être évaluée.

G. Préparation aux épidémies

1. Infrastructure de santé publique



Certaines améliorations ont été observées (plate-forme de vaccination EVAX 2.0 pour la vaccination en général en dehors de la COVID, par exemple) bien que le statu quo demeure en ce qui concerne l'infrastructure en matière de préparation.

2. La surveillance



Il existe un système de surveillance et une institution nationale qui s'occupe des épidémies émergentes. Cette institution s'est structurée et a gagné en notoriété avec la pandémie de COVID-19.

3. L'immunisation



Le programme national de vaccination des nouveau-nés et des enfants est le même depuis 2019 et les résultats obtenus sont similaires. Cependant, une opportunité s'est présentée et a été exploitée pour utiliser la plateforme numérique nationale du vaccin anti-COVID à des fins bien plus étendues, notamment pour servir le programme national de vaccination des nouveau-nés et des enfants. Elle est actuellement en cours d'exécution.

4. Capacité des hôpitaux



La capacité globale des hôpitaux ne s'est pas améliorée (quelques nouvelles unités ont été ouvertes, mais pas pour la préparation aux épidémies).

5. Laboratoires



Un plus grand nombre de laboratoires ont ouvert et apporté de nouvelles techniques - en particulier dans le secteur privé - dans le diagnostic du COVID et d'autres maladies infectieuses.

6. La coordination



Le ministère de la santé discute actuellement de l'élaboration d'une stratégie de réponse et de préparation aux situations d'urgence, en marge des efforts internationaux déployés pour lutter contre les menaces sanitaires et les pandémies à venir.

H. Communication en matière de santé publique

Après les grandes vagues de COVID-19 (2020 et 2021), on constate moins de mesures de protection sanitaire et, d'une manière générale, moins d'initiatives de sensibilisation à la santé publique.

1. L'éducation publique et 2. L'éducation au risque



Après les grands pics de COVID-19, aucune campagne d'éducation à la santé publique n'est actuellement en cours. Il semblerait que les professionnels de la santé soient devenus moins indulgents à l'égard de l'application des mesures sanitaires. En outre, le sentiment général est qu'aucune autre pandémie ne frappera autant que la pandémie de COVID-19 en 2021. Certaines initiatives d'éducation ont lieu, comme la publicité sur la bronchiolite diffusée l'hiver dernier, mais elles ne s'inscrivent dans aucune stratégie de santé publique et de préparation aux épidémies.

3. Communication avec le personnel de santé



En règle générale, il n'existe pas de plates-formes de communication officielles entre les professionnels de la santé (par exemple, des listes de diffusion), que ce soit au sein d'une même discipline ou au sein des hôpitaux et de leurs services respectifs. Cela entrave le flux d'informations concernant les mesures de préparation et de protection contre les épidémies qui doivent être mises en œuvre à tous les niveaux et dans tous les secteurs..

I. Mesures spécifiques à la COVID-19

Des améliorations ont été constatées concernant les mesures de dépistage et la couverture vaccinale. Aucun consensus n'a été atteint pour ce qui est de la transparence continue des données, l'estimation ou la sous-estimation de la morbidité ainsi que sur la question de la non accessibilité financière des mesures de dépistage et de l'hospitalisation dans le secteur privé.

1. Données COVID disponibles (incidence, mortalité, morbidité) ?



Les données relatives à la COVID pendant la pandémie étaient généralement disponibles et accessibles via les principaux canaux de communication et les médias sociaux..

2. Données COVID crédibles ? 3. Données COVID fiables ? et 4. Données COVID accessibles ?



Les données, bien que généralement fiables, ont montré des retards occasionnels et une fragmentation attribués aux disparités régionales et sectorielles dans la collecte, en particulier durant les vagues initiales (fin 2020-début 2021). La crédibilité des données sur la morbidité peut être remise en cause notamment en raison de l'utilisation des tests rapides COVID-19 qui ont pu conduire à une sous-estimation des cas.

5. Couverture vaccinale garantie ? 6. Équité vaccinale atteinte ? et 7. Accès aux vaccins pour les populations à haut risque et les groupes cibles ?



La couverture vaccinale a été assurée dans l'ensemble du pays, après une période de stabilisation et après avoir disposé d'un nombre suffisant de doses pour couvrir l'ensemble du pays. L'équité a été l'un des grands principes en matière de couverture dans l'organisation des campagnes de vaccination, et les vaccins ont été accessibles d'abord à la population à haut risque, puis au reste de la population, et notamment à la population immigrée. Des caravanes spéciales ont été organisées pour atteindre les populations difficiles d'accès dans les zones rurales, grâce à la mobilisation militaire.

8. Des boosters étaient-ils disponibles ? et 9. Le taux de couverture des boosters a-t-il été atteint ?



Les rappels étaient accessibles et les personnes étaient encouragées à se rendre dans le centre de vaccination le plus proche une fois le délai recommandé écoulé après la première dose. Néanmoins, une certaine hésitation est apparue concernant les injections de rappel, en particulier chez les personnes vaccinées avec des vaccins associés à des effets secondaires plus importants. Par conséquent, on a observé une réduction de la couverture vaccinale prévue, principalement lors de l'administration de la deuxième et troisième doses.

10. Accès aux tests garanti ? et 11. Caractère abordable des tests garanti ?



Au cours des premières vagues de COVID-19, l'accès aux tests était assez difficile car seuls quelques centres de dépistage étaient autorisés à effectuer la RT-PCR. Par la suite, un plus grand nombre de laboratoires et de cliniques privés ont été autorisés à organiser et à fournir des tests, et des tests rapides ont été mis au point et commercialisés. Toutefois, ces derniers n'étaient pas toujours dignes de confiance et la RT-PCR a été jugée très coûteuse dans le secteur privé pour l'ensemble de la population.

12. Accès au traitement assuré ? 14. Coût abordable du traitement garanti ?



Le traitement des patients atteints de COVID-19 était variable, allant des patients symptomatiques (forme légère) à une forme avancée et nécessitant un apport en oxygène. Les traitements des symptômes légers étaient généralement disponibles dans les pharmacies privées, mais ils n'étaient pas tous recommandés ni abordables pour le grand public. D'autre part, les patients qui devaient être hospitalisés devaient attendre à la maison ou aux urgences pour trouver un lit dans le service ou en unité de soins intensifs. La vague de juillet 2021 a été très critique, avec un engorgement des hôpitaux et des services, et avec même une interruption de l'approvisionnement en oxygène dans certains hôpitaux. Les patients ont donc dû être transférés vers d'autres hôpitaux et cliniques privées, ce qui n'a pu être fait que dans la mesure où cela s'avérait pratique et financièrement viable.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- Avant même la pandémie de COVID-19, qui a eu un impact considérable sur le système de santé tunisien, la tendance générale avant 2019 tendait vers une dégradation de la plupart des indicateurs des éléments constitutifs du système de santé. Cela est dû à la crise économique persistante dans le pays et à l'insuffisance des budgets à travers les institutions nationales, telles que la Caisse nationale d'assurance maladie, et la pharmacie centrale.
- À la fin des grands pics de COVID-19, en 2021 et 2022, on constate une rechute due à un manque général de discipline à l'égard des mesures d'hygiène et de préparation aux épidémies parmi les professionnels de la santé et les citoyens, ce qui semblait reposer sur la croyance qu'aucune pandémie majeure similaire ne pourrait frapper le pays.
- Il était possible de s'appuyer sur les initiatives mises en œuvre lors de la pandémie de COVID-19, telles que l'utilisation de nouveaux équipements et installations qui étaient dédiés au COVID-19. Toutefois, on a constaté que ces ressources n'ont pas été utilisées de manière optimale après la pandémie.
- Il y a encore de l'espoir pour donner suite aux succès d'actions ciblées dans le cadre du COVID-19, telles que la numérisation de la plateforme de vaccination de routine des enfants, l'élaboration d'un plan de prévention et de réponse à la préparation aux situations d'urgence, ainsi que l'opérationnalisation de la stratégie nationale de santé.
- Au-delà du soutien et du financement des donateurs externes, il est nécessaire de centraliser les opérations des systèmes de santé vers des solutions plus indépendantes et durables qui pourraient se développer d'elles-mêmes une fois le financement arrivé à son terme.
- Il est nécessaire d'améliorer constamment les informations et les données relatives à la santé afin d'élaborer des stratégies fondées sur des données probantes. Cela pourrait être une leçon tirée des rapports sur la COVID-19.
- Les responsables tunisiens de la santé devraient mettre davantage l'accent sur l'élaboration de stratégies et de politiques, sur la base d'enquêtes et d'informations sanitaires disponibles, dont la mise en œuvre peut ainsi être étroitement surveillée. Une attention particulière devrait également être accordée à la réduction des obstacles bureaucratiques auxquels se heurtent la création et la mise en œuvre de ces stratégies. Cette démarche est particulièrement nécessaire dans le cas de la stratégie nationale de santé, de la stratégie de recrutement des professionnels de la santé et de la politique nationale en matière de médicaments essentiels.

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé, Monitoring the Building Blocks of Health Systems, A handbook of indicators and their measurement strategies, 2010, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
2. Oppenheim B, Gallivan M, Madhav NK, et al. Assessing global preparedness for the next pandemic: development and application of an Epidemic Preparedness Index. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157, <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001157.full.pdf>
3. Ministère de la santé, Tunisie. Carte Sanitaire 2019
4. Ministère de la santé, Tunisie. Carte Sanitaire 2020-2021
5. Organisation mondiale de la santé. Indicators and data - Global Health Expenditure Database. Accessible sur: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>



L'Initiative Egyptienne pour les droits personnels (EIPR) œuvre depuis 2002 au renforcement et à la protection des droits et libertés fondamentaux en Égypte, par le biais de la recherche, de la défense et du soutien aux litiges dans les domaines des libertés civiles, des droits économiques et sociaux et de la justice pénale.



Fondée en 2012, l'Alliance cherche à renforcer et à amplifier les voix de la société civile qui travaillent sur des solutions aux pandémies actuelles et futures, ainsi que celles qui travaillent dans le secteur de la santé sur l'accès et la qualité des services, ayant un impact sur les populations mal desservies dans l'une des régions les plus inégalitaires du monde.

Pour ce faire, l'Alliance se concentre sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies d'éducation et d'engagement du public, de plaidoyer, de réforme politique et de traduction des résultats de la recherche, afin de garantir que toutes les personnes du continent soient informées de leurs droits et disposent des compétences et de l'accès à des plateformes leur permettant de réclamer des comptes sur les violations commises.



Depuis plus de 30 ans, International Alert s'efforce de construire une paix positive et de réduire la violence, en travaillant au-delà des lignes de conflit et avec toutes les parties aux conflits. Sa vision est que les personnes et leurs sociétés peuvent résoudre les conflits sans violence, en travaillant ensemble pour construire une paix durable et inclusive.

En Tunisie, International Alert travaille depuis 2012 à soutenir le processus de transition démocratique en favorisant l'inclusion des groupes exclus et marginalisés.

