

La documentation tunisienne de « Santé Publique » en post révolution, à la saveur de la liberté. Pour un nouveau Système National de Santé équitable, participatif et performant

Tunisian documentation of «Public Health» in post revolution, with a taste of freedom. For a fair, participatory and efficient National Health System

Ahmed Ben Abdelaziz¹, Asma Ben Abdelaziz², Chokri Zoghلامي³, Mohamed Khelil⁴, Tarek Barhoumi⁵, Sami Ben Abdelfattah⁶, Kamel Ben Salem⁷

1. Professeur de Médecine Préventive à la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie). Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière ». 2. Résidente en Biologie Clinique. Faculté de Pharmacie de Monastir. Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière ».

3. Médecin généraliste. Direction des Systèmes d'Information au CHU Sahloul de Sousse. Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière ».

4. Médecin généraliste. Direction des Systèmes d'Information au CHU Sahloul de Sousse. Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière ».

5. Directeur Régional de la Santé à Kairouan. Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière ».

6. Médecin administrateur. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) de la Tunisie.

7. Professeur de Médecine Préventive et Communautaire (Tunisie)

RÉSUMÉ

Contexte: Après la révolution tunisienne de 2010/2011, une nouvelle littérature de Santé Publique a émergé, aussi bien par les départements ministériels que par la société civile, marquée par la transparence des données et la globalité de l'approche.

Objectif: Repérer les idées maitresses du nouveau discours de la Santé Publique tunisienne en post révolution 2010/2011, conciliant les principes d'un paradigme globalisant avec les problèmes de santé d'un pays en transition.

Méthodes : Au cours de cette recherche qualitative, une série sélectionnée de trois rapports tunisiens de Santé Publique, édités au cours du premier quinquennat de la révolution 2010/2011, a été lu par une équipe indépendante d'experts en Santé Publique, n'ayant pas contribué à leur élaboration, afin d'identifier les fondements consensuels du nouveau discours de Santé Publique de la post révolution. Ces documents ont été les suivants: la « carte sanitaire 2011 » du Département des Etudes et de Planification du Ministère de la Santé, le rapport du « dialogue sociétal » sur les politiques, les stratégies et les plans de santé (2014), et le « rapport sur le droit à la santé en Tunisie » (2016).

Résultats: La lecture de cet échantillon de la littérature de Santé Publique tunisienne, de la post révolution, a fait ressortir trois idées maitresses consensuelles:

1. Le principe constitutionnel du « droit à la santé » (article 38 de la constitution) avec son corollaire l'obligation de l'Etat d'assurer un accès aux soins globaux, de qualité et sécurisés; 2. Le défi des «inégalités » sociales d'accès aux soins, renforcées par une disparité régionale de répartition des ressources, particulièrement de haute technicité (médecins spécialistes, structures universitaires); 3. Le plaidoyer pour un Système National de Santé, fondé sur la couverture sanitaire universelle pour son financement et la participation citoyenne dans sa gouvernance.

Conclusion: La nouvelle littérature de la Santé Publique tunisienne, en post révolution, appelle tous les acteurs de la Médecine Préventive et Communautaire à remplacer leurs pratiques segmentaires, techniques et hospitalières par une nouvelle approche centrée sur la mise en place d'un Système National de Santé, fondé sur un financement socialisé des soins et une participation citoyenne dans son management

Mots-clés

Santé Publique - Justice sociale - Droits des patients - Disparités d'accès aux soins - Financement des soins de santé - Couverture maladie universelle – Gouvernance clinique - Participation sociale - Médecine préventive – Tunisie.

SUMMARY

Context: Following the Tunisian revolution of 2010/2011, a new Public Health literature emerged, by the ministerial departments as well as the civil society, which was marked by the transparency and the comprehensiveness of the approach.

Objective: To identify the key ideas of the new Tunisian Public Health discourse, reconciling the principles of a globalizing paradigm with the health problems of a country in transition.

Methods: During this qualitative research, a selected series of three Tunisian reports of Public Health, published in the first quinquennium of the revolution, was read by an independent team of experts in Public Health, not having contributed to their elaboration, to identify the consensual foundations of the new Public Health discourse. These documents were: the "2011 Health Map" of the Department of Studies and Planning of the Ministry of Health, the «Societal Dialogue Report on Health Policies, Strategies and Plans» (2014), and the «Report on the right to health in Tunisia» (2016).

Results: The reading of this sample of the Tunisian Public Health literature of the post-revolution brought out three consensual ideas: 1. The constitutional principle of the «right to health» (article 38 of the constitution) with its corollary the State's obligation to ensure access to comprehensive, quality and secure care; 2. The challenge of social «inequalities» of access to care, reinforced by a regional disparity in the distribution of resources, particularly high-tech (specialist doctors, university structures); 3. Advocacy for a National Health System, based on a universal health coverage for its funding and citizen participation in its governance.

Conclusion: The new Tunisian Public Health literature, in post-revolution, calls on all stakeholders in Preventive and Community Medicine to replace their segmental, technical and hospital practices with a new approach, centered on the implementation of a National Health System that is based on a socialized financing of care and citizen participation in its management.

Key-words

Public Health - Social Justice - Patient Rights – Healthcare Disparities – Healthcare Financing – Universal Coverage – Clinical Governance - Social Participation - Preventive medicine

تقارير الصحة العامة التونسية في مرحلة ما بعد الثورة، بمذاق الحرية. من أجل نظام صحي وطني عادل وتشاركي وناجع

أحمد بن عبد العزيز، أسماء، بن عبد العزيز، شكري الزغلامي، محمد خليل، طارق بروهومي، سامي بن عبد الفتاح، كمال بن سالم

الخلفية: بعد الثورة التونسية 2010/2011، ظهرت مؤلفات جديدة حول الصحة العامة، سواء من قبل الوزارة أو المجتمع المدني، تميزت بالشفافية وشمولية النهج.

الهدف: التعرف على الأفكار الرئيسية لخطاب الصحة العامة التونسي الجديد، في تفاعل المبادئ العالمية مع المشاكل الصحية الخصوصية في بلد يمر بمرحلة انتقالية.

المواد والطرق: خلال هذا البحث النوعي، تمت قراءة سلسلة مختارة من ثلاثة تقارير تونسية عن الصحة العامة، نشرت في فترة الخمس سنوات الأولى من الثورة، من قبل فريق مستقل من الخبراء في الصحة العامة، لم يساهموا في إعدادها، لتحديد الأسس التوافقية لخطاب الصحة العامة الجديد. هذه التقارير هي: الخريطة الصحية لعام 2011 لقسم الدراسات والتخطيط في وزارة الصحة، وتقرير «الحوار المجتمعي» عن السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية (2014)، و «تقرير حول الحق في الصحة في تونس» (2016).

النتائج: عرضت هذه العينة من أدبيات الصحة العامة التونسية في مرحلة ما بعد الثورة ثلاثة أفكار توافقية: 1. المبدأ الدستوري لـ «الحق في الصحة» (المادة 38 من الدستور) مع نتيجته الطبيعية التزام الدولة بضمان النفاذ إلى رعاية شاملة وجيدة ومأمونة؛ 2- التحدي المتمثل في «عدم المساواة» الاجتماعية في الحصول على الرعاية، معززة بتفاوت إقليمي في توزيع الموارد، لا سيما فائقة التخصص (أطباء اختصاص و هيكل جامعية)؛ 3 - الدعوة إلى نظام صحي وطني، يقوم على أساس التغطية الصحية الشاملة في تمويله ومشاركة المواطنين في حوكمته.

الخلاصة: تدعو المؤلفات التونسية للصحة العامة الجديدة، في مرحلة ما بعد الثورة، جميع أفاعلين في الطب الوقائي وطب المجتمع إلى استبدال ممارساتهم الجزئية والتقنية والاستشفائية بنهج جديد يركز على تنفيذ نظام صحي وطني يعتمد على التمويل الاجتماعي للرعاية الصحية ومشاركة المواطنين في الإدارة

الكلمات المفتاحية: الصحة العامة - العدالة الاجتماعية - حقوق المرضى - التفاوت في الحصول على الرعاية - تمويل الرعاية الصحية - التغطية الصحية الشاملة - الحوكمة السريرية - المشاركة الاجتماعية - الطب الوقائي - تونس.

Auteur correspondant :

Professeur Ahmed Ben Abdelaziz

Direction des Systèmes d'Information du CHU Sahloul de Sousse (Tunisie)

Chef de l'Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière ».

Courriel : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

Conflicts d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec la thématique de l'article ou avec les rapports étudiés. Ils sont (ou ils étaient) tous fonctionnaires des Ministères de la Santé et des Affaires sociales, chargés du management, de l'enseignement, et de la recherche sur le système de santé tunisien, et partageant un paradigme commun de Santé Publique, fondé sur la droit universel aux soins de santé globaux, continus, intégrés, efficaces et efficients, dispensés par un service public basé sur la performance, la transparence et la bonne gouvernance.

Remerciements :

Les auteurs remercient l'Unité de Recherche UR12P36 « Mesure de la Performance Hospitalière » pour l'accompagnement de cette étude.

INTRODUCTION

En Tunisie, la Santé Publique moderne est passé globalement par trois phases historiques, suite à la création de l'Etat national et l'élaboration de son Système National de Santé en 1956 [1, 2]. La première phase, s'étalant sur deux décennies (1960 et 1970), a été consacrée au défi de la lutte contre les fléaux sociaux, responsables d'une morbi-mortalité excessive, évitable par les stratégies basiques de Santé Publique, telles que l'hygiène du milieu, le dépistage précoce, la vaccination, l'éducation pour la santé et la surveillance épidémiologique. L'accent a été mis, au cours de cette période, sur les actions du terrain, beaucoup plus sur la rédaction des rapports de planification stratégique ou d'évaluation des programmes de santé. D'ailleurs, cette phase a connu la conversion de nombreux cliniciens socialement engagés, dans les premières batailles de Santé Publique, à travers des programmes verticaux, dont la lutte contre la mortalité infantile [3], la tuberculose [4], le trachome [5] et l'handicap [6].

Pendant la deuxième phase, s'étalant sur trois décennies (1980, 1990 et 2000), les acteurs de la Santé Publique en Tunisie, ont orienté leurs efforts vers l'implémentation des programmes nationaux de santé, dans le cadre de la politique de soins de santé primaires, appliqués avec beaucoup de succès, surtout dans le domaine de la santé maternelle et infantile (surveillance prénatale, vaccination, lutte anti diarrhéique, médecine scolaire ...). En conséquence du centrisme de l'Etat et de l'étroitesse des marges de consultation à la fois scientifique que sociale, la littérature tunisienne de Santé Publique, au cours de cette phase, a été plutôt technique, centrée sur la planification, la gestion et l'évaluation des actions de prévention et de contrôle des problèmes prioritaires de santé. La création de départements universitaires (dans les facultés de médecine) et des services hospitaliers (dans les centres hospitalo-universitaires), spécialement dédiés aux outils et aux domaines de la Santé Publique (hygiène hospitalière, statistiques médicales, informatique médicale, épidémiologie hospitalière, ..), a participé à l'émergence d'une littérature plus technocratique, utilisant les sciences dures de la discipline (épidémiologie, bio statistique), pour l'analyse des composantes essentielles de la charge globale de morbidité. Paradoxalement, des thématiques hospitalières sont devenues les champs d'intérêt des spécialistes de la santé communautaire (infections associées aux soins [7], style de vie des soignants [8], morbi-mortalité hospitalière [7], ..), entraînant une confusion de l'identité disciplinaire (une médecine préventive et communautaire intra hospitalière !) et laissant un champs libre à l'approche verticale de résolution des

problèmes de santé (une approche antagoniste à la stratégie horizontale d'organisation des soins de santé).

A la fin de l'année 2010 et au début de la nouvelle année 2011, la révolution de la population tunisienne pour la liberté, l'équité et la dignité, a constitué un choc épistémologique [9] pour la grande famille de la Santé Publique (médecine préventive et communautaire, médecine de travail, psychiatrie, ...), en l'invitant à réajuster ses modes d'exercice, ses approches de recherche et même ses styles d'enseignement, en fonction de leur paradigme de santé communautaire et des besoins de santé exprimés par la population et des centaines des partis politiques et des associations civiles. Ainsi, après des années d'« otage hospitalier », de pratique technocratique et microscopique, la Santé Publique tunisienne a connu un tournant de ses pratiques et de sa littérature aussi bien officielle que citoyenne, vers plus d'orientation populationnelle (community based), de stratégie consensuelle (avec la participation citoyenne) et d'approche systémique (plus centrée sur le système de santé que sur ses composantes de planification, d'organisation et d'évaluation des soins de santé). C'est une véritable prise de conscience des dommages conceptuels et opérationnels de la dérive technocratique et fragmentaire d'une spécialité de nature populationnelle et globale.

Ce papier, basé sur une lecture d'une série sélectionnée de rapports de Santé Publique, dans les années de la post révolution tunisienne, vise d'une part à décrire la marche vers le retour aux fondements de la littérature de Médecine Préventive et Communautaire (après les années de l'otage hospitalier et technocratique), et d'autre part à identifier les idées maitresses du nouveau discours de la Santé Publique, confrontant les principes d'un paradigme international avec les problèmes spécifiques de santé au niveau national.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette recherche qualitative, et à travers un échantillon de convenance de la littérature de Santé Publique tunisienne du premier quinquennat de la post révolution (2010/2011), a documenté le retour aux paradigmes fondamentaux de la Médecine Préventive et Communautaire (orientation communautaire, participative et systémique), après les décennies d'hospitalo-centrisme technocratique et mono thématique. C'est une démarche de conciliation avec les missions, les principes, et les approches d'une médecine préventive, communautaire et intégrée dans un Système National de Santé, garantissant le droit à l'accès à des soins globaux, continus et intégrés, dispensés par des services de santé polyvalents, accessibles et décentralisés.

Une série sélectionnée de trois rapports tunisiens de Santé Publique, a été relu par une équipe indépendante d'experts en Santé Publique, n'ayant pas contribué à leur élaboration, afin d'identifier les fondements consensuels du nouveau discours de Santé Publique. Le premier document a été la « carte sanitaire » de l'année 2011 [10], éditée en mai 2013 par la Direction des Etudes et de Planification (DEP) du Ministère de la Santé. C'est le premier rapport, dans son genre, rendu publique via le site Web du Ministère de la Santé. En 190 pages, il a détaillé sous format tabulaire et graphique, l'état de santé des tunisiens, leurs déterminants de santé et l'offre de soins aussi bien au secteur public que privé. Le deuxième document a été un rapport de synthèse du « dialogue sociétal sur les politique, les stratégies et les actions de santé », [11] commandité par le Ministère de la Santé et élaboré par une commission technique ayant assuré l'accompagnement de cette initiative de participation communautaire dans la réflexion sur la réforme du système national de santé. Il est intitulé « Pour une meilleure santé en Tunisie. Faisons le chemin ensemble, propositions soumises à la conférence nationale de santé » et édité par le comité technique de dialogue sociétal en 2014. Le troisième document [12] a été un rapport d'une association de la société civile (Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé : ATDS), regroupant des experts tunisiens de Santé Publique, ayant exercé dans des structures nationales et des organisations internationales, de management des services de santé. Il a été publié en octobre 2016, avec la signature de quatre consultants internationaux en Santé Publique et la contribution d'un panel d'une vingtaine d'experts nationaux. La figure n° 1 illustre les pages de garde de ces trois documents consultés en tant que traceurs de la nouvelle littérature tunisienne de Santé Publique de l'après révolution 2010/2011.



Figure 1 : Les trois principaux rapports de Santé Publique tunisienne en post révolution de 2010/2011

RÉSULTATS

Rapport 1: La carte sanitaire de la Tunisie 2011 (édition 2013)

Le rapport sur la carte sanitaire de la Tunisie 2011, a été structuré en cinq chapitres. Le premier chapitre a présenté le contexte démographique et socio économique de la Tunisie, ainsi que l'infrastructure et les conditions de vie des ménages, en se référant aux données de l'Institut National de la Statistique (INS) pour l'année en cours, ainsi qu'aux résultats de son enquête « population et emploi » de la dite année. Le deuxième chapitre a détaillé l'offre de soins: l'infrastructure sanitaire, les ressources humaines et les équipements, selon une approche standardisée. Après la présentation des données générales et des principaux indicateurs d'infrastructure, les disparités inter régionales ont été synthétisées par gouvernorats ou par districts. Le troisième chapitre de la carte sanitaire a été dédié aux activités de différents types d'hôpitaux dans la pyramide des structures de santé publique: hôpitaux de circonscription, hôpitaux régionaux et hôpitaux, centres et instituts à vocation universitaire. L'analyse des activités hospitalières a été basée sur l'indicateur TOM (Taux d'Occupation Moyen) des lits d'hospitalisation. Quant au quatrième chapitre sur l'état de santé, il a compilé les résultats de plusieurs études nationales sur les principales populations à risque (enfants, femmes enceintes) et les problèmes prioritaires de santé en Tunisie, telles que les maladies cardiovasculaires (diabète, hypertension, obésité, tabagisme) et les cancers. Parmi les sources des données présentées, citons l'enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 4, l'Institut National de Santé Publique, l'enquête nationale de santé, l'étude TAHINA, la Direction des Soins de Santé de Base et le Registre des cancers Nord-Tunisie. Le dernier chapitre a été consacré au financement de soins, à travers l'étude du budget du Ministère de la Santé et le budget de fonctionnement des établissements de santé par niveau (établissements hospitaliers à vocation universitaire, hôpitaux régionaux, hôpitaux de circonscription, groupements de santé de base).

Ce rapport a documenté d'une manière scientifique, les disparités de la répartition des structures de santé, des ressources humaines et des équipements, entre les districts sanitaires du pays. A travers des mesures statistiques basées sur les paramètres de dispersion (quartiles, coefficient de variation), et à l'aide des représentations graphiques (utilisant le Système d'Information Géographique et le digramme en diamant), la variabilité des indicateurs de répartition de ressources, entre les gouvernorats et les regroupements des villes, a été visualisée, argumentant encore une fois, sans aucune

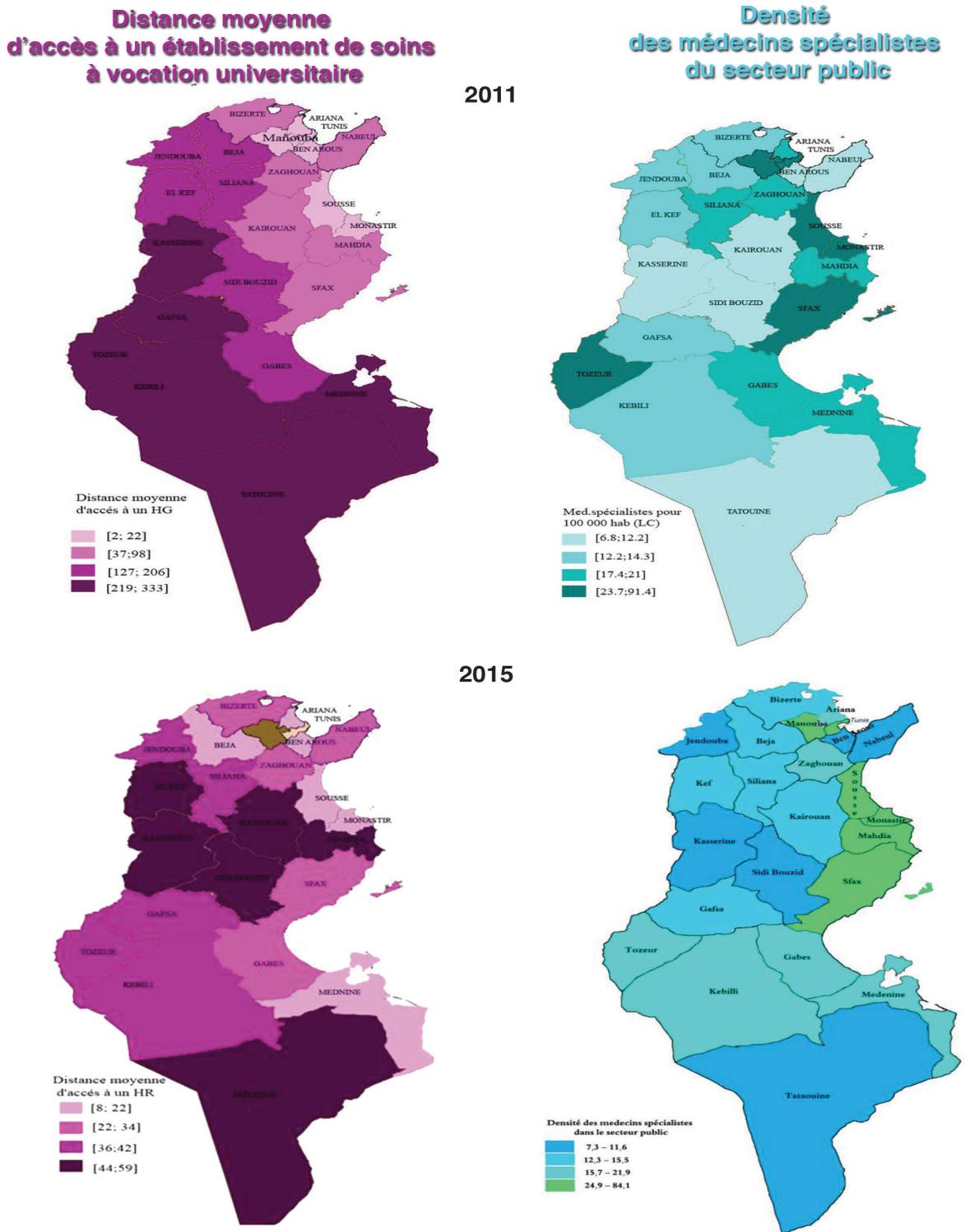


Figure 2 : Inégalité de l'accès aux soins spécialisés en Tunisie, selon les rapports de la carte sanitaire en 2011 et 2015

illusion politico administrative, l'iniquité d'accès aux soins, liée à l'appartenance géographique, entre « deux Tunisies »: une Tunisie Nord-Est prospère et une Tunisie Sud-Ouest démunie. La publication des nouvelles éditions de la carte sanitaire par la Direction des Etudes et de Planification, selon la même approche méthodologique et rédactionnelle, permettra aux managers du Système National de Santé, d'effectuer un monitoring de l'évolution de la santé tunisienne, vers plus de justice sociale dans le domaine de la dispensation des soins: une des revendications essentielles de la révolution de 2011.

La figure n° 2 illustre la zone des déserts médicaux en Tunisie en se référant à deux indicateurs de répartition des ressources: la distance moyenne d'accès à un établissement de soins à vocation universitaire (variant de 33 km dans le quartile de Nord-est, à 333 Km, dix fois plus, au quartile des gouvernorats de Sud-ouest en 2011) et la densité des médecins spécialistes du secteur public, selon la loi des cadres 2011 (passant de 91 pour 100 000 habitants dans les villes médicales universitaires à seulement 12 pour 100 000 habitants dans les gouvernorats suivants: Tataouine, Kasserine, Sidi Bouzid, Kairouan, et paradoxalement Ben Arous et Nabeul !).

Quatre années après, la situation a été globalement stable selon le rapport de la carte sanitaire de 2015 [13] qui n'a enregistré que le remplacement du gouvernement de Kairouan par celui de Jendouba dans le premier quartile des régions le plus désertées par les médecins spécialistes au secteur public.

Rapport 2: Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans de santé (édition 2014)

Avec beaucoup de sagesse, de concision et d'élégance, le Professeur Bechir Zouari [14], un des fondateurs de l'école moderne de Médecine Préventive et Communautaire tunisienne (sur les pas d'Ibn Jazzar), a préfacé ce document en clarifiant son contexte et sa méthodologie. C'est dans le cadre des initiatives de réforme du système de santé tunisien (« *une exigence exprimée par tous les acteurs: la population, les soignants, les gestionnaires et les hommes politiques* »), qu'un « dialogue sociétal pour les politiques, stratégies et plans nationaux de santé », centré sur l'usager a été lancé en Tunisie, quelques mois après sa révolution. Le dialogue sociétal est une approche de convergence et de consensus, chaque fois que « *les intérêts des acteurs divergent et aboutissent à des objectifs différents* ». Il s'est basé sur le principe directeur suivant:

« le citoyen est un acteur de plein droit dans le système de santé, et il a le droit de participer activement aux choix des politiques, des programmes et des actions qui concernent sa santé, ainsi que le droit d'accéder à des soins (au sens « care » des Anglo-Saxons) centrés sur le patient et non sur les professionnels ». L'expérience tunisienne de dialogue sociétal, une technique de démocratie sanitaire, a été une approche originale pour deux considérations: d'une part, elle a associé « *pour la première fois, les citoyens de façon active* » et d'autre part elle a concerné « *l'ensemble du système de santé et non un thème de santé particulier* ». Ce rapport a été le fruit des nombreuses réunions des « retraites-ateliers », des « jurys citoyens » pour analyser aussi bien les forces et les opportunités du système national de santé mais aussi les faiblesses et les menaces. L'introduction du rapport a rappelé que le dialogue sociétal s'est déroulé dans un « *contexte porteur des attentes élevées et de réelles opportunités* » et a clarifié le processus de son déroulement qui a été à la fois « *participatif et inclusif* »

Le premier chapitre du rapport a justifié la nécessité de la réforme du système de santé en Tunisie, par trois arguments: 1. Assurer le droit à la santé pour tous en apportant une meilleure réponse aux situations de vulnérabilité, 2. Renforcer les acquis en matière de santé et répondre aux besoins non remplis 3. Améliorer et adapter les services de santé et le fonctionnement du système.

Le deuxième chapitre a défini les fondements pour la réforme du système de santé tunisien qui doit être « *repensé, sans tabou, pour contribuer efficacement au droit à la santé reconnu par la constitution* ». Selon le rapport, la réforme du système national de santé vise deux objectifs, ce qui nécessite l'activation de deux leviers et l'appui sur deux piliers (figure n°3). Primo, « *la réforme ne sera réussie que dans la mesure où elle contribuera effectivement à la réalisation de deux objectifs primordiaux: la solidarité, la justice sociale et la proximité* ». Secundo, pour y parvenir, « *deux leviers doivent être activés en priorité: la redynamisation du secteur public et la saine gouvernance* ». Tertio, pour que le système de santé puisse s'épanouir, il faudra cultiver et consolider deux attitudes: la confiance du citoyen et du professionnel envers le secteur et la responsabilisation et l'engagement du citoyen.

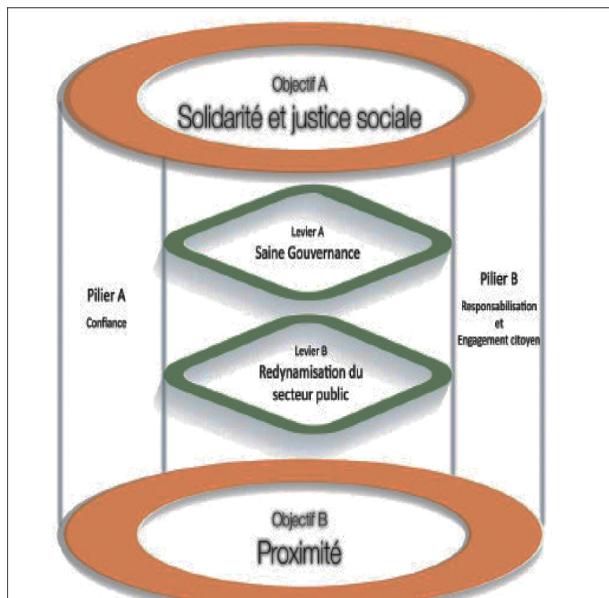


Figure 3: Objectifs, leviers et piliers de la réforme du système de santé, selon le rapport sur le dialogue sociétal (Tunisie, 2014)

Par la suite, le rapport a détaillé les huit chantiers pour le développement du système de santé en Tunisie, passant des préalables (accès aux soins, réconciliation sociétale, responsabilisation citoyenne), à la bonne gouvernance (encadré n°1).

Encadré n°1 :

Les huit chantiers pour le développement du Système de Santé en Tunisie, selon Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans de santé (édition 2014)

- Chantier 1: Assurer les préalables
- Chantier 2 : Promouvoir la santé et le bien-être à travers des approches intersectorielles et «la santé dans toutes les politiques»
- Chantier 3 : Promouvoir les soins centrés sur le patient pour améliorer les aspects interpersonnels des soins.
- Chantier 4: Offrir des soins de proximité et assurer la coordination et la continuité des soins
- Chantier 5 : Etablir des mécanismes pour le respect de l'éthique professionnelle et pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Chantier 6: Promouvoir l'excellence et l'innovation dans le secteur public
- Chantier 7. Réformer le système de financement de la santé.
- Chantier 8 : Réformer la gouvernance du système de soins

Chaque chantier a commencé par un constat et s'est terminé par des orientations. Les différentes propositions du dialogue sociétal sur les politiques, stratégies et plans de la santé, pour la réforme du système national de santé, sont résumées à l'encadré n°2. La postface, rédigée par une grande personnalité de la Santé publique tunisienne, le professeur Nouredine Achour (ancien Directeur de l'Institut National de Santé Publique), a récapitulé les principaux enseignements tirés de cette expérience, relatifs à la méthodologie de son processus et à la pertinence de ses outputs. Selon lui, l'expérience tunisienne du dialogue sociétal a montré la valeur ajoutée de la participation citoyenne dans la planification stratégique des politiques et des stratégies de santé, à côté des spécialistes et d'experts de la Santé Publique. En plus, elle a confirmé encore une fois (aussi bien aux technocrates qu'aux politiciens), la « grande maturité de la population », se manifestant dans la « lucidité dans l'analyse de la situation et dans la qualité des propositions faites par les représentants de la population qui ont été très souvent loin de tout populisme ». Enfin, il s'est dégagé un consensus unanime des participants au dialogue sociétal, sur les valeurs qui doivent guider l'élaboration des stratégies et plans de développement du secteur de la santé, « particulièrement les valeurs de solidarité, d'équité, de responsabilité et d'efficience ».

Rapport 3 : Droit à la santé en Tunisie (édition 2016)

Le rapport sur le « droit à la santé en Tunisie » a été édité par l'Association Tunisienne de défense du Droit à la Santé (ATDS) qui est une association civile animée essentiellement par des experts nationaux de Santé Publique, ayant cumulé une grande expérience dans la planification, l'organisation et l'évaluation des programmes de santé, soit aux directions centrales du Ministère de la Santé, soit dans les bureaux régionaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Après une introduction répondant à la question « pourquoi un rapport sur le droit à la santé en Tunisie », 14 chapitres se sont succédés pour couvrir différentes dimensions de l'accès aux soins (médicaments essentiels, soins de qualité) et différentes populations à risque (femmes, jeunes, handicapés, migrants). Si le droit à la santé est reconnu par la constitution tunisienne dans son article

Encadré n°2 : Propositions du dialogue sociétal pour la réforme du Système National de Santé (Tunisie, 2014)**Chantier 1. Assurer les préalables**

1. Assurer la disponibilité et l'accès aux spécialités de proximité, aux médicaments dans le secteur public et au transport médicalisé.
2. Promouvoir la réconciliation sociétale
3. Responsabiliser le citoyen vis-à-vis du système de santé

Chantier 2. Promouvoir la santé et le bien-être à travers des approches intersectorielles et « la santé dans toutes les politiques »

1. Faire de la santé et du bien-être un centre d'intérêt commun et promouvoir la responsabilité sociale des décideurs en faveur de la santé.
3. Orienter le système de santé vers les solutions les plus efficaces .

Chantier 3. Promouvoir les soins centrés sur le patient pour améliorer les aspects interpersonnels des soins.

1. Eduquer pour changer les mentalités et se donner les moyens pour la mise en œuvre.
2. Impliquer le patient dans la prise de décision et rendre l'information plus accessible
3. Donner une voix : Développer des mécanismes pour que l'utilisateur puisse exprimer sa satisfaction (ou insatisfaction) et s'assurer que sa voix soit entendue.
4. Réhabiliter les structures sanitaires.

Chantier 4 : Offrir des soins de proximité et assurer la coordination et la continuité des soins

1. Lancer un signal fort : valoriser les « services de proximité »
2. Mettre en place des équipes multidisciplinaires de soins de proximité, développer et valoriser la pratique de la médecine de famille, responsabiliser les médecins et équipes de première ligne dans la gestion des cas
3. Revoir la carte sanitaire et autoriser l'inscription des citoyens auprès d'un CSB de son choix
4. Établir des mécanismes de coordination entre les différentes structures de soins (par exemple, ententes ou intégration en réseaux)
5. Mettre en place des mécanismes pour que le prestataire référent puisse répondre aux soins de santé de son patient, y compris dans le secteur privé si nécessaire
6. Rationaliser les parcours de soins
7. Développer de nouveaux services pour une prise en charge globale des plus vulnérables (personnes vivant en zones éloignées, handicapés et malades chroniques)
8. Développer des outils et procédures pour assurer la continuité de l'information (dont la gestion du dossier)

Chantier 5. Etablir des mécanismes pour le respect de l'éthique professionnelle et pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

1. Renforcer et pérenniser l'accréditation des établissements
2. Développer l'évaluation des technologies de santé ou « Health Technology Assessment » (HTA)
3. Mettre en place des structures et mécanismes d'appréciation et d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé
4. Élaborer, diffuser des protocoles de soins standardisés et suivre l'adhérence des professionnels à ces protocoles
5. Mettre en place une stratégie nationale pour le développement des ressources humaines et encourager le développement continu de leurs compétences

Chantier 6. Promouvoir l'excellence et l'innovation dans le secteur public

1. Assurer d'abord les préalables visant la qualité et la continuité des services de soins dans le secteur public
2. Valoriser la médecine académique et la recherche par des mesures incitatives de rehaussement
3. Consolider les pôles universitaires de santé
4. Améliorer les conditions de travail des professionnels, soigner les locaux et assurer la disponibilité des équipements
5. Valoriser le développement professionnel continu pour promouvoir une culture d'excellence et renforcer le sentiment d'appartenance du personnel de santé publique

Chantier 7. Réformer le système de financement de la santé

1. Mobiliser des ressources additionnelles pour la santé
2. Revoir l'allocation des ressources pour mieux l'aligner aux priorités stratégiques entre « niveaux » et « secteurs »
3. Revoir les mécanismes d'achat des prestataires de services pour inciter à une plus grande performance (volume, coordination, qualité, efficacité)
4. Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG par/dans la CNAM
5. Repenser la complémentarité public-privé et les mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre secteurs.
6. Définir, sur base de critères objectifs, un panier de services essentiels, qui seront effectivement disponibles et de qualité pour tous

Chantier 8. Réformer la gouvernance du système de soins

1. Décentraliser
2. Développer des mécanismes de reddition de comptes (contrôle et suivi à tous les niveaux et pour tous les secteurs)
3. Renforcer les capacités de gestion
4. Redéfinir les rôles et l'organisation des institutions nationales de santé
5. Impliquer les citoyens dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux
6. Impliquer les professionnels dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation
7. Développer des systèmes d'information intégrés permettant l'intelligence de la gouvernance
8. Consolider les acquis et actualiser la politique nationale pharmaceutique

38 et par plusieurs instruments juridiques internationaux ratifiés par la Tunisie, le rapport a identifié six obstacles entravant son exercice effectif.

1. Les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé. Selon le rapport de l'ATDS, la pauvreté, le chômage, l'analphabétisme, les logements insalubres, le manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement « touchent un grand nombre de tunisiens et affectent considérablement leur état de santé »

2. Les inégalités et l'incohérence de l'offre de soins. Malgré l'importance de l'offre territoriale de soins, le rapport sur le droit à la santé en Tunisie, a déclaré que « dans plusieurs régions, les citoyens sont confrontés à des difficultés pour trouver la structure de soins de proximité pouvant prendre en charge leurs problèmes de santé ». En plus, les hôpitaux de référence « subissent les conséquences négatives du défaut de régulation des activités privées complémentaires d'un nombre croissant de leurs cadres médicaux ». La gestion des services de santé est confrontée aux « pressions de groupes d'intérêt » dans le secteur public et au « loi du marché » dans le secteur privé.

3. Le problème de l'accès aux médicaments essentiels, résultant du paradoxe « gaspillage et pénurie » caractérisant le secteur pharmaceutique en Tunisie. Malgré l'abondance des dépenses des médicaments (40% des dépenses de santé), « les structures du secteur public de soins souffrent de façon chronique de pénurie et de ruptures de stock de médicaments à tous les niveaux »

4. Le problème de la qualité des soins. De grandes insuffisances continuent à affecter la sécurité et la qualité des soins dont la non satisfaction des patients lors des recours aux prestations du service public et le niveau élevé des taux des infections associées aux soins. Dans le secteur privé, s'ajoute « le risque de surmédicalisation et de consommation non justifiée d'actes médicaux et de médicaments, en particulier pour les pathologies prises en charge par l'assurance maladie ».

5. Les difficultés financières pour l'accès aux soins en conséquence de l'exclusion d'un tunisien sur cinq,

d'aucune couverture sociale pour la santé, et des dépenses directes excessives des ménages, les exposant au risque des dépenses catastrophiques de santé. Le rapport a diagnostiqué une distorsion majeure au niveau de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM); en effet, « les affiliés de la filière publique de la CNAM qui sont pour l'essentiel des affiliés à faible revenu, contribuent à financer les soins des affiliés des filières privées qui sont généralement des affiliés à revenu moyen et élevé ».

6. La corruption multiforme du secteur de la santé. Elle concerne « les prestataires de soins qui sont en contact direct avec les usagers », « l'ensemble du circuit du médicament », « le domaine des marchés publics de la santé »,.... Le rapport a déclaré que « la corruption constitue un obstacle pour l'accès aux soins aux populations défavorisées et aux groupes vulnérables, a un impact négatif sur le bon fonctionnement des structures de soins et entraîne une déperdition significative de ressources ».

Afin de réduire ces obstacles qui entravent l'exercice réel du droit à la santé en Tunisie, et mettre en œuvre ce droit constitutionnel, le rapport a proposé six mécanismes essentiels (encadré n°3):

Le rapport a conclu à sa fin, à la nécessité de la « mobilisation unitaire de la société civile pour avancer dans la mise en œuvre du droit à la santé ». Selon ses auteurs, c'est lorsque les associations travailleront en commun, sur des thèmes stratégiques et unificateurs, dans le respect de l'autonomie de chacune d'entre elles, elles pourraient renforcer considérablement « leurs capacités d'intervention » et ouvrir la voie à des « progrès significatifs dans le domaine de la santé ». Un appel aux organisations de la société civile, concernées par les questions de santé, a été lancé pour « unir leurs efforts » et « se mobiliser sur les questions centrales » dans l'objectif d'arriver à « constituer une coalition de la société civile pour le droit à la santé, fortement représentative et disposant d'une importante capacité de mobilisation ». Une telle coalition « pourra faire entendre sa voix, déployer une activité de plaidoyer efficace auprès des décideurs et négocier des mesures concrètes pour la réalisation du droit à la santé ».

Encadré n°3 : Stratégies essentielles d'opérationnalisation du droit à la santé en Tunisie selon l'Association Tunisienne du Droit à la Santé (ATDS)

1. **L'élaboration d'une stratégie nationale de santé** dont les axes sont « santé dans toutes les politiques, consensus sur les priorités sanitaires, carte sanitaire et régulation du secteur privé, réforme de la CNAM et couverture santé universelle, stratégie de bonne gouvernance et de prévention de la corruption, qualité des services de santé et démocratie sanitaire ».

2. **Une loi cadre pour la mise en œuvre du droit à la santé** permettant d'une part l'opérationnalisation de l'article 38 de la nouvelle constitution tunisienne, adoptée en 2014, disant: « Tout être humain a droit à la santé... » et d'autre part de « réunir l'ensemble des textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé dans un code de la santé ».

3. **Les socles de protection sociale** dont l'association avec une réforme du système de santé permettra des avancées significatives dans la concrétisation du droit à la santé et à la protection sociale. Les socles de protection sociale devraient comporter d'une part un accès à un package des soins de santé essentiels et d'autre part une sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, les personnes d'âge actif et les personnes âgées.

4. **La mise en place de structures de participation des usagers et des citoyens** aux décisions et aux programmes de santé. Selon les auteurs du rapport, « la mise en place de structures locales, régionales et nationale de démocratie sanitaire, est un enjeu important des prochaines années », à avancer dans sa pratique « progressivement » et « en évitant les dérives bureaucratiques ».

5. **La mise en place d'une instance de réception et de suivi des plaintes concernant le non-respect des droits économiques, sociaux et culturels.** Ainsi, « toute violation doit être signalée, médiatisée et éventuellement portée devant la justice ». Une telle instance « sera d'un grand apport pour le progrès social dans le pays ».

6. **Le renforcement des capacités de la société civile dans le domaine de la santé et dans la diffusion de la culture citoyenne chez les usagers.** Afin que la société civile soit une force de proposition, ses capacités doivent être renforcées dans la veille au « respect des droits des usagers », de suivi de la « redevabilité des établissements sanitaires » et d'évaluation des programmes de santé.

DISCUSSION

En Tunisie, les rapports de Santé Publique, édités au cours des années de la post révolution tunisienne 2010/2011, ont été plus nombreux que pendant le premier demi-siècle de la création de l'Etat moderne et de son administration sanitaire nationale. En plus, la qualité de trois rapports sélectionnés, aussi bien en ce qui concerne le contenu que la méthodologie, témoigne d'une grande expertise de Santé Publique, forgée pendant plusieurs décennies, soit à travers la gestion des programmes

de santé communautaire, lancés par le Ministère de la Santé, soit à travers l'expertise internationale cumulée dans les bureaux des organisations internationales des Nations Unies. Cependant, certains aspects pouvant constituer des facteurs limitants de la qualité de cette documentation et de son rayonnement national, sont à mentionner.

La présentation de la « carte sanitaire » uniquement sous format tabulaire et graphique, avec une approche statistique basée sur l'étude de dispersion, pourra être renforcée par un texte narratif centré sur les faits, ciblant les messages clefs et dégageant les leçons apprises. Le souci de neutralité du rapport de la carte sanitaire d'une administration centrale technocratique dans un Ministère politiquement coloré, pourrait expliquer l'absence des commentaires sur la signification des résultats, l'explication des faits ou les propositions de lutte contre les « gaps », pour une offre des soins plus équitable. Bien que le rapport du « dialogue sociétal » sur les politiques, les stratégies et les plans de santé, ait été censé synchroniser les propositions d'un débat public avec le vocabulaire des représentants de la population, ses auteurs ont fait des efforts considérables pour la théorisation des idées avancées, dans un cadre conceptuel homogène. Ce qui pourrait expliquer le glissement rédactionnel vers un style académique, un vocabulaire scientifique et une terminologie technique. La contribution des experts étrangers canadiens et belges, (ne maîtrisant pas la langue nationale de la population tunisienne), dans la rédaction du rapport, aurait constitué un biais de sélection, captant préférentiellement les contributions des professionnels de santé et des intellectuels intéressés par les thématiques de soins. Quant au « rapport sur le droit à la santé en Tunisie », bien qu'il soit présenté comme étant une contribution de la société civile tunisienne dans le débat social sur la santé publique, son contenu magistral et son style diplomatique reflètent beaucoup plus le background académique et administratif de ses auteurs que les préoccupations de la société civile tunisienne. En effet, les contributeurs à ce rapport de haut niveau scientifique, constituent la première génération tunisienne des experts, des militants et des fonctionnaires de la Santé Publique (ayant œuvré sur les deux fronts: national de l'administration sanitaire et international des organisations des nations unies). Trois idées maitresses consensuelles se dégagent de la lecture de ces trois rapports de Santé Publique de la post révolution tunisienne, relatives à l'instauration constitutionnelle du « droit de la santé » en Tunisie, au défi des « inégalités » sociales d'accès aux soins et à l'urgence du chantier de la consolidation du

système national de santé, à travers la réforme de son financement, via la porte d'entrée de l'assurance maladie, dans la perspective d'une couverture santé universelle et de sa gouvernance par une implication plus effective des usagers, de leurs représentants, et de leurs élus locaux. Tous les acteurs de la Médecine Préventive et Communautaire en Tunisie sont unanimes sur l'idée qu'après la révolution de 2010/2011, le meilleur acquis de la Santé Publique, a été l'individualisation d'un article relatif au « droit à la santé » dans la nouvelle constitution de 2014. C'est l'article 38 qui stipule trois principes révolutionnaires, pour la marche de la Santé Publique tunisienne, tant attendus par les différentes générations de médecine sociale, depuis 1956.

· La santé est un droit humain: « *Tout être humain a droit à la santé* », sans aucune discrimination socio-économique, démographique, ou territoriale.

· L'obligation de l'Etat de dispensation des soins préventifs et curatifs : « *L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé* »

· La couverture santé universelle, particulièrement des personnes ayant des faibles revenus : « *L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi* ».

La communauté de la Santé Publique tunisienne s'attend à un impact important et significatif de la loi 38 de la constitution tunisienne du 2014 (relative au droit à la santé), équivalent à la ratification de la déclaration d'Alma Ata sur les « soins de santé primaires » et le lancement de la politique des « soins de santé de base » dans les années 80, avec ses triomphes spectaculaires, particulièrement, dans les domaines de la santé maternelle et infantile (couverture vaccinale, baisse de la mortalité maternelle et infantile).

Suite à sa manifestation de la fierté de l'inclusion du Droit à la Santé dans la constitution du pays, la littérature tunisienne de Santé publique de la post révolution évoque d'une manière systématique le grand problème du management des soins en Tunisie: les inégalités d'accès aux soins (particulièrement les soins spécialisés), liées aussi bien aux disparités régionales qu'aux déterminants sociaux. Le Système d'Information Géographique, basé sur les statistiques de dispersion (médiane et quartiles), utilisé dans le rapport de la DEP du Ministère de la Santé, a dévoilé d'une manière scientifique et didactique, le gradient spatial (reflet du développement humain inégal) entre deux Tunisie: la première se rapproche, par son abondance, de la rive nord de la Méditerranée

et la deuxième ne serait pas lointaine, par sa pénurie, de l'Afrique Sub Saharienne. Une des experts de la Pédiatrie Préventive [3], a eu le courage d'intituler, un jour, sa monographie sur la santé infantile en Tunisie, en 1989 : « Un enfant et deux Tunisies ». Ce gradient spatial, encore stable depuis le premier plan national de développement après l'indépendance, est retrouvé pour tous les indicateurs de santé étudiés: des ressources, des activités ou des résultats. Un Nord-est prospère assurant un accès aux soins spécialisés à travers un réseau dense des hôpitaux public et des cliniques privées et un Sud-ouest démuné, avec des déserts de médecine de référence dans les établissements publics, ayant échoué à attirer les compétences médicales spécialisées et à le maintenir, face au lobbying et à la séduction du secteur libéral. Plusieurs années après la révolution et malgré la promulgation de la loi constitutionnelle relative au droit à la santé, les experts du rapport sur le droit à la santé en Tunisie, ont déclaré, à juste titre d'ailleurs, que la situation des inégalités sociales et régionales d'accès aux soins, « *non seulement ne s'est pas améliorée, mais s'est même dégradée* » en conséquence, certes, de la double transition démographique et épidémiologique, mais aussi au « désengagement de l'État » et de la « mauvaise gouvernance ».

C'est pourquoi la littérature de Santé Publique tunisienne de la post révolution s'accorde sur la nouvelle mission essentielle de la grande famille de Médecine Préventive et Communautaire, soixante ans après la création du Ministère de la Santé: une mission historique de mise en place d'un nouveau Système National de Santé, de deuxième génération, caractérisé par un financement socialisé et une gouvernance participative. Le terme « réforme » du système de santé, est souvent utilisé d'une manière abusive ou tactique, pour proposer des changements stratégiques dépassant les capacités du « non système » actuel à l'adaptation ou à l'accommodation. Le désengagement de l'Etat dans le financement des dépenses de soins et la gouvernance bureaucratique et centralisé des structures de santé, défigurent toute initiative de réforme et phagocytent tout projet de rationalisation. La Tunisie a besoin aujourd'hui, et sans plus du retard, de se lancer sur la voie de création d'un système de santé alternatif basé sur un financement socialisé « la couverture santé universelle » et une gouvernance alternative citoyenne des services de santé [15].

Comme la première génération de la Santé Publique Tunisienne s'est mobilisée pour le rêve de « santé pour tous », lancé sur le chemin des soins de santé primaires...leurs élèves doivent continuer le chemin avec une nouvelle mission et un nouveau slogan : « soins pour

tous ». Le nouveau panier des soins globaux dépasse de loin, en nature et en coût, le paquet minimum des soins de première ligne, géré classiquement par la Direction des Soins de Santé de Base. Il devrait englober, en plus des soins primaires (de meilleure qualité), la totalité des soins requis pour un parcours coordonné des soins, surtout dans les coulisses complexes des soins spécialisés, en deuxième et en troisième ligne. Cette deuxième vague d'organisation des services de santé, conduite dans les hôpitaux de référence, nécessitera pour sa réussite, un financement socialisé, particulièrement par une « Caisse Nationale d'Assurance Santé » et une participation communautaire (via les élus locaux et les représentants des usagers) à tout le processus de management des soins de santé: planification, implémentation et évaluation. La contribution de la Santé publique tunisienne à l'élaboration de l'édifice du nouveau Système National de Santé, est un rendez vous historique à ne pas rater par les nouveaux leaders de la grande famille de Médecine Préventive et Communautaire (figure n°4).

trois fronts essentiels: législatif (élaboration d'un code de santé publique), managérial (ingénierie de l'organisation des services de santé de tous les secteurs: public, semi public et privé, dans un parcours de soins cohérent) et financier (socialisation de l'assurance des besoins de santé). La grande famille tunisienne de la Santé Publique est appelée à l'adoption d'une approche globale concordante au paradigme de Médecine Préventive et Communautaire, en s'appropriant le grand chantier de mise en place d'un nouveau Système National de Santé, plus accessible, plus équitable, plus humaniste, plus performant et plus soutenable...conservant les acquis de la politique « Santé pour Tous » des soins de santé primaires et des nouvelles demandes de soins spécialisés de haute technicité, à garantir par une deuxième ligne revitalisée et une troisième ligne généralisée. La couverture financière universelle socialisée d'un parcours des soins globaux de qualité, dispensé par un service public, co-managé par les représentants des usages, est la nouvelle bataille de la deuxième génération de la Santé Publique tunisienne, au cours des deux prochaines décennies.

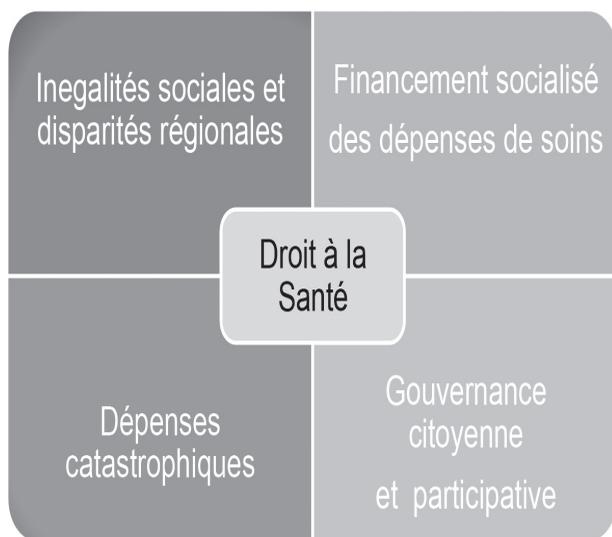


Figure 4: La loi 38 de la constitution tunisienne 2014 relative au droit à la santé devrait scinder l'histoire de la Santé Publique national en deux étapes:

Avant 2014 : avec un « non système » caractérisé par les inégalités d'accès aux soins (excessivement supportés par les ménages)

Après 2014 : avec une marche technocratique, citoyenne et officielle, vers la création d'un Système National de Santé fondé sur une couverture sanitaire universelle et une gouvernance participative

En conclusion, la littérature de Santé Publique tunisienne en post révolution 2010/2011, a célébré l'article 38 de la constitution 2014, totalement dédié au « droit à la santé ». Il serait un facteur déclenchant des multiples chantiers de Santé Publique, pour sa concrétisation effective, dont les

REFERENCES

1. Achouri H. Perspectives de reformes du système de sante tunisien. *Tunis Med* 2001;79(5):310-9..
2. Ben Hamida A, Fakhfakh R, Miladi W, Zouari B, Nacef N. Analyse La transition sanitaire en Tunisie au cours des 50 dernières années. *East Mediterr Health J* 2005, 11 (1/2) :181-91
3. Gueddana N. Un enfant et deux Tunisie. *Tunis : Ministère de la Santé publique ; 1989.*
4. Zbiba M, Azouz L, Nacef T. Epidémiologie de la tuberculose chez l'écolier tunisien (6--15 ans). *Tunis Med* 78;56(2):179-81.
5. Zbiba H, Farah H, Brahim R. Nouvelle technique de tarsotomie dans le traitement du trichiasis post trachomateux: a propos de 3000 cas. *Tunis Med.* 1993 ;71(5):245-8.
6. Marzouki M. Prophylaxie et prévention de l'épilepsie. *Tunis Med.* 1979;57(4-5):202-5.
7. Rejeb MB, Sahli J, Chebil D, Khefacha-Aissa S, Jaidane N, Kacem B, Hmouda H, Dhidah L, Said-Latiri H, Najja W. Mortality among Patients with Nosocomial Infections in Tertiary Intensive Care Units of Sahloul Hospital, Sousse, Tunisia. *Arch Iran Med.* 2016 ;19(3):179-85.
8. Khefacha Aissa S, Ghali H, Ben Rejeb M, Ben Fredj S, Ben Ouanes R, Dhidah L, Said Latiri H. Attitudes et comportements tabagiques du personnel de l'hôpital Sahloul (Sousse, Tunisie). *Rev Mal Respir.* 2018 ;35(3):256-263.
9. Ouanes S, Bouasker A, Ghachem R. Psychiatric disorders following the Tunisian revolution. *J Ment Health.* 2014; 23(6):303-6.
10. Ministère de la Santé de la Tunisie. La carte sanitaire de la Tunisie 2011. *Tunis, Ministère de la Santé; 2013*
11. Ministère de la Santé de la Tunisie. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans de santé. *Tunis, Ministère de la Santé, 2014.*
12. Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé. Rapport sur le droit à la santé en Tunisie. *Tunis, ATDDS, 2016.*
13. Ministère de la Santé de la Tunisie. La carte sanitaire de la Tunisie 2015. *Tunis, Ministère de la Santé; 2013.* <http://www.santetunisie.rns.tn/images/docs/anis/stat/cartesanitaire2015.pdf>
14. Zouari B, Bousnina S, Maalej M, Nacef T. Mise en œuvre des programmes de soins de sante primaires: problèmes, résultats et leçons apprises en Tunisie. *Tunis Med.* 1981; 59(6):420-3.
15. Ministère de la Santé. Quels chemins vers la couverture sanitaire universelle ?. *Tunis: Ministère de la Santé ; 2015*