

TUNISIE : VERS UNE MÉDECINE COMMUNAUTAIRE /

Michel Roland, très actif depuis plusieurs années sur le terrain de la santé en Tunisie, nous donne ici un aperçu de certaines initiatives menées en matière de formation et de recherche dans ce pays qui fut un précurseur, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans les aspirations à l'indépendance et à la démocratie.

Interview réalisée par Marianne Prévost, sociologue, coordinatrice de Santé conjugée.

Santé conjugée : Comment se présente aujourd'hui le système de soins en Tunisie ?

Michel Roland : La situation actuelle est le fruit d'un long parcours initié par Habib Bourguiba, premier président de la Tunisie, qui a acquis son indépendance en 1956, après le Liberia, la Lybie, l'Égypte et le Soudan (le pays avait été placé sous protectorat français en 1981). Le président Bourguiba, nommé à vie, soutient un état laïque et a des visions tout-à-fait novatrices en matière de santé : pour lui, le développement du pays doit se baser sur l'implantation, dans chaque village, d'une école et d'un centre de santé d'accès universel. Il soutient ainsi la création d'un système de santé entièrement public et rigoureusement échelonné, reposant sur trois lignes :

- La première ligne comprend un centre de santé de base pluridisciplinaire et un hôpital de circonscription qui constitue une première référence et dispose de quelques lits. Ces deux structures travaillent en continuité (par exemple le suivi des grossesses se fait au centre de santé de base et l'accouchement à l'hôpital de circonscription). S'y ajoutent des équipes mobiles qui se déplacent dans certaines zones trop éloignées de leur centre de santé de base de référence ;
- En deuxième ligne, un hôpital régional où sont référés les cas dépassant les compétences et les capacités techniques de l'hôpital de circonscription ;

- En troisième ligne, les grands hôpitaux universitaires liés aux quatre universités ; celles-ci sont situées à Tunis, Sousse, Sfax et Monastir. Quelques plus petits centres hospitaliers universitaires viennent compléter ce dispositif.

Structure administrative

- Unité de base (village) ;
- Circonscription ;
- Région (=gouvernorat :) vingt-quatre dont 13 défavorisés, par la suite nommés prioritaires ;
- Etat – direction générale de la santé.

Cette organisation a été pensée avant Alma Ata ! Bourguiba est vraiment un visionnaire. Il n'arrive toutefois pas, malgré sa volonté et son pouvoir de « dictateur éclairé », à éviter d'importantes dérives : des pratiques de privatisation s'installent petit à petit, beaucoup de moyens humains et financiers filent vers la médecine soliste et le secteur privé. Les salaires peu élevés dans le secteur public, l'attraction des grandes villes, amènent les soignants à raboter leurs heures de prestation, à chercher des revenus complémentaires et à ne pas respecter leur contrat.

Installation d'un cercle vicieux... ?

Oui, un cercle vicieux assez classique : le système public se rigidifie, il devient de plus en plus administratif et vertical, il privilégie un recueil de données qui soutient surtout la planification et le contrôle, aux dépens d'une compréhension des contextes humains et sociaux... Ce dérapage non contrôlé du système initial vient renforcer l'attractivité du système privé, lequel est plus axé sur la titularisation et la relation individuelle (quitte à laisser la majorité des gens au bord du chemin...).

Et tout cela ne s'arrange pas avec Zine el-Abidine Ben Ali, qui dépose le président Bourguiba en 1987 après diverses luttes de succession et devient président en qualité de dauphin institutionnel. Ce n'était pas un nouveau venu : il avait auparavant occupé des postes au sein de l'armée et de la sûreté nationale, avait été ministre de l'Intérieur et Premier ministre.

Quelle action le président Ben Ali a-t-il menée au niveau du système de santé ?

Avant de répondre à cette question il faut souligner que son accession au pouvoir intervient à une époque où le pays est en proie à de fortes tensions politiques et économiques, ainsi qu'à l'émergence de tendances intégristes. Cela n'empêchera pas la Tunisie, avec le soutien des pays occidentaux, d'être en 2007 considérée comme le premier pays d'Afrique en termes de compétitivité (d'après les chiffres fournis par le Forum économique mondial). Mais le sort des plus pauvres ne progresse pas, et le pays recule fortement sur le plan des libertés : tant les organisations non gouvernementales que certains médias étrangers dénoncent régulièrement la corruption et la régression en matière de droits de l'homme, appuyée par la répression, l'emprisonnement, la torture des opposants et les atteintes à la liberté de la presse.

En matière de santé, la dictature de Ben Ali, qui s'appuie sur les intérêts privés, ne fait qu'amplifier les problèmes qui se posaient déjà. Les services publics ont peu de moyens ; le niveau central continue à élaborer des plans verticaux (diabète-hypertension, cardio-vasculaire), sans les intégrer de manière suffisante et adéquate au niveau des soins de santé primaires : ces plans sont mis en place de manière segmentée, sans aucune porosité.

La révolution du jasmin, en 2011, a-t-elle modifié cette situation ?

La révolution du jasmin en 2011 a obtenu le départ du président Ben Ali, et elle a suscité d'immenses espoirs.

Elle continue à produire des résultats consistants mais on ne peut nier qu'elle laisse beaucoup de déçus et connaît de nombreuses difficultés. Le travail reste immense... une révolution n'entraîne pas forcément chacun dans un projet citoyen : comme c'est souvent le cas, cette révolution a donné un grand espoir à la majorité des gens d'avoir rapidement une vie meilleure sur le plan individuel, familial... Certains Tunisiens disent que le sens du collectif a diminué depuis la révolution.

Du côté des professionnels de santé, les médecins généralistes continuent à lorgner les grandes villes ; la plupart d'entre eux souhaitent devenir spécialistes et développer une pratique privée avec des patients solvables - d'autant plus que la médecine générale est dévalorisée ; beaucoup de généralistes s'auto-déprécient. Et les universités se situent au nord-Est du pays, au bord de la mer, dans des régions très touristiques : quelques années de formation suffisent pour que l'on n'ait guère envie de rejoindre les campagnes éloignées, les villages démunis... cela n'a pas changé.

Une large vague d'espoir a soulevé les militants des soins de santé primaires, lors du retour de Moncef Marzouki, militant de toujours contre la dictature de Ben Ali. Homme politique, écrivain, ce militant des droits de l'homme est aussi un médecin, spécialisé en médecine interne, en neurologie et en santé publique ; il a été président de l'école de santé publique, de la faculté de médecine, et professeur en médecine communautaire à l'université de Sousse depuis 1981. Après une vie émaillée de menaces, d'exclusion hors de l'université, d'emprisonnement et de torture, il a été contraint à l'exil. Mais il est largement sollicité par les révolutionnaires, il revient au pays en 2011 et est élu président.

Il est vraiment bien placé pour remettre sur pied un réel système de santé, public et basé sur les soins de santé primaires ? !

Bien sûr ! Il semble enfin possible aux acteurs progressistes de redonner vie à ce projet. Mais cela ne se fait pas en un jour, les problèmes sont nombreux, les tensions fortes, les visions politiques de Moncef Marzouki ne font pas l'unanimité. Il est battu au second tour de l'élection présidentielle de 2014 par Béji Caïd Essebsi : trop progressiste aux yeux du parti Ennahda avec lequel il a créé une alliance, pas assez radical pour la gauche qui a soutenu sa candidature... Aujourd'hui vieillissant, il laisse à la Tunisie une constitution assurant la laïcité, la séparation des pouvoirs, les droits de la femme : ce n'est pas négligeable !

Y a-t-il eu des changements en matière de santé grâce à la révolution du jasmin, à Moncef Marzouki ?

Moncef Marzouki n'a pas eu le temps de changer les choses en profondeur. Mais il laisse le master en santé communautaire, qu'il réussit à créer malgré toutes les menaces et oppositions sous la dictature de Ben Ali. Son successeur a repris la direction de ce master, dans lequel intervient le Département de médecine générale de l'université libre de Bruxelles. Nous espérons, avec nos collègues tunisiens, que ce master deviendrait le master en médecine de famille. Mais les facultés de médecine ont créé un master en médecine de famille, dont les premiers diplômés sortiront en janvier 2017, un master plus axé sur les aspects curatifs à l'initiative des spécialistes qui y interviennent. Toutefois des connexions se font, le doyen de Sousse est médecin généraliste (une première en Tunisie) et l'ancien président de l'école de santé publique, les autres doyens sont très ouverts aux soins primaires et à l'ouverture des facultés vers la communauté.

Le master en santé communautaire existe toujours ; il est proposé, au même titre que le master en médecine de famille, comme une spécialisation après le cursus de médecine générale. Et il a permis de former plusieurs centaines de médecins, qui sont devenus motivés et actifs dans les centres de santé de base.

Ce master peut-il influencer plus largement l'ensemble du système de santé ?

La formation ne suffit pas, mais c'est une base indispensable, qui est de nature à revaloriser la profession et à soutenir de nouvelles motivations chez les médecins. Toutefois, arrivés sur le terrain, certains résistent mal au poids des structures, des habitudes ancrées... Il sera également nécessaire d'organiser la coexistence harmonieuse et productive d'anciens médecins « seulement généralistes » mais occupant le terrain parfois depuis des dizaines d'années et manifestant à la fois expérience et compétences pragmatiques avec de jeunes promus, munis d'un titre universitaire de médecin de famille, mais débarquant en milieu inconnu. Il s'agira aussi d'assurer la mise à niveau des anciens, la formation continue de tous dans le cadre d'un développement professionnel de qualité, et de garantir des conditions de travail susceptibles d'être comparées à celles du secteur privé...

Avez-vous d'autres niveaux interventions ?

Nous avons créé des liens concrets avec différents programmes nationaux qui rejoignent nos objectifs

et qui traversent les trois lignes de soin décrites ci-dessus : par exemple le Programme national de développement des circonscriptions sanitaires et le Programme d'appui aux zones défavorisées (prioritaires), qui concerne 13 gouvernorats et vise à soutenir le système et les services de santé publics. Les objectifs, la philosophie de ces programmes rejoignent ceux du « *Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine* », dans lequel la Tunisie s'est engagée des deux mains : c'est le seul pays à avoir mobilisé l'ensemble de ses universités.

Les liens créés avec les programmes nationaux ont-ils une opérationnalité sur le terrain ?

C'est leur but en tout cas, et il y a des liens très concrets : nous avons conçu une recherche-action dans le cadre d'une collaboration avec la Direction des soins de santé de base, une des cinq directions impliquées dans le programme d'appui aux zones défavorisées – les quatre autres sont : Etude et planification, Equipement, Médecine d'urgence, Médecine scolaire/universitaire.

Les objectifs de la recherche action sont les suivants :

- ◆ Intégrer de manière horizontale les programmes verticaux ;
- ◆ Soutenir la rencontre entre les parties prenantes experts, professionnels, population, politiques à travers des animations participatives¹ ;
- ◆ Remettre sur pied des centres de santé de base ;
- ◆ Elaborer des itinéraires cliniques (trajets de soins).

Nous avons choisi de travailler avec deux gouvernorats et, dans chacun d'eux, avec deux circonscriptions au sein desquelles deux centres de santé ont été choisis en tant que centres pilotes.

La première étape de la recherche-action, qui se terminera en juin 2016, consiste à définir « ce que c'est un bon centre de santé de base », avec toutes les parties prenantes : soignants, population, médecins privés, politiques... Cette approche s'inscrit dans la politique plus globale de « dialogue sociétal » initiée par Moncef Marzouki. Nous voyons ici l'impact du master en santé communautaire et de tout ce que la

1. Sur base de l'approche SALT proposée par Jean Louis Lamboraye.

Direction des soins de santé de base a déjà produit et réalisé dans le passé : dans les centres pilotes, les concepts et les indicateurs existent déjà, la recherche-action pourra se mettre en œuvre très rapidement au niveau opérationnel.

La deuxième étape, qui se terminera en septembre 2016, consistera à élaborer un chronogramme de planification décrivant la manière de faire évoluer, de manière faisable, reproductible et pérenne, la qualité des soins et le centre de santé de base dans son ensemble vers le modèle défini à la première étape, et ce, dans chacun des deux centres pilotes. Un outil à visée très opérationnelle permettra donc de réaliser concrètement les étapes du chronogramme pour en vérifier le bien-fondé et la faisabilité, et amener la pérennité des changements introduits ainsi que leur reproductibilité dans le but d'une dissémination dans d'autres centres de santé de base, dans d'autres circonscriptions, dans d'autres régions, même non défavorisées. Un des moyens pour le faire sera la mise à disposition d'un guide de planification, très générique mais pouvant s'adapter à toutes les situations particulières et spécifiques. ■

