



L'Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé (ATDDS) soumet ce rapport alternatif en prévision de l'examen par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CODESC) du quatrième rapport périodique de la Tunisie sur la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, lors de sa prochaine session. Ce rapport porte sur le respect par la Tunisie des dispositions du Pacte au titre de l'article 9 concernant « le droit de toute personne à la sécurité sociale », et de l'article 12 concernant « le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible qu'elle soit capable d'atteindre ».

Présentation de l'ATDDS

L'ATDDS a été créée le 15 mars 2012, dans le contexte des débats sur la Constitution, suite à la révolution de 2011. Elle a œuvré pour l'inscription du droit à la santé dans la Constitution.

Elle s'est inspirée largement dans son programme et ses activités de l'Observation générale n°14 du CODESC et a mené des actions de plaidoyer en faveur de la couverture santé universelle, de la place du citoyen dans le système de santé et du rôle de la première ligne. Elle a publié un rapport exhaustif sur le droit à la santé en Tunisie à la fin de l'année 2016. Elle a largement participé aux travaux des 2 phases du Dialogue sociétal sur la santé et a été l'une des deux ONG à signer le document de la Politique Nationale de Santé le 7 avril 2021.

1. Concernant l'Article 9

1.1 L'article 43 de la Constitution tunisienne garantit « le droit à la couverture sociale, dans les conditions fixées par la loi ». Le système de couverture sociale du pays développé depuis l'indépendance est un acquis, mais avec les changements que le pays a connus, il s'est trouvé confronté à trois problèmes majeurs.

1.2 L'absence de couverture sociale d'une partie importante de la population.

Rappelons que la sécurité sociale est assurée en Tunisie par deux caisses, la Caisse nationale de Sécurité Sociale (CNSS) à laquelle s'affilient les indépendants, les salariés du secteur privé et de certaines entreprises publiques et la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) à laquelle s'affilient les agents de l'État, des collectivités territoriales et de certaines entreprises publiques. A côté de ces caisses, il y a un mécanisme d'assistance sociale appelé « Amen social » destiné aux pauvres et aux personnes à revenu limité qui leur permet d'accéder aux structures sanitaires publiques et qui accorde aux ménages pauvres une aide sociale.¹

Les premiers résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé par l'Institut National de la Statistique en 2024² montrent que seuls 42,1% de la population bénéficie de la couverture sociale assurée par l'une des 2 caisses de sécurité sociale et que seulement 76% de la population bénéficie d'une couverture sanitaire (incluant les affiliés aux caisses de sécurité sociale et les bénéficiaires de l'Amen social). La couverture sanitaire a connu une régression entre 2014 et 2024, puisqu'elle est passée de 80,5% selon le recensement de 2014 à 76% selon le recensement de 2024, soit une baisse de 4,5 points. Cette régression pourrait s'expliquer par l'arrêt des recrutements dans la fonction publique décidé depuis 2017 et par les difficultés économiques que le pays a connu au cours des dernières années.

Le droit à la sécurité sociale n'est donc pas garanti à une partie importante de la population, en particulier aux travailleurs du secteur informel.

En 2024, suite au décès de plusieurs ouvrières agricoles dans des accidents lors de leur transport dans des véhicules non adaptés vers les champs et suite à plusieurs mobilisations de ces ouvrières pour dénoncer leurs conditions de travail et l'absence de couverture sociale, le président de la république a signé un décret-loi³ instaurant un régime de protection sociale pour les travailleuses agricoles et un fonds spécifique a été créé dans la loi des finances de 2025 pour financer ce régime. Le nombre des potentielles bénéficiaires de ce régime (avec leurs familles) serait de l'ordre de 500000 personnes. Mais les textes d'application de ce décret-loi, ne sont pas encore parus à ce jour. Ce régime pourrait constituer une avancée importante sur le chemin de la couverture sociale si les décrets d'application facilitent et encouragent l'adhésion et s'il bénéficie d'un financement suffisant pour couvrir ses prestations.

1 Loi organique n° 2019-10 du 30 janvier 2019, relative à la création du programme « AMEN SOCIAL »

2 RGPH, Institut National de la Statistique (INS), Tunis, mai 2025 :
<https://www.ins.tn/publication/recensement-general-de-la-population-et-de-lhabitat-2024>

3 Décret- loi n°2024-24 du 22 octobre 2024, relatif au régime de protection sociale des travailleuses agricoles

1.3 La crise financière des caisses de sécurité sociale

Les difficultés s'accumulent pour la CNSS et la CNRPS qui connaissent un déficit qui s'aggrave d'année en année. Elles sont confrontées à une stagnation du nombre d'affiliés actifs qui financent la couverture sociale et à une augmentation importante du nombre d'affiliés retraités qui doivent recevoir leurs pensions de retraite. Elles sont confrontées également à des difficultés dans le recouvrement des charges sociales que les entreprises publiques et privées doivent leur verser. La situation financière de ces caisses qui était déjà problématique s'est fortement aggravée depuis 2017. En raison du déficit croissant du régime des retraites, les caisses de retraite (CNSS et CNRPS) ont cessé de verser les cotisations patronales et salariales de l'assurance maladie qu'ils collectent à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Celle-ci s'est trouvée à court de liquidités pour payer les hôpitaux et la Pharmacie centrale. Les dettes se sont accumulées et ont atteint des sommes énormes. Les montants que la CNSS et la CNRPS doivent à la CNAM qui étaient de 5775,8 millions de dinars en 2020 ont atteint 8787,7 millions de dinars en 2022, soit près de 3 milliards de dollars⁴. Cette somme colossale représente plus du triple du total des dépenses annuelles de la CNAM et plus du double du budget du Ministère de la santé. Les conséquences ont été désastreuses pour les hôpitaux publics qui ont été privés des financements qui leur étaient destinés, entraînant dégradation des conditions de travail, mécontentement et agressivité des usagers et exode des médecins.

Si jusqu'ici la principale victime de la crise du système de sécurité sociale a été le secteur public de la santé, l'absence de solution à cette crise structurelle affectera inévitablement le système des retraites.

1.4 La dichotomie entre sécurité sociale et assistance sociale

Le système de la protection sociale en Tunisie, tel qu'il a été construit depuis l'indépendance a développé un système d'assurance sociale contributif (CNSS et CNRPS) et un système d'assistance sociale non contributif destiné aux pauvres (Programme national d'assistance aux familles pauvres, puis, à partir de 2019 Amen Social). Cette dissociation entre assurance sociale et assistance sociale, nettement marquée au niveau de la législation et dans la pratique des prestations offertes est contraire à l'approche droits humains et à la Constitution. Elle crée deux catégories de citoyens n'ayant pas les mêmes droits et contribue à la stigmatisation des « indigents ». Après la révolution de 2011 et les aspirations à la dignité

⁴ Rapport sur les entreprises publiques 2024, Ministère des Finances

qui se sont manifestées, une telle dissociation n'est plus acceptable et risque de mettre en cause la cohésion sociale du pays. Une réforme globale du système de protection sociale basée sur les droits humains est donc aujourd'hui nécessaire.

Suite à la recommandation 202 de l'année 2012 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur les socles de protection sociale, une réflexion s'est engagée sur cette question et le Centre de recherches et d'études sociales (CRES) dépendant du Ministère des affaires sociales, a publié en 2019, avec le soutien de l'UNICEF et de l'OIT une étude de faisabilité des garanties du socle national de protection sociale⁵. L'étude conclut « La mise en place du socle de protection sociale (SPS) est avant tout une question de choix politique et social, qui se manifeste dans une stratégie nationale de protection sociale inspirée d'une politique sociale cohérente, intégrante et active. »

1.5 RECOMMANDATIONS :

- I. Publier rapidement les textes d'application du décret-loi n° 2024-4 sur la protection sociale des travailleuses agricoles en veillant à ce que ces textes facilitent et encouragent l'adhésion à ce régime et élargir le bénéfice du programme Amen social à toutes les personnes en difficulté qui ont fait la demande.**
- II. Engagement des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et de la société civile dans une réforme globale du système de protection sociale inspirée de la recommandation 202 de l'OIT, unifiant le système contributif et le système non contributif et couvrant l'ensemble de la population avec la mise en place des instruments nécessaires : actualisation des études de faisabilité et scénarios de financement, réalisation des préalables, promulgation d'une loi, définition des étapes de mise en œuvre, etc. .**

2 Concernant l'Article 12

2.1 Le droit à la santé est garanti par la Constitution dans son article 43. Mais l'exercice du droit à la santé n'est pas effectif pour une frange importante de la population, en raison de la persistance des inégalités régionales et sociales d'accès à des soins de qualité, de la crise profonde du secteur public de la santé et de l'augmentation considérable des dépenses de santé des ménages. Le diagnostic a été fait de

⁵ Étude de faisabilité des garanties du socle national de protection sociale, Centres de recherches et d'études sociales, Ministère des affaires socialesn mai 2019

manière claire par le document appelé « Politique nationale de santé⁶ » qui a couronné les travaux du Dialogue sociétal sur la santé. :

« Le système de santé est en rendement décroissant depuis deux décades et traverse une crise grave et durable avec des manifestations aiguës de plus en plus fréquentes. La crise fragilise les acquis et aggrave les inégalités sociales et régionales pour l'accès à des soins de qualité. Un système de soins à plusieurs vitesses, engendré par la dualité et la complexité et l'iniquité de l'offre de services. Entre un secteur public en souffrance, avec des obligations croissantes pour assurer sa mission de service public, mais des moyens limités, et un secteur privé en croissance rapide mais inaccessible financièrement et géographiquement, une frange importante de la population se trouve ainsi exclue de l'accès à des soins de qualité. »

Les problèmes de la santé sont nombreux et complexes. Nous allons nous limiter dans ce rapport aux problèmes les plus aiguës nécessitant une réponse urgente.

2.2 Les inégalités régionales de l'offre de soins :

Les inégalités régionales de l'offre de soins ne datent pas d'aujourd'hui. La Banque Africaine de Développement (BAD), dans une étude sur les inégalités d'accès aux soins publiée en 2014, a élaboré un score de l'offre de soins par gouvernorat qui comprend les ressources humaines, l'infrastructure et les équipements. Il ressort du tableau publié que les grandes villes du Littoral Tunis, Sousse et Monastir ont un score de 1, alors que Jendouba (Nord-Ouest), Kairouan, Kasserine et Sidi Bouzid (Centre-Ouest) obtiennent seulement un score de 0,25⁷. Depuis cette date, la situation ne s'est guère améliorée et elle s'est même dégradée en ce qui concerne les ressources humaines. Le nombre total de médecins (généralistes et spécialistes) exerçant dans les structures sanitaires publiques des régions ouest du pays est passé de 1483 en 2017 à 1220 en 2023, soit une diminution de 263 médecins.

Nombre de médecins généraliste et spécialistes du secteur public de la santé par grande région	Année 2017	Année 2023
Nord-Ouest (Beja, Jendouba, Le Kef, Siliana)	543	433
Centre-Ouest (Kairouan, Kasserine, Sidi Bouzid)	572	506
Sud-Ouest (Gafsa, Tozeur, Kebili)	368	281
Total régions ouest	1483	1220

Tableau 1 : Evolution du nombre de médecins entre 2017 et 2023 dans les zones ouest (Source : carte

6 Politique Nationale de Santé, Ministère de la santé, 2019.

7 Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie ? Banque Africaine de Développement 2014

Les centres de santé de base (CSB) sont des structures de proximité réparties sur l'ensemble du territoire. Mais près de la moitié de ces centres situés dans les zones rurales n'assurent qu'une seule consultation par semaine. Entre 2016 et 2023, le nombre de centres n'assurant qu'une seule consultation médicale hebdomadaire a augmenté passant de 1000 en 2017 à 1057 en 2023, alors que le nombre total de CSB a diminué durant cette période passant de 2157 à 2102⁸. Cette offre médicale de proximité limitée pousse les usagers à s'adresser aux services d'urgence. Le tableau suivant indique le nombre de passage aux urgences pour 10000 habitants, selon les régions. C'est un indicateur important. Il montre un passage aux urgences beaucoup plus important dans les régions ouest du pays, ce qui indique que l'offre de soins de proximité dans ces régions est nettement insuffisante.

Passage aux urgences publiques pour 10000 habitants

Grand Tunis	3431
Centre est	5713
Centre ouest	7826
Nord ouest	8839
Sud ouest	9636

Tableau 2 : passage aux urgences pour 10 000 habitants selon les zones géographiques
(Source carte sanitaire 2023, Ministère de la santé)

2.3 La crise du secteur public de la santé.

Le secteur public de la santé était depuis l'indépendance le « fleuron » du système de santé. Mais au fil des années, les difficultés ont commencé à se manifester et la qualité des prestations a commencé à décroître. La politique de désengagement de l'État des secteurs sociaux appliquée depuis la fin des années 80 a encouragé et favorisé le développement du secteur privé de la santé et affaibli le secteur public qui n'a pas été en mesure de répondre efficacement à l'augmentation de la demande de soins engendrée par l'urbanisation croissante du pays, le vieillissement de la population et l'augmentation de maladies non-transmissibles. Le livre blanc qui a couronné la première phase du Dialogue sociétal note en 2014 : « **Le système public se dégrade, le secteur privé se développe de manière peu régulée et les modes de gestion et de fonctionnement de ces deux secteurs sont sources de**

⁸ Carte sanitaire 2018 p72 et Carte sanitaire 2023 p35, Ministère de la santé.

cloisonnement »⁹.

L'année 2017 représente un tournant dans l'inadéquation de la gestion du secteur public de la santé. La crise des caisses de sécurité sociale (décrite plus haut) et les difficultés des finances publiques n'ont pas manqué de se répercuter sur les structures sanitaires publiques. A partir de 2017, le gouvernement a décidé de bloquer les recrutements dans la fonction publique et de ne pas remplacer les départs à la retraite. C'est ainsi que le nombre de médecins exerçant dans les structures sanitaires publiques a diminué entre 2017 et 2023 passant de 6254 à 5911. Le nombre total de différentes catégories de paramédicaux a également baissé durant cette période passant de 41108 à 38844.

Personnels exerçant dans le secteur public de la santé	2017	2023
Total des médecins	6254	5911
Total des paramédicaux	41108	38844

Tableau 3 : Évolution du nombre des personnels du secteur public de la santé entre 2017 et 2023 (Source : carte sanitaire 2018 et carte sanitaire 2023, Ministère de la santé)

La crise des caisses de sécurité sociale a eu un impact direct sur les hôpitaux publics. A partir de 2017, la CNAM n'a pas été en mesure d'assurer sa contribution aux structures sanitaires publiques. Les hôpitaux universitaires et régionaux, dont le budget de fonctionnement est alimenté à plus de 80% par la CNAM, ont été pratiquement étranglés financièrement. Les pénuries de médicaments et de matériel médical sont devenues quotidiennes et les conditions de travail des personnels se sont nettement détériorées. L'insatisfaction, les plaintes et parfois l'agressivité des patients et de leurs familles se sont multipliées. L'exode des médecins vers l'étranger, qui était relativement limité jusque-là, a pris une dimension nouvelle.

Le Secrétaire général du Conseil de l'Ordre des Médecins a estimé dans une déclaration à la Presse faite le 7 janvier 2025 que 1450 médecins ont quitté la Tunisie en 2024, soit plus que le nombre de médecins formés chaque année dans le pays. Les raisons de cet exode sont les conditions de travail difficiles, la violence dans les hôpitaux et une rémunération insuffisante. Les pénuries de médicaments se sont également multipliées. Aux pénuries habituelles de médicaments dues à des budgets insuffisants se sont ajoutées les pénuries dues aux difficultés d'approvisionnement de la Pharmacie Centrale de Tunisie qui est le fournisseur exclusif des hôpitaux et centres de santé de base. L'enquête de l'INS sur la perception

⁹ Livre Blanc, Dialogue sociétal sur la santé, Ministère de la santé, 2014.

des services publics par le citoyen de 2022¹⁰ indique que le premier motif d'insatisfaction des usagers des hôpitaux est le manque de médicaments (80,8%). Les patients sont de ce fait contraints d'acheter leurs médicaments dans les pharmacies privées qui ont été elles-mêmes touchées par des difficultés d'approvisionnement.

Le secteur public de la santé qui était « en souffrance » depuis de nombreuses années a connu à partir de 2017 une véritable spirale descendante qui a démultiplié ses difficultés. Les restrictions financières entraînent une détérioration des conditions de travail. Cette détérioration entraîne le mécontentement et parfois l'agressivité des usagers. Les personnels souffrent et cela rejaillit sur leur rendement. Les mauvaises conditions de travail et l'agressivité des usagers favorisent le départ des médecins vers le secteur privé et vers l'étranger. Le manque de médecins augmente encore plus les difficultés et ainsi de suite. C'est bel et bien un cercle vicieux qui est à l'œuvre.

Le 5 novembre 2024, le gouvernement a annoncé 9 mesures urgentes en faveur de la santé concernant le financement de la Pharmacie centrale et de la CNAM, la gouvernance des médicaments, la digitalisation, ainsi que la mise en place d'un « comité de pilotage composé de représentants de la présidence du gouvernement, des ministères de la santé, des finances, des affaires sociales et des professionnels de la santé ; Comité qui aura pour mission de mettre sur pied un système permettant d'accroître l'attractivité des établissements de santé publique, d'optimiser la mise à contribution des compétences et des équipements médicaux et d'offrir des conditions de travail décentes au personnel médical et paramédical »¹¹. A ce jour, plus de 7 mois après, aucune information n'est disponible sur l'application de ces mesures et sur la mise en place de ce comité.

Le budget du Ministère de la santé pour l'année 2025 est de 4 milliards de dinars, soit 5,13% du budget général de l'État qui est de 77,868 milliards de dinars. L'augmentation par rapport à celui de 2024 est faible : elle est de 70 millions de dinars, soit 1,75%¹². Il est loin des 8% recommandés par la conférence des ministres de la santé de la région EMRO de l'OMS de 2008, à laquelle a participé la Tunisie. Ce budget est nettement insuffisant ne serait-ce que pour amorcer un début d'amélioration de la situation.

Au total, les habitants des régions ouest du pays et les usagers du secteur public de la santé qui constituent la grande majorité de la population ne bénéficient pas des soins de qualité qu'ils sont en droit

10 Enquête sur la perception de la population des libertés, de la sécurité et de la gouvernance locale (en arabe), Institut national de la Statistique, juin 2022 : <https://www.ins.tn/publication/enquete-nationale-sur-la-perception-des-habitants-envers-la-securite-liberte-et-la-0>

11 Portail de la Présidence du Gouvernement.

12 Loi des finances 2025 et 2024.

d'attendre de l'exercice du droit constitutionnel à la santé.

2.4 Les retards dans la mise en œuvre de la « Politique Nationale de Santé »

La « Politique nationale de Santé » est le résultat du Dialogue Sociétal sur la santé qui a mobilisé organes institutionnels, experts, société civile et citoyens. Elle constitue un plan de réforme globale du système de santé ayant pour objectif de traiter les principales lacunes du système et de réaliser la couverture santé universelle en 2030. Elle a été adoptée officiellement par le gouvernement le 7 avril 2021, mais l'adoption de cette réforme ne s'est pas accompagnée de la promulgation d'une loi définissant ses objectifs, son contenu et ses modalités de mise en œuvre et de suivi.

Force est de constater que très peu de progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre de cette réforme ; réforme qui est pourtant incontournable si on veut avancer. Le Plan de développement 2026-2030 qui est en préparation cette année est une occasion pour l'actualiser et la mettre sur les rails/.

2.5 RECOMMANDATIONS :

I. Relancer et améliorer, en collaboration avec les organisations professionnelles et la société civile le plan d'urgence annoncé par le Gouvernement en novembre 2024 mesure qui permettra de redonner confiance et espoir aux professionnels et aux usagers et préparer le terrain à la réforme globale du système de santé) **en y incluant les mesures suivantes :**

- i. Établir des conditions de travail décentes pour le personnel médical et paramédical en mettant à disposition les fournitures médicales nécessaires à l'activité quotidienne et en assurant la maintenance des équipements ainsi que le suivi ;
- ii. Organiser les activités hospitalières et ambulatoires de façon à réduire les délais d'attente et les difficultés de transport en utilisant les technologies de l'information ;
- iii. Assurer la disponibilité des médicaments essentiels inscrits dans la nomenclature ;
- iv. Augmenter le recrutement des différentes catégories de professionnels de la santé de façon à retrouver rapidement les chiffres de l'année 2017, en accordant la priorité aux régions défavorisées, ce qui suppose une augmentation substantielle de leur rémunération ;
- v. Assurer le financement de ce plan d'urgence par :
 - Une augmentation du budget du Ministère de la santé d'au moins 1% du budget général de l'État
 - La prise en charge des dettes de la CNAM à l'égard des hôpitaux et de la Pharmacie centrale par le budget de l'État.
- vi. Assurer le suivi de ce plan d'urgence de manière transparente.

II. Actualiser la « Politique Nationale de Santé » en collaboration avec les partenaires sociaux et la société civile, la traduire dans le plan de développement 2026-2030 et la promulguer sous la forme d'une loi votée par le Parlement.

Association Tunisienne de Défense du droit à la Santé, juin 2025

E. Mail : droitalasante.tun@gmail.com