



POUR LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE, FAISONS LE CHEMIN ENSEMBLE

Projet de la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030



Table des matières

Résumé Exécutif4

1 Introduction5

2 Un système de santé en crise6

3 Vision 2030 pour la Couverture Santé Universelle8

4 Des choix stratégiques pour réaliser la vision 20309

5 Mettre le système de santé en ordre de marche pour la CSU10

5.1 Placer le citoyen au centre du système10

 Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé10

 Développer un paquet de services essentiels pour tous11

5.2 Rendre plus équitable l'accès aux services de santé11

 Assurer un régime de base unifié pour tous11

 Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public12

5.3 Assurer la protection de la santé des citoyens12

6 Trois clés pour réussir les changements13

6.1 Assurer la régulation pour les différentes dimensions de la CSU13

6.2 Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption13

6.3 Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé13

7 Changements attendus14

8 Approche de mise en œuvre15

9 Cibles et modalités de suivi17

9.1 La progression vers les changements et résultats qualitatifs attendus17

9.2 Les cibles pour l'état de santé de la population17

9.3 Les modalités pour le suivi18

10 Annexes19

11 Glossaire42

12 Bibliographie49

Liste des Figures

Figure 1: Choix stratégiques et clés pour la réussite10

Figure 2 : Régimes de protection financière contre le risque maladie- données 201719

Figure 3 : Santé familiale et de proximité19

Figure 4 : Interventions clés selon le cycle de la vie20

Figure 5 : La couverture santé universelle- dimensions considérées dans la régulation20

Liste des Tableaux

Tableau 1: Implications et leviers25

Tableau 2: Pour la crédibilité du démarrage de la mise en œuvre de la PNS30

Tableau 3: Changements attendus32

Tableau 4: Cibles de la PNS36

Résumé Exécutif

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, générant 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.

La protection financière contre le risque maladie reste insuffisante et fragmentée, avec des entorses à la solidarité, inhérentes à la multiplicité de filières et à l'exclusion : on estime qu'entre un et deux millions de tunisiens ne bénéficient d'aucune forme de protection financière contre la maladie et que 38% des dépenses courantes de santé sont déboursées de la poche des ménages sans pouvoir être remboursées, engendrant, dans certains cas, un renoncement aux soins.

Le système de santé reste orienté sur les soins curatifs mais peu ou pas centrés sur la personne dans sa globalité. La promotion de la santé et la prévention sont marginalisées. Le défi de l'augmentation du fardeau des maladies non transmissibles, tant au niveau de la morbidité que de la charge financière, ne trouve pas de réponse adéquate en particulier en matière de protection de la santé qui est une obligation de l'Etat.

Les déficiences en matière de pilotage, de régulation, de financement et de participation ne permettent pas d'adapter un système de santé, devenu de plus en plus complexe et opaque, aux exigences d'une évolution rapide ni de prendre en considération les aspirations des citoyens et des professionnels. L'asymétrie de relations dans le système favorise le développement de la corruption, l'absence ou la mauvaise gestion des conflits d'intérêts et une multitude de formes d'inefficience et de mauvaise gouvernance.

Le citoyen est perdu dans ce système complexe et opaque et développe des frustrations, de l'incompréhension engendrant une méfiance, voire une défiance vis-à-vis du système de santé. La crise de confiance est si grave entre citoyens, professionnels et autorités, qu'en l'absence d'actions courageuses de réforme, elle pourrait mener à des formes de dé-légitimation de l'Etat et à l'effondrement des services publics, à terme.

Le projet de politique nationale de santé (PNS) est basé sur une vision à l'horizon 2030 pour la couverture santé universelle. Il a été développé dans le cadre de la deuxième phase du dialogue sociétal sur les politiques, suite à un processus participatif et inclusif. La vision, ambitieuse et réaliste, est inspirée des valeurs universelles des droits de l'Homme et permettra d'offrir équitablement et à chacun les opportunités pour promouvoir sa santé et son bien-être au service du développement durable du pays.

Cinq choix stratégiques structurants permettront à la PNS de mettre le système de santé en ordre de marche vers la Couverture Santé Universelle (CSU) :

Placer le citoyen au centre des préoccupations des institutions et des professionnels de santé :

- **Faire de la santé familiale de proximité** la porte d'entrée et le pivot du système de santé ;
- **Rendre un paquet de services essentiels** disponible pour chaque personne et adapté aux besoins durant le cycle de la vie. Son coût est supportable pour le citoyen et soutenable par le système de santé.

Rendre plus équitable l'accès aux soins :

- **Unifier le régime de base** afin qu'il fournisse une même protection financière équitable à toute la population ;
- **Donner au secteur public les moyens** pour assumer ses missions de service public compte tenu des surcoûts imputables à l'équité, la formation et la recherche et corriger ainsi les inégalités dans l'accès aux soins de qualité.

Donner à la protection de la santé l'importance cruciale requise :

- **Assurer la protection de la santé des citoyens** en engageant les autorités gouvernementales à assumer leurs obligations en prenant

effectivement en compte la promotion de la santé dans les politiques publiques et en mettant en place une instance de coordination multisectorielle effective.

Donner aux autorités sanitaires le mandat, les instruments et les moyens pour mieux piloter et réguler l'ensemble du secteur de la santé, public et privé :

Trois clés pour la réussite permettront de mieux piloter et réguler l'ensemble du secteur de la santé, public et privé et de promouvoir la participation :

- **Assurer une régulation active** qui donne la priorité à la réduction des dépenses directes des ménages, à l'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population sans exclusion, à la garantie de l'équité d'accès à un paquet de services essentiels, et à la complémentarité et la collaboration entre les secteurs public et privé pour atteindre les objectifs de santé publique ;
- **Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption** en réduisant l'asymétrie existante entre les citoyens et le système grâce à une plus grande transparence sur les conditions entourant les prestations ; en créant des mécanismes participatifs pour une meilleure gestion des conflits d'intérêts et l'identification de mesures concrètes de prévention et de redressement des contextes propices ou sensibles à la corruption ;
- **Faire du citoyen un acteur et un partenaire pour la santé** : sa participation est cruciale dans la prise en charge de sa propre santé, dans les institutions locales concernant la promotion de la santé et l'offre de soins et les choix politiques ainsi que dans la gestion et la gouvernance du système de santé.

La mise en œuvre du projet de PNS permet d'avoir, à la fois, un citoyen plus confiant dans le système de santé et mieux protégé, un professionnel de santé rassuré et motivé, enfin un système de santé plus équitable, plus efficient et inclusif contribuant à réduire les inégalités régionales et sociales.

L'approche de mise en œuvre de cette PNS doit être soutenue par un engagement politique fort de toutes les parties concernées et dont l'implication dans les modalités d'implémentation est cruciale. La complémentarité et la synergie entre les différents choix sont capitales pour la mise en œuvre de cette PNS. La crédibilité de

l'engagement sera mesurée par la mise en place effective des dispositions prioritaires communes aux différents choix stratégiques. Des portes d'entrée sont proposées et seront affinées durant la planification stratégique, pour un démarrage effectif. Les premières avancées aideront à surmonter les résistances aux changements imputables à l'inertie et aux positions de confort. La PNS envisage des résultats qualitatifs en relation avec le système de santé ainsi que des cibles pour la morbidité, l'habilitation pour la promotion de la santé, l'accessibilité aux soins de qualité et la protection financière. La PNS envisage des revues périodiques des progrès, participatives et inclusives, bâtissant sur l'expérience du Dialogue Sociétal.

1. Introduction

Face à la crise du système de santé en Tunisie, marquant un décalage grandissant entre les attentes de la population et les exigences de participation des citoyens et autres parties prenantes, le dialogue sociétal sur les politiques, stratégies et les plans nationaux de santé (DS), a représenté une opportunité pour apporter des éléments de résolution, tenant compte des attentes des citoyens et des professionnels de santé.

L'état des lieux a mis en exergue des inégalités sociales et régionales dans l'accès à des soins de qualité. Il souligne les dysfonctionnements du système de santé, devenus structurels.

La conférence nationale¹ de la santé a abouti, en septembre 2014, à un consensus national sur les orientations stratégiques de la réforme du système de santé. Ce consensus a été décliné sous forme d'une déclaration pour la concrétisation du droit à la santé en Tunisie et la publication d'un livre blanc intitulé « Pour une meilleure santé en Tunisie : faisons le chemin ensemble ».

Les principales recommandations de cette conférence nationale ont été :

- Recentrer le système de santé autour du citoyen afin de mieux répondre à ses attentes légitimes.
- Réduire les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de qualité et progresser vers la couverture santé universelle.
- Donner à la promotion de la santé l'importance requise en agissant efficacement en amont de la maladie et de ses complications.

Ainsi, la politique nationale de santé (PNS) vise à capitaliser à partir d'un processus participatif et inclusif associant tous les acteurs du domaine, citoyens inclus.

En réactualisant les constats majeurs faits durant la phase 1 du DS (section 2), la PNS s'est fondée sur une vision pour la santé à l'horizon 2030 (section 3 et définit des choix stratégiques et des clés pour sa réussite (sections 4, 5 et 6), pour conduire les changements nécessaires (section 7).

La mise en œuvre effective de la PNS est tributaire de l'engagement politique de toutes les parties prenantes et en particulier celui du gouvernement (section 8). Les modalités de suivi des progrès sont identifiées (section 9).

2. Un système de santé en crise

Des acquis majeurs en matière de développement humain, fragilisés par les défis de la qualité et les inégalités.

Depuis l'indépendance, des progrès importants ont été réalisés en matière de développement humain, avec une politique sociale axée sur la scolarisation, la santé, le logement et l'inclusion des femmes dans la vie sociale et économique. L'espérance de vie est passée de 71.1 en 1992 à 75.9 ans en 2017. En revanche, l'indice de développement humain connaît un tassement dans sa progression².

Des inégalités régionales et sociales persistent encore aux niveaux de l'emploi³, des conditions de vie et des revenus⁴ et de l'accès à des services publics de qualité, ainsi que pour l'état de santé⁵. Le pays semble stagner et a été rejoint, voire dépassé par des pays à revenu intermédiaire⁶.

Des nouvelles exigences liées à la transition démographique et épidémiologique.

Une personne sur cinq aura plus de 60 ans en 2036 contre près d'une personne sur 11 en 2004. Outre le risque lié à la solitude, le vieillissement de la population a des conséquences majeures sur le profil santé du pays et en particulier sur le poids considérable des maladies chroniques et de l'incapacité.

Les maladies non transmissibles (MNT⁷) sont la cause de plus de 8 décès prématurés sur 10 et contribuent à plus de 63% des dépenses courantes de la santé en 2014. Elles sont favorisées par des facteurs de risque⁸ en relation avec la sédentarité, la pollution, la consommation du tabac et une alimentation déséquilibrée, en particulier salée et sucrée. Face à ces défis, des stratégies et des programmes ont été élaborés, mais dont l'impact reste limité en raison du cloisonnement qui caractérise leur mise en œuvre et les déficiences en matière de collaboration.

Un système public de soins sans cap clair et qui tend à perdre ses atouts.

Bien qu'assurant une bonne répartition géographique de ses structures sanitaires, le secteur public souffre de déficiences importantes dans ses réponses aux attentes du citoyen. La première ligne semble marginalisée. La disponibilité des prestations y est réduite aux seules matinées et seulement un centre de santé de base sur cinq assure des consultations médicales quotidiennes⁹.

Les hôpitaux régionaux souffrent du manque de spécialistes et de l'inadéquation entre les équipements disponibles et les professionnels affectés. L'augmentation du nombre d'hôpitaux a tendance à rendre hors de portée le défi de la bonne fonctionnalité et expose la population à des risques de sécurité des soins du fait du déclin des compétences des professionnels spécialisés généré par le faible volume d'activités réalisées¹⁰.

Les hôpitaux universitaires sont détournés de leur vocation de structures de 3ème ligne et subissent l'effet des déficiences cumulées des autres lignes.

Le dysfonctionnement des structures sanitaires publiques est aggravé, en l'absence d'une vision d'ensemble du système de soins, par les conflits d'intérêts générés par la double appartenance de certaines catégories de professionnels (public et privé), en particulier dans le cadre de l'Activité Privée Complémentaire (APC) et par l'accroissement des missions de service public¹¹,

sans ressources adéquates. Le rationnement et les pénuries, ajoutés aux déficiences au niveau de la gouvernance et au laisser-aller ont contribué à la diffusion de différentes formes de corruption¹². La situation a engendré frustrations et incompréhensions entre citoyens et professionnels, dégénérant parfois en violences physiques.

La formation des cadres de haut niveau ainsi que la recherche, pour accompagner l'évolution et l'adaptation du système de soins aux nouvelles exigences, se trouvent ainsi hypothéquées.

Un secteur privé plus réactif mais concentré dans les zones de solvabilité.

Ce secteur a connu une croissance rapide¹³ et soutenue au cours des deux dernières décennies. La demande étrangère¹⁴, et l'allègement de la réglementation, en particulier pour les équipements lourds et les technologies de pointe, ont contribué au développement de ce secteur¹⁵. En matière d'équipements lourds, ce secteur est devenu nettement mieux doté que le secteur public¹⁶.

Comblant partiellement les déficiences de disponibilité et de réactivité du secteur public, le secteur privé se concentre dans les régions à demande solvable, essentiellement au niveau du littoral, aggravant ainsi les disparités régionales en l'absence de mécanismes de régulation¹⁷ pour une offre équitable.

Les assurés sociaux sont de plus en plus attirés¹⁸ par les prestataires privés qui leur semblent présenter une bien meilleure attention à la demande, là où ils sont présents, en termes de disponibilité, d'accueil et de rapidité des rendez-vous. Ils paient de leurs poches la majorité des dépenses liées à ces prestations avec des effets induits sur l'assurance maladie et les assurances privées¹⁹.

Une dualité prévaut pour le paquet de services entre les secteurs public et privé.

Implicite dans le secteur public, le paquet de services y est limité par le rationnement et les pénuries imputables aux contraintes budgétaires, à l'utilisation inadéquate des ressources et à la contribution plafonnée de la CNAM²⁰.

Explicite pour le privé - la CNAM définissant les actes et soins pris en charge -, il n'est pas encadré par un référentiel de bonnes pratiques pour limiter des glissements vers la surmédicalisation²¹ en relation avec la dimension commerciale qui sous-tend son développement. Dans le secteur privé, le patient doit composer avec les plafonds de prise en charge imposés par l'assurance maladie.

La CNAM ne couvre pas les activités préventives et de promotion de la santé qui se trouvent ainsi absentes ou marginalisées. Dans les deux secteurs, l'habilitation du patient et son association aux décisions médicales le concernant ne sont pas prises en compte²². Aujourd'hui, six (6) hypertendus sur dix (10) ignorent leur situation et pour seulement un (1) diabétique sur quatre (4), l'équilibre glycémique est atteint. Ces données soulignent que la performance en termes de promotion de la santé, d'accès et d'utilisation du paquet essentiel de services est limitée (THES, 2016).

Protection financière inéquitable et risque élevé de dépenses catastrophiques.

Malgré la multiplicité des régimes de protection financière contre le risque maladie, près de deux millions de tunisiens ne seraient pas couverts.

L'accès aux services de santé diffère selon le régime de protection : les bénéficiaires²³ de la gratuité des soins et des tarifs réduits ont droit uniquement aux structures sanitaires publiques, tandis que les assurés sociaux²⁴ ont le choix entre trois filières leur donnant accès soit aux prestataires publics soit à ceux du secteur privé²⁵.

² L'IDH était respectivement à 0.459 en 1980, 0.569 en 1990, 0.653 en 2000, 0.716 en 2010, 0.728 en 2015 et 0.735 en 2017

³ Le chômage était à 16.8% en 1992 et à 15.3% au 1er trimestre 2019 (INS).

⁴ La pauvreté était à 15.2% et l'extrême pauvreté à 2.9% en 2015 (INS).

⁵ Le taux de mortalité maternelle atteint le double de la moyenne nationale dans certaines régions de l'intérieur du pays.

⁶ Par des pays du Maghreb et du proche orient ainsi que la Turquie.

⁷ Il s'agit en particulier du diabète, des maladies cardiovasculaires, des cancers, des bronchopneumopathies chroniques et des pathologies mentales. L'enquête Tunisian Health Examination Survey 2016 (THES) a révélé qu'un peu plus d'un adulte sur six est diabétique (15.5%) et plus d'un adulte sur trois est hypertendu (28.7%).

⁸ L'enquête THES a révélé que 65% des adultes sont en surpoids et 30% sont obèses et que le tabagisme concerne plus de 30% de la population jeune.

⁹ Les prestations des Centres de Santé de Base (CSB) ne sont disponibles que durant les matinées et seuls 20% des CSB offrent ces consultations 6 jours/6 (dont plus de 60% se trouvent dans les gouvernorats situés sur le littoral) alors que 49% des CSB n'assurent des consultations qu'un jour/6 (dont 90% se trouvent dans les gouvernorats dits défavorisés).

¹⁰ Les volumes d'activité et actes spécialisés sont en relation avec le nombre de la population desservie par la structure hospitalière. Dans la plupart des régions du pays, la population se trouve à une heure d'un hôpital régional offrant ou à même d'offrir la gamme de soins requise en toute sécurité.

¹¹ Liées aux nouvelles mesures sociales de gratuités des soins et de création de nouvelles structures.

¹² Dont les paiements informels, la vente des fonctions étatiques, l'absentéisme, les pots de vin, la corruption à l'approvisionnement, le vol et l'abus de propriété, la fraude et l'abus de confiance.

¹³ À titre d'exemple, le nombre de lits dans le secteur privé est de 6500. Il s'est multiplié par plus de deux depuis l'année 2010 et plus de huit fois depuis 1987. Le double de ces lits est en cours de construction (Source : MS).

¹⁴ Les activités liées à l'exportation des services de santé représentent 36% des recettes des cliniques privées.

¹⁵ Il compte la majorité des médecins spécialistes, les trois quarts des pharmaciens et plus de quatre cinquièmes des chirurgiens-dentistes du pays.

¹⁶ En 2016 : 82% des lithotripteurs, 81% des IRM, 76% des CEC, 75% des scanners, 72% des installations de cathétérisme.

¹⁷ Les officines de pharmacie privées et les centres de dialyse font figure d'exception, disposant des mécanismes agréés de régulation.

¹⁸ Les affiliés des deux filières privées passent de 29% en 2008 à 46% en 2017 au détriment des affiliations pour le secteur public.

¹⁹ Les dépenses proviennent respectivement à raison de 65% de la poche des ménages, 29% de la CNAM, et 6% des assurances privées selon les comptes de la santé (CS) 2014.

²⁰ En 2014, la CNAM a dépensé 286 pour un affilié de la filière publique contre 664 DT pour un affilié des filières privées (Source : Comptes de la santé). Les filières de la CNAM sont décrites en annexe.

²¹ La tendance à la surmédicalisation concerne aussi bien le public que le privé pour certaines prises en charge à l'instar des accouchements par césariennes (43.2% avec 46. 4% pour les femmes du milieu urbain contre 37.7% pour le milieu rural), très loin des limites maximales de 15% suggérées par l'OMS, UNICEF et UNFPA dans un rapport conjoint publié en 1997. Source : MICS6, INS 2019.

²² L'approche biomédicale et ou paternaliste prévaut. Le patient n'est généralement pas considéré dans sa globalité ni comme un partenaire pour la solution de son problème de santé.

²³ AMG1 pour les pauvres permet la gratuité dans les prestations du secteur public, l'AMG2 pour les vulnérables assure l'accès aux prestations du secteur public moyennant une petite contribution.

²⁴ Les trois filières sont : filière publique, filière privée (médecine de famille), système de remboursement dans laquelle le patient peut choisir et décider du recours aux prestataires et se faire rembourser par l'assurance selon la tarification agréée.

²⁵ Erreur ! Source du renvoi introuvable. en annexe.

Outre sa complexité, concernant en particulier les modalités de paiement qu'il fixe, et les risques de corruption qu'il peut générer, le régime d'assurance maladie révèle des situations d'entorse à la solidarité.

Le système, tel qu'il est, expose aux renoncements aux soins ou à des paiements directs élevés non remboursés. La contribution directe des ménages aux dépenses courantes de la santé reste très élevée (38% en 2014) et peu compatible avec l'ambition d'une couverture santé universelle. Elle est accompagnée d'une incidence significative des dépenses catastrophiques (près de deux cent mille habitants en 2014) et d'appauvrissement du fait des soins de santé (plus de cent mille habitants en 2014).

Déficiences dans le rôle de l'État.

La centralisation excessive et la déficience du pilotage d'un système de plus en plus complexe ainsi que les insuffisances de la collaboration intersectorielle affectent les obligations de l'État et sa capacité à développer une vision et une politique nationale permettant de protéger la santé et de mieux répondre aux nouvelles attentes légitimes de la population. La volonté et/ou les moyens adéquats semblent manquer pour faire jouer aux ressources publiques (fiscales et de l'assurance maladie) le rôle de levier permettant de faire prévaloir l'intérêt général et pour promouvoir la complémentarité entre la diversité des acteurs et des institutions dans la réalisation des missions de santé publique.

Dans la perception de la population, le secteur de la santé est le plus exposé à la corruption²⁶.

Une obligation pour le changement.

Le système de santé est en rendement décroissant depuis deux décades. La crise est grave et durable avec des manifestations aiguës de plus en plus fréquentes. Elle plonge ses racines dans les dysfonctionnements et les inégalités sociales et régionales qui ont marqué l'évolution du système de santé durant toute cette période. Le fossé est grand entre les attentes des citoyens et les réponses du système de santé. Ceci est particulièrement vrai pour l'accès à des soins de qualité, pour la protection financière contre le risque maladie et contre l'appauvrissement par

des dépenses de santé catastrophiques. Cela concerne l'exploitation et le non-respect par des prestataires peu scrupuleux ou privilégiant sans retenue la dimension commerciale dans leur activité. C'est aussi vrai pour la protection et la promotion de la santé du fait des déficiences dans la mise en pratique des mesures de prévention et des réglementations contre les nuisances pour la santé, les risques de catastrophes et la promotion de la santé. La crise de confiance est si grave entre citoyens, professionnels et autorités, qu'en l'absence d'actions courageuses de réforme, elle pourrait mener à des formes de dé-légitimation de l'État et l'effondrement des services sanitaires publics.

Les mesures ponctuelles limitées et prises dans l'urgence n'ont pas changé la situation. Le temps du courage et des actions qui font prévaloir l'intérêt général, la sauvegarde des acquis ainsi que l'ambition légitime de la couverture santé universelle, est venu afin de donner une signification concrète au droit constitutionnel à la santé.

3. Vision 2030 pour la Couverture Santé Universelle²⁷

Ambitieuse et réaliste, la vision permet à tous les habitants d'exercer, avec confiance, leur droit à la santé et de réaliser l'engagement pris pour la Couverture Santé Universelle (CSU). Les opportunités sont équitablement offertes à chacun pour promouvoir sa santé et son bien-être. Un système de soins, réactif à la demande de la personne, procure des soins de qualité sûrs et efficaces.

Les compétences individuelles et collectives pour la santé sont développées et ancrées dans la société contribuant à plus d'autonomie, de responsabilité et de collaboration fructueuse entre citoyens et professionnels de la santé, publics et privés. Un environnement sain et des comportements qui contribuent à la protection de la santé des familles et des communautés. La prévalence ainsi que l'incidence des complications secondaires des maladies en relation avec les facteurs de risques comportementaux, environnementaux et les déterminants sociaux de la santé, sont réduites. En meilleure santé, la population constitue un atout essentiel pour un développement durable et inclusif.

Bénéficiaire d'un engagement politique et sociétal, la vision 2030 de la PNS s'inspire des valeurs de droit de l'Homme, en particulier le respect de la dignité, de l'équité, de la qualité et de la solidarité.

Lecitoyen est au cœur d'un système de santé qui dispense des soins de qualité, centrés sur la personne, dans le cadre de parcours de soins définis, dynamiques et intégrés. Plus équitable, le système de santé couvre territorialement l'ensemble de la population, pour répondre à ses besoins.

La santé des citoyens est mieux protégée grâce à sa prise en considération dans toutes les politiques publiques et aux changements de comportements, individuels et collectifs, favorables à la santé.

Le système de santé est plus réactif et plus efficient avec des citoyens partenaires et des professionnels motivés et émancipés.

L'État est engagé, avec ses institutions démocratiques consolidées et des stratégies appropriées, dans la réalisation des objectifs du développement durable. La décentralisation est effective avec des régions regroupées en grands ensembles géographiques. La transparence, la reddition des comptes et la participation sont assurées dans le cadre du pilotage des secteurs et en particulier celui de la santé.

La volonté politique est forte chez tous les acteurs politiques, économiques et sociaux pour surmonter les divergences et créer les conditions de la pleine réalisation de la vision de la politique nationale de santé. Bien précieux et commun, le système de santé national est à l'abri des controverses. Évalué périodiquement, il n'est pas remis en cause par les changements de majorité politique ni par les lobbies et les groupes de pressions. Les convergences fortes pour la couverture santé universelle et le droit à la santé sont soutenues par l'institutionnalisation du dialogue sociétal.

4. Des choix stratégiques pour réaliser la vision 2030

La situation actuelle du système de santé

ne permet plus de se limiter à des réponses urgentes et ponctuelles. Il est de l'intérêt de toutes les parties de collaborer et de travailler aux changements profonds nécessaires permettant de sortir du cercle vicieux constitué de déficience, frustration, défiance afin de mieux répondre aux attentes de la population. Il s'agit d'une refonte progressive mais déterminée, de l'organisation de l'offre de soins et services, de son financement et de la gouvernance du système de santé.

Un ensemble de choix stratégiques et des clés pour la réussite, impliquant des décisions politiques majeures, sont nécessaires pour la réalisation de la vision 2030. Ils ont émergé du processus du dialogue sociétal et en particulier des orientations du Livre Blanc, de la déclaration de la conférence nationale de santé de 2014, des notes d'orientations des groupes thématiques de la phase 2, enrichies par les attentes et les craintes des citoyens et des professionnels de santé lors des rencontres interrégionales et des rendez-vous régionaux dans les 24 gouvernorats du pays²⁸.

Ni exhaustifs, ni exclusifs, les choix stratégiques et les clés pour la réussite constituent des priorités transversales et structurantes. Dans le cadre d'une dynamique participative, ils permettent d'entreprendre effectivement les transformations nécessaires du système pour la réaliser la Couverture Santé Universelle. Orientée par la PNS, la planification stratégique doit prendre en compte les dimensions spécifiques et/ou verticales, non directement abordées, les mettre en cohérence avec la PNS et, le cas échéant, les expliciter pour mieux informer les futures actions complémentaires de réforme²⁹.

L'ensemble de ces choix stratégiques et les clés pour la réussite constituent le cœur de la PNS. Ils apporteront les changements positifs cruciaux avec une dynamique de réponse durable aux problèmes majeurs mis en évidence par l'analyse de situation. Les cinq choix stratégiques sont en relation avec la réorganisation du système de santé autour du citoyen avec la considération effective de la protection de la santé ainsi que la prise en compte de l'équité, de la solidarité et de la qualité dans l'accès aux services. Les trois clés pour la réussite sont : la régulation dans le cadre du pilotage d'un système de plus en plus

²⁶ Enquête nationale INS sur les services publics, 2017.

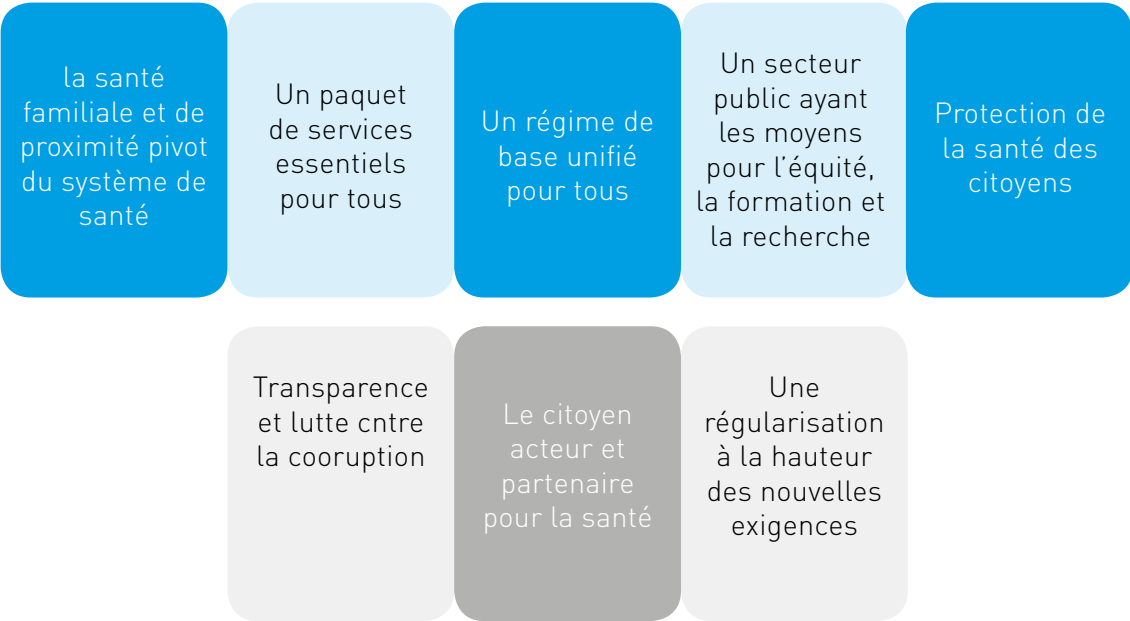
²⁷ Elle est définie comme étant « l'ensemble de la population a accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin. Ces services sont de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières particulières pour les usagers »

²⁸ Une série de 4 réunions interrégionales en juillet et septembre 2018 a permis de tester les différents choix. Les rendez-vous régionaux organisés dans les 24 gouvernorats entre février et mars 2019, ont permis de capter les préoccupations et les propositions des citoyens et des professionnels en relation avec la vision et les choix stratégiques soumis à la discussion.

²⁹ Ceci concerne en particulier le développement des ressources humaines, les biotechnologies et le développement des stratégies spécifiques aux différents problèmes en relation avec l'état de santé de la population ainsi que les implications pour le financement, la gestion et la gouvernance du système et du secteur.

complexe, la transparence et la lutte contre la corruption et la participation des citoyens (Figure 1). Les implications et les leviers pour la mise en œuvre des choix et l’activation des clés pour la réussite sont regroupés en annexe (Tableau 1).

Figure 1: Choix stratégiques et clés pour la réussite



En bleu : les choix stratégiques. En gris : les clés pour la réussite

5. Mettre le système de santé en ordre de marche pour la CSU

5.1 Placer le citoyen au centre du système

L’organisation sanitaire actuelle, publique et privée, est construite surtout en fonction des intérêts et des besoins des professionnels et des institutions. La PNS vise à recentrer cette organisation sanitaire sur sa finalité première : offrir des soins de qualité, sûrs et pertinents selon les besoins de chacun dans le respect de la dignité et l’attention à la personne. Pour cela, il faut faire de la santé familiale de proximité le pivot du système de santé et assurer la disponibilité pour tous d’un paquet de services essentiels de qualité, centré sur la personne et dont les coûts sont supportables.

Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé

La santé familiale et de proximité (SFP) constituera la porte d’entrée privilégiée du système de soins³⁰ et sera organisée en réseau

de proximité, associant public et privé. Une équipe de professionnels pluridisciplinaire³¹ répondra de façon intégrée aux besoins de la population. Elle devra assurer la coordination du parcours de soins³⁰ sur la base de référentiels de bonnes pratiques agréés et disposer des relations de références adéquates pour les cas nécessitant un avis ou une prise en charge spécialisée. Les progrès dans les technologies de la communication, en particulier la télémédecine, et la numérisation ainsi que les possibilités de transport renforceront la proximité ainsi que la collaboration fructueuse entre professionnels au bénéfice du patient. La disponibilité effective des médicaments et la possibilité de réaliser les examens complémentaires nécessaires renforceront l’efficacité de la SFP et limiteront le recours inadapté aux niveaux spécialisés. La SFP développera et soutiendra les activités de promotion de la santé avec la participation des citoyens et des institutions locales et communautaires. Partout où cela est possible, le libre choix du prestataire par le patient renforcera la confiance entre le prestataire et le patient.

Un nouveau mode volontaire d’organisation sera encouragé sur la base d’un cahier des charges³² afin de promouvoir la prise en compte effective des bonnes pratiques agréées de santé familiale et de proximité. Des suggestions sont faites en annexe 1 pour le cahier des charges.

La santé familiale et de proximité sera une réponse à la problématique que constitue une première ligne affaiblie et négligée, n’offrant pas les services requis. Ainsi, la grande majorité des problèmes de santé sont pris en charge par le niveau spécialisé, d’accès plus difficile et plus coûteux. Les conséquences en sont une diminution du recours aux soins, l’absence de continuité dans la prise en charge avec des dossiers multiples et fragmentés, et donc une défaillance du système. De plus, les institutions locales sont peu ou pas impliquées dans la promotion de la santé.

Développer un paquet de services essentiels pour tous

Permettant de répondre aux besoins de santé durant tout le cycle de vie de la personne, le paquet de services essentiels (PSE) comprendra des services préventifs, curatifs, de réadaptation, de promotion de la santé ainsi que les référentiels de bonnes pratiques pour l’utilisation de ses prestations. Il devra être délivré, dans le cadre d’un parcours défini, à travers l’ensemble du système de soins, tant public que privé, dans ses différentes lignes. Les compétences des professionnels et l’utilisation judicieuses des produits médicaux et plus généralement des moyens biotechnologiques ainsi que de leur bonne gestion et maintenance³³, permettront d’assurer des prestations adéquates selon les besoins de chacun. Les services, centrés sur la personne, seront de qualité suffisante, pour être efficaces. Son coût sera supportable pour les citoyens et soutenable pour le système. Il rendra clair et explicite que le citoyen est en droit d’attendre. Le processus de définition et de revue périodique du contenu et de l’utilisation du PSE devra être participatif, transparent et basé sur des données probantes et des référentiels de bonnes pratiques. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, le

cancer et la santé mentale³⁴ bénéficieront de la priorité requise dans la définition de son contenu. Les valeurs de droit, de respect de la dignité, de solidarité, d’équité et d’éthique³⁵ doivent encadrer le processus dans sa définition et ses revues périodiques.

Le PSE permet de répondre à la problématique liée à la dualité, à la complexité et à l’iniquité de l’offre de services actuelle : (i) une dualité de droit d’accès aux services de santé selon la couverture de protection financière contre le risque maladie et le prestataire de service³⁶ ; (ii) une grande complexité et une opacité entourent les conditions d’utilisation du PSE ouvrant ainsi des espaces à la corruption; (iii) l’absence de référentiels de bonnes pratiques agréés a favorisé le développement de sous et sur médicalisation contribuant indûment à l’augmentation des dépenses publiques (en particulier celles de la CNAM³⁷) au niveau des prestataires privés et à un niveau élevé des paiements directs des poches des ménages. Le système actuel génère et entretient l’iniquité avec une médecine à plusieurs vitesses et un impact négatif sur la santé de la population.

5.2 Rendre plus équitable l’accès aux services de santé

Face à l’iniquité et à l’exclusion qui caractérisent l’accessibilité actuelle aux services de santé et la protection financière contre le risque maladie, il s’agit d’assurer une protection financière contre le risque de maladie pour tous et de donner au secteur public, qui assure la plus grande couverture géographique du pays, les moyens lui permettant d’assumer les missions qui lui sont dévolues.

Assurer un régime de base unifié pour tous

Volet important du socle national de protection sociale, le régime de base unifié (RBU) doit assurer, pour toute la population, une protection financière inclusive pour l’accès aux services de santé de qualité.

Il doit regrouper les non couverts, les assurés sociaux et les bénéficiaires des gratuités et des tarifs réduits. Il permettra l’utilisation d’un paquet de services essentiels (PSE) selon les besoins de chacun à travers des structures de

³⁰ Erreur ! Source du renvoi introuvable. en annexe

³¹ Équipe formée de médecin, dentiste, pharmacien, infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, et autres.

³² Les structures de première ligne, publiques et privées, répondant avec succès aux exigences du cahier de charge à travers un processus d’accréditation et de ré-accréditation périodique seront ainsi labellisés (label à convenir) ou tout autre label agréé. Ils bénéficieront des mesures incitatives prévues par le cahier des charges. Les CSB ne répondant pas aux critères du cahier de charge, pour des contraintes de ressources humaines et matérielles, continuent leur activité avec l’appui des CSB accrédités et/ou des Centres de Santé Intermédiaires et des hôpitaux de circonscription afin d’assurer l’accès aux soins aux populations éloignées. Les cabinets privés qui n’adhèrent pas au cahier de charge continueront leurs activités mais ne pourront bénéficier des avantages consentis aux structures accréditées.

³³ La bonne gestion, la qualité ainsi que l’usage adéquat (efficacité, sécurité, efficacité) des médicaments et des biotechnologies doit reposer sur les recommandations des instances nationales habilitées (normatives, évaluation, régulation et contrôle).

³⁴ En raison de leur poids considérable dans la morbidité et les dépenses pour la santé.

³⁵ Les décisions d’inclusion/exclusion dans le PSE de certaines prises en charge excessivement onéreuses et sans preuves satisfaisantes sur leur efficacité doivent suivre un processus de délibération publique considérant leur dimension sociale.

³⁶ Les assurés sociaux ont le droit à un panier explicite sous forme de listes positives incluant des prestations curatives, dont la prise en charge est limitée par un plafond, tandis que les personnes ayant droit aux services gratuits (AMG1) et aux tarifs réduits (AMG2) ont droit à tous les soins préventifs et curatifs dans la limite de la disponibilité dans les structures sanitaires publiques.

³⁷ En 2014, 57% des dépenses de la CNAM (hors médicaments spécifiques) sont réalisées au niveau des prestataires privés auxquels seulement 38% de ses affiliés et ayants droits peuvent accéder (filiale privée et système de remboursement).

santé accessibles dans le temps et dans l'espace. Il bénéficiera des financements publics adéquats et soutenables incluant à la fois l'impôt et les cotisations sociales. A côté de ce régime de base, des assurances complémentaires³⁸ pourront se développer pour la prise en charge des services hors RBU, mais sans préjudice au régime de base.

Le RBU répond à la **problématique** liée à l'insuffisance de la protection financière et sa complexité : (i) près de 2 millions de tunisiens ne sont pas couverts³⁹ ; (ii) une fragmentation des régimes de protection financière donnant un accès⁴⁰ différent selon le régime et la filière d'appartenance; (iii) diverses limitations sont liées au rationnement et à la pénurie dans les structures publiques et au plafond et les listes de services couverts dans le secteur privé; (iv) une contribution élevée⁴¹, non remboursable, des poches des ménages avec une incidence significative des dépenses catastrophiques, d'appauvrissement et de non recours aux soins affectant particulièrement les populations vulnérables. Les conséquences en sont une entorse à la solidarité, une complexité des procédures pour les administrateurs et pour les citoyens favorisant la corruption, des prestations à plusieurs vitesses rendant le système inefficace et inéquitable avec un impact négatif pour la santé de la population.

Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public

Le secteur public doit avoir les ressources adéquates et dédiées pour assurer : (i) l'équité dans l'accès à des soins de qualité pour tous et dans toutes les régions du pays ; (ii) la formation des cadres professionnels de la santé de haut niveau de compétence et (iii) le développement de la recherche dans les domaines aussi bien cliniques que de santé publique afin de permettre au système de s'adapter aux nouvelles exigences et à générer connaissances et solutions appropriées. L'optimisation de l'organisation territoriale des structures de soins dans le cadre de pôles inter-régionaux permet d'améliorer la proximité des soins, la bonne fonctionnalité entre les trois lignes du système ainsi que la

bonne complémentarité entre les structures d'une même ligne. Avec un secteur public revitalisé et adapté aux spécificités de chaque ensemble régional, il sera possible de motiver les professionnels, de contribuer aux conditions pour la rétention des compétences et de porter l'excellence au bénéfice de tous : attentes de la population, industrie pharmaceutique nationale et exportation de services de santé.

Ce choix stratégique répond à la problématique du décalage entre des obligations croissantes des missions de service public⁴² pour répondre aux attentes de la population et des ressources financières et humaines limitées et pas toujours bien utilisées. Le rationnement et la pénurie, aggravés par ce décalage, ont engendré (i) une faible réactivité du secteur public entraînant des frustrations et de l'incompréhension entre citoyens et professionnels ; (ii) des espaces favorisant la corruption y compris les dérives liées à la double appartenance (public et privé) de certaines catégories de professionnels de santé; (iii) des risques pour la formation de cadres de qualité ; (iv) un renoncement aux soins ou un recours à des services non remboursés. Le tout a induit une dynamique déclinante du service public et a généré une iniquité d'accès ainsi qu'une inefficience globale du système.

5.3 Assurer la protection de la santé des citoyens

Obligation majeure de l'État, la protection de la santé des citoyens doit se traduire par une stratégie impliquant tous les secteurs concernés, avec des dispositions et des mesures concrètes, ainsi que des mécanismes efficaces pour en assurer la coordination et le suivi. Ainsi, il sera possible d'agir en amont de la maladie en contrôlant les facteurs de risque qui nuisent à la santé. La protection de la santé doit concerner la chaîne alimentaire, l'environnement et les addictions. Elle s'adressera aussi aux violences, en particulier contre les femmes et les enfants ainsi que les traumatismes imputables aux accidents de la circulation et du travail. Les situations de catastrophes, l'exploitation financière et la surmédicalisation abusive⁴³ font partie du champ d'attention de la protection de la

santé. L'assurance de ces obligations par l'État, constituera une plateforme d'appui solide pour la promotion de la santé et le développement des compétences individuelles⁴⁴ et collectives qui lui sont nécessaires.

6. Trois clés pour réussir les changements

Les déficiences en matière de pilotage, de régulation, de financement et de participation ne permettent pas d'adapter un système de santé, devenu de plus en plus complexe, aux exigences d'une évolution rapide ni de prendre en considération, tout à la fois, les aspirations des citoyens et celles des professionnels. Ainsi, la PNS prévoit de renforcer la régulation, de promouvoir la transparence, d'exiger la redevabilité et de promouvoir la participation considérant que ces dimensions critiques vont avoir un effet d'entraînement sur l'ensemble des fonctions gestionnaires et de gouvernance.

6.1 Assurer la régulation pour les différentes dimensions de la CSU

Pour répondre aux attentes sociétales et politiques du droit constitutionnel à la santé, la PNS met l'accent sur la régulation avec une attention particulière aux dimensions de la CSU⁴⁵, de sorte que le développement du système de santé assure une offre de soins de qualité, équitable et pérenne, à tous les Tunisiens et sur la totalité du territoire national. La régulation concerne l'offre des services de santé et les dépenses liées. Elle permettra : (i) d'orienter le développement du système de santé vers une offre territoriale équitable de soins de qualité pour tous ; (ii) de faciliter l'adaptation continue du système à la proximité nécessaire des soins ; (iii) de faire la revue du contenu et l'utilisation adéquate du PSE; (iv) d'identifier les causes sous-jacentes aux dépenses directes des ménages et proposer des solutions en conséquence; (v) de faire le point sur la complémentarité et la collaboration entre les secteurs public et privé pour atteindre les objectifs de santé publique.

La régulation répond à la problématique de la défaillance de l'approche administrative et bureaucratique pour adapter le système de soins aux besoins et attentes des citoyens et des professionnels de santé et de la faible capacité

des institutions concernées. Elle constitue l'alternative à un développement marqué par les seuls groupes de pression. Il s'agit de : (i) la répartition territoriale et de l'utilisation des services de santé, inévitables en dépit du développement important des ressources humaines et matérielles ; (ii) la marginalisation⁴⁶ de la place de la promotion et de la prévention dans les prestations assurées par les structures de soins en particulier dans le secteur privé; (iii) l'absence d'un PSE harmonisé avec une diversité de pratiques dans les prestations de services, en particulier avec les produits pharmaceutiques et les technologies de santé; (iv) l'absence et l'insuffisance de référentiels normatifs et de bonnes pratiques agréés et contraignants. L'ensemble de ces déficiences ont pour conséquences : un niveau élevé de dépenses directes des ménages, la coexistence d'une sous et sur médicalisation, la multiplication des espaces propices à la corruption et le développement, chez la population, de sentiments de méfiance et de défiance. Il en résulte un système inefficace et inéquitable.

6.2 Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption

Pour réduire l'opacité qui caractérise le système de santé, déjà bien complexe, la multiplicité de ses acteurs ainsi que l'asymétrie existante dans la relation avec le citoyen, la plus grande transparence est nécessaire sur : (i) la nature, la qualité, la sûreté, la pertinence et les coûts des services prodigués ; (ii) les référentiels ainsi que les données probantes sur lesquels sont basés les services ; (iii) la gestion des structures assurant les prestations et la conformité aux standards agréés; (iv) la séparation des fonctions conformément aux bonnes pratiques du management ; (v) l'indépendance et l'absence de conflits d'intérêts personnels et/ou institutionnels dans les instances normatives, de contrôle et de régulation.

6.3 Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé

Au cœur du système de santé, le citoyen, acteur et partenaire, participera activement dans la promotion et la prise en charge de sa propre santé.

³⁸ Prévue par la loi 2004-71 dans les articles 19 et 20.

³⁹ L'INS estime à 16.7% la population ne bénéficiant d'aucune protection sociale contre les maladies (volume 3 de l'enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 2015). Il s'agit essentiellement des chômeurs, des travailleurs saisonniers et occasionnels, des petits métiers du secteur informel, des inactifs.

⁴⁰ Les bénéficiaires de la gratuité (AMG1) et des tarifs réduits (AMG2), ainsi que les affiliés à la filière publique et les étudiants et les faibles revenus ont accès seulement aux structures sanitaires publiques. Tandis que les assurés sociaux de la filière privée et du système de remboursement ont un accès aux prestataires privés et publics.

⁴¹ Les ménages contribuent à 38% des dépenses courantes de santé en 2014.

⁴² Exemple : augmentation des gratuités et création de nouvelles structures sans ressources garanties.

⁴³ Dimension considérée dans la clé de la régulation.

⁴⁵ Erreur ! Source du renvoi introuvable. en annexe

⁴⁶ Les services préventifs ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Ce faisant, il contribuera à agir en amont pour prévenir contre le risque maladie et s'impliquera plus et mieux avec les professionnels pour la solution de son problème de santé. Il doit être associé dans les instances participatives en relation avec la gestion et la gouvernance du système aux différentes lignes ainsi que dans les politiques et les stratégies.

«Citoyen acteur et partenaire pour la santé» répond à la problématique où le citoyen : (i) est peu ou pas informé et habilité pour devenir le partenaire clef dans la prévention et/ou la prise en charge de son problème de santé ; (ii) est peu impliqué dans la promotion de la santé dans son environnement ; (iii) n'adhère pas totalement aux stratégies nationales pour réduire les comportements et facteurs de risques générant des maladies transmissibles et non transmissibles; (iv) est un «consommateur» frustré qui ne participe pas dans l'organisation, la gestion et l'évaluation du système de soins ; (v) ne voit pas ses attentes prises en compte dans les décisions managériales, stratégiques et politiques qui se font dans l'opacité entre politiques et experts. Ainsi, incompréhension et frustration réciproques se développent entre les citoyens et les professionnels de santé. Le citoyen est déresponsabilisé et le système est réduit structurellement à la non réactivité. Le fardeau des maladies et des incapacités s'en trouve négativement affecté.

7. Changements attendus

Les changements et les résultats attendus des choix stratégiques de la PNS reflèteront les avancées dans la réalisation de la vision 2030 et la progression vers la Couverture Santé Universelle.

Les citoyens sont protégés et confiants. Ils peuvent trouver, au niveau de la première ligne, des solutions adéquates à la majorité de leurs problèmes de santé. Leur confiance dans le secteur public, revitalisé, est rétablie grâce à une meilleure réactivité. Le renoncement aux soins et le recours à des services non remboursés sont limités. Avec le PSE, ils disposent d'un droit explicite et opposable. La protection financière est effective grâce à la solidarité entre les générations et les différentes catégories de la population. Les paiements directs des poches

des ménages restent modérés. Ils sont moins exposés au risque de corruption grâce à la simplification et la transparence des procédures. Bénéficiant de leur droit à l'information et à l'habilitation en relation avec la santé, ils sont en mesure d'exercer leurs droits et devoirs de citoyens responsables pour la santé. Ils sont partenaires dans le choix, suivi et évaluation des prestations grâce aux mécanismes d'écoute et de participation mis en place. Ils participent dans les différents projets et instances du système de santé. Ils contribuent à la délibération sur les choix importants liés à la santé à travers des mécanismes appropriés (conseil local, conseil d'administration, commissions nationales et jury citoyen⁴⁷). A travers les organisations sociales et associatives, ils exercent leurs rôles de suivi et de pression dans le cadre de la redevabilité.

Les professionnels de la santé sont motivés et confiants. Ils bénéficient d'une meilleure valorisation sociale eu égard à la crédibilité acquise dans les prestations de soins et à leur rôle de personnes ressources auprès des institutions locales. Leur sentiment d'appartenance au secteur public est renforcé par la disponibilité des moyens nécessaires à leurs activités de soins, de formation et de recherche. Ils sont protégés et moins exposés au risque de corruption et engagés dans la réalisation des objectifs de santé publique avec des référentiels de bonnes pratiques et des procédures simplifiées et transparentes. Ils sont émancipés par un développement continu de leurs compétences et leur incitation à la performance et à l'innovation. Dans leur démarche, ils prennent en considération la personne en tant que patient ainsi que sa contribution à la santé en tant que citoyen. Ils sont dans une relation de dialogue et de collaboration fructueuse et porteuse de considération sociale et politique.

Le système de santé est centré sur le citoyen. Il assure des soins de qualité, sûrs, pertinents, de proximité et centrés sur la personne. Les références vers le spécialiste sont faites en temps opportun. La santé familiale et de proximité, tant publique que privée, assure la coordination du parcours de soins. Les prises en charge à domicile et dans des services de moyen et de long séjour bénéficient de l'évolution des technologies biomédicales et de communication.

Le secteur public est en mesure d'assurer l'équité d'accès à des soins de qualité, et d'assumer son rôle pour la formation et la recherche. Les réponses du système aux besoins des citoyens de chaque groupe de régions sont optimisées grâce à l'organisation en un réseau fonctionnel de pôles interrégionaux de santé prenant en considération le secteur public et privé. Le PSE et le RBU concourent à l'harmonisation de l'offre utilisant le financement public. Le PSE est utilisable selon le besoin de chacun à travers des structures de santé accessibles dans le temps et dans l'espace. La prise en charge et la continuité des soins sont assurées sur la base de référentiels de bonnes pratiques agréés et le concours d'un dossier médical unique et numérisé. La sous et la surmédicalisation sont réduites et la sécurité des patients est mieux assurée.

La protection et la promotion de la santé sont plus efficaces. L'environnement est plus sain, inclusif et stimulant pour la promotion de la santé. Les espaces publics sont favorables aux pratiques et comportements positifs pour la santé tels que la marche, les activités sportives et récréatives pour les enfants. Les nuisances à la santé sont réduites grâce au respect de la réglementation en vigueur (production agricole, industrie alimentaire, urbanisation, routes, tabagisme passif...). L'éducation intègre les valeurs et les compétences de vie, en particulier l'auto-développement personnel et la promotion de la santé dans tous les cycles de formation.

Le système devient plus équitable et inclusif et son efficacité globale est renforcée. Les structures publiques de soins sont redevables à la population desservie ainsi qu'aux instances assurant leur gouvernance. Accompagnant les régions dans leurs actions de développement, l'administration centrale se consacre à ses missions stratégiques de formulation, d'évaluation des politiques et des stratégies nationales et de régulation. Les directions régionales s'approprient effectivement les programmes et les actions grâce aux moyens conséquents alloués et à la collaboration avec les instances régionales.

Le secteur privé, mieux réglementé, est associé aux missions de santé publique. Les institutions de régulation, disposant des capacités adéquates, permettent à l'État de garantir le droit constitutionnel à la santé et à faire prévaloir l'intérêt général dans un contexte de pluralité

d'intérêts et de ressources limitées. Le manque de transparence, la mauvaise gestion, les conflits d'intérêts et la corruption bénéficient de l'attention de toutes les parties. Les inégalités sociales et régionales sont atténuées. Le poids des maladies et leurs conséquences économiques et sociales sont réduits.

8. Approche de mise en œuvre

Un engagement politique fort de toutes les parties concernées. A partir de la proposition de PNS soumise à la conférence nationale sur la santé, le leadership exécutif doit se traduire, pour toutes les parties et en particulier le gouvernement, par des déclarations solennelles et des engagements publics appropriés, en particulier devant l'Assemblée des Représentants du Peuple (ARP). L'engagement politique pour la PNS devra être aussi matérialisé dans un texte de loi, à l'image de ce qui se passe dans plusieurs pays, où les politiques et stratégies de santé sont publiées, donc opposables par le citoyen en quête de son droit à la santé. La PNS est appelée à devenir la référence du gouvernement et de l'ARP pour l'élaboration des prochains plans stratégiques et opérationnels, comme elle servira de référence pour les partenaires internationaux techniques et financiers sur laquelle ils aligneront et harmoniseront leurs coopérations.

Ambitieuse et réaliste. La PNS permettra de dépenser mieux pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, au service du développement économique et social durable du pays. La majorité des choix stratégiques et toutes les clés pour la réussite contribueront directement à renforcer l'efficacité et l'efficacité du système. Pour un même niveau de dépenses, nous assurons ainsi de meilleurs résultats. Néanmoins, des ressources additionnelles sont nécessaires afin de financer l'intégration de la population non couverte dans le cadre du régime de base unifié et pour assurer les surcoûts liés aux obligations des missions de service public. Pour le financement public, la PNS prévoit une augmentation progressive d'au moins 1.5% du PIB en 2030. Ceci se fera à travers l'élargissement de l'assiette des cotisations et une augmentation de l'espace fiscal pour la santé. Il sera possible, ainsi, de réduire d'au moins 12 points à l'horizon 2030 l'obstacle pour la CSU constitué par les paiements supportés par la poche des ménages.

⁴⁷ est composé de citoyens profanes pour un problème défini et un temps limité.

Le fond spécial, dédié à la santé doit être bien encadré avec une gouvernance, des missions et des priorités bien définies. Ainsi il pourra compléter judicieusement les mécanismes existants⁴⁸. Des études complémentaires préciseront le niveau et le calendrier des financements additionnels⁴⁹ et identifieront les implications budgétaires pour le bon fonctionnement du secteur public et pour rendre plus effective la protection de la santé.

La mise en œuvre suivra les principes suivants : **Synergique et complémentaire**, la mise en œuvre de chaque choix est tributaire de la bonne progression de celle des autres. Les implications et les leviers des choix stratégiques et des clés pour la réussite sont inter-liés⁵⁰ : les insuffisances ou retards importants dans la mise en œuvre de l'un ou de l'autre peuvent causer des préjudices à la dynamique de la PNS.

Crédible et déterminée pour aller de l'avant, des dispositions importantes communes aux différents choix stratégiques sont cruciales et prioritaires. Les actions les concernant reflèteront le niveau de détermination politique. Elles constitueront le socle sur lequel s'appuiera la mise en œuvre effective de la PNS. Ceci concerne en particulier :

- L'amélioration de la réactivité du secteur public afin qu'il réponde mieux aux attentes des citoyens.
- La révisions sans délai des missions de chaque ligne du système de santé, en se référant à l'avantage comparatif de chacune, permettant ainsi au PSE de les considérer dans le cadre des parcours de soins et au RBU d'y référer en particulier dans les conventions et les cahiers de charges.
- L'accélération du développement des référentiels de bonnes pratiques agréés par l'Instance Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé (INEAS) et leur utilisation effective par ceux qui utilisent les financements publics pour leurs prestations (incitations et contraintes).
- La prise de dispositions assurant la génération d'information stratégique fiable et accessible.
- La généralisation de l'identifiant unique et du dossier médical numérisé afin de créer rapidement les conditions de traçabilité et réduire gaspillage et corruption.
- L'initiation de dispositions permettant

d'adapter la réglementation aux exigences de la PNS et surtout les faire respecter, en particulier celles en relation avec les nuisances pour la santé.

Progressive, elle doit identifier clairement la porte d'entrée pour le démarrage effectif, comme suggéré au tableau 2⁵¹ et esquisser les étapes de mise en œuvre qui seront davantage affinées au cours du processus de planification stratégique. Toutefois l'activation et/ou la mise en place des instances et mécanismes envisagés par la PNS reflètera la volonté pour aller de l'avant dans la définition du PSE, la protection de la santé, le développement du RBU, la revitalisation du secteur public, la régulation et pour la participation citoyenne. L'extension dans le temps et dans l'espace des nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement des structures de soins sera progressive. Elle se fera sur la base de projets d'établissement pour les hôpitaux et d'accréditation / labellisation pour les structures de santé familiale et de proximité. Des cahiers des charges et des conventions soutiendront cette extension.

Dynamique, elle doit tenir compte des défis et des opportunités de mise en œuvre en se basant et en utilisant l'information stratégique produite (données probantes) et en tenant compte de la demande sociale et de l'éthique. Les évaluations en cours et/ou envisagées pour l'utilisation des biotechnologies, l'analyse des informations stratégiques disponibles sur les coûts et utilisation des services, ainsi que les études complémentaires nécessaires aux développements envisagés par les choix stratégiques (PSE, RBU, revitalisation du secteur public en particulier) permettront les adaptations nécessaires. La charte de l'utilisateur, revisitée, doit prendre en considération les droits et devoirs de chaque partie concernée dans le système de soins. Des expériences innovantes d'espaces d'écoute, d'enquêtes de satisfaction et de participation dans les structures de soins amorceront la nouvelle dynamique participative avec l'effet d'entraînement escompté. La décentralisation sera une opportunité pour développer la collaboration, au niveau local, entre les citoyens, les professionnels de santé ainsi que ceux des autres secteurs concernés et les élus. Les premières avancées aideront à surmonter les résistances aux changements imputables à l'inertie.

Concertée avec les parties prenantes, elle doit concerner les modalités de mise en œuvre dans le cadre d'un processus bien établi avec un cap agréé : celui de progresser vers la CSU par la mise en œuvre de la PNS. Ceci est particulièrement important pour tous les choix stratégiques et pour la régulation en particulier. Les négociations doivent prendre en considération les intérêts légitimes des parties concernées. Les écarts par rapport aux bonnes pratiques agréées, les nuisances à la santé et les pratiques de corruption doivent être traités, en toute transparence, pour faire prévaloir l'intérêt général.

Les préjudices de non mise en œuvre de la réforme seraient une aggravation des problèmes actuels d'accessibilité, de disponibilité, de défaut de qualité ainsi que la poursuite du mauvais usage des ressources humaines, matérielles et financières. Le système de soins à plusieurs vitesses perdurera et s'aggravera et l'iniquité s'installera dans la durée. Le secteur public resterait ainsi cantonné dans un statut de « services pour les défavorisés ». La sous et la sur médicalisation, outre le risque pour la sécurité des patients, entraîneraient des dépenses élevées des ménages et/ou un renoncement aux soins. Les insuffisances dans les obligations de l'État en matière de protections décrédibiliseraient les efforts pour la promotion de la santé. La corruption ferait bon ménage avec la bureaucratie, le manque de transparence, la mauvaise gestion et la déficience de la régulation. Frustration réciproque entre usagers et professionnels et défiance se manifesteraient de plus en plus. Le défaut de participation du citoyen limiterait considérablement le potentiel d'amélioration de la réactivité du système et de la réduction du fardeau des maladies et des incapacités. Le système, fragmenté et inefficace, ne permettrait pas de progresser vers la couverture santé universelle et l'État ne pourrait pas assurer le droit à la santé pour tous les Tunisiens. Cette situation accroîtrait une défiance pouvant aller jusqu'à la dé-légitimation de l'État.

Une réforme globale du système de santé est incontournable afin d'en préserver les acquis, de mettre fin aux dérives qui l'affectent et de rendre crédible l'ambition nationale pour une CSU. Elle nécessitera des négociations et des arbitrages

déliés, particulièrement en situation de crise. Toutefois le cap de la réforme doit prévaloir en toute circonstance. Des mesures urgentes⁵², en phase avec la PNS, sont nécessaires afin d'amorcer le rétablissement de la confiance entre les citoyens et le système de santé. Leur nature dépendra du besoin au moment du passage effectif à la mise en œuvre. Des dispositions permettant d'initier effectivement la mise en œuvre des choix stratégiques⁵³ sont indispensables pour rendre crédible la volonté de réforme.

9. Cibles et modalités de suivi

9.1 La progression vers les changements et résultats qualitatifs attendus

En référence à la vision qui projette la situation espérée dans les 10/15 années à venir et aux changements et résultats attendus, le suivi s'attachera à vérifier les progrès réalisés pour les citoyens, les professionnels, les décideurs et plus globalement dans le système de santé. Le tableau 3 en annexe récapitule et résume les changements et résultats qualitatifs attendus ainsi que les premiers progrès importants à vérifier. Il guidera les exercices de revues et doit être complété par les produits/résultats d'étapes qui seront définis par le plan stratégique.

9.2 Les cibles⁵⁴ pour l'état de santé de la population

Mortalité, morbidité et facteur de risque biologique.

La PNS envisage les cibles agréées par le groupe de consensus dans le cadre des ODD⁵⁵:

- La mortalité maternelle devrait être réduite à 18.7 pour 100000 naissances vivantes,
- La mortalité néonatale devrait être réduite à 5 pour 1000 naissances vivantes,
- La mortalité des enfants de moins de 5 ans devrait être réduite à 8.9 pour 1000 naissances vivantes.

Les indicateurs traceurs pour les MNT informant sur la performance du système en matière de promotion, de prévention et dépistage et d'efficacité globale :

⁴⁸ Le fond spécial pour la santé est financé à partir de recettes fiscales dédiées. L'équité, la promotion de la santé ainsi que les encouragements à l'innovation pour des soins de proximité devraient constituer ses principales priorités.

⁴⁹ La note d'orientation sur le financement de la santé, outre les mesures d'efficacité et de bonne gestion, considère un certain nombre de sources potentielles nouvelles et dédiées (taxes contre les sources de nuisance à la santé) mais aussi l'amélioration du recouvrement par les hôpitaux publics des coûts de la prise en charge des accidentés de la circulation auprès des assurances.

⁵⁰ Tableau 1: Implications et leviers.

⁵¹ Tableau 2: Pour la crédibilité du démarrage de la mise en œuvre de la PNS.

⁵² Les mesures urgentes devraient compléter celles prises par le gouvernement suite à la crise consécutive à la mort des 14 des bébés prématurés.

⁵³ Des décisions rapides devraient concerner les mesures communes aux choix stratégiques listées plus haut. Elles constituent le socle pour la mise en œuvre de la PNS et de toute approche crédible pour réformer le système. L'activation et/ou la mise en place des instances pour la régulation confirmera la détermination pour aller de l'avant

- Amener respectivement à moins de 10 pour 100 000habitants en 2025 et à 7.5 pour 100 000habitants en 2030la mortalité due à des accidents de la voie publique,
- Réduire à moins de 23% en 2025 et à 20% en 2030 la prévalence de l'obésité chez la population de plus de 15 ans,
- Réduire de 10% en 2025 et de 20% en 2030 la prévalence du diabète pour la population adulte de moins de 60 ans ,
- Augmenter de 15% en 2025 et plus de 30% en 2030 la proportion des hypertendus équilibrés.
- Habilitation pour la promotion de la santé. Les cibles choisies :
- Le pourcentage d'élèves ayant acquis des compétences de vie, selon des curricula à définir, à la fin de chaque cycle d'études (primaire, collège et lycée).
- La prévalence du tabagisme est réduite à moins de 20% en 2025 et à moins de 17.5% en 2030.
- Accessibilité de la population aux soins de qualité
- 90% en 2025et près 100% en 2030 est à moins d'une demi-heure d'un centre assurant les prestations de première ligne,
- 80 % en 2025 et 95% en 2030 est à moins d'une heure d'un hôpital général ou universitaire,
- 30% en 2025 et 90% en 2030 a accès à un pôle interrégional fonctionnel.
- Protection financière
- 95% de la population est couverte par le régime de base unifié en 2025 et près de 100% l'est en 2030,
- Les dépenses publiques pour la santé passent à 5.5% du PIB en 2025 et à 6 % en 2030,
- Les paiements directs des ménages de leurs poches passent à 30% en 2025 et à moins de 25% en 2030,
- L'incidence des dépenses catastrophiques passe à 4% en 2025 et 2.4% en 2030.

9.3 Les modalités pour le suivi

- **Affiner** et compléter certaines baselines et les indicateurs qualitatifs d'étapes dans le cadre du processus de planificationstratégique.
- **Organiser** des revues périodiques de progrès (au moins tous les deux ans) participatives et inclusives prenant appui sur l'expérience du DS, au niveau régional et central sur la base du travail technique préalable pour générer l'information nécessaire et utile à l'exercice des revues.
- **Solliciter** la modalité des jurys citoyens à chaque étape d'évaluation et avant et pendant le déroulement de celle-ci. Des jurys citoyens peuvent être envisagés pour des problématiques ou options majeures dans le cadre de la mise en œuvre de la PNS.
- **Faire** des évaluations spécifiques, en particulier par choix stratégique, et globales durant la mise en œuvre. Les évaluations globales sont envisagées en 2024 et 2028 afin de générer les recommandations cruciales pour la réalisation effective de la vision et des changements attendus de la PNS.

10. Annexes

Figure 2 : Régimes de protection financière contre le risque maladie- Données 2017

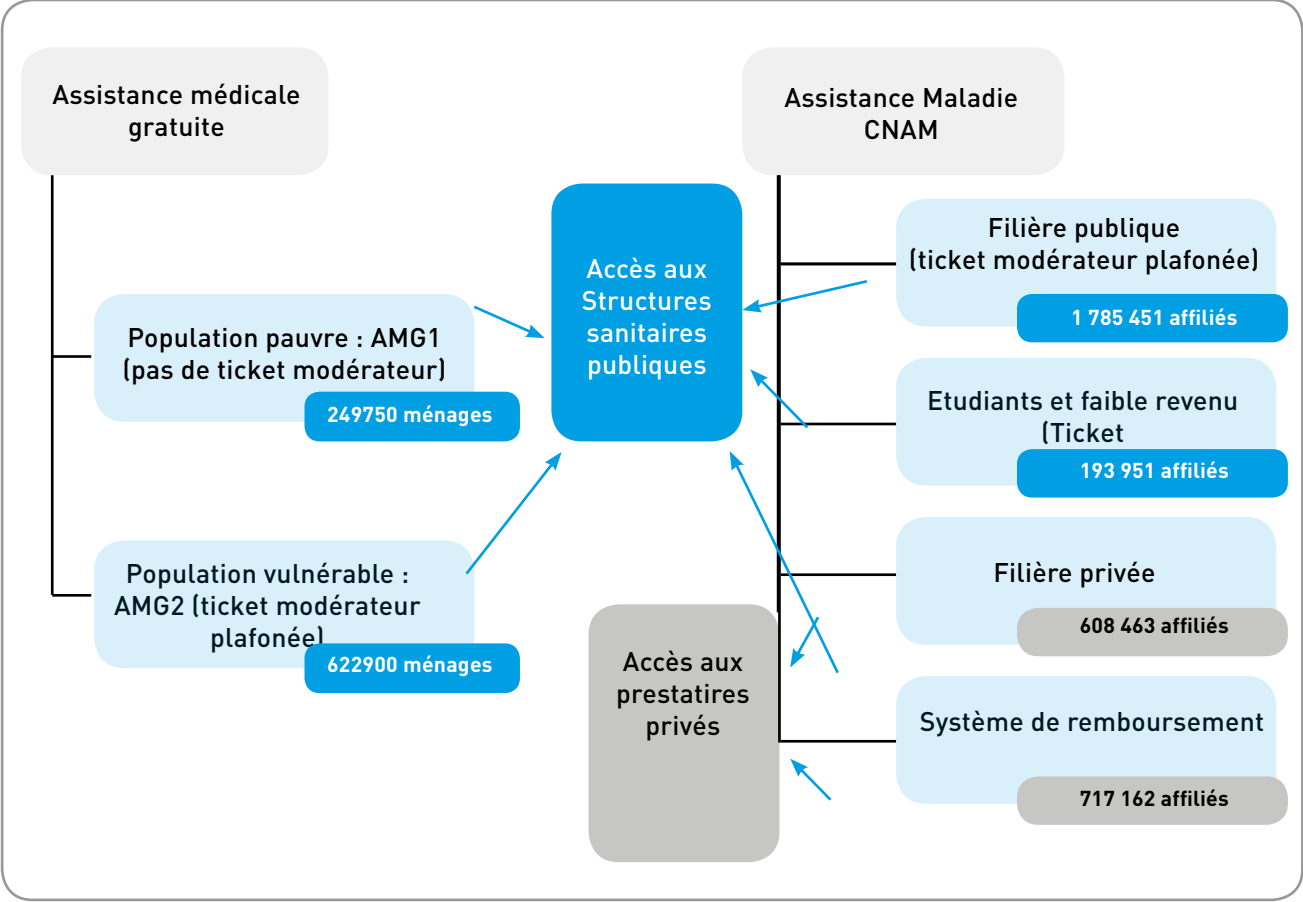


Figure 3 : Santé familiale et de proximité

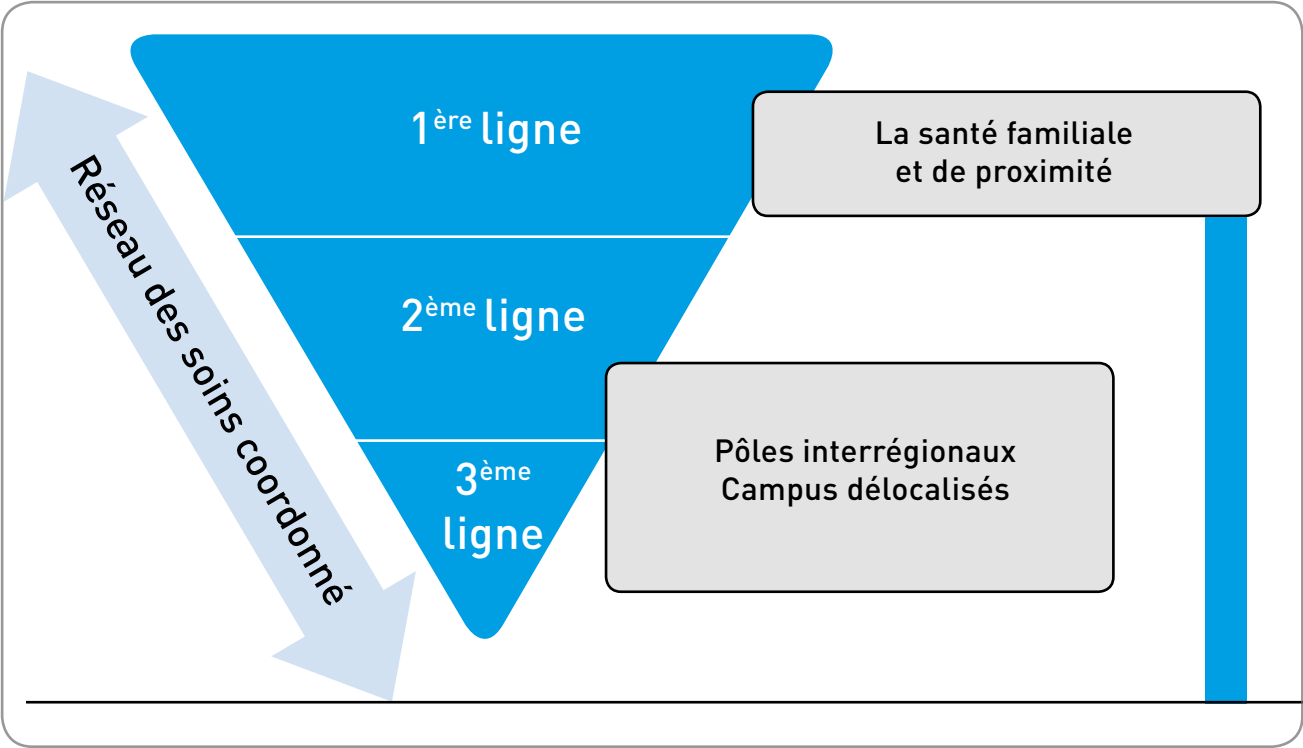


Figure 4: Interventions clés selon le cycle de la vie

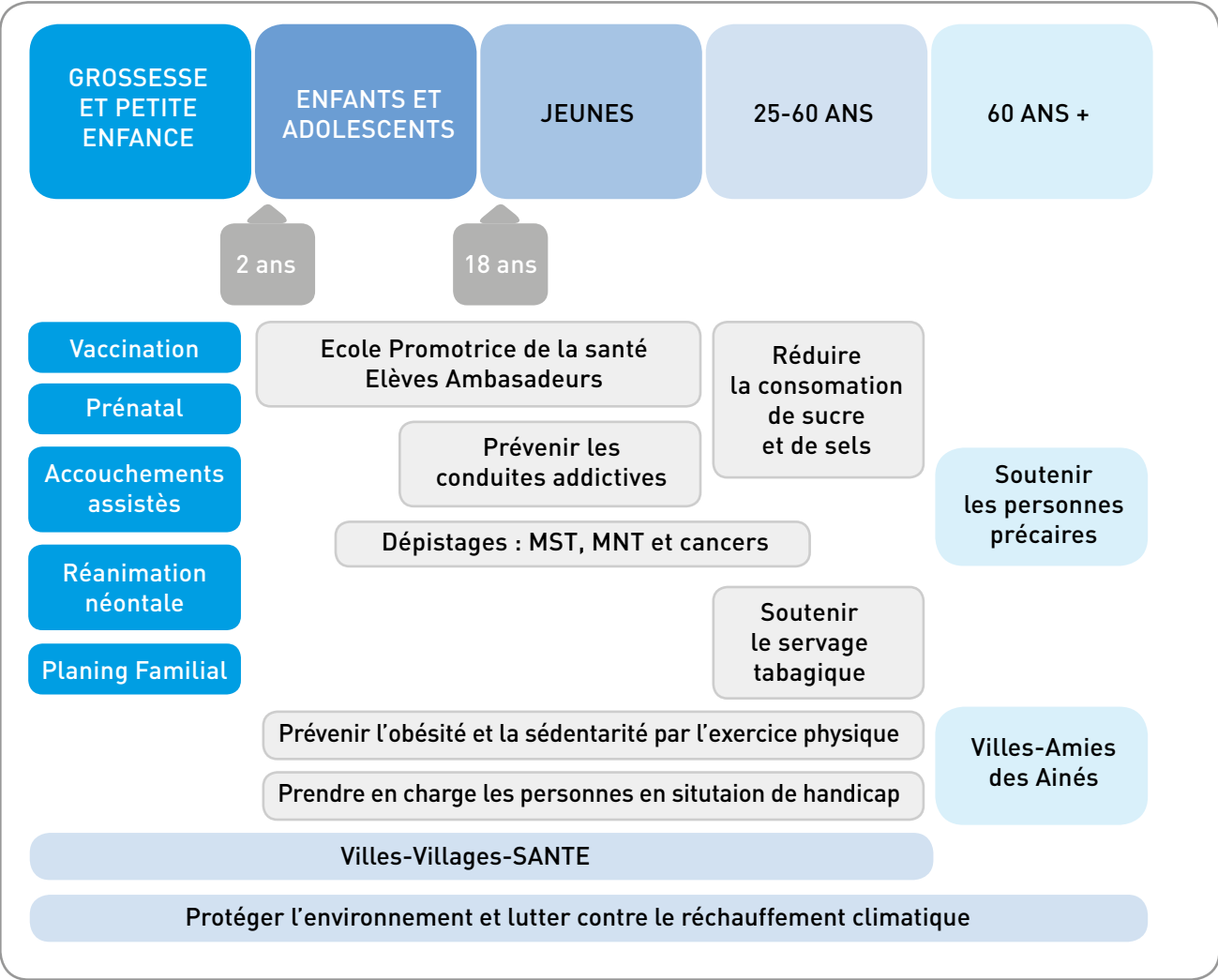


Figure 5: La couverture santé universelle- dimensions considérées dans la régulation

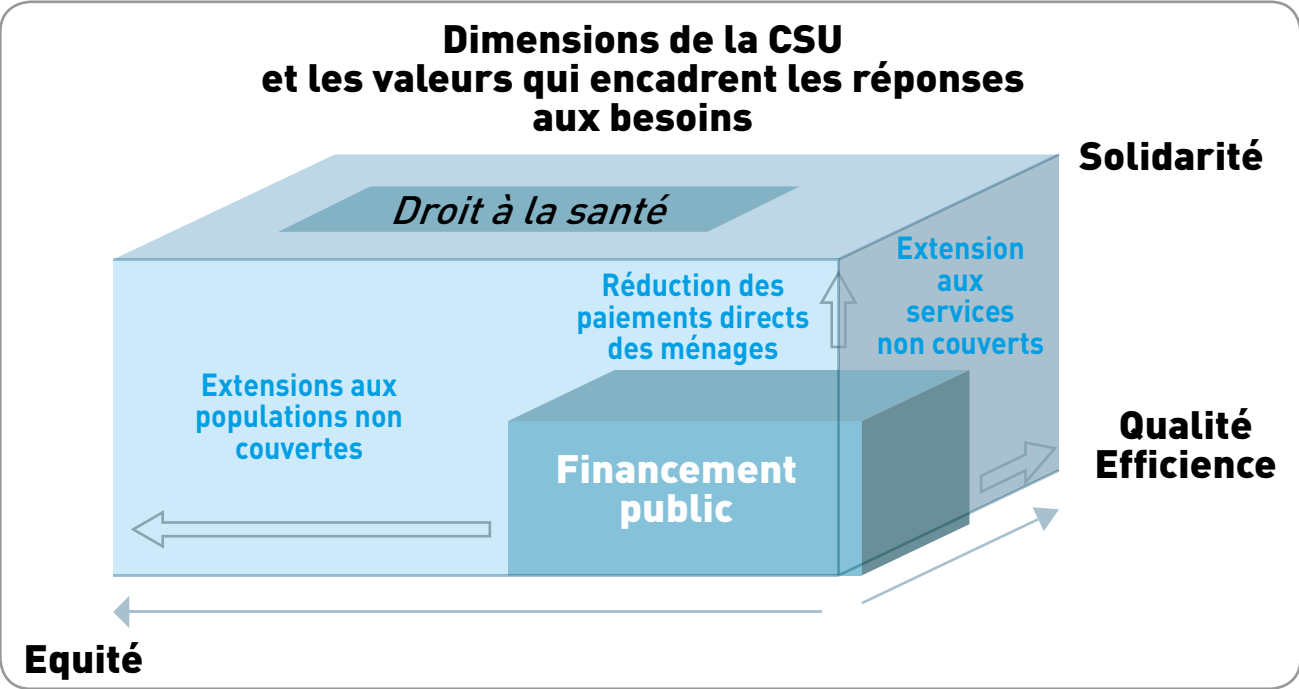


Tableau 1 : Implications et leviers

Choix stratégique	Implications	Leviers/facteurs de réussite
Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé	<ul style="list-style-type: none">Amélioration de la disponibilité temporelle de la première ligne publique.Des meilleures conditions d'accueil, d'écoute et la facilitation des rendez-vous.Un dossier médical unique informatisé et intégré.Des référentiels de parcours de soins et de bonnes pratiques.Développement des technologies de communication et de la télémédecine.Développement de stratégies spécifiques pour les populations éloignées et/ou enclavées.Accréditation et/ou des mécanismes de conventionnement pour les structures de soins de la première ligne publique et privée.Élaboration de façon participative du cahier des charges SFP.Redéfinition des missions de la circonscription sanitaire compte tenu de la décentralisation⁵⁸ et de la pluralité de l'offre.Développement de plans locaux pour la promotion de la santé et leur revue périodique et participative par toutes les parties concernées.	<ul style="list-style-type: none">Formation continue pour les professionnels en exercice permettant le meilleur usage du grand potentiel des ressources humaines de la première ligne existantes (publique et privée).Réorganisation du système de soins avec le réajustement des missions respectives de chaque ligne sur la base de son avantage comparatif.Des mécanismes réglementaires d'incitation et de contrainte pour assurer le meilleur usage du financement public (assurance maladie comprise).Bonne implication et collaboration des médecins spécialistes (Incitations)
Développer un paquet de services essentiels pour tous	<ul style="list-style-type: none">Mise en place d'un mécanisme de définition du PSE et de sa révision impliquant l'ensemble des parties concernées.Production et disponibilité d'une information stratégique fiable (ex. études et évaluation des produits médicaux et des technologies de santé, utilisation, études d'impact, expertises indépendantes, dossier médical unique).Promotion du paiement par stratégie de prise en charge.Un cahier des charges pour les prestataires publics et privés dans le cadre d'une dynamique volontaire et progressive de généralisation, supportées par des incitations pour considérer les soins centrés sur la personne ainsi que la prise en compte de la promotion.	<ul style="list-style-type: none">Révision des rôles de chaque ligne de soins et un renforcement de la communication entre elles.Alignement des ressources aux différentes lignes compte tenu de la disponibilité requise et de l'utilisation du PSE.Stratégie d'achat des services dans les deux secteurs, soutenue par la convergence des financements publics (fiscale et cotisations sociales).Le PSE se fait en synergie avec la mise en œuvre des choix stratégiques « régime de base unifié pour tous » et « santé familiale et de proximité » dans une logique d'intérêt général et pour la réalisation de la CSU.

⁵⁸ Le fonctionnement de la première ligne, y compris les permanences et les urgences, serait organisé par la circonscription qui choisirait, selon les besoins de la population les priorités de santé, la mise en place éventuelle d'équipes mobiles en zones rurales (populations éloignées) et en zones urbaines (personnes non déplaçables) et les moyens de transport requis pour la population.

Choix stratégique	Implications	Leviers/facteurs de réussite
Assurer un régime de base unifié	<ul style="list-style-type: none">• Intégration des bénéficiaires de la gratuité et des tarifs réduits des soins à la CNAM⁵⁹.• Renforcement du fonds de soutien de la santé publique⁶⁰ et le transfert de sa gestion à la CNAM.• Production et disponibilité de l'information stratégique fiable⁶¹.• Accélération de la mise en place de l'identifiant unique.• Mise en place rapide de mécanismes permettant de corriger les abus et les déficiences en relation avec la fragmentation actuelle.• Amélioration cruciale de la qualité et l'efficience des prestations du secteur public pour bien se positionner dans le contexte d'émulation avec le secteur privé• Renforcement du rôle régulateur de l'État en particulier à travers la réactivation du conseil national de l'assurance maladie.	<ul style="list-style-type: none">• Des ressources financières adéquates et durables à travers l'élargissement de l'assiette des cotisants et l'augmentation des contributions fiscales en relation avec la prise en charge des gratuités et les missions publiques (équité, formation et recherche).• Offre de services (publique et privée) harmonisée par le PSE et considérant la santé familiale et de proximité comme pivot et porte d'entrée privilégiée du système de soins.• Développement des mécanismes d'incitations ou de contraintes favorisant l'utilisation de la santé familiale et de proximité ainsi que le respect des référentiels
Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public	<ul style="list-style-type: none">• Mise en place des mécanismes interrégionaux pour assurer la bonne fonctionnalité entre les trois lignes du système, dans un réseau de soins centré sur la personne, avec une logique d'efficience globale plutôt que « commerciale » et contre productives par structure ou par service.• Mettre fin aux abus préjudiciables en relation avec la double appartenance de certaines catégories de professionnels (APC en particulier).• Révision des modalités de paiement par l'assurance maladie pour évoluer vers une vérité et harmonisation des coûts en incitant à la performance et à l'efficience.• Assurer la primauté au secteur public pour les technologies de pointe.• Soutien de la recherche et de l'innovation en santé selon des modes transdisciplinaires et intersectoriels afin d'améliorer la qualité des services et créer	<ul style="list-style-type: none">• Un coefficient d'équité établi pour chaque structure publique de soins en relation avec les surcoûts liés aux obligations du service public en particulier pour les populations peu denses et/ou éloignées.• Détermination et budgétisation des coûts pour les activités de formation et de recherche dont le secteur public est la référence et le garant.• Des mécanismes de reddition des comptes transparents, agréés pour une responsabilisation effective des structures publiques.• Une organisation territoriale optimisée dans le cadre de pôles interrégionaux fonctionnels⁶².• Un projet d'établissement doit prendre en compte tous les changements nécessaires avec la perspective d'accréditation et de Conventions stimulantes avec les financeurs publics.

⁵⁹ Les ajustements financiers entre la contribution fiscale pour les salaires des professionnels de la santé des structures publiques et en exercice et celle de la CNAM pour assurer la prise en charge des AMGs se font chaque année selon des modalités à définir.

⁶⁰ Un Fonds de soutien à la santé publique a été créé en vertu de la loi de finances pour l'année 2017. Il est alimenté par un pourcentage, non défini, du rendement de la contribution sur la vente du tabac. En outre, ses ressources fiscales pourront être étendues à l'alcool et à de nouvelles taxes sur les produits alimentaires nocifs pour la santé (sodas etc.), sur la publicité de ces produits, sur les industries polluantes, sur les PV de la voie publique, etc.

⁶¹ Ex : études et évaluation des technologies de santé, utilisation, dossier médical unique, acceptabilité sociale, revue des dépenses de santé, revue des dépenses directes des ménages...].

⁶² Les pôles interrégionaux organisent la fonctionnalité et la complémentarité des structures des soins entre les lignes et dans chaque ligne pour un ensemble de gouvernorats limitrophes faisant de sorte que chaque citoyen se trouve à une heure d'un hôpital général et que le système lui facilite la prise en charge, y compris en troisième ligne, et le suivi, quelle qu'elle soit la porte d'entrée par laquelle il a eu recours au système de soins

Choix stratégique	Implications	Leviers/facteurs de réussite
	<p>de la valeur ajoutée sociale et économique.</p> <ul style="list-style-type: none">• Motivation des professionnels de santé et renforcement du sentiment d'appartenance au secteur public.• Communication appropriée et création d'espaces d'écoute et de participation pour les citoyens aux différents niveaux du système de santé et dans les structures sanitaires publiques.	
Assurer la protection de la santé des citoyens	<ul style="list-style-type: none">• Prise en compte effective de la santé dans toutes les politiques publiques.• Le Ministère de la Santé joue effectivement son rôle de pivot pour le gouvernement en matière de protection et de promotion de la santé.• Les institutions concernées centrales, régionales et locales assurent pleinement le rôle qui leur revient.• La société civile fait de la protection et de la promotion de la santé un domaine d'intérêt à même de bousculer les inerties.	<ul style="list-style-type: none">• Mise à jour et activation des normes et réglementation en relation avec les nuisances pour la santé⁶³.• Des dispositifs de veille et d'alerte revisités et renforcés.• Une coordination multisectorielle à haut niveau avec des moyens dédiés et adéquats permettant le suivi et les réponses nécessaires aux défis, nouveaux risques et menaces.

⁶³ L'industrie alimentaire et production agricole, la promotion d'une alimentation saine (moins de sel, de sucre et de gras), l'environnement sain (pollution, assainissement, espaces verts), la lutte contre les violences, la prévention des accidents et en particulier ceux de la circulation, l'ergonomie et hygiène du travail, les conditions et incitations pour la pratique du sport, et de la marche durant le cycle de vie, la lutte contre les addictions et en particulier la protection des non-fumeurs, la prévention et la préparation adéquate aux situations de catastrophes.

Clé pour la réussite	Implications	Leviers/facteurs de réussite
Assurer la régulation pour les trois dimensions de la CSU	<ul style="list-style-type: none">• Présence d'instances de régulation⁶⁴ crédibles et efficaces qui ont les capacités nécessaires, bénéficiant de l'environnement politique, réglementaire propice et de l'indépendance nécessaire.• Revue régulière de la conformité aux missions (revisitées) des trois lignes.• Mise à jour des normes et référentiels⁶⁵ en relation avec l'organisation du système et les parcours des soins.• Conforter le rôle de la Pharmacie Centrale (PCT) dans l'importation des médicaments• Revisiter la stratégie de subvention croisée de la PCT, non pertinente dans le contexte de RBU et source de corruption et contrebande• Modalités de coopération transparentes et encadrées entre les deux secteurs pour la réduction des disparités régionales et les conflits d'intérêts (y compris la double appartenance en relation avec l'APC).• Prise en compte des besoins du secteur privé pour maintenir durablement son engagement social en faveur des missions de santé publique.	<ul style="list-style-type: none">• Décision politique majeure pour distinguer le rôle régulateur que l'État doit assumer de celui de prestataire de service à travers les structures publiques^{66 67}.• Dispositions pour mieux générer l'information stratégique nécessaire.• Cadre juridique et institutionnel clair et efficace pour la contribution du secteur privé aux objectifs de santé publique.• Décentralisation avec les moyens nécessaires pour assurer la régulation au niveau régional.• Synergie entre les deux sources de financement public (fiscal et assurance maladie) afin d'assurer le cap vers la CSU.
Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption	<ul style="list-style-type: none">• Prise des dispositions réglementaires contraignantes pour favoriser la transparence et la redevabilité individuelle et ou institutionnelle (loi anti cadeau).• Rendre fiable, disponible et exploitable l'information sur la nature des services et les conditions de leur utilisation dans le temps et dans l'espace.• Transparence sur le processus décisionnel, sur les relations et conflits d'intérêts réels et potentiels ainsi que leur prise en considération chez tous les décideurs et/ ou	<ul style="list-style-type: none">• Prise en compte effective du principe de redevabilité vis-à-vis de la population desservie.• Implication de tous les acteurs du système de santé dans la lutte contre la corruption.• Accompagnement des structures sanitaires publiques et privées pour s'acquitter de l'obligation de transparence et de lutte contre la corruption dans le cadre de la politique nationale de responsabilisation et de décentralisation et de partenariat avec l'INLUCC

⁶⁴ INEAS, création d'une instance pour le PSE, comité pour le développement de la stratégie d'achat de la CNAM, création de l'agence du médicament, autres instances et institutions centrales concernées.
⁶⁵ Les normes définissant les plateaux techniques par niveaux, les procédures pour le système de référence et de contre référence, les parcours des soins pour les maladies en disposant, les référentiels des bonnes pratiques, les manuels d'accréditation des établissements de soins, les textes définissant et organisant les pôles régionaux.
⁶⁶ Les deux fonctions sont importantes mais doivent être clairement séparées.
⁶⁷ Il s'agira de veiller à la bonne séparation des fonctions et à la responsabilisation effective des structures publiques de santé dans le cadre d'une tutelle revisitée dans ses modalités d'intervention et d'appui.

Clé pour la réussite	Implications	Leviers/facteurs de réussite
	<p>membres de commissions consultatives ou délibérantes en relation avec le système de santé et son fonctionnement.</p> <ul style="list-style-type: none">• Encadrement du marketing pharmaceutique.• Développement des capacités des acteurs et des citoyens pour mieux connaître les droits et obligations respectives.• Rendre structurelle et durable la collaboration des différentes structures et institutions du secteur de la santé avec l'INLUCC⁶⁸ et la future Instance Constitutionnelle (IBOGLUCC) pour maximiser la prévention de la vulnérabilité à la corruption dans le secteur de la santé.	
Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé	<ul style="list-style-type: none">• Développement des espaces et des opportunités pour la promotion de santé dans les milieux de vie et de travail.• Mobilisation des différents mécanismes pour l'information et l'habilitation en particulier e-santé, médias nationaux et locaux, société civile.• Création d'espaces et d'opportunités pour l'écoute et la prise en considération des doléances des citoyens.• Valorisation et gratification des comportements positifs dans tous les milieux.• Développement ou adaptation de la réglementation et assurer son respect par les sanctions contre les comportements préjudiciables à la santé d'autrui. <ul style="list-style-type: none">• Mise en place des mesures pour développer les capacités de tous les intervenants pour un réel partenariat.• Rendre accessible l'information nécessaire sur le fonctionnement et les projets d'amélioration du système.	<ul style="list-style-type: none">• Adaptation et mise à jour des curricula dans tous les cycles de l'enseignement.• Adaptation de la formation initiale et continue des professionnels de santé⁶⁹.• Révision des droits dans la charte de l'utilisateur et les mécanismes pour en assurer l'exercice. <ul style="list-style-type: none">• Institutionnalisation du dialogue sociétal en tant que processus participatif qui offre un espace pour la contribution citoyenne dans la prise de décision.• Dispositions réglementaires permettant d'associer effectivement le citoyen dans les instances de gestion et de gouvernance du système de santé.

⁶⁸ Instance Nationale de la Lutte Contre la Corruption
⁶⁹ En particulier les soins centrés sur la personne et la promotion de la santé⁶⁸ Les deux fonctions sont importantes mais doivent être clairement séparées.

Clé pour la réussite	Implications	Leviers/facteurs de réussite
	<ul style="list-style-type: none"> Définition du champ et du cadre appropriés pour la collaboration et les délibérations impliquant le citoyen 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des opportunités liées à la décentralisation et aux dispositions prévues par la constitution pour la transparence et la démocratie.

Tableau 2: Pour la crédibilité du démarrage de la mise en œuvre de la PNS

Choix stratégique	Pour démarrer avec crédibilité	
	Porte d'entrée possible	Exemples de dispositions importantes
Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé	Formation continue et initiale pour les professionnels en exercice permettant le meilleur usage des ressources humaines de la première ligne (publique et privée) disponibles.	Décision que la santé familiale est la porte d'entrée privilégiée du système.
		Texte réglementaire (incitations et contraintes) dès la 1 ^{ère} année de mise en œuvre
	Initiation, dans chaque région, des expériences d'accréditation-labellisation selon le cahier des charges défini.	Cahier des charges et accompagnement dès la 1 ^{ère} année de mise en œuvre.
Développer un paquet de services essentiels pour tous	Revue critique de l'existant et considération des parcours et des référentiels de bonnes pratiques produits par l'INEAS.	Mise en place d'un mécanisme de définition du PSE et de sa révision.
		Les missions par ligne revues au terme de la 2 ^{ème} année (loi 91-63) Des dispositions pour aligner les ressources en conséquence sont prises.
		Opérationnalisation du mécanisme de veille et d'alerte.
Assurer un régime de base unifié	Mise en place de mécanismes permettant de corriger les abus et les déficiences en relation avec la fragmentation actuelle.	L'intégration des bénéficiaires de la gratuité et des tarifs réduits des soins à la CNAM
	Accélération de la mise en place de l'identifiant unique.	Développement des mécanismes d'incitations ou de contraintes favorisant l'utilisation adéquate du PSE pour tous et considérant la santé familiale et de proximité comme pivot et porte d'entrée du système.
Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public	Projet d'établissement et la perspective d'accréditation.	Dispositions pour les estimations des coefficients d'équité et des coûts de prestations.
	Mesures pour renforcer le sentiment d'appartenance et encadrer l'APC ainsi que la double appartenance public et privée.	Lancement de 2 mécanismes interrégionaux.
		Initiatives pour la création d'espaces d'écoute et de participation des citoyens dans les structures de soins.
		Incitation à la performance et l'efficacité prenant en considération la motivation des professionnels.

Clés pour la réussite	Pour démarrer avec crédibilité	
	Porte d'entrée possible	Exemples de dispositions importantes
Assurer la régulation pour les trois dimensions de la CSU	Activation des instances de régulation existantes et mise en place d'autres ⁷⁰ .	Cadre juridique et institutionnel pour la contribution du secteur privé aux objectifs de santé publique.
Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption	Rendre effective et compléter au besoin les dispositions réglementaires contraignantes pour la transparence et la redevabilité individuelle et/ou institutionnelle.	Accompagnement des structures sanitaires publiques et privées pour s'acquitter de l'obligation de transparence et de lutte contre la corruption dans le cadre de la politique nationale de responsabilisation et de décentralisation.
Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé	Entreprendre la révision des curricula.	Développement et mobilisation des différents mécanismes pour l'information et l'habilitation en particulier e-santé, médias nationaux et locaux, société civile.
	Utilisation de l'opportunité de la décentralisation pour développer la collaboration entre les élus locaux, les professionnels de santé ainsi que ceux des autres secteurs concernés, et les citoyens au niveau local.	Dispositions réglementaires permettant d'associer effectivement le citoyen dans les instances de gestion et de gouvernance du système de santé.

⁷⁰ INEAS, instance pour le PSE, comité pour le développement de la stratégie d'achat de la CNAM, Pharmacie Centrale, Agence du médicament regroupant toutes les fonctions centrales et stratégiques, autres instances et institutions centrales concernées.

Tableau 3 : Changements attendus

Choix stratégique	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé	La grande majorité de leurs problèmes de santé est solutionnée au niveau de la 1ère ligne, plus proche et plus conviviale.	Leur crédibilité acquise dans les prestations de soins et le rôle de personnes ressources auprès des institutions locales contribuent à leur valorisation sociale et leur motivation.	Une contribution majeure à l'efficience globale d'un système de santé de plus en plus complexe et déshumanisé.	Au moins 60% des médecins généralistes (public et privé) ont les compétences en santé familiale (5ème année de mise en œuvre).
	Les références vers le spécialiste sont faites en temps opportun. La continuité des soins est assurée aux meilleures conditions pour le patient.		Le bon usage et l'appropriation par la population sont renforcés. Les institutions locales sont impliquées dans la promotion de la santé.	Au moins 50% des prestataires privés conventionnés et 60% des CSB accrédités se conforment au cahier des charges SFP (5ème année de mise en œuvre)
Développer un paquet de services essentiels pour tous	Dispose d'un droit explicite et opposable, lui permettant d'avoir accès à un paquet de services harmonisés entre les prestataires publics et privés. Bénéficie ainsi d'une offre de services plus équitable et basée sur des données probantes.	Sont plus en confiance en disposant de référentiels de bonnes pratiques.	Mieux encadré pour la qualité, la sécurité des soins. Plus équitable. Plus efficient.	Le PSE progressivement défini, devient opposable pour chaque de ses parties validées. Il le sera entièrement au terme de la 5ème année de mise en œuvre et sera revisité périodiquement.

Choix stratégique	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Assurer un régime de base unifié	<p>La protection financière est effective pour chacun selon ses besoins grâce à la solidarité entre les différentes catégories de la population et les générations.</p> <p>Sa contribution directe dans les dépenses de santé reste modérée et supportable, il est protégé contre le risque de dépenses catastrophiques.</p> <p>Il est moins exposé au risque de corruption grâce à la simplification et transparence des procédures.</p>	<p>Sont moins exposés aux procédures complexes de gestion et ont des relations plus transparentes avec les patients.</p> <p>Les tentations de corruption sont marginalisées</p>	<p>Devient plus équitable et inclusif.</p> <p>Son efficience est renforcée.</p> <p>Progression vers la couverture santé universelle facilitée.</p>	<p>Transfert de gestion du fonds de soutien de la santé publique à la CNAM au bout de la 2ème année de mise en œuvre.</p> <p>Les filières publique et privée (médecine de famille) sont devenues plus attractives au terme de la 2ème année de mise en œuvre.</p> <p>A l'échéance de la 5^{ème} année, le régime de base unifié est opérationnel.</p> <p>La filière Système de remboursement est sans préjudice pour le RBU.</p>
Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public	<p>L'accès, dans le secteur public, à des soins de qualité, y compris les investigations et soins spécialisés nécessaires, est assuré et facilité dans toutes les régions du pays.</p> <p>Le renoncement aux soins et le recours à des services non remboursés sont limités.</p> <p>Sa confiance dans les services publics est rétablie grâce à une meilleure réactivité (respect de la dignité et attention à la personne).</p>	<p>Disposent des moyens nécessaires à leurs activités de soins, de formation et de recherche.</p> <p>Ils reconstruisent une relation de confiance avec les citoyens et renforcent leur sentiment d'appartenance</p>	<p>Les surcoûts imputables à l'équité, la formation et la recherche sont pris en compte dans le cadre de l'acceptation du projet de l'établissement à partir de la 2ème année de mise en œuvre de la PNS.</p> <p>Des conditions plus favorables à l'harmonisation de l'offre des services sont créées. S'adapte mieux aux nouvelles exigences grâce aux activités de recherches et à l'encouragement des innovations.</p>	<p>Les surcoûts en relation à l'équité, la formation et la recherche sont pris en compte dans le cadre de l'acceptation du projet de l'établissement à partir de la 2ème année de mise en œuvre de la PNS.</p> <p>20% des structures sanitaires publiques ont des projets d'établissement au terme de la 3ème année de mise en œuvre.</p> <p>2 pôles interrégionaux sont fonctionnels durant la 3ème année de mise en œuvre.</p>

Choix stratégique	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Assurer la protection de la santé des citoyens			<p>Protection plus efficace contre les risques pour la santé et une dynamique et environnements propices à la promotion de la santé.</p> <p>Réduction des poids des maladies et leurs conséquences sur la santé et le développement du pays.</p>	<p>Revue de la dimension santé dans les politiques publiques compte tenue de la PNS au terme de la 1ère année de mise en œuvre.</p> <p>Plan de contingence et de prévention des catastrophes actualisé et disponible au terme de la 2ème année de mise en œuvre.</p> <p>Des avancées importantes dans la mise à jour et le respect de la réglementation.</p>
Consolidation des choix	<p>Renoncement aux soins et le recours à des services non remboursés sont limités → accès effectif (temporel, géographique, etc.).</p> <p>Les paiements directs des poches des ménages sont réduits.</p> <p>Confiant et partenaire</p>	<p>Utilisation des référentiels de bonnes pratiques → plus confiants.</p> <p>Disposant de moyens selon leurs besoins → motivés.</p> <p>Considérant la personne → collaboration avec les citoyens.</p> <p>Participation avec les institutions locales → Valorisation sociale.</p>	<p>Plus réactif : humanisation/ disponibilité temporelle.</p> <p>Plus efficient.</p> <p>Une offre harmonisée.</p> <p>Équité renforcée.</p>	<p>Réconciliation entre les citoyens et le système.</p> <p>Progression effective et vérifiable vers la CSU.</p>

Clé pour la réussite	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Assurer la régulation pour les dimensions de la CSU	<p>Les préoccupations du citoyen pour l'accès géographique et financier à des services de santé de qualité, sûrs et pour la proximité de soins, sont prises en compte.</p> <p>Le citoyen est dans une relation de confiance avec le système de soins.</p>	<p>Disposent de référentiel encadrant et protégeant leurs activités.</p> <p>Ils sont engagés dans la réalisation des objectifs de santé publique.</p>	<p>Surmonte les difficultés en relation avec la pluralité d'intérêt de ses acteurs.</p> <p>Devient plus équitable et inclusif.</p> <p>Son efficience est renforcée.</p> <p>La progression vers la couverture santé universelle</p>	<p>La synergie entre les deux sources de financement public (fiscal et assurance maladie) est effective et sert de levier pour la CSU au terme de la 2ème année de mise en œuvre.</p> <p>Les institutions impliquées dans la régulation disposent des capacités nécessaires au terme de la 2ème année de mise en œuvre.</p> <p>La sous et la sur médicalisation sont réduites au terme de la 3ème année de mise en œuvre⁷¹.</p>
Promouvoir la transparence et la lutter contre la corruption			<p>Un système transparent, qui rend disponible et accessible l'information sur les droits et devoirs des opérateurs économiques, des professionnels et des citoyens. Un système responsable et efficient.</p>	<p>Les projets d'établissement comprennent ou intègrent un volet transparence et lutte contre la corruption impliquant toutes les parties.</p> <p>Les conflits d'intérêt et les actions de lobbying sont mieux encadrés.</p>

⁷¹ La CNAM est un acheteur stratégique

Clé pour la réussite	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé	<p>Confiant, bénéficie de son droit à l'information et à l'habilitation en rapport avec sa santé.</p> <p>Est en mesure d'exercer ses devoirs de citoyen responsable pour sa santé et celle d'autrui contribuant à la promotion de la santé. Il participe dans les différents projets et instances du système de santé.</p> <p>Contribue aux délibérations sur les choix liés à la santé à travers des mécanismes appropriés (conseil local, conseil d'administration, commission nationale et jury citoyen⁷²).</p> <p>A travers les organisations sociales et associatives, il exerce son rôle de suivi et de pression dans le cadre de redevabilité.</p>	<p>Sont plus confiants pour la solution du problème de santé en prenant en considération la personne dans leur démarche et la contribution du citoyen.</p> <p>Ils sont dans une relation de dialogue et de collaboration fructueuse et porteuse de considération sociale et politique.</p>	<p>Plus réactif et plus efficient.</p> <p>Il est approprié par le citoyen qui contribue dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prévention et la promotion de la santé, - la gestion et la gouvernance du système aux différentes lignes, - les politiques et les stratégies nationales pour la santé. 	<p>La charte de l'utilisateur est revue au terme de la 2ème année de la mise en œuvre.</p> <p>Les curricula révisés sont utilisés dans le système éducatif à la 3ème année de la mise en œuvre.</p> <p>L'institutionnalisation du dialogue sociétal dès la 1ère année de mise en œuvre sur la base des leçons apprises.</p> <p>Au moins 2 espaces d'écoute et de participation des citoyens sont créés dans des structures de santé dans chaque région de pays au terme de la 2ème année de mise en œuvre.</p>

⁷² Il est composé de citoyens profanes pour un problème défini et un temps limité.

Dimension	Cible	Valeur de la cible en 2030	Baseline
Mortalité, Morbidité et facteur de risque biologique	Mortalité maternelle	18.7 p. 100000 naissances vivantes	44.8 p. 100000 naissances vivantes (2008)
	Mortalité néonatale	5 p. 1000 naissances vivantes	8.3 p. 1000 naissances vivantes (2017) et 9 selon MICS6 , INS 2019)
	Mortalité des moins de 5 ans	8.9 p. 1000 naissances vivantes	14.2 p. 1000 naissances vivantes (2017) et 17 p. 1000 selon MICS6, INS 2019
	Prévalence de l'obésité chez l'adulte et l'adolescent	28.2 (18 ans et plus)	26.2 (population de 15 ans et plus)
	Mortalité par les accidents de la voie publique	7.5 p. 100 000 hab.	12.8 p. 100 000 hab. en 2015
	Prévalence du diabète pour la population adulte moins de 60 ans	A calculer Réduction de 20%	15,5% [14,6-16,3] des personnes âgées de 15 ans et plus
	Proportion des hypertendus équilibrés	15% des hypertendus 15% des hypertendus 35% des hypertendus connus	7.7% des hypertendus 24.3% des hypertendus connus (THES 2016)
Habilitation pour la promotion de la santé	% des élèves ayant acquis des compétences de vie à la fin de chaque cycle d'études (primaire, collège et lycée ⁷³)	A calculer	Enquête pour la déterminer
	Prévalence du tabagisme	< 17.5% chez > 15 ans	25% chez > 15 ans
Accessibilité aux soins de qualité	% Population à moins de 30 minutes d'un centre assurant les prestations de première ligne	Près de 100%	A calculer ⁷⁴
	% Population à moins d'une heure d'un hôpital général ⁷⁵ ou universitaire	95%	A calculer ⁷⁶
	% Population ayant accès aux pôles inter régionaux fonctionnels	90%	0% (Pas de pôles inter-régionaux actuellement)

Dimension	Cible	Valeur de la cible en 2030	Baseline
Protection financière	Population couverte par le régime de base unifié	Près de 100 %	16.8 % de la population ne dispose d'aucune couverture
	Niveau des dépenses publiques de la santé en % du PIB	6%	4.4% en 2014
	Niveau des paiements directs des ménages de leurs poches	Moins de 25%	38% des dépenses courantes en 2014
	Incidence des dépenses catastrophiques	2.4 % des ménages	9.7 % des ménages en 2016 ⁷⁷

⁷³ En relation avec les connaissances et compétences considérées par le curricula.
⁷⁴ Dans le cadre de la planification stratégique, chaque Direction régionale avec l'appui des circonscriptions sanitaires calcule le nombre de la population vivant à moins d'une demi-heure d'un CSB sur la base du recensement le plus récent. Le cumul et le ratio final se faisant au niveau régional pour servir de baseline.
⁷⁵ L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.
⁷⁶ A calculer par région avec l'appui des circonscriptions sanitaires dans le cadre du processus de la planification stratégique.

⁷⁷ Calculé au seuil de 25% des dépenses totales des ménages.

ANNEXE 1 :

Eléments à développer dans le cahier des charges pour l'accréditation en santé familiale et de proximité

1. Introduction

Dans le cadre de la PNS 2030, la santé familiale et de proximité (SFP) joue un rôle essentiel pour l'amélioration de l'accès à des soins de qualité centrés sur la personne et donner l'impulsion locale indispensable à la promotion de la santé.

Pivot du système de santé, la santé familiale en constitue la porte d'entrée privilégiée. Atout incontournable pour la continuité des soins, la SFP met à la disposition des communautés et de ses institutions locales les personnes ressources de proximité pour la protection et la promotion de la santé.

Les éléments ci-après sont proposés pour être développés dans le cadre du cahier des charges qui vise à promouvoir le développement d'une offre, publique et privée, se conformant aux référentiels de bonnes pratiques agréés et embrassant ou encadrant l'ensemble des prestations du paquet de services essentiels pour la première ligne.

2. Les principes

L'engagement volontaire d'un centre de santé de base (CSB) / centre intermédiaire ou d'un cabinet privé dans une convention avec les pouvoirs publics et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) dans un processus d'accréditation et de labellisation. Ceci implique pour la structure concernée de :

- Organiser l'inscription des personnes et des familles qui choisissent l'équipe et/ou le médecin de famille qui doit les prendre en charge ;
- Développer la prise en charge des familles et des personnes inscrites assurant des soins de qualité centrés sur la personne en se conformant au cahier des charges SFP qui sert de base à la convention ;
- Définir les objectifs et les services offerts et d'explicitier, dans le projet du Centre, les modalités pour la mise en œuvre du cahier des charges. Le projet doit être accessible à la population desservie et avec le réseau de travail et les autorités et instances sanitaires locales et régionales.

L'obligation des pouvoirs publics (local et ou régional/central) ainsi que la CNAM à assurer :

- un appui et un accompagnement pour réussir l'accréditation en particulier la formation, l'organisation de la référence, le dossier unique numérisé.
- un financement complémentaire (ressources fiscales pour l'équité) contribuant à assurer les conditions pour la compliance avec le cahier des charges (équipement adéquat, numérisation, incitation spécifique aux professionnels travaillant dans ces conditions).
- un financement composite : fixe sur la base du nombre d'inscrits, variable sur la base des volumes d'activité réalisés et des résultats obtenus (couverture, malades chroniques bien suivies...), activités de promotion en dehors du centre dans le cadre des programmes nationaux ou sollicitées par les institutions locales.

L'évaluation périodique indépendante permet à toutes les parties d'ajuster ce qui doit l'être pour mieux servir la population et soutenir l'engagement positif des professionnels et de renouveler l'accréditation et le label adopté.

3. Les dimensions à développer dans le cahier des charges

3.1. Les fondements

- Le cahier des charges est le même dans tout le pays, avec comme seules variations le nombre d'habitants couverts, les horaires et l'organisation interne ; il est défini par le Ministère de la santé. Il est la base du projet d'établissement et du conventionnement.
- Un cahier des charges supplémentaire et facultatif, qui peut être convenu entre le CSB/Cabinet privé et les autorités régionales en fonction des circonstances, des possibilités et des ressources locales. Il est consigné dans le projet d'établissement et fait partie du conventionnement.

Le cahier des charges ne se limite pas à une liste de maladies à prendre en charge. Il décrit la façon dont les soins doivent mettre les citoyens au centre des préoccupations de l'organisation des soins – et donc un saut de qualité par rapport aux soins ambulatoires tels que pratiqués jusqu'à présent.

Un bon soin doit avant tout être sûr et efficace. Cela signifie qu'il doit être fondé sur des évidences et éviter toute intervention non nécessaire ou inutile. Pour avoir les résultats optimaux en termes de santé, la globalité, la continuité des soins, une relation personnalisée à long terme entre soignant et soigné, et la coordination des soins sont aussi importants qu'une bonne prescription ou une référence. C'est ce qui fait la différence entre les soins primaires centrés sur les personnes et les soins ambulatoires conventionnels de premier contact. Ces dimensions-là font par conséquent partie intégrante du cahier des charges.

3.2. Les dimensions à développer

- Responsabilisation et auto-évaluation.
- Horaire d'ouverture et modes de contact avec le public.
- Inscription des familles et des personnes.
- Paquet de services essentiels en première ligne.
- Continuité des soins.
- Permanence des soins (gardes).
- Référence et la coordination des soins (collaboration avec les spécialistes).
- Diagnostic communautaire.
- Formation continue et travail en équipe.

Des dimensions complémentaires et/ou facultatives peuvent être envisagées selon le contexte et peuvent concerner la santé au travail, des projets ciblant une population spécifique et dont les activités ne sont pas comprises dans le cahier des charges commun.

NB : Références bibliographiques disponibles auprès du CT du Dialogue Sociétal

ANNEXE 2 :

Le processus d’élaboration du projet de PNS

Le projet de politique nationale de santé (PNS) est le fruit d’un travail collectif et participatif incluant des personnes ressources, pour leur expertise, ainsi que des citoyens et des professionnels de santé de toutes les régions du pays, pour discuter et enrichir les choix stratégiques par la perspective régionale.

Le processus a été mené sous le leadership de Madame Fayza KEFI, présidente du Comité Technique (CT) du dialogue sociétal sur les réformes des systèmes de santé. Il est basé sur le cadrage et les recommandations du Comité de Pilotage, présidé par le Ministre de la Santé, et repose sur l’accompagnement des membres actifs ci-après du CT et l’engagement des coordinateurs ou membres actifs des Groupes Thématiques (GTs) : ordre alphabétique des noms par colonne :

Sami ABDELFATTAH	Slim BEN SALAH	Imen JAOUADI
Hichem ABDESSELEM	Fatma BOUHAMED (GTs)	Sonia KHAYAT
Hédi ACHOURI	Noureddine BOUZOUAYA (GTs)	Fethi MANSOURI (GTs)
Inès AYADI	Abdelwahed EL ABASSI	Lassaâd M’SABLI (GTs)
Moncef BELHAJ YAHIA (GTs)	Ines FRADI	Belgacem SABRI
Abdelmajid BEN HAMIDA (GTs)	Dhikrayet GAMARA	Hajer SKHIRI
Riadh BEN ABBES	Riadh GOUIDER	Khaled ZGHAL (GTs)
Hela BEN MESMIA	Ahlem GZARA ZARGOUNI	
Faïçal BEN SALAH (GTs)	Agnès HAMZAoui	

Formes de participation

- Différentes formes de participation ont été adoptées, sur la base de termes de références et/ou des notes de procédures proposés par le comité technique :
- Huit (8) GTs : 157 personnes ressources (PR).
 - Des ateliers dédiés à certains thèmes de la PNS, en particulier les ateliers sur la vision et l’harmonisation (8-9 novembre 2018), celui dédié à la revue externe des choix stratégiques (2-6 avril 2019) et celui relatif aux cibles (30 mai 2019).
 - Quatre (4) Rencontres Interrégionales (RIR), avec des citoyens et des professionnels de santé, afin d’enrichir les options et mesures stratégiques des projets de notes d’orientations par la perception et les attentes des citoyens et des professionnels de santé des régions : 373 participants dont 53% entre citoyens et associations (juillet et septembre 2018) avec des contributions individuelles écrites en relation avec la perception et les attentes.
 - Vingt-quatre (24) Rendez-Vous Régionaux (RdVR), avec des citoyens et des professionnels de santé, afin de tester et enrichir les choix stratégiques de la PNS par la perspective régionale : 2083 participants dont 43% citoyens et 57% professionnels (Février-mars 2019) avec des contributions individuelles écrites pour souligner ce qui est le plus important, ce qui manque et faire des propositions alternatives.
 - Des rencontres avec certaines parties prenantes qui se sont déroulées entre mai et juillet 2019 et doivent se poursuivre jusqu’à l’adoption de la PNS.
 - Des échanges électroniques élargis sur certains produits d’étapes dont notamment les deux derniers drafts de la PNS, insérés sur le site web et la page Facebook du dialogue sociétal. Le projet d’avant conférence nationale a été partagé par mails personnalisés avec plus de 650 personnes entre citoyens, professionnels de santé, membres du comité de pilotage et personnes ressources.

Remerciements

Le CT remercie (par ordre chronologique des contributions) :

Le **Pr Béchir ZOUARI**, professeur de santé publique retraité, pour sa très précieuse contribution au développement de la vision santé 2030 et pour ses encouragements au processus d’élaboration de la PNS

Le **Pr Mohammed BELHOCINE**, ancien coordinateur résident du système des Nations Unis en Tunisie et ancien Directeur au Bureau Régional de l’OMS AFRO, pour son appui à l’atelier sur la vision.

Le **Pr Wim VAN LERBERGHE**, expert de l’OMS et ancien directeur du département politique et système de santé à l’OMS Genève, pour sa précieuse contribution durant l’atelier de revue de la vision et des choix stratégiques ainsi que pour son rapport de revue externe et suggestions au cahier des charges pour la SFP.

Le CT est reconnaissant à ses partenaires et associés de l’Union Européenne (UE) et de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour leur accompagnement et leurs rôles efficaces dans la gestion du processus de la phase 2 du dialogue sociétal : M. Yves Philippe Henri SOUTEYRAND (OMS), M. Laurent LE DANOIS (UE) et Mme Priyanka SAKSENA (OMS).

Le CT est reconnaissant aux Directeurs Régionaux de la Santé et aux points focaux régionaux qu’ils ont désignés, pour l’appui précieux dans l’organisation des rencontres inter-régionales et des rendez-vous régionaux ainsi que leur contribution aux travaux de ces manifestations.

Les remerciements vont aussi à tous les participants aux rencontres inter-régionales et aux rendez-vous régionaux pour leurs contributions qui ont permis d’enrichir le projet de PNS et tout particulièrement les membres des Jurys Citoyens qui ont joué un rôle majeur pour la continuité du DS.

Le CT remercie tout particulièrement un groupe de jeunes médecins et/ou étudiants en médecine pour leur contribution efficace en relation avec les rendez-vous régionaux, et en particulier Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs (par ordre alphabétique des noms):Amel ABAYED, Meriem BEN SOLTANE, MariemBOUANANI, Houda GUELMAMI, Fatma HABOUBI, Emna HAMMAMI, Chadlia JEMALI, Mohamed Saif Eddine MAHMOUD, Chedi MHEDHEBI.

Annexe 3

Les contributions directes au document de la PNS

Un groupe de rédaction, dans le cadre du CT et en relation avec lui, a développé et finalisé le projet de PNS en se basant sur tous les travaux et produits de la phase 2 du dialogue sociétal, y compris les contributions individuelles des jurys citoyens et des professionnels de la santé lors des RIRs et des RdVR. Le groupe de rédaction est constitué, par ordre alphabétique des noms, de : Hédi ACHOURI, Inès AYADI et Abdelwahed EL ABASSI.

Un groupe de lecture inclusif a contribué effectivement à l’enrichissement du projet de PNS. Il inclut tous ceux qui ont fait des contributions ou des commentaires écrits sur les drafts du projet de PNS. Il comprend des membres du comité technique (CT), des coordinateurs et membres des groupes thématiques (GTs) et d’autres personnes ressources (PR) sollicitées(ordre alphabétique des noms par

Hichem ABDESSELEM (CT)	Ines FRADI (CT)	Skander MRAD (GTs)
Moncef BELHAJ YAHIA (GTs)	Ahlem GZARA	Lassaâd M’SABLI (GTs)
Mohamed Salah BEN AMMAR (PR)	ZARGOUNI (CT)	Taoufik NACEF (PR) ⁸²
Abdelmajid BEN HAMIDA (GTs)	Agnès HAMZAoui (CT)	Belgacem SABRI (CT)
Habiba BEN ROMDHANE (PR)	Mohamed JOUINI (PR) ⁸⁰	Mouna SAKLY (GTs)
Noureddine BOUZOUAYA (GTs)	Fayza KEFI (CT)	Moncef SIDHOM (PR) ⁸³
Moez CHERIF (GTs)	Ahmed MAHERZI (PR) ⁸¹	Amor TOUMI (PR) ⁸⁴
	Fethi MANSOURI (GTs)	

Des contributions orales importantes ont été faites à l’occasion des réunions dédiées à ladiscussion du documentde la PNS et durant la conférence nationale. Nous en avons noté en particulier celles de Mesdames et Messieurs (ordre alphabétique des noms) :

Sonia BEN CHEIKH	Ministre de la Santé par intérim
Nabiha BORSALI FALFOUL	Ancienne directrice générale de la santé
Hédi BOUKER	Directeur général du Centre de Recherches et d’Etudes Sociales
Houda CHAHED	Cadre du Centre de Recherches et d’Etudes Sociales
Samir CHTOUROU	Syndicat des médecins de libre pratique
Chedli FENDRI	Président du Conseil de l’Ordre des Pharmaciens
Ridha GATAA	Directeur du Centre Pédagogique du MS
Anis KLOUZ	Directeur de la Recherche Médicale au MS
Mohamed Hédi LOUESLATI	Directeur général de la santé
Hechmi LOUZIR	Directeur général de l’Institut Pasteur de Tunis
Jawher MZID	Médecin de santé publique
Samir OUERGHEMMI	Directeur, DHMPE au MS
Hajer SKHIRI	Directrice de l’Institut National de Santé Publique
Mohamed Hédi SOUISSI	Syndicat des médecins, pharmaciens et dentistes de santé publique
Khaled ZGHAL	Directeur général de l’INEAS.
Mohamed ZRIBI	Ancien directeur régional de la santé publique

⁷⁸ La liste complète des personnes ayant contribué aux produits de la phase 2 du DS se trouve dans le rapport dédié.

⁷⁹ Ancien ministre de la santé

⁸⁰ Doyen de la faculté de médecine de Tunis

⁸¹ Ancien doyen de la faculté de médecine de Tunis

⁸² Ancien directeur général de la santé

⁸³ Ancien directeur des soins de santé de base

⁸⁴ Ancien directeur de la pharmacie et du médicament

Remerciements

Le CT remercie vivement, pour leurs lectures critiques et leurs contributions précieuses, les personnes ressources et partenaires extérieurs, Mesdames et Messieurs (ordre alphabétique des noms) :

1. Ann Lise GUISSET, ancienne conseillère technique à la représentation OMS en Tunisie.
2. Laurent LE DANOIS, conseiller technique santé à la délégation de l’UE en Tunisie.
3. Priyanka SAKSENA, conseillère technique à la représentation OMS en Tunisie.
4. Yves Philippe Henri SOUTEYRAND, Représentant de l’OMS en Tunisie.
5. Wim VAN LERBERGHE, Expert international et ancien directeur du département Politique et Système de Santé à l’OMS Genève.

11. Glossaire

ACCESSIBILITE

L'accessibilité est la facilité qu'a la population d'accéder aux prestations de soins.

Elle a cinq dimensions :

- une dimension physique : mesurée par la distance à parcourir pour bénéficier d'une prestation ;
- une dimension financière : représentée par le prix à payer par l'usager ;
- une dimension psychologique : correspondant à la qualité de l'accueil et de la communication dans la structure.
- une dimension temporelle : correspondant à la permanence des prestations dans le temps et aux horaires d'offre des prestations ;
- une dimension culturelle : correspondant à l'acceptabilité des prestations pour la population et à la confiance que celle-ci a dans l'efficacité de ces prestations.

ACCREDITATION

Système par lequel les performances des organisations ou des individus sont jugées par rapport à une série de standards préalablement définie et agréée par un organisme d'accréditation. S'il est démontré que ces standards sont atteints, un label est décerné à ces organisations ou individus.

Selon l'INEAS : L'accréditation est une évaluation externe d'un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle repose sur un processus rigoureux, transparent et structuré d'évaluation de la qualité des services de santé fournis.

ACTION COMMUNAUTAIRE (pour la santé)

Efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.

La Charte d'Ottawa met l'accent sur l'importance de s'appuyer sur des actions communautaires concrètes et efficaces pour définir des priorités de santé, prendre des décisions, planifier et mettre en œuvre des stratégies en vue d'améliorer la santé. Le concept de développement communautaire

ou d'autonomisation est très étroitement lié à la définition que la Charte d'Ottawa donne de l'action communautaire pour la santé.

AUTONOMISATION = CAPACITATION = HABILITATION

Rendre quelqu'un apte à accomplir un acte, une action ... ce que lui procure une certaine autonomie.

Processus dans lequel des individus et des groupes, organismes ou communautés agissent pour gagner la maîtrise de leur vie, et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans un contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Toutes les personnes, même avec peu de capacités ou en situation de précarité, sont considérées comme disposant de ressources et de forces.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Dans le domaine de la santé, les conflits d'intérêts sont des désaccords et des compétitions impliquant les principaux acteurs du système de santé : individus, professionnels de santé, sous-systèmes de santé, politiques sociales ou de santé Ils peuvent survenir par exemple entre différentes disciplines médicales (médecine de haute technologie et médecine préventive), entre gestion et médecine, entre recherche et services de santé classiques, autonomie de l'individu et bien-être social.

Ils doivent être détectés à différents niveaux : au niveau personnel, à celui des organisations, aux niveaux professionnel et politique.

CONSULTATION

Rencontre entre un professionnel, habituellement un médecin, et un client, ou patient, à la recherche de conseils ou de traitements. La consultation se fait normalement en face-à-face, mais peut également être faite à distance (télémédecine, m-santé, e-health, intelligence artificielle...).

COMPTE DE LA SANTE

Ils décrivent à l'échelon national l'ensemble des activités de santé et les flux de financement du système de santé. Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) englobent les dépenses des agents publics et privés en produits et services médicaux et les dépenses consacrées aux programmes nationaux et de prévention, ainsi qu'à l'administration. Le financement public englobe les recettes fiscales générales du gouvernement et la contribution de la caisse nationale d'assurances maladie (CNAM). Le financement privé comporte essentiellement les paiements directs par les ménages (soit pour la totalité de l'achat des biens et services, soit sous la forme de co-paiements), ainsi que diverses formes d'assurances privées.

CONTINUITE DES SOINS

Se définit comme un jugement porté sur la fluidité et la cohérence des soins rendus selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse en l'absence de bris (Reid et al, 2002).

La continuité du parcours de soins se conçoit selon six dimensions : temporelle, géographique, interdisciplinaire (recours au juste niveau d'expertise), relationnelle (attentes partagées), informationnelle (communication adéquate), économique.

COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (OMS)

La Couverture Santé Universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières.

DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE

Ce sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux.

DIGNITE HUMAINE

Respect des valeurs personnelles de l'individu. Chacun a sa propre importance et est digne de respect. L'engagement pour les besoins fondamentaux d'une personne d'une part et le respect de son individualité d'autre part ont une très grande importance, particulièrement dans le contexte de la santé publique et dans une période de développement très rapide des techniques médicales. La dignité humaine est protégée éthiquement dans le cadre des droits de l'homme.

EDUCATION POUR LA SANTE

Forme de prévention devant permettre aux personnes « d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci » (Charte d'Ottawa). Fondamentalement, son objectif est de faire progresser la culture santé, pour que les citoyens fassent eux-mêmes, de façon autonome, les bons choix en matière de santé. Elle est une sous discipline de la promotion de la santé.

EFFICACITE

Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs, les normes ou standards à atteindre. Les résultats obtenus peuvent être les résultats de production ou les résultats de santé ou de bien-être. L'efficacité est mesurée typiquement en termes de santé et n'implique pas l'efficience.

EFFICIENCE

L'efficience est une mesure synthétique des résultats obtenus (potentiels ou réels), au regard des moyens mis en œuvre (coûts, ressources, temps). Il s'agit donc là d'un concept proche du rendement des investissements économiques. L'efficience ajoute à l'efficacité médicale une notion de bonne organisation et d'économie. Améliorer l'efficience des soins ne préjuge pas de l'amélioration de leur qualité. Cela revient à en diminuer le coût à résultat égal. C'est la capacité à produire au moindre coût. L'efficience n'implique pas l'efficacité.

ÉGALITE (en santé)

Offre de services de santé appropriés, de qualité égale, disponibles et accessibles à tous, non limités par la situation géographique, la classe sociale, ethnique ou religieuse, le genre ou la solvabilité.

ÉQUITÉ (en santé)

Représente l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé, parmi la population ou des groupes de population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement et géographiquement (OMS). Ceci implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé.

En général, on distingue deux approches pour définir l'équité. L'approche verticale (équité verticale), met l'accent sur le financement. Selon cette approche, les individus ayant des capacités contributives inégales font une contribution inégale au financement de la santé. L'approche horizontale (équité horizontale), quant à elle, met l'accent sur l'égalité de traitement pour les individus ayant des besoins de santé égaux.

ETHIQUE

C'est une réflexion sur les comportements et les décisions à adopter en se basant sur des principes et valeurs, dont le socle est aujourd'hui constitué par les droits de l'homme. La réflexion éthique permet de déterminer les valeurs qui constituent les raisons d'agir acceptables par l'ensemble de la société.

Deux exemples parmi d'autres dans lesquels cette démarche est importante :

- Pour faire des choix et des décisions dans des situations complexes à l'instar de l'inclusion/exclusion de certaines prises en charge, dans le cadre du Paquet de Services Essentiels, quand la prestation de soins concernée est questionnable sur son niveau d'efficacité et que son coût est particulièrement exorbitant et puisant dans les ressources limitées pour les soins pour tous.
- Dans le cadre des protocoles de recherches cliniques afin de ne pas exposer des personnes à des risques indus ou exclure d'autres personnes de bénéfices attendus.

Pour les professionnels, l'éthique est prise en compte dans le code de déontologie qui constitue le cadre contraignant pour la pratique et le comportement professionnel.

Plus généralement, la démarche de réflexion éthique permet, face à un problème donné, d'adopter la meilleure solution possible compte tenu des principes et valeurs constituant la morale de référence des décideurs.

ÉVALUATION

Processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs. La réalisation doit être comparée avec les standards ou les attentes.

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé correspond à la mise en œuvre de méthodes et outils d'amélioration des pratiques professionnelles, selon des référentiels définis par un consensus d'experts, dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective (Haute Autorité de Santé - France).

INCIDENCE (maladie)

Nombre de cas nouveaux d'une maladie apparus durant une période de temps donnée dans une population déterminée.

INEGALITES / INIQUITES (de santé)

Terme utilisé généralement dans quelques pays pour indiquer des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé. Comme le terme est ambigu, puisqu'il peut être utilisé pour désigner une certaine injustice ou pour décrire des différences dans un sens descriptif purement mathématique et statistique, l'OMS a décidé d'employer le terme « iniquité » au lieu de « inégalité » dans la version européenne de « La santé pour tous ». Les différences de statut socio-économique, d'opportunités, etc. entre deux ou plusieurs personnes ou groupes dans une société, le lieu de vie c'est à dire la communauté d'appartenance, et la maladie elle-même, tout peut être cause d'inégalité.

MALADIE CHRONIQUE

Maladie qui se déroule sur un long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

Également appelées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète (OMS : https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/fr/).

MALADIE TRANSMISSIBLE

Maladie causée par des micro-organismes (bactéries, virus, mycoses) ou des protozoaires ou encore des agents transmissibles non conventionnels (prions), transmis à l'être humain par une personne ou un animal infectés, ou par une source inanimée.

MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE

Elle constitue le premier recours, eu égard à sa proximité et sa polyvalence. Elle a la responsabilité permanente de fournir des soins centrés sur la personne prenant en compte son milieu social et environnemental. Elle est considérée comme la porte d'entrée du système de soins parce que ses décisions déterminent ce qui se produira ensuite dans le cadre du parcours spécifique à chaque situation, en particulier la référence au moment opportun pour des soins spécialisés appropriés. Dans de nombreux pays, la médecine générale - médecine de famille constitue une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

NON RECOURS AUX SOINS

Renvoie à toute personne qui en tout état de cause ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre.

NORME

Il s'agit de la valeur et ou de caractéristiques de référence établies par l'autorité en charge. Elle est édictée dans le cadre d'une réglementation. Elle diffère d'un pays à un autre mais elle est généralement préparée dans le cadre d'un consensus d'approbation des intéressés.

PARCOURS DE SOINS

Circuit réglementé dans lequel le patient doit d'abord consulter son médecin traitant qu'il a librement choisi. Le médecin traitant coordonne les soins et peut orienter le patient vers un autre médecin si nécessaire (avis ponctuel, soins dans le cadre d'un protocole agréé pour une maladie

spécifique, soins spécialisés). Le non-respect de ce circuit a pour conséquence, outre l'absence de coordination préjudiciable pour le patient, que les actes pratiques hors parcours sont moins bien ou non remboursés par l'assurance maladie.

PERTINENCE

Niveau, quantité et type approprié d'une intervention (traitement/prévention) prodiguée à un patient, ou à une population, répondant effectivement au besoin dans des délais acceptables, en utilisant une qualité et une sécurité d'intervention adéquates et acceptables avec un coût raisonnable.

La pertinence des soins recouvre :

- la pertinence des prescriptions : médicaments, explorations et examens complémentaires,
- la pertinence des actes médicaux et/ou chirurgicaux et
- la pertinence des modalités de prise en charge : ambulatoire, hospitalisation, parcours de soins.

PLANIFICATION OPERATIONNELLE

Procédure par laquelle une institution traduit ses orientations stratégiques en programmes d'action mis en œuvre par tous les services, départements et unités de l'institution dans le cadre de leurs activités habituelles.

PLANIFICATION STRATEGIQUE

Procédure formalisée de décision par laquelle une institution fixe les grandes orientations de son développement, en particulier la nature des domaines d'activité dans lesquels elle s'engage, définit les ressources, le processus et l'intensité de son engagement.

POLES INTER-REGIONAUX

Les pôles inter-régionaux (PIR) correspondent à l'organisation territoriale et fonctionnelle du système de soins dans un ensemble régional comprenant deux gouvernorats ou plus. Ils sont considérés dans le cadre du plan 2016.2020 pour renforcer la disponibilité et la fonctionnalité du 3^{ème} niveau (universitaire).

Les PIR permettent de mieux organiser la répartition territoriale, le développement et le fonctionnement des structures de soins selon les caractéristiques et les besoins de chaque ensemble régional.

Ils permettent de veiller à :

- la bonne fonctionnalité entre les différentes lignes du système (proximité, référence et contre référence, organisations des urgences,...) ;
- la bonne complémentarité des structures de même niveau pour assurer une couverture adéquate et efficiente des besoins de la population sous leur responsabilité ;
- assurer à chaque ensemble la capacité pour contribuer à la formation des professionnels de la santé.

Les PIR n'ont pas connu le développement escompté durant le plan en cours par défaut de dispositions structurelles et de mécanismes pour porter leur développement. La PNS envisage la création d'un mécanisme inter régional d'appui pour soutenir le développement des PIR en appui aux autorités compétentes de chaque gouvernorat.

POLITIQUE PUBLIQUE SAINES = SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES PUBLIQUES

Une politique publique saine se caractérise par un souci explicite pour la santé et l'équité dans tous les domaines de la politique, et par le fait qu'elle rende des comptes de l'impact sur la santé. Le but principal d'une politique publique saine est de créer un environnement favorable pour permettre à la population de mener une vie en bonne santé. Fait particulièrement important, cette politique doit réguler le comportement de toute une gamme d'acteurs dans différents secteurs (environnement, agriculture, transport, équipement, urbanisme, hygiène publique, etc.), y compris le secteur privé et la société civile, en se conformant aux principes de transparence, de responsabilisation, d'équité, de réalisme et d'efficacité. En effet, ce type de politique permet que le citoyen fasse plus facilement des choix favorables à sa santé et que des environnements sociaux et physiques mettent l'accent sur la santé.

PREVALENCE (maladie)

Nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

PREVENTION

Actions visant à réduire l'impact des facteurs de maladies ou de problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter

leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

On distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.
- La prévention secondaire : vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Dans le cadre du système de soins : Tous les professionnels contribuant directement, sous une forme ou une autre aux prestations de soin (médecin libéral ou du secteur public, chirurgien-dentiste, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste, technicien de laboratoire, de radiologie, ambulancier...). Dans le cadre du secteur de la santé : Tous les professionnels contribuant au fonctionnement du système de soins (cadres administratifs et financiers, ingénieurs...).

PROMOTION DE LA SANTÉ

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986.

Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel et communautaire en

luttant contre les principales causes de mauvaise santé, notamment par la prévention et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison. (<https://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>).

QUALITÉ (des soins)

Chaque individu, sans discrimination, a droit à des soins de qualité dans ses trois composantes : qualité des services (accueil, écoute, continuité, humanité, empathie, autonomie du patient), qualité technique des pratiques cliniques et thérapeutiques, qualité relationnelle.

REDEVABILITÉ

Se définit comme « le moyen par lequel des individus ou des organisations rendent compte de leurs actes à une (ou des) autorité(s) reconnues et sont tenues pour responsables de ceux-ci. » (Edwards et Hulme 1996, cité par Mulgan en 2000). C'est la relation entre un détenteur de droits ou une revendication légitime (un bien public, par exemple) et les personnes ou organismes (porteurs de responsabilités) censés matérialiser ou respecter ce droit en effectuant ou en n'effectuant plus certains actes.

REFERENTIEL DE BONNE PRATIQUE

Dans le domaine de l'évaluation en santé, le concept de référentiel est utilisé pour désigner un ensemble de normes ou références correspondant à un optimum en termes de qualité et de sécurité des soins, au moindre coût, en fonction de l'état des connaissances et des moyens disponibles dans des circonstances cliniques données et basé sur des données probantes. Les référentiels sont créés par un processus rigoureux, systématique et formel tenant compte des recherches publiées et des consensus d'opinions, produisant ainsi des recommandations objectives pour l'action préventive, pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie simple ou d'un groupe de maladies. Ils peuvent comporter des conseils sur les interventions ou les traitements les plus appropriés, sur ceux qui ne le sont pas et sur ceux pour lesquels il n'y a pas de preuve suffisante pour porter un jugement. Généralement, ce sont les sociétés scientifiques qui produisent les référentiels sur la base de données probantes. Les autorités recourent souvent à des agences indépendantes (rôle de l'INEAS en Tunisie) pour établir des normes et des référentiels agréés de bonnes pratiques qui tiennent compte du contexte du pays et dans

le cadre de processus formalisé et protégé des conflits d'intérêts.

RESEAU DE SANTÉ

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

SANTÉ

Un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques. Cette définition de l'OMS exprime un idéal, qui devrait être le but de toutes les activités de développement de la santé. Dans la médecine et dans la recherche, la santé est souvent comprise comme l'absence d'une maladie ou d'un trouble diagnostiqué.

Dans le contexte de la promotion de santé, la santé est appréhendée comme une ressource, qui permet à des personnes de mener une vie individuellement, socialement et économiquement productive face à des situations en perpétuel changement.

SOLIDARITÉ

La solidarité intra-et inter générationnelle signifient des droits et des obligations réciproques dans la mobilisation et la répartition des ressources pour la santé entre les individus d'une même génération et entre ceux-ci et ceux des générations précédentes et suivantes.

SOINS À DOMICILE

En santé, les soins à domicile recouvrent tous les soins ou services pratiqués par des personnels soignants ou prestataires privés d'assistance médicale à domicile.

SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Considérant les droits humains, les soins centrés sur la personne reposent sur les principes ci-après :

- Le respect de la personne, en particulier sa dignité, ses valeurs et préférences, son besoin de confidentialité, de participation aux décisions médicales le concernant, d'habilitation.

- L'attention pour la rapidité de prise en charge, pour la qualité de la nourriture et le confort des locaux lors de sa prise en charge.
- La possibilité de choisir son prestataire.
- L'autonomie qui doit être renforcée en toute circonstance afin de faire de la personne un partenaire effectif de l'équipe soignante et pas un simple bénéficiaire.

SOINS PRIMAIRES

Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. Selon l'O.M.S., l'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, curatifs et de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale.

TICKET MODERATEUR

Partie du coût total de la prestation médicale prise en charge par la personne assurée ou par la personne ayant bénéficié directement du service. Elle sert de complément pour la partie prise en charge par l'assurance maladie et/ou du système de protection financière en usage.

12. Bibliographie

- Notes d'orientation des groupes thématiques (GT) – Comité technique du dialogue sociétal phase 2. Disponibles sur le site internet du DS http://www.hiwersaha.tn/Fr/accueil_46_4et_sa_page_FB <https://www.facebook.com/Dialogue-Societal-Santé-581105715608253>
- GT1 : B.Sabri, S. M'rad, M. Chérif - La nouvelle politique nationale de santé
- GT2 : M. BelHaj Yahia, D. Bousnina, M. Sakly & al. : Les soins de proximité et le citoyen au centre du système de santé
- GT3 : A. Ben Hamida, R. Tej-Dellagi, S. Kallel, F. Bouhamed, N. Ben Salah, A. Ben Said, J. El Ati, I. Jaouadi & al. - Agir sur les déterminants de la santé et promouvoir l'action intersectorielle
- GT4 : Comité Technique & F. Mansouri - Le financement de la santé dans la perspective de la couverture santé universelle
- GT5A : A. Matri & al. - La Santé Numérique
- GT5B : I. Fradi – K. Zeghal – L. M'Sahli & al. - Médicaments et Dispositifs Médicaux
- GT5C : N. Bouzouaya, M. H. Louzir & al. - La Recherche et les Innovations en Santé
- GT6 : F. Ben Salah, M. Hsairi, M. Thabet & al. - Décentralisation et gouvernance du système de santé
- Mapping des notes d'orientation des groupes thématiques – Comité technique du dialogue sociétal phase 2.
- Rapport des rencontres interrégionales – Comité technique du dialogue sociétal phase 2.
- Dialogue Sociétal (2014), Santé en Tunisie : Etat des lieux
- Dialogue Sociétal (2014), Les rendez-vous régionaux de la santé
- Dialogue Sociétal (2014), Conclusions des jurys citoyens
- Dialogue Sociétal (2014), « Livre blanc : pour une meilleure santé en Tunisie. Faisons le chemin ensemble » <http://www.hiwersaha.tn/upload/1409228805.pdf>
- Dialogue Sociétal (2014), « Déclaration de la conférence nationale de santé (septembre 2014)
- Jeffrey Braithwaite & al. (2018) - The future of health systems to 2030: a roadmap for global progress and sustainability - International Journal for Quality in Health Care, mzy242, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy242>
- Vian, Savedoff, et Mathisen, Anticorruption in the Health Sector, Stratégies For Transparency And Accountability. P 5-6. Ed. Kumarian Press. 1st Edition. March 2010.
- Tunisian Health Examination Survey 2016 <http://www.santetunisie.rns.tn/images/rapport-final-enquete%20-9mai2019.pdf>
- Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 - The Lancet, Vol 391 June 2, 2018.
- Enquête nationale sur les services publics, INS 2017.
- Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages, volume 3, INS 2015
- Contextualisation des indicateurs et cibles ODD – MS, octobre 2018
- Loi n°2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie.
- Données de l'Institut National de la Statistique www.ins.tn
- Global Health Expenditure Database <https://apps.who.int/nha/database>
- Comptes de la Santé Tunisie 2014

