

Pour un système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence
vers une meilleure équité

Table des matières

I. Cadre général du Colloque

II. Travaux des sessions

Panel 1 : Vision d'un système de santé de qualité (SLS-Q) : ce que doit inclure un SLS-Q d'après la documentation en vigueur

Panel 2 : Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un SLS-Q ?

Panel 3 : *Accessibilité aux soins & Couverture Universelle*

Panel 4 : *Prestations de services de soins de qualité : quelles caractéristiques ?*

Panel 5 : *système d'informations pertinent, données et évaluation*

Panel 6 : *Participation, Partenariat et collaboration*

Panel 7 : *Financement du système : entre la théorie et la pratique.*

Panel 8 : *Ensemble vers l'unité pour un système local de santé de qualité*

III. Principales conclusions

IV. Annexes

Annexe 1 : Note de cadrage et programme du Colloque

Annexe 2 : Compte rendu des rapporteurs

Annexe 3 : Les conférences

Annexe 4 : les enregistrements des vidéos (URL)

Annexe 5 : Un album photo

Annexe 6 : Le laboratoire LR12ES03 et le CESMA.

Pour un accès universel aux services de santé

Pr Ali MTIRAOUI, Laboratoire de recherche (LR12S03),

Faculté de médecine de l'Université de Sousse

Le système de santé tunisien, qui a moyennement réussi à enregistrer des indicateurs acceptables de l'état de santé, se trouve à la croisée des chemins et il est appelé à s'adapter très vite pour faire face aux multiples changements démographiques, épidémiologiques et socio-économique et aux nouveaux défis d'amélioration de la qualité des services, sur l'ensemble du territoire national, et de la maîtrise de leurs coûts.

La situation économique de plus en plus difficile à l'échelle globale, caractérisée par la rareté et la concentration des ressources dans l'environnement des organisations de soins de santé, l'accélération de l'évolution technologique et son impact sur la consommation des soins de santé sont autant d'éléments qui imposent « la rationalisation » au niveau de l'utilisation des ressources du système de santé. Au cours de la dernière décennie, le taux d'accroissement annuel des dépenses de santé se situe aux alentours de 12%, dépassant de très loin celui du PIB. Les coûts ont été multipliés par quatre durant les quinze dernières années. Pour maîtriser les dépenses de santé on serait amené à repenser les approches et les méthodes des prestations des soins, à raisonner efficacité (coût/efficacité) et accepter ainsi de « faire les choses autrement ».

Le système de santé dans sa forme d'organisation actuelle, n'est plus capable ou ne possède pas les capacités nécessaires pour répondre à la demande de la population concernant l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce cadre, un consensus international se dégage de plus en plus **«les pays qui s'orientent vers une forte infrastructure de leurs soins de première ligne obtiennent de meilleurs résultats en matière de santé ... de mortalité, de morbidité ... et de soins de santé préventifs.»** *(Barbara Starfield, 1996)*

Il est ainsi fortement recommandé d'accorder une attention particulière à la première ligne du système au moment d'aborder les grands défis du système de santé. Plusieurs travaux explorant l'incidence des soins de santé de 1^{ère} ligne sur le rendement global du système de santé, ont montré que l'accent mis sur les soins primaires permet d'**améliorer la santé en donnant accès à des soins vraiment appropriés et réduire les iniquités dans la population en ce qui concerne la santé globale**. Leurs travaux déterminent *six caractéristiques* des soins de 1^{ère} ligne associés à des incidences positives sur la santé de la population : **un accès élargi aux services requis, des soins de plus grande qualité, une importance accrue accordée à la prévention, la prise en charge précoce des problèmes de santé, l'accent sur des soins globaux appropriés et une réduction du recours inapproprié à des spécialistes**.

Bien que les activités découlant de la prestation de soins de 1^{ère} ligne varient selon le lieu, les **principes fondamentaux** sont les mêmes :

- **l'accès universel** aux soins et la couverture en fonction des besoins;
- l'engagement à garantir **l'équité** en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;
- la **participation communautaire** à la définition & à l'exécution des programmes de santé;
- l'adoption **d'approches intersectorielles** de la santé.

Le rapport de l'OMS (2003) met aussi l'accent sur la nécessité d'intégrer les valeurs des soins de santé primaires dans le contexte élargi du système de santé de n'importe quel pays donné, en faisant observer que **la santé de la population exige la promotion de la santé en amont et une prise en charge efficace de la maladie tout le long du continuum** ... Un système de santé basé sur les soins de santé de premières lignes:

- s'appuie sur les principes d'équité, d'accès universel, de participation communautaire et d'approches intersectorielles;
- tient compte de questions générales en rapport avec la santé des populations, en prenant en compte et en renforçant les fonctions liées à la santé publique;
- crée des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes de déshérités et d'exclus;
- organise des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux de système de santé;
- évalue en permanence et cherche constamment à améliorer la performance.

C'est dans ce cadre que le Groupe du travail- Laboratoire de recherche (LR12S03) et le CESMA- entend explorer la question de « la démocratie sanitaire » dans le pays. **Trois questions** d'un intérêt particulier seront passées en revue avec différents « informateurs clés » représentant des OG, des ONG et de la population :

1. Quelle est votre perception de la situation actuelle eu égard à la qualité des soins reçus et leurs adéquations par rapport à vos besoins, à l'accessibilité, aux interventions du personnels de la santé ; d'une façon générale à l'adéquation (la réponse) de l'appareil de soins face aux besoins actuels et futurs de la société tunisienne ?

2. Que souhaiteriez-vous que les gens disent en 2030 de la qualité et de la pertinence des activités, interventions et résultats du système de santé tunisien ?

3. Quelles seraient les différentes actions et stratégies à entreprendre pour réaliser la vision 2030 de système de santé tunisien ?

NB : Réfléchissez en vous plaçant dans la perspective des acteurs suivants :

- Les citoyennes et citoyens tunisiens
- Les professionnels de la santé
- Les décideurs de la santé (district, région, nation)
- Les responsables politiques (locaux, régionaux & nationaux)
- Les partenaires de la santé (industrie médicaments, entreprises....)
- Les médias, les journalistes

Notre projet, de nature participatif, repose sur l'implication et la mobilisation des parties prenantes. Leur rôle dans le présent projet est le suivant :

1. Personnes, familles et communautés : les trois niveaux constituent la préoccupation principale de ce projet. La formulation des politiques et l'organisation et la coproduction des services de santé devraient être renforcées et mises en œuvre en partenariat avec les personnes, les familles et les communautés.

2. Organisations de la société civile : en tant que représentants des patients, des familles et des communautés, ces organisations ont un rôle important à jouer dans la promotion de services de santé davantage centrés sur la personne ainsi que pour donner à leurs membres les moyens de mieux gérer leurs propres préoccupations sanitaires et collaborer avec le système de santé.

3. Professionnels de santé : ils constituent une composante fondamentale du projet. L'organisation et la production des services de santé devraient être assurées et appliquées en partenariat avec les professionnels de santé comme dans le cas des personnes, des familles et des communautés.

4. Établissements universitaires de formation et de recherche : ces établissements ont un rôle important à jouer dans la mise au point de nouveaux programmes d'études pour les personnels de santé, dans la formation des personnels de santé et dans les efforts de recherche sur les systèmes de santé et sur la mise en œuvre.

5. Associations professionnelles et associations d'étudiants : ces organisations peuvent jouer un rôle important en adoptant des pratiques nouvelles, en y souscrivant et en apportant un soutien à leurs membres.

6. Assurances-maladies : ces entités devraient garantir un financement suffisant pour la réforme de la prestation de services et réorienter les systèmes de paiement et les

pratiques d'achat de façon à stimuler des approches plus intégrées davantage centrées sur la personne en matière de soins.

7. **Secteur privé** : des mesures de réglementation doivent être prises pour que les réformes visant à apporter des soins plus intégrés davantage centrés sur la personne s'appliquent aux dispensateurs aussi bien du secteur public que du secteur privé – à but lucratif ou à but non lucratif. Les partenariats avec l'industrie privée, par exemple l'industrie pharmaceutique et la fabrication des dispositifs médicaux, peuvent également être poursuivis, le cas échéant.

8. **Décideurs & Responsables des « Régions cibles »** : les régions qui se sont engagés à avancer sur la voie de réflexion sur la performance du système de santé devraient définir et diffuser une vision claire établissant des stratégies solides et des cadres de réglementation propres à faciliter leur réalisation. Ce processus doit être conduit par les régions et suppose une coproduction par tous les secteurs du gouvernement, les dispensateurs de soins et la population desservie.

9. **Partenaires du développement** : les partenaires devraient s'efforcer d'intégrer leur soutien à la prestation des services de santé dans le système de santé des différentes régions. Ils peuvent aussi contribuer à échanger des connaissances techniques sur différentes approches pour promouvoir des services plus intégrés davantage centrés sur la personne.

Pour un système local de santé de qualité :

Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité

Rapport de synthèse du Colloque qui a lieu du 2 au 4 avril 2021

à la Faculté de médecine de l'Université de Sousse

I - Cadre général du Colloque :

La Tunisie peut se prévaloir de disposer d'un système de santé s'appuyant sur un réseau important de structures de santé notamment en première ligne couvrant l'ensemble du pays et assurant des soins à l'ensemble de la population tunisienne. Bien qu'il ait réussi à enregistrer des indicateurs acceptables de l'état de santé de la population (amélioration de l'espérance de vie, réduction de la mortalité dans ces différentes formes, maîtrise de la morbidité liée aux pathologies infectieuses...), il est en crise depuis quelques années : la qualité des soins se dégrade, la coordination entre les différents composants du système est à son plus bas niveau l'encombrement des urgences est le meilleur témoin, si les urgences sont saturées, c'est parce que les patients ne trouvent pas d'autres solutions ; les patients et leurs familles s'inquiètent et lancent des cris d'alarmes ; les professionnels de santé n'en peuvent plus (souffrances, désertification, manque de ressources de base ...), etc.

On ne peut pas renforcer les structures de soins, satisfaire la demande des patients, soulager les professionnels de la santé, sans reconnaître que notre système de santé dans sa forme actuelle **n'est plus capable ou ne possède pas les capacités nécessaires** pour répondre à la demande de la population concernant l'amélioration de la qualité des soins, ni d'ailleurs l'accessibilité aux soins de santé telle que stipulé dans l'article 38 de la nouvelle constitution tunisienne (2014).

Il est certes confronté à de nouveaux défis, que ce soient **épidémiologiques**, avec le changement de profil de morbidité (augmentation des maladies chroniques), ou **technologiques**, avec l'arrivée de nouveaux moyens diagnostiques ou thérapeutiques, ou **sociale**, avec les inégalités en matière d'accessibilité des soins (régions nanties/régions défavorisées, riches/pauvres, villes/campagnes...). Quelques soient les défis, nous devons les relever, car chaque jour qui passe fait courir le risque d'affaiblir encore plus notre système de santé, de diminuer la qualité de nos soins, de les rendre plus difficilement accessibles et le principe de

solidarité sur lequel est bâti le système disparaîtra aggravant ainsi les problèmes sociaux qui se sont déjà installés.

Fixons un cap collectif, imaginons comment nous voudrions être soignés en 2030 tel est l'objet de cette réflexion en profondeur d'un groupe d'experts mis en place par le laboratoire de recherche « **Qualité des soins et management des services de santé** » en partenariat avec le **Centre d'Etudes Stratégiques sur le Maghreb (CESMA)**, afin de **dégager une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé tunisien surtout dans sa composante locale.**

Le workshop « vers un système local de santé de qualité : défis et stratégies pour une meilleure convergence » aura pour objectif de permettre aux participants de :

- **Définir les éléments consensuels que devrait comprendre un système local de santé de qualité.**
- **Identifier les principaux problèmes et questions liés à la progression vers un système local de santé de qualité.**
- **Identifier les domaines nécessitant des interventions prioritaires et de proposer des stratégies pour aller de l'avant.**

Pour répondre à ces objectifs, **8 panels** ont été organisés autour des thèmes suivants :

P1 : Vision d'un système de santé de qualité : *ce que doit inclure un système local de santé de qualité d'après la documentation en vigueur*

P2 : Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un système local de santé de qualité

P3 : Accessibilité aux soins & Couverture Universelle

P4 : Soins et services de qualité (prestations de soins) : quelles caractéristiques ?

P5 : Système d'informations pertinent, données et évaluation

P6 : Participation, partenariat et collaboration

P7 : Financement de la santé : de la théorie à la pratique

P8 : Ensemble vers l'Unité pour la santé au niveau local

Un descriptif sommaire de chaque thème ainsi que les questions pertinentes qui s'y rapportent ont été conçues au préalable par l'équipe d'organisation et communiqués aux panélistes deux semaines avant la tenue du Colloque ; 34 conférenciers ont répondu à notre appel (voir annexe 1 & 2).

II - Travaux des sessions (n=8)

Panel 1 : Vision d'un système de santé de qualité : ce que doit inclure un système local de santé de qualité d'après la documentation en vigueur

Conférenciers : Pr Charles BOELEN, Pr Adnen MANSER, Dr Ali GARRAOUI, Dr Mizouni GHODBANI

Facilitateurs : Pr Thouraya AJMI, Mme Rania BANNOUR

Au moment où les pays s'engagent à atteindre la couverture santé universelle d'ici 2030, on admet de plus en plus que, pour dispenser des soins optimaux, l'existence simultanée d'une infrastructure, de fournitures médicales, et de prestataires de soins ne saurait suffire.

L'amélioration de la prestation des soins de santé exige de mettre délibérément l'accent sur la qualité des services de santé, afin de fournir des soins efficaces, sûrs, et centrés sur le patient, selon des modalités équitables, intégrées, et efficientes.

En effet, cinq mots clés peuvent conduire vers un système de santé local (SLS) de qualité : vision, système, santé, local, et qualité.

□ **Vision** : Le pilote de SS (professionnels, décideurs en matière de santé) doit toujours avoir une vision claire et stratégique pour le futur et un regard centré sur l'horizon. Par conséquent, il faudra faire une analyse de la situation actuelle d'une façon lucide (Identifier les défaillances, Analyser les causes, Proposer des solutions).

□ **Système** : Un système est un ensemble d'éléments considérés dans leurs relations à l'intérieur d'un tout fonctionnant de manière unitaire, destinés à assurer une fonction définie. En revanche, le SS actuel est fragmenté. Il est constitué de différents îlots d'expertises (Pratique médicale, académie, recherche, administration). Afin d'optimiser ce système, on doit établir des ponts reliant ces différents îlots ensemble, admettre l'existence des différentes expertises, et réorganiser les ressources existantes.

□ **Santé** : Rappelons que selon l'Organisation Mondiale de la Santé, et depuis 1946, la santé est définie comme étant « un état de complet de bien-être physique, morale, et sociale, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition considère l'individu comme une entité globale et complexe qui possède une dimension physique (le corps, l'organisme), psychologique (les sentiments, l'esprit), et sociale (l'environnement socio-culturel, socio-économique, et politiques). Ce modèle bio-psycho-social de la santé a forcé le système de soins à revoir ses priorités, et à adopter une approche plus globale de la santé (prévention et restauration). Sur le plan pra-

tique, on tend souvent à oublier les dimensions psychologique et sociale du patient, ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, il faut adopter une approche plus centrée sur le patient dans sa globalité, afin de créer un SS socialement responsable.

□ **Local** : Le mot « local » signifie proximité, lieu, territoire, laboratoire de vérité. Chaque territoire a ses propres ressources académiques, économiques, politiques, et culturelles. Les services de soins doivent ainsi être conçus de manière à pouvoir répondre aux besoins locaux :

- Des soins primaires accessibles à tous et de haute qualité doivent constituer le socle sur lequel reposent l'ensemble des autres services.
- Les individus et les communautés locales doivent participer à la conception, à la prestation, à l'évaluation et à l'amélioration de chacun des services.
- Les exigences d'amélioration de la qualité doivent pénétrer l'ensemble des activités depuis les services de première ligne jusqu'au niveau systémique.

□ **Qualité** : Un service de santé de qualité doit fournir le service qu'il faut, au bon moment, dans un endroit agréable, avec un accueil chaleureux, le minimum nécessaire de procédures, un prix acceptable, ayant la gamme la plus complète, et être accessible.

Ces mots clés nous ont permis de recadrer la discussion de notre SLS actuel. En fait, un SS est l'ensemble des ressources économiques, sociales, culturelles, et humaines dont l'objectif principal est de restaurer, protéger, et promouvoir la santé de la population générale. De ce fait, un SS vise à :

- Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités en santé.
- Assurer un financement équitable des services de santé.
- Être réactif aux besoins non techniques des usagers : Le système de santé doit répondre aux demandes des usagers tout en étant efficient au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins.

Il intervient à plusieurs niveaux qui déterminent la santé de la population, tel que : la promotion de modes de vie sains, les pulvérisations d'insecticide pour lutter contre les maladies transmises par des vecteurs, la protection des aliments et de l'eau, et la protection des ressources en eau et lavage des mains, les campagnes de vaccination, et la couverture des maladies. Ainsi, plus le système est performant, plus l'état de santé de la population sera bon.

La pandémie covid-19 a mis remis le focus sur la mission d'SS et a révélé au même temps ses points de faiblesse. Cet intérêt a été démontré dans l'approche multisectorielle de la ges-

tion de la crise covid-19 dans tout le pays. Un exemple de la mise en pratique de cette approche multisectorielle est celle adoptée par la région sanitaire de Sousse dans la lutte contre cette pandémie.

Ainsi, les objectifs généraux de la lutte étaient de ralentir la transmission, réduire la mortalité associée à la covid-19, protéger le SS, et assurer la continuité des autres services sanitaires. Comme tout problème de santé publique, la stratégie adoptée pour y faire face doit répondre à ces étapes :

1. Préalable
2. Diagnostic : Analyse et identification du problème de santé, définition des priorités, formulation du problème
3. Programmation : Formulation des objectifs, identification des ressources, établissement d'une stratégie d'intervention, établissement d'un plan opérationnel
4. Mise en œuvre
5. Evaluation.

Dans le gouvernorat de Sousse, le plan de lutte contre cette pandémie a été le fruit d'une collaboration multisectorielle avec interventions de plusieurs parties prenantes du secteur sanitaire et extra sanitaire, comme il le montre le tableau I

Secteur sanitaire	Secteur extra-sanitaire
<p>La direction régionale (Sous-direction des soins de santé de base, sous-direction de la santé environnementale et direction de promotion), Les Centres de santé de base (dépistage, prélèvement, tracing, suivi), Les urgences, SAMU, Les laboratoires d'analyse étatiques et privés, Les structures hospitalières étatiques et privés, Faculté de médecine (département de médecine communautaire, services épidémiologie, service d'hygiène hospitalière), l'Université de Sousse : Recherche (respirateurs, visières, ...)</p>	<p>Le Gouvernorat, municipalité: application des recommandations nationales de lutte contre la pandémie, Ministère de l'intérieur, Secteur de l'éducation en collaboration avec la médecine scolaire, Secteur du Tourisme, Secteur du travail et de l'industrie en collaboration avec GMT, Médecine du travail, ...), Les ONG (Conseil d'ordre des médecins, Scoot, croissant rouge, AZIMA..), Associations (Union des femmes, ROTARY, INERWEEL, Arij, ..), l'UTICA, l'UGTT, les Médias, les donateurs privés (unité de COVID de l'hôpital Sahloul, service des maladies infectieuses..)</p>

Cette crise n'a pas révélé uniquement la nécessité d'avoir une collaboration entre les différents secteurs, mais aussi la nécessité d'avoir un fonctionnement harmonieux entre les différents niveaux de soins (Tableau II).

1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne	3 ^{ème} ligne	Etablissements privés
<p>Contact Tracing : les 12 circonscriptions sanitaires participent.</p> <p>Dépistage des patients suspects dans le cadre de du travail quotidien des médecins de première ligne dans les CSB</p> <p>Points frontaliers : aéroport Enfidha et port maritime de Sousse</p> <p>Hôtels de confinement covid -19</p> <p>Campagne de dépistage : tests rapides</p>	<p>Service d'urgence de l'hôpital régional Msaken : assurant le testing, la prise en charge et les hospitalisations (lits à oxygène.</p>	<p>Les services des Urgences des CHU FH et Sahloul et le SAMU : assurant le testing, la prise en charge hospitalière lits à oxygène et réanimation.</p>	<p>Les médecins de libre pratique généralistes et spécialistes : assurant le suivi ambulatoire et les hospitalisations à domicile et dans les cliniques privées via les laboratoires privés.</p>

Bref, les différents intervenants doivent s'unir dans le but d'établir une stratégie claire pour atteindre l'objectif d'établir un SS socialement responsable.

Après avoir mis le focus sur la mission d'un SS de qualité et comment il doit être, une analyse du fonctionnement actuel de notre SS s'avère nécessaire.

Panel 2 : Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un système local de santé de qualité ?

Conférenciers : Pr André Jacques NEUZY, Pr Mohamed CHAHED, Dr Abdelmajid MSALMI, Dr Mohamed ROUIS

Facilitateurs : Pr.Ag Chékib ZEDINI, Mme Houda Ben OTHMAN

Le SS actuel souffre à plusieurs niveaux : Fragmentation, Fracture, Dysfonctionnement, Iniquités. Rappelons d'un système est constitué de 4 composantes : les intrants, le processus de transformation, les extrants et le pilotage. Ce cadre sera adopté pour faire une analyse de notre système actuel.

1- Au niveau des intrants:

- Au niveau des ressources humaines : Difficultés de recrutement de professionnels de santé en secteur public, difficultés d'accès des professionnels de la santé aux structures de soins (problème de transport, ...),
- Au niveau des ressources matérielles : problème de proximité et d'accessibilité aux structures de soins, un système de soins centré sur l'hôpital, ...
- Une politique sanitaire basée sur la restauration et ne favorisant pas la prévention.

2- Au niveau du processus (fonctionnement):

- Le modèle des services de soins actuel :

Ne permet pas la continuité des soins : la rythmicité des consultations dans les Centres de santé de base (CSB),..

Est basé sur la notion de guérison plutôt que les soins de façon globale (curatifs, préventifs, promotionnels)

Ne prend pas en considération l'influence de multiples facteurs extérieurs et qui échappent au contrôle du système de soins proprement dit (les déterminants sociaux).
- Le Parcours de soins est non clair et bien codifié surtout dans le secteur public (la coordination des soins entre 1ère ligne-2ème ligne et 3ème ligne)
- Problème d'équité dans le fonctionnement de ce système : des disparités à différents niveaux :

Au niveau de financement des soins : Prés de 2 Millions de la population Tunisienne n'a pas de couverture sociale.

Au niveau de la répartition des ressources humaines : Disparité de la répartition des médecins entre les régions côtières et les régions d'intérieur, et Disparité entre les secteurs (Secteur publique 2/3 des soins par rapport au secteur privé)

Au niveau de la formation : Répartition de facultés de médecine, Dentaire, pharmacie

- Problème au niveau de la documentation de l'information et des données : Absence de traçabilité et surtout absence d'utilisation des nouvelles technologies d'information.

- Problème de Partenariat : Malgré que nombreux facteurs sociaux influencent l'état de santé de la population, rares sont les projets de partenariat avec la société avec ces différentes facettes afin de couvrir ces facteurs externes au système de soins. D'où la nécessité de continuer le dialogue avec les autres secteurs : faculté, décideur politique, économiste, prestataires de soins, société civile, compagnes d'assurance, secteur privé ...

3- Au niveau des extrants :

- Certification des professionnels de la santé manquante
- Démotivation du personnel exerçant dans le secteur santé
- Problème au niveau de l'évaluation du fonctionnement de ce système

4- Au niveau du pilotage :

Nomination de gestionnaires comme directeurs d'hôpitaux, ...

Après cette analyse brève du système actuel, des axes d'amélioration ont été proposés au niveau de ces 4 composantes.

1- Au niveau des intrants:

- Révision de la répartition des ressources humaines, matérielles et financières
- Amélioration des conditions de travail
- Gestion et disponibilité des médicaments, ...

2- Au niveau du processus (fonctionnement):

- Veiller à assurer la globalité des soins
- Améliorer le parcours des soins : meilleure collaboration entre les médecins, Ancrage du système de soins de santé sur les soins de santé primaires.

- Continuer le dialogue avec les autres intervenants en santé : université, décideur politique, économiste, prestataires de soins, société civile, compagnie d'assurance, secteur privé
- Garantir un accès universel à des soins de qualité.
- Réduire la disparité de la répartition des ressources humaines : médecins, ...
- Réforme des études médicales
- Lancer des Partenariats pour une meilleure identification des besoins de santé d'un territoire donné

D'une façon globale, un nouveau modèle doit être instauré, ayant comme caractéristiques :

- Équipe de soins transdisciplinaire au même endroit (one stop shop) qui se complète en fonction des besoins de la population : exemple des états des unités (Dell University),
- Développer des Unités de Pratique Intégrée (UPI–équipe transdisciplinaire de généralistes et spécialistes dédiée à un problème de santé spécifique en fonction des conditions les plus fréquentes),
- Ces unités créent et développent des voies (Pathways) de pratique clinique intégrées pour chaque UPI, centrées sur les besoins articulés autour des déterminants de la santé.
- Des soins délivrés au même endroit.

3- Au niveau des extrants :

- Motivation du personnel médical et paramédical
- Formation certifiée du personnel médical et paramédical
- Instauration d'un système de suivi et d'évaluation des indicateurs de la santé

4- Au niveau du pilotage :

Proposer une direction médicale des hôpitaux pour surmonter les difficultés techniques.

Cette analyse globale du système de santé actuel, nous amène à mettre l'accent sur certaines fonctions essentielles d'un système de qualité, à savoir : l'accès aux soins, la prestation de services de soins, le système d'information du SS, le partenariat, le financement du SS, et la gestion du SS. Dans les parties qui suivent, on va aborder ces axes un par un.

Panel 3 : Accessibilité aux soins & Couverture Universelle

Conférenciers : Dr Belgacem SABRI, Dr Sami B ABDELFATTAH, Dr Faouzi BOUGERRA, Dr Moncef Ben HADJ YAHIA

Facilitateurs : Pr Ag Manel MELLOULI, Mme Maha DARDOURI

Le droit à la santé est un droit garanti par la constitution de l’OMS, la charte universelle des droits de l’homme et par la constitution de la deuxième république tunisienne depuis 2014 (article 38). Ce droit couvre entre autres l’accès universel à des services de santé de qualité à tout citoyen. La Tunisie s’est engagée, comme nombreux autres pays, à atteindre les objectifs du développement durable (ODD) et qui visent entre autres, la couverture universelle en santé à l’horizon 2030.

L’accès aux services de santé de qualité est essentiel pour assurer une **vie saine** et promouvoir le **bien-être** pour tous. Cependant, l’accès aux services de santé de qualité, conformément aux objectifs de tout SS, est conditionné par un certain nombre de facteurs, notamment :

- La disponibilité des services : ressources humaines appropriées, technologie de santé (continuité)
- L’accessibilité géographique (offre de proximité institutionnelle.)
- Accès aux services à temps selon les besoins, ponctualité, temps d’attente.
- L’accessibilité financière : assurance maladie, niveau des dépenses directes des individus et des ménages, recours aux services non lié aux possibilités financières.)
- L’adéquation (quantité et satisfaction)
- La pertinence des services : acceptabilité culturelle, absence de stigmatisation, respect des usagers

Par ailleurs, l’accès aux soins est limité pour plusieurs raisons :

- Manque ou absence de **protection sociale** en santé (en Tunisie, **18 %** de la population soit **2 millions** ne disposent pas de couverture sociale et d’assurance maladie)
- **Coûts élevés** des services
- **Non disponibilité** des services
- Manque de services **culturellement** et **socialement** adaptés

- Renoncement à la demande et la consommation de services de soins (**12 %** en Tunisie selon l'enquête de 2016 par l'INSP).

Ces facteurs entraînent un retard de la **demande** de services de soins et ainsi un retard de prise en charge qui peut induire l'apparition de **complications** qui peuvent menacer le pronostic **vital**. Ces besoins de santé **non satisfaits auront** des conséquences négatives sur la **productivité** au travail et **l'économie** individuelle et familiale, et la **renonciation** aux soins ou recherche d'alternatives (auto médication, soins traditionnels, etc.)

Des indicateurs, spécifiques au contexte socio-culturel du pays, sont utilisés pour la mesure de l'accès aux services de soins, leurs suivis dans le temps et l'évaluation de leur impact sur l'état de santé et sur les performances du SS. Parmi ces indicateurs, on distingue les indicateurs d'**utilisation** des services préventifs et curatifs (contacts, fréquentation), les indicateurs de **couverture** par des services (programmes nationaux, accouchement en milieu assisté, etc.), les indicateurs de **productivité** des institutions (TOM, DMS), et les indicateurs **d'impact sur la santé** (EVN, EVBS). En Tunisie, les indicateurs de couverture corrigée à la **qualité (couverture effective)** et à la **sécurité** des usagers ne sont pas disponibles.

En se basant sur ces indicateurs, on a constaté un écart entre la situation actuelle et la situation désirée en termes d'accès aux soins. La première ligne en secteur public produit 50% des actes ambulatoires, mais 40 % de ces contacts se font aux urgences. La pyramide d'offre hospitalière est renversée : 50% des admissions hospitalières se font aux hôpitaux de troisième ligne, 40% aux hôpitaux régionaux, et 10% aux hôpitaux de circonscription.

Pour mieux cerner la notion d'accès aux soins on est amené à répondre aux questions suivantes : Qui est concerné par l'accès aux soins ? C'est quoi le problème avec l'accès aux soins ? Où le problème d'accès aux soins existe ? Quand le problème d'accès aux soins s'est accentué ? Comment décrire l'accès aux soins ? Pourquoi l'accès aux soins est important ?

Le tableau suivant résume l'écart en matière d'accès aux soins en se basant sur la méthode d'analyse QQQQCP.

	Situation actuelle	Situation désirée
QUI ?	Citoyens avec couverture sociale, populations vulnérables (sujets âgés, femmes enceintes, malades chroniques) : Soins curatifs	La population générale, tous ceux qui ont besoins des soins de santé : Soins promotionnels et préventifs.
QUOI ?	Financement inéquitable du SS, Répartition inégale des médecins, SS peu réactif.	Protection financière, Cout abordable, SS doit répondre aux besoins de la population.

OU ?	Disparité régionale : Accès limité dans les zones défavorisées/rurales	Accès universel aux soins, accès égal dans toutes les régions.
QUAND ?	Crise sanitaire et économique, Problèmes de renonciation aux soins, Au besoin : services curatifs et urgents, hospitalisation (manque de lits d'hospitalisation)	SS répondant aux besoins au bon moment et à tout moment : services curatifs et urgents, services de prévention et de promotion, hospitalisation.
COMMENT ?	Retard de la demande des soins, Pronostic vital, Indicateurs de santé et d'utilisation des services pauvres, besoins non satisfaits.	Services de proximité centrés sur les usagers, Participation active des usagers aux efforts de développement sanitaire au niveau individuel et communautaire, Implication individuelle et communautaire dans la planification des services publics au niveau local et dans la gestion.
POUR-QUOI ?	Réduit les handicaps et les complications des maladies par le biais des soins curatifs, pyramide d'offre hospitalière renversée.	Equité et justice : la santé est un droit de citoyen et devoir de l'Etat, SS centré sur la première ligne, Approche de soins centré sur le patient.

Bref, l'accès aux soins est un critère de qualité de système de santé et une nécessité pour atteindre la couverture universelle. Pour atteindre cet objectif, on doit agir sur les **déterminants sociaux** de la santé, **réduire les coûts** des services, investir dans **la proximité** des services, qui doivent être **culturellement** et **socialement** adaptés. La responsabilisation des citoyens et l'engagement de l'État sont primordiaux.

Au final, l'amélioration de l'état de santé des tunisiens, à la faveur de choix socio-sanitaires judicieux comme l'investissement en éducation, l'émancipation de la femme, traduit une amélioration continue de l'accès aux services de santé dans ses diverses dimensions. Elle reflète aussi des dysfonctionnements qu'il est important de les corriger.

Les réformes planifiées visent à renforcer la protection sociale en santé pour inclure tous les citoyens et les résidents et pour renforcer davantage l'offre de services de proximité, centrés sur les usagers dans une approche de santé et de médecine de famille. Des efforts seront faits pour améliorer la planification et la gestion des ressources humaines qui constituent l'intrant principal de tout SS et pour renforcer la participation sociale en santé.

Une fois l'accessibilité est garantie, c'est le droit du citoyen et le devoir du professionnel de la santé de fournir des soins de santé de qualité.

Panel 4 : Prestations de services de soins de qualité : quelles caractéristiques ?

Conférenciers : Pr Michel ROLAND, Dr Zaher AHMADI, Dr Foued BOU-ZAOUCHE, Dr Amel MHIRSI

Facilitateurs : Dr Manel LIMEM, Mme Nihel ELHADDAD

Notre système n'a plus les capacités suffisantes pour fournir des interventions abordables et efficaces à ceux qui en ont le plus grand besoin surtout avec le contexte de la transition démographique (vieillesse de la population) et épidémiologique (maladies chroniques).

- Modèle des soins de santé primaires intégrés

Même avant la déclaration d'Alma Ata (1978), le système de santé a été conçu suivant un échelonnement fonctionnel par paliers de soins et le premier échelon représentait : le centre de santé intégré (qu'on appelle aussi : centre local de santé communautaire, Centre de santé de base, Maison médicale, ...).

Puis avec la déclaration d'Alma Ata, l'accent a été mis sur l'importance des soins de santé primaires et plus particulièrement sur les déterminants sociaux non médicaux de la santé.

Nombreuses études montrent clairement que les systèmes de santé investissant dans les soins de santé primaires (SSP) peuvent améliorer l'accès aux soins et donner de bons résultats.

Ainsi, le centre de santé intégré est une structure pluridisciplinaire, redevable de la santé d'une population dans des conditions bien précisées, avec des fonctions et des missions.

Les critères de qualité qui définissent les soins de santé primaires fournis par ce centre de santé intégré sont :

- Globalité : prise en compte de tous les déterminants de la santé, somatiques, mais aussi sociaux, psychologiques, culturels, etc.
- Intégration : soins préventifs, curatifs, de réhabilitation, santé communautaire, ... dans la même pratique.
- Continuité : les décisions au bon moment, au bon endroit, pendant et entre les problèmes de santé, et dans la durée.
- Accessibilité : géographique, financière, culturelle, ...
- Aucune sélection de population, égalité, équité : d'âge (de la naissance au grand âge), de genre, de religion, de culture, d'organe, de maladie, de lieu (dans le centre et au domicile), de temps (24/24, 7/7), ...
- Efficacité théorique (efficacy) et pratique (Effectiveness)

- Efficience (efficiency)
- Acceptabilité par la communauté

Toujours dans le même sens, ces soins de santé primaires de qualité doivent mettre l'accent selon Starfield (1994) sur 4 caractéristiques (4C) :

- Premier contact
- Continuité
- Globalité (Comprehensiveness)
- Coordination

Ceci a été suivi par d'autres déclarations mettant toujours l'accent sur les SSP dans le but d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et les Objectifs du Développement Durable (ODD).

En dehors des trois niveaux classiques du système de santé, d'autres modèles ont été proposés, parmi lesquels celui qui propose, sous classification des soins primaires en :

- un niveau 0 : c'est le niveau communautaire basé sur la participation communautaire et la promotion de la santé.
- un niveau 0,5 : structure de bas seuil dédiée particulièrement aux populations plus vulnérables.
- un niveau 1,5 : un niveau de support pour la première ligne et qui regroupe les structures sortant de l'hôpital (Nouveau paradigme de la responsabilité sociale : soins palliatifs, patients consommateurs de produits, suivi grossesses non compliquées, ...)

Le plus important c'est la notion de pénétration et d'interrelation entre les différents niveaux de soins et aussi la notion de modèle Trans c'est à dire que les différents éléments du système sont en interrelation directe au niveau : différentes catégories professionnelles, différents secteurs (CSB, planning familial, soins à domicile...), différentes disciplines, la transversalité (curatif, préventif, palliatif,) et transignes de soins (les différentes lignes 0, 0,5, 1, 1,5, 2, 3).

- Comment concevoir ce modèle de soins intégrés dans notre contexte tunisien ?

Aujourd'hui même, on est encore à la recherche d'un système local de santé qui repose essentiellement sur une organisation du système de santé basé sur la première ligne.

La mise en place d'un système local de santé de qualité doit reposer sur certains points :

- La constitution Tunisienne offre le jalon principal de la mise en place de cette organisa-

tion à travers la gouvernance locale (partir de l'unité fonctionnelle du système)

- Importance de la circonscription sanitaire : penser à réactiver Le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS), qui a été initié depuis les années 1980 (qui fait face à plusieurs insuffisances : relâchement dans le suivi et l'évaluation, pas de financement, manque de motivation...)

- Importance de l'approche adoptée, qui doit être participative, centrée sur les clients, avec une bonne réactivité

- Importance de l'établissement dans son environnement : Géographique, social, culturel, épidémiologique et politique (rôles importants des conseils régionaux et locaux, les municipalités, les ONG, collaboration multisectorielle, partenariat public-privé, dialogue sociétal, ...)

- Rôle Important des professionnels de santé qui seront engagés dans le système selon leurs aptitudes et compétences pour répondre aux besoins exprimés de la collectivité locale pour ses citoyens.

Il faudra réfléchir à une relation conventionnelle intéressant autant les professionnels de libre pratique que leurs collègues de la santé publique pour un programme commun.

Concernant les médecins, les nouveaux diplômés en médecine, ils sont désormais selon la réforme des études médicales, avec la création d'une nouvelle spécialité (selon la nouvelle définition de ce terme) qui est la Médecine de Famille dont le credo est le renforcement de la médecine de première ligne par une formation spécifique. Mais ce qui devait répondre à un besoin de la société est devenu un sujet de tension, essentiellement par le refus des anciens "médecins généralistes" générée par le flou sur leur futur en matière de carrière. Autant de problématiques qui ont un besoin urgent de solutions univoques, justes et cohérentes.

D'autres spécialités sont concernées par la première ligne : la stomatologie, la pédiatrie, la gynécologie, l'ophtalmologie

- Importance de la formation : encourager et valoriser les formations continues

- Favoriser un engagement aussi bien national que locorégional autour de l'instauration d'une stratégie nationale de la qualité et la sécurité des soins avec un système de suivi et d'évaluation et initier la démarche qualité à tous les niveaux même en première ligne et encourager les initiatives locorégionales...

- S'engager dans les démarches d'accréditation et de certification (INEAS, Ordre des médecins/médecins dentistes et pharmaciens)

- Repenser la rémunération : une révision du financement et des rémunérations permettra de sortir de la seule logique du paiement à l'acte au profit de rémunérations au forfait ou par capitation pour certaines pathologies chroniques ou bien adopter un système mixte avec des

mesures incitatives selon : l'atteinte des objectifs de santé (équilibre du diabète, ...), gestion financière, la localisation géographique (encourager pour combler les déserts médicaux,...), valoriser le Développement Professionnel Continu et la Formation Continue. Ce financement se fera en collaboration avec la CNAM et surtout penser aux Assurances privées dans le but d'atteindre une Couverture Sanitaire Universelle.

Panel 5 : système d'informations pertinent, données et évaluation

Conférenciers : Pr Abderraouf CHERIF, Pr Abdallah BCHIR, Mr Ahmed MAAL-LEL, Pr Khaled MAAREF

Facilitateurs : Dr Jihene SAHLI, Mme Mariem GHADDAB

De nos jours, les Technologies de l'Information et de la Communication (TICs) jouent un rôle de plus en plus prépondérant dans le secteur de la santé. Une multitude de solutions informatiques est mise à la disposition des établissements de santé et des différents acteurs impliqués (Médecins, Personnels soignants, patients, etc.).

Durant la pandémie mondiale liée au Covid19, il s'est avéré l'importance de se doter des solutions digitales, permettant entre autres, de mettre en exergue la télémédecine d'une part, et d'autre part, l'apport en termes d'expertise concernant le protocole utilisé pour le traitement des cas Covid19.

Le système d'information sanitaire est un ensemble des dispositifs et procédures de recueil et de traitement des données sanitaires que celles-ci soient relatives aux individus ou aux (organisations de santé). Il permet de fournir des informations fiables, pertinentes, de qualité en temps voulu pour la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires entre autres dans la gestion des dossiers patients, les laboratoires et d'imagerie médicale et ayant finalité d'améliorer la qualité des soins, de maîtriser les coûts, de réduire les délais d'attente et les délais de séjours.

En Tunisie, le SIS actuel a des limites de conception : plusieurs systèmes parallèles non intégrés (morbidity, état civil, programmes nationaux), faible utilisation des outils modernes, non intégration des enquêtes et des évaluations. Des limites de fonctionnement existent aussi et concernent principalement la qualité des données, la sous déclaration, la quantité d'information collectée, l'analyse des données et la diffusion et la retro-information.

Toutes ces limites devraient être prises en considération pour la mise en place d'un SIS local interactif, informatisé et utilisant les nouvelles technologies. Le système doit être adapté à la population et doit correspondre aux problèmes de santé du pays, connecté au SIS national avec une conception participative avec les différents intervenants et la société civile et une diffusion des données dans des formats adaptés aux différentes audiences.

Une autre forme d'utilisation des TICs avec tous ses avantages et de mirage vers la santé numérique est le recours aux différentes formes de télémédecine, dont la téléconsultation, la téléradiologie et les télésoins à domicile. La santé numérique (e-santé) recouvre l'usage des technologies de l'information et de la télécommunication dans le champ de la santé et du bien-être. Ceci aura comme avantage d'assurer une meilleure prise en charge des patients, une meilleure qualité de vie des personnes, une réduction des coûts (transports des patients, déplacements des professionnels, hospitalisations) et une réduction des inégalités territoriales de santé dans les zones déficitaires en offre de soins.

Comme pour le SIS, le recours à ce type d'alternative a des freins qu'il faut étudier pour pouvoir y remédier : incertitudes juridiques sur les responsabilités, financements modestes et imprécis, difficultés organisationnelles, inégal niveau technologique (haut débit, système d'information hospitalier, sécurisation des données informatisées), craintes des usagers (confidentialité, protection de données sensibles, déshumanisation relation médecin-malade) et aussi les craintes des professionnels vis-à-vis de l'utilisation nouvelles technologies.

Plusieurs initiatives à l'échelle nationale ont été faites mais celles-ci étaient ponctuelles et ne s'inscrivant pas dans une nouvelle vision de toute une politique sanitaire.

Panel 6 : Participation, Partenariat et collaboration

Conférenciers : Dr Christian MESENGE, Dr Habib MILI, Dr Jamel MSALLEM, Pr Lotfi TARCHOUNA

Facilitateurs : Dr Amel AMARA, Pr Wejdene BEN MANSOUR

Le système de santé actuel reconnaît des problèmes majeurs et plusieurs défis ; Changement de la morbidité, transition épidémiologique et démographique l'évolution technologique et l'inégalité en matière d'accessibilité. C'est un système qui a montré ses limites et ses insuffisances en cas de crise sanitaire (Exemple : la pandémie) et ses capacités ne lui permettent pas de répondre aux demandes et besoins des citoyens.

Pour faire face à ces problèmes et ces défis, un besoin d'une participation élargie et multi-sectorielle s'impose pour amener au développement d'un système local de santé de qualité performant et s'adapter aux besoins changeant de la population desservie et garantit son accès. Ceci passe par la coordination entre les différents acteurs et parties prenantes, une réelle participation de la communauté à l'amélioration et la prise en charge de leur propre santé avec la réflexion sur les besoins, l'identification des priorités, la mise en place d'un plan d'action, la gestion et l'évaluation des activités, l'implication des collectivités locales, des ONG, des différentes institutions scolaires, organisations patronales et syndicales et des différentes autres représentations citoyennes, la collaboration et la participation des différents acteurs mais aussi les partenaires et notamment les collectivités locales et régionales.

La migration vers un modèle de partenariat participatif et collaboratif imposera en elle-même plusieurs défis et aura à résoudre plusieurs problèmes pour réunir les conditions de réussite nécessaires : absence de travail de la société civile dans quelques localités et délégations, manque de fondement juridique pour le partenariat et la collaboration, relation conflictuelle entre les autorités locale et centrale, une aptitude amputée des collectivités locales en matière de gestion de crise sanitaire malgré les efforts fournis et les maintes exemples de réussite en matière de prévention de propagation du virus ainsi que de soutien des catégories sociales vulnérables, absence d'un vrai pouvoir règlementaire et un jugement négatif de la décentralisation. En fin, les tentatives faites dans ce sens concernaient des actions conjoncturelles qui ne rentrent pas dans le cadre d'un programme bien élaboré ou d'une plateforme commune.

Un nouveau modèle organisationnel doit ainsi voir le jour, il s'agit d'un système local de santé de proximité intégré et global adapté aux besoins qui associe l'ensemble des acteurs du système de santé dans leurs diversités en faveur d'une médecine de proximité qui garantit l'accès à des soins de qualité pour tous et permet de répondre aux enjeux d'attractivité médicale et agit sur les différents déterminants de santé.

Panel 7 : Financement du système : entre la théorie et la pratique

Conférenciers : Mr Riadh BEN ABBES, Dr Abdelwahed El ABASSI, Pr Chokri ARFA, Dr Ridha GATAA

Facilitateurs : Pr Ag Mariem GHARDALLOU, Dr Chokri ZOGHLAMI

Les modalités de financement influencent non seulement comment et où les patients accèdent aux soins de santé, mais aussi l'opportunité d'établir une relation à plus long terme entre le patient et le fournisseur de soins.

Deux idées essentielles à débattre :

- Revue de l'allocation des ressources, notamment pour les soins de santé primaires
- Le financement de la santé et le partenariat public-privé

A- Pour une utilisation plus efficiente des ressources disponibles, il est important de veiller, entre autres, à doter les soins de santé de base, priorité nationale et axe stratégique de la politique sanitaire visant à assurer un accès universel aux soins, des ressources adaptées aux besoins.

Sur la période 1992-1996, il était prévu que le budget de fonctionnement (hors personnel) de la première ligne devait augmenter de 32 à 40%. Or, ce budget n'a atteint encore que 20%

en 2012. Cela traduit une croissance moins rapide de la « première ligne » par rapport aux 2ème et 3ème niveau. Une solution doit être envisagée à ce niveau.

Pour ce faire tirer des leçons des initiatives internationales s'avère intéressantes. C'est dans cette optique qu'un retour sur l'initiative de Bamako a été fait.

Cette dernière se base sur Les 4 principes essentiels:

- L'accès universel aux soins essentiels y compris les médicaments
- Le partage des coûts et le développement de mécanismes de solidarité
- Décentralisation et participation communautaire avec cogestion
- Objectifs clairs et agréés avec monitoring et suivi des progrès

Ces Quatre principes sont inter-liés et sans quoi le partage des coûts ne peut générer qu'iniquité et obstacles pour l'accès universel aux soins.

Ces principes peuvent inspirer notre réflexion pour réformer et sortir de façon durable de la crise de financement qui affecte le système de santé tunisien.

En effet, pour sortir de cette crise, 4 lignes d'actions stratégiques peuvent être envisagées :

1. Promouvoir la santé et réduire la charge de morbidité
- 2. Améliorer l'efficacité du système de soins de santé**
3. Renforcer l'équité et l'efficacité de la protection financière
4. Augmenter les dépenses publiques de la santé qui stagnent autour de 4% du PIB

S'intéressant principalement à l'amélioration de l'efficacité d'un système de santé, le choix stratégique doit se faire à la base du renforcement de la santé familiale et de proximité (SFP) (porte d'entrée, coordination des soins,). Cette dernière est à la base de développement d'un système de santé local, qui est le garant d'une CSU.

Une SFP implique :

- ✓ Amélioration de la disponibilité temporelle de la première ligne publique
- ✓ Meilleure conditions d'accueil
- ✓ Disponibilité effective des médicaments
- ✓ Facilitation des RDV pour les référés et garantie de la rétro-information
- ✓ Référentiels de parcours de soins et de bonnes pratiques

- ✓ Développement de la télémédecine
- ✓ Redéfinition du rôle de la circonscription avec attention à la collaboration locale entre tous les acteurs pour les objectifs de santé publique et dans les situations d'urgence sanitaire
- ✓ Développement des plans locaux pour la promotion de la santé en facilitant la revue périodique
- ✓ Mise en place de l'identifiant unique et du dossier médical unique informatisé et intégré
- ✓ Harmonisation public / privé par la définition du paquet de service essentiel et le Régime de Base Unifié pour la CNAM

Par ailleurs, nombreux leviers sont à relever pour faciliter l'atteinte de SFP :

- ✓ Formation initiale et continue
- ✓ Recyclage selon le besoin et la formation continue des médecins généralistes existants
- ✓ User d'incitatifs pour le respect du parcours de soin par les patients et par les professionnels ainsi celui des référentiels de bonnes pratiques assurant ainsi un meilleur usage du financement public
- ✓ Réajuster les missions de chaque ligne du système de soin compte tenu de son avantage comparatif et en considérant à leurs justes valeurs les dimensions de continuité et de proximité des soins
- ✓ Assurer la bonne implication et collaboration des médecins spécialistes

B- Le financement de la santé et le paiement des prestataires/Partenariat public privé

Le mode de financement des systèmes de santé est un élément essentiel de la couverture sanitaire universelle (CSU) car il détermine l'existence, la disponibilité et l'accessibilité économique des services de santé.

Une analyse approfondie du système de financement en Tunisie relève plusieurs défaillances, à savoir :

- Un système de financement qui est **fragmenté** dans son organisation, avec la coexistence de deux régimes explicites (assurance maladie obligatoire et assistance médicale gratuite), trois filières de soins (filière publique, filière privée, filière système de remboursement de frais) et une assurance complémentaire (mutuelles et assurance privée). Cette fragmentation limite la solidarité et augmente le coût de l'administration générale du système

- **Une Disparité des missions** des secteurs de soins : un secteur privé qui livre principalement des soins curatifs et un secteur public qui assure à la fois des soins préventifs et curatifs. Ceci aboutit au développement d'un flux des assurés sociaux vers le secteur privé (25% des assurés en 2010 à 45% des assurés en 2020)

- **Des problèmes d'accessibilité, d'organisation et d'équité** tel que les problèmes de disponibilité des consultations aux Centres de santé de base (CSB), des médicaments, contraintes financières pour l'accès au secteur privé, un offreur de soins privé concentré aux régions côtières, ...

- **Des Problèmes des dépenses et de financement des soins** : un paiement élevé de la part des ménages dû à l'importance de la proportion de la population non couverte (10 à 15% de la population) et l'incapacité du secteur public à répondre aux besoins de la Population couverte. De ce fait le recours au secteur privé est devenu de plus en plus important (91% des dépenses des ménages se font dans le secteur privé). Par ailleurs, il existe une différence au niveau de financement des structures de soins entre le secteur privé (Financement piloté par la demande et la demande induite) et le secteur public (par une enveloppe globale non conditionnée par des objectifs).

Face à ces grands défis, liés au financement et pour répondre aux exigences constitutionnelles (CSU et la gouvernance locale), un service de santé local universel doit être développé.

Rappelons que le financement du système de santé consiste à percevoir les contributions de sources primaires et secondaires (collecte de fonds), à les centraliser (mise en commun) et à les allouer aux prestations (l'achat).

Ce dernier doit répondre, sur le plan financier, aux impératifs suivants :

- Délivrer **un panier de soins** ambulatoires unique : qui doit être : de proximité, disponible, de qualité, accessible financièrement, accès sur la prévention et la promotion de la santé.

- Ayant une **organisation des soins centrée sur le citoyen** : ainsi, la modalité d'accès aux soins primaires (Médecin de Famille) doit être unique et l'accès aux soins secondaires (Médecin Spécialiste, Imagerie, Biologie, etc.) doit être Régulé (adéquation entre l'offre et les besoins), contrôlé (Parcours de soins, Recommandation de Bonnes Pratique, tarification, etc.), coordonné (établir des Réseaux de soins autour des établissements de 1^{ère} ligne (HC/CSI)) et efficient (à travers la Mutualisation des ressources).

- Garantit la **promotion des soins de Qualité**

Pour favoriser le financement de ce système de santé local, on doit :

A- Préserver et renforcer les acquis:

- **Au niveau de la collecte des fonds**, il faut diversifier encore les sources de financement (à côté des sources habituelles à savoir l'état et la CNAM) rechercher de ressources additionnelles
- **Au niveau de la collecte des fonds** et pour atteindre une CSU, il faut allier les cotisations au budget alloué aux Structures de soins.
- **Au niveau de l'achat des prestations**, il faut favoriser la migration du **système budgétaire** vers le système de **financement à la performance** et la séparation entre acheteur et prestataire.
- **Au niveau de la gouvernance** : il faut
 - Confier à la CNAM la gestion de la CSU et le financement de l'ensemble des prestations de soins au profit de tous les citoyens (acheteur unique)
 - Instaurer le service public de santé centré sur le citoyen et inclure les deux secteurs publics et privé

B- Actions envisageables au niveau du panier de soins : on favorisera

- Le financement dédié aux programmes nationaux de prévention (notamment primaire) et de promotion de la Santé
- Les mécanismes de financement incitatif (paiement à l'acte) pour les prestations à but préventif
- Les mécanismes de financement incitatifs pour les solutions alternatives à l'hospitalisation classique tel que les hospitalisations de jour et les hospitalisations et les soins à domicile.

C- Actions envisageables au niveau de l'organisation des soins :

- Contractualisation conditionnée par les normes de besoins favorisant une répartition équitable de l'offre de soins entre les différentes régions.
- Paiement différencié des prestataires au profit des régions souffrant de la rareté des Ressources Humaines, des équipements et des infrastructures de santé
- Privilégier la prise en charge des prestations fournies dans le cadre de parcours de soins coordonné par le Médecin de famille

- Incitations financières pour les réseaux de soins organisés autour des établissements locaux (HC/CSI/...) pour le suivi des patients atteints de maladies non transmissibles (MNT), l'hospitalisation de jour, les soins à domicile, etc.

D- Actions envisageables au niveau de la qualité des soins :

- Privilégier la prise en charge des prestations fournies dans le cadre des parcours de soins coordonnés par le médecin de famille
- Financement incitatif conditionné par l'atteinte des objectifs de santé publique (paiement à la performance) et le respect des parcours des soins. Exp : la prise en charge des patients atteints de MNT et la promotion des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre de réseaux de soins organisés autour des établissements sanitaires HC/CSI/...
- Incitatifs à l'usage d'un système d'échange électronique sécurisé des données de santé incluant le Dossier médical partagé.
- Incitatifs financiers au profit des prestataires accrédités (PS, Réseaux, établissements, etc.)

Au final, afin de garantir le développement d'un système de santé de qualité, équitable et pérenne avec la perspective la Couverture Santé Universelle, il faut certainement adapter de façon continue le système à la proximité des soins (SFP) et revoir le contenu et l'utilisation du paquet ou panier de services essentiels. A ceci, on doit aussi veiller à l'instauration de La complémentarité et la collaboration entre le secteur public et privé.

En effet, en Tunisie, l'importance de la complémentarité entre le secteur public, le secteur privé et la société civile n'est plus à démontrer. En effet, en 2014, le dialogue sociétal a recommandé la promotion de la complémentarité Public-Privé et des mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre les secteurs et corriger certains problèmes de financement de la santé.

Cependant, les expériences tunisiennes concrètement réussies de PPP en santé sont quasiment absentes. Seul, une loi relative aux contrats de partenariat public privé a été publiée en Tunisie, cette loi a pour but de fixer le cadre de développement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé (Loi n° 2015-49 du 27 novembre 2015, relative aux contrats de partenariat public privé). Elle fixe le cadre général des contrats de partenariat public privé, leurs modalités d'élaboration et de conclusion, etc.

D'autre part, une Direction Générale des Partenariats Public-Privé (DGPPP) est créé sous la tutelle du ministère des finances, elle a pour responsabilité: Le développement d'une législation fiscale, comptable, financière, le renforcement de la coopération internationale et régionale dans le domaine des PPP, etc.

Toutefois, il est indispensable d'établir des cadres juridiques plus claires, régissant la participation privée dans le secteur public.

La clarté et l'efficacité de ces cadres sont les seuls garants d'attirer les investisseurs, et d'aboutir au succès de ces projets.

Panel 8 : Ensemble vers l'unité pour un système local de santé de qualité

Conférenciers : Pr Ali MTIRAOU, Dr Hédi ACHOURI, Pr Néjib MRIZEK, Dr Miled BEN DALY

Facilitateurs : Mme Montaha B KACEM, Mr Skander ESSAFI

- Le contexte sanitaire actuel est une évolution rapide suite à de multiples facteurs principalement reliés à des transitions démographique et épidémiologique accompagnées de nouvelles exigences et attentes des patients. Le diagnostic de la situation actuelle sanitaire met en exergue la fragmentation du système de santé (santé individuelle – santé publique ; soins de santé de base- programmes verticaux ; curatif-préventif ; public-privé ; généraliste spécialiste, etc.).
- Ceci a imposé plusieurs défis en termes de politiques sanitaires et remet à la surface l'importance d'une réforme sanitaire et de repenser les services de santé et la manière dans les soins sont prodigués actuellement.
- Pour ce faire, il faut bien cerner ce qui détermine notre santé pour cibler sur quoi on doit agir et se positionner par rapport aux pratiques actuelles.
- En fait, de nombreux cadres expliquent les déterminants de la santé, la classification la plus répandue étant celle de Lalonde (1974) qui regroupe 4 déterminants de santé: Les habitudes de vie, la biologie humaine, l'environnement et services de santé.
- Partant de ceci, il devient primordial de migrer vers un système global avec une vision holistique de la santé et réorienter les stratégies d'interventions. Avec cette approche, les cibles du système de santé ne sont plus les malades uniques mais aussi la population générale et la population à risque. Les mesures devront être ainsi multisectorielles avec la participation de non seulement du secteur de santé (public et privé) mais aussi d'autres secteurs comme l'éducation, le transport, l'agriculture, le sport, etc. et aussi la société civile, les médias, les municipalités, etc.
- Un système local de santé de qualité (SLSQ) qui repose sur la combinaison des stratégies d'intervention, ciblant différents types de population et impliquant tous les intervenants s'imposent pour pouvoir améliorer l'état de santé de la population en offrant des soins de proximité

- Pour une communauté définie à travers une stratégie pour cibler les problèmes de santé de la communauté.

- Un tel système, pour atteindre cet objectif, doit présenter plusieurs caractéristiques : Intégré (où tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires), adéquatement outillé (ressources humaines et matérielles, TICs), qui répond au besoin des patients et de la population générale, et qui répond aux dimensions de la qualité des soins (l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'efficience et l'accessibilité.). Le tout en créant un partenariat solide entre les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les établissements de formation en sciences de la santé et la communauté (usagers, ONG ...).

En somme, seule une action concertée des professionnels, des gestionnaires, des décideurs, de la société civile, et de la communauté scientifique, peut identifier les solutions à la fragmentation du système de soins et permettre les conditions d'une société plus juste à travers des stratégies d'atténuation et le partage de pratiques exemplaires.

Les services de santé ne peuvent aujourd'hui se restructurer que dans le cadre d'une triple problématique : répondre **aux besoins de santé dans une région** donnée, répondre aux **exigences de qualité** et de sécurité des soins, s'adapter aux **contraintes liées à la raréfaction des moyens humains et financiers**. Le **virage numérique** avec ce qu'il offre comme possibilité (informations, DMP, télémédecine...) est un atout important pour réussir de telle transformation. Le pilotage de l'ensemble des axes est primordial.

Le travail de **Charles Boelen** (vers l'Unité pour la santé, OMS 2002), reste inspirant afin de réduire les fragmentations du système de santé et créer ainsi l'harmonie entre ces différents niveaux. Le **but ultime** serait ainsi **des services fondés sur les besoins des personnes** ; ayant comme **valeurs** : **la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience** ; **la trame de fond** repose sur **l'intégration de l'approche individuelle et l'approche populationnelle**; tout en respectant les **trois conditions** de base : **une population de référence, un modèle organisationnel et la gestion de l'information sanitaire** ; le tout en créant un **Partenariat** solide entre les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les établissements de formation en sciences de la santé et la communauté (usagers, ONG ...).

III - Principales conclusions :

- Le droit à la santé est inscrit dans la constitution tunisienne de 2014 ; l'état doit assumer sa responsabilité en matière de 1) protection sociale en santé (approche de droit et non **d'assistance**) ; 2) répartition **équitable** des ressources humaines, physiques et financières entre les régions ; 3) garantie de la **qualité** et de la **sécurité** des usagers ; et 4) promotion de la santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : protection de l'environnement, habitat, lutte contre la pauvreté et l'exclusion so-

ciale lutte contre les inégalités régionales, la **discrimination positive** en faveur des régions défavorisées

- Le Ministère de la santé devrait investir dans les fondations du système de santé de haute qualité en envisageant quatre actions à l'échelle macro : **gouverner par la qualité, repenser les prestations de services pour favoriser l'émergence de la qualité, mobiliser et motiver le personnel de santé pour fournir des soins respectueux et répondant aux attentes de la population, et susciter la participation des citoyens et de tous les acteurs de développement pour des soins de haute qualité.**

- Pour remédier aux **déficits de performances et de qualité** constatés, **il faudra élargir l'espace des solutions** : le SLSE est l'une des alternatives d'un ensemble réalisable de solutions qui satisfont les contraintes et les problèmes de fragmentation observés. Mais cela sera vain sans le soutien du niveau méso (région) et surtout le niveau macro (national)

- Plusieurs approches utilisées ailleurs, telles que **les technologies d'information (système d'informations), l'accréditation et le financement basé sur la performance** ont permis d'améliorer l'efficacité du système de santé.

- **L'apprentissage collaboratif mené par les équipes de districts** a le potentiel de **favoriser une meilleure qualité grâce à un meilleur fonctionnement du système local** et à une meilleure communication, mais des recherches supplémentaires sur les modèles les plus efficaces sont nécessaires.

- La recherche sur les stratégies visant à améliorer directement les performances des professionnels de santé et des établissements a révélé que **la plupart des solutions de niveau micro ont des effets de « starter » certes mais limité dans le temps, la pérennité est liée aux soutiens des niveaux supérieurs.** Les interventions au *niveau micro (district) et au niveau méso (région) doivent être mises en œuvre parallèlement aux efforts visant à améliorer les fondements de systèmes de santé au niveau national (niveau macro).*

- La gouvernance locale et les **partenaires de développement devraient soutenir les transformations du système** local de santé qui améliorent les fondements de soins de haute qualité.

- **Le suivi et l'évaluation de l'impact** de tous les efforts d'amélioration au niveau local, régional et national **sont nécessaires pour favoriser l'apprentissage** et l'amélioration.

Il faudra noter par ailleurs que bien que la plupart des professionnels de la santé soient supposés être motivés par l'altruisme, ils recherchent également **un salaire compétitif. Les paiements basés sur les intrants** (p. Ex., Salaire) **et sur les extrants** (p. Ex., Rémunération à l'acte,) ont tendance à **exercer des effets opposés sur l'utilisation et la production des services de santé** et de ce fait sur les dépenses liés aux soins. Les travaux de recherche mon-

trent que **le paiement basé sur les intrants est décourageant, il est associé par ailleurs aux sous-utilisations des services entraînant ainsi à des « sous-traitement » ; alors que le paiement basé sur les extrants est budgétivore car il incite à la surconsommation et conduit par ailleurs aux « sur-traitement ».** Un mélange de financement basé sur les intrants et les extrants est recommandé comme la meilleure stratégie pour éviter une attention excessive aux éléments incitatifs à la consommation inutile, ainsi la performance globale du système de santé s'améliore.

En somme, notre système de santé, son secteur public surtout, traverse une période très difficile avec des problèmes structurels de plus en plus chroniques, dus essentiellement à des défaillances du système de financement et de gouvernance ayant générées de services de mauvaise qualité, de l'insatisfaction, des pénuries, de démotivations, d'exil des compétences, etc. Ceci nourrit des inquiétudes chez la plupart des acteurs (bénéficiaires des services et population, professionnels, gestionnaires et décideurs). Pourtant des solutions existent (comme la gouvernance locale et le SLS). Mais engager les réformes nécessaires demande une volonté et un courage politique.

Le SLS est le plus apte à rationaliser l'utilisation des services, maîtriser les dépenses et lutter contre la corruption en adoptant un système d'information performant et transparent à même de suivre et contrôler les activités, dépenses et résultats projetés. La couverture santé doit être étendue l'ensemble de la population avec un paquet de services essentiels et un régime de base unifiée car les dépenses directes de santé des ménages (de l'ordre de 37 %) sont très élevées et on peut les considérer comme des "dépenses catastrophiques" telles que définies par l'OMS. Tout ceci passerait par la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques (health in all) via une Instance (un haut Conseil par exemple) assurant une coordination multisectorielle effective.

ANNEXES

Annexe 1 : Note de cadrage et programme du Colloque

Annexe 2 : Compte rendu des rapporteurs

Annexe 3 : Les conférences

Annexe 4 : les enregistrements des vidéos (URL)

Annexe 5 : Un album photo

Annexe 6 : Le laboratoire LR12ES03 et le CESMA.

Annexe 7 : Biographie des conférenciers et facilitateurs

Annexe 8 : Note sur la participation & réseaux sociaux

Annexe 1 :

Note de cadrage et programme du Colloque

Journées d'études virtuelles

Pour un système local de santé de qualité : défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité

Labo de recherche « Qualité des soins & Management des services de santé »

Centre d'Etudes Stratégiques sur le Maghreb (CESMA)

1- Cadre de référence :

Les difficultés du système de santé sont anciennes. Mais la crise connaît depuis quelques années une de ses phases les plus graves : la qualité des soins se dégradent, la coordination entre les différents composants du système est à son plus bas niveau, l'encombrement des urgences est le meilleur témoin, si les urgences sont saturées, c'est parce que les patients ne trouvent pas d'autres solutions ; les patients et leurs familles s'inquiètent et lancent des cris d'alarmes ; les professionnels de santé n'en peuvent plus (souffrances, désertification, manque de ressources de base ...), etc.

On ne peut pas renforcer les structures de soins, satisfaire la demande des patients, soulager les professionnels de la santé, sans reconnaître que notre système de santé dans sa forme actuelle **n'est plus capable ou ne possède pas les capacités nécessaires** pour répondre à la demande de la population concernant l'amélioration de la qualité des soins, ni d'ailleurs l'accessibilité aux soins de santé telle que stipulé dans l'article 38 de la nouvelle constitution tunisienne (2014).

Il est certes confronté à de nouveaux défis, que ce soient **épidémiologiques**, avec le changement de profil de morbidité (augmentation des maladies chroniques), ou **technologiques**, avec l'arrivée de nouveaux moyens diagnostiques ou thérapeutiques, ou **sociale**, avec les inégalités en matière d'accessibilité des soins (régions nanties/régions défavorisées, riches/pauvres, villes/campagnes...). Quels que soient les défis, nous devons les relever, car chaque jour qui passe fait courir le risque d'affaiblir encore plus notre système de santé, de diminuer la qualité de nos soins, de les rendre plus difficilement accessibles et le principe de solidarité sur lequel est bâti le système disparaîtra aggravant ainsi les problèmes sociaux qui se sont déjà installés.

Nous devons agir maintenant pour moderniser notre système de santé qui est appelé à s'adapter aux besoins de la population et aux enjeux actuels de notre temps. **Repenser notre système en ayant comme exigence de mettre le patient au centre et garantir à tous les Tunisiens un accès équitable à des soins de qualité est une exigence.** Nous devons permettre au patient de se repérer plus facilement dans des parcours souvent complexes, et lui garantir une prise en charge continue de soins de santé intégrés et globaux. Pour cela il nous faut redéfinir le modèle organisationnel de soins et les liens entre les différents niveaux de soins ; organiser différemment le travail des professionnels de santé qui sont appelés à travailler ensemble dans un territoire déterminé qu'ils soient installés en public ou en privé (redistribution des rôles et des tâches pour une meilleure efficacité) ; mettre à la disposition du système les ressources humaines compétentes pour améliorer la couverture sanitaire dans le pays et plus particulièrement les régions défavorisées (revoir à cette fin les études médicales & paramédicales). Nous devons faciliter leur quotidien, en mobilisant les outils que nous offre le numérique (télémédecine...) ou encore adopter des modes de financement qui favorisent la qualité et la coopération, plus que la quantité et la concurrence. Nous devons enfin permettre au patient de bénéficier de la meilleure qualité des soins possible, en soutenant résolument l'innovation et en adaptant mieux le lieu et la méthode de prise en charge aux besoins de chacun (dossier partagé...).

2- L'objectif qui importe le plus :

Fixons un cap collectif, imaginons comment nous voudrions être soignés en 2030 tel est l'objet de cette réflexion en profondeur d'un groupe d'experts mis en place par le laboratoire de recherche « **Qualité des soins et management des services de santé** » en partenariat avec le Centre d'Etudes Stratégiques sur le Maghreb (CESMA), afin de **dégager une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé tunisien surtout dans sa composante locale.**

Le workshop « vers un système local de santé de qualité (SLSQ) : défis et stratégies pour une meilleure convergence » aura pour objectif de permettre aux participants de :

- **Définir les éléments consensuels que devrait comprendre un SLSQ**
- **Identifier les principaux problèmes et questions liés à la progression vers un SLSQ**
- **Identifier les domaines nécessitant des interventions prioritaires et de proposer des stratégies pour aller de l'avant.**

3- Publics visés/ participants :

L'objectif étant de rassembler les soignants en 1^{ère} ligne et les soignants à l'hôpital autour d'un projet de santé adapté aux besoins des citoyens dans les régions (territoire loco-régionale). Toutes les structures publiques comme privées, doivent travailler ensemble en mettant le citoyen /malade au centre de tout le processus. Ainsi cet exercice de réflexion en profondeur sur le fonctionnement du système local de santé, compte associer tous les acteurs de terrain d'un district /et ou région ainsi que les représentants professionnels concernés : Ordres, Syndicats, Société savantes, Collèges ; Société civile et Associations œuvrant dans le domaine de la santé ; les citoyens bénéficiaires des soins et services de santé sont la cible de ce projet et leurs participations est fortement souhaitées, mais le mécanisme de les faire participer directement reste à trouver ...

4- Programme :

Chacun des thèmes sus-énuméré a été soumis à une réflexion préalable auprès du groupe de travail de notre **Laboratoire de recherche « Qualité des soins & Management des services de santé » (LR12ES03)**. Le dernier workshop sur le sujet, a été organisé le 26-27 février à la Faculté de médecine en collaboration avec le **Centre d'Etudes Stratégiques sur le Maghreb (CESMA)**, à délimiter le champ et à préparer le descriptif des thèmes (voir annexe du programme) qui seront abordés dans ce cadre.

Vendredi 2 avril	1^{ère} Journée
14h00 - 14h30	Mots de bienvenue : Mr Lotfi BELKACEM , Président de l'Université de Sousse, Mr Hédi KHAIRI , Doyen de la Faculté de médecine de Sousse, Mr Adnen MANSER , Directeur du CESMA Présentation des objectifs, des activités & la méthode de travail : Mr Ali MTIRAOU , Directeur du Laboratoire de recherche « QuaS-MaSS, LR12ES03 »
14h30 - 16h00	P1 : Vision d'un système de santé de qualité :ce que doit inclure un système local de santé de qualité d'après la documentation en vigueur Conférencier : Mr Charles BOELEN Discutant : Mrs Adnen MANSER, Ali GARRAOU, Mizouni GHODBANI,

	Facilitateur : Mmes Thouraya AJMI, Rania BANNOUR
<i>16h00 - 17h30</i>	<p>P2 : Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un système local de santé de qualité</p> <p>Conférencier : Mr André Jacques NEUZY</p> <p>Discutant: Mrs Mohamed CHAHED, Abdelmajid MSALMI, Mohamed ROUIS</p> <p>Facilitateur : Mr Chékib ZEDINI, Mme Houda Bn OTHMAN</p>
<i>17h30 - 19h00</i>	<p>P3 : Accessibilité aux soins & Couverture Universelle</p> <p>Conférencier : Mr Belgacem SABRI</p> <p>Discutant : Mrs Sami B ABDELFATTAH, Faouzi BOUGERRA, Moncef B HADJ YAHIA</p> <p>Facilitateur : Mmes Manel MELLOULI, Maha DARDOURI</p>
Samedi 3 avril	2^{ème} Journée
<i>9h00 -10h30</i>	<p>P4 : Soins et services de qualité (prestations de soins) : quelles caractéristiques ?</p> <p>Conférencier : Mr Michel ROLAND</p> <p>Discutant : Mrs Zaher AHMADI, Foued BOUZAOUICHE, Mme Amel MHIRSI</p> <p>Facilitateur : Mmes Manel LIMEM, Nihel ELHADDAD</p>
<i>10h30 - 12h00</i>	<p>P5 : Système d'informations pertinent, données et évaluation</p> <p>Conférencier : Mr Abderraouf CHERIF</p> <p>Discutant : Mr Abdallah BCHIR, Ahmed MAALEL, Khaled MAAREF</p> <p>Facilitateur : Mmes Jihene SAHLI, Mariem GHADDAB</p>
<i>12h00 - 13h30</i>	<p>P6 : Participation, partenariat et collaboration</p> <p>Conférencier : Mr Christian MESENGE</p> <p>Discutant : Mrs Habib MILI, Jamel MSALLEM, Lotfi TARCHOUNA</p> <p>Facilitateur : Mmes Amel AMARA, Wejdene B MANSOUR</p>
<i>14h30 -</i>	P7 : Financement de la santé : de la théorie à la pratique

16h00	Conférencier : Mr Riadh BEN ABBES Discutant : Mrs Abdelwahed El ABASSI, Chokri ARFA, Ridha GATAA Facilitateur : Mme Mariem GHARDALLOU, Mr Chokri ZOGHLAMI
16h00 – 17h00	P8 : Ensemble vers l'Unité pour la santé au niveau local Conférencier : Mr Ali MTIRAOU Discutant : Mrs Hédi ACHOURI, Miled B DALY, Néjib MRIZEK Facilitateur : Mme Montaha B KACEM, MrSkander ESSAFI
17h00 - 17h30	Clôture de la 1 ^{ère} partie
Dimanche 4 Avril	Rencontre présentielle; hôtel Sousse Palace
9h00 -10h30	P9 : Réunion des rapporteurs, coordonnée par Mohamed Ayoub TLILI, Maha DARDOUI & Rania NAKHLI
10h30 – 12h00	S10 : Réunion des experts, coordonnée par Thouraya AJMI, Meriem GHARDALLOU
12h00 – 13h00	S11 : Mot de la fin des deux coresponsables : Adnen MANSER & Ali MTIRAOU
13h00	Déjeuner de clôture

5- Le descriptif des séances

(Document adressé aux conférenciers avant la tenue du colloque)

Panel 1 : « Caractéristiques d'un système local de santé de qualité »

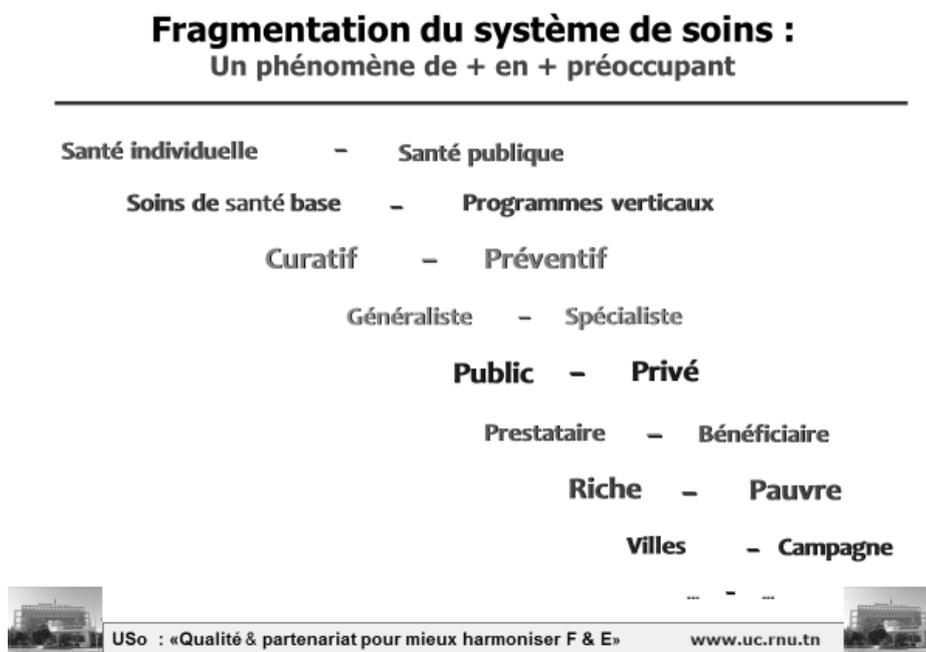
Les principales dimensions la qualité des soins qui font le consensus peuvent être regroupées dans les cinq catégories : **efficacité, sécurité, réactivité, accès/équité et efficience**. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité (timeliness), l'aptitude (patient centeredness), la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc. Nous nous sommes basés sur les travaux des organismes internationaux (OMS,

FNUAP) et les travaux de l'OCDE portant sur les indicateurs de qualité permettent de faire un état de lieux des informations et des indicateurs disponibles dans un grand nombre de pays (cf. Health care quality indicators project).

La question serait alors comment partager ces valeurs et en faire de la sorte qu'ils seront « le crédo » des fournisseurs, gestionnaires des services de santé ? mais aussi de quelles manières ces valeurs pénètrent l'ensemble de la population /les bénéficiaires des services afin d'induire un dénivellement par le haut (exigences des soins de meilleurs qualité par les citoyens et bénéficiaires des soins) ? Cela nécessite sûrement toute une stratégie d'éducation des gens sur leurs droits en matière de santé en fonction des ressources disponibles et d'utiliser des rapports de qualité ciblés, des réseaux sociaux et des technologies mobiles pour permettre aux gens de devenir des partenaires (patients actifs) qui recherchent et motivent les professionnels de santé à fournir des soins de santé de meilleure qualité.

Panel 2 : « Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité »

Les fragmentations du système sont nombreuses et bien documentées. Voir diapo suivante :



La question ici est simple, en mettant le patient/le bénéficiaire/le citoyen au centre de nos préoccupations, comment « traiter/replâtrer » ces fragmentations ?

Panel 3 « Accès /Accessibilité aux soins /CSU »

L'adaptation du système de soins aux besoins de la population est plus qu'une nécessité notamment dans les régions les plus démunies (régions de l'ouest et du sud du pays) ou l'offre est très insuffisante. L'offre de soins pour un accès plus équilibré passe par : **1)** L'amélioration de l'accès à des services de soins coordonnés et de qualité, et **2)** Assurer l'accès à des services de soins de proximité pour tous et plus particulièrement les populations les plus vulnérables et/ou éloignées des structures de soins (**ODD & Accès universelle aux soins de santé**). L'accès est ainsi défini comme étant la facilité avec laquelle les clients ou la collectivité peuvent obtenir les services demandés ou désirés dans le contexte le plus favorable et dans un délai raisonnable. Il faut noter que le sens du terme *facilité* est susceptible de varier selon les personnes et les groupes concernés, qu'il existe des programmes qui restreignent l'accès et qu'il est important d'effectuer une évaluation des besoins au sein des divers groupes de population. On doit faire valoir que pour certains clients, l'accès n'est pas toujours facile ; l'accès peut donc constituer un problème. Il doit par ailleurs exister un équilibre entre les services demandés et les services nécessaires. Pour mieux cerner la notion d'accès, on est amené à répondre aux questions suivantes : **qui a besoin le plus d'avoir accès aux soins de santé, l'accès à quoi, pourquoi, comment et quand.**

Panel 4 « Prestations de services de soins de qualité »

Notre système n'a plus les capacités suffisantes pour fournir des interventions abordables et efficaces à ceux qui en ont le plus grand besoin. Il faut davantage mettre l'accent sur la fourniture de services de santé intégrés et s'attaquer au manque de ressources humaines dans le secteur de la santé. Des études montrent clairement que les systèmes de santé investissant dans les soins de santé primaire, comme l'accès équitable, la participation communautaire et intersectorielle, peuvent améliorer l'accès aux soins et donner de bons résultats. **L'offre de soins doit être repensée pour « faire assoir » le système sur sa base c.a.d autour des services de santé de proximité** pour les soins du quotidien, (de nature curative, préventive, promotionnelle ou de réhabilitation et en fonction des besoins des différents segments de la population), plus que nécessaires dans un contexte de transitions démographiques et épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, etc). Les hôpitaux (2^{ème} et 3^{ème} niveaux) doivent recentrer leur activité sur leur mission première : les soins techniques, nécessitant des équipements adaptés et de pointe. Revoir le management global des différentes composantes du système à travers la clarification entre autres des parcours des soins est une nécessité. **La qualité et la pertinence des soins constituent les fondements de la réflexion engagée.** Avec la mise en place de réels parcours de soins, les patients n'auront pas à assumer seuls la coordination des différents professionnels de santé. Désormais, ceux-ci se coordonneront plus efficacement, entre autres grâce au numérique. Pour les y encourager, une révision du financement permettra de sortir de la seule logique du paiement à l'acte au profit de rémunérations au forfait pour certaines pathologies chroniques et de primes à la qualité.

Panel 5 « Systèmes d'informations, données et évaluation »

Le besoin de recueillir d'informations sur la santé en vue d'améliorer le processus de prise de décision et la qualité à l'intérieur du système de santé est une nécessité indiscutable. Mais, en 1771 Diderot disait « **Si un homme raisonne mal, c'est qu'il n'a pas les données pour raisonner mieux** ». « Pour raisonner mieux », il faut que **1)** le recueil des données soit **motivé par un besoin d'utilisation** (les données ne devront pas être recueillies sans justification) ; **2)** il ne suffit plus d'avoir les informations nécessaires, encore faut-il que l'on soit **capable de les conserver, de les mettre à jour, d'y accéder rapidement et facilement, de les interpréter correctement et de les utiliser à bon escient**. Autrement dit, il nous faut une panoplie **d'autres outils permettant la bonne exploitation** de ces considérables « stocks de données ». Infinie, qu'est-ce qui devrait être inclus dans **la boîte à outils d'un système local de santé de qualité ?** ; cet atelier sera amené ainsi à répondre aux questions suivantes : c'est quoi un SIS, que doit comprendre, qui doit collecter, pour qui, pourquoi, comment, quand et les TIC/le numérique dans ça ?

Panel 6 « Participation, partenariat et collaboration »

Le besoin d'une participation élargie au développement d'un système local de santé de qualité et la nécessité d'établir des objectifs clairs et d'adopter un processus axé sur la transparence et, surtout dépolitisé sont les garants de l'efficacité du système et de son renouvellement (amélioration continue) pour s'adapter aux besoins changeant de la population desservie. **Regardez au-delà du secteur public de la santé**, rassembler les soignants en première ligne et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des citoyens dans les régions ; Etablir des partenariats avec d'autres secteurs seront essentiel pour favoriser l'émergence de la performance du système local de santé. Pour mieux cerner la notion de participation, partenariat et collaboration, on est amené à répondre aux questions suivantes : Est ce que les services que nous dispensons sont-intégrés aux autres services du secteur sanitaire et social pour produire le meilleur effet au bénéfice du plus grand nombre ? **qui sont nos partenaires, pourquoi la collaboration, qui doit participer, la participation à quoi, pourquoi, comment et quand.**

Panel 7 « Financement du système : entre la théorie et la pratique »

Les modalités de financement influencent non seulement comment et où les patients accèdent aux soins de santé, mais aussi l'opportunité d'établir une relation à plus long terme entre le patient et le fournisseur de soins. **Deux idées essentielles à débattre** :

1-Un certain nombre de réformes du secteur de la santé au cours des années 90 ont cherché à réajuster la répartition des tâches entre les soins primaires (SSB) et secondaires (hôpital). Le rôle des soins de 1^{ère} ligne dans la gestion de l'entrée et de la sortie des soins hospitaliers a eu tendance à augmenter. De plus, des soins hospitaliers sont nécessaires pour une proportion décroissante de ceux qui entrent dans le système de santé et les séjours à l'hôpital sont devenus plus courts. Beaucoup plus de patients peuvent être traités dans le cadre des soins de 1^{ère} ligne, de sorte que ces services peuvent représenter jusqu'à 90% de

toutes les activités de soins de santé. Ce chiffre met en évidence la nécessité de parvenir à un équilibre approprié des ressources entre les soins hospitaliers, avec des ressources financières et humaines adéquates orientées vers le secteur des soins de 1^{ère} ligne, et conformément aux changements dans la répartition des tâches entre les soins primaires et. **Mais, la réalité est tout autre, les données existantes sur les dépenses en soins primaires suggèrent que moins d'un quart du budget des soins de santé est généralement consacré aux soins de 1^{ère} ligne ; Que préconisez-vous ?**

2- Le financement de la santé et le paiement des prestataires peuvent être utilisés pour obtenir une meilleure qualité du système de santé. Des **quatre fonctions de financement de base (mobilisation des revenus, mise en commun, achats et conception des prestations)**, les achats - ou l'allocation de fonds aux prestataires - ont la plus grande influence directe sur la qualité des soins. L'achat stratégique fait référence aux bailleurs de fonds sur la base d'informations sur les populations et les prestataires pour atteindre les objectifs de performance. Les exemples incluent les *stratégies de paiement des prestataires* et la *sous-traitance sélective des installations* sur la base de la qualité.

Bien que la plupart des médecins et infirmières soient **supposés être motivés par l'altruisme**, ils **recherchent également un salaire compétitif**. Les paiements basés sur les intrants (p. Ex., Salaire et capitation) et sur les extrants (p. Ex., Rémunération à l'acte, par cas ou rémunération au rendement) ont tendance à exercer des effets opposés sur l'intensité de l'effort des prestataires, avec des paiements décourageant et paiements basés sur les extrants favorisant le nombre et l'intensité des services, conduisant aux défis duels de sous-traitement et de sur-traitement décrits dans la section 2. Un mélange de financement des intrants et des extrants pourrait donc être la meilleure stratégie pour éviter une attention excessive aux éléments incitatifs.

L'harmonisation des modalités de financement et d'approvisionnement est cruciale pour le succès des achats stratégiques ; que préconisez-vous ? y a-t-il une place pour le partenariat public-privé (3P) ? Comment peut-on l'envisager ?

Panel 8 « Gérer / Piloter vers l'Unité pour la santé au niveau local »

Les services de santé ne peuvent aujourd'hui se restructurer que dans le cadre d'une triple problématique : répondre **aux besoins de santé dans une région** donnée, répondre aux **exigences de qualité** et de sécurité des soins, s'adapter aux **contraintes liées à la rarefaction des moyens humains et financiers**. Le **virage numérique** avec ce qu'il offre comme possibilité (informations, DMP, télémédecine...) est un atout important pour réussir de telle transformation. Le pilotage de l'ensemble des axes est primordial

C'est dans ce cadre que le groupe de travail « pour un système local de santé de qualité » s'est fixé comme but de proposer un modèle d'une première ligne dans une dynamique d'intégration et de partenariat enrichie par les expériences du terrain, pour trouver les meil-

leures approches afin de « revigorer » (créer) et pérenniser la porte d'entrée du système de santé. A la lumière de plusieurs travaux dont ceux de **Charles Boelen (vers l'Unité pour la santé, OMS 2002)**, nous nous sommes inspirés pour cerner les contours du modèle recherché « Un système local de santé de qualité » qui vise à réduire les fragmentations du système de santé et créer ainsi l'harmonie entre ces différents niveaux. Le **but ultime** serait ainsi **des services fondés sur les besoins des personnes** ; ayant comme **valeurs** : **la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité** ; **la trame de fond** repose sur **l'intégration de l'approche individuelle et l'approche populationnelle**; tout en respectant les **3 conditions** de base : **une population de référence, un modèle organisationnel et la gestion de l'information sanitaire** ; le tout en créant un **Partenariat** solide entre les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les établissements de formation en sciences de la santé et la communauté (usagers, ONG ...).

En somme, seule une action concertée des professionnels, des gestionnaires, des décideurs, de la société civile, et de la communauté scientifique, peut identifier les solutions à la fragmentation du système de soins et permettre les conditions d'une société plus juste à travers des stratégies d'atténuation et le partage de pratiques exemplaires. Pour mieux cerner les contours du Modèle et sa capacité à être mis en œuvre, la question aujourd'hui n'est plus faut-il introduire le management/la gouvernance **par ou pour la qualité (le TQM est vieux de 40 ans), mais comment le faire et maintenant ? qu'est-ce que cela comprend au juste ?**

Annexe 2 : Compte rendu des rapporteurs

Réunion du dimanche : 4 avril 2021



Labo Recherche : QuaS-MaSS, LR12ES03

Pour un système local de santé de qualité : défis
et stratégies pour une convergence vers une
meilleure équité

Réunion des rapporteurs

Dimanche 04-04-2021



Pour un système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité



JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ :
DÉFIS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ



MOTS DE BIENVENUE

VENDREDI 02-04-2021 DE 14:00 A 14:30 (GMT+1)



Pr Lotfi BELKACEM
PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ
DE SOUSSE



Pr Hedi KHAIRI
DOYEN DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE SOUSSE



Pr Adnen MANSER
FONDATEUR DU CENTRE
D'ÉTUDES STRATÉGIQUES
SUR LE MAGHREB



Pr Ali MTIRAOUI
DIRECTEUR DU LABORATOIRE
DE RECHERCHE
« QUAS-MASS, LR12ES03 »



Labo Recherche : QuaS-MaSS, LR12ES03

Panel 1: Vision d'un système de santé de qualité : ce que doit inclure un système local de santé de qualité d'après la documentation en vigueur



Pr Thouraya AJMI



Dr Rania BANNOUR



Pour un système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité



JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ :
DÉFIS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ



PANEL 1 : VISION D'UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ

VENDREDI 02-04-2021 DE 14:30 A 16:00 (GMT+1)



Dr Charles BOELEN
CONSULTANT INTERNATIONAL
EN SYSTÈME ET PERSONNELS
DE SANTÉ



Dr Adnen MANSER
FONDATEUR DU CENTRE
D'ÉTUDES STRATÉGIQUES
SUR LE MAGHREB



Dr Ali GARRAOUI
EXPERT EN QUALITÉ
DE SERVICE DE SANTÉ



**Dr Mohamed Mizouni
GHORBANI**
MÉDECIN MAJEUR
DIRECTEUR RÉGIONAL
DE LA SANTÉ À SOUSSE

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

Charles Boulel

POURQUOI ?

- Les pays s'engagent à atteindre la **couverture santé universelle d'ici 2030**.
- L'amélioration de la prestation des soins de santé exige de **mettre délibérément l'accent sur la qualité** des services de santé

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

- Mettre l'accent sur la **qualité** est donc décisif, afin de dispenser en temps opportun des soins:
 - efficaces,
 - sûrs
 - centrés sur le patient

selon des modalités :

- équitables,
- intégrées
- efficaces

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

QUALITÉ DES SOINS : CINQ MOTS CLÉS

VISION:
→ Avoir une vision claire et stratégique pour le futur
→ avoir le courage de regarder loin

ANALYSER LA SITUATION D'UNE FAÇON LUCIDE:
- Identifier les défaillances,
- Analyser les causes,
- Proposer des solutions.

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

SYSTÈME : des archipels avec plusieurs îlots : Grande fragmentation

Existence d'autres expertises
Utilisez les ressources existantes
REORGANISEZ

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

SANTÉ:

- Soulager la maladie n'est qu'un aspect de la santé.
- On tend toujours à oublier les autres déterminants
 - Politique
 - Environnemental,
 - économique
 - culturelle

→ Approche centrée sur le patient
C'est ça être socialement responsable

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

QUALITÉ:

Des services santé de haute qualité exigent la prestation de soins pertinents au moment opportun,

- en prenant en compte les **besoins et les préférences** des usagers
- en **réduisant** au minimum le **risque de préjudice** pour les patients et le **gaspillage de ressources**.

→ Des soins de qualité augmentent les chances d'obtenir les résultats sanitaires désirés.

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

LOCAL:

Les services de soins doivent être conçus de manière à pouvoir répondre aux besoins locaux :

- des soins primaires accessibles à tous et de haute qualité doivent constituer le socle sur lequel reposent l'ensemble des autres services.
- les individus et les communautés locales doivent participer à la conception, à la prestation, à l'évaluation et à l'amélioration de chacun des services
- les exigences d'amélioration de la qualité doivent pénétrer **l'ensemble** des activités depuis les services de première ligne jusqu'au niveau systémique.

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

Aïmea Mounsi

CRISE MORALE

- La crise sanitaire causée par la pandémie de COVID-19 a prouvé ce qu'on connaît sur les limites et la fragilité des systèmes de santé partout dans le monde.
- Elle a mis en nue les différentes défaillances:
 - Le système de santé,
 - Economique
 - Morale
 - Sociale...

→ une inéquité aux accès des soins.

• Les droits universels d'accès aux soins sont remis en question.

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

Mitouni Ghodban

L'expérience du gestion de la crise sanitaire dans le gouvernorat de Sousse

- Dès les premiers signes annoncés, l'alerte générale a été déclenchée et la lutte mis à pied d'œuvre mobilisant différents intervenants.
- Un plan national de riposte de la Covid-19 basé sur une approche **multisectorielle** a été lancé afin de coordonner, accompagner, agir...

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

Les objectifs visés :

- Ralentir la transmission
- Réduire la mortalité associée à la COVID-19.
- Assurer la continuité des autres services sanitaires

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

Une collaboration multisectorielle:

• C'est **seulement lorsque tous, gouvernement, société civile, secteur privé, organisations de tous bords, nationales ou internationales, citoyens, œuvrent dans la même communauté de vues qu'un combat peut être remporté.**

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

Obtenir un système de santé de qualité

On doit optimiser au maximum les ressources disponibles:

- Les ressources humaines
- Les ressources de gestion
- Les ressources économiques
- Les ressources matérielles

→ Réorganiser
→ Approche centrée sur le patient
→ Système de santé socialement responsable

Prise en compte local de qualité : défis et stratégies pour une couverture vers une meilleure santé

« Un problème bien posé est un problème à moitié résolu »
Henri Bergson



Labo Recherche : QuaS-MaSS, LR12ES03

Panel 2: Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un système local de santé de qualité



Pr Ag Chekib ZEDINI



Dr Houda BEN OTHMAN



Pour un système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité



JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ :
DÉFIS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ



PANEL 2 : ANALYSE DES PROBLÈMES
VENDREDI 02-04-2021 DE 16:00 A 17:30 (GMT+1)



Dr André-Jacques NEUSY
DIRECTEUR PRINCIPAL
RECHERCHE ET PROGRAMMES
ET COFONDATEUR DE THENET



Dr Mohamed CHAHED
EXPERT INTERNATIONAL
MANDATÉ PAR
LE PROGRAMME 'ESSAHA AZIZA'



Dr Abdelmajid MSELMI
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE
GÉNÉRALE



Dr Mohamed ROUIS
MÉDECIN INSPECTEUR
DIRECTEUR RÉGIONALE
DE LA SANTÉ À KAIROUAN

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

INTRODUCTION

- Le système de santé actuel souffre à plusieurs niveaux : Fragmentation, Fracture, dysfonctionnement, Inéquités ...
- La définition d'un système de santé n'est pas couverte dans sa totalité
- La définition d'un système de santé local de santé n'est pas encore claire !
- Il faut agir : Quelles interventions faire ?

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Qualité : Diriger autrement !

PILOTAGE

RESSOURCES INPUT → PROCESSUS de Transformation → RESULTAT OUTPUT

Performanc TQM

Pr All Mirreoui, Maîtrise Qualité des soins et management des services de santé, Année universitaire : 2020-2021

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE SYSTÈME DE SANTE

Ressources: Intrants

- Infrastructure
- Ressources humaines
- Matériels et équipements
- Médicaments
- Installations techniques
- Financement

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

PLAN

I. Limites et problèmes du système de santé ?

II. Axes d'amélioration proposés pour une meilleure conception

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

I- Limites et problèmes actuels de notre système de santé

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE SYSTÈME DE SANTE

Ressources: Intrants

- Infrastructure
- Ressources humaines
- Matériels et équipements
- Médicaments
- Installations techniques
- Financement

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LES INTRANTS

❖ **Dévalorisation du système de santé local le plus proche du citoyen :**

- Proximité de ces établissements des usagers et accessibilité
- Absence de moyens : transport de personnel, ...
- Difficultés de recrutement en santé publique
- Démotivation des médecins généralistes surtout avec Décret n° 2019-341

❖ **Système hôpital-centrique sur l'hôpital (Normalement l'hôpital dernier niveau) :**

- Mauvais fonctionnement du système de santé nécessité d'une ré-imaginer du système de Santé.
- Minimisation des autres stratégies sanitaires : Restauration et protection

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE SYSTÈME DE SANTE

Ressources: Intrants	Processus
Infrastructure	Modalité de prise de décision
Ressources humaines	Organisation de travail et répartition des tâches
Matériels et équipements	Procédure d'accueil des patients
Médicaments	Processus d'achat de médicaments
Installations techniques	Gestion des ressources
Financement	Coopération avec les parties prenantes

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE PROCESSUS

❖ **Le modèle de santé actuel :**

- Les consultations dans les CSB ne sont pas journalières ; continuité et la qualité des soins ?
- Le modèle actuel basé sur la notion de guérison plutôt que soins et non sur le continuum de la santé
- Multiples facteurs extérieurs et qui échappent au contrôle du système: élargissement du concept de santé et de ses déterminants.

❖ **Parcours de soins non clair et non facilité surtout dans le secteur publique (entre 1ère ligne-2ème ligne et 3ème ligne)**

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE PROCESSUS

❖ **Inéquités et disparités sanitaires :**

- Caisse Nationale de santé (CNAM) :**
 - Difficulté d'affiliation (Presque 3 Millions considéré comme secteur de pauvreté) :
 - Il faut intégrer tous les tunisiens dans cette caisse.
- Nombre de médecins :**
 - Disparité de répartition des soins entre les régions côtières et intérieures.
 - Disparité entre Secteur publique 2/3 des soins et privé (alors que le pourcentage est le même).
- Répartition de facultés de médecines:** manque au niveau des régions intérieures (Dentaire, pharmacie ...)

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE PROCESSUS

❖ **Modalité de prise de décision « management des hôpitaux » :** Direction des hôpitaux doit être réviser par l'instauration de la notion d'un directeur médical car la technique est très complexe.

❖ **Documentation:** Absence de traçabilité et surtout par absence d'informatisation

❖ **Partenariat :**

- Plusieurs facteurs en dehors et qui échappent au contrôle du système
- Nécessité de continuer le dialogue avec les autres prestataires de santé : université, décideur politique, économiste, prestataires de soins, société civile, compagnie d'assurance, secteur privé ...

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE SYSTÈME DE SANTE

Ressources: Intrants	Processus	Résultats: Outputs
Infrastructure	Modalité de prise de décision	Satisfaction des usagers
Ressources humaines	Organisation de travail et répartition des tâches	Satisfaction et motivation du personnel
Matériels et équipements	Procédure d'accueil des patients	Continuité et sécurité des soins
Médicaments	Processus d'achat de médicaments	Amélioration des indicateurs de la santé
Installations techniques	Gestion des ressources	
Financement	Coopération avec les parties prenantes	

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LES OUTPUTS

- Formation certifiée pour le personnel
- Manque de motivation du personnel
- Problématique d'évaluation des indicateurs de la santé

Plan en système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Quoi évaluer ?

PILOTAGE

RESSOURCES (Intrant) → P → RESULTAT (Extrant)

C D

Performanc TQM

Pr All Mirreoui, Maîtrise Qualité des soins et management des services de santé, Année universitaire : 2020-2021



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

II- Axes d'amélioration proposés pour une meilleure conception



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LES INTRANTS

- Mise en commun de la répartition des ressources humaines, matérielles et financières
- Améliorer les conditions de travail
- Gestion et disponibilité des médicaments



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE PROCESSUS

- **Grand défi** : Comment élargir ce système de santé ? Les soins se passent dans les communautés et dans les locaux: globalité des soins
- **La direction des hôpitaux** : Proposer une direction médicale pour surmonter les difficultés techniques
- **Améliorer le parcours des patients** : Collaboration des médecins entre eux, besoin d'un système de soins de santé ancré sur les soins de première ligne avec l'hôpital comme sauvegarde (backup).
- **Passage obligatoire des nouveaux médecins** au secteur publique (Promulgation de Loi) et supprimer ainsi le service militaire pour les médecins.



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE PROCESSUS

- **Nécessité de continuer le dialogue avec les autres prestataires de santé** : université, décideur politique, économiste, prestataires de soins, société civile, compagnie d'assurance, secteur privé ...
- **Garantir à tous les Tunisiens un accès équitable** à des soins de qualité est une exigence.
- **Etudier la disparité de répartition des médecins**
- **Réforme des études médicales universitaires**
- **Partenariat pour identification des besoins de santé du territoire**



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LE PROCESSUS

Nouveau modèle !

- **Équipe de soins transdisciplinaire au même endroit** (one stop shop) qui se complète en fonction des besoins de la population : exemple des états des unités (Dell University).
- **Développer des Unités de Pratique Intégrée** (UPI-équipe transdisciplinaire de généralistes et spécialistes dédiées à un problème de santé spécifique en fonction des conditions les plus fréquentes).
- **Ces unités créent et développent des voies (Pathways)** de pratique clinique intégrées pour chaque UPI, centrées sur les besoins articulés autour du cadre des déterminants de la santé.
- **Nécessité de recevoir tous les soins dans le même endroit.**



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

LES OUTPUTS

- Motivation du personnel médical et paramédical
- Formation certifiée du personnel médical et paramédical
- Instauration d'un système de suivi et d'évaluation des indicateurs de la santé



 Pour un système local de santé de qualité :
 Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Merci pour votre attention

À qui sait réfléchir, la solution se trouve devant ses yeux.

Proverbe saoudien



Panel 3: Accessibilité aux soins & Couverture Universelle



Pr Ag Manel MELLOULI



Mme Maha DARDOURI

JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES

POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ :
DÉFIS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ

PANEL 3 : ACCESSIBILITÉ AUX SOINS & COUVERTURE UNIVERSELLE

VENDREDI 02-04-2021 DE 17:30 A 19:00 (GMT+1)



Dr Belgecem SABRI

CONSULTANT INTERNATIONAL
EN SANTÉ PUBLIQUE



Dr Sami BEN ABDELFAH

DIRECTEUR DE LA FORMATION
ET DE L'ÉVALUATION
ET DE L'ENCADREMENT
À LA CNAM



Dr Fawzi BOUGUERRA

MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL



Dr Moncef BEN HADJ YAHYA

MÉDECIN DES SOINS
DE SANTÉ DE BASE
CHEF DE CIRCONSCRIPTION
SANITAIRE À TUNIS

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges : l'accès universel aux soins doit être garanti par l'état.

1. Éliminer la pauvreté
2. Assurer le bien-être
3. Assurer la santé et le bien-être
4. Assurer l'éducation de qualité
5. Assurer l'égalité des sexes
6. Assurer l'accès à l'eau propre et à l'assainissement
7. Assurer l'énergie propre et durable
8. Assurer la croissance économique inclusive
9. Assurer l'industrie, l'innovation et l'infrastructure
10. Assurer l'égalité des territoires et des villes
11. Assurer des villes et communautés durables
12. Assurer la consommation et la production responsables
13. Assurer l'action climatique
14. Assurer la vie aquatique
15. Assurer la vie terrestre
16. Assurer la justice
17. Assurer des partenariats efficaces

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

QQO/QCP

QUI ? Qui est concerné par l'accès aux soins ?	QUOI ? Quelles sont les problèmes en relation avec l'accès aux soins ?	OÙ ? Où le problème d'accès aux soins existe ?
QUAND ? Quand le problème d'accès aux soins s'est accentué ?	COMMENT ? Comment décrire l'accès aux soins ?	POURQUOI ? Pourquoi l'accès aux soins est important ?

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Qui est concerné par l'accès aux soins ?

Situation actuelle \neq Situation désirée

Citoyens avec couverture sociale	Toute la population bénéficie d'une couverture d'assurance maladie
Populations vulnérables	Population générale: Services de Promotion de la santé
Résidents aux milieux urbains	Tous ceux qui ont besoin

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

C'est quoi le problème avec l'accès aux soins ?

Situation actuelle \neq Situation désirée

Financement inéquitable du SS	Protection financière, Coût abordable
Accès/Répartition inégale des médecins	Tous ceux qui ont besoin doivent y accéder
Système de soins peu réactif	SS qui répond aux critères de qualité

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Où le problème d'accès aux soins existe ?

Situation actuelle \neq Situation désirée

Zones défavorisées, rurales	Accès universel aux soins
Disparité régionale	Accès égal dans toutes les régions

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Quand le problème d'accès aux soins s'est accentué ?

Situation actuelle \neq Situation désirée

Problèmes de renonciation aux soins	Au besoin: services curatifs et urgents
Crise sanitaire/économique: pandémie	Prise de rendez-vous: Prévention et promotion
	Hospitalisation

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Comment décrire l'accès aux soins ?

Situation actuelle \neq Situation désirée

Retard de la demande des soins	Service de proximité ++
Pronostic vital, Espérance de vie, productivité	Disponibilité, continuité, accès à temps, pertinence
Patients non-satisfaits	Responsabilisation des citoyens et engagement de l'Etat

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Pourquoi l'accès aux soins est important ?

Situation actuelle \neq Situation désirée

Réduits les handicaps et les complications des maladies par la biais des soins curatifs	Équité et la justice: la santé est un droit de citoyen et devoir de l'Etat.
50% des Soins réalisés en 3 ^{ème} ligne	Réduire les inégalités régionales en santé
	Couverture santé universelle

Prendre en compte le local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Conclusion

- L'accès aux soins est un critère de qualité de système de santé et une nécessité pour atteindre la couverture universelle.
- Pour atteindre cet objectif, on doit agir sur les **déterminants sociaux** de la santé, **réduire les coûts** des services, investir dans la **proximité** des services qui doivent être **culturellement** et **socialement** adaptés.
- La responsabilisation des citoyens et l'engagement de l'Etat sont primordial.

**Panel 4: Soins et services de qualité (prestations de soins) :
quelles caractéristiques ?**



Dr Manel LIMAM



Dr Nihel ELHADDAD

PANEL 4 : SOINS ET SERVICES DE QUALITÉ

SAMEDI 03-04-2021 DE 09:00 A 10:30 (GMT+1)



Dr Michel ROLAND

PROFESSEUR EN MÉDECINE
FAMILIALE
PRÉSIDENT DU MÉDECINS
DU MONDE BELGIQUE



Dr Zaher AHMADI

MÉDECIN INSPECTEUR
DIRECTEUR RÉGIONAL
DE LA SANTÉ À SIDI-BOUZID



Dr Foued BOUZAOUACH

MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL
MEMBRE DU CONSEIL DE L'ORDRE
DES MÉDECINS DE LA RÉGION
DU CENTRE, SOUSSE



Dr Amel MHIRSI

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Session 4: Soins et services de qualité (prestations de soins) : quelles caractéristiques ?

- **Conférencier :** Dr Michel ROLAND
- **Discutant :** Dr Zaher AHMADI, Dr Foued BOUZAOUICHE, Dr Amel MHIRSI
- **Facilitateurs :** Dr Manel LIMAM, Dr Nihel ELHADDAD

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- Notre système n'a plus les capacités suffisantes pour fournir des interventions abordables +++ le contexte de la transition démographique et épidémiologique

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Modèle des soins de santé primaires intégrés

- Même avant la déclaration d'Alma Ata (1978), le système de santé a été conçu suivant un échelonnement fonctionnel par paliers de soins.
- Le premier échelon représentait : le centre de santé intégré (qu'on appelle aussi : centre local de santé communautaire, Centre de santé de base, Maison médicale...).
- Puis avec la déclaration d'Alma Ata, l'accent a été mis sur l'importance des soins de santé primaires (SSP) et +++ sur les déterminants sociaux de la santé.

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- **Le centre de santé intégré : Une structure pluridisciplinaire, redevable de la santé d'une population dans des conditions bien précisées, avec des fonctions et des missions.**

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Les critères de qualité qui définissent les soins de santé primaires fournis par ce centre de santé intégré

- **Globalité :** tous les déterminants de la santé
- **Intégration :** soins préventifs, curatifs, de réhabilitation, santé communautaire, ...
- **Continuité :** les décisions au bon moment entre les problèmes de santé, et dans la durée.
- **Accessibilité :** géographique, financière, culturelle, ...
- **Efficacité théorique (efficacy) et pratique (Effectiveness)**
- **Efficience (efficiency)**
- **Acceptabilité par la communauté**

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- Ces soins de santé primaires de qualité doivent mettre l'accent selon B. Starfield (1984) sur 4 caractéristiques (4C) :
 - Premier contact
 - Continuité
 - Globalité (comprehensiveness)
 - Coordination
- Ceci a été suivi par d'autres déclarations mettant toujours l'accent sur les SSP dans le but d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et les Objectifs de Développement Durable (ODD).

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- En dehors des trois niveaux classiques du système de santé, d'autres modèles ont été proposés, parmi lesquels celui qui propose :
 - un **niveau 0** : c'est le niveau communautaire basé sur la participation communautaire et la promotion de la santé.
 - un **niveau 0.5** : structure de bas seuil dédiée particulièrement aux populations plus vulnérables.
 - un **niveau 1.5** : un niveau de support pour la première ligne et qui regroupe les structures sortant de l'hôpital (Nouveau paradigme de la responsabilité sociale : soins palliatifs, patients consommateurs de produits, suivi grossesses non compliquées, ...)

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- Le plus important c'est la notion de pénétration et d'interrelation entre les différents niveaux de soins ainsi que la notion de modèle Trans → les différents éléments du système sont en interrelation directe au niveau :
 - Différentes catégories professionnelles,
 - Différents secteurs (CSB, planning familial, soins à domicile...),
 - Différentes disciplines
 - La transversalité (curatif, préventif, palliatif,...)
 - trans lignes de soins (les différentes lignes 0-0,5-1,5-2-3).

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Système local de santé de qualité

- La mise en place d'un système local de santé de qualité doit reposer sur certains points :
 - La constitution Tunisienne offre le jalon principal de la mise en place de cette organisation à travers la **gouvernance locale** (partir de l'unité fonctionnelle du système)

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- Penser à réactiver Le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS), a été initié depuis les années 1980 (qui fait face à plusieurs insuffisances : relâchement dans le suivi et l'évaluation, pas de financement, manque de motivation...)
- **Importance de l'approche adoptée :** approche participative, approche centrée sur les clients, réactivité du système, ...

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- **Importance de l'établissement dans son environnement :** Géographique, social, culturel, épidémiologique et politique
- **Importance de la formation :** encourager et valoriser les mastères et Formation continue
- **Rôle important des professionnels de santé (engagés selon leurs aptitudes et compétences pour répondre aux besoins).**

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- **Initier la démarche qualité à tous les niveaux même en première ligne (qualité et la sécurité des soins) avec un système de suivi et d'évaluation**
- **S'engager dans les démarches d'accréditation et de certification (INEAS, Ordre des médecins/médecins dentistes et pharmaciens)**

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

- **Repenser à la rémunération**
- Une révision du financement et des rémunérations
- Passer du paiement à l'acte vers les rémunérations au forfait ou ou bien adopter un système mixte avec des mesures incitatives selon : l'atteinte des objectifs de santé (équilibre du diabète, ...), la localisation géographique (encourager pour combler les déserts médicaux, ...), valoriser le Développement Professionnel Continu et la Formation Continue.
- Rôle de la CNAM et enseigner aux Assurances privées dans le but d'atteindre une Couverture Sanitaire Universelle.

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Critères de qualité

des soins	des pratiques	des systèmes de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Globalité • Continuité • Intégration • Accessibilité (géographique) • Efficacité ou adhésion (qualitative) • Efficience théorique (efficacy) • Efficacité pratique (effectiveness) • Efficience opérationnelle (efficiency) • Compréhension • Performance • Qualité de soins • Travail de groupe • Formation • Promotion conjointe de sujet 	<ul style="list-style-type: none"> • Paradigme trans • Accessibilité (financière, géographique, etc.) • Réactivité • Responsabilité sociale • Multidisciplinaire • Promotion de la santé • Qualité (qualité) • Travail de groupe • Partenariat de communauté (COS) • Autonomie des intervenants • Promotion conjointe intervenants de la santé (soins à domicile) • Solidarité • Médecine préventive • Autonomie de recherche • Recherche collaborative • Evidence based medicine • Centres de formation académique • Formation continue (accréditation) • Amélioration continue des pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Structuration du système en niveaux des soins • Prise de conscience, engagement et mise en réseau de soins ("network") • Prise de décision transversale entre les niveaux de soins ("cross") • Participation de la population et des individus • Solidarité • Modes de financement alternatifs • Coopération avec partenaires • Objectifs partagés (politique de santé, "vision" des intervenants) • Usage en compte délégué de la santé (soins à domicile) • Responsabilité sociale • Organisation et l'intégration des soins • Système d'impulsion performant et autonome • Développement de soins • Documentation opérationnelle des techniques de soins • "Qualité basée médecine" • Pratiques exemplaires • Satisfaction des patients et des citoyens

Plan en système local de santé de qualité : Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Panel 5: Système d'informations pertinent, données et évaluation



Dr Jihene SAHLI



Mme Mariem GHADDAB

Conférenciers

PANEL 5 : SYSTÈME D'INFORMATIONS PERTINENT, DONNÉES ET ÉVALUATION

SAMEDI 03-04-2021 DE 10:30 A 12:00 (GMT+1)



Dr Abderraouf CHERIF

PROFESSEUR EN CHIRURGIE
GÉNÉRALE À LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE TUNIS
ANCIEN MINISTRE DE LA SANTÉ
EN TUNISIE



Dr Abdallah BCHIR

PROFESSEUR EN MÉDECINE
PRÉVENTIVE ET COMMUNAUTAIRE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONASTIR



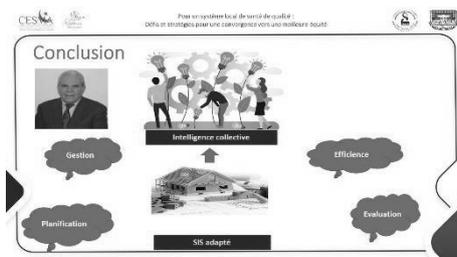
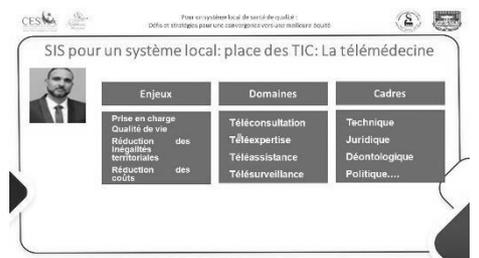
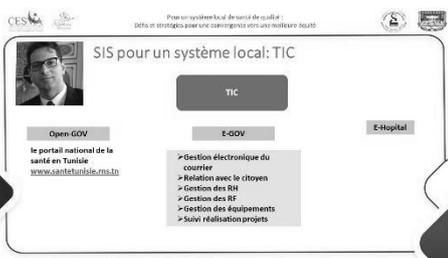
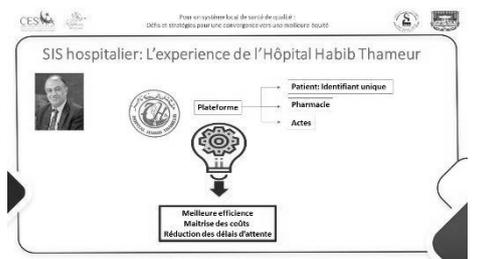
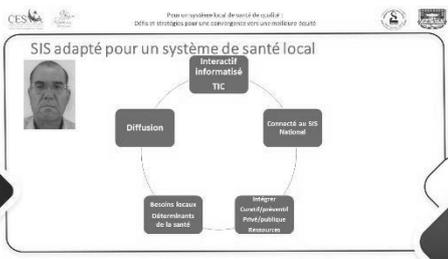
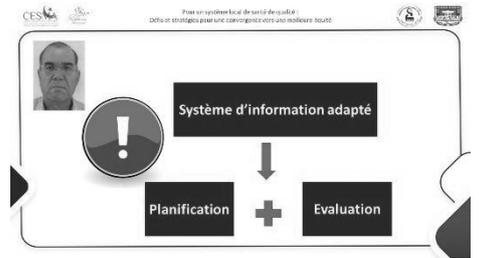
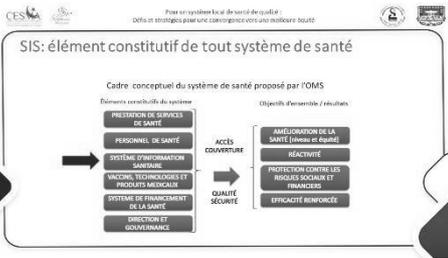
Dr Ahmed MAALEL

MAITRE ASSISTANT EN
INFORMATIQUE À L'ISSAT
MEMBRE DU LABORATOIRE RIADI-ENSI



Dr Khaled MAAREF

PROFESSEUR AGRÉGÉ
EN MÉDECINE PHYSIQUE
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE SOUSSE



Panel 6 : Participation, partenariat et collaboration



Dr Amel AMARA



Dr Wejdene BEN MANSOUR

PANEL 6 : PARTICIPATION, PARTENARIAT ET COLLABORATION

SAMEDI 03-04-2021 DE 12:00 A 13:30 (GMT+1)



Dr Christian MESENGE

DOCTEUR EN MÉDECINE
PHD EN SCIENCES PHARMACOLOGIQUES



Dr Habib MILI

MÉDECIN SPÉCIALISTE
EN MÉDECINE DE TRAVAIL



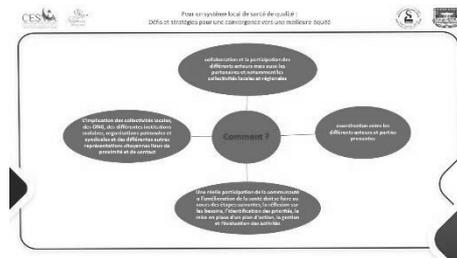
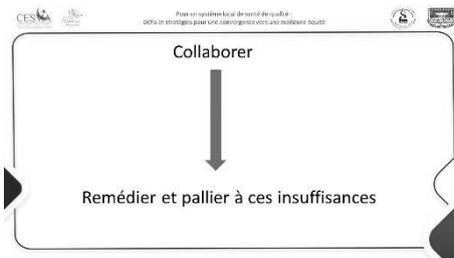
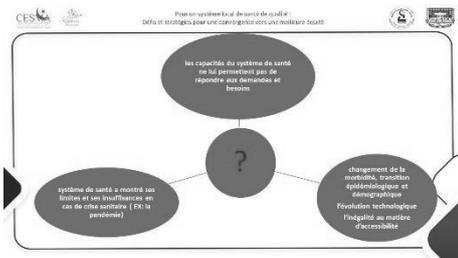
Mr Jamel MSALLEM

PROFESSEUR PARAMÉDICAL
INSTITUT SUPÉRIEUR DES SCIENCES
DE LA SANTÉ DE MONASTIR



Dr Lotfi TARCHOUNA

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
EN DROIT PUBLIC



- Plan en système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé
- Limites**
- Partenariat non organisé
 - Absence de travail de la société civile dans quelques localités et délégations
 - Actions conjoncturelles pas dans le cadre d'un programme bien élaboré ou plateforme commune
 - Jugement négatif de la décentralisation
 - Chapitre 7 de la constitution relatif au pouvoir local...2/3 de cette législation n'est pas encore entrée en vigueur
 - Pas de vrai pouvoir réglementaire ...pas de réelle autonomie

- Plan en système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé
- Pas de fondement juridique pour collaborer
 - Relation conflictuelle entre autorités locale et centrale
 - Aptitudes amputées des collectivités locales en matière de gestion de crise sanitaire malgré les efforts fournis et maintes exemples de réussite en matière de prévention de propagation du virus ainsi le soutien des catégories sociales vulnérables
 - Les exigences de l'unité de la gouvernance ont fortement contrarié les opportunités ouvertes par la pandémie aux collectivités locales

Plan en système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

L'approche par le territoire nous permettra de sortir d'un système uniformisé et sur administré vers l'émergence d'un nouveau modèle d'offre de soins de santé mieux organisé adapté en faveur d'une médecine de proximité pour garantir l'accès à des soins de qualité

Panel 7: Financement de la santé : de la théorie à la pratique



Pr Ag Mariem GHARDALLOU

Conférenciers



JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ :
DÉFIS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ



PANEL 7 : FINANCEMENT DE LA SANTÉ : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

SAMEDI 03-04-2021 DE 14:30 A 16:00 (GMT+1)



Dr Riadh BEN ABBES

INSPECTEUR GÉNÉRAL
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE



Dr Abdelwahed EL ABESSI

HAUT FONCTIONNAIRE INTERNATIONAL
RETRAITÉ (OMS ET UNICEF)
ACTIF DANS LA SOCIÉTÉ CIVILE



Dr Chokri ARFA

ECONOMISTE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



Dr Ridha GATAA

DIRECTEUR DU CENTRE
NATIONAL PÉDAGOGIQUE
DES CADRES DE SANTÉ

Plan de système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

État des lieux: Les principales défaillances du système de soins primaires (pilier d'un SS performant)

- **Fragmentation** : deux principaux systèmes de couverture maladie (assistance médicale gratuite et l'assurance maladie) + différence dans l'accès aux secteurs de l'offre de soins
- **Disparité des missions**: secteur privé (soins curatifs), secteur public (soins préventifs et curatifs) → flux des assurés sociaux vers le secteur privé
- **Problèmes d'accessibilité, organisation et équité**: problèmes de disponibilité des consultations aux CSB, des médicaments...
- **Problèmes de financement**: paiement des ménages élevé surtout au niveau du secteur privé/ différence au niveau de financement entre secteur privé à l'acte) et public (budget)

Plan de système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Pistes de réflexion

- Deux grandes perspectives: CSU et la gouvernance locale → pour les atteindre, il faut repenser la première ligne (DS) → quel rôle du système de financement pour reformer la 1^{re} ligne?
- **Instaurer un Service local de santé universel**: panier de soins primaires pour tous + organisation centrée sur le patient+ promotion des soins de qualité
- **Préserver et renforcer les acquis du financement**
- Collecte des fonds : Diversifier les sources de financement
- Mise en commun des fonds : CSU + autres cotisations + budget alloué aux Structures de soins SP (état)
- Achat des prestations : migration du système budgétaire vers le système de financement à la performance & séparation entre acheteur et prestataire.
- **Gouvernance**
 - Confier à la **CNAM la gestion de la CSU** et le financement de l'ensemble des prestations de soins profit de tous les citoyens (acheteur unique)
 - Instaurer le **service public** de santé centré sur le citoyen et **incluant public + privé**

→ La gouvernance doit se concevoir aux 3 niveaux

Plan de système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Comment relancer les soins de santé primaires en s'inspirant de l'initiative de Bamako

- Pour sortir de la crise de financement et progresser vers la Couverture Santé Universelle avec maîtrise des dépenses → 4 lignes d'actions stratégiques:
 1. Promouvoir la santé et réduire la charge de morbidité
 2. Améliorer l'efficacité du système de santé de santé
 3. Renforcer l'équité et l'efficacité de la protection financière
 4. Augmenter les dépenses publiques de la santé qui stagnent autour de 4% du PIB
- **Faire le choix stratégique de la santé familiale et de proximité** (porte d'entrée...)
- Le projet de politique nationale de santé produit dans le cadre du dialogue sociétal donne la vision et un ensemble de choix stratégiques pour reformer le système et aller vers la CSU

Plan de système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Prérequis d'un système de financement qui s'adapte à un système de santé local

- Fragmentation dans la collecte et aussi dans l'achat
- Le niveau élevé du paiement direct (appauvrissement)
- Absence de régime unique de protection sociale (cnam et ass
- Inefficacité de l'utilisation des ressources
- Conséquences: au niveau local et national (accès, utilisation des ressources et qualité)
- Financer un syst de santé local: depend de la mobilisatio
- Bonne gouvernance, analyse des 3 fonctions de manière séquentiel → panier unique

Plan de système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Partenariat public privé

En 2014 le dialogue sociétal a recommandé la promotion de la complémentarité Public-Privé et des mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre les secteurs et corriger certains problèmes de financement de la santé,

Plan de système local de santé de qualité
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure santé

Partenariat public privé

En Tunisie, l'importance de la complémentarité entre le secteur public, le secteur privé et la société civile **n'est plus à démontrer.**

Les projets de partenariats: prometteurs pour le développement harmonieux des 2 secteurs

Toutefois, il est indispensable d'établir des cadres juridiques plus claires, régissant la participation privée dans le secteur publique.

La clarté et l'efficacité de ces cadres sont les seuls garants d'attirer les investisseurs, et d'aboutir au succès de ces projets.



Labo Recherche : QuaS-MaSS, LR12ES03

Panel 8: Ensemble vers l'Unité pour la santé au niveau local



Dr Montaha BEN KACEM



Dr Skander ESSAFI



Pour un système local de santé de qualité :
Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité



JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
 POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ :
 DÉFIS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ

PANEL 8 : ENSEMBLE VERS L'UNITÉ POUR LA SANTÉ AU NIVEAU LOCAL
 SAMEDI 03-04-2021 DE 16:00 A 17:00 (GMT+1)

Dr Ali MTIRAOUÏ CONSULTANT INTERNATIONAL EN MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ SPÉCIALISTE EN MÉDECINE COMMUNAUTAIRE	Dr Hedi ACHOURI ANCIEN DIRECTEUR DE LA TUTELLE DES HÔPITAUX	Dr Miled BEN DALI MÉDECIN PÉDIATRE DÉPUTÉ	Dr Nejjib MRIZEK PRÉSIDENT DU COMITÉ MÉDICAL DU CHU FARHAT HACHED

Session 8: Ensemble vers l'Unité pour la santé au niveau local
 Objectif: Un système répondant aux besoins de santé dans une région donnée, répondant aux exigences de qualité.

<p>Conférencier: Pr. Ali Miraoui</p> <p>Problème de fragmentation du système de la santé</p> <p>Pour une santé de première ligne intégrale pour la population: des bien portants (0-5-30) à risque (santé scolaire), malades (services hospitaliers)</p> <p>Pour un modèle englobant des soins de proximité, de la communauté, avec des soins centrés sur le patient.</p>	<p>Conférencier: Dr. Hedi Achouri</p> <p>Gestion de l'épidémie locale de Choléra au Kaf, 1986</p> <p>Impact d'une action de riposte de santé publique</p> <p>Contraintes: Logistique pauvre, médicaments, dispositifs médicaux</p> <p>Atouts: Equipe multidisciplinaire, appui essentiel de l'autorité régionale, communication ++</p>	<p>Conférencier: Nejib Mezak</p> <p>Exposition de la population: Risque au maladies professionnelles et Qualité des soins</p> <p>Pour un système local de Prévention/ des nouveaux défis en médecine de travail</p> <p>Besoin de s'adapter aux besoins de la population active, de respecter les droits de travail</p> <p>Enjeux de prévention 2040: Législation et facteurs de risque</p>
---	--	--

SLSQ : Un modèle englobant

- Des soins de proximité (1ere ligne)
- Une communauté définie
- Une stratégie pour cibler les problèmes de santé de la communauté

- Définir et connaître les caractéristiques de la communauté
- Identifier les problèmes de santé de cette communauté
- Concevoir les approches (pgn, intervent) en fonction de 1 et 2
- Evaluer et surveiller l'efficacité des approches et programmes

Ali.Miraoui@gmail.com

SLSQ : (R x P²)/T

STRATEGIES	PROMOTION	PROTECTION	RESTAURATION		
POPULATION	Population Générale	Groupes avec FR	Personne à haut risque	Malades	
TYPES D'INTERVENTION	Préventive Universelle	Prév. sélective	Prév. Indiquée	Tmt	Réad. apt.
APPROCHES	Communautaires / S. Pub		Individuelles/ Clinique		

Ali.Miraoui@gmail.com

SLSQ

- Intégré**
 - Tous les éléments du SS devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité
- Adéquatement outillé**
 - SS devrait avoir suffisamment Professionnels compétents, Financement, Informations, Fournitures & d'Installations & répondre aux besoins des gens

Ali.Miraoui@gmail.com

SLSQ

- Accessible**
 - obtenir les bons soins au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur
- Territoire**
 - Des conditions de base
 - une population de référence, un modèle organisationnel et la gestion de l'information sanitaire (TIC);

Ali.Miraoui@gmail.com

SLSQ

- Accès sur le patient**
 - Professionnels devraient adapter leurs services aux besoins & aux préférences des malades
- Axé sur la Sté pop.**
 - Le SS doit viser à prévenir la maladie et à promouvoir la santé des citoyens
- L'idée centrale**
 - Les déterminants de la Sté
 - L'intégration de l'approche individuelle (médecine) et l'approche populationnelle (santé publique)

Ali.Miraoui@gmail.com

SLSQ

But ultime : ... des soins de qualité = soins efficaces, équitables, prenant en compte les besoins et les désirs du patient

<p>Efficace</p> <ul style="list-style-type: none"> des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les données de la science 	<p>Efficient</p> <ul style="list-style-type: none"> chercher constamment à diminuer le gaspillage (fournitures, matériel, temps, informations ...)
<p>Sûr</p> <ul style="list-style-type: none"> pas de préjudices causés par les accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner 	<p>Equitable</p> <ul style="list-style-type: none"> la qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit

Ali.Miraoui@gmail.com

SLSQ

Convergence : allez au delà, ratissez large

- le tout en créant un **Partenariat solide** entre les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les établissements de formation en sciences de la santé et la communauté (usagers, ONG ...).

Reidun C. Research Unit for Health, NANO, 2000

SLSQ

Actions Universelle pour améliorer le SLSQ

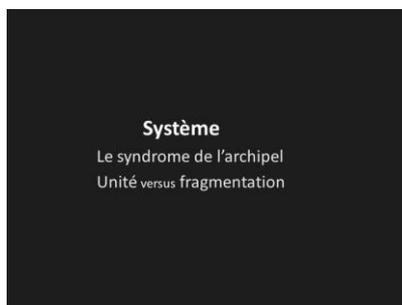
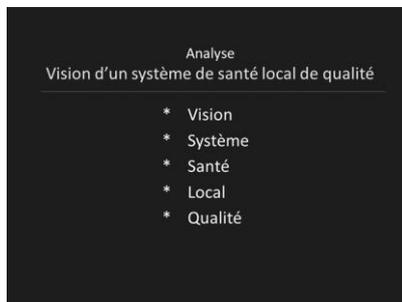
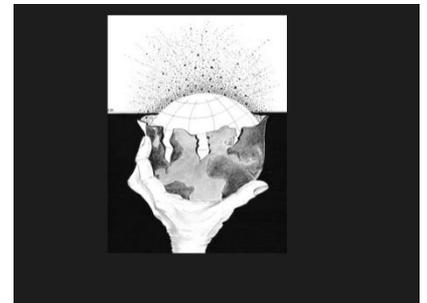
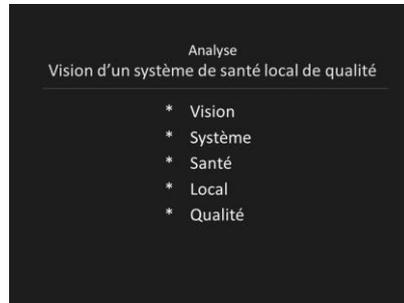
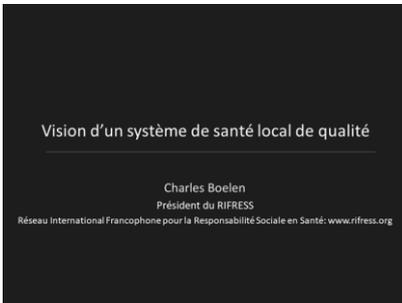
Aucune action ne peut être menée a bien sans 4 types de méthodologie

Ali.Miraoui@gmail.com

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Annexe 3 : Les conférences

Panel 1 : « d'un système de santé de qualité : ce que doit inclure un système local de santé de qualité d'après la documentation en vigueur »





L'approche multisectorielle de la gestion de la crise COVID dans la région de Sousse

Dr Mohamed Ghodbani
Directeur Régionale
Direction régionale de la Santé de Sousse

Introduction

- En peu de temps, une flambée épidémique localisée de COVID-19 s'est transformée en une pandémie mondiale.
- Trois caractéristiques font de cette maladie un problème de santé publique :
 - Gravité: 20 % des personnes infectées développent une forme grave ou critique de la maladie.
 - La contagiosité
 - Coût : Conséquences socio économiques graves; multiples et profondes.

Devant tout problème de santé publique une stratégie à adopter qui répond à ces étapes

- Préalable
- Diagnostic
 - Analyse et identification du problème de santé
 - Définition des priorités
 - Formulation du problème
- Programmation
 - Formulation des objectifs
 - Identification des ressources
 - Etablissement d'une stratégie d'intervention
 - Etablissement d'un plan opérationnel
- Mise en œuvre
- Evaluation

Rappels des mesures en fonction des différentes phases de l'épidémie

Caractéristiques de la phase	Objectifs
Phase 0: Aucun cas signalé dans le pays	Sensibiliser la population à l'idée de mesures de contrôle
Phase 1: Cas isolés importés	empêcher une transmission prolongée.
Phase 2: Extension de l'épidémie	Contenir et ralentir la transmission
Phase 3: Les épidémies localisées dans des chaînes de transmission:	retarder la transmission pour différer et réduire les pics d'épidémie et le fardeau sur les services de santé
Phase 4: Transmission communautaire soutenue et généralisée	Réduire la mortalité parmi les cas graves : Arrêter les activités de recherche des contacts à quelques exceptions près, en fonction du besoin et de la nécessité, tel que les épidémies dans les hôpitaux Utiliser la définition de cas syndromique adaptée au pays pour compter les cas

- le premier cas dépisté covid plus en Tunisie a été pris en charge au service des maladies infectieuses au CHU hospital Farhat Hached de Sousse en mars 2020.
- Dès le début de cette pandémie, un comité scientifique pilote s'est formé, il travaillait en collaboration avec une équipe régionale multisectorielle au niveau du gouvernorat invitant et impliquant les structures sous tutelles pour une meilleure efficacité

CELLULE REGIONALE DE VEILLE SANITAIRE (CRVS)

Profil	Nom et Prénom	Lieu d'exercice	N° de téléphone	N° de Portable
Directeur régional	Dr Sami Rezig	Direction régionale de la santé	73221188	98417286
Point Foco de VI	Dr Hanaa Terzi	Direction régionale de la santé	73 228 810	98 458 884
Secrétaire de la cellule épidémiologique	Dr Mohamed Mousni	Direction régionale de la santé	73 227 188	98493270
Chef de service de la médecine Soignée	Dr Nouel Felih	Direction régionale de la santé	73 227 138	93 686 860 98827891
Secr. Directeur de la santé communautaire	Mi Belgacem Guedri	Direction régionale de la santé	73223913	99 393 906
Chef de service du SAMU	Dr Housni Ghali	CHU Sahloul	73989138	99 481 279
Représentant des Structures Privées	Dr Khalid Essaidi	Clinique Essaidi	73218975	98493184
Représentant des médias Presse	Dr Mohamed Ben Salah	Canal de Tounes		98 475 047
Représentant au CHU Farhat Hached	Pr Amel Lakhal	CHU Farhat Hached	73 221 411	98 404 546
Représentant au CHU Sahloul	Pr Agni Chouah	CHU Sahloul	73 949 448	93 421 134

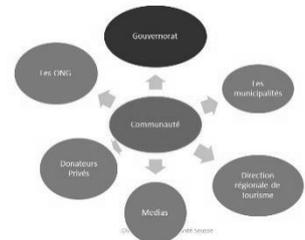
Objectifs généraux de la lutte contre la pandémie

- Ralentir la transmission
- Réduire la mortalité associée à la COVID-19.
- Protéger le système de santé
- Assurer la continuité des autres services sanitaires

Système de soins

- La direction régionale (Sous Direction des soins de santé de base, sous direction de la santé environnementale et direction de promotion)
- Les CSB (rôle dépistage, prélèvement, tracing, suivi)
- Les urgences
- SAMU
- Laboratoires d'analyse étatiques et privés
- Les structures hospitalières étatique et privés
- Faculté de médecine (département de médecine communautaire, services épidémiologie, service d'hygiène hospitalière)
- Université de Sousse : Recherche (respirateurs, visières, ...)

Les parties prenantes à l'échelle de la communauté



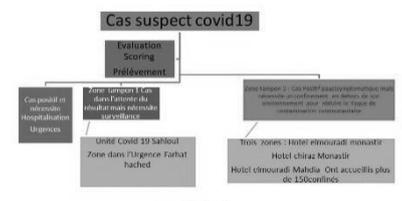
Secteurs extra sanitaires

- Gouvernorats : application des recommandations nationales de lutte contre la pandémie
- Secteur de l'éducation en collaboration avec la médecine scolaire
- Secteur du Tourisme
- Secteur du travail et de l'industrie en collaboration avec GMT, Médecine du travail, ...)
- ONG (Conseil d'ordre des médecins, Scoot, croissant rouge, AZIMA..)
- Associations (Union des femmes, ROTARY, INERWEEEL, Arij, ...)
- UTICA;UGTT
- Medias

Coordination des interventions du secteur sanitaire et les autres secteurs



Les zones tampons dans le cadre de la lutte contre le covid 19 : rôle dans la réduction de la transmission dans la communauté (Croissant rouge + tourisme)



Les structures intervenants dans la lutte contre le virus

Les laboratoires d'analyse des prélèvements RT-PCR secteur public : labo bacterio FH et labo virologie Sah et les laboratoires privés : 4

Présence ligne	Deuxième ligne	Secteur privé
Contact Tracing : les 17 centres régionaux sanitaires pour l'arrêt de la chaîne de transmission des personnes suspectes dans le cadre de la prise en charge des médecins de première ligne dans les CSB	SAHVI : l'équipe de prélevement réalisée par les équipes de soins de première ligne assurait le contact et le suivi des personnes suspectes et les personnes à risque de contagion	Les médecins de bien pratiques généralistes, spécialistes assurait le suivi des personnes suspectes et les personnes à risque de contagion

Les centres de confinement : rôle dans la réduction des cas importés (tourisme + croissant rouge)



Numéros de tel à la disposition des citoyens : rôle d'information et soutien psychologique (Gouvernorat)

Numéro vert Covid-19 : 80109980
Assurée par des médecins volontaires et une psychologue attachée à la direction régionale de la santé de Sousse : 1500 appels depuis mars jusqu'à aujourd'hui (présence continue depuis septembre à janvier 2021 ; 12 heures par jour)
Pour répondre aux questions et réclamations des citoyens et aussi pour communiquer les résultats des prélèvements aux patients une ligne téléphonique a été mise sous la disposition
+ 73224610
+ 73224371
Activité assurée par une équipe de cinq paramédicaux de la sous direction de la santé de base

Unité COVID19 Sahloul : Donateurs privés

« Unité Covid 19 » à l'hôpital universitaire de Sahloul de Sousse, a été inaugurée le 16 avril 2020 consacrée à la prise en charge des patients suspects de contamination par le coronavirus. Espace indépendant installé sur une superficie de 400 mètres carrés, elle comprend une salle d'attente, 3 salles d'hospitalisation d'une capacité de 3 patients chacune et une grande salle consacrée aux patients ordinaires abritant 6 patients au maximum.

À l'unité covid 19 CHU Sahloul: 14 lits et 5 lits de réanimation ont été créés pour permettre l'hospitalisation des patients dans l'attente du résultat et qui ne peuvent pas renvoyer à leur domicile vu leur état critique, qui nécessitent une surveillance ou des soins médicaux.



Direction Régionale Santé Sousse

Zone tampon 2:
Le confinement obligatoire covid plus est assuré dans les centres covid plus de Monastir skanes et hotel chiraz et hotel el mouradi Mahdia (tourisme et croissant rouge)

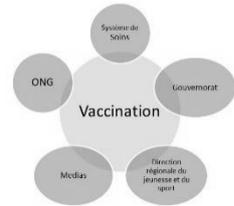
Pour réduire le risque d'une contamination communautaire 3 centres de confinement obligatoires ont été créés à Monastir en avril 2020

Plus de 150 cas covid plus ont été référés de Sousse à ces centres depuis le début de la pandémie et continue à accepter jusqu'à maintenant des patients covid plus pauci symptomatique et dont l'environnement est propice pour propager la contamination



Direction Régionale Santé Sousse

Étape de la vaccination



Direction Régionale Santé Sousse

Conclusion

- Le monde a été confronté à une menace sans précédent par cette pandémie.
- La coordination et l'alliance des efforts sont cruciales pour un succès collectif.
- Des partenariats collaboratifs public-privé l'échange d'expériences et de soutien de la société civile ainsi qu'une priorisation et une bonne gestion de ces ressources sont indispensables pour affronter cette épreuve

Panel 2 : « Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité »

THENet
Training for Health Equity Network



Réimaginer un système de santé local centré sur la personne: Questions et défis

Le Centre d' Etudes Stratégiques sur le Maghreb

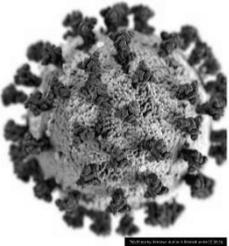
Source le 2 Avril, 2021
André-Jacques Neusy

Aperçu 

- Le système de santé et ses limites
- Interactions entre les niveaux de soins de santé
- Quelle santé primaire ?
- Quel est le rôle du CHU dans l' écosystème sanitaire d'un territoire?
- Discussion



comment rendre le système de prestation de soins plus centré sur le patient et plus efficace pour améliorer les résultats ?



Limites du système de santé 

- L'aspiration vers la CSU et accès au système
- Quelles leçons à tirer de la pandémie Cov-19 ?
 - Inéquités et disparités sanitaires
 - Système dysfonctionnel
 - Modèle basé sur la notion de guérison plutôt que soins
 - Élargir la notion de santé et de ses déterminants
- Multiples facteurs échappent au contrôle du système

Les niveaux du système de santé 

- Les fractures du système hospitalocentrique (Durant Cov19 l'hôpital est à la fois première et dernière ligne)
- Besoin d'un système de soins de santé ancré sur les soins de première ligne avec l'hôpital comme sauvegarde (backup)
- Reconcevoir les soins de santé primaires et ses interactions avec les autres niveaux de soins
- Comment intégrer la santé primaire dans un système dysfonctionnel?
- Implications pour la formation du personnel de santé et nécessité d'alignement

Réimaginer la santé primaire – pour une nouvelle conception 

- Divorce entre spécialités et le généralisme (eux et nous)
- Viellissement des populations et comorbidités multiples
- Besoins des populations et déterminants de la santé
- Modèle socio-bio médical élargi des soins de santé primaire centré sur les objectifs définis avec les patients (succès mesuré par l'atteinte des objectifs)
- Équipe de soins transdisciplinaire au même endroit (one stop shop)
- Rôle de coordination du généraliste pour réduire la fragmentation des soins hospitaliers, assurer continuité des soins et la couverture des comorbidités

Réimaginer la santé primaire (cont...) 

- Développer des **Unités de Pratique Intégrée** (UPI-équipe transdisciplinaire de généralistes et spécialistes dédiée à un problème de santé spécifique)
- Développer des **voies (pathways) de pratique clinique intégrées** pour chaque UPI, centrées sur les besoins articulés autour du cadre des déterminants de la santé
- Télémédecine** utilisée par l'équipe transdisciplinaire pour les services et soins du patient à son domicile
- Prestations récompensent la prévention et l'intervention précoce et **basée sur les résultats**

Défis pour le CHU (suivant le contexte) 

- Organisé selon le modèle de l'entreprise corporative
- Continuité des soins et manque de transition
- Patient est devenu l'unité de production
- Fragmentation des soins, des politiques de départements et de l'administration
- A qui les professionnels de la santé rendent-ils/elles compte?
- Interventions médicales tardives et axées sur les spécialités-coûts en spirale

CHU–Centre Académique de l'Ecosystème de la Santé (CESSA) d'un territoire 

- Concept centré sur les besoins
- Système dépasse les limites physiques de l'hôpital universitaire
- Le réseau d'affiliés couvre le territoire
- Tirer parti des ressources académiques
- Partenariat pour identification des besoins de santé du territoire
- Développer des stratégies partagées pour y répondre
- Prestation de soins à travers son réseau d'affiliés
- Les praticiens de la santé communautaire sont intégrés en tant que cliniciens-praticiens-enseignants à tous les niveaux

CHU–Centre Académique de l'Echo-Système de la Santé (CESSA) cont... 

- Formation des étudiants par apprentissage actif en team-résolution de problèmes et distribués dans l'écosystème
- CHU reste la troisième ligne pour soins spécialisés et l'enseignement clinique. La conception de l'hôpital doit être repensée avec deux perspectives importantes: adaptabilité et polyvalence de services
- Mission de la recherche à travers les différents niveaux du réseau

CHU–Centre Académique de l'Ecosystème de la Santé (CESSA) cont... 

- Plateforme numérique et outils informatiques de l'écosystème
- Base de données partagée entre secteurs
- Identification des besoins en santé
- Développer des interventions collaboratives et ciblées
- Évaluation des impacts
- Saisie des données relatives aux déterminants
- Évaluation en temps réel du risque pour la population et pour l'individu
- Surveillance épidémiologique
- Cartographie des ressources des communautés servies par le CESSA
- Outils informatiques: dossiers médicaux électroniques, télémedecine et éducation à distance

LEARN GLOBALLY REINVENT LOCALLY JOIN OUR COMMUNITY OF PRACTICE TO SHARE YOUR LESSONS LEARNED AND LEARN FROM OTHERS

PLANTING THE SEEDS FOR HEALTH EQUITY AROUND THE WORLD



THENet
Training for Health Equity Network
www.thenetcommunity.org

Panel 3 : « Accès /Accessibilité aux soins & couverture universelle »

Plan

- **Introduction:**
- **Déterminants de l'accès aux services de santé de qualité et les barrières d'accès**
- **Les éléments essentiels de l'accès et de la CSU**
- **Mesure de l'accès et de la couverture santé universelle**
- **Conclusions**

Accès aux services de santé et couverture santé universelle

Dr Belgacem Sabri

Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé/Mouvement de la santé des peuples et collectif associatif de défense du secteur public de la santé

Introduction

- L'accès aux services de santé de qualité est essentiel pour le bien être social, pour l'espérance de vie et pour la protection sociale
- La charte des droits de l'homme reconnaît le droit à la santé
- Droit humain à la santé considéré comme supérieur car équivaut parfois au droit à la vie
- L'OMS soutient l'approche droit pour la santé. La vision de la santé pour tous et la couverture santé universelle en phase avec les ODD
- La mesure de l'accès nécessite un **cadre conceptuel** et des **indicateurs** pour le **suivi et l'évaluation** (sensibles au contexte socio-économique, politique et culturel)
- Selon le pilier des droits sociaux Européen: "Chacun a le droit d'accéder à temps à des services de santé **préventifs et curatifs de bonne qualité** et à un **coût abordable** »

Introduction

- Les 3 **objectifs** du système de santé:
 - améliorer l'état de santé et réduire les **inégalités** en santé
 - assurer un financement **équitable** des services de santé
 - être **réactif** aux besoins non techniques des usagers
- La mesure des performances intègre les dimensions **d'équité, de qualité, d'accessibilité, du respect** de la dignité des usagers, etc.
- Les services de santé ne doivent pas être assimilés à des services **marchands** (éviter les termes de **clients, clientèle**, etc.)
- La concrétisation du droit à la santé ne se limite pas à l'accès aux services de santé mais doit inclure les **déterminants sociaux de la santé**

Introduction

- **Responsabilité de l'état** (droit à la santé):
 - protection sociale en santé (approche de droit et non d'assistance)
 - répartition **équitable** des ressources humaines, physiques et financières entre les régions
 - garantie de la **qualité** et de la **sécurité** des usagers
 - promotion des déterminants sociaux de la santé: protection de l'environnement, habitat, lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
 - lutte contre les inégalités régionales, la **discrimination positive** en faveur des régions défavorisées

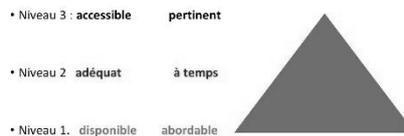
Les objectifs de la couverture santé universelle

- **l'accès équitable aux services de santé** – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs **moyens financiers**, doivent pouvoir y accéder;
- la **qualité** – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;
- la **protection financière** – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des **difficultés financières**

Les déterminants de l'accès aux SS de qualité

- **Disponibilité** des services: ressources humaines appropriées, technologie de santé (**continuité**)
- **Accessibilité géographique** (offre de proximité institutionnelle et non) etc.)
- **Accès aux services à temps** selon les besoins, **punctualité**, temps d'attente, etc.
- **Affordabilité** (accessibilité financière: assurance maladie, niveau des dépenses directs des individus et des ménages, recours aux services non lié aux possibilités financières, etc)
- **Adéquation** (quantité et **satisfaction**)
- **Pertinence** des services: acceptabilité culturelle, absence de stigmatisation, respect des usagers

Hierarchie des déterminants de l'accès aux SS: Europe



Barrières à l'accès aux services de santé

- Manque ou absence de **protection sociale** en santé (en Tunisie **18 %** de la population soit **2 millions** ne disposent de sécurité sociale et de couverture par l'assurance maladie)
- **Coûts élevés** des services
- **Non disponibilité** des services
- Manque de services **culturellement et socialement** adaptés
- Renoncement à la demande de services (**12 %** en Tunisie selon l'enquête de 2016 par l'INSP) barrières non seulement financières.

Conséquences des barrières à l'accès

- **L'absence d'accessibilité entraîne:**
 - retard de la **demande** de services ce qui génère des **complications** qui peuvent menacer le pronostic **vital**
 - besoins de santé **non satisfaits** avec des conséquences négatives sur la **productivité** du travail et **l'économie** individuelle et familiale
 - **renoncement** aux soins ou recherche d'alternatives (auto médication, soins traditionnels, etc.)

Indicateurs de mesure de l'accès aux SS

- Plus de **1000** indicateurs dans le contexte Européen: Comparaison entre les régions et entre les pays
- Pour le cas de la Tunisie: (plus d'une **centaine** par le recueilli de routine)
 - indicateurs de **ressources** humaines et matérielles
 - **utilisation** des services préventifs et curatifs (contacts, fréquentation)
 - **couverture** par des services (programmes nationaux, accouchement en milieu assisté, etc.) les indicateurs de couverture corrigée à la **qualité** (couverture effective) et à la **sécurité** des usagers ne sont pas disponibles.

Indicateurs de mesure de l'accès aux SS

- indicateurs de **productivité** des institutions (TOM, DMS, etc.)
- indicateurs **d'impact sur la santé**: EVN, espérance de vie en bonne santé
- les **enquêtes de ménages** complètent les données relatives à la protection sociale en santé, au non recours, à la réactivité des prestataires publics et privés, au dépistage précoce des maladies, à la qualité de prise en charge des maladies chroniques, au financement de la santé: dépenses des ménages, dépenses catastrophiques et appauvrissement à cause des dépenses médicales, etc.)

Le système de santé tunisien est-il accessible?

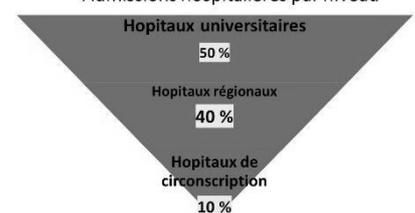
- **Esquisse** de mesure des **performances** du SS dans le cadre du groupe thématique en charge de l'élaboration de la **PNS (dialogue sociétal)**
- Les **statistiques** du MS (2016-2019) et celles de la **CNAM** et certaines études et **enquêtes** (Enquête Nationale de santé en 2016), les comptes nationaux de la santé, etc.
- Analyse comparée avec les pays du **Maghreb central** et les pays de la région OMS EMRO ayant un revenu économique **moyen**
- **Bonne disponibilité** (densité RHS, population par CSB, etc.) mais des **inégalités régionales** persistent
- **85 %** de la population bénéficie d'une protection sociale en santé (système contributif CNAM et assistance)

Utilisation des services de santé

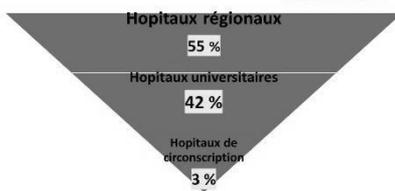
- **Activité ambulatoire y compris les urgences:**

	Tunisie	Algérie	Maroc
• CA publiques per capita:	2	2.4	0.8
- Estimation des consultations ambulatoires en privé (en excluant l'offre pour les non tunisiens) : **1** au total **3 consultations ambulatoires per capita** soit plus que la moyenne (EMRO=2)
- la première ligne publique produit 50 % des actes ambulatoires mais 40 % des contacts se font en urgence ++++

Admissions hospitalières par niveau



Couverture des accouchements eutociques



État des santé des tunisiens

- Espérance de vie à la naissance de **75.4 ans**

Algérie	: 75.6
Maroc	: 74.3
Jordanie	: 74.1

De **5 ans** inférieure à la moyenne européenne pour une dépense de santé **12 fois inférieure** !!!

Population en 2017: **11,446,300**

État des santé des tunisiens

- Espérance de vie à la naissance en bonne santé : **66.7 ans**

Algérie	: 66
Maroc	: 64.9
Jordanie	: 65

- Auto perception de la santé : **57 % bonne**, 11 % mauvaise
- Mortalité maternelle : **45 pour 100000 naissances vivantes**
- Mortalité néonatale : **8.2 pour 1000**

L'accès pourquoi ?

- Information et **capacitation**
- Services préventifs et de promotion de la santé
- Recherche des **solutions** pour des problèmes de santé
- Services de santé de **qualité** dans le respect de la **dignité**
- Être servi dans un environnement **sécurisé** (sécurité des usagers)

L'accès pour qui ?

- Les **citoyens** pour les services de promotion de la santé, la capacitation, l'implication dans la gestion du **système local** de santé
- Les **usagers** pour les services (préventifs, de promotion, curatifs, de réhabilitation et palliatifs)
- Personnel **social** d'accompagnement
- Les associations de la **société civile** (soutien, suivi, observation, etc).

L'accès aux services de santé comment ?

- Parcours **rationnel** et organisé de services de santé
- **Réseaux intégrés** de services (services complémentaires décentralisés autour de certains organes (triade HTA-Rein-rétine) ou pour la prise en charge des cancers en ambulatoire, etc.)
- Implication des médecins privés dans les **programmes nationaux de santé publique** (**maisons médicales ?**)
- Importance de l'**information** et de l'**accompagnement social** dans les structures de santé
- Facilités d'accès pour les personnes à **mobilité limitée**

L'accès aux services quand ?

- Au besoin pour les services **curatifs et urgents**
- Selon **rendez vous** pour les services de promotion et de prévention sanitaire
- **Suivi en ambulatoire** des patients (examens cliniques et investigations biologiques et d'imagerie médicale)
- Admissions hospitalières pour les soins

Système d'offre basé sur la santé de base

- Services de **proximité** centrés sur les **usagers**
- **Participation active** des usagers aux efforts de développement sanitaire au niveau individuel et communautaire
- Implication individuelle et communautaire dans la **planification** des services publics au niveau **local** et dans la **gestion**
- Mise en place des **SLOS (schéma local d'offre de soins)** et **SROS (schéma régional d'offre de soins)** conformément à la **carte sanitaire nationale**
- Offre de services selon une approche de la **santé et médecine de famille**
- Intérêt particulier à la promotion des **déterminants sociaux** de la santé

Conclusions

- Chantier de **réforme visant la CSU**: protection sociale de tous à l'horizon **2030**, intégration des assistés dans la CNAM, réforme de la couverture à travers une filière unique avec possibilité d'assurances complémentaires et un **panier essentiel** de services
- Renforcement de l'**offre de proximité** basée sur les **SSB** et la pratique de la **santé familiale** avec des **parcours rationnels** et des réseaux **intégrés de prise en charge décentralisée**
- Renforcement de la formation en médecine et santé de famille avec la promotion des **campus délocalisés** et de la **responsabilité sociale** des écoles de médecine

Conclusions

- Renforcement de la **participation sociale** en santé en construisant sur l'exercice de démocratie sanitaire du **dialogue sociétal sur la santé**
- **Digitalisation** du système national d'information sanitaire et introduction des données économiques et financières.
- Formulation d'une **stratégie nationale de développement des ressources humaines** pour la santé
- Renforcement institutionnel et promotion de la recherche en santé publique et sur les SS à travers la création d'une **école nationale de santé publique**

Merci pour votre attention



Place de la CNAM dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins et la progression vers la CSU

Dr Sami Ben Abdelfattah

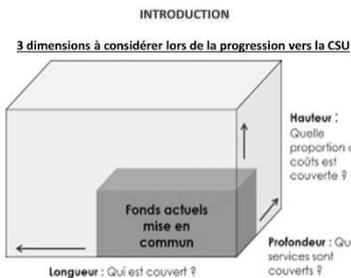
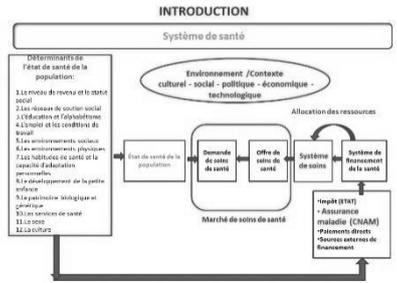
02/Avril 2021

INTRODUCTION

Système de santé >>> système de soins

Système de santé

- Peut être défini comme « l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population et leurs interrelations ».
- Distingue le système de soins, qui n'en constitue qu'un sous ensemble.



1. QUI EST COUVERT ?

COUVERTURE SOCIALE EN TUNISIE

CAISSES	Prestations
<ul style="list-style-type: none"> • CNRPS (secteur public) 1951 • CNSS (secteur privé) 1960 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensions de retraite • Allocations familiales • Allocations de vieillesse • Capital décès
CNAM (secteur public et privé) 2004	Assurance maladie Assurance sociale ATMP

Evolution de l'extension de la couverture sociale

- En 1951: Le régime légal d'assurance maladie a été institué pour la première fois en Tunisie en 1951 au profit des fonctionnaires de l'Etat.
 - ✓ Régimes CNRPS : (Régime obligatoire et Régime facultatif)
- En 1960: la couverture maladie a été étendue aux salariés du secteur privé:
 - ✓ Régimes CNSS (obligatoires) pour :
 - les salariés non agricoles en 1960,
 - les étudiants en 1965,
 - les salariés agricoles en 1970,
 - les non salariés agricoles et non agricoles en 1982),
 - Les catégories à Revenu limité en 2002.

DES AQUIS

Le système a permis à la Tunisie d'améliorer notablement son taux de couverture sociale (85% en 2005) ainsi que les indicateurs de santé parmi les meilleurs au niveau de la région malgré certaines insuffisances !!!



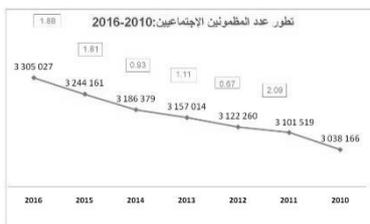
NOUVEAU REGIME ASSURANCE MALADIE



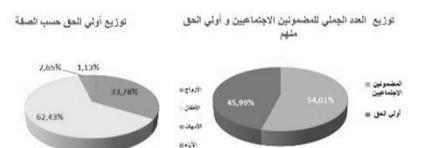
ACCES A LA COUVERTURE AM

- Taux de cotisation abordable 6,75 % et 4%
 - conditions d'ouverture de droit revues à la baisse 2007
 - Ouvrent droit aux prestations en nature:
 - l'assuré ayant 2 trimestres de cotisations
 - et ses ayants droit
 - Est considéré comme ayant droit :
 - ✓ le conjoint non divorcé et non bénéficiaire d'une autre couverture obligatoire d'assurance maladie,
 - ✓ l'enfant jusqu'à l'âge de 25 ans en cas de poursuite d'études universitaires, ou sans limitation d'âge pour les filles célibataires et les handicapés,
 - ✓ l'ascendant à charge qui ne bénéficie d'aucune couverture en matière de soins de santé.
- AMELIORATION DE LA COUVERTURE SOCIALE = 8 millions de bénéficiaires

EXTENSION DE LA COUVERTURE SOCIALE EVOLUTION DES ASSURES SOCIAUX



EXTENSION DE LA COUVERTURE SOCIALE ASSURES SOCIAUX ET LEURS AYANT DROIT



2. QUELS SERVICES SONT COUVERT ?

- La CNAM a été créée en vertu de la loi 71/2004 du 2 août 2004 ayant institué le régime d'assurance maladie.
- Depuis le 1er juillet 2007, elle est gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).



Prestations communes

- Accès à toutes les hospitalisations dans le secteur public et dans les structures sanitaires conventionnées avec la CNAM (HMPIT...)
- Accès aux hospitalisations (selon liste extensible) dans le secteur privé : clinique privées conventionnées avec la CNAM
- Les prestations spécifiques prises en charges actuellement dans les secteurs publics et privés (dialyse, litho, appareillages, greffe d'organes...)

Filière publique (1)

en plus des prestations communes aux trois options :

- Accès à toutes les structures publiques de santé, polycliniques de la CNSS, hôpital militaire
- Mode du Tiers payant
- Ticket modérateur (tarif réduit AMG 2)
- Exonération du ticket modérateur si :
 - ✓ APCI
 - ✓ Somme annuelle TM dépasse 1,5 (salaire ou pension)

Filière privée (2)

PCS - TP

en plus des prestations communes aux trois options :

- Couverture de tous les soins ambulatoires dispensés ou prescrits dans le respect du parcours coordonné de soins
- Principe : Fidélisation de l'assuré auprès d'un médecin de famille qui accepte cette mission

- Tiers payant : paiement direct par la CNAM avec Plafond annuel
- Ticket modérateur sauf APCI
- Exception faite pour certaines spécialités

- Un levier facilitateur de l'accès aux soins:
 - Accès financier: TM ou privé/gratuit en cas d'APCI
 - Accès géographique: MF géographiquement disponibles et accessibles
 - Assurer une continuité des soins
 - Aider au décongestionnement des structures sanitaires

Faciliter l'accès aux soins Système de santé local

EVOLUTION DE LA REPARTITION DES ASSURES PAR FILIERE



Protection des assurés contre les dépenses catastrophiques

sont exclus du plafond annuel, pour toutes les catégories d'assurés sociaux de la FP et du SR, les prestations de soins suivantes : ***

- le traitement et le suivi des affections lourdes ou chroniques prises en charge intégralement (APCI),
- la chirurgie cardio-vasculaire,
- les hospitalisations y compris les soins dispensés lors d'une hospitalisation de jour,
- les explorations par scanner, IRM, scintigraphie,
- les soins thermaux,
- l'hémodialyse rénale,
- les appareillages et prothèses,
- la rééducation fonctionnelle.

cout supportable de l'accès aux soins

Le système de remboursement (3)

en plus des prestations communes aux trois options :

- Accès à tous les soins ambulatoires
 - dans le secteur privé
 - dans le secteur public

Libre choix Faciliter l'accès aux soins Système de santé local

- Avance des frais de soins puis remboursement par la CNAM

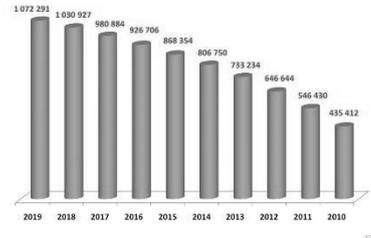
- plafond annuel pour les MO
- Pas de plafond pour les APCI

APCI LISTE DES AFFECTIONS PRISES EN CHARGE INTEGRALEMENT APCI

- Diabète insulinodépendant ou non insulinodépendant ne pouvant être contrôlé par le seul régime.
- Dystrophia.
- Allergies hypophysaires.
- Affections vasculaires.
- ETC.
- Cardiopathies coronariennes et valvulopathies.
- Insuffisance cardiaque et troubles du rythme.
- Allergies alimentaires et leurs complications.
- Phlébites.
- Cholestérol élevé.
- Insuffisance rénale chronique.
- Rétinopathie.
- Épilepsie.
- Maladie de Parkinson.
- Hypertension.
- Insuffisance rénale chronique.
- Burns graves, infections chroniques.
- Maladies auto-immunes.
- Tumeurs et métastases malignes.
- Les maladies infectieuses chroniques de l'adulte.
- Hépatites chroniques actives.
- Cirrhose et insuffisance hépatique.
- Citronisme.
- Sclérose latérale.

amélioration de l'accès aux soins Ticket modérateur GRATUIT

EVOLUTION DES BENEFICIAIRES D'APCI



AMELIORATION DE L'ACCES AU SERVICES COUVERTS OUVERTURE SUR L'OFFRE DE SOINS DANS LE PRIVE

LE CONVENTIONNEMENT

Convention cadre	Date
Convention des médecins de libre pratique	04/02/2006
Convention des médecins de libre pratique	19/12/2006
Convention des médecins dentistes de libre pratique	19/12/2006
Convention des laboratoires d'analyses médicales	19/12/2006
Convention des cliniques privées	29/03/2007
Convention des pharmaciens d'officine	26/04/2007
Convention des physiothérapeutes	06/09/2007
Signature par le STMSL de la convention des médecins de libre pratique	23/03/2009

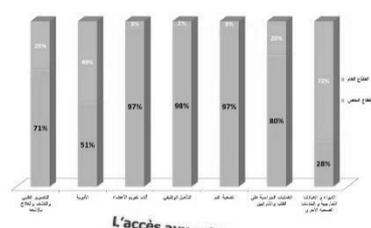
Offre de soins rapprochée Des soins de qualité meilleur coût

TARIFS CONVENTIONNELS

Nature	Valeur en dinars 1/9/2021
Consultation généraliste / dentiste	30
Consultation spécialiste	45
Consultation neuropsychiatrie	50
KE < ou = 40	3
41 < KE < 50	135
51 < KE < 60	150
61 < KE < 70	157,5
71 < KE < 80	165
KE > ou = 81	172,5
AC ambulatoire	6
D	3

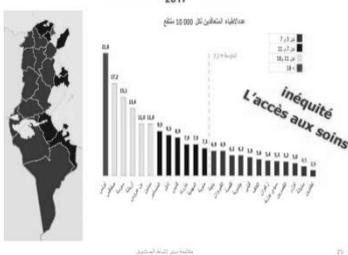
respect des tarifs cout supportable de l'accès aux soins

REPARTITION DES COUTS DE SOINS SUPPORTES PAR LA CNAM PRIVE/PUBLIC



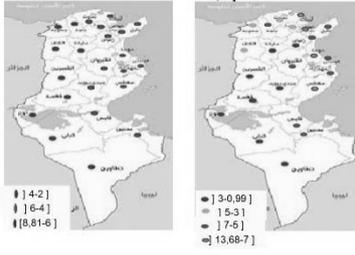
L'accès aux soins Ouverture sur le Privé

REPARTITION DES MEDECINS/10 000 BENEFICIAIRES/GOUVERNORAT 2017

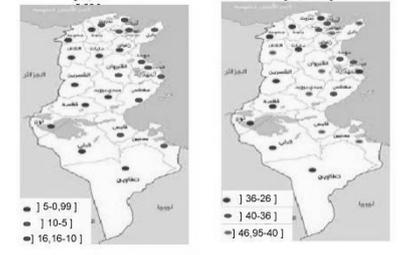


inéquité L'accès aux soins

عدد الأطباء اختصاصي لكل 10000 مضمون اجتماعي و أولي: [13,68-0,99]



عدد الأطباء اختصاصي لكل 10000 مضمون اجتماعي و أولي الخو منهم: [16,16-]



3. QUELLE PROPORTION DE COUTS COUVERTES ?

Les taux de prise en charge par la CNAM

Consultation de médecin et des sage.F	70%
Actes médicaux et actes de sage femme	80%
Actes para médicaux	70%
Actes de radiologie	75%
Analyses biologiques	75%
Actes de médecine dentaire	50%
Médicaments vitaux	100% *
Médicaments essentiels	85% *
Médicaments intermédiaires	40% *

* Du prix de référence

respect des tarifs cout supportable de l'accès aux soins

Prise en charge totale des dépenses remboursées par l'état de santé du citoyen	Régime de base	Régimes complémentaires
APCI	100%	0%
Consultations	100%	0%
Actes Médicaux	70%	30%
Médicaments	80%	20%
Consultations	75%	25%
Actes Médicaux	75%	25%
Radiologie	75%	25%
Laboratoires	75%	25%
Médicaments vitaux	100%	0%
Médicaments essentiels	85%	15%
Médicaments intermédiaires	40%	60%
Dentistes	60%	40%
Hospitalisation	100%	0%

CONCLUSION

- L'expérience de 15 ans de la CNAM dans la gestion d'un régime d'assurance maladie assez complexe constitue actuellement un acquis qui va permettre la réévaluation du système de santé tunisien et proposer des pistes pour la mise en œuvre de la CSU
- Un système d'échange électronique des données en cours de mise en place entre la CNAM et les prestataires de soins sera un atout majeur pour la gestion de la CSU



Pour un système de santé local de qualité
Accès /Accessibilité aux soins /CUS.
Dr Faouzi Bouguerra

2-4 Avril
 2021



Peut-on accéder à un système de santé local de qualité ?

comment atteindre cet objectif en Tunisie ?

Pour que cette première ligne soit:

- Accessible
- Performante
- Efficiente
- Permet de résoudre les problèmes de santé de la population
- il faut :

- La couverture de l'assurance maladie de toute la population, les indigents seront pris en charge et de l'état cotisera à leurs places.

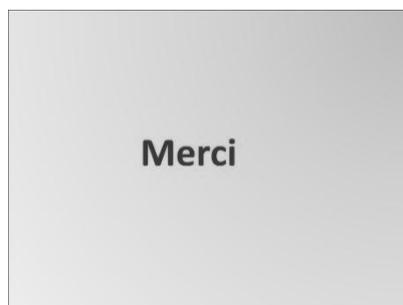
- La proximité et la permanence des soins permettent à la population d'avoir les services souhaités dans le contexte le plus favorable et dans un délai raisonnable

- Les professionnels de la santé en première ligne qu'il soit libéraux ou salariés doivent travailler au sein d'une équipe et en harmonie, pour assurer la continuité des soins et éviter les chevauchements et les dépenses abusives dans le domaine de la santé.

- Les médecins généralistes et les médecins de familles **pierre angulaire** du système de santé local doivent subvenir à 80% des demandes de la population moyennant une DPC accréditée par l'ordre des médecins et qui englobe la FMC et EPP.

- L'objectif principal de cette réflexion est d'aboutir à **l'équité et la justice** devant la maladie pour toute la population tunisienne.

- L'objectif principal de cette réflexion est d'aboutir à **l'équité et la justice** devant la maladie pour toute la population tunisienne.



Accessibilité aux soins des groupes vulnérables

Dr Moncef BelHaj Yahia
Association Tunisienne de Défense du
Droit à la Santé

Une répartition inégale des médecins

- **Densité médicale : 130 / 100 000 hab.**
(CNOM 2017)
(Soit 1 médecin/769 habitants)
- Vert supérieur à 169
- Jaune 169-91
- Marron 90-52
- Rouge inférieur à 52

La population des régions rurales

- Population particulièrement affectée par le manque d'eau potable, les problèmes d'assainissement, la pauvreté, le chômage, l'analphabétisme, l'habitat rudimentaire, l'abandon scolaire etc.
- Les structures sanitaires existent, mais les services ne sont pas disponibles.
- Un millier de centres de santé de base dans les zones rurales des régions de l'intérieur n'offrent qu'une consultation médicale par semaine.

Les personnes portant un handicap

- Inadaptation du système de soins pour répondre aux besoins sanitaires des personnes portant un handicap
- Manque de ressources humaines spécialisées
- Nombre très insuffisant d'unités de réadaptation et de réhabilitation.

Introduction

La couverture santé universelle et une bonne accessibilité aux soins suppose, entre autres, une répartition équitable des structures de soins de soins et une disponibilité équitable des services offerts, tenant compte, des besoins des groupes les plus vulnérables. Or d'importantes inégalités persistent tant au niveau de la répartition des structures sanitaires que de la disponibilité réelle des services de soins.



Répartition des structures de santé

- Une bonne répartition des structures de santé publiques de première ligne : 2150 Centres de santé de base, 27 Centres intermédiaires et 108 hôpitaux de circonscription répartis sur l'ensemble du pays.
- Une bonne répartition des structures hospitalières publiques de 2^{ème} ligne, avec un hôpital régional de catégorie A dans chaque gouvernorat (à l'exception des gouvernorats villes de faculté qui disposent d'hôpitaux universitaires)
- Une mauvaise répartition des structures de santé publiques de troisième ligne. Les « pôles » interrégionaux dans les régions de l'intérieur n'ont pas encore vu le jour
- Une mauvaise répartition des cliniques privées qui sont à 90% dans les régions côtières.

Quelques groupes vulnérables

(à titre d'exemple)

- Est-ce que ces groupes peuvent bénéficier de services de soins de proximité en rapport avec leurs besoins ?
- La population des régions rurales
- Les femmes enceintes
- Les malades chroniques
- Les personnes portant un handicap

Les femmes enceintes

- Environ 200000 naissances par an. Les ¾ des accouchements dans le public et le quart dans le privé.
- Toutes les structures de première ligne publiques (HC et CSB) offrent des consultations pré et post-natales.
- **Mais les examens complémentaires prévus dans le programme national de périnatalité ne sont pas disponibles en première ligne.**

Investir dans la proximité

- Les services de soins de première ligne doivent être des soins de proximité, disponibles sans discontinuité et adaptés aux groupes vulnérables.
- Deux mesures relativement peu coûteuses et ayant un rapport coût efficacité très favorable :
- Renforcer les CSB ruraux en augmentant la fréquence des consultations médicales et en y favorisant l'utilisation des technologies de l'information.
- Renforcer le plateau technique des hôpitaux de circonscription

Les malades chroniques

- On estime à un million le nombre de malades chroniques suivis dans le secteur public de la santé dont un tiers consulte dans les hôpitaux régionaux et universitaires et les 2/3 en première ligne.
- Certains examens de base pour le suivi de ces malades prévu par le programme national (Hb glyquée, iono sanguin) ne sont pas disponibles en première ligne.
- **Insuffisance et discontinuité de la disponibilité des médicaments**

Panel 4 :« Prestations de services de soins de qualité : quelles caractéristiques? »

POUR UN SYSTEME LOCAL DE SANTE DE QUALITE
« REFLECHISSONS ENSEMBLE »

Soins et services de qualité (prestations de soins) :
 quelles caractéristiques ?

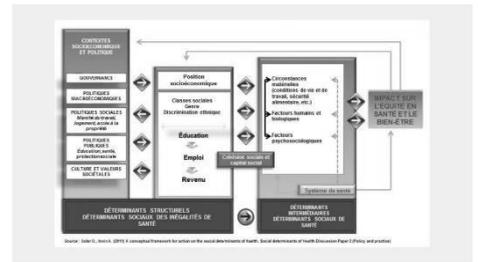
ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Michel ROLAND MD MPH PhD

1978 Déclaration d'Alma Ata* (OMS)

- Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie dans cette ville.
- Système de santé: pyramide à trois niveaux, échelonnés dans une logique de spécificités complémentaires dont le premier en constituait la base : les soins de santé primaires.
- Accents mis en particulier sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé
- Validité pérenne du modèle

* https://www.who.int/fr/about-us/who-history/1978-declaration



Avant Alma Ata

- 1920 (Dawson*) un système de santé suivant un échelonnement fonctionnel par paliers de soins
- 1971 (GERM***) « Pour une politique de santé » missions et fonctions de la structure dédiée à la dispensation des soins primaires : le centre de santé intégré

* Dawson L. Health: Report on the Future of Medical and Allied Services. In London: Ministry of Health Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920
** GERM. Pour une politique de santé. La Revue Nouvelle, 1971.

Le centre de santé intégré

Une structure pluridisciplinaire, redevable de la santé d'une population dans des conditions bien précisées, avec des fonctions et des missions

- Généralité : prise en compte de tous les déterminants de la santé, somatiques, mais aussi sociaux, psychologiques, culturels, etc.
- Intégration : soins préventifs, curatifs, de réhabilitation, santé communautaire, ... dans la même pratique.
- Continuité : les décisions au bon moment, au bon endroit, pendant et entre les problèmes de santé, et dans la durée.
- Accessibilité : géographique, financière, culturelle, ...
- Aucune sélection de population (d'âge (de la naissance au grand âge), de genre, de religion, de culture, d'origine, de maladie, de lieu (dans le centre et au domicile), de temps (24/24, 7/7), ...

Après Alma Ata

- 1994 (Starfield**): les « 4C » caractéristiques des soins primaires qui mettent en plus l'accent sur la dimension, la compétence et la responsabilité individuelle et sociale
- Premier contact
- Continuâté
- Globalité (Comprehensiveness)
- Continuâté

** Starfield B. The primary care concept: Current, 2001: 241 (1979): 1229-33

Après Alma Ata

- 2008 (OMS) Rapport sur la santé dans le monde* « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » confirmation du bien-fondé de l'approche par paliers en en renforçant certains aspects et en attirant l'attention sur 3 dérives essentielles des systèmes de santé :
 - l'accent mis de manière disproportionnée sur une offre de soins curatifs spécialisés
 - la lutte contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, qui fragmente la prestation des services
 - un certain laisser-faire en matière de gouvernance qui a permis l'érosion d'une marchandisation incontrôlée de la santé
- 2018 (OMS) Conférence internationale et Déclaration d'Astana**, la couverture santé universelle et l'achèvement des Objectifs de développement durable.

* https://www.who.int/fr/publications/more/2008-world-health-report
** Conférence internationale sur la santé et le bien-être. Astana 2018. https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/astana-2018-international-conference-on-primary-health-care

Évolution (1)

- Intégration de la santé communautaire au sein de la structuration du système de santé comme fondation du niveau primaire et de la première ligne.
- « La santé communautaire* est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités, soit à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. »
- La santé communautaire est activement associée au concept de promotion de la santé** : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.
- Le niveau 0

* Pratique de santé communautaire - De Tardieu à Ferrès. INRS (2002), 149p, 2002.
** Organisation de la Santé. Charte d'Oslo. OMS, 1986. https://www.who.int/fr/about-us/who-history/1986-oslo-charter

Évolution (2)

- Fondations du social-santé à Bruxelles
- Piblarisation en secteurs militants constituant ensemble le niveau 1**
- Fragilisation progressive des piliers (transition épidémiologique, aggravation des inégalités sociales multiculturalisme, ...)
- Initiatives de regroupement structurel et fonctionnel : le centre social-santé intégré* (résistances fortes)

* L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de soins primaires en Belgique. https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/covid-19-impact-on-primary-care-in-belgium

Évolution (3)

- Transition sociologique de la Région de Bruxelles-Capitale : (trans)migrants, sans-papier, SDF, grande pauvreté, précarité plurielle
- Epuisement des travailleurs du social et de la santé, transition professionnelle
- Mise en péril du libre accès
- Formalisation d'une ligne 0.5 (bas-seuil)

Évolution (4)

- Formation insuffisante des travailleurs (anciens modèles pédagogiques)
- Élargissement du champ intervention des soins primaires
- Nécessité spécialisations technologiques
- Nouveau paradigme de la responsabilité sociale
- Ligne 1.5 soutenue à la première (soins palliatifs, patients consommateurs de produits, suivi grossesse non compliquées, prise en charge personnes vulnérables, ...)

Évolution (5)

- Pénétration et interrelation des niveaux de soins
- Cheminement des patients entre les lignes, trajets bidirectionnels, poreux et cohérents
- Soins intégrés: intégration de la 1^{ère} et de la 2^e ligne, des soins de routine et des épisodes aigus, des prestations d'aide et des prestations de soins, des structures existantes, des divers projets ou initiatives en cours dans le domaine de la prise en charge des malades chroniques
- « Disease management » et « case management »
- Le « chronic care model » : 6 éléments essentiels pour un soin de haute qualité : 1/ communauté, 2/ système de santé, 3/ autogestion des patients, 4/ informations de la médecine fondée sur les preuves destinées à soutenir les décisions cliniques, 5/ processus de travail structurés et 6/ systèmes d'information clinique

Journées d'études virtuelles pour un système local de santé de qualité.

2 à 4 Avril 2021.

Axe 4: Soins et services de qualité
Quelles caractéristiques?

Réflexions, expériences et vécus.

Dr Mohamed Zaher AHMADI,
Sidi Bouzid Le 03/04/2021.

Plan

- I. Introduction
- II. Expériences
- III. Réflexions
- IV. Recommandations

I. Introduction

Gouvernorat: Sidi Bouzid
Année 2020

- Population 458 000 hab (73 % Rural)
- Superficie 7 405 Km2
- Délégations 14
- Communes 17



Carte Sanitaire 2020



Secteur public:	
• Hôpital Régional	01 (+ 03)
• Hôpital Circonscription	08
• Circonscription Sanitaire	11
• Groupement de Santé de Base	01
• CSB	126
• Centre de Maternité	10
• Nombre des Lits	532
• IRM	00
• Scanner	01
Secteur privé: peu développé	
• Clinique pluridisciplinaire	02 en cours
• Hémodialyse	03
• IRM	01
• Scanner	02

Historique/Principales expériences 1:

- En Tunisie, La mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité des soins est un processus évolutif.
- Un certain nombre d'initiatives mérite d'être citées depuis les années 1980:

Principales expériences 2:

- Les études normatives sur l'évaluation de la qualité des soins (audit médical) à Tunis;
- Expériences des « équipes/cercles qualité » en première ligne. Gestion d'un CSB à Sousse...
- Le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS), a été initié depuis les années 1980 (redynamisation lors des années 1990) décret 2825 du 27/11/2000 ;

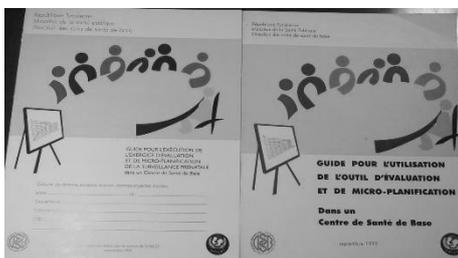
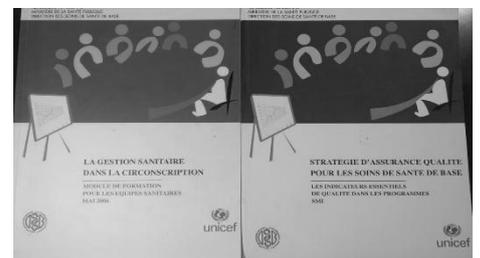
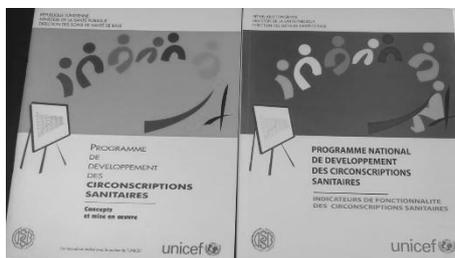
Appui par OMS et UNICEF

Principales expériences 3:

- «Élaboration d'indicateurs de fonctionnalité des circonscriptions sanitaires » et indicateurs de qualité en SMI ;
- Évaluation et micro planification dans un CSB/surveillance prénatale.
- Système de « monitoring » des programmes de santé dans les CSB et comités de décès à l'échelle régionale et nationale pour la réduction de la mortalité maternelle (circulaire 26/1999) ;

Principales expériences 4:

- Le programme de mise à niveau des structures publiques de santé et Programme National de « Gestion de la Qualité Totale » (DGS-MSP),
- La région de Sidi Bouzid est toujours impliquée dans la réalisation des programmes nationaux de la santé, en l'occurrence la CS de Regueb était parmi les 8 Circonscriptions de démarrage de PNDCS.



Concepts évolutifs et terminologie qui s'enrichit au fil des années:

- Assurance qualité/amélioration continue de la qualité/ management par la qualité/management par la qualité totale TQM...
- Planification stratégique/planification axée sur les résultats/ GBO...
- Gouvernance/MRPG...
- Panier des soins/Parcours de soins...
- Numérisation: DMI, EVAX, e-pharmacie, e-santé, télémédecine, RDV à distance...
- Un système de Outils de qualité: diagramme de PARETO, ISHIKAWA, GANTT, SWOT, MASLOW, Roue de DEMING...
- Certification/accréditation/ISO, INEAS...

Remerciements & Hommage

- Nos grands maîtres des facultés de médecine.
- Les pionniers des soins de santé de base qui ont implanté et développé le système de santé et les programmes nationaux de la santé.
- Toutes les équipes de santé qui sont impliquées et motivées pour réussir ces différents programmes.

II. Expériences

Initiatives régionales en cours:

- PACS : Hôpital régional de Sidi Bouzid en phase de relance.
- CSB EDNOUR candidat à l'accréditation: Appui/ ESSAHA AZIZA et INEAS.
- Implémentation d'une démarche qualité à la DRS de Sidi Bouzid: Soutenue par PACS, PFE d'un mastère à la Faculté de médecine de Sousse/ Mr. Hichem ALOUI.
- Redynamisation du PNDCS...

Foto Sidi Bouzid 16

Foto Sidi Bouzid 17

L'analyse SWOT de la DRS de Sidi Bouzid

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> Leadership engagé Présence de référents régionaux CSB formés Les départements sont groupés 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de ressources (Matérielles, Equipement, Infrastructures, Humaines, Financières) La résistance au changement Manque d'autonomie de gestion
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> SNAGIS est développé Deux ES sont engagés dans un processus d'ISO et Accreditation Présence de partenariat avec d'autres secteurs (Commun, Agriculture, Environnement...) Une société civile active et bonnes relations avec les ONG Projet ESSAHA AZIZA Projet PACS SANTE Projet ASU Présence de FRIEAS La constitution Tripartite (Accent sur la qualité des soins - Article 38) La présence d'institution de formation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de partenariat public-privé Centralisation excessive Instabilité politique Crisis de la Police publique (Le financement pour la santé) Manque d'un système de motivation externe

Foto Sidi Bouzid 18

L'analyse S.W.O.T de CSB ENNOUR

Forces	Faiblesses
<ol style="list-style-type: none"> Personnel motivé Local adéquat Engagement de personnel Engagement de personnel Hygiène et A/S 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de communication Mix à jour de compétence Manque de procédures Absence des outils de monitoring Mauvaise exploitation de l'espace (local et jardin) Pas d'information Circuit de malade Absence de maintenance Equipements insuffisants Absence d'une démarche qualité Mauvaise gestion de déchets
Opportunités	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> Centre urbain Projet Essaha Aziza Présence des référents régionaux de la qualité Sécurité civile active Présence ONP (MAMA...) Des parlementaires et des responsables municipaux engagés 	<ul style="list-style-type: none"> Climat social COVID 19 Allocation des ressources nécessaires

Foto Sidi Bouzid

Foto Sidi Bouzid 28

Chartes



Opportunités (1)

Les orientations nationales



Les obligations réglementaires
C'est l'article 38 ou la nouvelle constitution de 2014.
Gestion de budget par objectifs.



La présence de l'INEA Santé
L'application des procédures d'accompagnement sur les établissements publics et privés de santé.



La réforme du secteur de la Santé
Le Dialogue social sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux en santé a commencé en 2012.

Foto Sidi Bouzid 23

Opportunités (2)

Régionales



Opportunité de créer
Contributions de l'Etat au dialogue au secteur de la Santé afin principalement d'améliorer la qualité et la sécurité des services de santé.



Liberté de création
Le programme d'appui au secteur de la santé en Tunisie ["Essaha Aziza"]



Opportunité de réussite
Présence de référents Régionaux CSB formés

Foto Sidi Bouzid 24

Système local de santé de qualité:

- Importance de la circonscription sanitaire**
- Vision et mission claires / dialogue social.
 - Objectifs pertinents et précis répondant aux besoins des clients internes et externes.
 - Les valeurs: équité, humanisation, éthique, transparence, redevabilité...
 - Caractéristiques: continuité/ globalité/intégration/ accessibilité sécurité/efficience/réactivité.

Foto Sidi Bouzid 26

Système local de santé de qualité:

- Importance de l'établissement dans son environnement**
- Veiller à la fonctionnalité des CS.
 - (périodicité des réunions des équipes de gestion et les différents comités et les unités).
 - Nécessité d'un suivi local, régional et national.

Foto Sidi Bouzid 27

Système local de santé de qualité:

- Importance de l'établissement dans son environnement**
- Géographique, social, culturel, épidémiologique et politique.
- Rôle important:
- Conseils régionaux et locaux
 - Les municipalités
 - Les autres secteurs
 - Les ONG...

Foto Sidi Bouzid 29

Système local de santé de qualité:

- Importance de l'établissement dans son environnement**
- Coordination entre les différents niveaux de soins
 - Collaboration multisectorielle
 - Partenariat public – privé
 - Dialogue social

Foto Sidi Bouzid 30

Système local de santé de qualité:

- Importance de la formation**
- Mastères: Management par la qualité, Médecine communautaire, Médecine de famille. SPECIALITE
- Formation continue ciblée

Foto Sidi Bouzid 31

À propos du PNDCS:

- Le PNDCS : une bonne dynamique lors des années 1990 et début les années 2000.
- Cadre légal.
- constitution et nomination des équipes.
 - Système de suivi et évaluation national et régional.
 - Rapports et plans d'actions annuels.
 - Réunions multiples (nationales, régionales et interrégionales)

Foto Sidi Bouzid 32

À propos du PNDCS:

- Un relâchement ces dernières années.
- Le suivi et évaluation n'est plus systématique.
- Difficulté d'évaluer les indicateurs parfois complexes.
- Pas de financement.
- Manque de motivation et de reconnaissance.
- Départ de personnes ressources et des gens formés.
Turn-over important

Photo: Stéphane Bouchard 33

IV. Recommandations

Engagement :

- National
- Loco-régional

Autour d'une

Stratégie nationale de la qualité et la sécurité des soins
Avec un système de suivi et évaluation

Photo: Stéphane Bouchard 34

Photo: Stéphane Bouchard 35

Système local de santé de qualité:

En attendant la stratégie nationale de la qualité

- On recommande d'initier la démarche qualité et la culture de la qualité à tous les niveaux même le plus périphérique (CSB).
- Institutionnaliser la qualité à tous les niveaux (pilote).
- Mettre en place un système de motivation et de reconnaissance.
- Encourager les initiatives loco-régionales et veiller à la pérennisation.
- S'engager dans une démarche d'accréditation/ INEAS.

Photo: Stéphane Bouchard 36



POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ

Défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité
Faculté Médecine Sousse -2-3 avril 2021

Dr Amel Mhirs –Médecin Major de la santé –Ancien Directeur de la promotion des prestations sanitaires

Introduction

- 1-La qualité exige de moyens que l'on a pas
- 2-La qualité c'est du papier
- 3-Les normes se multiplient et les moyens manquent
- 4-La qualité peut elle être créée par décret ?

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Evaluation du processus et du résultat pour l'amélioration de la qualité de soins de l'hypertension artérielle en 1^{er} ligne

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Problématique

- Réforme des systèmes de santé avec en priorité la nécessité d'améliorer la performance des structures et la qualité des soins
- Les MCV, dont l'HTA, problème de santé publique (taux de prévalence 20 – 30 %).
- La mise en place d'un programme d'amélioration de la QS réduirait les complications en améliorant la continuité et l'adhérence aux protocoles recommandés

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

- La réussite de l'implantation de la démarche serait bénéfique pour les raisons suivantes:

- ✓ Tester la capacité de l'équipe locale à mener et mettre en place une dynamique permettant d'améliorer en permanence la qualité des prestations fournies par les professionnels
- ✓ Reproduire le même savoir faire pour d'autres pathologies.
- ✓ « Effet vitrine », permettant et incitant les autres équipes à mettre en place des initiatives d'amélioration de la qualité de la santé

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Objectifs de l'étude

1-Objectif général:

- AMELIORER la qualité de la prise en charge des malades hypertendus suivis au CSB

2-Objectifs spécifiques :

- IDENTIFIER les insuffisances en rapport avec la qualité de PEC de l'HTA dans les CSB
- SELECTIONNER les problèmes prioritaires.
- ANALYSER les causes des problèmes.
- IMPLEMENTER et MAINTENIR les actions d'amélioration de la qualité des soins.

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Cadre de travail

Le schéma adopté est le suivant:

- Identifier les problèmes.
- Analyser les causes.
- Développer des mesures d'amélioration.
- Tester les mesures (solutions) sur un petit effectif.
- Mise en place (implémenter) des améliorations et monitoring

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

1ère étape: Autoévaluation

- Population de l'étude: tous les hypertendus suivis dans le CSB et qui présentent une HTA depuis au moins une année.

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Méthode

- Évaluation du processus de prise en charge, en se référant aux recommandations du programme national de prise en charge des HTA et revue de la littérature.
- Construction d'une grille (référentiel).
- Evaluation des résultats par 2 critères:
 - Équilibre de la T A.
 - Satisfactions des patients. (questionnaire)

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Étape 2: Sélection des problèmes prioritaires

- Étude des différents problèmes:
 - La sélection du problème se fait :
 - Soit parce que c'est un problème de santé (gravité, coût, complications, ...)
 - Problème de comportement et de connaissances
 - Opportunité et à la faisabilité du projet
 - Survenue d'un incident critique

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Étape 3: Analyse des causes des problèmes

- Méthode du brainstorming
- Sélection des causes les plus vulnérables à une action d'amélioration

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Construire un cadre d'assurance qualité

- **résumé la procédure d'assurance qualité:**
 - Critère
 - Objectif
 - Activité
 - Qui serait responsable ?
 - Quand ?
 - Ressources supplémentaires?
 - Indicateur de suivi?
 - Norme (min, max optimale ..)

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

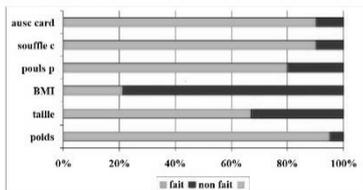
RÉSULTATS

A/Caractéristiques de la population

Âge moyen ± (ET)	65 ± (10)
Sexe ratio (H/F)	0.3
Scolarité	63% non scolarisés
Tabac	47% des patients masculins
Dyslipidémies	19%
Antécédents cardiovasculaires	16%
Diabète	40%

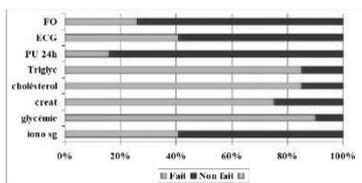
Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

B- Pratique de l'examen physique initial



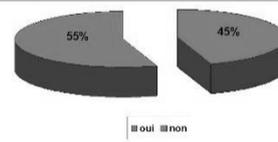
Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

C- Réalisation du bilan initial



Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

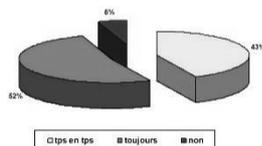
Évaluation du résultat



TA équilibrée 45%

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Le médecin vous explique – t-il les symptômes et les complications de l'HTA ?



Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

CONCLUSION

- Une liste de priorité
 - expliciter les prescriptions
 - améliorer la relation médecin patient
 - valoriser l'éducation thérapeutique et
 - l'abord psychologique des malades chroniques.

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

AMELIORATIONS

Critère 1: efficacité technique

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

CRITERE 2 : APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT

Préconisations:
 Faible connaissance et manque d'implication du patient dans sa prise en charge
Situation actuelle:
 • 91% des patients ignorent les valeurs normales de la TA
 • 58% manquent d'information sur les symptômes et complications de l'HT
 • 17% ne reçoivent pas de réponses à leurs questions malades.
 • 2/3 ne discutent pas avec leurs médecins concernant la PEC (référence, bilan, traitement...)
Pourquoi améliorer ?
 L'approche centrée sur le patient est un critère important pour améliorer l'observance, la continuité, la satisfaction et la relation médecin – malade.
Objectifs:
 Provoquer un changement positif des connaissances, attitudes et pratiques des patients vis-à-vis de leurs HTA
 Améliorer la relation médecin patient

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

ACTIONS	QUI RESPONSABLE	QUAND	RESSOURCE SI PPP.	INDICATEURS	SOURCE	NORME
1- Développer le contenu du rapport d'ÉPICES sur le bilan et état de malade dans la réalisation de la PEC (réf, bilan, traitement...)	Groupes de travail	Julien 05	Élaborer de support vidéo / Affiches / Fiche bilan	Nbre d'affiches conçues Nbre d'affiches postées	Rapport de suivi des internes	100%
2- Assurer des ateliers d'ÉPICES de groupe initial sur le bilan et état de malade avec la présence de P.C.C. de l'HTA.	Médecin	Sept 05	---	Nbre de malades ayant assisté à ces ateliers Nbre de malades HTA inscrits au centre	Rapport d'activité d'ÉPICES de CSB Dossier médical	90%
3- Garantir un bilan au long processus pour l'ensemble des patients atteints de HTA.	Médecin	Sept 05	---	Nbre de malades ayant bénéficié d'un entretien 2 fois Nbre total de malades HTA	Audit à définir	80%
1- Évaluer et mesurer les pratiques de l'accompagnement de l'ACC.	Groupes de Travail	Sept 05	---	---	Rapport d'activité de département	2 semaines

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Commentaires

- Cette étude nous a permis d'identifier des insuffisances en rapport avec la qualité de la prise en charge des hypertendus dans les 3 CSB
- Les résultats serviront de base pour la construction et l'implantation de certaines solutions.

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Le point fort de notre étude

- Elle nous a montré une liste des priorités à prendre en considération, qui sont relativement abordables et dont les solutions sont faisables

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Cette approche présente des limites:

- Approche adoptée concernant les services de soins pour une seule pathologie (pouvons-nous la généraliser?)
- Étude rétrospective donc certaines données ne sont pas bien marquées (certaines informations non remplies ou ne connaît pas s'ils ont été faites ou non, dans notre étude on les a considérer non faites.)

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

N° Dossier:.....
 L'objectif de cette fiche est de vous rappeler la périodicité des examens de suivi

Examen	Fréquence	Responsable
TA		
ECG		
Bilan		
...		

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

N° Dossier:.....
 Afin d'améliorer les connaissances du malade et son adhésion au traitement, les sujets d'éducatifs suivants sont à proposer.

Sujet	Statut
1- Drogue le malade doit connaître sur sa maladie	
2- Place du malade dans l'équipe en charge de l'HTA	
3- Pacte de confiance: Quelle l'importance de l'HTA	
4- Les complications de l'HTA	

Révisé:.....

Pour un système local de santé de qualité -2 au 3 avril 2021

Conclusion

- Certaines leçons à retenir:
1. Qualité est synonyme d'utilisation de méthodes et d'outils spécifiques avec engagement de toute l'équipe
 2. Nécessité de changer de la culture de l'oral à la culture de l'écrit (permet de mesurer et de prouver le changement)
 3. Développer des référentiels c'est bien mais surtout réfléchir sur ce qu'on peut faire pour que les prestataires de soins y adhèrent encore plus
 4. Nécessiter d'avoir plus d'engagement de la part du médecin au-delà de la prescription d'examen complémentaires
 5. Réfléchir à certaines mesures incitatives qui vont contribuer au maintien et renforcement des expériences d'amélioration de la qualité des soins.

Panel 5 : « Système d'informations pertinent, données et évaluation »

Le SIS dans un système de santé local de qualité

Abdollah Bchr
Sousse, le 03 Avril 2021

Plan:

- Les systèmes d'information sanitaires (SIS)
- Quel SIS pour un système de santé local de qualité en Tunisie
- Mise en oeuvre



SIS : concepts de base

- Définition:** l'ensemble des dispositifs et procédures de recueil et de traitement des données (sanitaires) que celles-ci soient relatives aux individus ou aux (organisations de santé).
- Activités:** collecte, analyse, interprétation, utilisation pour une prise de décision, diffusion
- Couverture :** les déterminants de la santé, les organisations de santé et l'état de santé.

Qualités d'un SIS

- Fournir des informations:
 - fiables, pertinentes, de qualité en temps voulu pour:
- la planification, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires

Questions:

- Le système d'information sanitaire (SIS)
- Quel SIS pour un système de santé local de qualité en Tunisie
- Mise en oeuvre

Composantes d'un système local de santé (1)

- Une offre de soins promotionnels, préventifs, curatifs et de réhabilitation
 - Correspondant aux problèmes de santé prioritaires du pays
 - adaptée aux conditions spécifiques locales
 - Correspondant aux problèmes de santé spécifiques de la population locale
 - Résultant des déterminants (socio.demo.geo.envi...) locaux de la santé

Composantes d'un système local de santé (2)

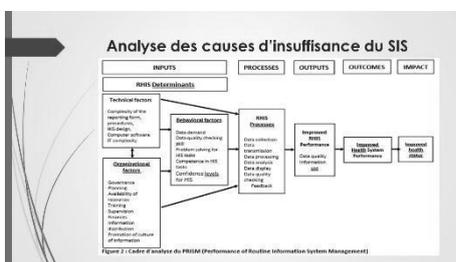
- dispensés par des formations sanitaires publiques et privées
 - Disponibles, accessibles (géographie, financière, culturelle,) de qualité
 - Efficaces avec un personnel suffisant et de qualité
- Planifiée, gérée et évaluée localement
 - De façon efficiente, utilisant des outils modernes
 - Disposant d'un minimum de pouvoir décisionnel (administratif et financier)
 - En équipe et de façon participative
 - Intégrant et adaptant le SIS national

Limites du SIS actuel (1)

- CONCEPTION:**
 - Plusieurs systèmes parallèles non intégrés :
 - morbide, état civil, programmes nationaux...
 - Couverture: privé
 - Centralisé avec accès limité aux bases de données
 - Faible utilisation des outils modernes
 - Non intégration des enquêtes et des évaluations

Limites du SIS actuel (2)

- FONCTIONNEMENT :**
 - Qualité des données
 - Sous déclaration
 - Quantité d'information collectée
 - Analyse des données
 - Diffusion et retro-information
 - Utilisation pour la prise de décision



Caractéristiques d'un SIS adapté (1)

- Interactif, informatisé
- Nouvelles technologies
- Intégrant l'ensemble des programmes nationaux
- Intégrant les soins préventifs et curatifs privés et publics
- Intégrant les ressources humaines et matérielles
- Intégrant les données sur les déterminants socio-économiques de la santé

Caractéristiques d'un SIS adapté (2)

- Ne collectant que les données utiles en fonction des besoins locaux
- Conception participative avec les différents intervenants et la société civile
- Diffusion des données dans des formats adaptés aux différentes audiences
- Connecté au SIS national

Questions:

- Le système d'information sanitaire (SIS)
- Quel SIS pour un système de santé local de qualité en Tunisie
- Mise en oeuvre

Defis à considérer pour un SIS adapté:

- Cadre réglementaire
- Decentralisation effective
- Engagement des différents acteurs (public et privé) et des autres secteurs

Composantes d'un SIS

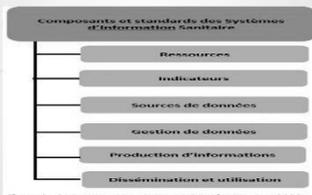
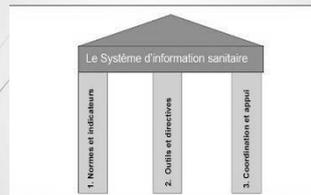


Figure 3 : Cadre d'analyse (BASSOLEIN, BASSOLEIN, NERVOUX, 2008)

Mise en œuvre



Quels normes et indicateurs

- Secteur de la santé
 - Population
 - Morbidité
 - Mortalité
 - Offre de services : qualité, équité, accessibilité
 - Hospitalisations, consultations, privé et public
 - Environnement
 - Programmes nationaux
 - Administratif : 201-107, 204
- Secteur social
 - Déterminants sociaux et économiques ?
 - Géographie ?

Outils et directives

- Quels sont les outils utilisés pour la collecte des données?
- Qui est responsable de la collecte des données?
- Quels sont les données qui devraient être collectées et de quelle manière devraient-elles l'être ?
- Comment et quand les données devraient-elles être rapportées?
- Comment les données doivent-elles être interprétées et utilisées?

► Merci

JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ
DEFS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ

PANEL 5 : SYSTÈME D'INFORMATIONS PERTINENT, DONNÉES ET ÉVALUATION
SAMEDI 03-04-2021 DE 10:30 A 12:00 (GMT+1)



Dr. Abderrouf CHEBIB
PROFESSEUR D'ANATOMIE
DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE
DE MÉDECINE DE TUNIS
PROFESSEUR DE LA SANTÉ
ET ÉQUITÉ

Dr. Abdellah BCHAR
PROFESSEUR D'ANATOMIE
PROFESSEUR D'OPHTHALMOLOGIE
HÔPITAL DE MÉDECINE DE MONASTIR
UNIVERSITÉ SAÏD EL-MERDINI
DE MONASTIR

Dr. Ahmed MALEL
PROFESSEUR DE GÉNÉRIE
DE MÉDECINE GÉNÉRALISTE
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE SOUSSE

Dr. Khalid MAAREF
PROFESSEUR DE GÉNÉRIE
DE MÉDECINE GÉNÉRALISTE
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE SOUSSE

JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES
POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ
DEFS ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ

PANEL 5 : SYSTÈME D'INFORMATIONS PERTINENT, DONNÉES ET ÉVALUATION

Dr. Ahmed Malel
Enseignant chercheur à l'Université de
Sousse
Point de Contact National ICT – UGPE MESRS
malel.ahmed@gmail.com

PLAN

- Santé numérique & E-Santé
- État des lieux en Tunisie
- Open-GOV & E-GOV
- Initiatives à l'issue de la Pandémie Covid19

SANTÉ NUMÉRIQUE & E-SANTÉ

QU'EST CE QUE LA SANTÉ NUMÉRIQUE

SECON L'OMS :



« La santé numérique (e-santé) recouvre l'usage des technologies de l'information et de la télécommunication dans le champ de la santé et du bien-être. »

<http://www.who.int/topics/ehealth/en/#>

LES 3 SECTEURS DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE

E-SANTÉ



ÉTAT DES LIEUX EN TUNISIE

DIAGNOSTIC (1)

L'ÉTAT DES LIEUX EN TUNISIE

Infrastructure :

- ↳ Déploiement insuffisant du réseau national de santé

Système d'information :

- ↳ Manque de procédures médicales standardisées et impératif de la culture du partage
- ↳ Système d'information non centré sur le patient et son parcours de soins
- ↳ Déploiement très partiel des solutions numériques dans l'espace SIS
- ↳ Gouvernance pour le pilotage des projets SIS en cours....

Médicament

- ↳ Traçabilité de bout-en-bout du circuit du médicament à améliorer
- ↳ Lenteurs dans les procédures d'autorisation de Mise sur le Marché pour les nouveaux médicaments ou pour les demandes de renouvellement

Source: Michel MALEL, Diagnostic des lieux de santé Tunisie: l'état des lieux de la santé numérique (2017)

DIAGNOSTIC (2)

Déploiement insuffisant du réseau national de santé

La numérisation des SIS et SIH requiert en première priorité une infrastructure réseau de qualité pour connecter les usagers et permettre l'échange d'informations pour les prises en charge des citoyens

- ↳ Étendre la couverture du réseau à la première ligne de santé et la connecter à la 2è et 3è ligne
- ↳ Augmenter les débits pour permettre d'envisager des services d'échanges inter-établissements



DIAGNOSTIC (3)

↳ Manque de procédures médicales standardisées

Certains procédures médicales nécessitent un effort de standardisation et d'unification. Ceci est un pré-requis pour le développement des usages du Système d'information en général et du SIH plus spécifiquement

↳ Système d'information non centré sur le patient et impératif de la culture du partage

X Déficit d'une cadre juridique de référence régissant le Dossier Médical

X Le dossier médical ne permet pas dans certaines configurations de tracer le parcours de soins d'un patient en raison de la création des dossiers médicaux par service, le manque d'intégration des SIS et l'absence de leur identification unique

X général des supports, importants et évolutifs, nuit à la qualité des soins du patient et entrave l'échange d'expérience entre les professionnels de la santé



OPEN-GOV & E-GOV

OPEN-GOV

C'est quoi l'Open Gov ?

Créé en 2011, le Partenariat pour un gouvernement ouvert (ou Open Government Partnership) est une initiative multilatérale qui rassemble à ce jour, dans une gouvernance collégiale, 70 pays membres ainsi que des ONG et représentants de la société civile.

- ↳ Promouvoir la transparence de l'action publique et son ouverture à de nouvelles formes de consultation et de participation citoyenne,
- ↳ Renforcer l'intégrité publique et combattre la corruption,
- ↳ Utiliser les nouvelles technologies et le numérique pour renforcer la démocratie, promouvoir l'innovation et stimuler le progrès.

E-GOV

Administration électronique

- ↳ Gestion électronique du courrier
- ↳ Relation avec le citoyen
- ↳ Gestion des RH
- ↳ Gestion des RF
- ↳ Gestion des équipements
- ↳ Suivi réalisation projets



E-HOPITAL



OPEN-GOV

www.santetunisie.mesrs.tn : le portail national de la santé en Tunisie



PORTAIL OPEN DATA

<http://fr.data.gov.tn>

INITIATIVES À L'ISSUE DE LA PANDÉMIE COVID19

Initiatives pour lutter contre la Covid19

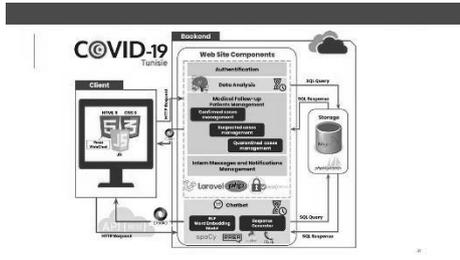
COVID19-TUNISIA.COM/

OBJECTIFS

- La centralisation des données, qui permet d'améliorer la qualité du suivi du patient à travers un ensemble d'informations réunis au même endroit.
- Le suivi précis de toutes les étapes de la prise en charge, afin de répondre aux besoins de traçabilité et d'efficacité du dossier patient.

FONCTIONNALITÉS

- Télé-suivi médical des patients porteurs ou suspects de COVID-19. En quarantaine ou hospitalisé
- Gestion des dépistages COVID-19
- Tableau de bord, des indicateurs à l'échelle régionale et nationale
- Conseils et mesures de protection essentielles contre COVID-19



Initiatives IA pour lutter contre le Covid19

CORONA BOT
[HTTPS://COVIDBOT.ORG/](https://COVIDBOT.ORG/)

- Cet agent virtuel, basé sur l'Intelligence Artificielle, comprend plusieurs langues, et est facilement déployable sur différents canaux : Facebook messenger, Slack, Skype, LinkedIn, WhatsApp...
- Il répond aux différentes requêtes des utilisateurs et peut les conseiller à respecter les consignes de protection contre le Covid 19, les aider à mieux évaluer la situation de la pandémie dans leurs pays et dans le monde, et surtout les rassurer en combattant les rumeurs et les fausses news.
- Il permet également de mettre en contact l'utilisateur avec une plate-forme de médecins, généralistes, spécialistes et psychologues, mobilisés pour répondre aux interrogations du citoyen.

CORONA BOT

Pour toutes vos questions concernant le Coronavirus ou "Covid 19", ne manquez pas de contacter le Corona Bot sur les réseaux sociaux ou par téléphone.

Initiatives IA pour lutter contre le Covid19

AI CAN SUPPORT COVID-19 DIAGNOSIS FROM MEDICAL IMAGING

Initiatives IA pour lutter contre le Covid19

TUNISIAN AI RADIOLOGY PROJECT
[HTTP://TUNISIAN-AI-RADIOLOGY.COM/](http://TUNISIAN-AI-RADIOLOGY.COM/)

JOURNÉES D'ÉTUDES VIRTUELLES

POUR UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ DE QUALITÉ, DÉFI ET STRATÉGIES POUR UNE CONVERGENCE VERS UNE MEILLEURE ÉQUITÉ

PANEL 5 : SYSTÈME D'INFORMATIONS PERTINENT, DONNÉES ET ÉVALUATION

MERCI.

place des TIC dans un SIS

Pr Khalid MAAREF
ancien Vice-Doyen de la FMS chargé des TIC

Introduction



- Le recueil des données du patient motivé par un besoin d'utilisation (ex: bilan de santé pour garantir la sécurité, prévention...)
 - Il ne s'agit plus d'avoir les données médicales, mais de les rendre disponibles. Forcément capable de :
 - les conserver
 - les mettre à jour
 - d'y accéder rapidement et facilement
 - de les interpréter correctement
 - de les utiliser à bon escient.
- absence d'autres outils permettant la bonne exploitation de ces données (stock de données, infirm, etc) ce qui devra être réglé, avec la mise à jour d'un système local de santé de qualité ? on sentira une science oral à expérimenter aux questions suivantes : comment un SIS, ça doit comprendre, qui doit collecter, pour qui, pourquoi, comment, quand et les TIC numériques dans le ?

DMI: Dossier médical informatisé

meilleur suivi grâce à :

- Un historique du patient
- Un partage continu et en temps réel des données médicales entre les différents intervenants du parcours de patients
- La sécurisation et le contrôle du circuit du médicament depuis la Pharmacie jusqu'au Patient

Télémédecine : Définition OMS, 1997

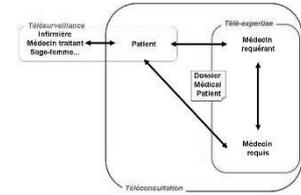
La partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance :

- un diagnostic
- un avis spécialisé
- une surveillance continue d'un malade
- une décision thérapeutique

= Action clinique et curative

Défis:

- Augmentation des maladies chroniques
 - interventions pluridisciplinaires
 - prise en charge au long cours en ambulatoire
- Inégale répartition des médecins : manque de consultations médicales de proximité



Téléconsultation

- Consultation ou acte médical qui se réalise à distance en urgence du patient
- Dialogue avec le médecin requérant et/ou le médecin téléconsultant requis
- Un professionnel de santé (ou un psychologue) peut être présent auprès du patient



Téléexpertise



- tout acte diagnostic et/ou thérapeutique qui se réalise en dehors de la présence du patient
- échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical d'un patient
- Mutualisation de savoirs hyperspécialisés

Télésurveillance

- acte médical qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé
- interprétations et prises de décisions à distance
- enregistrement et transmission des données
 - automatisés
 - par le patient
 - par un professionnel de santé

Télésurveillance : vêtements intelligents (wearable computing)

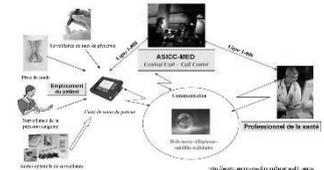
- incluent des capteurs qui permettent de mesurer la position et l'activité d'une personne (accéléromètres, magnétomètres)
- ou enregistrent des informations différentes : électrocardiogramme (ECG), rythme respiratoire, TA, taux d'oxygène, sueur, sang



Téléassistance

- lorsqu'un médecin assiste à distance un autre médecin en train de réaliser un acte médical ou chirurgical (soins, imagerie)
- lorsqu'un médecin assiste à distance un courtiste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin

Cadre technique



Cadre déontologique



« une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux TIC, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale » (Jan. 2009)



- Enjeux de la télémédecine
 - meilleure prise en charge des patients,
 - meilleure qualité de vie des personnes
 - réduction des coûts (transports des patients, déplacements des professionnels, hospitalisations)
 - réduction des inégalités territoriales de santé dans les zones défavorisées en offre de soins
- Freins au développement de la télémédecine
 - incertitudes juridiques sur les responsabilités
 - financements modestes et incertains
 - difficultés organisationnelles
 - inégal niveau technologique (haut débit, système d'information hospitalier, sécurisation des données informatisées)
 - craintes des usagers (Confidentialité, protection de données sensibles, déshumanisation relation médecin-malade)
 - craintes des professionnels (nouvelles technologies (format on des professionnels de santé...))

Panel 6 : « Participation, Partenariat et collaboration »



Pour un système local de santé de qualité: défis et stratégies pour une convergence vers une meilleure équité

Participation, partenariat et collaboration

Dr. Habib Mili

 3 avril 2021

Situation préoccupante

- Urgences encombrées, prise en charge tardive ou manquante
- Corps médical débordé
- Morbidité (maladies chroniques) + évolution technologique




CESNA S

Défis du système actuel

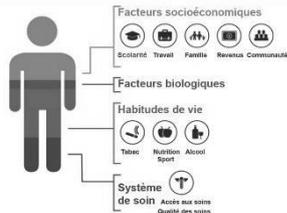


- Absence de coordination → saturation des urgences, délais, etc.
- Morbidité (maladies chroniques) + évolution technologique

Système appelé à changer de vision

CESNA S

Déterminants du système de santé



- Facteurs socioéconomiques:** Sécurité Travail Famille Revenus Communauté
- Facteurs biologiques:** (represented by icons)
- Habitudes de vie:** Tabac, Nutrition Sport
- Système de soins:** Accès aux soins Qualité des soins

CESNA S

Nouveau modèle organisationnel

- Nécessité de redéfinir le modèle organisationnel
- Démarche qualité
- Participation:
 - Professionnels des secteurs publics / privés
 - Usagers
 - Collectivités régionales et locales
 - Organisations de la société civile

→ Système local de santé de proximité adapté aux besoins et performant

→ Soins de santé intégrés et globaux

CESNA S

Approche Territoriale Locale

Système **uniformisé** et **suradministré** → Nouveau modèle d'offre de soins de santé mieux organisé, adapté et coordonné

- associe l'ensemble des acteurs du système de santé dans leurs diversités en faveur d'une médecine de proximité
- garantit l'accès à des soins de qualité pour tous
- permet de répondre aux enjeux d'attractivité médicale et agit sur les différents déterminants de santé.

CESNA S

Approche collaborative: qui sont nos partenaires?



CESNA S

Approche Communautaire

- Les communautés comportent différents acteurs, lieux de proximité et de contact direct avec les groupes de population:
 - culture locale
 - habitudes de vie
 - environnement immédiat

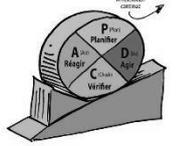
→ permet d'améliorer le système de santé au niveau local

→ conditionne l'efficacité des actions

CESNA S

Démarche qualité

- Réflexion sur les besoins
- Identification des priorités
- Mise en place d'un plan d'action
- Gestion et évaluation des activités



CESNA S

Exemple: Cas de la Covid 19



CESNA S

Merci pour votre attention

Panel 7 : « Financement du système : entre la théorie et la pratique »

Journées d'études virtuelles (2-4/4/2021)
 Pour un système local de santé de qualité : défis et stratégies pour une
 convergence vers une meilleure équité
 Labo de recherche « Qualité des soins & Management des services de santé »
 Centre d'Etudes Stratégiques sur le Maghreb (CESMA)

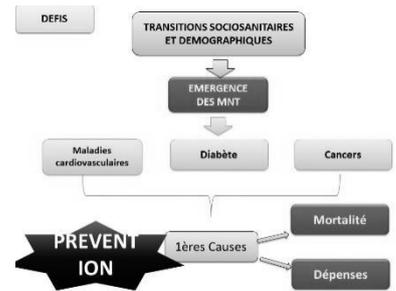
Quel système de financement pour un système de santé local équitable et de qualité ?

Dr Riadh Benabbas

Problématiques des soins de première ligne

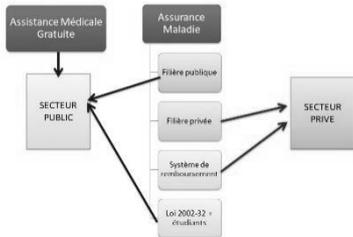
- Missions mal définies
- Organisation fragmentée
- Accessibilité
- Equité
- Efficience
- Financement inadéquat

FRAGMENTATION



EN PRATIQUE SOINS DE PREMIERE LIGNE

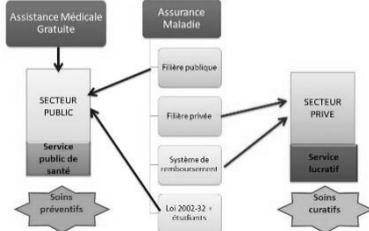
Fragmentation



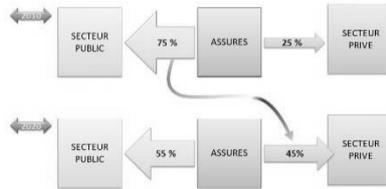
DISPARITE DES MISSIONS

EN PRATIQUE SOINS DE PREMIERE LIGNE

Soins préventifs / Soins Curatifs



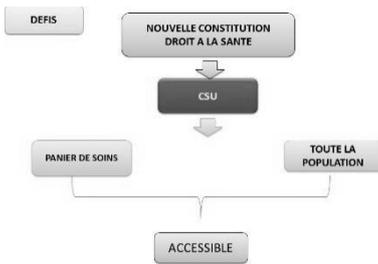
ASSURANCE MALADIE/ SOINS AMBULATOIRES/FLUX DES ASSURES



CNAM

ACCESSIBILITÉ / ORGANISATION / EQUITE

PROXIMITÉ
DISPONIBILITÉ
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE



Secteur Public

Rythmicité de la consultation médicale au niveau des CSB

	0	1/24	1/12	1/6	2/6	3/6	4/6	5/6	6/6
61	4	15	948	366	132	68	103	411	
	2.9%	0.2%	0.7%	45%	17.4%	6.3%	3.2%	4.9%	9.5%

66 %

Contraintes de la non disponibilité

DS58 2016

Secteur privé

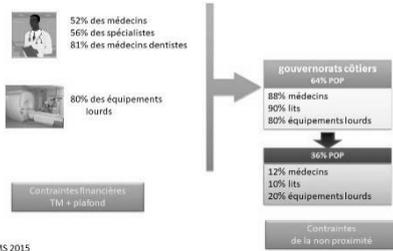
52% des médecins
56% des spécialistes
81% des médecins dentistes

80% des équipements lourds

Contraintes financières
TMS plafonds
Dépassement des tarifs conventionnels

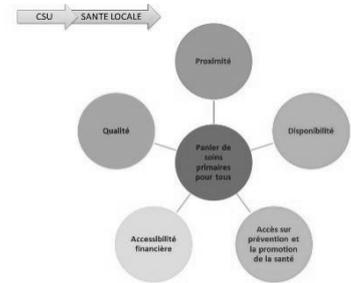
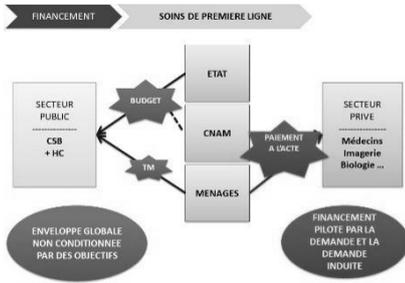
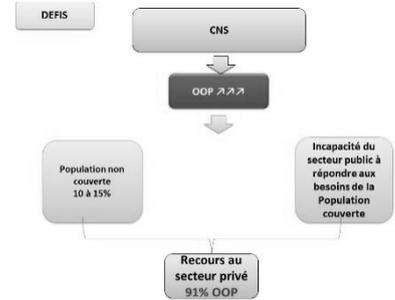
MS 2015

Secteur privé

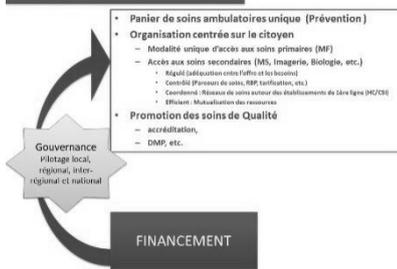


MS 2015

FINANCEMENT



Service Local Santé Universel

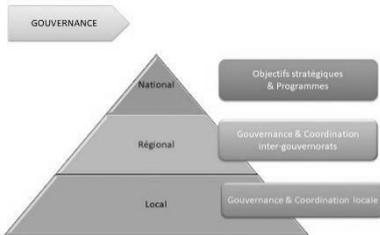


FINANCEMENT PRESERVER LES ACQUIS

- Collecte des fonds : financement mixte (Etat + CNAM)
- Mise en commun des fonds : AM : tous régimes confondus
- Achat des prestations : contractualisation
- Gouvernance : AM :
 - Séparation entre acheteur et prestataires de soins
 - Acheteur unique (CNAM)
 - Politique inclusive (public + privé)

FINANCEMENT RENFORCER LES ACQUIS

- Collecte des fonds : Diversifier les sources de financement
- Mise en commun des fonds : CSU = cotisations + budget alloué aux SSP
- Achat des prestations : migration du système budgétaire vers le système de financement à la performance & séparation entre acheteur et prestataire.
- Gouvernance
 - Confier à la CNAM la gestion de la CSU et le financement de l'ensemble des prestations de soins profit de tous les citoyens (acheteur unique)
 - Instaurer le service public de santé centré sur le citoyen et incluant public + privé

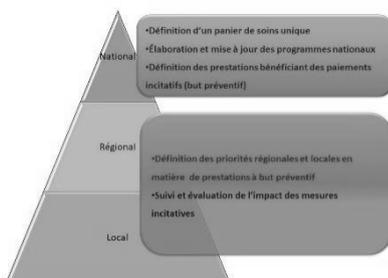


Service Local Santé Universel



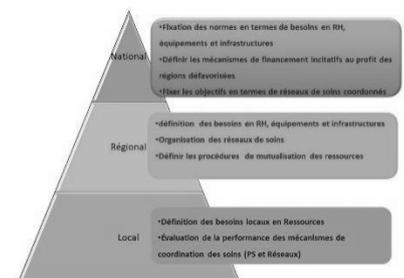
Panier de soins

- Financement dédié aux programmes nationaux de prévention (notamment primaire) et de promotion de la Santé
- Mécanismes de financement incitatif (paiement à l'acte) pour les prestations à but préventif
- Mécanismes de financement incitatifs pour les solutions alternatives à l'hospitalisation classique
 - Prestations d'Hj
 - Prestations d'hospitalisation et de soins à domicile



ORGANISATION DES SOINS

- Contractualisation conditionnée par les normes de besoins favorisant une répartition équitable de l'offre de soins
- Paiement différencié des prestataires au profit des régions souffrant de la rareté des RH, des équipements et des infrastructures de santé
- Privilégier la prise en charge des prestations fournies dans le cadre de P5 coordonnés par le MF
- Incitations financières pour les réseaux de soins organisés autour des établissements locaux (H/C/CS/...) pour le suivi des patients atteints de MNT, l'hospitalisation de jour, les soins à domicile, etc.



QUALITE

- Privilégier la prise en charge des prestations fournies dans le cadre des **PS coordonnés par le MF**
- Financement incitatif conditionné par l'atteinte des objectifs de santé publique (paiement à la performance) et le respect des PS. Exp : la prise en charge des patients atteints de MNT et la promotion des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre de **réseaux de soins** organisés autour des établissements sanitaires HC/CSJ/...
- Incitatifs à l'usage d'un **système d'échange électronique sécurisé** des données de santé incluant le **DMP**
- **Incitatifs financiers** au profit des prestataires accrédités (PS, Réseaux, établissements, etc.)



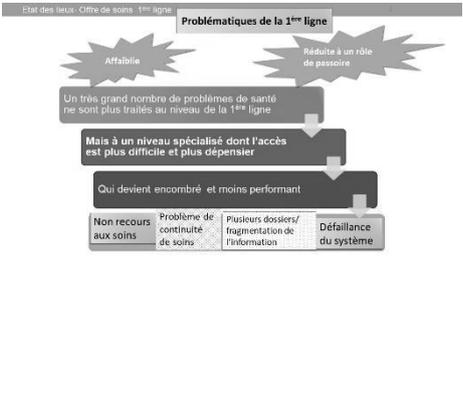
FINANCER DES SOINS DE QUALITE POUR TOUS
DANS UN CADRE SOLIDAIRE
TOUT EN TENANT COMPTE DES SPECIFICITES
REGIONALES ET LOCALES

1

LA CRISE DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ TUNISIEN

NÉCESSITÉ D'UN SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ RÉHABILITÉ ET JOUANT PLEINEMENT SON RÔLE

Abdelwahed El Abassi
Sousse 03 avril 2021



Etat des lieux: Protection financière et financement

3

- Fragmentation et la complexité des filières de la CNAM générant iniquité, corruption et migration de niches vers le privé
- Niveau élevé des paiements directs des ménages: 36.6% des DTS (38% DCS) >> 20% → incidence élevée de dépenses catastrophique et de la pauvreté qui lui est liée (respectivement près de 200 mille et plus de cent mille habitants/an)
- Absence de stratégie d'efficience du système générant abus, sous et surmédicalisation et absence de dispositifs de calcul de coûts réels
- Déficit grave et chronique des structures sanitaires publiques dont le financement est en décalage avec des besoins accrus et dont le développement est tributaire de la demande politique

→ Le système actuel est régué par le rationnement (explicite et implicite) et les réponses urgentes sans vision d'ensemble

→ La réforme du système actuel est indispensable pour réduire les disparités régionales, sociales et les tensions dans l'exercice du droit à la santé.

Une expérience internationale historique

4

Peut-on s'inspirer de l'initiative de Bamako pour surmonter la crise?

- Promue et soutenue par l'OMS et Unicef durant les années 90 pour relancer les SSP
- Adoptée par 43 pays d'Afrique, d'Amérique Latine et d'Asie
- La revue internationale des progrès organisée en 1999 lançant un appel pour le droit à la santé, aux soins et à la dignité
- Les 4 principes de l'Initiative de Bamako:
 - L'accès universel aux soins essentiels y compris les médicaments
 - Le partage des coûts et le développement de mécanismes de solidarité
 - Décentralisation et participation communautaire avec cogestion
 - Objectifs clairs et agréés avec monitoring et suivi des progrès

→ Quatre principes inter-liés sans quoi le partage des coûts ne peut générer qu'iniquité et obstacles pour l'accès universel aux soins

L'expérience de l'IB au Mali

5

Contexte et caractéristiques

- Crise majeure des financements publics affectant gravement le système de santé
- Dépenses directes des ménages > à 75%
- Politique nationale basée sur l'IB
- Mise en œuvre sur plusieurs plans successifs de développement
- Participation communautaire et décentralisation effective
- La commune est devenue propriétaire des Centres de Santé Communautaires
- Les Associations de Santé Communautaires sont les gestionnaires des CSCs
- L'Etat partenaire stratégique et technique
- Partenariat sur la base de conventions tripartites: gouvernement-Collectivité locale-ASACom

	Invest.	salaires	Financ.*	Médis.**
Hôpital District	Gouv. PTF	Gouv.	Gouv. Usagers	Usagers
Centre de Santé Com	Gouv. PTF	Coll. Locales	Usagers	Usagers
	Pop. Col. locaux			

* Supervisions et formation continue assurées par l'Etat
** Vaccins et médicaments des programmes nationaux pris en charge par l'Etat

L'expérience de l'IB au Mali

6

Résultats

- Système de santé totalement transformé au bout de 10 ans: le premier échelon est soit communautaire (plus d'un millier), soit privé (224) en 2010
- Un CSCom doit assurer les prestations d'un Paquet Minimum d'Activité (PMA) pour exister et établir une relation contractuelle avec l'Etat
- le contenu du PMA doit répondre aux normes définies par l'Etat
- Début conflictuel avec les communes. Evolution plus apaisée et collaborative dans le cadre des conventions tripartites: Commune, ASACom et Etat
- Les dépenses directes par les ménages sont passées de 75% à moins de 55% en 2010
- La proportion de population vivant à moins de 5km d'un centre de santé est passée de 15% au début des années 90 à plus à 56.8% en 2009
- Renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires des ASACom avec des fédérations locales, régionales et nationales

→ Pour en savoir plus sur les fondements de l'expérience malienne de l'IB lire: "la réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996" dans Studies in Health Services Organization & Policy, 12 1999 ITC Press MIT Anvers. Belgique

En quoi l'expérience de l'IB est-elle utile pour la Tunisie?

7

la Tunisie est très différente du Mali :

- système de santé public très dégradé mais robuste et relativement accessible, protection financière et capacités en ressources humaines non comparables
- les solutions maliennes étaient adaptées au contexte malien et ont été dynamiques dans le temps
- mais les principes de l'IB pour la relance des Soins de Santé Primaires peuvent inspirer notre réflexion pour réformer et sortir de façon durable de la crise de financement qui affecte le système de santé

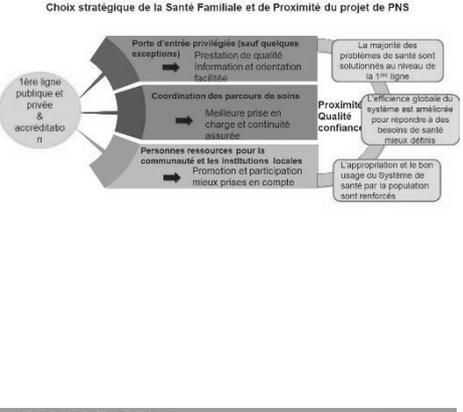
Les lignes d'actions

8

Pour sortir de la crise de financement et progresser vers la Couverture Santé Universelle avec maîtrise des dépenses

→ 4 Lignes d'actions stratégiques:

- Promouvoir la santé et réduire la charge de morbidité
- Améliorer l'efficience du système de santé de santé
- Renforcer l'équité et l'efficience de la protection financière
- Augmenter les dépenses publiques de la santé qui stagnent autour de 4% du PIB



Ligne d'action Améliorer l'efficience

10

Choix stratégique Santé Familiale et de Proximité: Implications

- Amélioration de la disponibilité temporelle de la première ligne publique
- Meilleures conditions d'accueil
- Disponibilité effective des médicaments
- Facilitation des RDV pour les réérés et garante la rétro-information
- Référentiels de parcours de soins et de bonne pratiques
- Développement de la télémédecine
- Redéfinition du rôle de la circonscription avec attention à la collaboration locale entre tous les acteurs pour les objectifs de santé publique et dans les situations d'urgence sanitaire
- Développer des plans locaux pour la promotion de la santé en faciliter la revue périodique

Mise en place de l'identifiant unique et du dossier médical unique informatisé et intégré

- Harmonisation public / privé par la définition du paquet de service essentiel et le Régime de Base Unifié pour la CNAM
- Système d'accréditation et de conventionnement sur la base d'un cahier de charge

Ligne d'action Améliorer l'efficience

11

Choix stratégique SFP: les leviers

- Formation initiale (acquise) et continue
- Recyclage selon le besoin et formation continue de l'énorme potentiel des médecins généralistes existants
- User d'incitatifs pour le respect du parcours de soin par les patients et par les professionnels ainsi celui des référentiels de bonnes pratiques assurant ainsi un meilleur usage du financement public
- Réajuster les missions de chaque ligne du système de soin compte tenu de son avantage comparatif et en considérant à leurs justes valeurs les dimensions de continuité et de proximité des soins
- Assurer la bonne implication et collaboration des médecins spécialistes

Ligne d'action Améliorer l'efficience

12

Une régulation active du système de santé

Réguler le développement du système de santé pour assurer une offre de soins de qualité, équitable et pérenne avec la perspective la Couverture Santé Universelle avec attention à:

- L'adaptation continue du système à la proximité nécessaire des soins
- La revue du contenu et de l'utilisation du Paquet de Services Essentiels
- L'identification des causes sous-jacentes aux dépenses directes des ménages et propositions de solutions
- La complémentarité et la collaboration entre le secteur public et privé pour la réalisation d'objectifs de santé publique

En Guise de conclusion

13

Pas de CSU sans un Système Local de Santé basé sur la SFP et qui apporte l'efficience et renforce l'efficacité globale du système de santé

Le projet de politique nationale de santé produit dans le cadre du dialogue sociétal donne la vision et un ensemble de choix stratégiques pour réformer le système et aller vers la CSU

14

Merci de votre attention!

Journal des études virtuelles
Pour un système local de santé :
défis et stratégies pour une convergence vers
une meilleure équité

Panel 7: Financement de la santé

**Place du PPP dans le
financement du système local
de santé**

03 Avril 2021

Dr Riidha Gataa - CNFPSC - Ministère de la Santé

Introduction:

Le système de santé tunisien est dans l'obligation de se développer dans le but de maintenir ses acquis et faire face aux mutations épidémiologiques, démographiques, sociologiques, et celles liées à l'environnement international et aux contraintes économiques qui pèsent sur lui.

Pour ce faire, il doit s'attacher à relever **plusieurs défis** dont le plus urgent est la **réduction des disparités régionales** en termes d'offre et financement de soins.

Page 2

Problématiques

La question du **financement** de soins de santé est devenue une problématique prioritaire de la réforme du système de santé tunisien, indissociable des autres dimensions du débat politique, économique, ou sociétal sur l'accès aux soins de santé.

La Tunisie doit répondre aux exigences de la nouvelle constitution de 2014 pour **instaurer la démocratie sanitaire** et s'orienter vers le consensus révolutionnaire d'équité, de liberté et de dignité.

Page 3

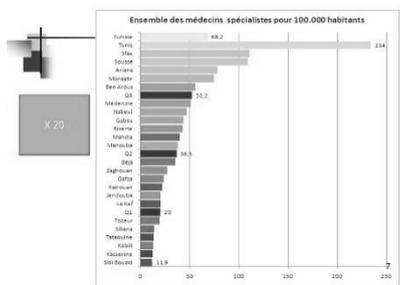
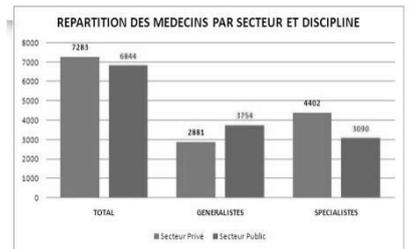
**ORGANISATION SANITAIRE:
Offre de soins**

❖ **Trois secteurs** de soins ambulatoires et hospitaliers qui offrent des prestations préventives et curatives à la population:

- Secteur Public
- Secteur Parapublic
- Secteur Privé

Organisation de l'offre de soins selon 3 secteurs et 3 niveaux

Secteur Public	Secteur Parapublic	Secteur Privé
<p>1^{er} Niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux de circonscription (109) Centres de santé de base (2157) <p>2^{ème} Niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux régionaux (31) Délégations régionale ONFP Centres régionaux MSI <p>3^{ème} Niveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux, Instituts, Centres spécialisés à vocation universitaire (27) ; Centres spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux et structures du ministère de la défense Hôpital et structures du ministère de l'Intérieur Polycliniques de la C.N.S.S (6) Groupements de médecine de travail 	<ul style="list-style-type: none"> Cliniques Privés (98) Cabinets privés Centres d'hémodialyse (117) Cabinets d'imagerie médicale Laboratoires d'analyse médicale (510) Officines et grossistes répartiteurs (2037) Cabinets et centres de paramédicaux



Secteur Public vs Secteur Privé

<p>Secteur Privé</p> <ul style="list-style-type: none"> Innovant Réactif Riche Clientèle aisée Cientèle étrangère Séduit les cadres de la santé <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Abus de tarification Manque de confiance 	<p>Secteur Public</p> <ul style="list-style-type: none"> Lourdeur administrative Routine Cientèle classe moyenne et pauvre Submergé par la demande accrue Financement centralisé et faible Contribution des ménages +++ <p>Absence de collaboration</p>
---	--

Page 8

Secteur Public vs Secteur Privé

Le défi actuel: trouver comment ces deux secteurs peuvent ils conjuguer leurs efforts pour atteindre des objectifs d'intérêt commun dans une perspective de PPP.

Un intérêt qui doit cibler les zones défavorisées par la mise en commun:

- ❖ des infrastructures
- ❖ des équipements
- ❖ des ressources humaines
- ❖ des moyens financiers de fonctionnement
- ❖ Etc.

Visant essentiellement les structures de 1^{ère} et 2^{ème} ligne et l'encouragement des initiatives socialisées **de partenariat public privé.**

Page 9

Partenariat Public Privé (PPP)

Un procédé par lequel l'Etat appelle les investisseurs privés à participer à la réalisation de projets d'utilité publique qui permettra de partager des ressources et des expertises entre les deux secteurs et accéder à des avantages auxquels les deux entités ne pourraient prétendre individuellement.

GAGNANT - GAGNANT

Il est indispensable d'établir des cadres juridiques et institutionnels claires et efficaces régissant la participation privée dans le secteur public

Qu'en est-il du PPP en Tunisie:

Sources du financement du système de santé en Tunisie:

- ❖ Les Ménages
- ❖ L'Etat
- ❖ CNAM et Mutuelles
- ❖ Dons
- ❖ ONG
- ❖ Société civile
- ❖ PPP??????

(Que peut-on retenir de la crise du Covid-19 par exemple?)

Page 11

Qu'en est-il du PPP en Tunisie:

En 2014 le dialogue sociétal a recommandé la promotion de la complémentarité Public-Privé et des mécanismes d'accès financier au privé de façon à optimiser le rôle du privé tout en établissant un équilibre entre les secteurs et corriger certains problèmes de financement de la santé.

En précisant que, « le système de financement actuel combine le statut rigide de la fonction publique, le mode de décision centralisé et l'utilisation d'un système de budget global avec des médecins salariés. Ce système ne fournit que peu ou pas d'incitation à assurer des soins de qualité »

Page 12

Qu'en est-il du PPP en Tunisie:

Pas d'expériences concrètement réussies de PPP en santé:

Dans le secteur de la santé, une loi relative aux contrats de partenariat public privé a été publiée en Tunisie, cette loi a pour but de fixer le cadre de développement du partenariat entre le secteur public et le secteur privé (Loi n° 2015-43 du 27 novembre 2015, relative aux contrats de partenariat public privé) Elle fixe le cadre général des contrats de partenariat public privé, leurs modalités d'élaboration et de conclusion, etc.

D'autre part, une Direction Générale des Partenariats Public-Privé (DGPPP) est créée sous la tutelle du ministère des finances, elle a pour responsabilité: Le développement d'une législation fiscale, comptable, financière, le renforcement de la coopération internationale et régionale dans le domaine des PPP, etc.

Page 13

Qu'en est-il du PPP dans le monde:

Plusieurs expériences internationales:

- ❖ Depuis plusieurs années et dans plusieurs pays: Angleterre - France, Portugal, Royaume Unis, Québec...
- ❖ Où l'administration publique partage avec le privé ou la société civile, la réalisation de certaines tâches. Cette approche est devenue un outil de la **bonne Gouvernance** dans la plupart de ces pays

Les relations de partenariat s'inscrivent dans le **cadre de contrats de long terme** : elles se distinguent en cela des privatisations et de la sous-traitance.

Les investissements (infrastructures, matériel, immobilier, logiciels...) nécessaires à la fourniture du service sont financés pour tout ou pour une partie par le prestataire privé.

Le paiement, assuré par les usagers ou par une collectivité publique, permet de couvrir l'amortissement de ces investissements et leur exploitation.

Page 14

Place du PPP dans la résolution des Problèmes de financement des SS: Recommandations internationales:

OMS: l'objectif primordial est l'accès universel aux soins. Le grand défi est l'obtention des ressources suffisantes pour la santé

Il faut innover dans la recherche des fonds et l'investissement en santé.

Le financement de la santé est plus qu'une simple question de collecte de fonds pour la santé. Il s'agit également de savoir qui reçoit la facture, quand elle sera réglée et comment l'argent recueilli est dépensé.

Page 15

Place du PPP dans la résolution des Problèmes de financement des SS: Recommandations internationales:

OMS:

Le PPP est important certainement MAIS..... Il faut faire attention:

La collaboration entre les secteurs public et privé a soulevé de vives objections. De nombreuses questions ont été posées :

- ✓ Selon quels critères on doit identifier les partenaires ?
- ✓ Comment structurer et contrôler la collaboration de manière à éviter ou à régler d'éventuels conflits d'intérêts ?
- ✓ Comment faire en sorte que les partenariats fonctionnent selon les principes d'une saine gestion ?

RESPECT DE L'ETHIQUE +++++

Page 16

En Conclusion

En Tunisie, l'importance de la complémentarité entre le secteur public, le secteur privé et la société civile n'est plus à démontrer.

Les projets de partenariats pourraient avoir une place très prometteuse pour le développement harmonieux des deux secteurs public et privé.

Toutefois, il est indispensable d'établir des cadres juridiques plus claires, régissant la participation privée dans le secteur publique.

La clarté et l'efficacité de ces cadres sont les seuls garants d'attirer les investisseurs, et d'aboutir au succès de ces projets.

Page 17

Je vous remercie pour votre attention

Page 18

Panel 8 : « Ensemble vers l'unité pour un système local de santé de qualité »

L'Unité pour la Santé ou le SLSQ
une convergence vers
une meilleure équité

département de médecine
communautaire de sousse

Pr Aii MTIRAOUi

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

Un contexte en évolution rapide ...

... TRANSITIONS

Tr. démographique

Urbanisation, vieillissement
Modes de Vie...

Pb ressources: Crise
des Valeurs ...

Charges de morbidité
Cancers, Psy ...

Nouv exigences
Qualité, continuité, coût

Attentes ++
des patients

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

Fragmentation du système de soins :
Un phénomène de + en + préoccupant

Santé individuelle - Santé publique

Soins de santé base - Programmes verticaux

Curatif - Préventif

Généraliste - Spécialiste

Public - Privé

Prestataire - Bénéficiaire

Riche - Pauvre

Villes - Campagne

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

Ce qui détermine la santé ?

Education, Transport, Logement, Pauvreté, Aménagement urbain, Environnement physique

Biologie, Habitudes Vie, Environnement, Services Santé

Problèmes de Santé

en meilleure santé

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

**FR des mdies chroniques...
en dehors de l'appareil de soins**

Tabacisme, Maladie rénale chronique, Infection par VIH, Obésité, Alcool, Usage de drogues illicites

Diabète, Hypertension artérielle, Maladie cardiovasculaire, Cancer du sein, Cancer de la prostate, Cancer du col de l'utérus, Cancer du pancréas, Cancer du côlon, Cancer de l'estomac, Cancer du foie, Cancer du poumon, Cancer du testicule, Cancer du rectum, Cancer du col de l'utérus, Cancer du sein, Cancer de la prostate, Cancer du col de l'utérus, Cancer du pancréas, Cancer du côlon, Cancer du poumon, Cancer du testicule, Cancer du rectum

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

PPS
... investir autrement ...

Espérance de vie s'est améliorée

Drugs and medical care +5 years

Public Health impact +25 years

30+ Years

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

« Soins & Ste » = élargir nos spectres d'intervention

Pourquoi cet enfant est-il à l'hôpital ?
Parce qu'il a une grave infection à la jambe.
Pourquoi a-t-il cette infection ?
Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle est infectée.
Mais pourquoi cela s'est-il produit ?
Parce qu'il jouait dans le parc à ferrailles près de chez lui et
Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferrailles?
Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants
jouent à la sans surveillance.
Mais pourquoi habite-t-il ce quartier ?
Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.
Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un
plus beau quartier ?
Parce que son père est sans emploi et que sa mère est
malade.
Mais pourquoi son père est-il sans emploi ?
Parce qu'il n'est pas instruit et ne peut trouver un emploi.
Mais pourquoi... ?

(Titre de Deuxième République, La Santé de la population et le quartier)

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

La Question ! !

Comment s'orienter vers les
solutions les plus efficaces &
les moins coûteuses ?

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

Finalité et objectif d'un SS

• 1 Finalité : Améliorer l'état de santé de la population

• 3 objectifs :

- Offrir des services à toute la population
- S'assurer que les services sont fournis selon les normes scientifiques et qu'ils répondent aux besoins
- Organiser les services en vue d'assurer le meilleur apport (QI, équité, pertinence, efficacité)

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

**Impact des SSB :
des preuves basées sur des faits**

« Les pays qui s'orientent vers une forte infrastructure de leurs soins de première ligne obtiennent de meilleurs résultats en matière de santé ... de mortalité, de morbidité ... et de soins de santé préventifs. »

Barbara Starfield, "Public Health and Primary Care: A Framework for Proposed Linkages" Ann. N.Y. Acad. Sci. 96, No. 10, Oct 1996.

SSB / SSP = Intégralité des soins (I,C,G)

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

Approche Globale : santé dans tous

Stratégies d'interventions: Restauration, Protection, Promotion

Cible: Malades, Pop. à risque, Bien portants

Rôle Prof Sté: Faire, Faire avec, Faire faire

+++ Intervention ne peut être que globale

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

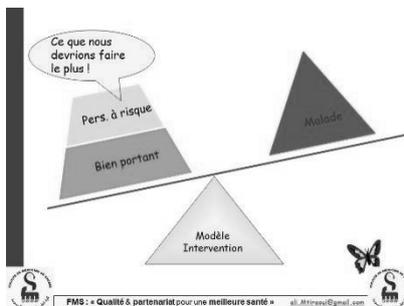
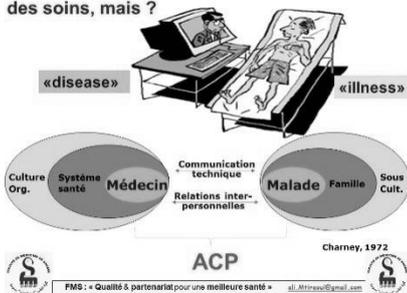
Mais ... le constat

Pop. à risque, Bien portants, Malades (faire), Modèle Intervention

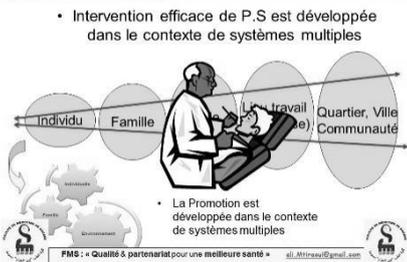
Ce que nous faisons le plus !

FMS : « Qualité & partenariat pour une meilleure santé »

des soins, mais ?



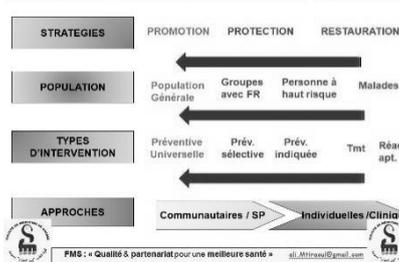
Md= (R x P²)/E «Mettre le tout ensemble»



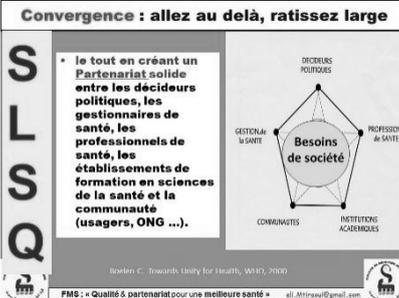
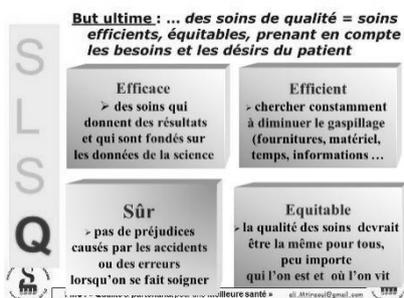
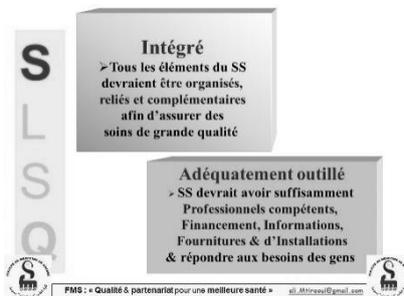
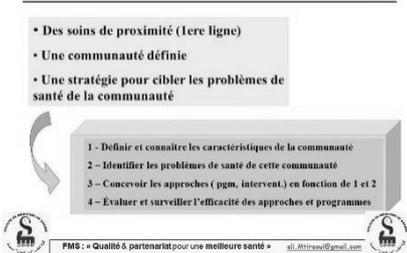
SLSQ : Combiner les 2 approches



Globalité : (R x P²)/C



SLSQ : Un modèle englobant



Actions Universelle pour améliorer le SLSQ

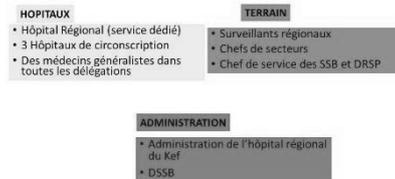


Equipe de Santé face au Choléra

Contexte, Déclenchement

- Automne 1986
- Gouvernorat du Kef (dix délégations)
- Epidémie de Choléra dans la pays et notamment El Hamma (Gabès)
- Premier patient déclaré post mortem à l'hôpital régional du Kef

Equipe



Logistique

- Laboratoire régional de santé publique +++
- 5 nouvelles « Land Rover » presque neuves acquises sur le programme santé-population
- Quelques téléphones fixes ...

Médicaments et dispositifs médicaux

- Approvisionnement médicaments et dispositifs médicaux assuré par la DSSB et en partie sur les budgets hospitaliers.
- Pas de vaccins.

Autorités locorégionales

- Rapport direct avec le Gouverneur de la Région
- Rapport avec les délégués et les maires en cas de besoin

Population

URBAINE

Peu respectueuse des mesures de prévention

RURALE

- Très accueillante des équipes de terrain
- Applique scrupuleusement les consignes et les mesures de prévention pour eux et autour d'eux

Administration centrale

- Rapport quotidien avec la DSSB
- Ligne « ouverte » avec la Ministre de la santé de l'époque
- Supervisions ? DDSB et DHMPE

Echange Info

- Réunion équipe fin de journée :
 - Eval J
 - Programmation J+1
- Téléphone
- Papier : rapport quotidien et cumul
 - Ministère
 - Gouverneur
- Déclaration obligatoire

Conclusions : Qualité du Management et de l'Administration en situation épidémique

1. Equipe multidisciplinaire (infirmiers +++), avec une forte implication de l'administration locorégionale.
2. Appui essentiel de l'autorité régionale et ses collaborateurs locaux.
3. Suivi quotidien par l'administration centrale
4. Echanges entre régions et en particulier celles limitrophes
5. Transmission quotidienne de l'information

Journées d'Etudes 2021

ENSEMBLE VERS L'UNITÉ POUR LA SANTÉ AU NIVEAU LOCAL

Pr. Néjib MRIZAK

Pour un système local de Santé de Qualité
Réfléchissons ensemble !! : 2-4 Avril 2021

DROIT À LA SANTÉ & DROIT AU TRAVAIL

Droit à la Santé & Droit au Travail

Population active en Tunisie :

- Le médecin au cœur de deux contradictoires entre deux droits constitutionnels :
 - Le Droit à la Santé et
 - Le Droit au Travail
 Tous deux affirmés dans la Constitution
- Les services médicaux en milieu prof. :
 - Missions de prévention, d'information, d'éducation sanitaire, de détection de pathologies

Droit à la Santé & Droit au Travail

Services médicaux en milieu prof. :
= Un instrument d'une politique globale de santé

OMS ayant défini la santé comme
« Un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

Droit à la Santé & Droit au Travail

Approche locale multidisciplinaire des problèmes de santé en milieu prof. :
→ Replacer l'action du médecin du travail dans une approche globale des problèmes de santé
→ Médecine du travail jouant son rôle dans l'amélioration générale de l'état de santé de la population

Système régional de l'activité de Médecine du Travail : Gardant toute sa légitimité en particulier aux yeux des salariés (→ Rôle de prévention ++)

SYSTÈME LOCAL DE PRÉVENTION

Système local de prévention-1-

Système local de prévention :

- Visant à prévenir tous les risques inhérents au travail
- Santé au travail, synonyme de Bien-être et de production

Une bonne santé physique associée au bien-être social constituant les conditions premières de l'accroissement de la production et de l'amélioration de la productivité

Système local de prévention-2-

Facteurs physiologiques intimement intriqués avec les facteurs techniques et économiques

↓

Production dépendant de la qualité du travail humain

Santé de l'Homme = Le bien le plus précieux et le capital le plus rentable

Capital Humain = Le facteur primordial dans l'économie et la vie du pays

Système local de prévention-3-

Médecin Spécialiste de médecine du travail : Son rôle indéniable en santé publique

- Surveillance médicale régulière au bénéfice de chaque salarié : Examen clinique et exploration générale
- Plusieurs indicateurs permettant d'apprécier l'efficacité de cette surveillance : Indicateurs de prématurité, de prévalence de diabète de type 2, ...
- Surmorbidités ou surmortalités constatées en rapport avec un risque prof. déterminé

Système local de prévention-4-

Créer une harmonie entre l'action des médecins spécialistes :

- Dépister les maladies professionnelles le plus précocement possible par une surveillance médicale systématique des travailleurs exposés
- Adapter les salariés au travail : Reconnaître les maladroits, les distraits pour éviter de les placer dans des postes dangereux Et adapter le travail à l'homme

Système local de prévention-5-

Personnel de soins : Mission

- Bien gérer les Unités de soins
- Personnel exposé à des risques variés :
 - Assurer leur mission avec motivation, dévouement, conscience prof.
 - Améliorer le partage des connaissances de chacun pour le bien-être des équipes et la qualité des soins
 - Valoriser la motivation préexistante des soignants

Système local de prévention-6-

Qualité de soins exigée : Vis-à-vis des patients :

- Soins de qualité
- Ecoute et accompagnement
- Aide à l'autonomisation maximale possible
- Education sanitaire

l'équipe soignante intégrant la prévention pour elle-même

SYSTÈME LOCAL & SYSTÈME PERFORMANT

Système performant-1-

- Système adapté aux besoins de la population surveillée
 - Pertinence des services prodigués
 - Nécessité d'outils adéquats pour une prise en charge de qualité
- Surveillance de la santé des personnes actives, occupant un poste de travail : Vie au travail & Vie hors travail
Vie en temps partagé

Système performant-2-

- Activité professionnelle comme facteur intervenant dans la vie familiale
 - Activité prof. Du citoyen → Paraissant un prédicteur assez fiable du comportement hors travail
 - Désaffection à l'égard du travail
 - Comportement conséquent : Turn over Absentéisme
- Travail comme activité et comme valeur

Réussite → Exigeant une bonne santé
Travail et Médecine → Une vraie relation

Système performant-3-

- Prestations de soins de qualité : Médecin du Travail & Médecin de Famille
 - ↳ Pour exercer, nécessité de posséder :
 - Un savoir faire clinique, très transversal
 - Un savoir spécifique intéressent la physiologie, l'EFR
 - ↳ Donner la priorité à la formation aux aspects réglementaires

Système performant-4-

- Bien répondre aux besoins de soins et de prévention dans une région donnée :
 - Qualité élevée et sécurité des soins
 - Renforcement des équipes de soins
 - Enrichir la qualité de l'échange, écouter, comprendre et décompter les messages
- ↳ Faire du médecin du travail et du médecin traitant, par leur relation étroite,
 - Ceux capables ensemble de manager la santé du salarié

Système performant-5-

- S'adapter aux besoins de la population active :
 - ↳ Médecin Traitant & Médecin du Travail :
 - Aptitude du salarié :
 - « Chaque salarié recevant un emploi à la mesure de ses forces et de ses facultés »
 - « Ne pas altérer sa santé ou souffrir du travail »
 - ↳ Tenir compte du progrès des connaissances dans le domaine de la santé
 - ↳ Tenir compte des exigences accrues en matière de santé et de sécurité au travail

EVOLUTION DU SYSTÈME DE SOINS

Evolution du système de soins-1-

- Evolution constante de l'activité du système de soins local :
 - Nécessité de s'adapter à cette évolution
 - S'adapter aux besoins de la population active : surveillance adaptée, santé protégée ; télémédecine...
- Modernisation de la Médecine & Médecine du Travail (+)

Evolution du système de soins-2-

- « La médecine du travail traite de tous les aspects de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, l'accent étant mis en particulier sur la prévention primaire des risques » OMS
- ↳ Modernisation du suivi individuel de la santé des travailleurs
- ↳ Evolutions des pratiques médicales favorisant les coopérations entre les différents professionnels de la santé.

Evolution du système de soins-3-

- Professionnels de la santé :
 - ↳ Nécessité de s'adapter en permanence aux nouvelles connaissances médicales et scientifiques
 - ↳ Affirmer leur rôle dans la prévention des pathologies liées aux expositions prof.
 - Le travail est au cœur des enjeux de santé publique
 - ↳ Le médecin du travail → Assurer une veille sanitaire en santé travail

Evolution du système de soins-4-

- Modernisation du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs
- Médecin de famille & Médecin du Travail
 - Confortant leur place dans le suivi de l'état de santé du citoyen et acteurs de la prévention,
 - Au sein de l'entreprise
 - En santé publique
 - Poursuivant l'évolution de la médecine et de la santé au travail

Evolution du système de soins-5-

- Poursuivre l'évolution de la médecine :
 - ↳ Toujours dans l'objectif de prescrire de la prévention, de la protection et de l'amélioration des conditions de vie au travail de l'Homme

QUELS ENJEUX POUR LA PRÉVENTION EN 2040

Quels enjeux pour la prévention en 2040 ? -1-

- Modes et méthodes de production en 2040 ?
 - Influence de la robotisation et des nouvelles formes d'organisation du travail sur la santé et de sécurité ?
 - Evolution des risques professionnels ?
- Le travailleur face à la logiciélisation de la production
- Quelle sera l'étendue de la robotisation ?

Quels enjeux pour la prévention en 2040 ? -2-

- Innovation technologique, un facteur de risque pour la santé ?
 - Notamment mentale
 - Sécurité du travailleur
- Quels enjeux pour la prévention ?
- Evolution du monde de l'entreprise ; nécessité de favoriser les actions de prévention participatives

Quels enjeux pour la prévention en 2040 ? -3-

- Secteur de santé, immergé dans les situations futures, permises par les nouvelles technologies :
 - ↳ Intégrer la prévention des risques prof. dans les processus de conception
- Personnels de santé :
 - Construire l'avenir de la prévention en adéquation avec les besoins de demain

Annexe 4 : les enregistrements des vidéos

(URL)

Liens des enregistrements

1- <https://mohefn.sharepoint.com/:v:/s/Weninaire23et4Avril/EXXMdAENXS9Pq6EYsjLAZQYBLIwDkWw8UpR33UiYlkQ8Qg?e=r9yki7>

2- <https://mohefn.sharepoint.com/:v:/s/Weninaire23et4Avril/EVnzcZJGFTxJtwIGq8N5us8B3zI5ts1oEAB4DFal5AS6g?e=6xyFDm>

3- <https://mohefn.sharepoint.com/:f:/s/Weninaire23et4Avril/EsGteqahRb5OgtLH57PC4QEB9WyukSRweXHdMrSYUklXWA?e=nBYh8f>

Annexe 5

Un album photo

1^{ère} et 2^{ème} journées : le 2 et 3 Avril 2021 à la Faculté de Médecine de Sousse



Troisième journée : le 4 Avril 2021 à Hôtel Sousse Palace





Annexe 6

Laboratoire de recherche (LR12ES03)

« Qualité des soins et management des services de santé » (QuaS-MaSS)

L'objectif qui importe le plus :

Le projet **QuaS-MaSS** a pour **objectif** d'améliorer la qualité et l'accès à des soins de santé entre-autre maternelle en fédérant et en rendant synergiques, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire régionale, les interventions des différents acteurs dans les trois régions sanitaires du Centre ouest (Kairouan, Sidi Bouzid, Kasserine). Le développement d'un modèle pour l'amélioration de soins périnataux au niveau régional, dans des formations sanitaires, et au niveau communautaire, qui pourrait passer à l'échelle nationale sans nécessiter un grand investissement de ressources est l'un des buts de ce projet aussi.

De manière plus spécifique, les objectifs de cette intervention sont :

- Améliorer la qualité des soins périnataux essentiels au niveau des formations sanitaires (composante 1 & 2)
- Renforcer la capacité du système & les compétences des professionnels de santé (capacity building) au niveau local afin d'améliorer et de maintenir la qualité des soins périnataux (composante 3 & 4)
- Renforcer les liens entre les communautés et leurs formations sanitaires (composante 5 & 6)

Un projet de recherché-action

Nous entendons par recherche-action (RA), des recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de **transformation d'une situation, processus ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations**. Elle n'est pas simplement une méthodologie, ayant des outils classiques, mais un processus qui forge ses propres outils. Elle opère un lien entre théorie et pratique dans une configuration spécifique où le chercheur est aussi l'acteur de la transformation. La RA commence toujours par une insatisfaction profonde, une attente, un désir d'aller plus loin, un questionnement qui ne trouve pas de réponse dans les savoirs classiques, etc.

Le projet se décline en 6 composantes :

Composante 1 : Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOUC) dans les services de référence en gynécologie et obstétrique des 3 maternités des hôpitaux régionaux chef lieux des gouvernorats ciblés ;

Composante 2 : Amélioration, autour de maternités de référence, participant à la composante 1, **de l'accès aux soins périnataux** (CPN, CpoN, PF & SOUB);

Composante 3 : Elaboration d'un **modèle de travail collaboratif** de manière à promouvoir la participation active des différents acteurs de la périnatalité à la prestation de soins de qualité et mise en place **d'actions de formation pluridisciplinaires** avec l'ensemble des professionnels. Le modèle collaboratif est censé fournir des mécanismes de communication continue entre les prestataires de soins, optimise la participation du personnel aux prises de décisions cliniques et assure un meilleur respect de l'apport de chacune des disciplines.

Composante 4 : Soutien à **la création, la mise en place et à la structuration des réseaux de soins** dans le domaine de la périnatalité.

Composante 5 : **Mobilisation des acteurs locaux, des leaders d'opinions et des populations pour garantir le succès et la pérennité du projet** dans chaque zone géographique retenue

Composante 6: Coordination du projet (suivi, évaluation et management) et mobilisation des expertises régionales et nationales en matière de santé des femmes et de réduction de la mortalité maternelle.

