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

Table des matières

..... 1

Projet de la politique nationale de Santé 1

1 Introduction 2

2 Un système de santé en crise 2

3 Vision 2030 pour la Couverture Santé Universelle 6

4 Pour réaliser la vision 2030… 7

5 Mettre le système de santé en ordre de marche pour la CSU 8

5.1 Placer le citoyen au centre du système 8

Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé 8

Développer un paquet de services essentiels pour tous 9

5.2 Rendre plus équitable l'accès aux services de santé 9

Assurer un régime de base unifié pour tous 9

Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public 10

5.3 Assurer la protection de la santé des citoyens 11

6 Trois clefs pour réussir les changements 11

6.1 Assurer la régulation pour les différentes dimensions de la CSU 11

6.2 Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption 12

6.3 Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé 12

7 Les changements attendus 12

8 Approche de mise en œuvre 14

9 Cibles et modalités de suivi 16

9.1 La progression vers les changements et résultats qualitatifs attendus 16

9.2 Les cibles pour l'état de santé de la population 17

9.3 Modalités pour le suivi 18

10 Annexes 19

TRAVAIL EN COURS

1 Introduction

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

L'état des lieux n'a pu que révéler les inégalités (sociales et régionales) pour ce qui est de l'accès à des soins de qualité. Il met aussi en exergue les dysfonctionnements devenus structurels du système de santé.

La conférence nationale[1]de la santé a abouti, en septembre 2014, à un consensus national sur les orientations stratégiques de la réforme du système de santé. Ce consensus a été décliné sous forme d'une déclaration pour la concrétisation du droit à la santé en Tunisie et la publication d'un livre blanc intitulé « *pour une meilleure santé en Tunisie : faisons le chemin ensemble* ».

Les principales recommandations de cette conférence nationale ont été :

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

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

En projetant une vision pour la santé en 2030 (section 3), la PNS vise, à travers ses choix stratégiques et des clés pour sa réussite, à proposer des pistes (sections 4 et 5 et 6) pour les changements nécessaires (section 7).

Il n'en demeure pas moins quela mise en œuvre effective de la PNS est tributaire de l'engagement politique de toutes les parties prenantes et en particulier celui du gouvernement (section 8). Des modalités de suivi de l'implantation de cette PNS sont aussi identifiées dans ce document (section 9).

2 Un système de santé en crise

Des acquis majeurs en matière de développement humain, fragilisés par les défis de la qualité et les inégalités. Depuis l'indépendance, des progrès importants ont été réalisés en matière de développement humain, avec une politique sociale axée sur la scolarisation, la santé, le logement et l'inclusion des femmes dans la vie sociale et économique. L'espérance de vie est passée de 71.1 en 1992 à 75.9 ans en 2017. Ces dernières années, l'indice de développement humain connait un tassement dans sa progression[2]. Des inégalités régionales et sociales persistent encore aux niveaux

[1] Organisée du 2 au 4 septembre 2014

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

TRAVAIL EN COURS

de l'emploi[3], des conditions de vie et des revenus[4] et de l'accès à des services publics de qualité, ainsi que pour l'état de santé[5]. Le pays semble marquer le pas et a été rejoint, voire dépassé par des pays à revenu intermédiaire[6].

Des nouvelles exigences liées à la transition démographique et épidémiologique.

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

Les Maladies non transmissibles (MNT[7]) sont la cause de plus de 8 décès prématurés sur 10 et contribuent à plus de 63% des dépenses courantes de la santé en 2014. Elles sont portées par des facteurs de risque[8] en relation avec la sédentarité, la pollution, la consommation du tabac et une alimentation déséquilibrée, trop salée et trop sucrée. Face à ces défis, des stratégies et programmes ont été élaborés, toutefois le cloisonnement qui caractérise leur mise en œuvre et les déficiences dans la collaboration intersectorielle limitent leur impact.

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

Bien qu'assurant une bonne répartition géographique de ses structures, le secteur public souffre de déficiences importantes dans ses réponses aux attentes du citoyen. La première ligne semble marginalisée. La disponibilité des prestations y est réduite aux seules matinées et seulement un centre de santé de base sur cinq assure des consultations médicales quotidiennes[9].

Les hôpitaux régionaux souffrent du manque de spécialistes et de l'inadéquation entre les équipements disponibles et les professionnels affectés. L'augmentation de leur nombre a tendance à rendre hors de portée le défi de la bonne fonctionnalité et expose la population à des risques pour la sécurité des soins du fait du déclin des compétences des professionnels spécialisés eu égard au faible volume d'activités réalisées[10].

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

Le dysfonctionnement des structures sanitaires publiques est aggravé, en l'absence de vision d'ensemble du système de soins, par les conflits d'intérêt générés par la double appartenance de

[3] Le chômage était à 16.8% en 1992 et à 15.5% au 3ème trimestre 2018.
[4] La pauvreté était à 15.2% et l'extrême pauvreté à 2.9% en 2015 (INS).
[5] Le taux de mortalité maternelle atteint le double de la moyenne nationale dans certaines régions de l'intérieur du pays.
[6] Par des pays du Maghreb et du proche orient ainsi que la Turquie. The Lancet,Vol 391 June 2, 2018, "Measuring performance on the Healthcare Access andQuality Index for 195 countries and territories and selectedsubnational locations: a systematic analysis from the GlobalBurden of Disease Study 2016"
[7] Il s'agit en particulier du diabète, des maladies cardiovasculaires, des cancers, des bronchopneumopathies chroniques et des pathologies mentales. L'enquête TunisianHealthExamination Survey 2016 (THES) a révélé qu'un peu plus d'un adulte sur six est diabétique (15.5%) et plus d'un adulte sur trois est hypertendu (28.7%).
[8] L'enquête THES a révélé que 65% des adultes sont en surpoids et 30% sont obèses et que le tabagisme concerne plus de 30% de la population jeune.
[9] Les prestations des Centres de Santé de Base (CSB) ne sont disponibles que durant les matinées et seuls 20% des CSB offrent ces consultations 6 jours/6 (dont plus de 60% se trouvent dans les gouvernorats situés sur le littoral) alors que 49% des CSB n'assurent des consultations qu'un jour/6 (dont 90% se trouvent dans les gouvernorats dits défavorisés).
[10] Les volumes d'activité et actes spécialisés sont en relation avec le nombre de la population desservie par la structure hospitalière. Dans la plupart des régions du pays la population se trouve à une heure d'un hôpital régional offrant ou à même d'offrir la gamme de soins requise en toute sécurité.

TRAVAIL EN COURS

certaines catégories de professionnels (public et privé), en particulier dans le cadre de l'Activité Privée Complémentaire (APC)et par l'accroissement des missions de service public[11], sans ressources adéquates. Rationnement et pénuries, ainsi que les déficiences au niveau de la gouvernance et le laisser-aller, ont encouragé différentes formes de corruption. La situation a engendré frustrations et incompréhensions réciproques entre citoyens et professionnels, dégénérant parfois en violences physiques.

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

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

Ce secteur a connu une croissance rapide[12] et soutenue au cours des deux dernières décennies. La demande étrangère[13], et l'allégement de la réglementation, en particulier pour les équipements lourds et les technologies de pointe, ont contribué au développement de ce secteur[14]. En matière d'équipements lourds, ce secteur est devenu nettement mieux doté que le secteur public[15].

Comblant partiellement les déficiences de disponibilité et de réactivité du secteur public, le secteur privé se concentre dans les régions à demande solvable, essentiellement au niveau du littoral, aggravant ainsi les disparités régionales en l'absence de mécanismes de régulation[16] pour une offre équitable.

Les assurés sociaux sont de plus en plus attirés[17] par les prestataires privés qui leur semblent présenter une bien meilleure attention à la demande, là où ils sont présents, en termes de disponibilité, d'accueil et de rapidité des rendez-vous. Ils paient de leurs poches la majorité des dépenses liées à ces prestations avec des effets induits sur l'assurance maladie et les assurances privées[18].

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

Implicite dans le secteur public, il y est limité par le rationnement et les pénuries imputables aux contraintes budgétaires, à l'utilisation inadéquate des ressources et à la contribution plafonnée de la CNAM[19].

Explicite pour le privé, le paquet de servicesn'est pas encadré par un référentiel de bonnes pratiques pour limiter des glissements vers la surmédicalisation en relation avec la dimension commerciale qui sous-tend son développement. Dans le secteur privé,il doit composer avec les plafonds de prise en charge par l'assurance maladie.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

[19] La CNAM dépense 286 D par an pour un affilié de la filière publique contre 664 D par an pour un affilié des filières privées en 2014 (à partir des CS). Les filières de la CNAM sont décrites en annexe.

TRAVAIL EN COURS

La CNAM ne couvre pas les activités préventives et de promotion qui se trouvent ainsi absentes ou marginalisées. Dans les deux secteurs, l'habilitation du patient et son association aux décisions médicales le concernant ne sont pas prises en compte[20].Aujourd'hui, six (6) hypertendus sur dix (10) ignorent leur situation et pour seulement un (1) diabétique sur quatre (4), l'équilibre glycémique est atteint : ces données soulignent que la performance en termes de promotion de la santé, d'accès et d'utilisation du paquet essentiel de service est limitée (THES, 2016).

Protection financière inéquitable et risque élevé de dépenses catastrophiques.

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

L'accès aux services de santé diffère selon le régime de protection : les bénéficiaires[21] de la gratuité des soins et des tarifs réduits ont droit seulement aux structures sanitaires publiques, tandis que les assurés sociaux[22] ont le choix entre trois filières leur donnant accès soit au prestataires publics soit au secteur privé[23].

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

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

Déficience dans le rôle de l'État.

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

Dans la perception de la population, le secteur de la santé est cité dans le top des secteurs en matière de corruption[24].

TRAVAIL EN COURS

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

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

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

[23]Figure 2 en annexe.

[24] Enquête nationale INS sur les services publics, 2017.

Une obligation pour le changement.

Le système de santé est en rendement décroissant depuis deux décades. La crise est grave et durable avec des manifestations aigues de plus en plus fréquentes. Elle plonge ses racines dans les dysfonctionnements et les inégalités sociales et régionales qui ont marqué l'évolution du système de santé durant toute cette période. Le fossé est grand entre les attentes légitimes des citoyens et les réponses du système de santé. Ceci est particulièrement vrai pour l'accès à des soins de qualité, pour la protection financière contre le risque maladie et contre l'appauvrissement par des dépenses de santé catastrophiques. Cela concerne l'exploitation et le non-respect par des prestataires non scrupuleux ou privilégiant sans retenue la dimension commerciale dans leur activité. C'est aussi vrai pour la protection et la promotion de la santé du fait des déficiences dans la mise en pratique des mesures de prévention et des réglementations contre les nuisances pour la santé, les risques de catastrophes et la promotion. La crise de confiance est si grave entre citoyens, professionnels et autorités, qu'en l'absence d'actions courageuses de réforme, elle pourrait mener à des formes de dé-légitimation de l'État et l'effondrement des services publics.

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

3 Vision 2030 pour la Couverture Santé Universelle[25]

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

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

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

Figure 3).

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

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

TRAVAIL EN COURS

*La santé des citoyens est mieux protégée*grâce à sa prise en considération dans toutes les politiques publiques et aux changements de comportements, individuels et collectifs, favorables à la santé.
Le système de santé est plus réactif et plus efficient avec des citoyens partenaires et des professionnels motivés et émancipés.

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

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

4 Pour réaliser la vision 2030…

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

Un ensemble de choix stratégiques et des clés pour la réussite, impliquant des décisions politiques majeures,sont nécessaires pour la réalisation de la vision 2030. Ils ont émergé du processus du dialogue sociétal et en particulier des orientations du Livre Blanc, de la déclaration de la conférence nationale de santé de 2014, des notes d'orientations des groupes thématiques de la phase 2, enrichies par les attentes et les craintes des citoyens et des professionnels de santé lors des rencontres interrégionales et des rendez-vous régionaux dans les 24 gouvernorats du pays[26].

Ni exhaustifs, ni exclusifs, l'ensemble de choix stratégiques et des clés pour la réussite sont prioritaires et structurants. Dans le cadre d'une dynamique participative, ils permettent d'entreprendre effectivement les transformations du système pour la réalisation de la Couverture Santé Universelle. La planification stratégique qui découlera de la PNS doit prendre en compte les dimensions spécifiques non directement abordées pour les mettre en cohérence avec la PNS et, le cas échéant, pour mieux informer les futures actions complémentaires de réforme[27].

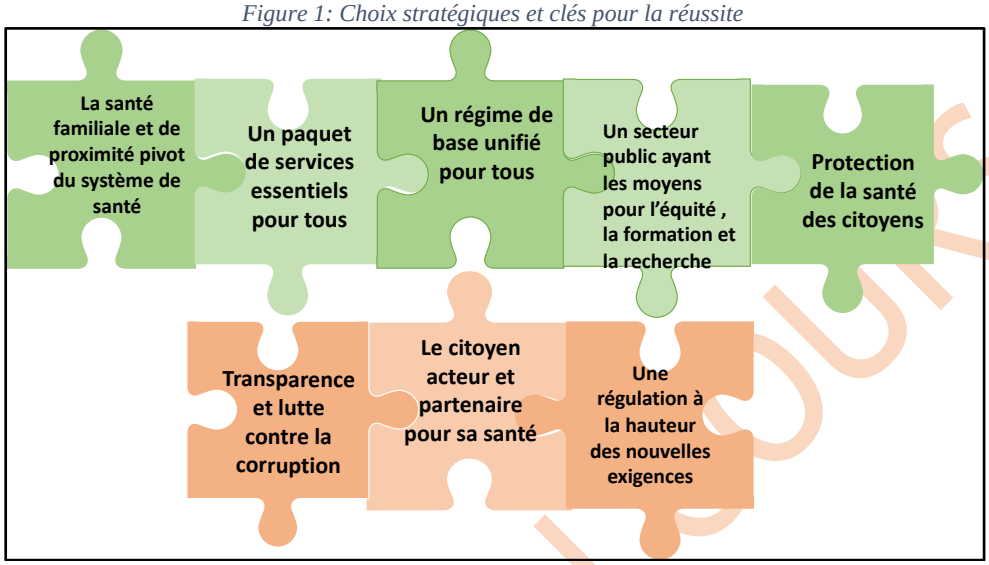
L'ensemble de ces choix stratégiques et les clés de réussite constituent le cœur de la PNS et apportent les changements positifs cruciaux pour une réponse durable aux problèmes majeurs mis

[26] Une série de 4 réunions interrégionales enjuillet et septembre 2018 a permis de tester les différents choix. Les rendez-vous régionaux organisés dans les 24 gouvernorats entre février et mars 2019, ont permis de capter les préoccupations et les propositions des citoyens et des professionnels en relation avec la vision et les choix stratégiques soumis à la discussion.
[27] Ceci concerne en particulier le développement des ressources humaines, les biotechnologies et le développement des stratégies spécifiques aux différents problèmes en relation avec l'état de santé de la population ainsi que les implications pour le financement, la gestion et la gouvernance du système et du secteur.

TRAVAIL EN COURS

en évidence par l'analyse de situation. Les cinq choix stratégiques sont en relation avec la réorganisation du système de santé autour du citoyen et la prise en compte de l'équité et de la solidarité dans l'accès aux services et la protection de la santé. Les trois clés pour la réussite sont : la régulation dans le cadre du pilotage d'un système de plus en plus complexe, la transparence et la lutte contre la corruption et la participation des citoyens(Figure 1). Les implications et les leviers pour la mise en œuvre des choix et l'activation des clés sont regroupés en annexe (Tableau 1).

Figure 1: Choix stratégiques et clés pour la réussite



En vert : les choix stratégiques. En oranger : les clés pour la réussite

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

5.1 Placer le citoyen au centre du système

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

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

La santé familiale et de proximité constituera la porte d'entrée privilégiée du système de soins[28] et sera organisée en réseau de proximité public et privé. Une équipe de professionnels pluridisciplinaire[29] répondra de façon intégrée aux besoins de la population et sera encouragée à s'organiser en « Dar Essaha/Echifa » sur la base d'un cahier de charges. Elle devra assurer la coordination du parcours de soins sur la base de référentiels de bonnes pratiques agréés et disposer des relations de références adéquates pour les cas nécessitant un avis ou une prise en charge spécialisée. Les progrès dans les technologies de la communication, en particulier la télémédecine renforcent la proximité et la collaboration fructueuses entre professionnels. Elle développera et

[28]Figure 4 en annexe

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

TRAVAIL EN COURS

soutiendra les activités de promotion de la santé avec la participation des citoyens et des institutions locales et communautaires. Partout où cela est possible, le libre choix du prestataire par le patient renforcera la confiance entre le prestataire et le patient.

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

Développer un paquet de services essentiels pour tous

Permettant de répondre aux besoins de santé durant tout le cycle de vie de la personne, le paquet de services essentiels (PSE) comprendra des services préventifs, curatifs, de réadaptation, de promotion de la santé et les référentiels de bonnes pratiques pour l'utilisation de ses prestations. Il devra être délivré, dans le cadre d'un parcours défini, à travers l'ensemble du système de soins (public et privé), dans ses différentes lignes. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et la santé mentale doivent y bénéficier de la priorité requise pour la définition de son contenu. Les compétences des professionnels et les moyens biotechnologiques, en particulier les médicaments, permettront d'en assurer les prestations adéquates selon les besoins de chacun. Les services,centrés sur la personne, seront de qualité suffisante, pour être efficaces. Son coût sera supportable pour les citoyens et soutenable pour le système. Il rendra explicite ce que le citoyen est en droit d'attendre. Le processus de définition et de revue périodique de son contenu et de son utilisation devra être participatif, transparent et basé sur des données probantes et des référentiels de bonnes pratiques. Les valeurs de droit, de solidarité, d'équité et d'éthique doivent encadrer le processus de sa définition et de ses revues périodiques.

Le PSE permet de répondre à la *problématique* liée à la dualité, la complexité et l'iniquité de l'offre de services actuelle : (i) une dualité de droit d'accès aux services de santé selon la couverture de protection financière contre le risque maladie et le prestataire de service[30] ; (ii) une grande complexité et une opacité entourent les conditions d'utilisation du PSE ouvrant des espaces à la corruption; (iii) l'absence de référentiels de bonnes pratiques a induit une sous et sur médicalisation avec une augmentation des dépenses publiques (en particulier celles de la CNAM[31]) au niveau des prestataires privés et des paiements directs des ménages, de leurs poches, à un niveau élevé. Le système actuel génère une iniquité et une médecine à plusieurs vitesses avec un impact négatif sur la santé de la population.

5.2 Rendre plus équitable l'accès aux services de santé

Face à l'iniquité et à l'exclusion qui caractérisent l'accessibilité actuelle aux services de santé et la protection financière contre le risque maladie, il s'agit d'assurer une protection financière contre le

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

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

TRAVAIL EN COURS

risque de maladie pour tous et de donner au secteur public, qui assure la plus grande couverture géographique du pays, les moyens lui permettant d'assumer les missions qui lui sont dévolues.

Assurer un régime de base unifié pour tous

Volet important du socle national de protection sociale, le régime de base unifié (RBU) doit assurer, pour toute la population, une protection financière inclusive pour l'accès aux services de santé de qualité.
Il doit regrouper les non couverts, les assurés sociaux et les bénéficiaires des gratuités et des tarifs réduits. Il permettra l'utilisation d'un paquet de services essentiels (PSE) selon les besoins de chacun à travers des structures de santé accessibles dans le temps et dans l'espace . Il bénéficiera des financements publics adéquats et soutenables incluant à la fois l'impôt et les cotisations sociales. A côté de ce régime de base, des assurances complémentaires[32] pourront se développer pour la prise en charge des services hors PSE, mais sans préjudice au régime de base.

Le RBU répond à la *problématique* liée à l'insuffisance de la protection financière et sa complexité : (i) près de 2 millions de tunisiens ne sont pas couverts[33] ; (ii) une fragmentation des régimes de protection financière donnant un accès[34] différent selon le régime et la filière d'appartenance; (iii) diverses limitations sont liées au rationnement et à la pénurie dans les structures publiques et au plafond et les listes de services couverts dans le secteur privé; (iv) une contribution élevée[35], non remboursable, des poches des ménages avec une incidence significative des dépenses catastrophiques, d'appauvrissementet de non recours aux soins affectant particulièrement les populations vulnérables. Les conséquences en sont une entorse à la solidarité, une complexité des procédures pour les administrateurs et les citoyens créant ainsi un espace propice à la corruption, à des prestations à plusieurs vitesses rendant le système inefficient et inéquitable avec un impact négatif pour la santé de la population.

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

Le secteur public doit être en mesure d'assurer son rôle pour : (i) l'équité dans l'accès à des soins de qualité pour tous et dans toutes les régions du pays ; (ii) la formation des cadres professionnels de la santé de haut niveau de compétence et (iii) le développement de la recherche dans les domaines aussi bien cliniques que de santé publique afin de permettre au système de s'adapter aux nouvelles exigences et à générer connaissances et solutions optimales.

Ce choix stratégique répond à la *problématique* du décalage entre des obligations croissantes de missions de service public[36] pour répondre aux attentes de la population et des ressources financières et humaines limitées et pas toujours bien utilisées. Le rationnement et la pénurie, aggravés par ce décalage, ont engendré (i) une faible réactivité du secteur public entrainant des frustrations et de l'incompréhension entre citoyens et professionnels ; (ii) des espaces favorisant la corruption y compris les dérives liées à la double appartenance (public et privé) de certaines catégories de professionnels de santé ; (iii) des risques pour la formation de cadres de qualité ; (iv) un

[32] Prévue par la loi 2004-71 dans les articles 19 et 20.
[33] L'INS estime à 16.7% la population ne bénéficiant d'aucune protection sociale contre les maladies (volume 3 de l'enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 2015). Il s'agit essentiellement des chômeurs, des travailleurs saisonniers et occasionnels, des petits métiers du secteur informel, des inactifs.
[34] Les bénéficiaires de la gratuité (AMG1) et des tarifs réduits (AMG2), ainsi que les affiliés à la filière publique et les étudiants et les faibles revenus ont accès seulement aux structures sanitaires publiques. Tandis que les assurés sociaux de la filière privée et du système de remboursement ont un accès aux prestataires privés et publics.
[35] Les ménages contribuent à 38% des dépenses courantes de santé en 2014.
[36] Exemple : augmentation des gratuités et création de nouvelles structures sans ressources garanties.

TRAVAIL EN COURS

renoncement aux soins ou un recours à des services non remboursés. Le tout a induit une dynamique déclinante du service public et a généré une iniquité d'accès ainsi qu'une inefficience globale du système.

5.3 Assurer la protection de la santé des citoyens

Obligation majeure de l'État, la protection de la santé des citoyens doit se traduire par une stratégie impliquant tous les secteurs concernés, avec des dispositions et des mesures concrètes, ainsi que des mécanismes efficaces pour en assurer la coordination et le suivi. Ainsi, il sera possible d'agir en amont de la maladie en contrôlant les facteurs de risque qui nuisent à la santé. La protection de la santé doit concerner la chaine alimentaire, l'environnement et les addictions. Elle s'adressera aussi aux violences, en particulier contre les femmes et les enfants ainsi que les traumatismes imputables aux accidents de la circulation et du travail. Les situations de catastrophes, l'exploitation financière et la surmédicalisation abusive[37] font partie du domaine de la protection de la santé. L'assurance de ces obligations par l'État, constituera une plateforme d'appui solide pour la promotion de la santé et le développement des compétences individuelles[38] et collectives qui lui sont nécessaires.

6 Trois clefs pour réussir les changements

Les déficiences en matière de pilotage, de régulation, de financement et de participation ne permettent pas d'adapter le système de santé, devenu de plus en plus complexe, aux exigences d'une évolution rapide et de prendre en considération les aspirations des citoyens et des professionnels. Plus particulièrement, la PNS prévoit de renforcer la régulation, d'exiger la redevabilité et de promouvoir la participation.

6.1 Assurer la régulation pour les différentes dimensions de la CSU

Pour répondre aux attentes sociétales et politiques du droit constitutionnel à la santé, la PNS met l'accent sur la régulation avec une attention particulière aux dimensions de la CSU[39], de sorte que le développement du système de santé assure une offre de soins de qualité, équitable et pérenne, à tous les tunisiens et sur tout le territoire national. La régulation concerne l'offre des services de santé et les dépenses liées. Elle permettra : (i) d'orienter le développement du système de santé vers une offre territoriale équitable de soins de qualité pour tous ; (ii) de faciliter l'adaptation continue du système à la proximité nécessaire des soins ; (iii) de faire la revue du contenu et l'utilisation adéquate du PSE ; (iv) d'identifier les causes sous-jacentes aux dépenses directes des ménages et proposer des solutions en conséquence; (v) de faire le point sur la complémentarité et la collaboration entre les secteurs public et privé pour atteindre les objectifs de santé publique.

La régulation répond à la *problématique*de la défaillance de l'approche administrative et bureaucratique pour adapter le système de soins aux besoins et attentes des citoyens et des professionnels de santé et de la faible capacité des institutions concernées. Elle constitue l'alternative à un développement marqué par les seuls groupes de pression. Il s'agit : (i) de la répartition territoriale et de l'utilisation des services de santé, inéquitables en dépit du développement important des ressources humaines et matérielles ; (ii) de la marginalisation[40]de la place de la promotion et de la prévention dans les prestations assurées par les structures de soins en

[37] Dimension considérée dans le choix stratégique sur la régulation.
[38] Dimension développée dans le choix stratégique citoyen acteur et partenaire.
[39]Figure 6 en annexe
[40] Les services préventifs ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

TRAVAIL EN COURS

particulier dans le secteur privé; (iii) de l'absence d'un PSE harmonisé avec une diversité de pratiques dans les prestations de services, en particulier avec les produits pharmaceutiques et les technologies de santé ; (iv) de l'absence et de l'insuffisance de référentiels normatifs et de bonnes pratiques contraignants. L'ensemble de ces déficiences ont pour conséquences : un niveau élevé de dépenses directes des ménages, la coexistence de la sous et la sur médicalisation, la multiplication des espaces propices à la corruption et le développement, chez la population, des sentiments de méfiance et de défiance. Il en résulte un système inefficient et inéquitable.

6.2 Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption

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

6.3 Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé

Au cœur du système de santé, le citoyen, acteur et partenaire, participera activement dans la promotion et la prise en charge de sa propre santé. Ce faisant, il contribuera à agir en amont pour prévenir contre le risque maladie. Il doit être associé et s'impliquereffectivement dans les instances participatives en relation avec la gestion et la gouvernance du système aux différentes lignes ainsi que dans les politiques et les stratégies.

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

7 Les changements attendus

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

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

TRAVAIL EN COURS

générations et les différentes catégories de la population. Les paiements directs des poches des ménages restent modérés. Ils sont moins exposés au risque de corruption grâce à la simplification et la transparence des procédures. Bénéficiant de leur droit à l'information et à l'habilitation en relation avec la santé, ils sont en mesure d'exercer leurs droits et devoirs de citoyens responsable pour la santé. Ils sont partenaires dans le choix, suivi et évaluation des prestations grâce aux mécanismes d'écoute et de participation mis en place. Ils participent dans les différents projets et instances du système de santé. Ils contribuent à la délibération sur les choix importants liés à la santé à travers des mécanismes appropriés (conseil local, conseil d'administration, commission nationale et jury citoyen[41]). A travers les organisations sociales et associatives, ils exercent leurs rôles de suivi et de pression dans le cadre de la redevabilité.

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

Le système de santé est centré sur le citoyen. Il assure des soins de qualité, sûrs, pertinents, de proximité et centrés sur la personne. Les références vers le spécialiste sont faites en temps opportun. La santé familiale et de proximité (publique et privée) assure la coordination du parcours de soins.
Les prises en charge à domicile et dans des services de moyen et de long séjour bénéficient de l'évolution des technologies biomédicales et de communication. Le secteur public est en mesure d'assurer l'équité d'accès à des soins de qualité, et d'assumer son rôle pour la formation et la recherche. Les réponses du système aux besoins des citoyens de chaque groupe de régions sont optimisées grâce à l'organisation en un réseau fonctionnel de pôles interrégionaux de santé prenant en considération le secteur public et privé . Le paquet de services essentiels et le RBU concourent à l'harmonisation de l'offre utilisant le financement public. Le PSE est utilisable selon le besoin de chacun à travers des structures de santé accessibles dans le temps et dans l'espace.La prise en charge et la continuité des soins sont assurées sur la base de référentiels de bonnes pratiques agréés et le concours d'un dossier médical unique et numérisé. La sous et la surmédicalisation sont réduites et la sécurité des patients est mieux assurée.

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

[41] Il est composé de citoyens profanes pour un problème défini et un temps limité.

TRAVAIL EN COURS

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

Le secteur privé, mieux réglementé, est associé aux missions de santé publique. Les institutions de régulation, disposant des capacités adéquates, permettent à l'État de garantir le droit constitutionnel à la santé et à faire prévaloir l'intérêt général dans un contexte de pluralité d'intérêts et de ressources limitées. Le manque de transparence, la mauvaise gestion, les conflits d'intérêts et la corruption bénéficient de l'attention de toutes les parties. Les inégalités sociales et régionales sont réduites. Le poids des maladies et leurs conséquences économiques et sociales sont réduits.

8 Approche de mise en œuvre

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

Ambitieuse et réaliste. La PNS permettra de dépenser mieux pour une meilleure santé au service du développement économique et social durable du pays. La majorité des choix stratégiques et toutes les clés pour la réussite sont appelées à renforcer l'efficacité et l'efficience du système. Des ressources additionnelles sont nécessaires pour financer l'intégration des non couverts dans le cadre du régime de base unifié et pour assurer les surcoûts liés aux missions de service public. La PNS prévoit une augmentation progressive du financement public à travers l'élargissement de l'assiette des cotisations et une augmentation de l'espace fiscal pour la santé afin de réduire les paiements supportés par la poche des ménages qui constituent un obstacle pour la CSU. Des études complémentaires préciseront le niveau et le calendrier des financements complémentaires.

La mise en œuvre suivra les principes suivants :

Synergique et complémentaire, la mise en œuvre de chaque choix est tributaire de la bonne progression de celle des autres. Les implications et les leviers des choix et des clés sont inter-liés[42], les insuffisances ou retard important dans la mise en œuvre de l'un ou de l'autre peut avoir des préjudices sur la dynamique de la PNS.

[42]Tableau 1: Implications et leviers.

TRAVAIL EN COURS

Crédible et déterminée pour aller de l'avant, elle doit se conjuguer avec une large adhésion et acceptation respectives des citoyens, professionnels de santé et décideurs aux différentes modalités liées aux différents choix stratégiques et clés pour la réussite. Des dispositions importantes communes aux différents choix stratégiques sont cruciales et prioritaires. Les actions et dispositions les concernant reflèteront le niveau de détermination :

- L'amélioration de la réactivité du secteur public afin qu'il réponde mieux aux attentes des citoyens.
- L'utilisation adéquate et convergente du financement public pour en faire un levier favorisant la réalisation des changements promus en particulier la santé familiale et de proximité, le PSE, le RBU, la revitalisation du secteur public et pour donner les carottes et les dents nécessaires pour la régulation.
- De procéder sans délai à la révisiondes missions de chaque ligne du système de santé en se référant à son avantage comparatif permettant ainsi au PSE de les considérer dans le cadre des parcours de soins et au RBU d'y référer en particulier dans le cadre des conventions et cahiers de charges.
- D'accélérer le développement des référentiels de bonnes pratiques agréées par l'Insatnce Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé (INEAS) et de demander leur utilisation effective par ceux qui utilisent les financements publics pour leurs prestations (incitations et contraintes).
- De prendre les dispositions pour assurer la génération d'information stratégique fiable et accessible.
- La généralisation de l'identifiant unique et du dossier médical numérisé pour créer rapidement les conditions de traçabilité et réduire gaspillage et corruption.
- De prendre les dispositions permettant d'adapter la réglementation aux exigences de la PNS et de les faire respecter en particulier contre les nuisances de la santé.

Progressive, elle doit identifier clairement la porte d'entrée pour le démarrage effectif[43] et esquisser les étapes de mise en œuvre qui seront davantage affinéesau cours du processus de planification stratégique. Toutefois l'activation et/ou la mise en place des instances et mécanismes envisagés par la PNS reflètera la volonté pour aller de l'avant dans la définition du PSE, la protection de la santé, le développement du RBU, la revitalisation du secteur public, la régulation et pour la participation citoyenne. Deux exemples de progressivité dans l'extension de la mise en œuvre de l'ensemble des changements attendus de la PNS concernent la revitalisation des structures publiques de soins sur la base de projets d'établissement et de cahiers de charges et des « DiarEssaha/Echifa ».

Dynamique, elle doit tenir compte des défis et des opportunités de mise en œuvre en se basant et en utilisant l'information stratégique produite (données probantes) et en tenant compte de la demande sociale et de l'éthique. Les évaluations en cours et/ou envisagées pour l'utilisation des biotechnologies, l'analyse des informations stratégiques disponibles sur les coûts et utilisation des services, ainsi que les études complémentaires nécessaires aux développements envisagés par les choix stratégiques (PSE, RBU, revitalisation du secteur public en particulier) permettront les adaptations nécessaires. La charte de l'usager, revisitée, prend en considération les droits et devoirs

43

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

TRAVAIL EN COURS

de chaque partie concernée dans le système de soins. Des expériences innovantes d'espaces d'écoute et de participation dans les structures de soins amorceront la nouvelle dynamique participative. La décentralisation sera une opportunité pour développer la collaboration entre les citoyens au niveau local, les professionnels de santéainsi que ceux des autres secteurs concernés et les élus. Les premières avancées aideront à surmonter les résistances aux changements imputables à l'inertie.

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

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

*Une réforme globale du système de santé*est incontournable afin d'en préserver les acquis, mettre fin aux dérives qui l'affectent et rendre crédible l'ambition nationale pour une CSU. Elle nécessitera des négociations et des arbitrages délicats, particulièrement en situation de crise. Toutefois le cap de la réforme doit prévaloir en toute circonstance. Des mesures urgentes[44], en phase avec la PNS, sont nécessaires afin d'amorcer le rétablissement de la confiance entre les citoyens et le système de santé. Des dispositions permettant d'initier effectivement la mise en œuvre des choix stratégiques[45]sont indispensables pour rendre crédible la volonté de réforme.

TRAVAIL EN COURS

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

[45] Des décisions appropriées doivent être prises pour assurer le démarrage effectif de la mise œuvre des choix stratégiques conformément aux dispositions envisagées par la PNS.

9 Cibles et modalités de suivi

9.1 La progression versles changements et résultats qualitatifs attendus

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

9.2 Les cibles[46] pour l'état de santé de la population

Mortalité, morbidité et facteur de risque biologique.
La PNS envisage les cibles agréées par le groupe de consensus dans le cadre des ODD[47] :

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

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

- Réduction de 25% en 2025 et de 50% en 2030 de la mortalité suite à des accidents de la voie publique,
- Réduction de 10% en 2025 et de 20% en 2030 de la prévalence de l'obésité chez l'adolescent et l'adulte,
- Réduction de 10% en 2025 et de 20% en 2030 de la prévalence du diabète pour la population adulte de moins de 60 ans,
- Augmentation de 15% en 2025 et plus de 30% en 2030 de la proportion des hypertendus équilibrés.

Habilitation pour la promotion de la santé. Les cibles choisies :

- Le pourcentage d'élèves ayant acquis des compétences de vie, selon des curricula à définir, à la fin de chaque cycle d'études (primaire, collège et lycée).
- Prévalence du tabagisme chez les jeunes

Accessibilité de la population aux soins de qualité

- 90% en 2025et près 100% en 2030 est à moins d'une demi-heure d'un centre assurant les prestations de première ligne,
- 80 % en 2025 et 95% en 2030 est à moins d'une heure d'un hôpital général[48] ou universitaire,
- 30% en 2025 et 95% en 2030 a accès à un pôle interrégional fonctionnel.

Protection financière

[46] Les baselines figurent en annexe dans le Tableau 4: Cibles de la PNS
[47] Source : Contextualisation des indicateurs et cibles ODD (octobre 2018)
[48] L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles

TRAVAIL EN COURS

- 95% de la population est couverte par le régime de base unifié en 2025 et près de 100% l'est en 2030,
- Les dépenses publiques pour la santé passent à 5.5% du PIB en 2025 et à 6 % en 2030,
- Les paiements directs des ménages de leurs poches passent à 30% en 2025 et à moins de 25% en 2030,
- L'incidence des dépenses catastrophiques passe à 4% en 2025 et 2.4% en 2030.

9.3 Modalités pour le suivi

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

TRAVAIL EN COURS

10 Annexes

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

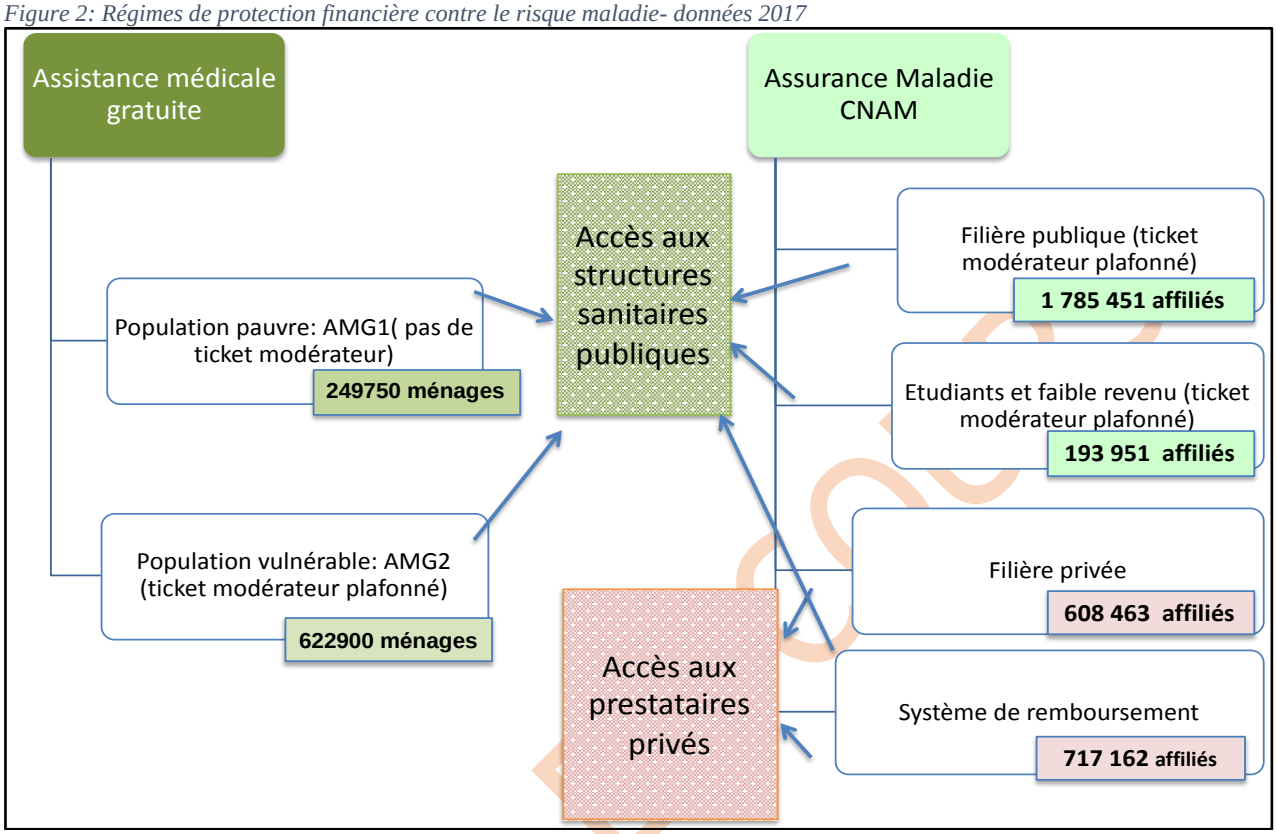


Figure 3: Les valeurs de la PNS

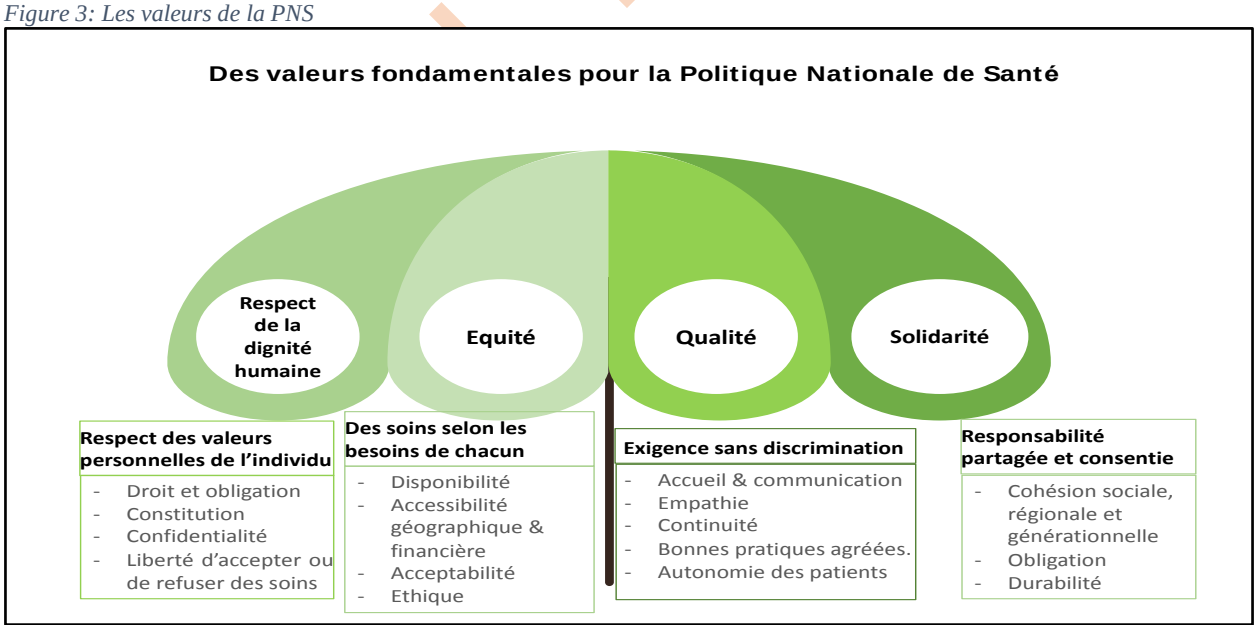


Figure 4: Santé familiale et de proximité

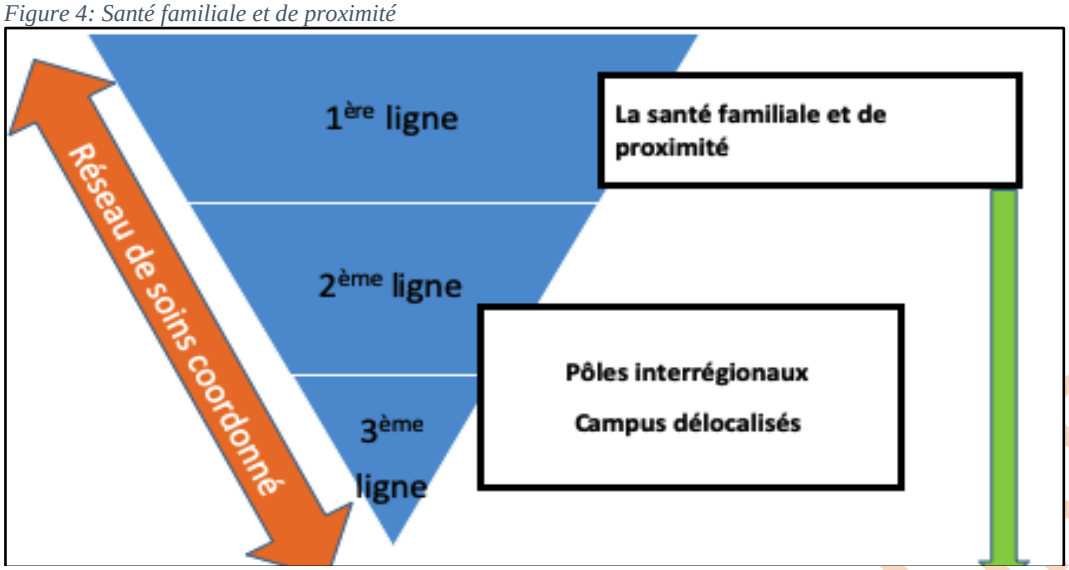


Figure 5: Les interventions clefs selon le cycle de vie

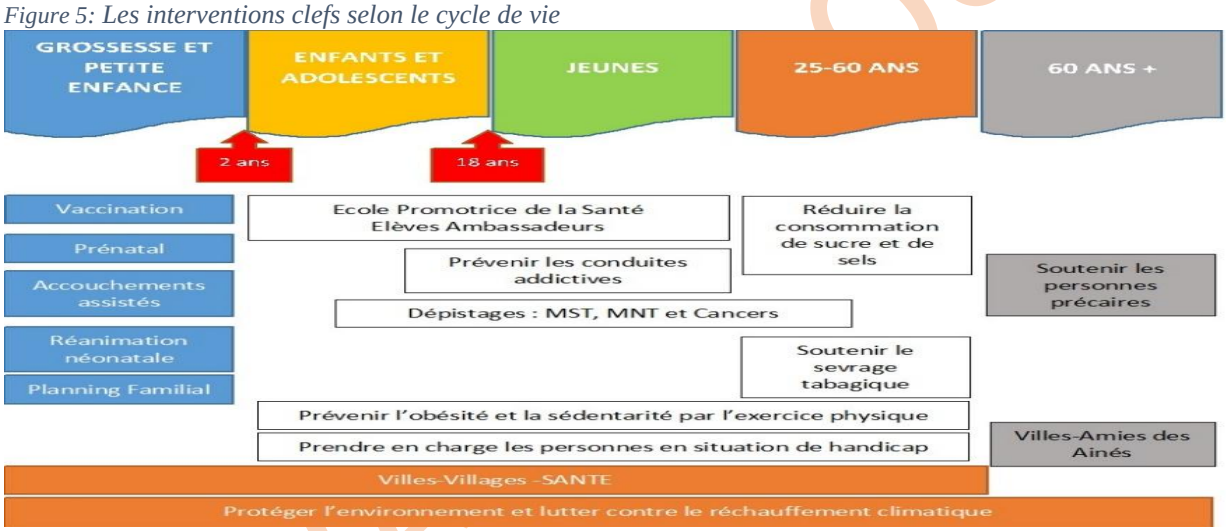


Figure 6: La couverture de santé universelle- dimensions considérées dans la régulation

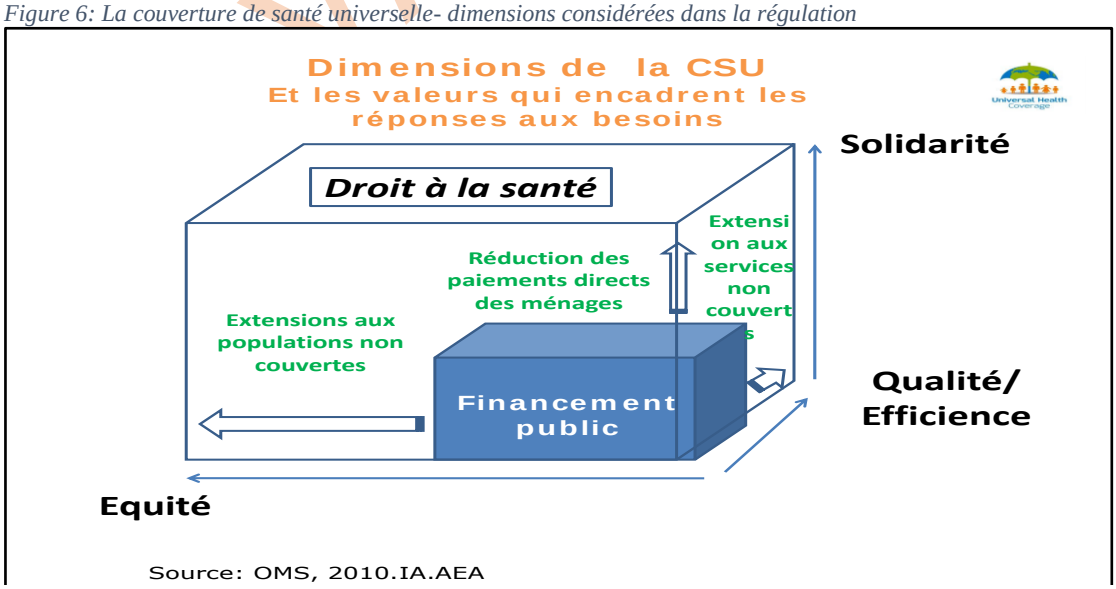


Tableau 1: Implications et leviers

Choix stratégique	Implications	Leviers/facteurs de réussite
Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé	– Amélioration de la disponibilité temporelle de la première ligne publique. – Des meilleures conditions d'accueil, d'écoute et la facilitation des rendez-vous. – Un dossier médical unique informatisé et intégré. – Des référentiels de parcours de soins et de bonnes pratiques. – Développement des technologies de communication et de la télémédecine. – Développement de stratégies spécifiques pour les populations éloignées et/ou enclavées. – Accréditation et/ou des mécanismes de conventionnement pour les structures de soins de la première ligne publique et privée. – Évolution volontaire en « Dar Essaha ou Dar Echifa » sur la base d'un cahier de charges. – Redéfinition des missions de la circonscription sanitaire compte tenu de la décentralisation[49] et de la pluralité de l'offre. – Développement de plans locaux pour la promotion de la santé et leur revue périodique et participative par toutes les parties concernées.	– Formation continue pour les professionnels en exercice permettant le meilleur usage du grand potentiel existant des ressources humaines de la première ligne (publique et privée). – Réorganisation du système de soins avec le réajustement des missions respectives de chaque ligne sur la base de son avantage comparatif. – Des mécanismes réglementaires d'incitation et de contrainte pour assurer le meilleur usage du financement public (assurance maladie comprise). – Bonne implication et collaboration des médecins spécialistes.
Développer un paquet de services essentiels pour tous	– Mise en place d'un mécanisme de définition du PSE et de sa révision impliquant l'ensemble des parties concernées. – Production et disponibilité d'une information stratégique fiable (ex. études et évaluation des technologies de santé, utilisation, études d'impact, expertises indépendantes, dossier médical unique). – Promotion du paiement par stratégie de prise en charge. – Un cahier des charges pour les prestataires publics et privés dans le cadre d'une dynamique volontaire et progressive de généralisation, supportées par des incitations pour considérer les soins centrés sur la personne ainsi que la prise en compte de la promotion.	– Révision des rôles pour chaque ligne de soins et un renforcement de la communication entre elles. – Alignement des ressources aux différentes lignes compte tenu de la disponibilité requise et de l'utilisation du PSE. – Stratégie d'achat des services dans les deux secteurs, soutenue par la convergence des financements publics (fiscale et cotisations sociales). – Le PSE se fait en synergie avec la mise en œuvre des choix stratégiques « régime de base unifié pour tous » et « santé familiale et de proximité » dans une logique d'intérêt général et pour la réalisation de la CSU.

TRAVAIL EN COURS

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

Choix stratégique	Implications	Leviers/facteurs de réussite
Assurer un régime de base unifié	– Intégration des bénéficiaires de la gratuité et des tarifs réduits des soins à la CNAM[50]. – Renforcement du fonds de soutien de la santé publique[51] et le transfert de sa gestion à la CNAM. – Production et disponibilité de l'information stratégique fiable[52]. – Accélération de la mise en place de l'identifiant unique. – Mise en place rapide de mécanismes permettant de corriger les abus et les déficiences en relation avec la fragmentation actuelle. – Amélioration cruciale de la qualité et l'efficience des prestations du secteur public pour bien se positionner dans le contexte d'émulation avec le secteur privé – Renforcement du rôle régulateur de l'État en particulier à travers la réactivation du conseil national de l'assurance maladie.	– Des ressources financières adéquates et durables à travers l'élargissement de l'assiette des cotisants et l'augmentation des contributions fiscales en relation avec la prise en charge des gratuités et les missions publiques (équité, formation et recherche). – Offre de services (publique et privée) harmonisée par le PSE et considérant la santé familiale et de proximité comme pivot et porte d'entrée privilégiée du système de soins. – Développement des mécanismes d'incitations ou de contraintes favorisant l'utilisation de la santé familiale et de proximité ainsi que le respect des référentiels de bonnes pratiques.
Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public	– Mise en place des mécanismes interrégionaux pour assurer la bonne fonctionnalité entre les trois lignes du système, dans un réseau de soins centré sur la personne, avec dans une logique d'efficience globale plutôt que « commerciale » et contre productives par structure ou par service. – Mettre fin aux abus préjudiciables en relation avec la double appartenance de certaines catégories de professionnels (APC en particulier). – Révision les modalités de paiement par l'assurance maladie pour évoluer vers une vérité de coût en incitant à la performance et à l'efficience. – Assurer la primauté au secteur public pour les technologies de pointe. – Soutenir la recherche et l'innovation en santé selon des modes transdisciplinaires et intersectoriels afin d'améliorer la qualité des services et créer de la valeur ajoutée	– Un coefficient d'équité établi pour chaque structure publique de soins en relation avec les surcoûts liés aux obligations du service public en particulier pour les populations peu denses et/ou éloignées. – Déterminer et budgétiser les coûts pour les activités de formation et de recherche dont le secteur public est la référence et le garant. – Des mécanismes de reddition des comptes transparents, agréés pour une responsabilisation effective des structures publiques. – Une organisation territoriale optimisée dans le cadre de pôles interrégionaux fonctionnels[53]. – Un projet d'établissement doit prendre en compte tous les changements nécessaires avec la perspective d'accréditation et de conventions stimulantes avec les

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

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

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

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

TRAVAIL EN COURS

Choix stratégique	Implications	Leviers/facteurs de réussite
	sociale et économique. – Motiver les professionnels de santé et renforcer chez eux le sentiment d'appartenance au secteur public. – Assurer une communication appropriée et créer des espaces d'écoute et de participation pour les citoyens aux différents niveaux du système de santé et dans les structures sanitaires publiques.	financeurs publics.
Assurer la protection de la santé des citoyens	– Prise en compte effective de la santé dans toutes les politiques publiques. – Le Ministère de la Santé joue effectivement son rôle de pivot pour le gouvernement en matière de protection et de promotion de la santé. – Les institutions concernées centrales, régionales et locales assurent pleinement le rôle qui leur revient. – La société civile fait de la protection et de la promotion de la santé un domaine d'intérêt à même de bousculer les inerties.	– Mise à jour et activation des normes et réglementation en relation avec les nuisances pour la santé[54]. – Des dispositifs de veille et d'alerte revisités et renforcés. – Une coordination multisectorielle à haut niveau avec des moyens adéquats permettant le suivi et les réponses nécessaires aux nouveaux risques et menaces.

TRAVAIL EN COURS

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

Clé pour la réussite	Implications	Leviers/ facteurs de réussite
Assurer la régulation pour les trois dimensions de la CSU	– Présence d'instances de régulation[55]crédibles et efficaces qui ont les capacités nécessaires, bénéficiant de l'environnement politique, réglementaire propice et de l'indépendance nécessaire. – Revue régulière de la conformité aux missions (revisitées) des trois lignes. – Des modalités de coopération transparentes et encadrées entre les deux secteurs pour la réduction des disparités régionales et les conflits d'intérêt (y compris la double appartenance en relation avec l'APC). – Prise en compte des besoins du secteur privé pour maintenir durablement son engagement social en faveur des missions de santé publique.	– Une décision politique majeure pour distinguer le rôle régulateur que l'État doit assumer de celui de prestataire de service à travers les structures publiques[56][57]. – Une mise à jour des normes et référentiels[58] en relation avec l'organisation du système et les parcours des soins. – Des dispositions pour mieux générer l'information stratégique nécessaire. – Un cadre juridique et institutionnel clair et efficace pour la contribution du secteur privé aux objectifs de santé publique. – La décentralisation avec les moyens nécessaires pour assurer la régulation au niveau régional. – Une synergie entre les deux sources de financement public (fiscal et assurance maladie) afin d'assurer le cap vers la CSU.
Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption	– Prisedes dispositions réglementaires contraignantes pour la transparence et la redevabilité individuelle et ou institutionnelle (loi anti cadeau). – Encadrement du marketing pharmaceutique. – Rendre fiable et disponible et exploitable l'information sur la nature des services et les conditions de leur utilisation dans le temps et dans l'espace. – Créer les espaces et les opportunités pour l'écoute et la prise en considération des doléances des citoyens. – Développer les capacités des acteurs et des citoyens pour mieux connaitre les droits et obligations respectives. – Rendre structurelle et durable la collaboration des différentes structures et institutions du secteur de la santé avec l' l'INLUCC[59]et la future Instance	– Affirmation du principe de redevabilité vis-à-vis de la population desservie. – Transparence sur les relations et conflits d'intérêts potentiels ainsi que leur prise de considération chez tous les décideurs et/ou membres de commissions consultatives ou délibérantes en relation avec le système de santé et son fonctionnement. – Implication de tous les acteurs du système de santé dans la lutte contre la corruption. – L'accompagnement des structures sanitaires publiques et privées pour s'acquitter de l'obligation de transparence et de lutte contre la corruption dans le cadre de la politique nationale de responsabilisation et de décentralisation et de partenariat

TRAVAIL EN COURS

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

Clé pour la réussite	Implications	Leviers/ facteurs de réussite
	Constitutionnelle (IBOGLUCC) pour maximiser la prévention de la vulnérabilité à la corruption dans le secteur de la santé.	avec l'UNLUCC.
Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé	– Développer les espaces et les opportunités pour la promotion de santé dans les milieux de vie et de travail. – Mobiliser les différents mécanismes pour l'information et l'habilitation en particulier e-santé, médias nationaux et locaux, société civile. – Valoriser et gratifier les comportements positifs dans tous les milieux. – Développer ou adapter la réglementation et assurer son respect par les sanctions contre les comportements préjudiciables à la santé d'autrui.	– Adaptation et mise à jour des curricula dans tous les cycles de l'enseignement. – Adaptation de la formation initiale et continue des professionnels de santé[60]. – Révision des droits dans la charte de l'usager et les mécanismes pour en assurer l'exercice.
	– Mise en place des mesures pour développer les capacités de tous les intervenants pour un réel partenariat. – Rendre accessible l'information nécessaire sur le fonctionnement et les projets d'amélioration du système. – Définir le champ et le cadre appropriés pour la collaboration et les délibérations impliquant le citoyen.	– L'institutionnalisation du dialogue sociétal en tant que processus participatif qui offre un espace pour la contribution citoyenne dans la prise de décision. – Les dispositions réglementaires permettant d'associer effectivement le citoyen dans les instances de gestion et de gouvernance du système de santé. – L'utilisation des opportunités liées à la décentralisation et aux dispositions prévues par la constitution pour la transparence et la démocratie.

TRAVAIL EN COURS

[60] En particulier les soins centrés sur la personne et la promotion de la santé

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

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

TRAVAIL EN COURS

Clés pour la réussite	Pour démarrer avec crédibilité	
	Porte d'entrée possible	**Exemples de dispositions importantes**
Assurer la régulation pour les trois dimensions de la CSU	Activation des instances de régulation existantes et mise en place d'autres[61].	Cadre juridique et institutionnel pour la contribution du secteur privé aux objectifs de santé publique.
Promouvoir la transparence et lutter contre la corruption	Rendre effective et compléter au besoin les dispositions réglementaires contraignantes pour la transparence et la redevabilité individuelle et/ou institutionnelle.	L'accompagnement des structures sanitaires publiques et privées pour s'acquitter de l'obligation de transparence et de lutte contre la corruption dans le cadre de la politique nationale de responsabilisation et de décentralisation.
Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé	Entreprendre la révision des curricula.	Développement et mobilisation des différents mécanismes pour l'information et l'habilitation en particulier e-santé, médias nationaux et locaux, société civile.
	Utiliser l'opportunité de la décentralisation pour développer la collaboration entre les élus locaux, les professionnels de santé ainsi que ceux des autres secteurs concernés, et les citoyens au niveau local.	Dispositions réglementaires permettant d'associer effectivement le citoyen dans les instances de gestion et de gouvernance du système de santé.

TRAVAIL EN COURS

[61] INEAS, instance pour le PSE, comité pour le développement de la stratégie d'achat de la CNAM, agence du médicament, autres instances et institutions centrales concernées

Tableau 3:Les changements attendus

Choix stratégique	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé	La grande majorité de leurs problèmes de santé est solutionnée au niveau de la 1ère ligne, plus proche et plus conviviale. Les références vers le spécialiste sont faites en temps opportun. La continuité des soins est assurée aux meilleures conditions pour le patient.	Leur crédibilité acquise dans les prestations de soins et le rôle de personnes ressources auprès des institutions locales contribuent à leur valorisation sociale et leur motivation.	Une contribution majeure à l'efficience globale d'un système de santé de plus en plus complexe et déshumanisé. Le bon usage et l'appropriation par la population sont renforcés. Les institutions locales sont impliquées dans la promotion de la santé.	Au moins 60% des médecins généralistes (public et privé) ont les compétences en santé familiale (5ème année de mise en œuvre). Au moins 50% prestataires privés conventionnés et 60% des CSB accrédités se conforment au cahier des charges Dar Essaha (5ème année de mise en œuvre)
Développer un paquet de services essentiels pour tous	Dispose d'un droit explicite et opposable, lui permettant d'avoir accès à un paquet de services harmonisés entre les prestataires publics et privés. Il bénéficie ainsi d'une offre de services plus équitable et basée sur des données probantes.	Sont plus en confiance en disposant de référentiels de bonnes pratiques.	Mieux encadré pour la qualité, la sécurité des soins. Plus équitable. Plus efficient.	Le PSE progressivement défini et opposable pour chaque partie est validé. Il le sera entièrement au terme de la 5ème année de mise en œuvre.
Assurer un régime de base unifié	La protection financière est effective pour chacun selon ses besoins grâce à la solidarité entre les différentes catégories de la population et les générations. Sa contribution directe dans les dépenses de santé reste modérée et supportable, il est protégé contre le risque de dépenses catastrophiques. Il est moins exposé	Sont moins exposés aux procédures complexes de gestion et ont des relations plus transparentes avec les patients. Les tentations de corruption sont marginalisées.	Devient plus équitable et inclusif. Son efficience est renforcée. Progression vers la couverture santé universelle facilitée.	Transfert de gestion du fonds de soutien de la santé publique à la CNAM au bout de la 2ème année de mise en œuvre. Les filières publique et privée (médecine de famille) sont plus attractives au terme de la 2ème année de mise en œuvre. A l'échéance de la 5ème année, le régime de base unifié est opérationnel. La filière Système de remboursement est

TRAVAIL EN COURS

Choix stratégique	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
	au risque de corruption grâce à la simplification et transparence des procédures.			sans préjudice pour le RBU.
Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public	L'accès, dans le secteur public, à des soins de qualité, y compris les investigations et soins spécialisés nécessaires, est assuré et facilité dans toutes les régions du pays. Le renoncement aux soins et le recours à des services non remboursés sont limités. Sa confiance dans les services publics est rétablie grâce à une meilleure réactivité (respect de la dignité et attention à la personne)	Disposent des moyens nécessaires à leurs activités de soins, de formation et de recherche. Ils reconstruisent une relation de confiance avec les citoyens et renforcent leur sentiment d'appartenance.	Les surcoûts imputables à l'équité, la formation et la recherche sont considérés. Des conditions plus favorables à l'harmonisation de l'offre des services sont créées. S'adapte mieux aux nouvelles exigences grâce aux activités de recherches et à l'encouragement des innovations. Les projets d'établissement prennent en compte la réactivité et l'efficience, ainsi que la motivation des personnels.	Les surcoûts en relation à l'équité, la formation et la recherche sont pris en compte dans le cadre de l'acceptation du projet de l'établissement à partir de la 2ème année de mise en œuvre. 20% des structures sanitaires publiques ont des projets d'établissement au terme de la 3ème année de mise en œuvre. 2 pôles interrégionaux sont fonctionnels durant la 3ème année de mise en œuvre.
Assurer la protection de la santé des citoyens			Protection plus efficace contre les risques pour la santé et une dynamique et environnements propices à la promotion de la santé. Réduction des poids des maladies et leurs conséquences sur la santé et le développement du pays.	Revue de la dimension la santé dans les politiques publiques compte tenue de la PNS au terme de la 1ère année de mise en œuvre. Plan de contingence et de prévention des catastrophes actualisé et disponible au terme de la 2ème année de mise en œuvre. Des avancées importantes dans la mise à jour et le respect de la réglementation.
Consolidation des choix	Renoncement aux soins et le recours à	Utilisation des référentiels de	Plus réactif : humanisation/	Réconciliation entre les citoyens et le

TRAVAIL EN COURS

Choix stratégique	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
	des services non remboursés sont limités → accès effectif (temporel, géographique, etc.). Les paiements directs des poches des ménages sont réduits. Confiant et partenaire	bonnes pratiques → plus confiants Disposant de moyens selon leurs besoins→ motivés Considérant la personne → collaboration avec les citoyens Participation avec les institutions locales→ Valorisation sociale	disponibilité temporelle. Plus efficient. Une offre harmonisée. Équité renforcée.	système. Progression effective et vérifiablevers la CSU.

Clé pour la réussite	Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
Assurer la régulation pour les dimensions de la CSU	Les préoccupations du citoyen pour l'accès géographique et financier à des services de santé de qualité, sûrs et pour la proximité de soins, sont prises en compte. Le citoyen est dans une relation de confiance avec le système de soins.	Disposent de référentiel encadrant et protégeant leurs activités. Ils sont engagés dans la réalisation des objectifs de santé publique.	Surmonte les difficultés en relation avec la pluralité d'intérêt de ses acteurs Devient plus équitable et inclusif Son efficience est renforcée La progression vers la couverture santé universelle est facilitée	La synergie entre les deux sources de financement public (fiscal et assurance maladie) est effective et sert de levier pour la CSU au terme de la 2ème année de mise en œuvre. Les institutions impliquées dans la régulation disposent des capacités nécessaires au terme de la 2ème année de mise en œuvre. La sous et sur médicalisation sont réduites au terme de la 3ème année de mise en œuvre[62].
Promouvoir la transparence et			Un système transparent, qui	Les projets d'établissement

[62] La CNAM est un acheteur stratégique

TRAVAIL EN COURS

lutter contre la corruption			rend disponible et accessible l'information sur les droits et devoirs aussi bien pour les professionnels que pour les citoyens. Un système responsable et efficient.	comprennent ou intègrent un volet transparence et lutte contre la corruption impliquant toutes les parties. Les conflits d'intérêt sont mieux encadrés.
Avoir le citoyen comme acteur et partenaire pour la santé	Confiant, bénéficie de son droit à l'information et à l'habilitation en relation avec sa santé. Il est en mesure d'exercer ses devoirs de citoyen responsable pour sa santé et celle d'autrui contribuant ainsi à la promotion de la santé. Il participe dans les différents projets et instances du système de santé. Il contribue aux délibérations sur les choix liés à la santé à travers des mécanismes appropriés (conseil local, conseil d'administration, commission nationale et jury citoyen[63]). A travers les organisations sociales et associatives, il exerce son rôle de suivi et de pression dans le cadre de redevabilité.	Sont plus confiants pour la solution du problème de santé en prenant en considération la personne dans leur démarche et la contribution du citoyen. Ils sont dans une relation de dialogue et de collaboration fructueuse et porteuse de considération sociale et politique.	Plus réactif et plus efficient. Il est approprié par le citoyen qui contribue dans : - la prévention et la promotion de la santé, - la gestion et la gouvernance du système aux différentes lignes, - les politiques et les stratégies nationales pour la santé.	La charte de l'usager est revue au terme de la 2ème année de la mise en œuvre. Les curricula révisés sont utilisés dans le système éducatif à la 3ème année de la mise en œuvre. L'institutionnalisation du dialogue sociétal dès la 1ère année de mise en œuvre sur la base des leçons apprises. Au moins 2 espaces d'écoute et de participation des citoyens sont créées dans des structures de santé dans toutes les régions de pays au terme de la 2ème année de mise en œuvre.

Tableau 4: Cibles de la PNS

Dimension	Cible	Valeur de la cible en 2030	Base line

[63] Il est composé de citoyens profanes pour un problème défini et un temps limité.

TRAVAIL EN COURS

Mortalité, Morbidité et facteur de risque biologique	Mortalité maternelle	18.7 pour 100000 naissances vivantes	44.8 pour 100000 naissances vivantes (2008)
	Mortalité néonatale	5 pour 1000 naissances vivantes	8.3 pour 1000 naissances vivantes (2017)
	Mortalité moins de 5 ans	8.9 pour 1000 naissances vivantes	14.2 pour 1000 naissances vivantes (2017)
	Prévalence de l'obésité chez l'adulte et l'adolescent	28.2 (18 ans et plus)	26.2 (population 15 ans et plus) Il faudrait calculer pour les plus de 18 ans
	La mortalité par les accidents de la voie publique	A calculer	A calculer
	La prévalence du diabète pour la population adulte moins de 60 ans	A calculer *Réduction de de 20%*	15,5% [14,6-16,3] des personnes âgées de 15 ans et plus
	La proportion des hypertendus équilibrés	15% des hypertendus 35% des hypertendus connus	7.7% des hypertendus 24.3% des hypertendus connus (THES 2016)
Habilitation pour la promotion de la santé	Pourcentage des élèves ayant acquis des compétences de vie à la fin de chaque cycle d'études (primaire, collège et lycée)[64]	A calculer	Enquête pour la déterminer
	Prévalence du tabagisme chez les jeunes	A calculer	A calculer
Accessibilité aux soins de qualité	% Population à moins d'une demi-heure d'un centre assurant les prestations de première ligne	Près de 100%	A calculer
	% Population à moins d'une heure d'un hôpital général[65] ou universitaire	95%	A calculer
	% population ayant accès aux pôles inter régionaux fonctionnels	Près de 100%	A calculer
Protection financière	Population couverte par le régime de base unifié	Près de 100 %	16.8 % de la population ne dispose d'aucune couverture
	Niveau des dépenses publiques de la santé en % du PIB	6%	4.4% en 2014
	Niveau des paiements directs des ménages de leurs poches	30 moins de 25%	38% des dépenses courantes en 2014
	Incidence des dépenses catastrophiques	2.4 % des ménages	9.7 % des ménages en 2016 [66]

TRAVAIL EN COURS

[64] En relation avec les connaissances et compétences considérées par le curricula.
[65] L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.
[66] Calculé au seuil de 25% des dépenses totales des ménages.