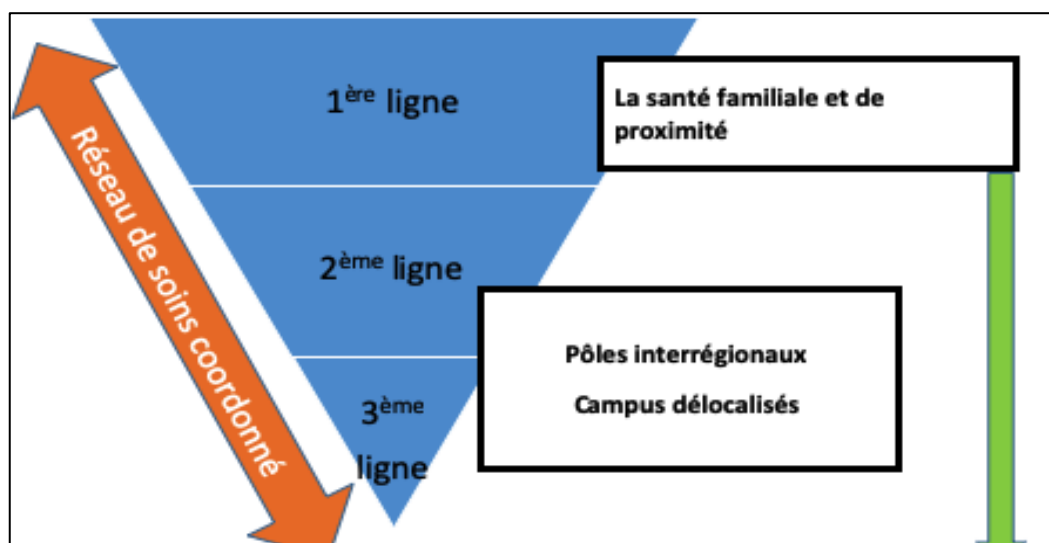


LA SANTE FAMILIALE ET DE PROXIMITE

Faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé¹

La santé familiale et de proximité (SFP) constituera la porte d'entrée privilégiée du système de soins (Figure 2) et sera organisée en réseau de proximité, associant public et privé. Une équipe de professionnels pluridisciplinaire² répondra de façon intégrée aux besoins de la population. 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 et la numérisation, ainsi que les possibilités de transport renforceront la proximité ainsi que la collaboration fructueuse entre professionnels au bénéfice du patient. La disponibilité effective des médicaments et la possibilité de réaliser les examens complémentaires nécessaires renforceront l'efficacité de la SFP et limiteront le recours inadapté aux niveaux spécialisés. La SFP développera et soutiendra les activités de promotion de la santé avec la participation des citoyens et des institutions locales et communautaires. Partout où cela est possible, le libre choix du prestataire par le patient renforcera la confiance entre le prestataire et le patient.

Santé familiale et de proximité



Un nouveau mode volontaire d'organisation sera encouragé sur la base d'un cahier des charges³ afin de promouvoir la prise en compte effective des bonnes pratiques agréées de

¹ Les choix stratégiques et les clés pour la réussite sont fortement inter-liés et complémentaires. La mise en œuvre réussie de chacun est tributaire de la bonne progression dans les autres. Toute approche cloisonnée et ou insuffisamment coordonnée risque de ne pas aboutir à la réalisation des changements attendus de la PNS.

² Équipe formée de médecin, dentiste, pharmacien, infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, et autres.

³ Les structures de première ligne, publiques et privées, répondant avec succès aux exigences du cahier des charges à travers un processus d'accréditation et de ré-accréditation périodique seront ainsi labellisés (label à convenir) ou tout autre label agréé. Ils bénéficieront des mesures incitatives prévues par le cahier des charges.

santé familiale et de proximité. Des suggestions sont faites en annexe 1 pour le cahier des charges.

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

IMPLICATIONS

- 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 des mécanismes de conventionnement pour les structures de soins de la première ligne publique et privée.
- Élaboration de façon participative du cahier des charges SFP.
- Redéfinition des missions de la circonscription sanitaire compte tenu de la décentralisation⁴ 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.

LEVIERS/FACTEURS DE REUSSITE

- Formation continue pour les professionnels en exercice permettant le meilleur usage du grand potentiel des ressources humaines de la première ligne existantes (publique et privée).
- Réorganisation du système de soins avec le réajustement des missions respectives de chaque ligne sur la base de son avantage comparatif.
- Des mécanismes réglementaires d'incitation et de contrainte pour assurer le meilleur usage du financement public (assurance maladie comprise).
- Bonne implication et collaboration des médecins spécialistes (Incitations)

Les CSB ne répondant pas aux critères du cahier des charges, pour des contraintes de ressources humaines et matérielles, continuent leur activité avec l'appui des CSB accrédités et/ou des Centres de Santé Intermédiaires et des hôpitaux de circonscription afin d'assurer l'accès aux soins aux populations éloignées. Les cabinets privés qui n'adhèrent pas au cahier des charges continueront leurs activités mais ne pourront bénéficier des avantages consentis aux structures accréditées.

⁴Le 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.

POUR DEMARRER AVEC CREDIBILITE

Porte d'entrée possible	Exemples de dispositions importantes
Formation continue et initiale pour les professionnels en exercice permettant le meilleur usage des ressources humaines de la première ligne (publique et privée) disponibles.	<i>Décision que la santé familiale est la porte d'entrée privilégiée du système.</i>
Initiation, dans chaque région, des expériences d'accréditation-labellisation selon le cahier des charges défini.	<i>Texte réglementaire (incitations et contraintes) dès la 1^{ère} année de mise en œuvre.</i>
	<i>Cahier des charges et accompagnement dès la 1^{ère} année de mise en œuvre.</i>

CHANGEMENTS ATTENDUS

Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
<p>La grande majorité de leurs problèmes de santé est solutionnée au niveau de la 1^{ère} ligne, plus proche et plus conviviale.</p> <p>Les références vers le spécialiste sont faites en temps opportun.</p> <p>La continuité des soins est assurée aux meilleures conditions pour le patient.</p>	<p>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.</p>	<p>Une contribution majeure à l'efficacité globale d'un système de santé de plus en plus complexe et déshumanisé.</p> <p>Le bon usage et l'appropriation par la population sont renforcés.</p> <p>Les institutions locales sont impliquées dans la promotion de la santé.</p>	<p><i>Au moins 60% des médecins généralistes (public et privé) ont les compétences en santé familiale (5^{ème} année de mise en œuvre).</i></p> <p><i>Au moins 50% des prestataires privés conventionnés et 60% des CSB accrédités se conforment au cahier des charges SFP (5^{ème} année de mise en œuvre)</i></p>

CIBLES

Le choix stratégique SFP contribue aux cibles communes de la PNS, plus spécialement sur les cibles relatives à l'accessibilité aux soins de qualité et en particulier :

Cible	Baseline	2025	2030
% Population à moins de 30 minutes d'un centre assurant les prestations de première ligne accrédité	A calculer ⁵	25%	Plus de 60%

⁵ Dans le cadre de la planification stratégique, chaque Direction régionale avec l'appui des circonscriptions sanitaires calcule le nombre de la population vivant à moins d'une demi-heure d'un CSB sur la base du recensement le plus récent. Le cumul et le ratio final se faisant au niveau régional pour servir de Baseline.

ANNEXE AU CHOIX SFP : CAHIER DESCHARGES

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

1. Introduction

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

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

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

2. Les principes

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

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

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

- un appui et un accompagnement pour réussir l'accréditation en particulier la formation, l'organisation de la référence et le dossier unique numérisé.
- un financement complémentaire (ressources fiscales pour l'équité) contribuant à assurer les conditions pour la compliance avec le cahier des charges (équipement adéquat, numérisation, incitation spécifique aux professionnels travaillant dans ces conditions).

- un financement composite : fixé sur la base du nombre d'inscrits, variable sur la base des volumes d'activité réalisés et des résultats obtenus (couverture, malades chroniques bien suivis...), des activités de promotion en dehors du centre dans le cadre des programmes nationaux ou sollicités par les institutions locales.

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

3. Les dimensions à développer dans le cahier des charges

3.1. Les fondements

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

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

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

3.2. Les dimensions à développer

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

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

NB : Références bibliographiques disponibles auprès du CT du Dialogue Sociétal.

Choix stratégique SFP (PNS 2030)

Dimension	Cible	Baseline	2025	2030
Mortalité et morbidité	Mortalité maternelle	44.8 p. 100000 naissances vivantes (2008)	NA	18.7 p. 100000 naissances vivantes
	Mortalité néonatale	8.3 p. 1000 naissances vivantes (2017) et 9 selon MICS6, INS 2019)	NA	5 p. 1000 naissances vivantes
	Mortalité des moins de 5 ans	14.2 p. 1000 naissances vivantes (2017) et 17 p. 1000 selon MICS6, INS 2019	NA	8.9 p. 1000 naissances vivantes
	Mortalité par les accidents de la voie publique	12.8 p. 100 000 hab. en 2015 22.8% en 2016 selon l'OMS	moins de 10 pour 100 000 habitants	7.5 p. 100 000 hab. 11.4 p 100 000 pour base line OMS
	Prévalence du diabète pour la population adulte moins de 60 ans ⁶	12.3% des personnes âgées de plus de 18 ans et moins de 60 ans	11,3%	10%
	Proportion des hypertendus équilibrés (des hypertendus connus) ⁷	24.3% (THES 2016)	30%	40%
Facteurs de risques biologiques et comportementaux	Prévalence de l'obésité chez l'adulte et l'adolescent (population > 15 ans)	26.2	moins de 23%	20%
	Prévalence du tabagisme (chez > 15 ans)	25%	<20%	< 17.5%
	% des élèves ayant acquis des compétences de vie à la fin de chaque cycle d'études (primaire, collège et lycée) ⁸	Enquête pour la déterminer	A calculer	A calculer
Accessibilité aux soins de qualité	% Population à moins de 30 minutes d'un centre assurant les prestations de première ligne accrédité	A calculer ⁹	25%	Plus de 60%
	% Population à moins d'une heure d'un hôpital général ¹⁰ ou universitaire accrédité	A calculer ¹¹	30%	75%
	% Population ayant accès aux pôles inter régionaux fonctionnels	0% (Pas de pôles interrégionaux actuellement)	30%	90%
Protection financière	Population couverte par le régime de base unifié	16.8 % de la population ne dispose d'aucune couverture	95%	Près de 100 %
	Niveau des dépenses publiques de la santé en % du PIB	4.4% en 2014	5.5%	6%
	Niveau des paiements directs des ménages de leurs poches	38% des dépenses courantes en 2014	30%	Moins de 25%
	Incidence des dépenses catastrophiques (des ménages)	9.7 % (en 2016 ¹²)	4%	2.4 %

⁶Indicateur choisi pour réduire l'effet âge sur la population générale et mieux cerner l'effet imputable à la promotion de la santé

⁷Indicateur choisi pour la performance du système de soins

⁸ En relation avec les connaissances et compétences considérées par le curricula.

⁹ Dans le cadre de la planification stratégique, chaque Direction régionale avec l'appui des circonscriptions sanitaires calcule le nombre de la population vivant à moins d'une demi-heure d'un CSB sur la base du recensement le plus récent. Le cumul et le ratio final se faisant au niveau régional pour servir de Baseline.

¹⁰ L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.

¹¹ A calculer par région avec l'appui des circonscriptions sanitaires dans le cadre du processus de la planification stratégique.

¹² Calculé au seuil de 25% des dépenses totales des ménages.