

UN SECTEUR PUBLIC D'EXCELLENCE

Donner au secteur public les moyens nécessaires pour ses missions de service public¹

Le secteur public doit avoir les ressources adéquates et dédiées pour assurer : (i) l'équité dans l'accès à des soins de qualité pour tous et dans toutes les régions du pays ; (ii) la formation des cadres professionnels de la santé de haut niveau de compétence et (iii) le développement de la recherche dans les domaines aussi bien cliniques que de santé publique afin de permettre au système de s'adapter aux nouvelles exigences et à générer connaissances et solutions appropriées. L'optimisation de l'organisation territoriale des structures de soins dans le cadre de pôles interrégionaux permet d'améliorer la proximité des soins, la bonne fonctionnalité entre les trois lignes du système ainsi que la bonne complémentarité entre les structures d'une même ligne. Avec un secteur public revitalisé et adapté aux spécificités de chaque ensemble régional, il sera possible de motiver les professionnels, de contribuer aux conditions pour la rétention des compétences et de porter l'excellence au bénéfice de tous : attentes de la population, industrie pharmaceutique nationale et exportation de services de santé.

Ce choix stratégique répond à la *problématique* du décalage entre des obligations croissantes des missions de service public² pour répondre aux attentes de la population et des ressources financières et humaines limitées et pas toujours bien utilisées. Le rationnement et la pénurie, aggravés par ce décalage, ont engendré (i) une faible réactivité du secteur public entraînant des frustrations et de l'incompréhension entre citoyens et professionnels ; (ii) des espaces favorisant la corruption y compris les dérives liées à la double appartenance (public et privé) de certaines catégories de professionnels de santé ; (iii) des risques pour la formation de cadres de qualité ; (iv) un renoncement aux soins ou un recours à des services non remboursés. Le tout a induit une dynamique déclinante du service public et a généré une iniquité d'accès ainsi qu'une inefficience globale du système.

IMPLICATIONS

- Mise en place des mécanismes interrégionaux pour assurer la bonne fonctionnalité entre les trois lignes du système, dans un réseau de soins centré sur la personne, avec une logique d'efficacité globale plutôt que « commerciale » et contre-productives par structure ou par service.
- Mettre fin aux abus préjudiciables en relation avec la double appartenance de certaines catégories de professionnels (APC en particulier).
- Révision des modalités de paiement par l'assurance maladie pour évoluer vers une vérité et une harmonisation des coûts en incitant à la performance et à l'efficacité.
- Assurer la primauté au secteur public pour les technologies de pointe.

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

Choix stratégique SPE (PNS 2030)

- Soutien de la recherche et de l'innovation en santé selon des modes transdisciplinaires et intersectoriels afin d'améliorer la qualité des services et créer de la valeur ajoutée sociale et économique.
- Motivation des professionnels de santé et renforcement du sentiment d'appartenance au secteur public.
- Mise en place d'une communication appropriée et création d'espaces d'écoute et de participation pour les citoyens aux différents niveaux du système de santé et dans les structures sanitaires publiques.

LEVIERS/FACTEURS DE REUSSITE

- Un coefficient d'équité établi pour chaque structure publique de soins en relation avec les surcoûts liés aux obligations du service public en particulier pour les populations peu denses et/ou éloignées.
- Détermination et budgétisation des coûts pour les activités de formation et de recherche dont le secteur public est la référence et le garant.
- Des mécanismes de reddition des comptes transparents, agréés pour une responsabilisation effective des structures publiques.
- Une organisation territoriale optimisée dans le cadre de pôles interrégionaux fonctionnels³.
- Un projet d'établissement doit prendre en compte tous les changements nécessaires avec la perspective d'accréditation et de Conventions stimulantes avec les financeurs publics.

POUR DEMARRER AVEC CREDIBILITE

Porte d'entrée possible	Exemples de dispositions importantes
Projet d'établissement et perspective d'accréditation.	<i>Dispositions pour les estimations des coefficients d'équité et des coûts de prestations.</i>
Mesures pour renforcer le sentiment d'appartenance et encadrer l'APC ainsi que la double appartenance public et privée.	<i>Lancement de 2 mécanismes interrégionaux.</i>
	<i>Initiatives pour la création d'espaces d'écoute et de participation des citoyens dans les structures de soins.</i>
	<i>Incitation à la performance et l'efficacité prenant en considération la motivation des professionnels.</i>

³ Les pôles interrégionaux organisent la fonctionnalité et la complémentarité des structures des soins entre les lignes et dans chaque ligne pour un ensemble de gouvernorats limitrophes faisant de sorte que chaque citoyen se trouve à une heure d'un hôpital général et que le système lui facilite la prise en charge, y compris en troisième ligne, et le suivi, quelle que soit la porte d'entrée par laquelle il a eu recours au système de soins.

CHANGEMENTS ATTENDUS

Citoyens	Professionnels	Système	Les premiers progrès importants
<p>L'accès, dans le secteur public, à des soins de qualité, y compris les investigations et soins spécialisés nécessaires, est assuré et facilité dans toutes les régions du pays.</p> <p>Le renoncement aux soins et le recours à des services non remboursés sont limités.</p> <p>La confiance dans les services publics est rétablie grâce à une meilleure réactivité (respect de la dignité et attention à la personne).</p>	<p>Disposent des moyens nécessaires à leurs activités de soins, de formation et de recherche.</p> <p>Ils reconstruisent une relation de confiance avec les citoyens et renforcent leur sentiment d'appartenance.</p>	<p>Les surcoûts imputables à l'équité, la formation et la recherche sont considérés.</p> <p>Des conditions plus favorables à l'harmonisation de l'offre des services sont créées.</p> <p>S'adapte mieux aux nouvelles exigences grâce aux activités de recherche et à l'encouragement des innovations.</p> <p>Les projets d'établissement prennent en compte la réactivité et l'efficacité, ainsi que la motivation des personnels.</p>	<p><i>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 2^{ème} année de mise en œuvre de la PNS.</i></p> <p><i>20% des structures sanitaires publiques ont des projets d'établissement au terme de la 3^{ème} année de mise en œuvre.</i></p> <p><i>2 pôles interrégionaux sont fonctionnels durant la 3^{ème} année de mise en œuvre.</i></p>

CIBLES

Le choix stratégique PSE contribue aux cibles communes de la PNS et plus spécialement les cibles en relation avec la performance du système de soins (hypertendus équilibrés) et l'accessibilité aux soins de qualité :

Dimension	Cible	Baseline	2025	2030
Accessibilité aux soins de qualité	% Population à moins de 30 minutes d'un centre assurant les prestations de première ligne accrédité	A calculer ⁴	25%	Plus de 60%
	% Population à moins d'une heure d'un hôpital général ⁵ ou universitaire accrédité	A calculer ⁶	30%	75%
	% Population ayant accès aux pôles inter régionaux fonctionnels	0% (Pas de pôles interrégionaux actuellement)	30%	90%
Performance du système de soins	Proportion des hypertendus équilibrés (des hypertendus connus) ⁷	24.3% (THES 2016)	30%	40%

⁴ 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.

⁵ L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.

⁶ A calculer par région avec l'appui des circonscriptions sanitaires dans le cadre du processus de la planification stratégique.

⁷ Indicateur choisi pour la performance du système de soins

Choix stratégique SPE (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 ⁸	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) ⁹	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) ¹⁰	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 ¹¹	25%	Plus de 60%
	% Population à moins d'une heure d'un hôpital général ¹² ou universitaire accrédité	A calculer ¹³	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 ¹⁴)	4%	2.4 %

⁸Indicateur choisi pour réduire l'effet âge sur la population générale et mieux cerner l'effet imputable à la promotion de la santé

⁹Indicateur choisi pour la performance du système de soins

¹⁰ En relation avec les connaissances et compétences considérées par le curricula.

¹¹ 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.

¹² L'hôpital général dispose d'un plateau technique assurant au moins toutes les spécialités dites essentielles.

¹³ A calculer par région avec l'appui des circonscriptions sanitaires dans le cadre du processus de la planification stratégique.

¹⁴ Calculé au seuil de 25% des dépenses totales des ménages.

Choix stratégique SPE (PNS 2030)