العلوم الإجتماعية
Social Sciences Forum

Booster la gouvernance de la santé publique

(Un défi de plus en plus pressant)

La gouvernance de la santé influence le droit à la santé en son fondement et sa finalité. Tel que défini dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels, le droit à la santé est un droit fondamental. Le problème de gouvernance et de transparence prend de plus en plus de l'ampleur chez l'opinion publique en Tunisie et chez l'élite politique qui l'aborde d'une manière si légère et simpliste.

« en vertu du droit à la santé, les gouvernements et les autorités sont tenus de mettre en place des politiques et des plans d'action qui permettent à tous d'accéder le plus rapidement possible à des soins de santé. La réalisation de cet objectif est un défi que doivent relever à la fois la communauté des droits de l'homme et les professionnels de la santé publique. »[1]

Dans son observation générale n° 14 (2000), le comité des droits économiques, sociaux et culturels, chargé du suivi de la mise en œuvre du Pacte, considère le droit à la santé comme étant un droit global. Ce droit n'implique pas uniquement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi des facteurs fondamentaux déterminants de la santé. L'accès à l'eau potable, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu, l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé constituent des déterminants du droit à la santé. Le principe de la gouvernance implique quatre principaux groupes d'acteurs : professionnels de santé, citoyens et élus, gestionnaires et financeurs, acteurs économiques[1]. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions de santé aux niveaux communautaire, national et international.[1]Cette approche donne au droit à la santé une dimension multisectorielle qui nécessite la mise en place des structures et des mécanismes capables de garantir l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

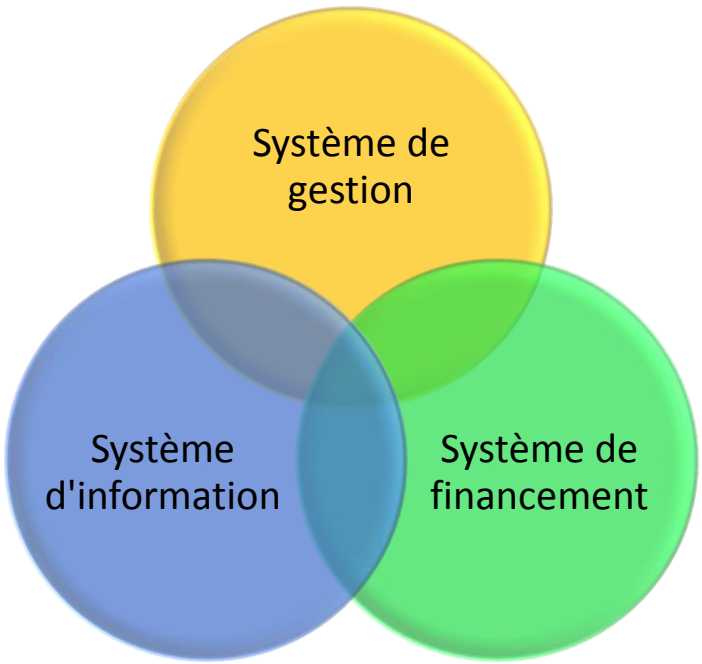
capables de garantir l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Les réformes en matière de santé ont été largement critiquées durant la période transitoire. Ces efforts ont été couronnés par la promulgation d'une nouvelle constituante qui reconnait le droit des citoyens à la santé. Ce droit acquiert désormais une valeur constitutionnelle incontestable. L'Etat est par conséquent est tenu par l'obligation de respecter ce droit, le protéger et de mettre en œuvre une politique nationale de santé avec des plans d'actions détaillés.

La gouvernance du système de santé comme processus de création des mécanismes de transparence tendent à améliorer l'état de la santé global de la population en termes d'équité, de couverture, d'accès, de qualité et des droits des patients. La gouvernance de santé se base sur trois dimensions fondamentales :

1. Un système de gestion : C'est l'ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités.
2. Un système d'information : C'est l'ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population.
3. Un système de financement : C'est l'ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs.

Figure 1 Gouvernance de santé



En effet, au concept de gouvernance, s'articule sur un ensemble des attributs tel que : La qualité, la transparence, l'efficacité et l'efficience, l'équité, la redevabilité, la participation

et le consensus.

L'une des principales problématiques de la gouvernance en matière de la santé publique est le manque de synergie entre les différents acteurs et la manière dont leurs compétences et prérogatives sont structurées dans un modèle organisationnel bien précis. En guise de synthèse de l'analyse et l'évaluation de la gouvernance du système de santé actuel nous pouvons constater les disfonctionnements qui suivent.

1) Etat des lieux

1.1. L'éclatement du fondement juridique

- Absence d'une juridiction solide et efficace en matière de gouvernance de la santé.
- Multitude des textes et des structures juridiques.
- Dilution du pouvoir de décision et un manque de lisibilité du système sur le plan normatif et organisationnel.
- Interférence des différents ministères et institutions résultent des incohérences en termes d'application des lois, de supervision et de punition en cas de dépassements.

1.2. Planification des politiques et stratégies de la santé.

Le secteur de la santé manque de l'existence d'un « plan national de développement de la santé » inscrivant et détaillant les différentes actions envisagées dans une approche globale (soins ambulatoires/soins hospitaliers, partenariat public/privé, soins préventifs/soins curatifs, caisses de sécurité sociale, etc…). L'exemple le plus frappant concerne le déséquilibre financier dont souffrent les établissements sanitaires est en partie due du fait des carnets à soins réduits distribués par le Ministère des affaires sociales et dont le Ministère de la santé supporte le coût où des catégories exonérées comme pour les forces de l'intérieure et les militaires. Ceci est source de tension entre le Ministère de la santé et d'autres ministères tel que le Ministères des affaires sociales, le ministère de l'intérieur et le ministère de la défense. La problématique abordée pèse sur le budget des structures publiques. Dans ce sens, réviser les politiques budgétaires autour d'un consensus entre les différents départements ministériels devient essentiel.

1.3. La planification et la gestion des ressources humaines.

La gestion des ressources humaines des structures de soins ne répond pas aux besoins réels des structures sanitaires.

- Une inadaptation des profils / postes surtout pour le paramédical et les ouvriers.
- Les ressources humaines sont en quantité insuffisante
- Une répartition géographique inégale (des dites ressources)

- Un manque manifeste des médecins spécialistes dans la majorité des structures desoins des régions de l'intérieur.

Les structures de soins ne disposent pas de plans de formation en adéquation

avec les besoins réels et dans le cadre des objectifs fixés par la structure.

- L'attraction et la conservation des compétences et en particulier les médecins spécialistes est un problème actuel et qui est en train de s'accentuer.
- Manque de personnel qualifié qui peut être à l'origine d'une mauvaise manipulation et pertes des appareils couteux. Le recours aux entretiens préventifs.

1.4. La gestion des médicaments et des équipements.

Les différentes structures de soins proclament une mauvaise gestion des médicaments avec des pénuries à répétition. Trois raisons peuvent être les causes :

- Une mauvaise gestion des stocks.
- Le déséquilibre entre l'offre et la demande.
- Le budget alloué demeure insuffisant pour couvrir l'intégralité de la demande.

1.5. Investissement et allocation des ressources.

L'investissement et l'allocation des ressources souffrent :

- d'une mauvaise allocation des ressources et les politiques d'investissement non adaptées aux besoins et objectifs des structures de soins.
- La centralisation des deux activités au niveau de l'administration centrale
- La répartition inégale entre les régions et les structures. La présence d'un manque des ressources financières et humaines au niveau des régions intérieures et au niveau des établissements sanitaires au sein des régions.

Les allocations budgétaires pour le fonctionnement des structures de santé hors personnels de soins sont établies sur la base d'une reconduction des allocations de l'année précédente avec un taux d'accroissement préétabli sans prendre en considération le volume des activités et la qualité de soins. Ainsi, le budget public est géré de manière relativement centralisé.

1.6. Efficacité et qualité des soins

La qualité dans le système de santé est insuffisante à tous les niveaux du secteur, en particulier la qualité de service et la qualité relationnelle surtout dans les urgences. Le patient est amené à supporter plusieurs "attentes" dont le nombre et le délai varient selon la structure pour pouvoir passer une consultation. En guise d'exemple et selon une enquête réalisée par l'équipe de l'ASSF (Applied Social Sciences Forum) en 2012 plus que 64% des interviewés issus du milieu

urbain ont été obligés d'attendre plus qu'une heure pour pouvoir voir un médecin contre environ 80% des interviewés issues du milieu rural pour la même durée d'attente. [1]

Tableau 1 Durée d'attente par milieu

	Milieu Urbain		Milieu Rural		p
Temps d'attente	**N**	**%**	**N**	**%**	
Moins d'une heure	444	25.3	206	20.6	
1-2 heures	828	47	454	45.5	**<0.001**
Plus de 2 heures	488	27.7	338	33.9	
Total	**1760**	**100**	**998**	**100**	

Source : La santé publique est-elle malade ? Page 22

Applied social Sciences Forum – Décembre 2012

La qualité dans la gouvernance clinique échappe à la gestion des risques pour les patients et les professionnels soit en termes de sécurité et d'hygiène soit en termes de soins de proximité, la plut part des urgences manquent de compétences et sont sous équipés. Aussi peu d'efforts sont alloués à la formation continue et la recherche et développement.

Le problème de qualité se réfère à plusieurs facteurs ; les conditions descentes dans les services pour assurer la qualité des soins, le manque de matériel et des ressources et enfin les normes et les critères de qualité ne sont pas considérés donc parler de la gestion de la qualité est loin d'être apprécié.

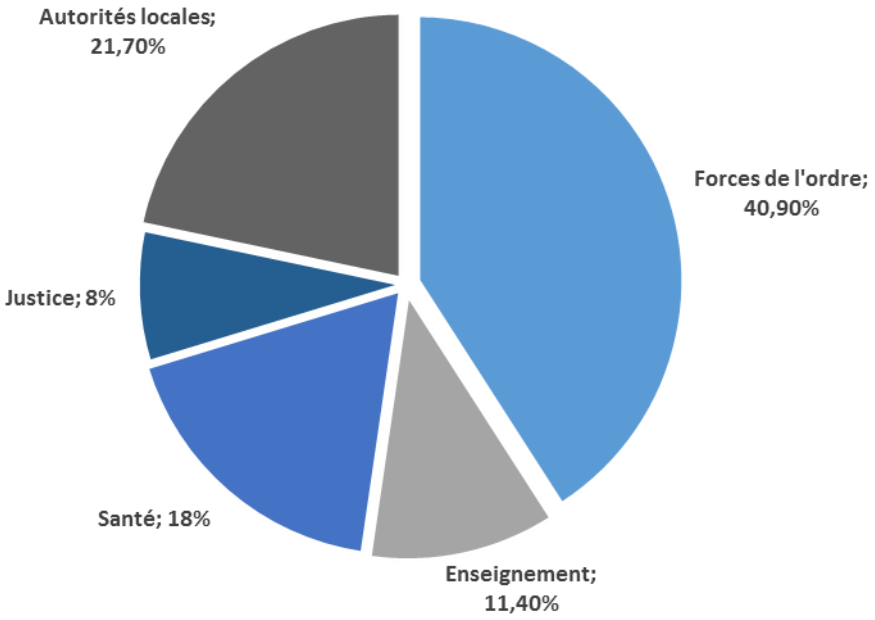
1.7. La corruption dans le milieu sanitaire

La Tunisie a régressé de 14 points dans le classement de l'indice de perception de la corruption (2011 par rapport à 2010). Entre 2011 et 2014[2], la Tunisie a encore perdu 6 points. Les questions de la lutte contre la corruption et de la transparence au niveau des administrations publiques prennent de plus en plus d'ampleur et la problématique suscite plus d'intérêt. Ce constat a été confirmé par une enquête de perception qui a été menée par le centre de recherches économiques et sociales. Selon les chiffres de la dite enquête, plus que 18% des interrogés affirment qu'ils ont subi du chantage contre un service sanitaire supposé être accessible et gratuit (pour certains).

[1] Les plus remarquables taux régionaux d'une attente supérieur à une heure sont ceux de Mahdia (70%), Monastir (70%) et Zaghouan (61,8%) ou encore Sfax avec (61,7%)[1]. Selon les chiffres de la même enquête

[2] International Transparency Corruption Perception Index CPI 2014

Figure 2 Les actes de chantages au niveau des services publiques



Source : La corruption aux yeux des tunisiens
Esquisse pour un Indice national De perception de la corruption- Page 44 (Applied Social Sciences Forum) 2014

2) Recommandations

I. Pouvoir législatif (Le parlement)

a) Réajustement structurelles

L'amélioration du système de santé passe inéluctablement par le renforcement des capacités institutionnelles en termes de gouvernance :

- Décentraliser les deux activités ; investissement et allocation des ressources
- Opter pour une meilleure représentativité et une implication plus forte dans le processus de prise de décision.
- Déplacer le centre de gravité vers le parlement et les régions dans le cadre d'une nouvelle politique de décentralisation.
- Réorganiser le secteur paramédical avec une règlementation spécifique prenant en compte toutes les aspects technique et financier du secteur.

b) Renforcement de la coordination et des capacités de gestion

La création d'une instance interministérielle approuvée par le parlement et soutenue par la coopération internationale. Affecter les ressources nécessaires à cette institution en vue de concevoir des stratégies de monitoring et d'évaluation et de mettre de plans d'actions, en ce qui concerne :

- Produire des études et des statistiques d'une manière fréquente et construire une batterie des indicateurs et des indices qui seront le fondement de toute stratégie en matière de la santé publique.
- Revoir la grille de salaire de façon qu'elle soit conforme aux lois et conventions internationales. Mettre également en examen les politiques de rémunération au regard de la concurrence.
- Au niveau de la qualité des soins, deux dimensions de la qualité doivent être développées, celles des ressources et celles des processus. La qualité ne peut être assurée et/ou améliorée sans ressources suffisantes.
- Renforcer les compétences, augmenter la productivité et surtout concevoir une politique de recrutement du personnel sanitaire en adéquation avec les besoins du secteur.
- Valoriser la fonction ressources humaines pour qu'elle soit stratégique et capable d'intervenir réellement dans la mise en pratique des choix fondamentaux de l'organisation. Pour mener correctement ces deux actions, la fonction doit se doter d'un système d'information approprié garant d'une efficience organisationnelle.
- Réviser les politiques d'investissements et des financements des structures selon les résultats escomptés et les besoins réels pour maintenir l'équilibre entre le public et le privé.

II. Pouvoir exécutif (La présidence du gouvernement et le ministre de la santé)

a) L'établissement d'un système d'intégrité et de lutte contre la corruption

- Renforcer les capacités de l'instance indépendante de la lutte contre la corruption afin de garantir le droit de citoyen à dénoncer les actes de corruption subis et le préserver des probables représailles par la création d'une cellule d'écoute régionale pour chaque gouvernorat.
- Inciter et soutenir la société civile à exercer un contrôle durable et permanant sur les établissements sanitaires et développer ses capacités professionnelles d'évaluation, de monitoring, de suivi et de dénonciation. Soutenir la collaboration entre les instances de contrôle et les organisations de la société civile.
- Unifier tous les obligations et les bonnes pratiques du cadre sanitaire dans un code de conduite s'appuyant sur les standards internationaux avec une valeur juridique contraignante.
- Création d'un corps de médiateur hospitalier au sein de la ligue tunisienne des droits de l'homme avec structures d'écoutes et de traitement des doléances des patients
- Mettre en place un traitement informatique des dossiers médicaux.
- Monter une cellule indépendante de veille et de contrôle au sein de l'instance indépendante de la lutte contre la corruption avec les prérogatives nécessaires pour dénoncer la corruption dans le milieu sanitaire et orienter et soutenir ses victimes.

- Publier les rapports financiers des différents établissements sanitaires et faciliter l'accès aux citoyens pour ce genre des documents en vue d'établir un climat de transparence.
- Mettre en place un système d'information approprié et axé sur le patient qui vise à aider les partenaires à définir leurs priorités et, éventuellement, à élaborer des stratégies pour y répondre. Il permet d'établir un climat de confiance et de motivation propice à l'action commune, au moment de la discussion collective et encourage l'amélioration de l'efficacité organisationnelle.

b) Concevoir des mécanismes de renforcement de la participation citoyenne par le ministère de la santé

- Concevoir à un programme approprié de renforcement institutionnel en faveur de la participation citoyenne dans le processus de planification et d'évaluation.
- S'investir plus dans la sensibilisation et cibler les jeunes par des campagnes de prévention contre les effets de la corruption dans le milieu sanitaire.
- Le partage de l'information est à la fois une façon de participer et un préalable à toute participation active et transparente. Pour bien articuler les différents moyens permettant de faire circuler efficacement l'information, l'organisation doit se doter d'un plan de communication assurant une cohérence entre ses besoins, ses objectifs et les moyens mis de l'avant.
- Mettre en œuvre un mécanisme de renforcement de partenariat avec le secteur privé dans les domaines prioritaires et encourager la complémentarité entre le secteur public et privé.