



Le chemin vers la Médecine de Famille en Tunisie. Analyse stratégique

The path to Family Medicine in Tunisia. Strategic analysis

الطريق إلى طب الأسرة في تونس. تحليل استراتيجي

Mariam Megdiche¹, Nadia Ben Mansour^{2,3,7}, Baya Ben Zina³, Fatma Lassoued⁴, Sina Hadj Amor⁵, Houda Rahay⁶, Aounallah Skhiri Hajer^{2,3,8}

1. Institut National de Protection de l'Enfance (INPE), Ministère des Affaires Sociales
2. Institut National de la Santé (INSP), Ministère de la Santé
3. Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar
4. Circonscription sanitaire El Hrairia. Tunis, Ministère de la Santé
5. Circonscription sanitaire Carthage. Tunis, Ministère de la Santé
6. Prisons de Tunisie, Ministère de la Justice
7. Laboratoire de Recherche en épidémiologie et prévention des maladies cardio-vasculaires
8. Laboratoire de Recherche en surveillance et épidémiologie nutritionnelle en Tunisie

RÉSUMÉ

Contexte: Les réformes des systèmes de santé, ont montré que la prestation de services de soins de santé primaires intégrés et centrés sur la médecine de famille est l'approche la plus efficace pour atteindre la couverture sanitaire universelle. En Tunisie, l'enjeu est donc la capacité de notre système de santé à intégrer une approche de soins basée sur la médecine familiale.

Objectif: Evaluer le degré de préparation de la première ligne à implémenter le modèle de médecine de famille.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude qualitative menée sur une période de 9 mois durant l'année 2017. Notre travail s'est basé sur un protocole proposé par l'OMS abordant les 13 piliers de l'implémentation de la médecine de famille. Les volets contexte et acteurs (via des entretiens avec des informateurs clés au niveau national, régional et local) étaient explorés.

Résultats: La MF est certes une priorité stratégique en Tunisie. Cependant, cette volonté politique souffrait d'un défaut d'opérationnalisation à plusieurs niveaux à savoir la formation médicale continue, l'enregistrement des patients et des familles par médecins, le système de référence, la définition du paquet minimum des soins/médicaments essentiels, la mesure des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et l'implication de la communauté dans la gouvernance.

Conclusion: Notre analyse de situation a démontré que la prestation de services de santé basés sur la médecine de famille impose l'adoption d'une politique de santé globale et opérationnelle, qui dépasse ainsi le périmètre de la formation académique.

Mots clés: Tunisie- Médecine de famille – Implémentation - Evaluation

SUMMARY

Background: Health system reforms in many countries have shown that the delivery of integrated primary health care services according to family medicine is the most efficient approach to achieve universal health coverage. In Tunisia, the issue is therefore the capacity of our health system to integrate a care approach based on family practice.

Aim: To assess the preparedness to implement family medicine in our country

Methodology: this is a qualitative study carried out over a period of 9 months during the year 2017. Based on a WHO protocol addressing the 13 pillars of family practice, our study explores health policy context, actors (using interviews with key informants at national, regional and local level) and health content.

Results: Family practice model is a strategic priority in Tunisia. However, this political recognition suffers from a lack of operationalization, in relation with continuing medical training, registration of patients and families by doctors, referral system, minimum package of essential care/ essential drugs and quality of care monitoring as well as community involvement.

Conclusion: Our situation analysis reveals that the delivery of integrated care based on family practice model; enforce to adopt a comprehensive and operational health policy that goes beyond the academic aspects.

Key words: Tunisia - Family practice- Implementation - Evaluation

Correspondance

Dr Nadia Ben Mansour :

Institut National de la Santé Publique - Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar

Email : nadia.benmansour@fmt.utm.tn

الملخص

الخلفية: أظهرت إصلاحات النظام الصحي أن توفير خدمات «الرعاية الصحية الأولية المتكاملة»، التي تركز على طب الأسرة، هو النهج الأكثر كفاءة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. و بالتالي فإن الرهان في تونس يكمن في قدرة نظامنا الصحي على دمج نهج رعاية قائمة على أسس طب الأسرة.

الهدف: تقييم جاهزية الخط الأول لتنفيذ نموذج طب الأسرة

المنهجية: عملنا هو دراسة نوعية أجريت على فترة 9 أشهر خلال 2016/2017، و هو مبني على منهجية مقترحة من منظّمة الصحة العالمية، تعالج الركائز الـ 13 لإسداء خدمات صحية، تتماثل مع منهج طب الأسرة. تتمحور المنهجية المتبعة حول البحث البيبليوغرافي من ناحية و إجراء مقابلات مع مهنيي صحة من ناحية ثانية. ولقد قمنا باستكشاف درجة تأهل الخط الأمامي من خلال مقابلات مع المخبرين الرئيسيين على المستوى الوطني والجهوي والمحلي.

النتائج: رغم أن طب الأسرة هو أولوية إستراتيجية في تونس، إلا أن الإرادة السياسية تعاني من نقص في التفعيل على عدّة مستويات، يتمثل في التدريب الطبي المستمر، وتسجيل المرضى وأسرههم حسب الأطباء، وتتسيق مسار العلاج، وتحديد الحزمة الدنيا اللازمة من الرعاية / الأدوية الأساسية، قياس مؤشرات الجودة والسلامة للرعاية ومشاركة المجتمع في الحوكمة.

الخلاصة: أظهرت هذه الدراسة أن توفير الخدمات الصحية القائمة على طب الأسرة يتطلب اعتماد سياسة صحية شاملة وعملية، والتي تتجاوز بالتالي نطاق التدريب الأكاديمي

الكلمات المفتاحية: تونس - طب الأسرة - التنفيذ - التقييم

INTRODUCTION

La Médecine de Famille (MF) vient garantir les principes de la déclaration Alma-Ata, ratifiée par nombreux pays en 1978, et rappelant le droit à la santé pour tous et appelant à introduire des réformes dans les systèmes de santé afin qu'ils puissent s'articuler autour des Soins de Santé Primaires (SSP). Le concept des SSP est basé sur une perspective d'équité sociale concrétisant le droit à la santé et visant à garantir l'accès aux soins de base à toute la population (1). Cependant, les changements de perception de la médecine, survenus au fil des années d'une part et le recours croissant aux spécialités d'autre part, ont conduit, parallèlement à une augmentation exponentielle des dépenses des soins de santé. Ceci en contraste avec une aggravation des inégalités d'accès aux services de santé, observées à l'échelle de régions, et aussi à l'échelle des différents états du monde (2). Ainsi, la Déclaration d'Astana en 2018 est venue réaffirmer les principes d'Alma Ata, selon lesquels les SSP présentent une approche inclusive, efficace et efficiente pour améliorer la santé physique et mentale des personnes, ainsi que leur bien-être social (3). Les SSP sont désormais la pierre angulaire d'un système de santé durable pour la Couverture-Santé Universelle et l'atteinte des objectifs

de développement durable liés à la santé (3). Plusieurs pays développés tels que l'Australie et le Canada ont déjà appliqué ces principes en adoptant la MF (4).

En Tunisie, la ratification de la déclaration d'Alma Ata a permis d'assurer des services de soins de proximité dans différentes régions du pays à travers un réseau de structures de première ligne, dense et décentralisé. Toutefois, l'effort public en faveur du secteur de santé s'est ralenti depuis les années 1990 (5), substituant les services publics, ayant connu une dégradation de leur qualité et de leur disponibilité, par le secteur privé, qui détient actuellement plus de 90 % des dépenses directes des ménages (6). Malgré la réforme de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) de 2007, elle reste le financeur principal des dépenses de santé d'après les derniers comptes de la santé. Par conséquent, une part considérable de la population (1%) s'appauvrit à cause des dépenses de santé (7). Ces faits alarmants appellent à recentrer notre système de santé autour de la première ligne fortifiée par les services où le Médecin de Famille dispense des soins individuels, pratique la médecine communautaire et participe au progrès sanitaire (8). On rappelle que la MF représente un intérêt individuel, et un intérêt public. Ainsi, les soins ne sont plus centrés sur la

maladie et le patient n'est plus un élément passif dans la prise en charge. Ils sont désormais centrés sur l'individu dans ses dimensions bio-psycho-sociales et le processus de prise en charge implique le «client» de santé dans les soins. En plus de son lien avec de meilleurs services de santé, la MF a été associée à de moindres dépenses en services de santé. Les zones dotées des plus hauts rapports Médecins de Famille/Population, ont un total de dépenses de santé plus bas que les autres zones (5). Ceci est probablement expliqué en partie par de meilleurs soins préventifs et moins d'indications à l'hospitalisation.

L'enjeu est donc la capacité de la première ligne à intégrer une approche de soins basée sur la MF. Ce travail, a été mené dans le but d'évaluer le degré de préparation à l'implémentation de la MF en Tunisie, plus particulièrement au Gouvernorat de Tunis.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée sur une période totale de neuf mois en 2016/2017, selon une méthodologie à deux volets (contexte et acteurs), adaptée de la méthodologie décrite par Walt et Gilson (9).

a. **Le volet contexte:** Une analyse des stratégies et des programmes en liaison avec la MF en Tunisie, a été effectuée, suite à une recherche documentaire sélectionnant des articles publiés/littérature grise, sur PubMed, Science Direct, EM premium et Google Scholar, indexés par des descripteurs correspondant aux 13 piliers de l'implémentation de la MF (figure 1).

b. **Le volet acteurs:** Des entretiens ont été effectués avec des informateurs clés en politiques de santé au niveau national, régional et local, ayant des profils variés et une ancienneté dépassant 10 ans. Une confrontation avec les résultats de la recherche bibliographique a été systématiquement effectuée.

Population d'étude

Des entretiens ont été effectués avec des informateurs clés en politiques de santé au niveau national (deux professeurs hospitalo-universitaires du groupe inter facultaires de MF et deux médecins responsables à la Direction des Soins de Santé de Base), au niveau régional (le sous-directeur

de la santé préventive à la Direction Régionale de la santé de Tunis et le directeur du Groupement Sud de la santé de Tunis), et au niveau local avec 13 prestataires de soins (dont un chef de circonscription, des médecins chefs de centres, des médecins encadreurs en MF, des surveillants, des infirmiers, des agents pharmacie, des agents de vaccination, des agents de laboratoire). Les informateurs au niveau local exerçaient au niveau de cinq Centres de Santé de Base (CSB) du Gouvernorat de Tunis, ce qui correspondait à 5% des terrains de stage pour les nouveaux résidents en MF, durant l'année 2016/2017.

Recueil des données

Les entretiens ont été effectués selon trois guides d'entretiens conçus et utilisés en 2014 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre d'une étude internationale couvrant 21 pays de la zone Moyen-Orient et Afrique du Nord (10) ayant pour objectif l'évaluation de l'implémentation de la MF dans ces différents pays. Le premier guide avait pour objectif d'évaluer l'engagement du pays au programme de MF; le deuxième guide décrivait l'évaluation des priorités sanitaires régionales, des programmes et des ressources disponibles et les défis d'implémentation du modèle de MF. Enfin le troisième guide visait l'évaluation du degré de conformité des services de santé fournis, selon l'approche de la MF dans les CSB, en se référant principalement à la fourniture du Paquet Minimum des Soins Essentiels (PMSE), la disponibilité des médicaments essentiels, l'accès aux mises à jour des protocoles thérapeutiques, l'opérationnalité du parcours de soins et de la rétro information, l'enregistrement de la population par médecin et par structure de santé, l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, la continuité des soins, l'existence d'un système d'information sanitaire et enfin la disponibilité des registres de famille et l'engagement communautaire (10).

Analyse des données

La synthèse bibliographique et les entretiens ont été analysés en se basant sur les éléments de base de la MF, pouvant être synthétisés selon le trépied suivant (11) (figure 1):

□ Une population desservie par les structures de SSP

bien définie : 1. Enregistrement de la population cible et développement de registre de familles; 2. Développement de registre de Médecins de Famille; 3. Engagement communautaire

- Des services de santé essentiels complets, abordables et de qualité pour garantir la continuité des soins, conjugués à un système de référence fonctionnel: 4. Un Paquet des Soins Essentiels; 5. Pratique de la MF en tant que programme national de la santé ; 6. Engagement du secteur privé dans la pratique de la MF ; 7. Disponibilité de protocoles thérapeutiques; 8. Disponibilité d'un Listing des Médicaments Essentiels; 9. Disponibilité de toutes les fournitures standards prévues; 10. Système de référence fonctionnel; 11. Utilisation de l'information
- Du personnel de santé, suffisamment qualifié, mis à disposition des établissements de SSP, pour former une équipe multidisciplinaire : 12. Ressources humaines et formation continue. 13. Qualité et programme d'accréditation.

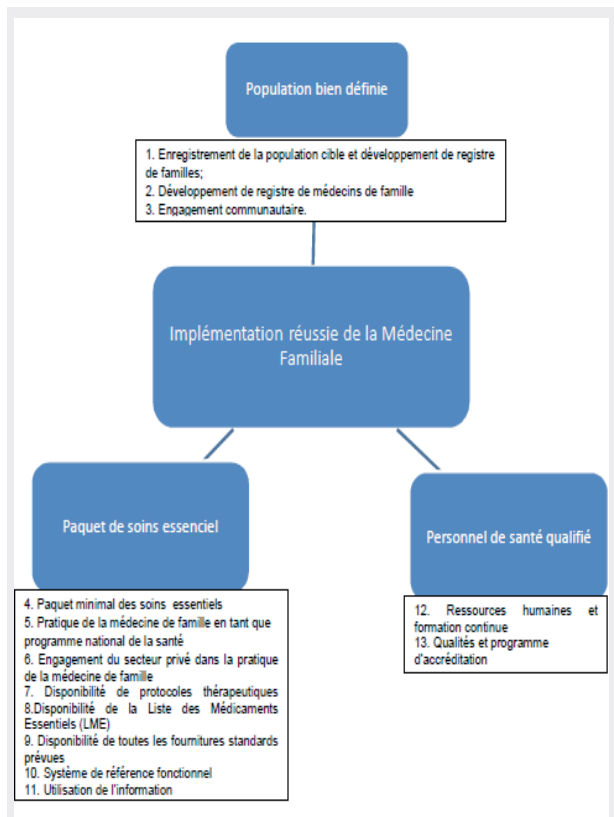


Figure 1. Trépied d'implémentation de la Médecine de Famille (11)

RÉSULTATS

Pratique de la MF en tant que programme national de la santé

La Tunisie s'est engagée dans une nouvelle réforme de santé pour adopter les principes de la MF, qui est en rapport avec de meilleurs services de santé et de moindres dépenses. Ce choix stratégique s'est traduit dans une première étape par la préparation d'un cadre soignant formé selon les principes de la MF (réforme des études médicales décidée en 2011 par un texte de loi «JORT n°90 du 25 Novembre 2011» et appliquée en 2015) (12).

Cependant, les informateurs clés au niveau national ont mis l'accent sur «l'absence d'un programme national individualisé et de fonds nationaux propres à l'implémentation de la MF, mis à part des promesses de renforcement en ressources des terrains de stage en MF». Par ailleurs, deux expériences pilotes de centres pratiquant la MF à Oued Miz et à Haffouz, financées par l'Union Européenne, dans le cadre du programme d'appui au développement des zones défavorisées, ont été citées. Ces expériences pourraient servir à élaborer un guide pour l'adoption de la MF dans d'autres CSB à l'échelle nationale.

La volonté politique de remise à niveau du système de santé a commencé bien avant, par l'élaboration du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en 1994 (13). La réforme du système de santé s'est poursuivie après, par l'unification des modalités de couverture du risque maladie en 2007 et la création de la CNAM (14). Le décret n° 2007-1367 du 11 juin 2007, a déterminé les modalités de prise en charge, les procédures et les taux des prestations de soins, au titre du régime de base d'assurance-maladie. Il distinguait trois filières dont la filière MF où «l'assuré s'engage à recourir préalablement au Médecin de Famille qui le réfère, si besoin, à d'autres niveaux. A cette condition, le financement est en tiers payant avec une participation de 30% du patient. Le patient peut aussi recourir à l'hospitalisation dans le public avec un simple ticket modérateur». Néanmoins, cette filière compte aujourd'hui la plus faible proportion des assurés sociaux en Tunisie, relativement à la filière secteur publique et remboursement du secteur privé (14).

Les entretiens ont révélé que certains des futurs spécialistes en MF vont s'installer en libre pratique. Certains des médecins généralistes installés en ville, ont déjà suivi un troisième cycle en MF. Ceci engage directement le secteur privé dans la pratique de la MF. Cependant, aucune source officielle ne peut identifier la proportion de médecins exerçant dans le secteur privé ayant suivi une formation post universitaire en MF. De même, les entretiens ont mis l'accent sur l'attractivité du secteur privé pour les patients, *«le secteur privé devient de plus en plus attractif par ses moyens plus développés et à cause des insuffisances observées dans le secteur public (des rendez-vous très éloignés pour les patients référés, absence de rétro-information ...)»*. Le dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et le plan national de santé, a mis en évidence que ce secteur était perçu par les usagers comme le plus réactif à leurs attentes et préférences. Toutefois, les indicateurs relatifs à la qualité de prise en charge dans ce secteur ne sont ni accessibles, ni fiables (15,17).

Personnel de santé qualifié

Les entretiens réalisés à l'échelle du Ministère ont souligné l'absence d'institutionnalisation ainsi que des ressources humaines et financières spécialement dédiées à la formation continue en MF, en Tunisie. *«Les médecins généralistes (mais pas le personnel paramédical) exerçant et qui désirent adopter la pratique de MF, peuvent s'inscrire à des études post universitaires aux quatre facultés de médecine; ceci sans aucune obligation ou motivation»*.

La mise en place d'une stratégie globale pour le développement professionnel continu des professionnels de la santé a été proposée comme un axe de réforme du système de santé (15), en se basant sur le fait qu'actuellement, le financement de la formation continue est majoritairement supporté par les industries pharmaceutiques, posant de vrais problèmes de «conflits d'intérêts».

Par ailleurs, plusieurs sociétés savantes et institutions publiques/académiques ont déjà élaboré des consensus thérapeutiques sur un certain nombre de pathologies. De son côté, l'Instance Nationale de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS), a publié des recommandations et des protocoles cliniques constituant

une aide à la prise de décision. Deux protocoles concernaient directement la première ligne: Manuel d'accréditation des CSB et des centres intermédiaires» et «Les bonnes pratiques de gestion du risque infectieux dans les structures de santé de la première ligne» (16). Par ailleurs, nous n'avons trouvé aucun document publié sur le site officiel de l'INEAS, en relation directe à la pratique médicale, selon le modèle de la MF. Malgré ses efforts pour la généralisation de l'accréditation des structures et la standardisation des pratiques professionnelles, l'insuffisance de la qualité et la sécurité des soins dans les structures publiques ont été les principaux témoignages des citoyens tunisiens lors du dialogue sociétal. Les principaux points faibles étaient l'absence de normes de qualité et de sécurité du patient dans son parcours de soins, l'absence de mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation de la qualité et la sécurité des soins (15). Par ailleurs, selon les entretiens, la Direction Régionale de la Santé de Tunis (DRST) est chargée de l'activité de contrôle et de supervision des structures sanitaires de première ligne, mais on rapportait que «cette tâche reste délicate vu l'absence de manuel d'évaluation standard et l'indisponibilité répétée de moyens de transport administratifs».

Paquet de soins essentiels

D'après nos entretiens, le PMSE est confondu aux 22 Programmes Nationaux (PN) de santé publique, élaborés depuis l'indépendance, successivement en fonction des problèmes de santé publique identifiés et des objectifs de santé ciblés. Les PN ont pour composante essentielle, la standardisation de la prise en charge des maladies cibles ainsi que la généralisation de la couverture. Cependant certains n'ont jamais été mis à jour (exemple: PN de lutte contre le diabète et l'hypertension artérielle), d'autres ne sont plus fonctionnels (tel que le PN de lutte contre le paludisme) (18).

Par ailleurs, des efforts pour la révision des services fournis dans le cadre du programme conjoint en Santé Maternelle et Néonatale, ont été synthétisés par l'élaboration d'un panier de soins essentiels de santé maternelle et néonatale (19). Les entretiens ont révélé que, le personnel de santé répondait dans son activité quotidienne à tous les services de santé demandés, conformément aux PN, dans la limite des moyens disponibles. Par ailleurs, nous n'avons

trouvé aucun protocole écrit disponible dans les structures visitées. De même, certains équipements indispensables n'étaient pas disponibles tels que les chaises roulantes (dans tous les centres de notre enquête) et le matériel d'éducation (dans deux centres).

Concernant les médicaments essentiels, selon les entretiens effectués, il n'existe pas en Tunisie de LME, mais plutôt une nomenclature hospitalière. Une grande variabilité de la disponibilité a été notée, selon la structure et la spécialité; en effet, les médicaments ordinaires effectivement disponibles variaient de 25,6% au PMI Mallassine à 76,5% au CSB Agba. Les psychotropes effectivement disponibles variaient de 19,5% au CSB El Agba à 74% aux CSB Kram Ouest à la date des entretiens. De même, le dialogue sociétal (15) a révélé des problèmes de disponibilité des médicaments dans les structures publiques, à la prescription de médicaments hors nomenclature, témoignant d'un manque de coordination entre le prescripteur et la pharmacie (16). L'absence d'autonomie financière des différentes structures a été reconnue comme source de retard de réactivité face aux différentes insuffisances notées.

Quant au système de référence, tous les médecins interviewés dans les CSB ont confirmé, qu'on ne peut pas parler en Tunisie d'un système de référence et de rétro-information organisé et durable: *«ce système est fonctionnel dans un sens unique: du médecin de la première ligne vers l'hôpital»*. Le manque de coordination entre les différentes structures de soins a été également soulevé (15) comme une défaillance du système de santé tunisien qui risque d'affecter la continuité des soins.

Les entretiens effectués dans les structures visitées ont révélé l'absence d'usage du dossier médical électronique ainsi que du système de codage basé sur la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). L'entretien avec un chef de circonscription a révélé que le système d'information en usage (en version papier) était principalement composé des fiches médicales pour les soins ambulatoires, des fiches de communication, des dossiers médicaux, des déclarations des maladies et des rapports d'activités. Par ailleurs, un audit organisationnel du système d'information au niveau de certaines circonscriptions sanitaires a été réalisé en 2017 (20), et a souligné que malgré l'abondance des supports d'information (jugés pléthoriques), les supports

d'information spécifiques à l'activité de la consultation médicale n'en représentaient que 10 %, avec des insuffisances rédactionnelles assez fréquentes. Ceci démontrait, selon les auteurs, une pratique professionnelle peu conforme aux principes de la MF. L'abondance des supports de d'information, risquait de dévier le système d'information de sa vraie mission *«outil d'aide à la décision clinique et managériale»*, à un *«fardeau supplémentaire»* affectant la fonctionnalité des structures sanitaires.

Population bien définie

L'attribution des ménages à un CSB, se fait selon le critère du lieu de résidence, et non pas selon le libre choix du patient (15). Par ailleurs, tous les entretiens effectués à l'échelle des cinq structures incluses, ont confirmé qu'il n'existe pas de liste exhaustive relative à la population desservie par un CSB, ni de registre de famille, ni de répartition de patients par Médecin de Famille. De plus, selon la directrice de la circonscription sanitaire El Hrairia, *«l'instabilité démographique et la liberté de consultation entre CSB, secteur privé et hôpitaux sans obligation de référence ni d'enregistrement préalable à la première ligne sont à l'origine de difficultés d'enregistrement de toute la population cible à une CSB donnée et présentent un obstacle à l'élaboration de registre de famille»*. De même, selon la même source, le médecin de première ligne au secteur public est appelé à exercer certaines activités hors son établissement d'origine (exemple : consultation scolaire dans les établissements d'éducation), ce qui compromet la continuité des soins.

Concernant la participation communautaire dans la gouvernance, depuis 2011, la Tunisie s'est engagée par sa nouvelle constitution dans un processus de décentralisation et de participation citoyenne (21). Quelques tentatives au niveau des collectivités locales ont été rapportées dans ce sens (21). Néanmoins, l'approche participative n'est pas encore généralisable, faute de promulgation des lois par les décrets d'application, ainsi que le manque de ressources humaines qualifiées et des moyens adaptés au niveau des communes.

Concernant le secteur de la santé, l'entretien effectué avec un chef de circonscription a révélé l'absence d'une implication effective des Organismes Non Gouvernementaux (ONG) et de la population locale dans

la gestion des structures sanitaires; ceci a été expliqué par l'absence de texte juridique obligeant les structures sanitaires à faire engager la communauté et les ONG, à participer dans la gestion, le manque de culture sanitaire, l'instabilité géographique de la population due à l'instabilité socioéconomique et le manque de communication entre le personnel de la santé et la communauté locale.

DISCUSSION

Dans de nombreux pays, les réformes des systèmes de santé ont montré que la prestation de services de SSP intégrés et centrés sur la MF est l'approche la plus efficiente pour atteindre la couverture-santé universelle. En Tunisie, le projet de politique nationale de santé (PNS-Tunisie) s'est basé sur une vision 2030 pour la couverture-santé universelle (22). Un plaidoyer pour recentrer le système de santé autour du citoyen a été lancé, faisant de la santé familiale et de proximité, le pivot du système de santé, et le PMSE disponible et accessible à chaque personne (23).

Cette étude a permis d'évaluer le degré de préparation de la première ligne à adopter le modèle de la MF, en se basant sur une méthodologie qualitative et une grille d'analyse standard déjà utilisée par 22 pays de notre région (zone MENA), permettant ainsi une comparaison objective. Certes, l'interprétation de nos résultats devrait tenir compte des limites de l'étude. Ces dernières sont principalement liées à la méthodologie qualitative utilisée et le nombre limité de structures, ce qui limitent la généralisation et l'objectivité des résultats. Néanmoins, les trois niveaux d'analyse des politiques de santé (macro, méso et micro) ont été étudiés (23), et une confrontation avec les résultats de la recherche bibliographique a été systématiquement effectuée. Pour le niveau local, compte tenu de la gouvernance centrale de la première ligne en Tunisie, les mêmes outils/programmes seraient opérationnels dans toutes les structures de première ligne, à l'exception de certaines initiatives ou projets pilotes ayant implémenté le modèle de MF.

Les résultats de cette étude ont montré que la MF a été classée parmi les priorités stratégiques en Tunisie. Ceci a été concrétisé par l'adoption d'une vision de promotion de la MF, à travers la création d'une filière de MF dans le schéma de couverture maladie, la création d'un collègue de

MF ainsi que des points focaux en MF à différents niveaux du système, et la réforme des études médicales en 2011. Par ailleurs, cette volonté politique souffre d'un défaut d'opérationnalisation aussi bien au niveau de la formation médicale continue (médecins généralistes, personnel paramédical) et des résidents en MF.

En rapport avec la région du Maghreb, les expériences de réforme en santé sont relativement récentes par rapport à d'autres pays. Le Maroc, comme la Tunisie, a déjà initié des réformes de santé et a adopté la MF comme un choix stratégique (11). Cependant, au Maroc le nombre de Médecins de Famille diplômés annuellement demeure assez faible (de l'ordre de 50 annuellement) (25). En ce qui concerne l'Algérie, la loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à l'organisation et au financement des établissements publics de santé (26), a été récemment mise en exécution. A notre connaissance, il n'existe pas en Algérie de programme de promotion de la MF (27).

L'analyse de la situation en Tunisie et au Maroc permet de dégager une certaine similitude quant aux obstacles à l'implémentation de la MF, à l'exception de la formation médicale continue en MF. En effet, selon une évaluation de l'OMS (25), le Maroc est en avance par rapport à la Tunisie, par la mise en place d'un programme-relais qui permet, en période de transition, aux médecins généralistes de s'initier à la prestation de services selon la MF: Les médecins ayant quatre ans d'expérience, peuvent bénéficier de deux ans de formation dont des stages dans leur structure d'origine, pour devenir des MF. Le Maroc a prévu d'encourager ces médecins diplômés en MF, et exerçant dans le secteur public, en leur offrant une incitation financière mensuelle.

Aussi bien en Tunisie qu'au Maroc, le nombre annuel de médecins diplômés en MF reste très insuffisant par rapport à la norme de trois MF/10000 habitants. En se basant sur les derniers recensements de population, ils ont respectivement besoin de 3517 et 10806 MF pour couvrir la totalité de la population, ce qui représente une lacune considérable à combler (28,29).

Malgré l'expansion accélérée du secteur privé, qui détient plus de 90% des dépenses des ménages aussi bien en Tunisie qu'au Maroc (30, 31), les mécanismes de régulation de ce secteur restent fragiles (6,25). En effet, selon cette étude, l'accès au secteur privé est

libre et est très attractif, vu la qualité de soins fournis et la disponibilité des différents moyens diagnostiques et thérapeutiques. En Tunisie, cet accès est encore plus facilité, via l'existence d'une filière «remboursement» dans les schémas de couverture maladie, qui accorde le libre choix du prestataire, au détriment de la MF.

Dans le même cadre, la faiblesse des systèmes d'orientation-recours entraîne une sollicitation importante des hôpitaux et accentue la faible attractivité de la première ligne (32). Tous ces éléments vont à l'encontre de la réalisation de deux piliers de la MF qui sont l'enregistrement de plus de 80% de la population cible dans les CSB, et l'attribution d'un nombre spécifique de familles à la consultation des Médecins de Famille. Au Maroc comme en Tunisie, il existe un grand nombre de programmes verticaux (respectivement 30 et 22), qui présentent des insuffisances en termes de qualité, d'intégration et de suivi-évaluation de la qualité des soins (33).

Finalement, les résultats de cette étude ont mis en évidence un engagement politique pour l'implémentation de la MF en Tunisie, mais soulignent en même temps un défaut d'opérationnalisation à plusieurs niveaux, en référence aux piliers de l'implémentation de la MF, dépassant le périmètre des programmes de formation académiques en MF. Il est ainsi impératif de développer une compréhension plus claire de l'implication de la communauté, pour que les soins soient centrés sur la personne, ainsi que de développer un système d'information basé sur des indicateurs de processus et de résultats, dans le cadre du monitoring de l'implémentation de la MF. Les programmes relais de formation médicale continue peuvent s'intégrer dans le cadre plus large de l'accréditation et l'évaluation des pratiques professionnelles, l'ensemble va contribuer à améliorer les compétences du personnel actuel, aussi bien dans le secteur public et privé.

Déclaration de Conflits d'intérêts:

Nous déclarons que ce travail n'est pas soumis à des conflits d'intérêt

RÉFÉRENCES

- 1- Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 12 September 1978. Available from: <http://www.who.int>.
- 2- Advancing health equity by addressing the social determinants of health in family medicine (position paper). American Academy of Family Physicians. (2019). Available from :<https://www.aafp.org/about/policies/all/social-determinants-health-family-medicine.html>.
- 3- Declaration of Primary Health Care. Astana 2018. Geneva: WHO, 2018. Available from: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>.
- 4- Rouleau K, Ponka D, Arya N, et al. Les Conférences Besroul, Collaborer pour renforcer la médecine familiale dans le monde. *Can Fam Physician*. 2015 Jul; 61(7): 587–591
- 5- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005 Sep; 83(3): 457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- 6- Ben Abdelaziz A, HAJ AMOR S, Ayadi I, Khelil M, Zoghliami C, Ben Abdelfattah S. Le financement des soins de santé en Tunisie. Etat actuel des dépenses de soins et perspectives de socialisation, sur le chemin de la Couverture Santé Universelle. *La Tunisie Médicale* ;2018 ; 96 (010) : 789 – 807.
- 7- Abu-Zaineh M, Ben Romdhane.H, Ventelou B, MoattiJP,Arfa C. Appraising. Financial protection in health: the case of Tunisia. *Int J Health Care Finance Econ*. 2013;13:73-93.
- 8- Cadre pour le développement de la médecine de famille en Tunisie. Groupe interfacultaire pour le développement de la médecine de famille en Tunisie (GIF-DMFT). Mai 2008.
- 9- Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning* 2008;23:308–317.
- 10- Family Practice Assessment Tool .Assessment Tool for Developing Family Practice at District Level. Primary and Community Health Care Unit/HSD Department, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. August 2015.
- 11- Report on the Regional consultation on strengthening service provision through the family practice approach. Cairo, Egypt 18–20 November 2014. WHOEM/PHC/165/E.
- 12- Le livre blanc du dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Ministère de la Santé. Tunisie. Available from <http://www.hiwarasaha.tn/upload/1582719153.pdf>.
- 13- Sidhom M, Chahed M, De Brouwere V. Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'une mission auprès de la Direction des Soins de Santé de Base, organisée par l'UNICEF du 9 juin au 16 septembre 2013.
- 14- Blel I, Chahed H, Ben Braham M, El Lahga A. L'évolution des dépenses de la CNAM en Assurance Maladie. Lettre n°5 / Décembre 2014. Lettre CRES. Available from: http://www.cres.tn/uploads/tx_wdbiblio/Lettre__5.pdf.
- 15- Ben Salah F, Bouzidi R, Champagne F. Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble Propositions soumises à la conférence nationale de la santé. Comité technique du dialogue sociétal. 2014. Available from : <http://www.hiwarasaha.tn/upload/1409046285.pdf>.
- 16- Achour N. Le système de santé tunisien: état des lieux et défis. Ministère de la santé de Tunisie. Septembre 2011.

- 17- Site officiel de l'INEAS <http://www.ineas.tn/fr/>.
- 18- Ben Mansour N, Mahfoudh Sassi A, Ben Romdhane H. Diabetes Management in Tunisia: Health Professional and Patients Perspectives. *EC Diabetes and Metabolic Research*, 2019; 3 (3): 83-90.
- 19- Paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale. Ministère de la santé. République Tunisienne. Décembre 2018.
- 20- Audit organisationnel du système d'information au niveau des circonscriptions sanitaires. Direction des Etudes et de la Planification (DEP). *Projet d'Appui aux Zones Défavorisées II « Renforcement des capacités du personnel de santé et études de pistes de réforme du système de santé »* Nr. EuropeAid/135433/IH/SER/TN. Juillet 2017.
- 21- Bonne gouvernance au niveau local pour accroître la transparence & la redevabilité dans la prestation de services : expériences de Tunisie & d'ailleurs. OECD 2018. Available from: <https://www.oecd.org/mena/governance/bonne-gouvernance-au-niveau-local-tunisie.pdf>.
- 22- *Projet de la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030. Dialogue sociétal.* Available from : <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1560851529.pdf>.
- 23- *Un paquet de services essentiels pour tous. Choix stratégique PSE (PNS 2030).* Available from: <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1575292905.pdf>.
- 24- Caldwell S.E.M, Mays N. Studying policy implementation using a macro, meso and micro frame analysis: the case of the Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) programme nationally and in North West London. *Health Research Policy and Systems* 2012; 10:32. Available from: <http://www.health-policy-systems.com/content/10/1/32>.
- 25- Développer la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Comité régional de la Méditerranée orientale Soixante-troisième session Point 4 a) de l'ordre du jour provisoire. Bureau régional de la méditerranée orientale. Organisation mondiale de la santé. EM/RC63/Tech.Disc.1 Rev.1 Septembre 2016
- 26- *Journal officiel d'Algérie,* Available from: www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2018/F2018046.pdf
- 27- Nashata N, Hadjib R, Al Dabbagh AM, et al. Primary care healthcare policy implementation in the Eastern Mediterranean region; experiences of six countries: Part II. *European journal of general practice* 2019; 26(1):1-6. Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1640210>.
- 28- *Statistique Tunisie. Institut national de statistiques Tunisie.* Available from : <http://www.ins.tn/fr/resultats#horizontalTab2>.
- 29- *Population. Haut commissariat au plan. Royaume marocain.* Available from: https://www.hcp.ma/Population_r143.html.
- 30- *Carte sanitaire année 2015. République Tunisienne Ministère de la Santé Direction des Etudes et de la Planification sous Direction des statistiques.* Juin 2016. Available from: <http://www.santetunisie.ms.tn/images/docs/anis/stat/cartesanitaire2015.pdf>.
- 31- *Comptes nationaux de la sante. Rapport 2015. Maroc.* Available from: [Comptes%20Nationaux%20de%20la%20Sant%C3%A9%20Rapport%202015%20maroc.pdf](http://www.comptesnationaux.ma/Comptes%20Nationaux%20de%20la%20Sant%C3%A9%20Rapport%202015%20maroc.pdf).
- 32- *Santé Tunisie en chiffres 2017. Direction des Etudes Et Planification S/Direction des Statistiques. Ministère de la Santé. République Tunisienne.* Mars 2019.
- 33- Siddiqi S, Souteyrand D, Abdelrahim I et al. Examen du système de santé au Maroc: défis et opportunités pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. *Rapport d'expertise en Sciences de la santé humaine : Santé publique, services médicaux & soins de santé.* 2013. oai:orbi.ulg.ac.be:2268/209418. Available from: <http://hdl.handle.net/2268/209418>.