Conférence annuelle du CNEM

****

29 Novembre 2025

Priorisation en santé
Approches et défis

****

Pr Habiba Ben Romdhane



Plan

- Quelques concepts
- Approches et méthodes
- Des exemples
- Les défis

Bref Historique

La priorisation s'est adaptée aux différentes phases de la transition épidémiologique , à l'évolution socioéconomique et aux avancées scientifiques : elle est passée d'une approche centrée sur la menace épidémique à une approche multidimensionnelle, intégrant économie, équité, participation et durabilité.

Des concepts remis à l'ordre du jour :One Health & Human Exposome

Objectifs de développement durables (ODD)

2015

Déclaration de NU sur les MNT

2011

Rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé

2008

2000

Actions intersectorielles , Santé dans toutes les politiques

Les Objectifs du Millénaire pour le développement

1997

Déclaration d 'Alma-ATA , Santé pour tous

1948

1986

Charte d'Ottawa , Promotion de la santé

1970

Constitution de l'OMS

La question n'est pas de savoir s'il faut établir des priorités, mais comment améliorer le processus de définition des priorités(Ref 1)

- **Ce qu'est la priorisation en santé**

  - La priorisation consiste à déterminer la priorité à attribuer à un service, au développement d'un service ou à un patient à un moment donné. La priorisation est nécessaire parce que les besoins et les demandes de soins de santé dépassent toujours les ressources disponibles .

Ce que ne doit être pas la priorisation

- Contrôle des coûts ou réduction des coûts.
- Des exercices technocratiques ponctuels réalisés par des consultants experts internationaux isolés de la politique et des valeurs sociales locales.
- Prétexte pour refuser l'accès à des services nécessaires .
- Promotion d'un secteur au dépens d'un autre : la privatisation Vs la nationalisation .

Quelques justifications de la priorisation

• Processus

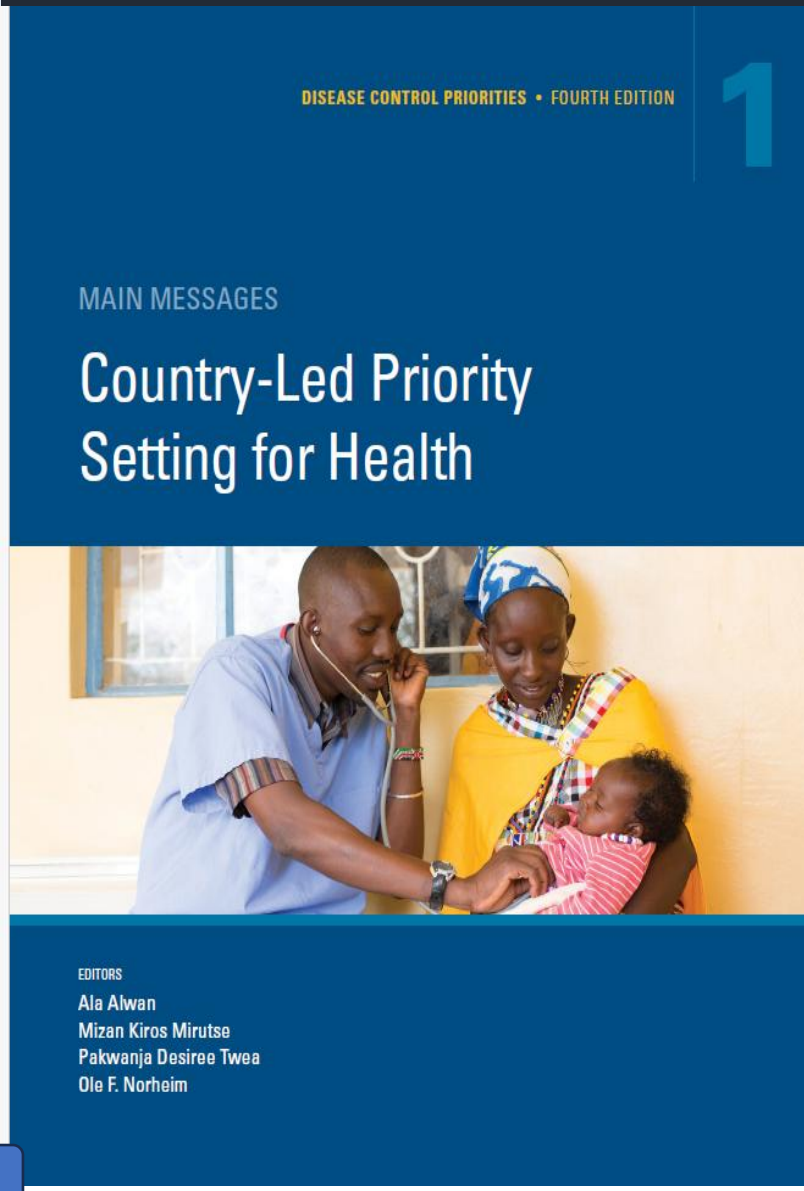
- **Assurer une bonne gouvernance et améliorer la transparence et la participation:**
- (i)Aligner les investissements sur des stratégies, priorités et politiques préalablement convenues.
- (ii) Donner la légitimité à la prise de décision .en adoptant une approche fondée sur des données probantes .
- (iii) Obtenit la confiance du public et des patients.
- (iv) Aider à atteindre l'équilibre financier et offrir un meilleur rapport qualité-prix .

• Résultats

- Maximiser l'impact sur la santé publique.
- Améliorer la santé globale et le bien-être de la population.
- Assurer l'équité et la justice sociale: la priorisation permet de réduire les inégalités en santé, en donnant la priorité aux groupes les plus vulnérables ou aux besoins les plus urgents.
- Respecter les principes de l'éthique car elle donne une audience équitable aux besoins concurrents .
- Réduire le risque de contestation juridique .

Messages clés de l'approche Paquet Minimum de Services : résultats des expériences de plusieurs pays (Ref 2)

- Une amélioration considérable a été observée dans la mise en place des travaux fondateurs pour la conception du PMS .
- Mais, malgré cette amélioration, des insuffisances dans la mise en œuvre persistent .
- Le lien entre la définition des priorités, le financement et les budgets est encore faible .
- Le rôle du secteur privé est souvent ignoré .
- Nécessité :
  - d'avoir un leadership de haut niveau;
  - d'adopter un processus de décision ouvert et inclusif;
  - d'intégrer le suivi et l'évaluation dans le processus de la conception à la mise en œuvre des PMS;
- De nouveaux outils et plateformes sont désormais disponibles pour le partage des évidences scientifiques.



Approches et méthodes

Approche intégrée : une décision prioritaire idéale combine les 4 approches

Approches	Questions posées
Épidémiologique	Quelle est la charge réelle de la maladie ?
Économique	Quelle intervention donne le plus d'impact pour un coût raisonnable ?
Éthique/Équité	Cette intervention est elle moralement juste? Respecte-t-elle la justice sociale et contribue-t-elle à la réduction des inégalités sociales?
Communautaire	Est-elle acceptable, faisable, soutenue par la population ?

Approche basée sur les critères épidémiologiques

- **Fréquence : morbité (incidence, prévalence) mortalité..**
- **La charge de morbidté:**
  - The Global Burden of Diseases (GBD) : DALYs (Disability-Adjusted Life Years) (Années de vie ajustées sur l'incapacité). et QUALYs (*Quality-Adjusted Life Years*). Années de vie corrigées de la qualité (IHME (https://www.healthdata.org/)
  - La Tunisie a lancé sa première étude sur la charge de morbidité en 1995 .
  - Depuis, plusieurs études tunisiennes utilisent la méthodologie GBD.
  - Limites : qualité/incomplétude des registres de mortalité.



Approches économiques

- **Principe :** pour des maladies jugées très fréquentes, il existe plusieurs niveaux , méthodes et techniques de prise en charge . Dans un but de priorisation, on compare les coûts et les bénéfices des différentes interventions .
- **Méthodes :** Analyse coût-utilité (ACU)- quand les interventions ont des effets multidimensionnels (survie + symptômes + qualité de vie).
- Analyse coût-efficacité (ACE)- X dinars par complications évitées et par années de vie gagnées.
- Analyse coût-bénéfice (ACB): on calcule le bénéfice en gain monétaire (on épargne tant de dinars)

Approche éthique et d’équité

- **Principe :** les inégalités sociales de santé réfèrent à des disparités (évitables et injustes) ;elles mettent en lumière une relation étroite entre l’état de santé et l’appartenance à un groupe social ; laisser perdurer ces inégalités est moralement inacceptable.
- Prioriser les interventions qui réduisent les inégalités et favorisent la justice sociale.
- **Critères :**
  - Vulnérabilité des populations
  - Équité d’accès aux soins
  - Impact sur les déterminants sociaux de la santé

Approches communautaires /participatives / délibératives

- **Principe :** des interventions ayant fait leurs preuves doivent être économiquement soutenables et socialement acceptables.

Impliquer les parties prenantes et les citoyens renforce la légitimité et l'acceptabilité des décisions

- **Exemples de méthodes :**
- Forum communautaire
- Ateliers délibératifs
- Méthode du consensus

Les méthodes de priorisation

Méthode	Description	Usage typique
Méthode Hanlon	Donner une note aux 4 paramètres : magnitude, gravité efficacité de l'intervention et faisabilité. (M+G+E) x F	Planification locale de santé publique
PEARL test	Évalue la faisabilité : Pertinence, Faisabilité économique, Acceptabilité, Ressources, Légalité (conforme aux lois et conformité éthique)	Sélection préliminaire de priorités
MCDA (Analyse multicritère)	Pondère plusieurs critères (impact, équité, faisabilité, coût).	Décision stratégique nationale ou régionale
Benchmarking / Scorecards	Compare la performance entre régions ou programmes.	Suivi et évaluation des politiques
Méthode Delphi, Groupe nominal	Consultation itérative d'experts pour atteindre un consensus.	Contextes avec incertitude ou peu de données

Interactions entre les différentes approches

- **Epidémiologique – économique :**. la combinaison des deux approches permet de mesurer l'impact financier des priorités définies par la méthode épidémiologique : GBD/Analyse économique .

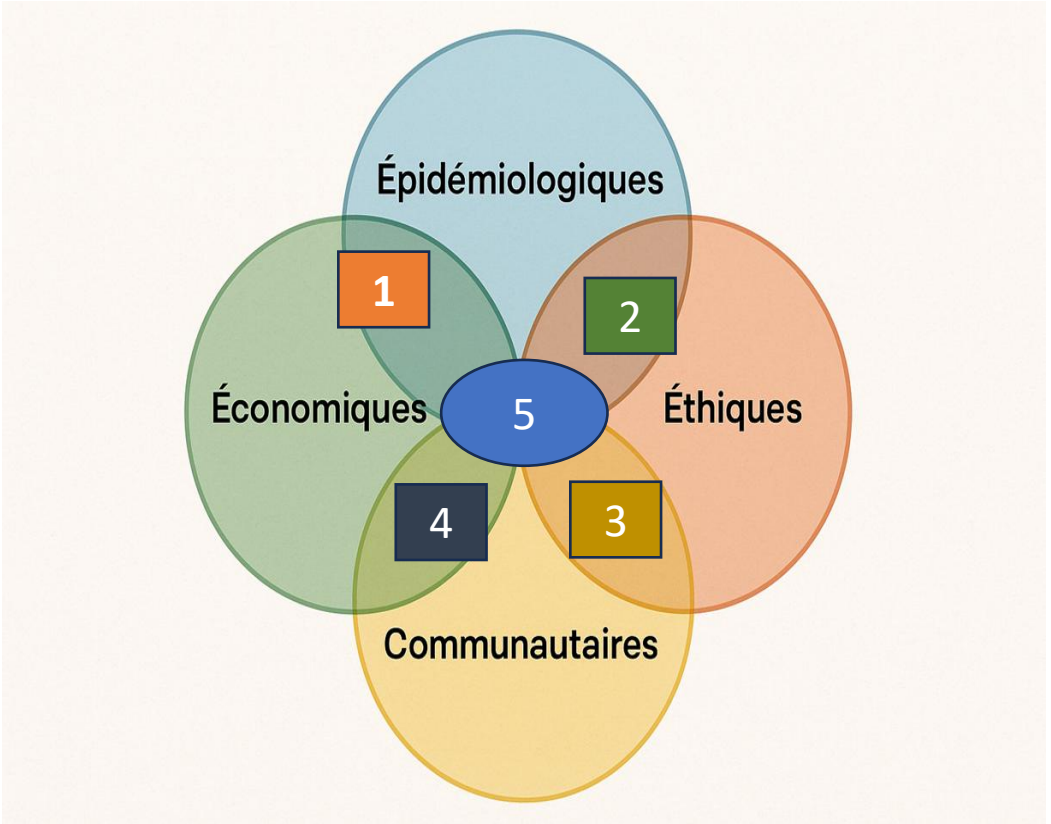
1

  - Si le charge de morbidité des MCV est très élevée → l'analyse économique évalue quelles interventions (prévention, dépistage, traitement) ont le meilleur rapport coût-efficacité

2

- **Epidémiologie –éthique :** l'approche éthique ajuste les priorités pour corriger les *inégalités* que les seules données chiffrées ne montrent pas ; une maladie a une faible prévalence générale, elle peut être sévère dans une minorité défavorisée.

- → L'éthique impose de la prioriser



Interactions entre les différentes approches

3 Ethiques –communautaires

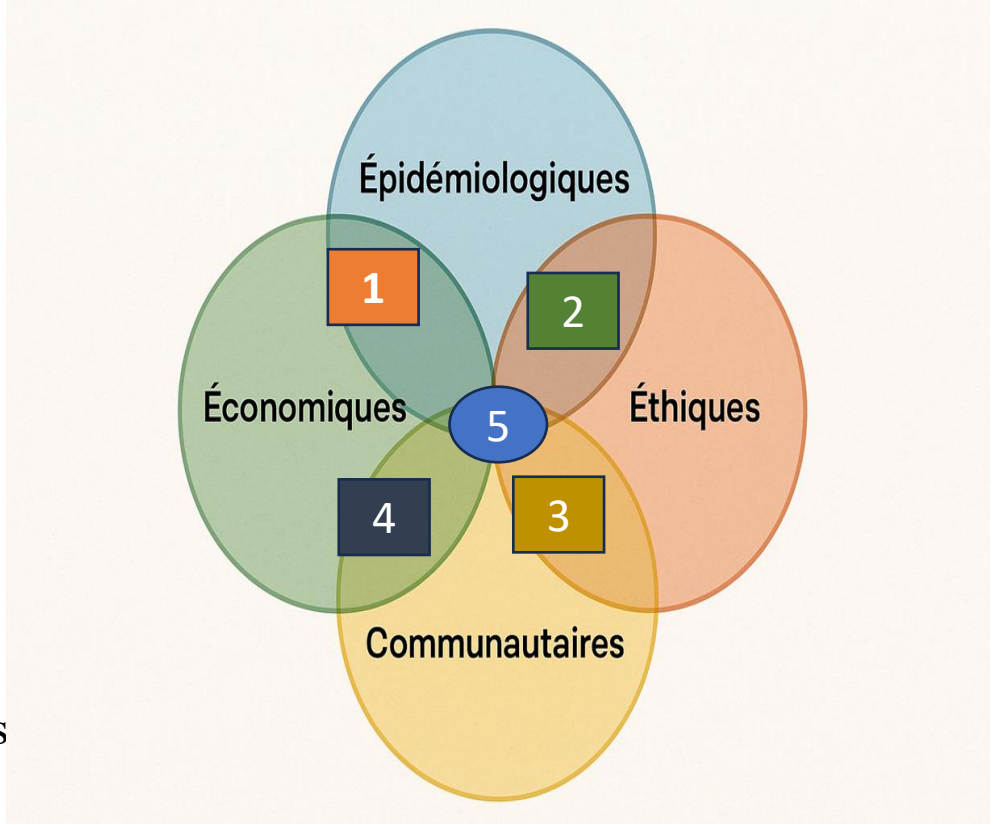
- L'éthique est renforcée quand les populations vulnérables participent aux choix. Cela permet de donner une voix à ceux qui sont souvent invisibles dans les données ou dans les décisions.

4 Economiques-Communautaires

La communauté peut aider à identifier les interventions les plus réalisables et les moins coûteuses. Les interventions co-construites sont souvent plus efficientes car mieux acceptées → moins de gaspillage et plus de résultats.

5 Economiques-Ethiques

L'économie vise parfois l'efficience, l'éthique vise la justice .Leur interaction permet de définir un modèle équitable et soutenable → choisir des interventions efficaces et accessibles. Exemple :un médicament très efficace mais trop cher peut être rejeté pour équité, au profit d'une solution moins coûteuse mais accessible à plus de personnes .

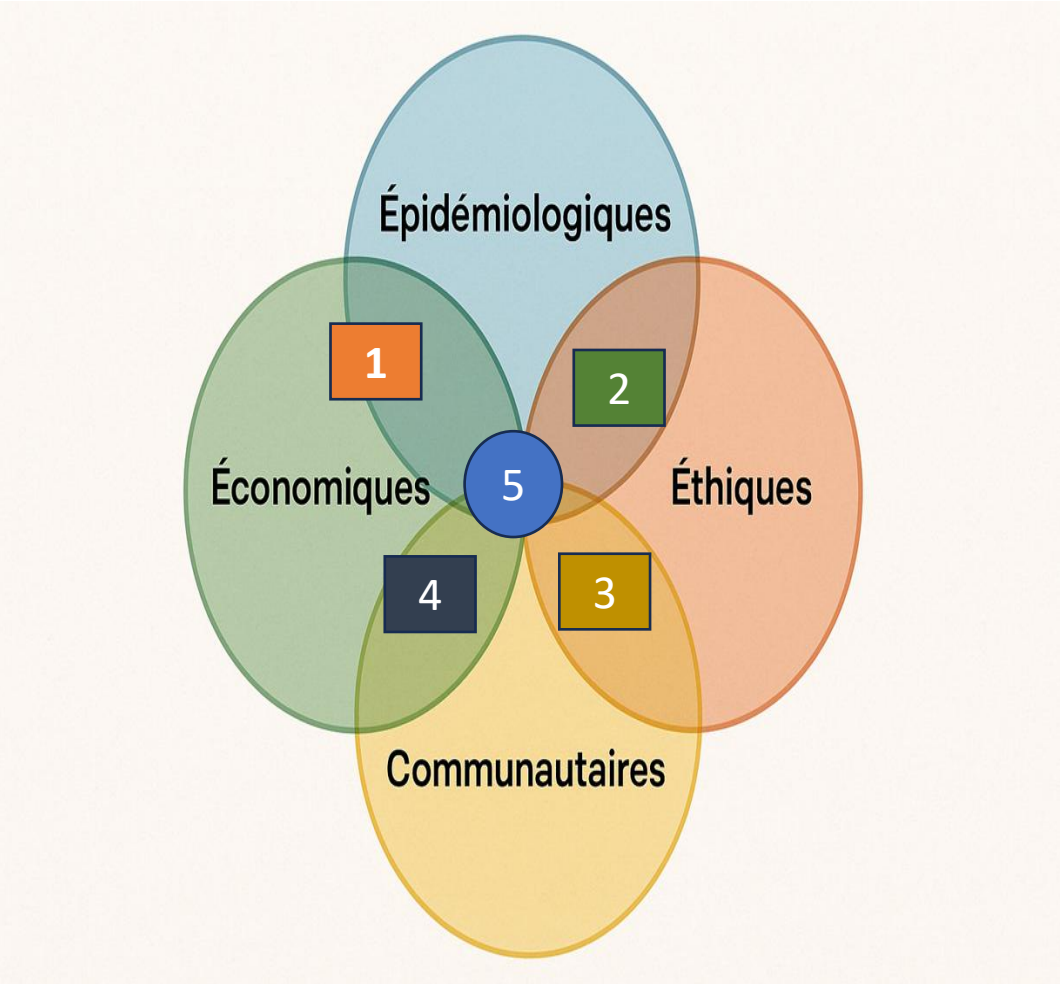


Interactions entre les différentes approches

6

Epidémiologies –communautaires

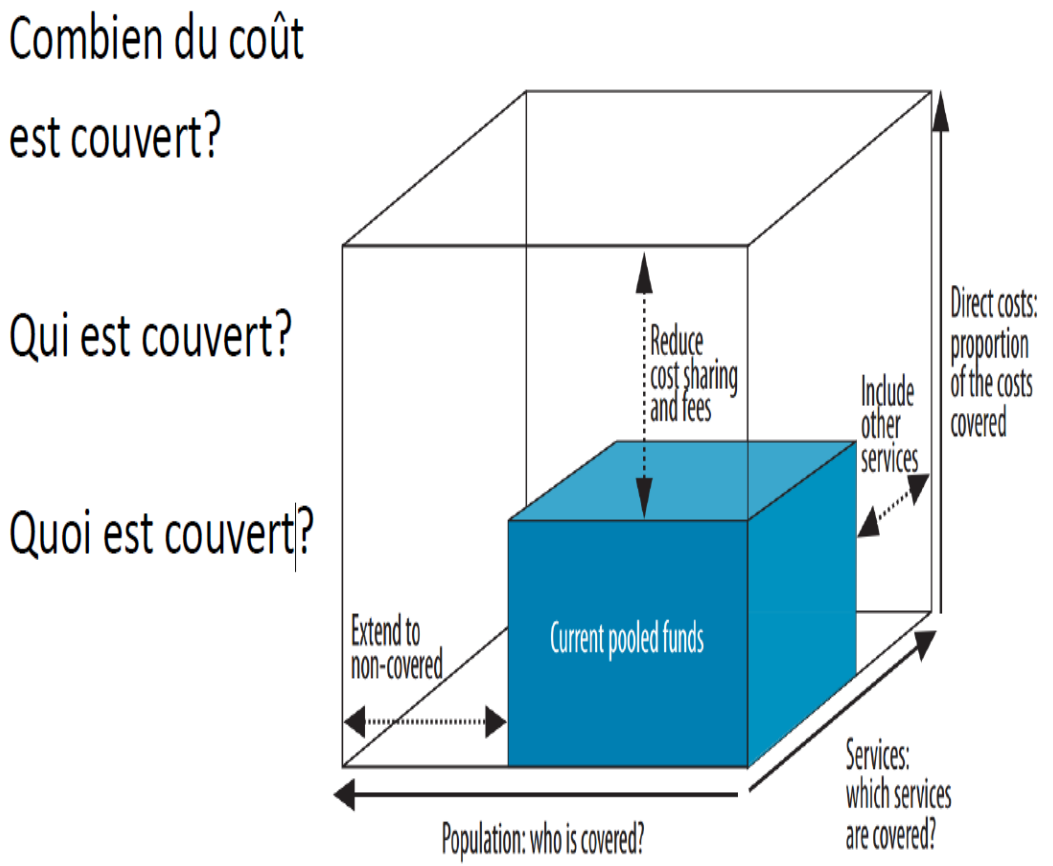
- Les communautés apportent des données qualitatives : perceptions, obstacles, pratiques culturelles, besoins réels.
- Ces informations complètent les données épidémiologiques « froides». Un programme de dépistage du cancer peut échouer si la population ne participe pas. → La participation communautaire permet d'adapter les stratégies (horaires, lieu, communication).
-



Les 4 approches intégrées dans un modèle cohérent de priorisation en santé. Leur interaction crée une priorisation **solide, équitable, efficace et socialement acceptée**.

Quelques exemples : OMS – Cadre de priorisation pour la couverture sanitaire universelle (CSU) (Ref (3-5)

- **Guide mondial d'allocation équitable**
- **Objectif :** aider les pays à choisir les interventions les plus **efficaces, équitables et abordables**.
- **Outils :** liste d'interventions essentielles basées sur la charge de morbidité et la faisabilité.
- **Résultat :** meilleure harmonisation des programmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire.



Commission norvégienne de priorisation (Ref 6)

- Critères utilisés :
  - Gravité de la maladie
  - Bénéfice attendu des interventions
  - Coût-efficacité
- Approche éthique : garantir l'équité et la solidarité dans la distribution des ressources.
- Impact : modèle de référence pour d'autres pays européens.







L’initiative de priorisation des services de santé en Thaïlande (Ref 7)

Universal Coverage Scheme (UCS)

- **Méthode :** décisions prises par un **comité multisectoriel** incluant citoyens, experts et décideurs.
- **Critères :** efficacité clinique, équité, faisabilité, coût.
- **Résultat :** couverture santé universelle durable et équitable.
- *La Thaïlande est un modèle d’équilibre entre équité et soutenabilité financière .*



National Institute for Health and Care Excellence (UK) (Ref 8)

- **Principe :** évalue les interventions selon leur **rapport coût-efficacité** (QALY : Quality Adjusted Life Years) gagnées .
- **Objectif :** garantir que chaque livre sterling dépensée en santé génère le **plus grand bénéfice pour la population**.
- **Résultat :** décisions transparentes et basées sur l'évidence scientifique (médicaments, technologies, dépistages).
- 📊 *Exemple : rejet de certains traitements anticancéreux trop coûteux pour un gain minime de survie.*



La Tunisie:Dialogue Sociétal sur les politiques de santé (Ref 9)

- 2011. Genèse de l'idée
- **Octobre 2012:** lancement du DS (Partis politiques, OSC, professionnels)
- **Juin 2013 – Mars : 2014**: analyse du système
- **Juin 2019:** Conférence nationale

- Depuis ? Plan Stratégique ?

- **Contexte sociopolitique**
- **Expériences régionales et internationales de DS**
- **Engagement de l'OMS**
- **Pertinence d'une approche multisectorielle (Ministères, OSC et Académies)**
- **Beaucoup de points forts, mais également des faiblesses.**

Priorités identifiées par la communauté (Hay Hlel, 2024)
Gouvernance urbaine pour la Santé et le bien être (OMS)

Femmes au foyer	***Femmes ayant un travail extra domestique***	***Hommes***	***Jeunes Garçon***	***Jeunes Filles***
Problèmes de santé : disponibilité, pénurie de médicaments et d'équipements *Abus de drogues chez les jeunes* *Décrochage scolaire* *Risques environnementaux*	*Transport* *Bas salaire* *Absence de soutien au travail informel* *Absence de circuit de distribution pour le travail artisanal* *Manque de garderies pour les enfants* *La santé des enfants* *Abus de drogues chez les jeunes*	*Les problèmes liés à la dégradation de l'environnement* *Attitudes et comportements de la police* *Problèmes de transport* *Abus de drogues chez les jeunes*	*Marginalization* *Attitude et comportements de la police* *Absence de perspective* *Abus de drogues chez les jeunes*	*Manque d'espace de loisir et de culture* *Inquiétude par rapport aux perspectives*

DELPHI (2025): Choix des priorités dans les questions de recherche

Theme 1	Rank
What mechanisms are needed to integrate and link climate and health data across ministries and sectors?	1
How can digital health information systems be scaled to monitor and track health vulnerability related to climate change (e.g. spread of vector-borne diseases, waterborne diseases, mental health, respiratory disease) and enhance surveillance?	2
How do data gaps impact national capacity to plan climate-health interventions?	3
What types of data on climate-related health vulnerability are currently collected by national health systems, and how are they integrated into planning?	4
How artificial intelligence technologies can be leveraged to identify health risks related to environmental disasters and improve the healthcare sector's response?	5
Theme 2	Rank
What are the priority services needed to ensure PHC is responsive to climate change threats specifically for vulnerable groups (elderly, refugees, pregnant women, underserved areas)?	1
How to institutionalize multi-sectoral action into climate change preparedness and responses plans?	2
What are the most effective models for integrating early warning systems into PHC service delivery?	3
What institutional and infrastructural gaps limit the PHC system’s ability to respond to climate-related	

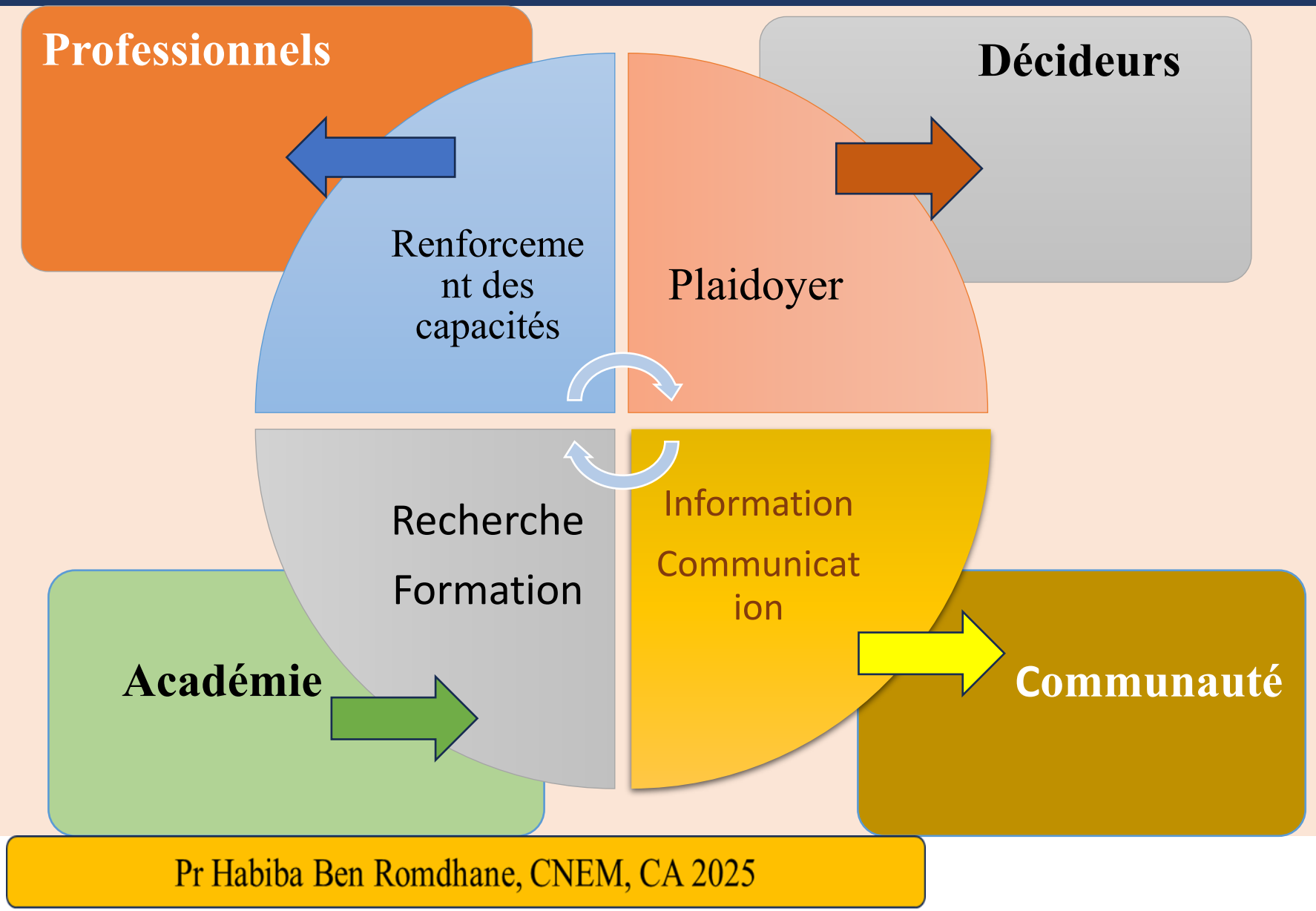
Défis de la priorisation en santé publique

Politiques	Techniques	Communautaires
Interférence du politique: **priorisation selon l'influence politique plutôt que les besoins réels .**	Disponibilité et qualité des données pour évaluer la charge de morbidité et l'efficacité des interventions .	Désintérêt de la population de politique et méfiance envers les institutions .
L'instabilité institutionnelle, les changements fréquents de responsables et les pressions exercées par différents groupes d'intérêt .	Complexité intersectorielle : MNT, les déterminants de la santé/ One Health, Exposome dépassent le secteur de la santé.	Histoire marquée par la faible participation communautaire .
Difficultés de passer d'une prise de décisions trop centralisée à une approche participative .	Négligence des étapes de la priorisation .	Manque d'information et de sensibilisation de la population .

Défis de la priorisation en santé publique

Politiques	Techniques	Communautaires
Favoriser les maladies médiatisées au détriment des plus graves .	Complexité des méthodes d'évaluation. Concilier efficacité (maximiser les bénéfices) et équité (réduire les inégalités).	Manque de structure formelle, les populations défavorisées risquent d'être exclues ou au contraire « sur investiguées ».
La coordination intersectorielle reste souvent limitée, ce qui fragilise la mise en œuvre des priorités établies.	Ressources limitées : budgets, moyens et infrastructures limités.	Conflit de valeurs (trop de demandes qui ne correspondent pas à des besoins réels- curatif Vs préventif..).
Dominance de la problématique financière (Ministère des finances).	Contraintes temporelles et administratives.	Faible culture de co-construction.

Axes stratégiques pour améliorer le processus de priorisation en santé



Conclusion

- La PeS n'est pas seulement un exercice technique ; c'est un outil stratégique pour orienter les politiques publiques vers plus d'efficacité, de justice sociale et de résilience.
- La réussite de la PeS dépend autant de la rigueur technique et scientifique du processus que de la volonté et de la stabilité politiques .
- Elle est un levier stratégique dans un contexte marqué par une transition épidémiologique , une évolution sociale et des contraintes économiques.
- La participation des communautés et des professionnels de la santé donne de la légitimité aux décisions et facilite la mise en œuvre des programmes. Beaucoup d'expériences à travers le monde ont servi d'exemples tant au niveau du processus qu'au niveau des résultats .
- En adoptant une démarche combinant les approches épidémiologique, économique, éthique et communautaire, la priorisation permet d'évaluer la charge réelle des maladies, de choisir les interventions ayant le meilleur rapport coût–efficacité , d'assurer leur acceptabilité sociale ainsi que leur impact sur la réduction des disparités régionales et des inégalités sociales .

Cette démarche demeure un enjeu de taille pour la Tunisie.

Références

- *1. Chalkidou K, Glassman A, Marten R, Vega J, Teerawattananon Y, Tritasavit N, Gyansa-Lutterodt M, Seiter A, Kieny MP, Hofman K, Culyer AJ. Priority-setting for achieving universal health coverage. Bull World Health Organ. 2016 Jun 1;94(6):462-7. doi: 10.2471/BLT.15.155721. Epub 2016 Feb 12. PMID: 27274598; PMCID: PMC4890204.*
- *2. Alwan, Ala, Mizan Kiros Mirutse, Pakwanja Desiree Twea, and Ole F. Norheim, eds. 2025. Country-Led Priority Setting for Health. Disease Control Priorities, fourth edition, volume 1. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1 -4648-2105-9. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO*
- *3. WHO. Universal Health Coverage. Report by the Director-General. EB156/6. December 2024.*
- *4.Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2025. Couverture sanitaire universelle (CSU) . https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage*
- *5..WHO (2021). WHO-CHOICE: Cost effectiveness and strategic prioritization for universal health coverage. Updated global guidance, 2021–2023. New cost-effectiveness updates from WHO-CHOICE*
- *6. Ottersen T, Førde R, Kakad M, Kjellevold A, Melberg HO, Moen A, Ringard Å, Norheim OF. A new proposal for priority setting in Norway: Open and fair. Health Policy. 2016 Mar;120(3):246-51. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.01.012. Epub 2016 Jan 18. PMID: 26851991.*
- *7.Thailande Universal UHC& Overview of Universal Health Coverage Scheme of the National Health Security Office . https://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/01%20UCS%20OVERVIEW%20of%20UHC%20and%20UCS.pdf*
- *8.NICE (2024); NICE-wide topic prioritisation: the manual — Strategic principles for public health, social care and rare disease topics. Published 29 mai 2024 (actualisé 31 mars 2025). https://www.nice.org.uk/process/pmg46*
- *9. Le livre blanc du dialogue societal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé . Ministère de la Santé. Tunisie.*
- *10.Sumpter C, Bain M, McCartney G, Blair A, Stockton D, Frank JW. Public health priority setting on a national scale: The Scottish experience. Public Health Pract (Oxf). 2022 Oct 22;5:100327. doi: 10.1016/j.puhip.2022.100327. PMID: 37346377; PMCID: PMC10280051.*
- *11.Baker R, Mason H, McHugh N, Donaldson C. Public values and plurality in health priority setting: What to do when people disagree and why we should care about reasons as well as choices. Soc Sci Med. 2021 May;277:113892. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113892. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33882440; PMCID: PMC8135121.*





Je vous remercie pour votre attention