



## 40 ans des Soins de Santé de Base en Tunisie d'Alma Ata à Astana.

### Il est temps de revitaliser la première ligne des soins

### 40 years of Basic Health Care in Tunisia Alma Ata in Astana.

### It's time to revitalize the first line of care

40 عامًا من الرعاية الصحية الأساسية في تونس من أما آتا إلى أستانا.  
حان الوقت لتنشيط خط الرعاية الصحية الأولية

Ahmed Ben Abdelaziz

*Professeur de Médecine Préventive et Communautaire.*

*Faculté de Médecine de Sousse. Université de Sousse*

*Directeur du Laboratoire de Recherche LR19SP01 «Mesure et Appui à la Performance des Etablissements de Santé »*

#### RÉSUMÉ

Afin de réajuster la politique nationale des Soins de Santé de Base (SSB) à la déclaration des Soins de Santé Primaires (SSP) d'Astana (2018), 40 ans, après celle d'Alma Ata (1978), ce papier récapitule les leçons apprises de l'expérience internationale et nationale des SSP/SSB et présente les lignes directrices de la feuille de route de la deuxième version des SSB en Tunisie.

L'OMS et l'Unicef ont identifié quatre leçons de la politique des SSP: 1. Un leadership politique, donnant la priorité aux soins de première ligne. 2. Un financement suffisant garantissant la disponibilité des services de base et leur accès par la population desservie. 3. Un personnel de santé spécifiquement formé aux soins primaires, avec des conditions d'emploi dignes. 4. Une stratégie d'appui à la qualité des soins, basée sur la motivation financière et morale.

En Tunisie, l'histoire des SSB a mémorisé des images de succès tels que l'organisation des séances de simulation pour la préparation de la «solution de réhydratation par voie orale», des «équipes mobiles» de visites à domicile, des «échéanciers en bois» pour le monitoring de la vaccination et des «cellules scolaires d'action sociale» pour le management multisectoriel du problème du retard scolaire.

Les groupes «Think Tank», ayant réfléchi sur les perspectives des SSB en Tunisie, ont abouti à une feuille de route composée de quatre axes fondamentaux. 1. Création d'une Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS), affiliée au Ministère de la Santé, et valorisant la prévention et la promotion de la santé. 2. Centrage sur les maladies non transmissibles, aussi bien chez les jeunes que chez les personnes âgées. 3. Instauration d'un bilan périodique de santé, stratifié en fonction du sexe et de l'âge, orientant les comportements de santé et les aptitudes de «self care». 4. Le développement des «maisons de santé», fournissant des soins continus, par des équipes plurifonctionnelles et multidisciplinaires.

Ainsi, la réforme de la politique des SSB de la Tunisie, en se référant à la déclaration d'Astana et sur l'expertise nationale cumulée, est indispensable pour revitaliser la première ligne des soins et assurer à la population tunisienne une «santé pour tous, ne laissant personne de côté».

**Mots clés:** Soins de Santé Primaires - Services de santé polyvalents – Gestion des soins aux patients – Administration des services de santé - Tunisie

#### SUMMARY

In order to readjust the national policy of Basic Health Care (SSB) to the declaration of Primary Health Care (SSP) of Astana (2018), 40 years after that of Alma Ata (1978), this paper summarizes the lessons learned from the international and national experience of PHC / SSB and presents the originator lines of the roadmap of the second version of SSB in Tunisia.

WHO and Unicef have identified four lessons from PHC policy: 1. Political leadership, prioritizing primary care. 2. Sufficient funding to ensure the availability of basic services and their access by the population served. 3. Health personnel specifically trained in primary care, with decent working conditions. 4. A support strategy for the quality of care, based on financial and moral motivation.

In Tunisia, the history of SSBs has memorized images of successes such as the organization of simulation sessions for the preparation of the "oral rehydration solution", "mobile teams" of home visits, "deadlines" for monitoring vaccination and "school social action units" for multisectoral management of the problem of school backwardness.

The «Think Tank» groups, having reflected on the perspectives of SSBs in Tunisia, came up with a roadmap made up of four fundamental axes. 1. Creation of a National Health Insurance Fund (CNAS), affiliated with the Ministry of Health, and promoting prevention and health promotion. 2. Focus on non-communicable diseases, both young and old. 3. Establishment of a periodic health assessment, stratified by sex and age, guiding health behaviors and «self-care» skills. 4. The development of "nursing homes", providing continuous care, by multi-functional and multidisciplinary teams.

Thus, the reform of the SSB policy of Tunisia, by referring to the Astana declaration and the cumulative national expertise, is essential to revitalize the first line of care and ensure the Tunisian population a «health for all», leaving no one behind".

**Key Words:** Primary Health Care – Comprehensive Health Care – Patient Care Management – Health Services Administration - Tunisia

#### Correspondance

Ahmed Ben Abdelaziz.

Adresse: Direction des Systèmes d'Information. CHU Sahloul de Sousse. 4054 (Tunisie)

Email : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

## الملخص

من أجل إعادة تعديل السياسة الوطنية للرعاية الصحية الأساسية (SSB) وفق إعلان الرعاية الصحية الأولية (SSP) في أستانا (2018)، بعد 40 عامًا من إعلان ألما آتا (1978)، تلخّص هذه الورقة الدروس المستفادة من التجربة الدولية والوطنية للرعاية الصحية الأولية SSP / SSB وتعرض الخطوط الرئيسية لخارطة الطريق للنسخة الثانية من SSB في تونس. حدّدت منظّمة الصحة العالمية واليونيسيف أربعة دروس من سياسة الرعاية الصحية الأولية: 1. القيادة السياسية، وإعطاء الأولوية للرعاية الأولية. 2. التمويل الكافي لضمان توافر الخدمات الأساسية وحصول السكان عليها. 3. العاملون الصحيون المدربون بشكل خاص على الرعاية الأولية، مع ظروف عمل لائقة. 4. إستراتيجية دعم لجودة الرعاية، تقوم على الحوافز المادية والمعنوية. في تونس، يحفظ تاريخ SSB صورًا للنجاحات مثل تنظيم جلسات محاكاة لإعداد "محلل معالجة الجفاف عن طريق الفم"، و "فرق متنقلة" للزيارات المنزلية، و "الصناديق الخشبية للمواعيد" لرصد التطعيم و"وحدات العمل الاجتماعي المدرسي" من أجل الإدارة المتعددة القطاعات لمشكلة التخلف الدراسي.

قامت مجموعات Think Tank ، بعد أن فكّرت في أفاق تطوير SSB في تونس، بوضع خارطة طريق تتكوّن من أربعة محاور أساسية. 1. إنشاء الصندوق الوطني للتأمين الصحي CNAS ، التابع لوزارة الصحة، وتمثين الوقاية وتعزيز الصحة. 2. التركيز على الأمراض غير المعدية ، لدى الشباب والكبار على حد سواء. 3. إنشاء تقصي صحي دوري، حسب الجنس والعمر، وتوجيه السلوكيات الصحية ومهارات "الرعاية الذاتية". 4. تطوير "دور الصحة"، وتوفير الرعاية المستمرة، من قبل فرق متعددة الوظائف ومتعددة التخصصات. وبالتالي ، فإنّ إصلاح سياسة SSB في تونس، من خلال الرجوع إلى إعلان أستانا والخبرة الوطنية التراكمية، ضروري لتنشيط الخطّ الأول من الرعاية وضمان حق الشعب التونسي في "الصحة للجميع، دون أيّ إقصاء"

**الكلمات المفتاحية:** الرعاية الصحية الأولية - خدمات صحية متعدّدة الأغراض - إدارة رعاية المرضى - إدارة الخدمات الصحية - تونس

## INTRODUCTION

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, ont lancé, à Alma-Ata (aujourd'hui, nommée Almaty), à Kazakhstan, l'initiative des Soins de Santé Primaires (SSP), dont le document stratégique «la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires» (1) ainsi que le slogan «Santé pour Tous», ont resté un texte de référence et un rêve pour l'humanité, en Santé Publique et en Santé Globale. Suite à un constat d'une mission «inachevée» de dispenser un accès aux soins essentiels pour la population entière, et après les accords sur les objectifs de santé dans le cadre du Millénaire (2) ou du Développement Durable (3), la cérémonie de la quarantième anniversaire des SSP a été organisée dans la nouvelle capitale du même pays (Astana) pour renouveler la fidélité à la vision et aux principes de « justice sociale », de « droit à la santé » et d'« équité » d'accès aux soins, et pour réadapter leur implémentation avec la transition épidémiologique, marquée par la montée des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale, l'émergence des nouveaux groupes à haut risque (jeunes, personnes âgées) et la généralisation de la technologie numérique (télé Santé et réseaux sociaux). Ainsi, le

nouveau document cadre «la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires» (4) a renouvelé l'engagement pour la vision d'Alma Ata et a dressé des nouvelles pistes de reforme de ses fondements dont la Couverture-Santé Universelle (5) et la révision de ses programmes d'action, selon les nouveaux besoins de santé et les nouvelles opportunités de riposte du 21<sup>ème</sup> siècle. Le nouveau slogan de la deuxième version des SSP de 2018 a été «Santé pour Tous, ne Laissant Personne de Coté», pour insister sur le socle des nouveaux programmes de dispensation des soins: un financement socialisé des dépenses de santé.

Contrairement à sa participation active aux travaux de la première Conférence Internationale des SSP (Alma Ata, 1978) par une délégation des professeurs de médecine préventive, socialement engagés (Professeur Taoufik Nacef et al), le lancement de la politique des Soins de Santé de Base (SSB) et la création de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), l'élaboration des programmes nationaux de santé, la Tunisie semble avoir peu réagi à la deuxième Conférence Internationale d'Astana (2018). Les difficultés de gestion d'un pays en post révolution instable (tensions et revendications sociales), rupture fonctionnelle

entre les facultés de médecine (et leurs départements de médecine préventive) et les structures de pilotage de la première ligne des soins, et la gouvernance de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), par une ministère autre que celui de la Santé (Affaires Sociales), la conjoncture générale de lutte contre la pandémie de la Covid-19, sont quelques facteurs qui pourraient expliquer la faible réactivité générale de tous les intervenants de la santé (gouvernement, professionnels de santé, société civile), à l'égard de la deuxième version des SSP, annoncée à Astana (2018).

Afin de stimuler le réajustement de la politique nationale des SSP à l'appel international de réforme des SSP, conformément à la vision et aux directives de la conférence d'Astana de 2018, et en tenant en considération de l'expertise cumulée par les professionnels de la première ligne des soins, ce papier récapitule les leçons apprises de l'expérience internationale et nationale des SSP et présente les lignes princières de la feuille de route de la deuxième version des SSP en Tunisie, pour les vingt prochaines années.

#### **QUATRE LEÇONS DE QUATRE DÉCENNIES DES SSP**

Dans un document stratégique intitulé «A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY» (6), l'OMS et l'Unicef ont résumé, en quatre leçons, l'expérience internationale de quatre décennies, de pratique de la politique des SSP, dans les pays du monde entier, aussi bien à faible, à moyen revenu qu'à revenu élevé.

##### **Leadership politique**

Le leadership politique, donnant la priorité aux soins de première ligne (Costa Rica, Cuba, ...), est une clef de succès des SSP. En effet, sans leadership déterminé, les systèmes de santé ne gravitent pas naturellement autour des SSP et auraient tendance à se concentrer autour des hôpitaux, fournissant plutôt des soins spécialisés, individuels, curatifs, coûteux, souvent avec un faible besoin ressenti de participation communautaire, de collaboration intersectorielle, et de travail d'équipe (les fondements des SSP). Dans un système de santé intégré, où les structures de première ligne sont la porte d'entrée et où les hôpitaux jouent leur rôle de référence spécialisée,

les SSP, pourraient bénéficier du soutien des hôpitaux, plutôt de leur concurrence. «*De nombreux exemples montrent comment les hôpitaux peuvent soutenir les SSP, en réorientant les patients vers les soins primaires pour un suivi ou pour éviter les admissions inutiles et en collaborant avec les travailleurs en soins primaires pour développer leurs capacités et réduire les renvois, à travers des initiatives de rotation du personnel*» notait le rapport (6).

##### **Financement et allocation des ressources**

Les SSP sont le plus souvent sous-financés, soit à cause de l'insuffisance des budgets réservés à la santé soit en raison de l'allocation des régimes favorisant les soins hospitaliers, curatifs et hyper spécialisés. En effet, à l'encontre des activités de prévention et de promotion des SSP, généralement sous-financées, les services des soins hospitaliers et spécialisés reçoivent la part la plus importante des dépenses publiques et privées de santé. En plus, les programmes verticaux, axés sur un petit nombre de problèmes de santé, ont présenté des défis pour la mise en œuvre des SSP, en entraînant des grands déficits de couverture, privant par conséquent, la population des avantages de services de santé communautaire intégrés. Selon le rapport de l'OMS (6), il est aujourd'hui indispensable d'«*augmenter l'allocation des fonds publics à la santé, en donnant la priorité aux ressources, aux SSP, garantissant ainsi la disponibilité des services de base et l'accès des communautés marginalisées et des personnes en situation de vulnérabilité*».

##### **Personnel de santé**

Les SSP nécessitent la participation d'une main-d'œuvre possédant un large éventail de compétences et d'expertise, en santé et dans d'autres secteurs collaborateurs. En effet, le personnel de la Santé Publique doit avoir les habilités nécessaires pour effectuer les différentes fonctions de son profil de poste, telles que d'une part la prévention, la protection et la promotion de la santé et la veille sanitaire, et d'autre part le suivi, la préparation, la riposte et la résilience face aux besoins ressentis de santé. Les équipes de soins primaires sont idéalement multidisciplinaires, comprenant des médecins de famille, des infirmier(e)s, des kinésithérapeutes, des nutritionnistes, des pharmaciens, des dentistes, des sages femmes et du personnel de soutien.

Cependant, relativement peu de pays leur offrent actuellement une formation avancée spécifique aux prestations de soins primaires. Trop souvent, le personnel de soins primaires a un niveau de reconnaissance inférieur à celui de leurs collègues hospitaliers et spécialistes, ce qui peut compromettre la qualité des SSP. Par conséquent, et selon le rapport de l'OMS (6), «des appels ont été lancés en faveur de l'amélioration des conditions d'emploi des agents de santé dans les soins primaires».

### Qualité des soins

L'amélioration de la qualité des prestations des SSP nécessite une stratégie mixte, basée sur l'offre et la demande: d'une part, l'accréditation et la motivation à la fois financière (rémunération au rendement) et non financière (reconnaissance) et d'autre part, les études de satisfaction. Selon le rapport de l'OMS (6), «les SSP comprennent la prestation de soins sécurisés, efficaces et centrés sur la personne». Cette politique n'est pas la mauvaise «prise en charge des pauvres, comme cela est malheureusement perçu dans certains endroits en raison d'un historique de ressources insuffisantes et d'une mise en œuvre limitée».

### QUATRE BEAUX SOUVENIRS DES SSB EN TUNISIE

Le personnel de santé ayant exercé dans les structures de première ligne de soins en Tunisie, particulièrement au cours de deux dernières décennies du siècle dernier, se rappelle certainement des multiples images du «succes story» des SSB. Citons à titre d'exemple et pour des considérations didactiques, quatre beaux souvenirs du beaux temps des SSB.

### Préparation de la Solution de Réhydratation par voie Orale (SRO)

Au moment où la diarrhée a été l'un des motifs de consultation les plus fréquents chez des enfants dans les centres de santé de base en Tunisie, et une des causes majeures de la mortalité infantile, par déshydratation aigue...au moment où les services universitaires de pédiatrie, réservaient leurs salles les plus spacieuses et leurs équipes les plus performantes, à la prise en charge de la déshydratation post diarrhéique, surtout pendant la

période estivale, les centres de santé de base animaient des séances quotidiennes d'éducation pour la santé, pour les mères amenant leurs enfants consulter pour diarrhée, selon la pédagogie par compétence. En effet, l'équipe du Centre de Santé de Base (CSB), faisait une démonstration aux mères, avec un matériel similaire à ce qui existait à leurs domiciles (cuisinière, casserole, petite cuillère), pour leur montrer comment bouillir l'eau, doser un litre, ajouter du sucre et du sel et donner à boire aux enfants, la solution SRO, l'équivalent de trois verres du thé de type «trablesi» (modèle libyen disponible au marché, utilisé par les familles tunisiennes). Dans une seconde phase, l'Unicef a fourni les sachets pré préparés de la solution SRO (oralyte) et les séances ont continué selon la même pédagogie: une démonstration par l'agent de santé animateur et des tests par les femmes participantes, sous le contrôle de l'animateur (briefing/débriefing)

La lutte contre la diarrhée et ses complications de déshydratation et de mortalité, a été une grande réussite, pour les SSB en Tunisie, surtout avec l'extension du raccordement à l'eau potable, la démocratisation de l'accès à l'eau embouteillé, et l'amélioration des conditions d'hébergement...mais la performance en communication, en éducation et en information, des professionnels de la santé, a été malheureusement effondrée, suite à l'arrêt des séances d'éducation pour la santé axées sur la simulation. Malgré l'explosion de nouveaux problèmes de santé, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, tels que l'obésité, le diabète sucré, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et l'asthme, les centres de santé de base n'ont pas renouvelé les séances de démonstration selon ce modèle de simulation et n'ont pas utilisé les réseaux sociaux pour les généraliser et renforcer leurs messages.

### Equipe mobile

La planification des naissances, étant une composante des SSP/SSB, a été une préoccupation des équipes des CSB, mettant à leur disposition une navette mobile, chargée d'assurer de visites régulières des femmes en âge de procréation, chez elles, dans leurs ménages. En effet, un binôme d'une sage femme et d'une infirmière se déplaçaient aux familles de la zone desservie par le centre de santé, pour s'enquêter sur l'état de leur santé, focalisant particulièrement sur la santé maternelle et infantile,

encourageant plusieurs pratiques de santé, telles que l'allaitement maternel, la surveillance des grossesses et le recours aux techniques d'espacement des naissances. Ces moments des contacts directs et intimes entre la délégation des services de santé de la première ligne des soins et les familles ont été, en plus, des occasions privilégiées pour répondre aux questionnements de la communauté, écouter leurs perceptions et leurs attentes, encourager leur usage approprié des services dispensés et stimuler leur participation dans les comités de planification, d'implémentation et d'évaluation de prestations sanitaires des quartiers.

Quelques années plus tard, les indicateurs de base en santé maternelle ont été améliorés, à tel point que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) a chuté au dessous du seuil de régénération. Les voitures mises à la disposition du planning familial, par la coopération internationale, ont été amorties. Les mères ont quitté leurs ménages pour contribuer au cycle de productivité familiale et à la vie économique du pays. C'est ainsi, que l'initiative des équipes mobiles a été arrêtée.

Un arrêt qui se faisait dans une conjoncture socio-sanitaire, où le pays avait plus de besoin des équipes mobiles pour prendre en charge des nouveaux problèmes de santé et des nouvelles catégories des populations. En effet, le vieillissement démographique et l'explosion des problèmes de santé chroniques (maladies cardiovasculaires, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, ...) ainsi que l'architecture urbaine verticale des logements (sans ascenseurs), ont exclu une proportion non négligeable des personnes âgées à l'utilisation des services de santé, selon le modèle intra Muros. La perte d'autonomie, l'hébergement urbain, l'absence des structures d'accueil spécifiques aux seniors, ont condamné les personnes âgées à rester chez elles, malgré elles et à ne pas bénéficier des soins adaptés. Un diabète sucré non détecté, une hypertension artérielle non contrôlée, une plaie non nettoyée, pouvaient, sans soins à domicile, offerts par des équipes mobiles, entraîner des complications graves telles que le coma diabétique, l'accident vasculaire cérébral et l'amputation de la jambe.

### **L'échéancier en bois**

Toutes les générations des professionnels de santé

ayant exercé ou exerçant encore dans les CSB en Tunisie, se rappellent toujours du fameux échéancier de vaccination. A l'aide d'une petite boîte en bois ou parfois en carton, devisée en douze cases et à l'aide des petites cartes renfermant les coordonnées des enfants cibles du programme, un système d'identification des défaillants et de récupération des perdus de vue, a été fonctionnel pour contacter les enfants ne se présentant pas à leurs rendez vous de vaccination. A chaque contact pour la prise d'une dose de vaccin, la petite carte personnalisée était déplacée dans la case suivante du mois du prochain rendez vous. A la fin du mois en cours, toutes les cartes devaient avancer dans les cases suivantes, selon l'espacement des doses de vaccins recommandées. Ainsi, toute carte restante signifie un enfant défaillant et par conséquent une dose ratée. Ainsi, l'équipe du CSB, se mobilisait en urgence, au début de chaque mois pour donner l'alerte aux assistantes sociales et aux représentants des quartiers (les «omdats»), pour contacter les familles et inviter les enfants perdus de vue à rejoindre leurs CSB pour compléter leur calendrier vaccinal. C'est ainsi que le programme de vaccination a été une des triomphes des SSB en Tunisie, et c'est ainsi que les CSB et leurs équipes ont joui de crédibilité auprès des familles et gagné de confiance auprès de la population.

Aujourd'hui, en plus de la vaccination, plusieurs autres programmes de management des maladies chroniques (hypertension artérielle et diabète sucré), de dépistage des cancers gynécologiques (sein et col de l'utérus), et de gestion rationnelle des médicaments, sont confrontés tous à un déficit opérationnel: la mauvaise observance des rendez vous, et des prises médicamenteuses. Ces programmes pourraient bénéficier de la continuité du système d'identification et de récupération des perdus de vue, axé sur l'échéancier en bois. Certes, cet échéancier en bois ou en carton aurait pu bénéficier de la révolution numérique et de la démocratisation des outils informatiques et des réseaux sociaux. Avec une simple tablette, un tableau basique de type Excel et un compte Face book, les SSB auraient pu se «relooker» selon les opportunités de la modernité et améliorer leur performance avec quelques gadgets de quelques dinars, que la société civile pourrait les fournir et avec des applications que les clubs d'informatique des lycées des quartiers pouvaient les développer.

### **Cellule Scolaire d'Action Sociale / Cellule Sociale d'Action Scolaire**

La santé scolaire est opérationnellement une composante des SSB et est attribuée aux fonctions du CSB dont la mission est la prise en charge de la population entière d'un quartier. D'ailleurs, les visites scolaires étaient assurées par les équipes des médecins et des infirmiers des centres de santé des quartiers. Certes, une politique séparatiste de la santé scolaire a réussi dans les années 90 du siècle dernier, et avec l'appui des ressources financières de la coopération internationale et en utilisant un discours verticaliste, habituellement convaincant (comme tous les plaidoyers séparatistes !), à former des équipes des infirmiers scolaires plein temps indépendants (rattachés aux centres de santé seulement pendant les périodes des vacances scolaires). La charge administrative de remplissage des registres des différents types des rapports des activités scolaires, à une rythmicité mensuelle, et les séminaires périodiques de suivi des indicateurs de santé scolaire et de formation sur les nouveaux manuels d'exercice, ont contribué au détachement de la santé scolaire des SSB, et au centrage de l'action scolaire sur l'élève «unité d'action», beaucoup plus sur l'élève membre d'une famille, et plutôt leader potentiel de la famille, dans les programmes de promotion de santé communautaire.

Dans plusieurs CSB, implantés à proximité des écoles primaires, des collèges ou des lycées secondaires, des cellules scolaires d'action sociale (cellules sociales d'action scolaire) ont été créées, composées du médecin scolaire (médecin du centre de santé), du directeur de l'école et de l'assistante sociale du quartier. Tous les cas du déclin ou du retard scolaire ont été revus par l'équipe, échangeant tous les facteurs prédictifs potentiels de la faible performance scolaire. Un plan d'action, ciblant le facteur de risque dominant, a été régulièrement suivi dans les réunions périodiques hebdomadaires. Au delà de l'impact de cette Cellule, le travail en réseau entre les trois structures de développement humain du quartier (centre de santé, établissement scolaire, unité sociale) a été bénéfique pour la prise en charge de plusieurs problèmes de santé familiaux et complexes, de connotation sociale et de retombés scolaires.

Aujourd'hui, avec l'explosion de la consommation des stupéfiants en milieu scolaire, et des tentatives de

suicide des enfants, pour des problèmes sociaux et de l'abandon scolaire et de délinquance juvénile, aussi bien en milieu urbain que rural, ces cellules scolaires d'action sociale manquaient beaucoup à la santé globale de notre population. La dislocation de ces réseaux avait beaucoup affaibli l'intégration des CSB, dans leur environnement social et éducatif.

### **QUATRE PERSPECTIVES POUR LES SSB EN TUNISIE**

Le numéro spécial de la revue «La Tunisie Médicale» sur le bilan de 40 ans des SSP en Tunisie, a été une opportunité de création des groupes «Think Tank», sur l'évaluation de la performance des programmes des SSB, pour l'étude de la conformité des pratiques de médecine de première ligne avec les lignes directrices de la politique des SSP et sur l'élaboration d'une feuille de route facilitant le passage de SSB de l'ère d'Alma Ata (1978) au nouveau paradigme d'Astana (2018). La revitalisation de la politique des SSB, en concordance avec la déclaration d'Astana, en adaptation avec les spécificités du contexte épidémiologique et sanitaire de notre pays et en continuité avec l'expertise cumulée par les générations fondatrices de la politique des SSB en Tunisie, nécessite quatre actions principales.

#### **Création de la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS)**

Un des facteurs d'échec de la politique des SSP, à réaliser sa mission des soins pour tous à l'an 2000, a été les difficultés financières d'accès aux soins dans un système de financement basé sur le paiement à l'acte, ce qui a exclu une proportion non considérable de la population du système national de santé d'une part et a poussé les gens vers la «pauvreté médicale», suite aux dépenses catastrophiques imprévisibles. Il n'est pas suffisant de définir les soins de base et de l'instaurer, si nous laissons les barrières économiques pour y accéder. C'est ainsi que toutes les délégations participantes à la conférence d'Astana ont été unanimes sur la nécessité de lier le processus d'implémentation des activités des SSP à la question du financement de système de santé et le socialiser afin de «ne pas laisser personne de coté».

Si les tunisiens étaient fiers de la mise en place, au cours de dix dernières années d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ils sont aujourd'hui frustrés en constatant, chiffres à l'appui (7), que l'argent public des contribuables, a contribué à l'hypertrophie du secteur libéral des soins, particulièrement dans les disciplines budgétivores (dont l'exploration radiologique et la cardiologie interventionnelle), aux déserts médicaux (migration des médecins du secteur public au secteur privé), à l'extension de la corruption des soins et par conséquent à la fragilisation du système national de santé, dont particulièrement des SSB. En effet, la CNAM a été orientée vers le remboursement des soins curatifs spécialisés effectués dans le secteur libéral, négligeant les activités préventives dans la première ligne de soins (7). Toute réflexion au renforcement du système national de santé et sa porte d'entrée et sa colonne vertébrale, les SSB, en dehors de la réforme du système de financement des soins, est aujourd'hui un mythe.

La première action d'appui aux SSB en Tunisie, est la décision urgente, courageuse et transparente de réforme de la gouvernance et des orientations stratégiques de la CNAM, pour devenir une CNAS: affiliée au Ministère de la Santé, ne remboursant que les soins dispensés dans le secteur public (le remboursement des soins dispensés en privé est du ressort de Mutuelles), valorisant la prévention (check up annuel, éducation thérapeutique du patient, dépistage des cancers, sevrage tabagique,...) ainsi que la promotion de la santé (appui à la pratique des activités physiques et à l'alimentation «*healthy*»).

### **Centrage sur les maladies non transmissibles**

Au cours de quarante dernières années, les SSB en Tunisie, comme tous les programmes des SSP, des pays à revenu faible ou modéré, ont été centrés sur les maladies transmissibles et les problèmes de santé du couple Mère-Enfant. Avec la transition épidémiologique (8-10) qui a été assez avancée au cours de deux premières décades du nouveau siècle, un intérêt a été accordé à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires (contrôle de deux facteurs de risque: diabète sucré et hypertension, le fameux complexe «DAMM et SOKKOR» (11,12), sans contribution significative à la prévention primordiale à travers la promotion du style de vie sain (activités physiques, consommation des fruits et des légumes, arrêt

du tabac). En ce qui concerne le dépistage des cancers, il est limité au frottis cervico-vaginal et à la palpation des seins, intégrés dans les consultations de surveillance prénatale assurées par les sages femmes des centres de santé (destinées à une population peu vulnérable, par conséquent de faible rentabilité). La mammographie et le test de recherche du sang dans les selles (hemocult) sont encore en Tunisie, en phase de test de faisabilité dans des zones pilotes !

Ainsi, au cours de vingt prochaines années, en concordance avec les tendances de la charge globale de morbidité et avec les besoins ressentis par la population, les SSB, devraient se focaliser beaucoup plus sur le management des problèmes de santé non transmissibles (appelés aussi maladies chroniques), aussi bien des jeunes et des personnes âgées, tels que les maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (broncho-pneumopathies chroniques obstructives, asthme) et le diabète sucré. Le panier des activités des centres de santé devrait être révisé en ajoutant, aux activités classiques destinées aux mères (surveillance prénatale) et aux enfants (vaccination), des nouvelles activités destinées aux personnes âgées et aux jeunes (assurant une veille active de l'autonomie et de la santé mentale), en plus des services de lutte contre les maladies chroniques (éducation thérapeutique du patient, éducation nutritionnelle et physique, sevrage tabagique, soins palliatifs, ..). Le menu des soins offerts par des centres de santé pilotés par des médecins de famille, devrait être significativement plus pertinent, plus diversifié et de niveau technique plus élevé que celui du centre de santé, géré par un cadre infirmier ou un agent de santé communautaire !

### **Bilan périodique de santé: Dépistage de masse**

En conséquence d'une approche intégrée, en plus de la prise charge des maladies courantes, les structures de soins primaires (CSB, ..) ont joué un rôle considérable dans le dépistage de plusieurs problèmes de santé des enfants; des femmes et des personnes adultes dont le retard de croissance staturo-pondérale, l'anémie ferriprive, l'hypertension artérielle. Devant la complexité de la charge globale de morbidité et de la charge de travail des professionnels de santé, le recours à un dépistage de

masse organisé selon le modèle d'un examen périodique de santé, offrant à la population desservie, en fonction du sexe et de l'âge, et selon une périodicité fixée, une série des tests de dépistage combinant les outils cliniques (anamnèse et examen physique), biologiques et radiologiques. Selon les résultats de ce bilan de dépistage périodique, les candidats seraient, en plus de la référence aux consultations spécifiques, initiés aux comportements de santé (alimentation saine, exercice physique) et aux aptitudes de «*self care*» (auto prise de la tension artérielle, dosage de la glycémie par glucomètre). Le jour, où les SSB assureraient cette prestation d'examen périodique de santé, dans les locaux de ses hôpitaux de circonscription peu valorisés, et en redéployant ses ressources humaines peu utilisées, commencera la deuxième phase des SSB en Tunisie, sur le chemin d'Astana. Après avoir orienté leurs regard vers les pays à faible revenu, tels que ceux de l'Afrique Sub Saharienne, les managers nationaux des SSB en Tunisie, ont maintenant l'obligation historique d'explorer les expériences de l'organisation des services de santé et de prestation des activités préventives, «sous d'autres cieus dont on ne voyait que les vitrines», comme disait le professeur Omar Brixî (13), un des grands experts des systèmes de santé au Grand Maghreb. Selon Si Omar (13), «des pays comme la Suède, la Finlande, le Danemark, voir le Portugal, entre autres, pratiquent d'autres modèles où la 1<sup>ère</sup> ligne de soins de santé essentiels est l'épine dorsale et la porte d'entrée (et non le tremplin) de leurs systèmes de santé ». Tant que la taille du module du sein détecté est encore supérieure à quatre centimètres (14), tant que nous continuons à accueillir, dans nos urgences, des cas d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques avec des pics hypertensifs, survenus chez des patients n'ayant jamais mesuré leur tension artérielle, tant que nous observons encore des comas acéto-cetosiques de découverte fortuite, nous ne pouvons que conclure à l'échec de la politique des SSB et ne nous pouvons que plaider avec ténacité pour l'instauration d'un examen de dépistage périodique dans le cadre d'une nouvelle génération des programmes des SSB.

### **Maisons de Santé:**

Selon la dernière carte sanitaire du Ministère de la Santé (15), la Tunisie a compté en 2018, 2161 centres de santé (tous types confondus): un effectif relativement stable au

cours de deux dernières décennies. Parmi ces centres de santé, seulement 19% (n=413) ont été fonctionnels 6 jours/6, 45% (n=961) étaient ouverts uniquement un seul jour par semaine et 3% (n=57) étaient fermés. En 2017, le réseau «Mourakiboun» (organisation non gouvernementale de la société civile) a mené une étude sur la situation des CSB en Tunisie (16), ayant révélé plusieurs dysfonctionnements de ces établissements de proximité, affectant le bon déroulement de leurs activités. Cette étude a concerné 2060 CSB, répartis sur 264 délégations dans les 24 gouvernorats du pays. Parmi ses résultats, 53% des CSB ont été dépourvus de téléphones fixes, et 71% d'entre eux manquaient d'agents spécialistes en pharmacie. S'agissant de l'hygiène, l'étude a démontré que seulement 45% des centres de santé disposaient de WC qui se trouvaient dans une situation déplorable, et les normes sanitaires n'ont pas été respectées que dans 15% des cas.

En Tunisie, en plus de ses problèmes quantitatifs et qualitatifs, les CSB sont devenus un simulacre des structures de première ligne, ne pouvant pas assurer leur mandat des soins globaux, continus, intégrés, avec un rythme de fonctionnement d'une journée par semaine et des conditions d'exercice démotivantes, aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé. En plus, ces structures de première ligne souffraient d'une crise identitaire, leur mission a oscillé pendant ces quarante dernières années, entre le statut de l'ancien «dispensaire » assurant la délivrance du traitement prescrit par les hôpitaux de référence, et les «centres de santé», dont le mandat est la protection de l'état de santé d'une population desservie, géographiquement délimitée.

En conformité avec la nouvelle déclaration des SSP d'Astana (2018), il est temps de lancer des workshops de réflexion pour l'assurance de l'évolution de nos CSB vers des «maisons de santé», fournissant des soins continus (matin et après midi), par une équipe plurifonctionnelle et multidisciplinaire (médecins, dentiste, pharmacien, sage femme, infirmières, nutritionniste, kinésithérapeute, assistante sociale, agent de soutien, ..), prenant en charge, en plus de la morbidité aigue, les maladies chroniques et les urgences thérapeutiques, en parfaite coordination avec les services spécialisés de référence et les services des urgences du district. Les maisons de santé accordent



beaucoup d'importance au système d'information intrinsèque et extrinsèque par l'informatisation du dossier des soins (17) et la communication avec la population desservie via les moyens numériques modernes d'accès libre: site web et réseaux sociaux.

### CONCLUSION

La politique des SSP n'est pas, comme pensaient plusieurs, uniquement, une série des programmes de santé, destinés à l'amélioration de l'état de santé des communautés, mais avant tout, une vision de justice sociale imposant le droit d'accès à un paquet minimum des services de santé, des mécanismes de démocratie sanitaire et de management de qualité, sur un socle de financement socialisé des dépenses de soins de santé. La pratique des SSB, la version tunisienne des SSP, a été focalisée sur le paquet technique minimum de huit programmes de santé, recommandés lors de la déclaration internationale d'Alma Ata en 1978, sans aucune mise à jour pendant les quarante dernières années, avec marginalisation de trois autres composantes des soins primaires: les valeurs de justice sociale, les stratégies synergiques de participation communautaire et le financement équitable et suffisant des dépenses des soins, valorisant la prévention et la promotion de la santé. Aujourd'hui, la politique des SSB en Tunisie, n'est qu'une «antiquité» mal conservée d'une organisation des services de santé, ayant été un jour, une véritable «*success story*» de la Santé Publique maghrébine, menacée actuellement par le séisme de la privatisation, le volcan de l'hospitalo-centrisme et la tornade du conservatisme.

La deuxième génération des SSB en Tunisie, après 20 ans du retard, devait se lancer, dans l'immédiat et selon les directives de la conférence d'Astana (2018), avec une approche globale, revitalisant la culture de justice sociale, les mécanismes de la démocratie sanitaire et un financement de la santé, selon le principe de pré paiement solidaire par tête d'habitant, en plus d'une nouvelle carte des programmes de santé. Une telle carte technique, devrait répondre à la charge globale actuelle de morbidité, dominée par les maladies chroniques, par des stratégies de restauration, de protection et de promotion de la santé, opérationnalisées dans les nouvelles «maisons de santé»,

remplaçant les centres de santé, devenus incapables, comme les anciens dispensaires, à réaliser la mission des SSB, garantissant à la population une «santé pour tous, ne laissant personne de coté» (18, 19).

### RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/) [consulté le 18 décembre 2020].
2. Nations Unies. <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/> [consulté le 18 décembre 2020].
3. Nations Unies. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>. [consulté le 18 décembre 2020].
4. World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization (2019). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>.
5. Organisation Mondiale de la Santé. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). [consulté le 18 décembre 2020]
6. Organisation Mondiale de la Santé et Unicef. A vision for Primary Health Care in the 1st century. Technical series on Primary Health Care. Genève: OMS ; 2018.
7. Ben Abdelaziz A, Haj Amor S, Ayadi I, Khelil M, Zoghalmi C, Ben Abdelfattah S. Financing health care in Tunisia. Current state of health care expenditure and socialization prospects, on the road to Universal Health Coverage. *Tunis Med* 2018; 96(10-11):789-807..
8. Ben Abdelaziz A, Melki S, Nouira S, Ben Abdelaziz A, Khelil M, Azzaza M, et al. Cancers in the Central Maghreb: epidemiology from 1990 to 2017 and trends in 2040. *Tunis Med* 2019; 97(6):739-770.
9. Melki S, Serhier Z, Boussouf N, Dahdi S, Khalil M, Ben Abdelaziz A. Mortality in the Great Maghreb (1990-2015): causes of death and trends. *Tunis Med* 2019; 97(1):1-13.
10. Ben Abdelaziz A, Melki S, Ben Abdelaziz A, Ben Salem K, Soulimane A, Serhier Z, et al. Profile and evolution of the Global Burden of Morbidity in the Maghreb (Tunisia, Morocco, Algeria). The Triple burden of morbidity. *Tunis Med* 2018;96(10-11):760-773.
11. Alberti H, Boudriga N, Nabli M. «Damm sokkor»: factors associated with the quality of care of patients with diabetes: a study in primary care in Tunisia. *Diabetes Care* 2007; 30(8):2013-8.
12. Alberti H. 'Sokkor': research into the contextual facilitators barriers involved in the management of patients with type 2 diabetes mellitus must now intensify extend into all cultures worldwide. *Fam Pract* 2003; 20(1):94.

13. Ben Abdelaziz A, El Abassi A, Sabri B, Ben Salem K, BelHaj Yahia M, Bixi O. Evaluation de la politique des Soins de Santé Primaires au Maghreb. Retour d'expériences des Experts-Leaders en Tunisie. *Tunis Med* 2021; 99 (1) :
14. Hsairi M, Mallekh R, Khiari H, Hannachi H, Mehdi F. Place du Bilan Médical Périodique dans les Soins de Santé de Base en Tunisie. *Tunis Med* 2021; 99 (1) :
15. République Tunisienne ; Ministère de la Santé ; Direction des Etudes et de Planification (DEP). Sous Direction des Statistiques. Santé Tunisie en chiffre 2018. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/depamel/CCS2018.pdf> [consulté le 20 décembre 2020].
16. Web Manager. Tunisie: Les centres de santé de base sont dans de mauvais état (Réseau Mourakiboun). <https://www.webmanagercenter.com/2018/01/31/415479/tunisie-les-centres-de-sante-de-base-sont-dans-de-mauvais-etat-reseau-mourakiboun/>. [Consulté le 20 décembre 2020]
17. Ben Abdelaziz A, Roland M, Daly O. Audit organisationnel du système d'information au niveau des circonscriptions sanitaires. Ministère de la Santé (Tunisie); PAZD: 2017. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/docs/anis/actualite/Audit-organisationnel-systeme---information--au-niveau-des-circonscriptions-sanitaires.pdf> [consulté le 20 décembre 2017].
18. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève: OMS; 2008.
19. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève: OMS; 2010