



**Evaluation de la politique des Soins de Santé Primaires au Maghreb.
Retour d'expériences des Experts-Leaders* en Tunisie**
Evaluation of the Primary Health Care policy in the Maghreb.
Feedback from Expert-Leaders* in Tunisia

تقييم سياسة الرعاية الصحية الأولية في المغرب الكبير. عودة تجارب الخبراء القادة في تونس

Ahmed Ben Abdelaziz^{1,2,3}

1. Professeur de Médecine Préventive et Communautaire. Faculté de Médecine. De Sousse. Université de Sousse (Tunisie)
2. Directeur des Systèmes d'Information. CHU Sahloul de Sousse. Tunisie
3. Directeur du Laboratoire de Recherche LR19SP01 «Mesure et Appui à la Performance des Etablissements de Santé ».

*Ce travail est le fruit de la contribution très précieuse, très pertinente et très appréciée d'une équipe d'Experts/Leaders de la politique des Soins de Santé de Base en Tunisie, composée des auteurs suivants (par ordre alphabétique): Dr Abdelwahed El Abassi; Dr Belgacem Sabri; Pr Kamel Ben Salem, Dr Moncef BelHaj Yahia et Pr Omar Bixi.

RÉSUMÉ

Introduction: La politique des Soins de Santé de Base (SSB), la version maghrébine des Soins de Santé Primaires de l'OMS, fête quarante ans en Tunisie. L'objectif de ce papier a été de contribuer à l'évaluation des SSB, en Tunisie, à travers l'écoute des témoignages des Experts/Leaders, ayant vécu son parcours durant ces quatre dernières décennies.

Méthodes: Les Experts/Leaders inclus à ce témoignage ont été invités par courriel, et selon la technique Delphi, à rapporter les leçons des acquis et des erreurs. Les données qualitatives colligées ont été analysées en les catégorisant en des atouts (forces et opportunités) et en des handicaps (faiblesses et menaces).

Résultats: Quatre Experts/Leaders ont participé à cet appel aux témoignages dont deux consultants auprès des organismes internationaux, un médecin syndicaliste et un professeur de Médecine Préventive. Les principaux atouts des SSB en Tunisie, selon les participants, ont été: 1. Le leadership médical initié et renforcé dès la phase estudiantine; 2. L'engagement politique des autorités publiques; 3. L'appui universitaire des facultés de médecine et de leurs départements de médecine préventive; 4. L'institutionnalisation du cadre organisationnel de la circonscription sanitaire; 5. La formation académique des professionnels en médecine intégrée. Quant aux handicaps des SSB en Tunisie, les experts/Leaders ont cité particulièrement: 1. La faiblesse de la participation communautaire; 2. L'attractivité internationale des médecins nationaux accompagnateurs; 3. Les pressions des impératifs de la carrière universitaire; 4. L'absence d'une Ecole nationale de santé publique; 5. Le contexte national de privatisation et d'hospitalo-centrisme.

Conclusion : Ce retour d'expériences des Experts/Leaders à propos de la politique des SSB en Tunisie, a mis, en relief, la perception de sa performance «au diapason» de l'OMS et «trois ans avant Alma Ata». La nouvelle génération des leaders des SSB a l'obligation de sauvegarder leurs principes et d'adapter leurs pratiques avec les attentes populationnelles et les nouvelles approches managériales.

Mots Clés : Soins de santé intégrés - Soins santé primaires – Continuité des soins du patients - Tunisie

SUMMARY

Introduction: The Basic Health Care Policy (BHC), the Maghrebian version of WHO's Primary Health Care, is celebrating forty years in Tunisia. The aim of this paper was to contribute to the evaluation of BHCs in Tunisia, by listening to the testimonies of experts / leaders who have led their journey during these four decades.

Methods: The experts / leaders included in this testimony were invited via email and through the use of the Delphi technique to report the acquired lessons and the errors. The collected qualitative data was analyzed through a process of categorization which classified them into: assets (strengths and opportunities) and handicaps (weaknesses and threats).

Results: Four experts / leaders took part in this call for testimonies, including two consultants to international organizations, a trade union doctor and a professor of Preventive Medicine. The main assets of the BHC in Tunisia, according to the participants, were: 1. The medical leadership initiated from the student phase; 2. The political commitment of public authorities; 3. The academic support from the medical faculties and their Preventive Medicine departments; 4. The institutionalization of the organizational framework of the Health Unit; 5. The Academic training of professionals in integrated medicine.

As for the handicaps of BHC in Tunisia, the experts / leaders particularly mentioned: 1. The weakness of community participation; 2. The international attractiveness of accompanying national doctors; 3. The pressures of academic career imperatives; 4. The lack of a National School of Public Health; 5. The context of privatization and hospital-centrism.

Conclusion: This feedback from the experts / leaders concerning BHC policies in Tunisia highlighted the perception of its performance «in tune» with WHO and «three years before Alma Ata». The new generation of BHC leaders have an obligation to safeguard their principles and adapt their practices to population expectations and new managerial approaches.

Mesh Words: Comprehensive Health Care – Health Primary Care – Continuity of Patient Care - Tunisia

Correspondance

Ahmed Ben Abdelaziz

Faculté de Médecine de Sousse. Université de Sousse (Tunisie)

Email : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

LA TUNISIE MEDICALE - 2021 ; Vol 99 (01) : 59-79

الملخص

مقدمة: تحتفل سياسة الرعاية الصحية الأساسية (SSB)، النسخة المغربية للرعاية الصحية الأولية لمنظمة الصحة العالمية، بمرور أربعين عامًا عن انطلاقها في تونس. هدف هذه الورقة العلمية هو المساهمة في تقييم SSB في تونس، من خلال الاستماع إلى شهادات الخبراء/القادة الذين عايشوا رحلتها خلال العقود الأربعة الأخيرة.

الأساليب: تمت دعوة الخبراء/القادة المشمولين بهذه الشهادة، عن طريق البريد الإلكتروني، وباستخدام تقنية دلفي، للإبلاغ عن دروس المكاسب والأخطاء. حُلَّت البيانات النوعية التي تم جمعها من خلال تصنيفها إلى حوافز (نقاط قوة وفرص) وعوائق (نقاط ضعف واكراهات)

النتائج: شارك أربعة خبراء/قادة في هذا النداء لتقديم الشهادات، من بينهم استشاريان لمنظمات دولية، وطبيب نقابي وأستاذ في الطب الوقائي. كانت الحوافز الرئيسية ل SSB في تونس، وفقًا للمشاركين: 1. القيادة الطبية التي تشكلت منذ المرحلة الطلابية: 2. الالتزام السياسي للسلطات العامة. 3. الدعم الأكاديمي لكليات الطب وأقسام الطب الوقائي بها. 4. ماسسة الدائرة الصحية. 5. التدريب الأكاديمي للأطباء في الطب المتكامل. أما في ما يتعلق بعوائق SSB في تونس، فقد ذكر الخبراء/القادة ما يلي: 1. ضعف المشاركة المجتمعية. 2. الجاذبية العالمية للأطباء الوطنيين المرافقين. 3. ضغوط الضرورات الأكاديمية المهنية. 4. عدم وجود مدرسة وطنية للصحة العمومية. 5. سياق الخصخصة والمركزية الاستشفائية.

الخلاصة: هذه التعليقات الواردة من خبراء/قادة سياسة SSB في تونس، سلّطت الضوء على تصوّر جودة أدائها "في تناغم" مع منظمة الصحة العالمية و "قبل ثلاث سنوات من ألما آتا". يدعى الجيل الجديد من قادة SSB إلى الالتزام بحماية مبادئها وتكييف ممارساتها مع انتظارات الساكنة ومناهج التدبير الجديدة

الكلمات المفتاحية: الرعاية الصحية الشاملة - الرعاية الصحية الأولية - استمرارية رعاية المرضى - تونس

INTRODUCTION

Les Soins de Santé de Base (SSB) est la version maghrébine de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP), lancée immédiatement après son adoption à Alma Ata en 1978 [1], ayant permis aux populations du Maghreb, comme celles de la planète, de rêver d'une «santé pour tous», à l'aube du 21^{ème} siècle, uniquement deux décennies après son application. Un rêve qui sera opérationnalisé par des gestionnaires de la santé publique, outillés d'au minimum huit programmes nationaux, spécifiques à la première ligne des soins, selon un style managérial multi sectoriel (associant les autres secteurs partenaires de la santé) et participatif (aussi bien des professionnels de la santé que de la communauté). Cette politique sanitaire a beaucoup bénéficié, au cours de vingt premières années, d'un environnement international et national en faveur des droits sociaux des populations et de l'équité en tant que principe stratégique de planification et de dispensation des services sociaux. A partir de l'année 2000, la conjoncture mondiale a radicalement changé avec la régression des valeurs sociales et la triomphe de la culture du «marché», ce qui s'est traduit par des inégalités d'accès aux soins et la dénégation de sa première ligne et de ses acteurs essentiels: les médecins généralistes.

Ainsi, l'histoire des SSB au Maghreb, serait le reflet de l'évolution des systèmes de santé d'un «collectivisme» parfois excessif, tendant vers l'homogénéisation absolue, à un «individualisme» sauvage, se maquillant du social, pour la prévention des tensions communautaires.

Au Maghreb, les 40 années de la politique des SSB, peuvent être catégorisées globalement en deux parties. La première moitié a été en symbiose avec les valeurs déclarées dans la politique internationale et nationale. La deuxième moitié a été en contre courant de l'ordre mondial et sous le pilotage des pouvoirs, pris en otage par des lobbys politico-économiques. D'où l'intérêt de l'écoute des Experts/Leaders de cette initiative ayant cumulé une grande expertise dans l'adaptation des directives internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec le contexte culturel et sociopolitique du Maghreb. Devant la rareté de la littérature scientifique maghrébine sur les SSP [2,3], les nouvelles générations des managers des systèmes de santé du Grand Maghreb ont un grand besoin de fonder leurs pratiques managériales sur l'expérience acquise par leurs aînés, en capitalisant les acquis enregistrés et en évitant les erreurs d'implémentation de la politique d'Alma Ata qui, elle-même, s'est relookée à la conférence d'Astana [4], tout

en gardant sa vision initiale et ses valeurs fondamentales. Les Experts/Leaders de la politique des SSB au Maghreb et ses coachs techniques et spirituels, seront les premiers à en demander de témoigner de vécu de leur expérience de pilotage et d'analyser par la suite leurs retours d'expériences, caractérisés éventuellement aussi bien par des perceptions de «*sucess story*» que par des frustrations (occasions ratées). Pour des considérations opérationnelles, la Tunisie a été prise dans cet article de synthèse des témoignages, comme étant un exemple traceur dont les conclusions pourraient être extrapolées, avec prudence, aux autres pays du Grand Maghreb, en le poursuivant ultérieurement par d'autres séances d'écoute des leaders nationaux de SSB. L'objectif de ce papier a été de compiler les idées maitresses de perception des acquis et des résistances, de l'expérience de 40 ans de planification, de pratique et d'évaluation de la politique de SSB en Tunisie (1980-2019), par ses Experts/Leaders et ses accompagnateurs nationaux.

MÉTHODES

Il s'agit d'une synthèse des témoignages des Experts/Leaders de la politique des SSB en Tunisie. Le choix de Leaders a été effectué selon les critères de la contribution majeure au lancement des expériences pilotes de médecine intégrée dans les trois communautés de *Mjez El Bab*, de *Soliman*, et de *Kalaa Kebira*, ou dans l'exportation des certaines pratiques de l'expérience tunisienne en soins de première ligne, dans le cadre des projets internationaux pilotés par l'OMS et/ou l'UNICEF, ou dans l'enseignement des principes et des paradigmes des SSB, en formation pré graduée ou post graduée. Afin de prévenir des éventuels conflits d'intérêt professionnels, la situation sociale de «retraité» a été une condition d'inclusion des Experts/Leaders dans cette campagne des témoignages. Ainsi, un courriel a été adressé à une douzaine d'Experts/Leaders, dont le texte de l'invitation a précisé le cadre de la proposition (édition d'un numéro thématique sur les SSB dans la revue «*La Tunisie Médicale*»), les commanditaires coordinateurs de ce numéro thématique (l'auteur de ce papier et la rédactrice en chef de la revue «*Tunis Med*», le professeur Lilia Zakhama) et les attentes principales des livrables, à savoir la citation des «atouts» ou des «handicaps» majeurs (encadré 1). Afin de prévenir les biais de désirabilité sociale, les participants ont été encouragés à adopter un style narratif de témoignage

personnel, sous format d'un récit de leur carrière, en qualité d'un acteur dans le domaine des SSB, durant toute leur vie professionnelle. L'analyse qualitative des témoignages des répondants, en ce qui concerne leur vécu de la politique des SSB en Tunisie, a été orientée par le modèle SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) à la recherche des atouts (combinant les forces internes et les opportunités externes) et des handicaps (regroupant les faiblesses intrinsèques et les menaces environnementales). Les items déduits des réponses des participants ont été appuyés fidèlement par des extraits des citations des Experts/Leaders dont leurs textes intégraux ont été considérés comme étant les résultats principaux de ce travail, et rapportés par conséquent dans la section «Résultats».

Encadré 1:

Lettre d'invitation des Experts/Leaders pour la participation à un retour d'expérience dans le domaine du management des Soins de Santé de Base en Tunisie

Mon Cher Collègue et Ami

Bonjour

La revue «*La Tunisie Médicale*» fête 40 ans des Soins de Santé Primaires (SSB) par un numéro spécial sur les «*Soins de Santé de Base au Grand Maghreb: Evaluation et Perspectives*».

Vous étiez un des leaders de la politique des SSB au Maghreb. Vous avez accumulé une grande expertise dans le management des structures de première ligne des soins. Vous voulez certainement, sauvegarder cette expertise pour les nouvelles générations des managers de la santé publique, dans tous les pays du Maghreb. J'ai le grand plaisir de vous écrire pour vous proposer de nous rédiger vos témoignages sur les leçons apprises de l'expérience de ces 40 dernières années de pratique de la politique de SSB dans nos pays du Maghreb: les leçons en rapport avec les acquis à sauvegarder au cours des prochaines années et aux erreurs à éviter. Vos témoignages seront intégrés à un manuscrit synthétique sur les enseignements de Soins de Santé Primaires au Maghreb, en tant que co signataires. Nous attendons de vous au minimum 400 à 500 mots pour développer deux messages

clés: 1/ Un acquis à conserver 2/ Une erreur à éviter. Le même courriel sera adressé à d'autres experts du Maghreb pour plus d'enrichissement. J'espère que vous trouviez cette initiative pertinente pour la continuité de l'expertise cumulée pour les nouvelles générations de l'école maghrébine de Santé Publique. J'attends le retour de vos courriels pour me rassurer de votre engagement et je resterai dans l'attente de votre texte dans les meilleurs délais (avant le 1 novembre 2020). Veuillez trouver, mes Chers Collègues, mes salutations les plus distinguées. Pr. Ahmed Ben Abdelaziz (Coordinateur du numéro thématique: 40 ans des Soins de Santé Primaire au Maghreb»)

RÉSULTATS

Une douzaine d'Experts/Leaders ont été contactés pour les solliciter à la participation à cet exercice d'évaluation de la performance de la politique des SSB en Tunisie, à travers une approche qualitative basée sur le retour de leurs expériences, selon un «*brainwriting*» original, faisant dégager les points forts et faibles, d'un texte de témoignage sous format d'un récit de parcours. Quatre experts ont participé à cet exercice dont un leader syndical (Dr Moncef BelHaj Yahia), deux consultants internationaux, à l'OMS et à l'UNICEF (Dr Belgacem Sabri [5-8] et Dr Abdewahed El Abassi [9]) et un professeur de Médecine Préventive et communautaire (Pr Kamel Ben Salem [10-13]). Leurs témoignages ont été insérés, dans leur intégralité, comme «Résultats» de cette étude qualitative, avec des photos choisies par eux-mêmes, illustrant leurs parcours professionnels (témoignages de 1 à 4). La réflexion du Professeur Omar Brixî (témoignage 5), un consultant maghrébin ayant participé à des dizaines des missions d'expertise des multiples dimensions du système national de santé, n'a pas été incluse dans ce retour d'expériences, dédié aux experts nationaux ayant vécu une ou plusieurs expériences du leadership de la politique des SSB en Tunisie. S'étendant au delà de l'expérience des SSB en Tunisie, à toutes les initiatives de développement de la première ligne des soins aux pays du Maghreb (d'Afrique et d'Asie), elle proposait une vision futuriste d'une nouvelle version des SSP/SSB pour la Tunisie, pour le Maghreb et pour l'Afrique francophone. Intitulée «Soins et santé dans nos pays: et si on allait au bout du diagnostic ?», cette réflexion plutôt stratégique qu'opérationnelle, a été utilisée pour la discussion des retours d'expériences des Experts/Leaders nationaux.

TÉMOIGNAGE N°1 :

Professeur Kamel Ben Salem
Une santé au service du peuple ...
trois ans avant Alma Ata
Pr. Kamel Ben Salem, MD, MPH

Professeur de Médecine Préventive et Communautaire
(à la retraite)

Email: kbsalem@gmail.com



Pr. Kamel BEN SALEM

- Professeur de Médecine Communautaire et Préventive (à la retraite).
- Ex Directeur de Département de Médecine Communautaire à la Faculté de Médecine de Monastir
- Ex Chef de circonscription des circonscriptions sanitaires de Msaken et de Kalaa Kebira
- Ex Directeur régional de la Santé au gouvernorat de Mahdia

Le 7, 8 et 9 mars 1975 se tenait à la Faculté de Médecine de Tunis, un séminaire organisé par les étudiants; le thème général étant «La Santé Publique et la Réforme des Etudes Médicales» et d'une façon plus spécifique... pour une «Santé au Service du peuple. Revalorisation de la Médecine Préventive». Séminaire prophétique ?... Trois années plus tard, une conférence internationale se tenait à Alma Ata (12 septembre 1978) avec sa célèbre déclaration sur les Soins de Santé Primaires, approuvée par la majorité des pays du monde dont la Tunisie. La lecture des points VI et VII de cette résolution nous rappelle les grandes lignes de la résolution sur la santé publique, votée à l'unanimité par les étudiants lors du séminaire de Tunis...une résolution adoptée par le Ministre de la Santé Publique de l'époque Mohammed Mzali et du Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis Zouhaier Essafi (photo 1). Ce dernier, lors de son allocution de clôture du séminaire, déclarait « ... nous étions frappés du sérieux de vos rapports, de votre travail dans les commissions et

d'une façon générale du sérieux dans l'organisation de ce séminaire ». Ayant participé activement aux travaux de ce séminaire, le contenu de la résolution sur la santé publique m'a fortement marqué et trois années plus tard, j'étais sur le terrain réel pour constater ces grands besoins de la population, décrits dans le diagnostic de situation et ayant servi pour les travaux du séminaire: un minimum de services de soins pour une santé de qualité. Bien qu'ayant commencé une formation en Chirurgie Pédiatrique, l'appel du terrain était plus fort et le souvenir de ce décès maternel, par manque d'infrastructures appropriées pour le suivi des femmes enceintes, survenu lors de mon passage à l'hôpital de Ain Draham au cours de l'hiver 1978 m'a profondément marqué. Je relate son histoire pour la leçon. Réveillé vers deux heures du matin, la sage femme (sage femme traditionnelle recrutée par manque de personnels) m'annonçait qu'elle était en présence d'une hémorragie de la délivrance chez une mère de trois enfants, accouchée de deux morts nés évoluant depuis une dizaine de jours et qui n'a jamais consulté pour sa grossesse !!! Les gestes appropriés (prise d'une grosse veine, révision utérine, hémostatique, utérotoniques disponibles, remplissage ...) ont été rapidement faits. Le saignement continuait et la tension artérielle baissait. La décision de son transfert à l'hôpital régional de Jendouba (tenu à l'époque par des médecins chinois) fut rapidement prise par crainte d'une Coagulation Intra Vasculaire disséminée (CIVD) imminente. Une course contre le temps, faire les 40 km environ entre Ain Draham et Jendouba dans une nuit d'hiver, par un chemin tortueux de montagne, et sur une « ambulance VW ni type A ni B à l'époque ». La chaussée glissante par la fine couche de neige, et les rencontres de sangliers sur la voix et le risque de dérapage à chaque tournant vous obligeaient à une vitesse très modérée et ne faisaient qu'allonger ce temps si précieux, car les secondes comptaient pour cette femme. L'ayant accompagné tout le long de ce transfert et sachant qu'elle était en une grave situation et qu'un malheur l'attendait, elle n'a cessé de recommander l'attention qu'on devrait porter à ses enfants. Vers 13 heures du lendemain, la triste nouvelle nous parvenait de l'hôpital de Jendouba, la maman était décédée.

Plus d'une vingtaine d'années se sont déjà écoulées, depuis l'indépendance de la Tunisie et plus de la moitié des médecins exerçant à l'intérieur du pays, s'ils existaient, étaient des étrangers, pieds nus chinois, bulgares, faisant de leur mieux pour répondre aux besoins de santé de

la population. Ce qui n'était que des discussions et « verbiage », lors du séminaire des étudiants, est aujourd'hui une réalité pour le jeune médecin. La population souffre d'un manque flagrant de compétences nationales et de structures de soins appropriés, capables de prendre en charge au moins le paquet minimum de services de soins de santé tels qu'adoptés par la conférence d'Alma Ata (baptisés « de base » dans notre pays). La décision d'exercer plus près de la population dans les structures de soins de proximité, a été définitivement prise, et une nouvelle vie professionnelle commençait.

A peine recruté comme médecin de la santé publique dans les structures de soins de santé de la délégation de Msaken en 1981, une réforme de notre système de soins basée sur les SSB a été mise en œuvre avec la création des circonscriptions sanitaires, rapportées géographiquement aux limites des délégations administratives (elles ne seront officialisées que 20 ans plus tard). Le Chef-lieu de la délégation ne comptait à ce moment qu'un centre pour les adultes, un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et une maternité réservée aux accouchements eutociques, sous la supervision de sages femmes diplômées des écoles de santé. En plus, au niveau de chaque Imada, il y a soit un centre de santé où le rythme des consultations était au mieux de deux fois par semaine, soit tout simplement une salle de soins évitant aux habitants des déplacements inutiles et contribuant surtout à l'effort préventif par l'assurance, à l'instar des autres structures, de la réussite du programme national de vaccination qui est passé d'un programme « vertical », essentiellement sous forme de campagnes, vers un programme intégré aux activités des structures de SSB, reprenant ainsi à l'esprit un concept de base de la déclaration d'Alma Ata, l'intégration des soins curatifs, préventifs et de promotion aux niveaux des structures classées comme étant de première ligne (premier niveau de soins).

A côté de l'intégration des activités de vaccination, celles liées à la santé maternelle fût un investissement dont les dividendes seront perçues quelques années plus tard à l'échelle nationale. Les décès maternels (le cauchemar de Ain Draham) liés à un mauvais suivi prénatal deviennent exceptionnels.

La proximité de la circonscription sanitaire de Msaken, comme celles de Sousse et de Kalaa kebira, d'une région universitaire fût retenue comme centre de

stage pour les étudiants de la Faculté de Médecine de Sousse et ainsi s'est ajoutée à notre quotidien, une charge supplémentaire d'encadrement des stagiaires en médecine communautaire, source parfois de malentendus entre des étudiants formés jusque-là dans des structures hospitalières où les services étaient organisés (ils les sont toujours) selon les «organes» avec des tableaux cliniques souvent bien identifiés et des médecins encadreurs. Les patients, en dehors de certaines pathologies aiguës, consultent à un stade précoce de l'histoire naturelle de la maladie avec un tableau clinique souvent peu différencié associé à une sémiologie populaire non apprise à la faculté, le médecin prend ses décisions dans un contexte le plus souvent d'incertitude compliquée par la difficulté d'avoir accès à des examens complémentaires «réservés» aux praticiens hospitaliers, prisonnier d'une nomenclature de médicaments très limitée, et sous la coupe d'un horaire administratif au cours duquel, il devrait satisfaire la demande de plus d'une centaine (situation la plus optimiste) de patients par matinée. Les après-midi, c'est le parcours du combattant entre les centres de santé de base, dits périphériques, les activités de médecine scolaire et les activités de promotion de la santé en collaboration avec les conseils locaux et régionaux de la santé, sans oublier les comptes à rendre à la Faculté de Médecine de Sousse, en qualité de médecin encadreur dont la seule motivation est d'honorer le serment d'Hippocrate « ... de transmettre les préceptes, les leçons orales et le reste de l'enseignement ... aux disciples liés par un contrat et un serment, suivant la loi médicale,.. » .

Ainsi passa une première décennie de pratique médicale, à laquelle il faut ajouter les astreintes de garde médicale assurée dans un hôpital de circonscription ouvert deux années après mon arrivée...une fois l'équipe médicale a été renforcée par de nouveaux médecins. Il va s'en dire que suites à ces gardes dont le rythme pouvait arriver à un jour sur deux, il fallait impérativement remplir son devoir de consultations quotidiennes. Le repos compensateur n'existe pas dans le lexique des médecins.

Une courte période de deux ans interrompit cette course contre la montre pour une autre aventure dans le cadre de la coopération technique en Arabie Saoudite. Ma chance «malchance» m'affectait...dans un centre de santé dit «région isolée» et là c'était une autre histoire. Vous êtes, non seulement le médecin omnipraticien ayant choisi la spécialité la plus difficile de médecin généraliste devant

zapper entre les différents organes des patients, mais également et parfois vétérinaire pour prendre en charge le chameau, chamelle, bouc...dont la valeur aux yeux des «bédouins» est aussi importante que celle d'un de leurs enfants.

Au retour, un changement dans l'organisation de la prise en charge des étudiants en médecine a été opéré. Ainsi la circonscription sanitaire de Kalaa Kebira a été retenue par un texte légal comme étant un centre intégré de formation en médecine communautaire dépendant de la Faculté de Médecine de Sousse. Un malaise auprès des médecins hospitalo-sanitaires a été perceptible. L'intrusion de l'esprit universitaire (non choisi par la majorité d'entre-eux) était source de conflits et de résistance. L'encadrement des étudiants, associé aux exigences du staff du département, étaient vécus comme un fardeau de plus. C'est dans ce contexte que j'étais appelé à coordonner cette circonscription, devenu universitaire afin d'améliorer «le climat» entre corps universitaire et corps sanitaire. Mes responsabilités syndicales antérieures et mon expérience à la circonscription de Msaken m'étaient d'un grand atout et afin d'améliorer mes compétences, une formation en Santé Publique en Belgique m'a été autorisée, formation couronnée par un Master in Public Health. Malheureusement, l'environnement de travail et pour des raisons extraprofessionnelles, cette expérience fut de courte durée, des forces hostiles ont fini par l'avorter.

L'expérience de Kalaa Kebira a mis face à face deux paradigmes de la pratique et de l'enseignement de la médecine. Un paradigme beaucoup plus basé sur la réponse aux besoins et aux exigences en soins curatifs de la population avec une presque «fonte» du médecin dans ce quotidien face à un paradigme répondant plus aux besoins de formation d'un corps universitaire en médecine communautaire, encore en herbe tâtonnant pour une légitimité qu'il n'a jamais pu exercer, cherchant à répondre à ses impératifs de carrière plus qu'à l'encadrement sur le terrain des étudiants en médecine. Certes, cette expérience même que n'ayant pas pu réaliser les rêves de ses commanditaires nous, pouvons affirmer aujourd'hui qu'elle a été le premier grain semé dans le vaste terrain de la réhabilitation de la pratique de la médecine de première ligne par la reconnaissance légale qu'elle est une spécialité avec ses propres compétences et spécifiés.

Voici maintenant une quinzaine d'année depuis que j'ai

commencé ma pratique médicale, l'occasion de changer de fusil d'épaule s'est présentée et après ma réussite au concours d'assistantat j'ai pris mes nouvelles fonctions au département de médecine communautaire de la Faculté de Médecine de Monastir et ainsi débuta le deuxième épisode de ma vie professionnelle.



Photo 1 : Pr Zouheir Essafi : Faculté de Médecine de Tunis (9 mars 1975)

TÉMOIGNAGE N°2 :

Dr Abdelwahed El Abassi

Au diapason d'Alma-Ata et au service de la stratégie nationale des Soins de Santé de Base

Dr Abdelwahed El Abassi MD, MPH

Fonctionnaire International Retraité (OMS et UNICEF)

E mail: abdel.elabassi@gmail.com



,Dr Abdelwahed EL ABASSI

- Chef de la circonscription pilote de Soliman (Nabeul), Tunisie.
- Chef du programme santé, Conseiller Régional et Senior UNICEF
- Représentant de l'OMS au Burundi
- Coordinateur partenariat pour la santé dans les pays, OMS Geneva,
- USAID/ICF Team leader consultant
- Consultant OMS Tunisie,
- Consultant UNICEF RD Congo OMD 4
- Membre Fondateur de l'Association Tunisienne pour la Défense du Droit à la Santé, 2012,
- Co-auteur du rapport sur la situation du droit à la santé en Tunisie (Tunis, octobre 2016)

Lors de la conférence de Alma-Ata (6-12 décembre 1978) sur les Soins de Santé Primaires, cela faisait presque une année que je travaillais à l'**hôpital de Soliman**. J'étais un membre actif de l'équipe du projet Tuniso-Belge de Médecine Intégrée au Cap Bon (1) avant d'en assurer la coordination à partir de 1980 tout en poursuivant mes responsabilités de chef de la circonscription pilote de Soliman (qui ne disposait de moyens matériels ou financiers liés à cette mission). **Le projet de Médecine Intégrée** s'inscrivait clairement et dans le contexte d'une

volonté politique nationale forte pour le développement des services sociaux de base et s'intègre dans le cadre d'une planification nationale pour le secteur.

Ce modeste témoignage tente de souligner l'importance de certaines pratiques et caractéristiques dans la contribution de ce projet, et de la circonscription sanitaire de Soliman en particulier, dans le développement des stratégies nationales des SSB et de ressortir ce qui pourrait être utile au-delà du contexte spatial et temporel.

Construire sur les acquis

La Tunisie s'était engagée avec succès depuis l'indépendance dans la lutte contre certains **fléaux** tel que le trachome, la bilharziose, le paludisme la tuberculose et la malnutrition ainsi dans le développement des services de santé de base. Le projet de médecine intégrée du Cap-bon était fortement impliqué dans lutte durant sa première phase (années 70). L'école de santé de Nabeul en relation avec le projet était le centre privilégié pour la formation nationale des cadres paramédicaux de médecine préventive. Cette expérience passée avait été mise à profit durant l'étape suivante visant à améliorer l'accessibilité, les prestations et la **performance des structures de soins de première ligne**. Ainsi les activités périodiques de reconnaissance géographique visant à identifier des changements dans l'environnement et mieux cibler les interventions préventives (hameaux, puits et points d'eau, gîtes larvaires etc..) ont été mises à profit pour le recensement de la population, en particulier les nouvelles naissances et pour mieux localiser "les points de rassemblement". Ces derniers constituaient les lieux pour une réalisation de proximité des activités préventives périodiques (hygiène, conseil et suivi nutritionnel, vaccination, Planning familial...). L'interaction positive, entre le personnel itinérant (infirmier hygiéniste, technicien sanitaire) et celui des structures dédiées aux soins à dominante curative, avait balisé la route pour une meilleure intégration des soins, l'émergence de certaines innovations, un gain de temps précieux et avait constitué une valeur ajoutée considérable: des professionnels situant et coordonnant mieux leurs activités respectives dans un ensemble plus large pouvant mieux répondre aux besoins de santé et à la demande de la population. La représentation cartographique de l'environnement des structures des soins prenait ainsi toute sa signification.

Innover et adapter pour mieux couvrir les besoins

Parmi les innovations les plus importantes et documentées dans l'expérience du Cap Bon et de Soliman, on peut citer:

- Le concept de consultation intégrée **mère-nourrisson** (2), aussi bien dans les centres de santé que dans les points de rassemblement. Il a été supporté par un système d'échéancier basique mais pratique et efficace pour soutenir la continuité des soins. Un concept (3) qui a servi de levier puissant pour le suivi nutritionnel et la vaccination des enfants ainsi que pour planification familiale avec des supports facilitant les conduites à tenir et qui ont inspiré ce qui a été développé plus tard dans le cadre de programmes nationaux ou internationaux.

- Les protocoles et les supports pour les activités de soins durant **l'épisode périnatal** y compris les soins de base et urgents aux nouveaux nés. Servant de support pour la conduite à tenir et les décisions obstétricales durant le travail de la parturiente, le "partogramme" a été utilisé en 1979 à Soliman dans une première mondiale (4) et adapté dans sa conception aux besoins des maternités périphériques afin d'harmoniser et rationaliser les prises de décisions, en particulier celle concernant la référence vers la maternité régionale (5). Ces supports et conduites à tenir avaient anticipé et informé le programme national de périnatalité des années 90 ainsi que les stratégies pour la réduction de la mortalité maternelle.

- Les stratégies de prise en charge en première ligne de certaines **maladies chroniques**, hypertension et diabète en particulier avec toujours la même approche de production d'un support didactique pour la conduite à tenir et d'une fiche de liaison, qui reste avec le patient, sur laquelle figurent les informations clefs sur son suivi et la date de son prochain rendez-vous, facilitant ainsi la continuité des soins (6-8).

- Le **travail en équipe** et la participation de tous dans la conception et ou la finalisation des supports et des conduites à tenir avaient contribué à leur appropriation. Le programme de formation continue dont les séminaires étaient ouverts aux collègues du secteur privé. Il bénéficiait régulièrement de la contribution d'invités universitaires (9). Un fond documentaire commun régulièrement enrichi (abonnement dans des revues médicales tunisiennes et internationales prestigieuses, livres de référence en médecine interne, pédiatrie, gynéco-obstétrique, santé

publique...) est organisé et mis à la disposition de tous dans la salle de réunion de l'hôpital.

- Enfin le modèle de **circonscription sanitaire** développé dans le cadre d'une collaboration étroite avec l'équipe du projet soutenu par l'OMS à Mjez El Bab. Il est repris pour l'essentiel et enrichi dans le rapport de l'OMS et du Ministère de la Santé sur "Le fonctionnement et l'organisation des circonscriptions sanitaires, août septembre 1989" produit par le Dr Abdelwahed El Abassi, le Dr Ali Mtiraoui (Faculté de Médecine de Sousse) et Mr Mokhtar Trabelsi (Directeur d'Hôpital). Adopté par le Ministère de la Santé; Ce rapport avait servi de référence pour institutionnaliser les circonscriptions sanitaires et pour le développement du programme national pour les appuyer.

Une expérience utile à l'extérieur du pays

Des innovations qui ont contribué à faire de la Tunisie un pays pionnier dans le développement et la mise en œuvre de la déclaration d'Alma-Ata. Mon travail au niveau international avec l'UNICEF et l'OMS a été nourri par la riche et avant-gardiste expérience tunisienne en soins de santé primaires. Ainsi les supports et outils du Cap Bon (fiches intégrées suivi mère enfant, échéanciers, partogramme et organisation de la référence...) ont été mis à contribution pour enrichir l'approche de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du Centre (10), dans la conception et les modalités de délivrance du Paquet Minimum d'Activité (11) dans les centres de santé communautaires au Mali (12) et pour l'organisation du système référence obstétricale, avec le partogramme comme support, au Mali et au Burundi (13), pays qui entamait un processus difficile de reconstruction suite aux accords de paix d'Arusha mettant laborieusement fin à une guerre civile.

Facteurs importants pour le succès

Les innovations ont été possibles, acceptables en Tunisie et influentes ailleurs dans le monde grâce :

- à une **volonté politique** forte pour le développement des services sociaux de base et un **leadership** politique et technique (Pr Nacef T, Pr Ben Ammar R, Pr Zouari B, Pr Achour N, ...) qui mobilise, utilise et

coordonne au mieux les opportunités de coopération internationale

- à l'**accompagnement** du niveau central qui prodiguait appui et encouragement, donnant une place de choix aux pionniers du terrain dans le processus de définition des stratégies et dans la planification nationale
- à la **collaboration** étroite avec les institutions de formation para médicale et médicale. Le Cap bon et Soliman en particulier étaient des terrains de stage pour la Faculté de Médecine de Tunis (FMT) pour les internes et les résidents. La collaboration dépassait le cadre du département de médecine préventive pour impliquer et associer les spécialités les plus pertinentes avec l'innovation en cours de développement (pédiatrie, gynéco-obstétrique, médecine interne...). La collaboration était étroite et durable avec la PMI Ezzouhour (Pr Souad Lamine-Jomni), l'Institut de la Santé de l'Enfance et l'Office National pour la Famille et la Population. De nombreux mémoires et thèses de Doctorat et ou des supports et conduites à tenir avaient couronné cette collaboration et rendu plus facile et acceptable leur large utilisation dans le pays dans le cadre du développement de la stratégie des soins de santé de base durant les années 80.
- Aux **échanges horizontaux** entre circonscriptions et régions, soutenus et encouragés par le niveau central. La relation de travail entre les équipes de Soliman (photo 2) et de Mjez El Bab était solide. La collaboration avec l'équipe de santé communautaire de la Faculté de Médecine de Sousse avait renforcé la synergie et la complémentarité pour répondre aux demandes d'appui venant des autres régions. La dynamique positive ainsi créée était enrichissante pour tous et avaient favorisé l'appropriation effective, par les équipes régionales et locales, des innovations supportant la mise en œuvre de la stratégie nationale des SSB.

Avec une telle dynamique historique positive, comment pourrait-on expliquer la situation de crise grave et durable qui affecte le système de santé en général et la première ligne de soins en particulier ? Les réponses à cette question ne sont pas l'objet de cette contribution. Celle-ci se veut une stimulation pour la recherche collective de réponses en rapportant

quelques enseignements tirés de l'expérience passée et envisage une hypothèse crédible et solide, car reprise sous une forme ou une autre dans le cadre du Dialogue Sociétal sur la santé et le Projet de Politique Nationale qui en a émergé au mois de juin 2019. Dès les années 90, le développement du système de santé a été progressivement mais fortement marqué par une **logique hospitalo-centriste** et de multiplication et valorisation des **spécialités médicales**. Une logique accompagnée par le développement dynamique et soutenu du **secteur privé** et par la pratique de **double appartenance public/privé** chez certaines catégories des professionnels de la santé dans un contexte national dans lequel la corruption sous différentes formes s'est répandue.

Au-delà des discours sur la promotion de la santé, les choix explicites ou implicites ont induit une tendance à la **marginalisation** de la première ligne, accordé le **tarif minimum** pour la prévention et provoqué la **détérioration des prestations** dans les hôpitaux publics.

Références

1. Les rapports annuels et les principales publications du projet sont disponibles à la Faculté de Médecine de Tunis (département de médecine préventive), au centre pédagogique de la FM de Tunis et à l'ONFP
2. Mouria A. Prise en charge du nourrisson de la naissance à l'âge de 3 ans à la PMI de Soliman. Evaluation préliminaire, Thèse FM Tunis 1981
3. Ben-Jaafar Said D. Un support pour la coordination entre activités de protection maternelle et infantile : la fiche technique intégrée. Thèse FM Tunis 1983
4. Tabib L., Utilité du partogramme dans une maternité périphérique (Soliman), Thèse FM Tunis, 1982
5. Chrch M., Maternités périphériques et maternité régionales, organisation actuelle au Cap Bon, évaluation et proposition d'un modèle, Thèse FM Tunis 1986
6. Skouri F., Prise en charge des malades chroniques dans un centre de santé de base. Le suivi des hypertendus à Soliman avec délégation des tâches au personnel paramédical. Thèse FM Tunis 1980
7. Khalladi M., Prise en charge des diabétiques dans un centre de santé de base (Soliman), Présentation de la méthode, Evaluation Préliminaire, Thèse, FM Tunis 1984

8. El Abassi A., Van Lerberghe W., Van Derstuyf P., Continuité des soins et contrôle de l'HTA dans un centre de santé en Tunisie. Ann Soc. Belge. Trop. 1993,73, 217-226
9. Le rapport annuel de la circonscription de Soliman 1985/1986 spécifie la variété des activités de formation continue, y compris la collaboration et les stages ciblés dans des services hospitalo-universitaires pour la maîtrise au sein de l'équipe de certaines prise en charge
10. Knippenberg R. and al, Huit années d'expérience de l'Initiative de Bamako, L'Enfant en Milieu Tropical, 1997 no 229/239
11. El Abassi A., Le processus d'intégration de programmes au sein du Paquet Minimum d'Activité pour les centres de santé : l'expérience du Mali. Studies in Health Services Organisation & Policy 8, 109-121
12. Maiga Z., Nafo F., El Abassi A., La réforme du secteur de la santé au Mali (1989-1996), Studies in Health Services Organisation & Policy 13, 1999
13. El Abassi A., Burundi. Partnership in action : handling health challenges in a context of transition and preparation for reconstruction, WHO Country Focus Annual Report 2006



Photo n° 2: Une partie de l'équipe de Soliman lors d'une cérémonie à laquelle était présent le Pr Raouf Ben Ammar

TÉMOIGNAGE N°3:**Dr. Belgacem Sabri****L'intégration des services de santé:****Une approche de renforcement des Soins de Santé de Base en Tunisie****Dr Belgacem SABRI, MD, MPH***Mastère d'administration publique et de santé publique
(Université de Harvard)**Mastère en économie de santé de l'université de Boston**Email : belqassem.sabri@gmail.com***.Dr Belgacem Sabri**

- Actuellement président de l'association tunisienne de défense du droit à la santé
- Ancien secrétaire d'état à l'immigration et à l'intégration sociale
- Ancien directeur du renforcement des systèmes de santé OMS EMRO 2000-2010
- Membre honorifique du Collège Royal Britannique de santé publique depuis 2005.
- Ancien conseiller régional des politiques de santé, planification stratégique et financement de la santé.
- Ancien directeur des études et de la planification MSP
- Ancien directeur régional de la santé (Nord-Ouest)
- Médecin chef de circonscription: Mjez El Bab

Afin de consolider les acquis importants en matière de lutte contre les maladies transmissibles et les fléaux sociaux depuis l'indépendance nationale, la Tunisie a adopté depuis le milieu des années 70 une approche d'offre de services basée sur l'intégration des activités de promotion de la santé et de la prévention au niveau de la première ligne. Le travail important réalisé par les équipes des campagnes sanitaires d'hygiène du ministère a été continué par la nouvelle direction de la médecine préventive et sociale animée par une équipe motivée et compétente ayant à sa tête le Pr Taoufik Nacef.

La région sanitaire de **Mjez El Bab** a été choisie comme une **zone pilote** pour lancer l'approche d'intégration des services afin de renforcer leur accessibilité et leur proximité. Le projet technique a bénéficié au départ d'une assistance technique internationale et a été repris par une équipe tunisienne de médecins généralistes à partir de 1977. Les activités vaccinales, fournies par les infirmiers hygiénistes au niveau du **réseau des points de rassemblement** ont été graduellement introduites au niveau des dispensaires, des centres de protection maternelle et infantile et des salles de soins. Aussi les activités de santé **maternelle et de planning familial** ont été intégrées non **sans difficultés** au niveau des dispensaires et des centres de PMI.

L'activité d'intégration a été également accompagnée par un travail de **recherche opérationnelle/ action** sur les **supports d'information** pour le suivi des enfants (calendrier vaccinal et croissance), et des mères (grossesse, partogramme, accouchement, et planning familial) qui ont été améliorés avec le soutien de la direction de la médecine préventive et sociale avant d'être adoptés au niveau **national**. Un **échancier mural** a été développé pour le suivi des enfants vaccinés, des femmes enceintes et celles utilisant une méthode d'espacement des naissances ainsi que les malades chroniques et les tuberculeux. Un **dossier familial** contenant une fiche par personne a été créé au niveau des centres de santé, intégrant les données socio-sanitaires (protection sociale, habitat, etc.) et les données de morbidité en utilisant un codage coloré pour les populations cibles.

L'équipe de santé a mis en place un **organe décentralisé de gestion** qui a été promu ultérieurement comme le point de départ de la **circonscription sanitaire** avec le soutien de la direction régionale nouvellement créée

à Jendouba. La dynamique de gestion était basée sur la **participation** du personnel de la santé ainsi que les autorités locales. L'équipe médicale était responsable des services cliniques de **l'hôpital de circonscription** afin d'assurer une meilleure **complémentarité** entre les activités hospitalières cliniques, les services ambulatoires ainsi que l'ensemble des activités de promotion de la santé, de prévention et d'amélioration de l'environnement.

Le développement des diverses activités d'intégration et de recherche action et de **gestion participative** ne pouvait pas se faire sans un accompagnement par la **formation** et la **recherche** mise en œuvre par l'équipe de la circonscription avec le soutien technique des **stagiaires internés de médecine préventive** et un encadrement par les universitaires du département de la médecine préventive et sociale du ministère de la santé. En effet la zone pilote a été promue comme **centre de formation** en médecine préventive et communautaire ce qui a permis d'améliorer l'effectif médical de la région sanitaire et la production de plusieurs thèses de **médecine** autour des thématiques de décentralisation, d'intégration et de renforcement des SSB.

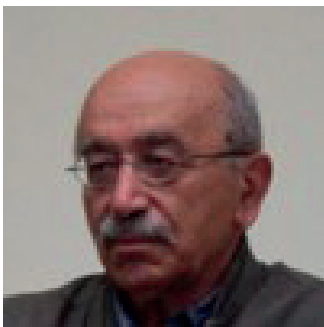
Mon passage à la direction régionale des gouvernorats du nord-ouest et à la direction des études et de la planification a permis de **répliquer** et **d'étendre** cette approche d'intégration en coordination avec des zones pilotes similaires comme celle de **Soliman (Nabeul) et de Kalaa Kebira** et la direction des SSB. Même si la **participation communautaire** n'était pas au niveau escompté, cette approche a posé les jalons de la responsabilité **sociale des écoles de médecine** dont le sommet mondial a été hébergé par la Tunisie en 2018. Cette expérience de terrain a été capitalisée au cours de ma carrière de deux décades à l'Organisation Mondiale de la Santé (photo 3) pour servir le noble objectif de la **santé pour tous à travers les SSB**.

Les approches de **renforcement de l'offre basée sur les SSB** engagées au niveau des régions (Mejez, Soliman, Kalaa Kebira, etc.) ont pu se développer et murir grâce à **l'engagement** des départements de médecine préventive et communautaire des écoles de médecine aussi bien à Tunis qu'à Sousse. Cet engagement doit continuer et doit concerner **l'ensemble des écoles de formation** aussi bien médicale que celles des spécialités alliées. **La transition démocratique** du pays, favorisée par la

révolution de 2011 et la constitution de 2014, est de nature à renforcer la **démocratie sanitaire** et la **participation communautaire en santé**, étant un pilier du système de santé basé sur les SSB.



Photo n°3 : Dr Belgacem Sabri, de la coordination du projet de médecine intégrée à Mjez El Bab, au management de la direction du renforcement des systèmes de santé à l'OMS/EMRO.

TÉMOIGNAGE N°4 :**Dr. Moncef BelHaj Yahia****Quelques leçons tirées de****l'expérience des Soins de Santé de Base en Tunisie****Docteur Moncef BelHaj Yahia MD***Médecin de la Santé Publique**Email : moncef.bhy46@gmail.com***Docteur Moncef BELHAJ YAHIA**

- *Lauréat de la Faculté de Médecine de Tunis*
- *Médecin de santé publique et chef de circonscription sanitaire dans la région de Ben Arous, puis dans la région de Tunis*
- *Ancien responsable du syndicat des médecins de la santé publique.*
- *Actuellement actif dans la société civile*

En mars 1975, les étudiants de la Faculté de Médecine de Tunis ont organisé un séminaire sur «la santé publique et la réforme des études médicales» qui avait pour mot d'ordre central «Pour une santé au service du peuple». Ce séminaire a représenté une étape importante pour plusieurs d'entre nous dans la prise de conscience du «rôle social» de la médecine et de l'importance des déterminants sociaux de la santé. Quand la politique des soins de santé a été officiellement adoptée au cours de l'année 1980, toute une génération de professionnels de la santé s'est engagée dans cette voie et une véritable dynamique s'est engagée pour réaliser l'objectif de l'époque «la santé pour tous».

Les acquis ont été considérables tant au niveau de la prévention qu'en ce qui concerne les soins curatifs de

base pour de larges secteurs de la population qui en étaient auparavant privés. Aujourd'hui, 40 ans après, malgré une régression incontestable qui a fait apparaître de nombreuses faiblesses, ces acquis demeurent. Mais ils sont menacés par les appels à la fermeture des CSB et hôpitaux de circonscription ou à la fourniture des médicaments prescrits dans le secteur public par les officines privées.

Quelles ont été les faiblesses qui ont favorisé cette régression ?

1. Les différentes évaluations faites ont montré l'extrême faiblesse de la **participation communautaire** qui est une composante essentielle des SSB. Dans un nombre limité de cas, l'**inter sectorialité** a bien marché, mais de nombreux blocages en rapport avec la situation politique n'ont pas favorisé les expériences de démocratie sanitaire.
2. Une insuffisance **d'anticipation** des conséquences de la transition démographique et épidémiologique sur les SSB.
3. Une insuffisance d'attention à la **qualité** des prestations et au respect de la personne humaine. Des programmes qualité ont certes été mis au point par la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), mais ils ont été tardifs et n'ont pas été appliqués (photo 4).
4. La faiblesse des réseaux de communication et de collaboration avec le secteur universitaire qui se sont limitées à la participation de certains universitaires à l'élaboration des programmes nationaux, ainsi que l'inexistence de réseaux de communication avec le secteur privé.

D'une manière générale, il y a eu de la part des promoteurs de la politique des SSB **une sous estimation des résistances**. D'une part, la culture de l'hospitalo-centrisme est bien racinée dans la population et elle l'est encore plus chez les décideurs chez les médias. D'autre part, de larges secteurs du système de soins n'étaient pas suffisamment informés ou étaient réticents. La centrale syndicale UGTT qui a un poids considérable dans le pays, n'a pas été suffisamment sensibilisée pour appuyer cette politique.

Neutraliser ces résistances et favoriser l'adhésion des différents intervenants nécessite une stratégie de plaidoyer en faveur des SSB, comportant à la fois une dimension technique et une dimension politique et ciblant les principaux décideurs et acteurs de la santé.



Photo n° 4 : «Des programmes qualité ont certes été mis au point par la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), mais ils ont été tardifs et n'ont pas été appliqués» Dr Moncef BelHaj Yahia

DISCUSSION

Quarante années après son lancement au Maghreb dont en Tunisie, la politique des SSB, l'équivalent maghrébin des SSP, est toujours d'actualité pour continuer une mission inachevée depuis déjà deux décennies «santé pour tous à l'an 2000». Grâce à une approche méthodologique qualitative et innovante, cette politique a été évaluée en se basant sur l'analyse de contenu des témoignages des Experts/Leaders de cette politique, invités à livrer leurs retours d'expériences, sous format des récits biographiques. Le faible effectif des personnes incluses dans cette recherche qualitative, a été compensé par le choix des personnes de haute notoriété, ayant une grande expertise dans l'accompagnement des programmes des SSB et des qualités scientifiques prouvées; leur esprit critique a été façonné par une longue expérience de consultation internationale, de travail syndical et/ou d'enseignement et de recherche universitaire.

Il ressort de la lecture approfondie des textes de témoignages des nos Experts/ Leaders, une série d'items que nous pouvons les classer selon l'approche SWOT en deux catégories. D'une part, les «atouts» de

la politique des SSB avec les forces internes (S) et les opportunités externes (O). D'autre part, les «handicaps» de cette politique, combinant les faiblesses internes (W) et les menaces de l'environnement externe (T). Cette liste d'items sera de grand apport pour les évaluateurs de la politique des SSB, pour la préparation d'une version techniquement moderne par rapport aux données actuelles des sciences de management et culturellement adaptée par rapport aux modalités organisationnelles du pays.

Les atouts des Soins de Santé de Base en Tunisie

1. Le leadership médical: Parmi les quatre experts invités au témoignage, deux ont fait remonter l'histoire des SSB en Tunisie à l'année 1975, soit trois ans avant la célèbre conférence d'Alma Ata (1978), où un séminaire a été organisé par les étudiants de la Faculté de Médecine de Tunis, sous le thème «*La Santé Publique et la Réforme des Etudes Médicales*», pour une «Santé au Service du peuple. Revalorisation de la Médecine Préventive». Selon le Pr. Ben Salem, c'était un «*Séminaire prophétique ?*». La lecture des points VI et VII de la déclaration d'Alma Ata [1], lui a rappelé «*les grandes lignes de la résolution sur la santé publique, votée à l'unanimité par les étudiants lors du séminaire de Tunis*». Les participants à ce séminaire ont été «*fortement marqués*» par sa résolution sur la santé publique, à tel point qu'ils ont abandonné leur spécialisation pour se retrouver «*sur le terrain réel, constater les grands besoins de la population*».

2. L'engagement politique: Parmi les critères de succès de la stratégie des SSB en Tunisie, le Dr El Abassi a cité explicitement la «*volonté politique forte pour le développement des services sociaux de base*» qui «*mobilise, utilise et coordonne au mieux les opportunités de la coopération internationale*» et qui stimule «*l'accompagnement du niveau central qui prodiguait appui et encouragement, donnant une place de choix aux pionniers du terrain dans le processus de définition des stratégies et dans la planification nationale*»

3. L'appui universitaire: La majorité des Experts/Leaders ont témoigné de la contribution des facultés de médecine, de leurs départements de médecine préventive et de leurs enseignants de médecine communautaire dans le développement des SSB en Tunisie. Dr Sabri a rappelé le

travail important de la direction de la médecine préventive et sociale *«animée par une équipe motivée et compétente, ayant à sa tête le Pr. Taoufik Nacef»* [14-24]. Il n'est pas étonnant que les trois initiatives de renforcement de l'offre, basée sur les SSB, lancées dans les trois régions (Mejez, Soliman, Kalaa Kebira) n'aient pu se développer et murir que *«grâce à l'engagement des départements de médecine préventive et communautaire des écoles de médecine, aussi bien à Tunis qu'à Sousse»*, sous le pilotage des professeurs Zouari [25,26] et Marzouki [27-31].

4. Institutionnalisation de la circonscription sanitaire: Après environ deux décennies d'expérimentation d'un nouveau mode d'organisation des services de santé dans les trois zones pilotes de Mejez El Bab, de Soliman et de Kalaa Kebira, et de leur évaluation aussi bien par le Ministère de la santé et l'OMS, la décision de sa généralisation, sur tout le territoire du pays, a été prise. En effet, selon Dr El Abassi, *«le modèle de circonscription sanitaire ...a été repris pour l'essentiel »*. Adopté par le Ministère de la Santé, la circonscription sanitaire, structure de fonctionnement des SSB, *«a été institutionnalisé et un programme national pour son appui a été élaboré»*.

5. La formation académique: Pour la réussite de la politique des SSB en Tunisie, les équipes médicales ont beaucoup bénéficié du coaching des consultants étrangers (particulièrement belges). En ce qui concerne la formation des autres corps de métiers, Dr El Abassi a rappelé l'importance de l'école de santé de Nabeul en relation avec le projet de médecine intégrée qui a été *«le centre privilégié pour la formation nationale des cadres paramédicaux de médecine préventive»*. Pour la consolidation de leur formation dans les sciences de santé publique, la majorité de nos Experts/Leaders ont bénéficié des programmes d'éducation post universitaire de haut niveau en économie de santé, en administration publique, en santé publique, en promotion de la santé, ...dans des écoles prestigieuses telles les universités de Harvard et Boston et l'Institut de Médecine Tropicale d'Antwerpen. Cette expertise de terrain et cette formation académique ont préparé des nombreux médecins tunisiens à exercer dans les organisations internationales, dans des postes avancés et à intégrer la carrière universitaire en qualité d'enseignants de Médecine Préventive et Communautaire dans les facultés de Médecine.

Les handicaps de Soins de Santé de Base en Tunisie

1. Faible participation communautaire: Selon le Dr BelHaj Yahia, les différentes évaluations de la politique des SSB en Tunisie, *«ont montré l'extrême faiblesse de la participation communautaire»* (une composante essentielle des SSB), qui serait une forme de résistance sociale. En plus, la centrale syndicale tunisienne *«n'a pas été suffisamment sensibilisée pour appuyer cette politique»* des SSB. Le Pr Ben Salem a rapporté une forme inattendue de résistance des équipes de soins de la région pilote de Kalaa Kebira, en décrivant *«un malaise auprès des médecins hospitalo-sanitaires»* qui ont contesté *«l'intrusion de l'esprit universitaire (non choisi par la majorité d'entre eux)»*, ce qui a engendré *«de conflits et de résistance »*.

2. L'attractivité internationale: Les opportunités offertes à nos Experts/Leaders, soit de bénéficier des bourses pour le suivi des Masters en Santé Publique et soit pour gérer des programmes similaires de médecine intégrée, sous d'autres cieux, sont-elles une évolution naturelle dans la carrière d'une élite ayant excellé dans son parcours professionnel ou une réponse à des attractions des organismes internationaux de formation et d'organisation des services de santé dans la duplication, ailleurs, des expériences tunisiennes réussies ?. Avec un sous titre *«Innover et adapter pour mieux couvrir les besoins »*, dans son témoignage, le Dr El Abassi a cité quelques exemples des initiatives des SSB en Tunisie telles que la *«consultation intégrée mère-nourrisson», «les soins durant l'épisode périnatal»* dont le *«partogramme»* qui a été utilisé en 1979 à Soliman, *«dans une première mondiale»*, et *«les stratégies de prise en charge en première ligne de certaines maladies chroniques»*. Selon le Dr El Abassi, ces innovations ont été utiles *«à l'extérieur du pays»* et *«ont contribué à faire de la Tunisie, un pays pionnier dans le développement et la mise en œuvre de la déclaration d'Alma-Ata»*.

3. Les pressions de la carrière universitaire: Lors de l'expérience de Kalaa Kebira, le Pr Ben Salem a identifié la cohabitation de deux paradigmes dans la pratique et l'enseignement de la médecine intégrée. Le premier a été basé sur la *«réponse aux besoins et aux exigences en soins curatifs de la population avec une presque fonte du médecin dans ce quotidien»*. Le deuxième a été un paradigme *«répondant plus aux besoins de formation*

d'un corps universitaire en médecine communautaire, ...cherchant à répondre à ses impératifs de carrière». Certains médecins hospitalo-sanitaires de Kalaa Kebira ont beaucoup répété que les universitaires n'ont pas quitté les beaux locaux de la faculté de Médecine, pour servir la population défavorisée, mais plutôt pour la collecte des données, indispensables à la rédaction de leurs publications !

4. L'absence d'une Ecole nationale de santé publique:

Le cumul de l'expertise tunisienne en management des SSB, particulièrement en Organisation des Services de Santé, n'a pas malheureusement évolué vers la mise en place d'une Ecole Nationale de Santé Publique, comme celle que les belges ont créée à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, suite à leur expertise acquise dans la région de Kasongo, une localité de Congo [32-36]. La fédération des équipes animatrices de trois localités de Mejez El Bab, de Solimane et de Kalaa kebira, aurait généré une prestigieuse école tunisienne de santé publique, rayonnante sur le Grand Maghreb et sur tout le continent africain, délivrant une formation certifiée, au minimum à tous les médecins chefs de circonscriptions sanitaires.

5. Le contexte non approprié à une politique de première ligne: *«Quand la politique des soins de santé a été officiellement adoptée au cours de l'année 1980, toute une génération de professionnels de la santé s'est engagée dans cette voie et une véritable dynamique s'est engagée pour réaliser l'objectif de l'époque: la santé pour tous»,* disait le Dr BelHaj Yahia. Aujourd'hui, selon lui, la nouvelle génération des acteurs des SSB, seraient confrontés, à des menaces de *«fermeture des Centres de Santé de Base et des hôpitaux de circonscription»,* en plus à une *«culture d'hospitalo-centrisme bien racinée dans la population».* Dr El Abassi a incriminé d'autres facteurs impactant négativement la continuité de la politique des SSB, outre la logique hospitalo-centriste et la valorisation des spécialités médicales, tels que *«le développement dynamique et soutenu du secteur privé et la pratique de double appartenance public/privé chez certaines catégories des professionnels de la santé».*

Ainsi, il est évident, comme disait le Professeur Brix, un expert maghrébin qui a beaucoup audité le système national de santé durant ces dernières décennies, qu'en

Tunisie, comme d'ailleurs dans différents pays, *«la politique des soins de santé primaires a produit»* une amélioration des indicateurs de santé (dont l'espérance de vie et l'accès aux soins). Cependant, selon Brix, *«cette politique s'est épuisée, voire a commencé à contre produire»* ; elle a *«atteint ses limites»* et *«s'est appauvrie sur différents plans».* La stratégie des SSB en Tunisie, a été trop dépendante non seulement des bayers des fonds sur le plan logistique mais aussi du paradigme des SSP des Nations Unies (OMS, UNICEF). Un tel paradigme qui s'est voulu universel mais que les managers nationaux n'ont pas réussi à le contextualiser, autrement dit, à le «tunisifier»). La Tunisie est totalement différente de l'Afrique subsaharienne, par conséquent, son programme des SSB attendu devrait être totalement différencié des programmes des SSP des autres pays. Selon le professeur Brix, les consultants de la coopération internationale *«nous ont vendu ou plus précisément instillé, si n'est imposé, leurs équipements, méthodes et surtout concepts et conceptions»,* basés sur la logique suivante: leur mission est de nous aider à passer du statut des *«sous-développés »* au statut des *«dépendants».* La Tunisie, ainsi que tous les pays du Gand Maghreb, a besoin aujourd'hui d'une nouvelle génération de managers et d'une nouvelle gamme d'activités des SSB. *«De nos jours, sous d'autres cieux dont on ne voyait que les vitrines »,* tels que la Suède, la Finlande, le Danemark, voir le Portugal, *«la 1^{ère} ligne de soins de santé essentiels est l'épine dorsale et la porte d'entrée (et non le tremplin) de leurs systèmes de santé ».* Nos experts nationaux décideurs doivent élaborer une nouvelle «Public Health», plus indépendante, plus pertinente et plus contextualisé, autrement dit; nos managers du système national de santé, doivent apprendre, comme disait le professeur Brix, à *«plus réfléchir en autonomie»,* ce qui signifie *«ouvrir plusieurs fenêtres, tout en gardant les pieds au sol».* Après quarante ans des SSB en Tunisie, tous les intervenants pourront *«gagner, enfin, une posture d'acteur laborieux et vigilant et non pas celui de consommateurs abusés ou aliénés »* (Brix).

Enfin, les Experts/Leaders de la politique des SSB en Tunisie, interrogés à propos de leurs expériences, en tant que managers, partagent actuellement trois attitudes. La première est un sentiment de fierté de leur contribution dans un projet pilote et innovateur qui n'était pas

seulement «une approche de renforcement des SSB en Tunisie» (Dr Sabri), «au diapason d'Alma-Ata» (El Abassi) mais un projet de «santé au service du peuple,...trois ans avant Alma Ata», selon Pr Ben Salem. La deuxième est un sentiment de mission non achevée, malgré la pertinence des SSB, aussi bien pour la population générale que pour le personnel de santé. Selon Pr Ben Salem, l'initiative de Kalaa Kebira, malgré qu'elle «n'avait pas pu réaliser les rêves de ses commanditaires», a été «le premier grain semé dans le vaste terrain de la réhabilitation de la pratique de la médecine de première ligne». La troisième est une décision de sauvegarde des acquis de cette expérience de 40 ans, et de son adaptation avec les nouvelles données de la science, avec les transformations sociales et avec les attentes de la population. Selon Dr El Abassi, «les innovations ont été possibles, acceptables en Tunisie et influentes ailleurs dans le monde». La transition démocratique du pays, selon Sabri, «est de nature à renforcer la démocratie sanitaire et la participation communautaire en santé, étant un pilier du système de santé basé sur les SSB». Le plaidoyer en faveur des SSB, selon Dr Bel Haj Yahia devrait comporter à la fois «une dimension technique et une dimension politique». Quarante ans après leur lancement en Tunisie, la caravane des centaines des militants des SSB continue son chemin vers une santé de qualité pour toute la population, sans aucune discrimination et crie à haute voix: aujourd'hui, les SSB: maintenant plus que jamais [37].

TÉMOIGNAGE N°5 :

Pr. Omar Brix

**Soins et santé dans nos pays:
et si on allait au bout du diagnostic ?**

Professeur Omar Brix

Professeur de Santé Publique. Consultant international

Email : obrix@gmail.com>



,Professeur Omar BRIXI

- *Médecin épidémiologiste, enseignant en santé publique (Alger/Paris).*
- *Ancien directeur de l'Ecole Nationale de Santé Publique d'Alger,*
- *il a travaillé dans divers départements des Agences Publiques en Santé à Paris: CFES, FMF, Inca.*
- *Actuellement Consultant en Santé Publique,*

Pour avoir contribué, comme tant d'autres de notre génération, dans différents pays (1) et travaux (2), c'est avec plaisir que nous nous saisissons de ce temps de recul (photo 5).

La politique des soins de santé primaires a produit

Les résultats en termes de prises en charges, de recul des carences et de maladies transmissibles, sont incontestés dans nos pays. L'évolution des indicateurs sanitaires sur les années 1960-1990, en témoigne (3). Les générations post indépendances connaissent une plus longue espérance de vie et un meilleur accès aux droits sociaux fondamentaux.

Cette politique s'est épuisée, voire a commencé à contre produire

Au fil du temps et des transformations - démographiques, sociales et épidémiologiques - cette politique a atteint ses limites. Les pressions de tous ordres, internes et externes, ainsi que la persistance des modes de gestion - autoritaires, verticaux et bureaucratiques - ont figé les nécessaires évolutions, voire imposé des réorientations (4). La 1^{ère} ligne des soins de santé de base s'est appauvrie sur différents plans. Les mieux nantis ou introduits les ignorent. Les plus pauvres en sont otages, ou en usent parmi les recours qu'ils peuvent.

Les différents efforts de maintien ou de relance n'ont pourtant pas marqué

Tant ceux à l'initiative des autorités de nos pays que celles provenant des «apports» des bailleurs externes. Ce n'est ni les réformes de toutes obédiences, ni même des ressources allouées qui ont manqué. Même si elles ont été inégales et restent insuffisantes.

Comment comprendre cette évolution voire ces retournements ?

Nous n'avons pas assez vu la dynamique des différenciations sociales s'installer. Nous n'avons pas eu conscience du modèle de reproduction à travers les Facultés de Médecine, leurs contenus et les profils de professionnels formés à l'école française, trop absorbés par le besoin quantitatif et la démocratisation de l'enseignement. Nous avons manqué d'expérience, d'expertise et de vigilance vis-à-vis des dernières vagues de «coopération internationale». Ils nous ont vendu ou plus précisément instillé si n'est imposé, leurs équipements, méthodes et surtout concepts et conceptions. Le citoyen est devenu client. Le management théorisé chez eux nous a dépossédés de nos savoirs faire, de nos infirmiers «majors» et de nos «DSSB» !

Logique. Nous étions sous-développés, nous sommes devenus dépendants. Malgré la construction laborieuse d'Etats nationaux, la formation de «nos élites», des structures et des bâtis enviables, des publications dans leurs revues, référents incontournables ! Il est remarquable

de noter que ces caractéristiques sont présentes, à des degrés et sous des formes diverses dans nos trois pays. A penser que nous sommes sous influences du même parrain ? Et si ce modèle (sur et sous médicalisations, système de soins hospitalo-centré, profils de formations hors sol, prééminence d'examen inflationnistes sur la clinique et l'effort diagnostics, liberté de prescriptions etc. ...), était en cause (5) ?

Et pourtant et de nos jours, sous d'autres cieux dont on ne voyait que les vitrines

Les choix à la base de nos politiques d'antan sont aujourd'hui ceux des plus avertis «au Nord» ou débattus dans les pays «des Sud du Nord» en bute avec les limites de leurs modèles dépensiers et trop coûteux, tant sur le plan humain que financier. Des pays comme la Suède, la Finlande, le Danemark, voir le Portugal, entre autres, pratiquent d'autres modèles où la 1^{ère} ligne de soins de santé essentiels est l'épine dorsale et la porte d'entrée (et non le tremplin) de leurs systèmes de santé. La Liste des Médicaments Essentiels (LME) qui a tant pourvu nos pays avant de sombrer dans la déconsidération scientifique et sociale fait la fierté de la Suède (la Wise List ou liste réfléchie) (6) et de bien d'autres pays développés. Même en France, pays source du modèle hospitalo-centré, les soins de santé primaires ne sont plus un terme ou un concept obsolète ! La Haute Autorité de Santé en France promeut la pertinence des soins et de leur système (7).

Quelle direction prendre ?

Sans prétendre répondre à cette question, je me contenterai dans un raccourci de circonstances d'évoquer une seule voie: **plus réfléchir en autonomie**. Ce qui ne veut dire ni repli, ni déni, mais bien au contraire ouvrir plusieurs fenêtres tout en gardant les pieds au sol, avec les siens. Contribuer autant qu'on peut, sous notre angle, à conforter la décision nationale autour de l'intérêt bien compris de nos pays et de nos sociétés. In fine, être de notre temps, celui de tant de bouleversements, où nous pourrions, après ces décennies d'épreuves, gagner, enfin, une posture d'acteur laborieux et vigilant et non pas celui de consommateurs abusés ou aliénés.

Références

1. Postes de travail, enquêtes et travaux à différents niveaux : Algérie, Viet Nam, Tunisie, Maroc, Djibouti, Sénégal et France.
2. Itinéraires Thérapeutiques en Tunisie, Enquête nationale qualitative, 2017-2018, O Brixl & S Kallel. Vécus et pratiques en soins de santé au Maroc, Enquête nationale qualitative 2018-2019, O Brixl & S Kallel.
3. La promotion de la santé, sous le ciel du Maghreb, Chapitre 9, Ouvrage collectif, éditions ENSP, 2017, O Brixl
4. Confère les programmes d'ajustements imposés à nos pays à partir des années 1985 par nos créanciers !
5. 8^e Colloque : « Sur- et sous-médicalisations, sur diagnostics et sur traitements » Omar BRIXI, Abdelwahed EL ABASSI, Slim KALLEL, Paris le 29-30/11/2019
6. <http://surmedicalisation.fr/blog/WordPress3/wp-content/uploads/2016/09/Les-listes-ME-r%C3%A9serv%C3%A9es-aux-PED.pdf>
7. Pertinence des soins – Les professionnels en action, Article HAS - Mis en ligne le 15 janv. 2018



Photo n°5: Omar Brixl, Professeur de Santé Publique, dont intérêt s'est porté vers les Soins de Santé Primaires (Tunisie, Maroc, Djibouti, Vietnam)

Conflits d'intérêts :

L'auteur de ce papier signale qu'il était membre de l'équipe du Professeur Moncef Marzouki, (chef du département de Médecine Préventive et Communautaire de la Faculté de Médecine de Sousse, initiateur et manager de l'expérience de médecine intégrée dans la localité de Kalaa Kebira,

Sousse, Tunisie), en qualité de médecin généraliste, du Ministère de la santé publique (1989-1992). Il a bénéficié, dans ce cadre, et avec le soutien de la coopération belge, d'un Master of Public Health, à l'Institut de Médecine Tropicale d'Antwerpen en Belgique (1992-1993), avant d'intégrer la Faculté de Médecine de Sousse, en 1997, en qualité d'Assistant Hospitalo-universitaire de Médecine Préventive et Communautaire, pour en devenir, quinze ans après, Professeur Hospitalo-universitaire en 2013.

RÉFÉRENCES

1. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Ben Ayed H, Koubaa M, Gargouri L, Ben Jemaa M, Trigui M, Hammemi F, et al. Epidemiology and disease burden of tuberculosis in south of Tunisia over a 22-year period: Current trends and future projections. *PLoS One* 2019; 14(7): e0212853.
3. Ben Jmaa M, Ben Ayed H, Koubaa M, Hammemi F, Trigui M, Ben Hmida M, et al. The ongoing challenge of Pulmonary Tuberculosis in Southern Tunisia: A review of a 22-year period. *Respir Med Res* 2020; 77: 67-71.
4. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. <https://www.who.int/publications/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
5. Belgacem S. Major health problems in North Africa. *Ethn Dis* 2005; 15(1 Suppl 1): S1-76.
6. Belgacem S. Health issues in the Arab American community. Summary report: HIV/AIDS in the Arab world. *Ethn Dis* 2007; 17(2 Suppl 3): S3-96.
7. Sabri B. Health, poverty and development. *East Mediterr Health J* 2007; 13(6): 1238-41.
8. Sabri B. Thirty years of primary health care in the Eastern Mediterranean region. *East Mediterr Health J* 2008; 14 Suppl: S12-4.
9. el Abassi A, Van Lerberghe W, Van der Stuyft P. Continuité des soins et contrôle de l'hypertension dans un centre de santé en Tunisie. *Ann Soc Belg Med Trop* 1993; 73(3): 217-26.

10. Ben Salem K, Letaief M, Gaïda N, Khayeche F, Belghith Z, Soltani MS, Bchir A. Le flux des patients dans les centres de santé de base de la ville de Monastir (Tunisie). *Tunis Med* 2003; 81(10): 788-93.
11. Ben Salem K, El Mhamdi S, Ammar H, Letaief M, Soltani MS. Profil épidémiologique et tendances chronologiques de la multiparité dans le district sanitaire de Monastir (Tunisie) entre 1994 et 2003. *Tunis Med* 2008; 86(9): 796-801.
12. Ben Salem K, El Mhamdi S, Ben Amor I, Sriha A, Letaief M, Soussi Soltani M. Caractéristiques épidémiologiques et chronologiques des parturientes aux âges extrêmes dans la région de Monastir entre 1994-2003. *Tunis Med* 2010; 88(8): 563-8.
13. Ben Salem K, Ben Abdelaziz A. The Maghreb demographic transition: Tunisia case study. *Tunis Med* 2018; 96(10-11): 754-759.
14. Nacef T, Charrad A, Zouari B, Zghal R. Contribution à l'étude des causes du retard scolaire. Comparaison d'un groupe d'enfants retardés scolaires à un groupe-témoin. *Tunis Med* 1979; 57(4-5): 214-8.
15. Nacef T, Zouari B, Coudray P, Beghin P, Cotton E, Stroobants P, Achour N. Données biométriques, morbidité et mortalité de l'enfant d'âge préscolaire. Observation d'un échantillon de 1.258 enfants de 0-6 ans pendant un an. *Tunis Med* 1978; 56(1): 27-36.
16. Nacef T, Galeano A, Mallet JR, Bernadou M, Maalej M, Freour P. Le dosage des immunoglobulines E (IgE): valeurs chez l'allergique et chez le sujet normal; apport du diagnostic de l'asthme. *Tunis Med* 1977; 55(1): 27-31.
17. Nacef T, Hassouna H, Coudray P, Azzouz K, Ouertani A. Sur quelques aspects médico-sociaux de l'habitude alcoolique à Tunis. *Tunis Med* 1977; 55(2): 121-5.
18. Nacef T, Jouhri S, Charrad A, Achour N. Index tuberculiques et morbidité tuberculeuse, chez les étudiants de l'Université de Tunis, au cours de l'année scolaire 1974-1975. *Tunis Med* 1977; 55(3): 143-7.
19. Nacef T, Coudray P, Kacemi MB, Thiers G, Stroobants P, Cotton P. Etude épidémiologique et prophylaxie de l'ankylostomiase dans une région connue d'endémie (Takelsa). *Tunis Med* 1975; 53(2): 109-20.
20. Nacef T, Nasfi F, Bouacha H, Hessairi M. La pollution aérienne à Gabès, ses effets sur la santé des écoliers. *Tunis Med* 1989; 67(12): 785-9.
21. Nacef T, Charrad A, Coudray P, Dridi B, Maalej M, Ben Dridi B, Ben Dridi M, Zbiba M, Hamrouni A. Index tuberculiques d'un groupe d'écoliers âgés de 6 ans, originaires de Tunis. *Tunis Med* 1974; 52(6): 323-6.
22. Nacef T, Mallet JR, Bernadou M, Chomy P, Kissel C, Fréour P. Les tests de provocation par inhalation d'allergènes: techniques, résultats, intérêt pour le bilan allergologique de l'asthmatique. *Bord Med* 1970;3(7): 1817-26.
23. Nacef T, Argellies JL. Planning continuing training. *J Famil Health Train*. 1982; 1(1):13-6.
24. Nacef T, Baccar MA, Zouari B. Antituberculous fight in the Maghreb: the balance sheet. *Tunis Med*. 2018; 96(10-11): 584-589.
25. Zouari B, Bousnina S, Maalej M, Nacef T. Mise en œuvre des programmes de soins de santé primaires: problèmes, résultats et leçons apprises en Tunisie. *Tunis Med* 1981; 59(6): 420-3.
26. Zouari B, Hannachi A, Nacef T, Doua MB, Romdhane HB. Prophylaxie de la rage: comparaison de quelques stratégies. *Tunis Med* 1980; 58(1-2): 436-9.
27. Marzouki M. Point de vue. Mondialisation, santé et droits de l'homme au Sud et au Nord. *Sante Publique* 2003; 15(3): 283-9.
28. Marzouki M. Problèmes déontologiques de l'expérimentation clinique et biologique sur l'homme. *Tunis Med* 1978; 56(3): 271-8.
29. Marzouki M. Hygiène et prévention de masse: l'expérience chinoise. *Tunis Med* 1977; 55(2): 109-12.
30. Marzouki M, Hadh Fredj A, Chelli M. L'enfant battu et les attitudes culturelles: l'exemple de la Tunisie. *Child Abuse Negl* 1987; 11(1): 137-41.
31. Marzouki M. Le non-engagement scientifique pour le respect des droits fondamentaux de la personne. *Sante Publique* 2001; 13(1): 3-6.
32. Influence of measles vaccination on survival pattern of 7--35-month-old children in Kasongo, Zaire. The Kasongo Project Team. *Lancet* 1981; 1(8223): 764-7.
33. Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. The Kasongo Project Team. *J Trop Med Hyg* 1984; 87(4): 173-83.
34. Kasongo Project Team. Growth decelerations among under

- 5-year-old children in Kasongo (Zaire). I. Occurrence of decelerations and impact of measles on growth. Kasongo Project Team. Bull World Health Organ 1986; 64(5): 695-701.*
35. *Kasongo Project Team. Growth decelerations among under-5-year-old children in Kasongo (Zaire). II. Relationship with subsequent risk of dying, and operational consequences. Kasongo Project Team. Bull World Health Organ 1986; 64(5): 703-9.*
36. *Van Lerberghe W, Pangu K. Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. Soc Sci Med 1988; 26(9): 949-55.*
37. *Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Genève: OMS ; 2008.*