



Place du Bilan Médical Périodique dans les Soins de Santé de Base en Tunisie

Place of the periodic medical check-up in basic health care in Tunisia

مكانة الفحص الطبي الدوري في الرعاية الصحية الأساسية بتونس

Mohamed Hsairi¹, Rym Mallekh¹, Hyem Khiari¹, Hajer Hannachi¹, Faouzi Mehdi², Réseau Maghrébin PRP2S*

* Réseau- Maghrébin: Pédagogie- Recherche- Publication en Sciences de Santé (PRP2S). Email : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

1. Service d'Epidémiologie – Institut de Cancérologie Salah Azaiz. Tunis

2. Direction Générale de la Santé Militaire – Tunis

RÉSUMÉ

Les soins de santé primaires (ou de base) ont pour objectif d'assurer la santé pour tous dont l'une de ses principales finalités est de réduire la mortalité et la morbidité. Ces soins ont eu un impact très positif dans la lutte contre les maladies transmissibles, carencielles, maternelles et néonatales; cependant, leur impact sur la lutte contre les MNT et les maladies mentales n'est pas évident; alors que ces pathologies pèsent de plus en plus lourd sur les systèmes de santé des pays en développement.

En Tunisie, les soins de santé de base, instaurés au début des années 80 du siècle dernier, ont abouti au même constat avec des progrès notables au niveau de l'amélioration de la santé en particulier de la mère et de l'enfant, mais des résultats mitigés dans la lutte contre les MNT ou mentales. C'est pourquoi, une nouvelle approche serait fortement recommandée pour remédier à cette situation. Le Bilan Médical Périodique (BMP) serait une des alternatives de cette démarche. Instauré depuis longtemps en Amérique du Nord, il aurait eu un impact positif dans la prévention et la prise en charge des MNT. Quelle serait ainsi la place de ce BMP dans les soins de santé de base en Tunisie.

Le BMP a deux objectifs principaux: la prévention de maladies spécifiques et la promotion de la santé. Cependant, malgré son efficacité et de son utilité, sa mise en place pourrait s'avérer coûteuse, notamment pour des pays à ressources limitées. A ce propos, pour maîtriser son impact financier, les preuves actuelles suggèrent que l'approche la plus appropriée serait d'adopter des visites de santé préventives périodiques et personnalisées en fonction du niveau des risques et d'adapter la périodicité des visites en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé de l'individu.

En conclusion, Il existe des arguments solides en faveur de l'introduction du BMP dans les soins de santé de base en Tunisie, en particulier chez les adultes dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il serait toutefois recommandé que le BMP soit le mieux orienté en fonction des niveaux de risque dans le but d'une optimisation des ressources. Il est important aussi d'éduquer la population sur l'intérêt de ce type de prestation et d'encourager le grand public, en particulier les femmes et les jeunes adultes, à bénéficier des examens médicaux et dentaires de façon périodique.

Mots clés: Soins de Santé Primaires – Médecine préventive – Prévention primaire – Service de médecine préventive - Tunisie

SUMMARY

The objective of primary health care is to reduce mortality and morbidity. This kind of care was very efficient in communicable diseases, malnutrition and maternal and neonatal diseases; however, their impact on non communicable diseases and mental disorders control is not obvious.

In Tunisia, primary health care was introduced in the early 1980s; a lot of progress were notified in particular in health of mothers and children in particular, but only slightly in non communicable diseases control and mental health promotion. Therefore, a new approach would be strongly recommended to remedy this situation. The Medical Periodic Check-up (MPC) implemented in North America would have a positive impact in the prevention and management of non communicable diseases. What would be the place of this MPC in primary health care in Tunisia?

The MPC has two main objectives: the prevention of specific diseases and health promotion. However, despite its efficiency and usefulness, the MPC could be costly, especially for countries with limited resources. Current evidence suggests that the most appropriate approach would be to take periodic preventive health visits tailored to the level of risk. The frequency of visits depends on the age, sex and state of health of the individual. In conclusion, there are strong arguments in favor of the introduction of MPC in primary health care in Tunisia, especially among adults in non communicable diseases control strategy. However, it's highly be recommended that the BMC should be oriented according to the risk levels in order to optimize resources. It is also important to educate and the public, especially women and young adults, to benefit from periodic medical and dental examinations.

Key Words: Primary Health Care – Preventive Medicine – Primary Prevention - Preventive Health Services- Tunisia

Correspondance

Mohamed Hsairi

Email: mohamed.hsairi@yahoo.fr

الملخص

الهدف الأساسي من الرعاية الصحية الأولية هو الحد من الوفيات والمراضة. لقد كان لهذه الرعاية تأثير إيجابي للغاية في مكافحة الأمراض المعدية وسوء التغذية و صحة الأم والطفل؛ ومع ذلك، فإن نتائجها في مكافحة الأمراض غير السارية و الأمراض النفسية ليست كافية؛ بينما تؤثر هذه الأمراض بشكل كبير على النظم الصحية في البلدان النامية. في تونس، تم ترسيخ الرعاية الصحية الأساسية في أوائل الثمانينيات؛ مما أدى إلى إحراز تقدم كبير في تحسين صحة الأمهات والأطفال على وجه الخصوص، ولكن بالقدر الغير الكافي في مكافحة الأمراض غير السارية و الأمراض النفسية. لذلك، سيكون من المستحسن إتباع نهج جديد لعلاج هذه الوضعية. فالفحص الطبي الدوري الذي تم تنفيذه لفترة طويلة في أمريكا الشمالية كان له تأثير إيجابي في الوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها. ماهي إذا مكانة الفحص الطبي الدوري في الرعاية الصحية الأساسية في تونس. فهذا الفحص له هدفان رئيسيان: الوقاية من أمراض معينة وتعزيز الصحة. ومع ذلك، على الرغم من نجاعته، يمكن أن يكون مكلفاً، خاصة بالنسبة للبلدان ذات الموارد المحدودة. تشير الدلائل الحالية إلى أن النهج الأنسب هو القيام بزيارات صحية وقائية دورية مصممة وفقاً لمستوى الإختطار يعتمد تواتر الزيارات حسب العمر والجنس والحالة الصحية للشخص. في الختام، هناك حجج قوية تؤيد إدماج الفحص الطبي الدوري في الرعاية الصحية الأساسية بالبلاد التونسية وفقاً لمستوى الإختطار لمكافحة الأمراض غير السارية. يجب كذلك أيضاً تثقيف المواطنين وتشجيعهم، وخاصة منهم النساء والشباب و الكهول، على الاستفادة من الفحوص الطبية الدورية.

الكلمات المفتاحية: الرعاية الصحية الأولية - الطب الوقائي - الوقاية الأولية - الخدمات الصحية الوقائية - تونس

INTRODUCTION

Réduire la mortalité et la morbidité est le principal objectif des soins de santé primaires (ou de base) [1,2]. Les soins de santé primaires consistent à fournir à la population des services de santé intégrés, accessibles et répondant

à une grande majorité de leurs besoins de soins [3]. On leur reconnaît quatre caractéristiques clés: l'accès aux services, la continuité des services, l'intégration et la coordination ainsi que l'approche globale au niveau des prestations de soins (encadré 1).

Encadré 1 :

Les caractéristiques essentielles des services de soins de santé de base

- * **L'accès** aux services de soins peut être défini comme la facilité avec laquelle les soins de santé sont obtenus [4], en surmontant les obstacles de nature géographique, psychologique, socioculturelle ou financière. C'est aussi la capacité de recevoir des soins où et quand ils sont nécessaires [5].
- * La **continuité** des soins est importante pour que les prestations de soins soient adaptées aux besoins des patients sur une plus longue période et garantir le suivi du patient d'une visite à l'autre [6].
- * **L'intégration** et la coordination des prestations des soins primaires est un élément déterminant important de la réactivité du système de santé en entier. En effet, les soins primaires sont le point d'entrée des soins de santé et jouent un rôle de relais vers d'autres niveaux de soins.
- * La **globalité** des soins peut être définie comme la mesure dans laquelle une gamme complète de prestations est directement fournie par un service ou une équipe de soins primaires. Cette gamme comprend des soins de réadaptation et de soutien, ainsi que des actions de promotion de la santé et de prévention des maladies [7].

Bien que des progrès aient été réalisés dans les domaines de la santé pour tous et de la lutte contre les maladies transmissibles, l'impact sur les maladies non transmissibles (MNT) n'a pas été évident. A ce propos, la charge de morbidité des MNT pèse de plus en plus lourd sur les systèmes de santé des pays à faible et à moyen revenu [8, 9]. D'autre part, les soins de santé primaires n'ont pas contribué efficacement à la réduction des inégalités; car de nos jours, c'est l'équité en matière de santé qui occupe de plus en plus de place dans les décisions politiques [10]. Cela veut dire que pour atteindre la santé pour tous, il devrait y avoir des réformes des systèmes de santé en général et des soins de santé primaires qui «mettent l'individu au centre des soins de santé» en particulier [11]. Ainsi, les soins de santé primaires devraient ouvrir

davantage des perspectives à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, ainsi qu'au dépistage et la détection précoce de certaines pathologies. En se limitant à traiter des maladies courantes, le système des soins primaires n'est pas en fait ni acceptable sur le plan éthique et social, ni rentable sur le plan économique notamment dans les pays à faible revenu [12].

En Tunisie, la réforme des soins de santé de base a eu lieu au début des années 80 du siècle dernier. Beaucoup de progrès ont été enregistrés, notamment en matière de lutte contre les maladies transmissibles, carencielles, et aussi dans le domaine de la santé maternelle et néonatale (encadré 2).

Encadré 2 :

Evolution des indicateurs de santé maternelle et infantile en Tunisie

L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée au cours du temps passant pour les deux sexes confondus de 72,5 en 1999 à 73,9 ans en 2012, à 74,8 en 2013, à 75,1 ans en 2015 [13]. Le taux de mortalité infantile a été estimé à 16 pour 1000 naissances vivantes en 2012; celui de la mortalité des moins de cinq ans (mortalité infanto juvénile) a été estimée par l'enquête MICS 4 à 19 décès pour 1000 naissances vivantes pour période 2007-2011, et celui de la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes, représentant les 2/3 de la mortalité infantile [14]. Certaines maladies ont été éradiquées, telles que la bilharziose et le paludisme, et la poliomyélite a été éliminée. La couverture par plusieurs prestations préventives a atteint des niveaux très satisfaisants; la couverture vaccinale par tous les antigènes a été estimée en 2012 à 86,4% chez les enfants âgés entre 18 et 29 ans; 85% des femmes enceintes ont bénéficié de 4 visites prénatales ou plus, 98,5% des accouchements ont été assurés par un personnel qualifié assisté, la couverture par les méthodes contraceptives modernes a été estimée en 2012 à 50% [14].

La lutte contre les MNT a été intégrée dans les soins de santé de base; cependant, les résultats demeurent non satisfaisants, notamment en matière de couverture par le dépistage/et ou par le diagnostic précoce des cancers du sein, du col utérin et des cancers colorectaux, et aussi du diabète et de l'hypertension artérielle [15]. C'est pourquoi, une nouvelle approche serait fortement recommandée pour remédier à cette situation. Le Bilan Médical Périodique (BMP) instauré depuis plus d'une vingtaine d'années en Amérique du Nord, puis dans certains pays européens aurait eu un impact positif dans la prévention et la prise en charge des MNT. Quelle serait la place de ce BMP dans les soins de santé de base en Tunisie ?

LE SYSTÈME DE SANTÉ TUNISIEN ET LES SOINS DE SANTÉ DE BASE

L'approche des soins de santé de base en Tunisie s'appuie sur un réseau de Centres de Santé de Base (CSB) bien étoffé, composé de 2091 structures, répartis sur tout le territoire, avec une accessibilité géographique et financière relativement satisfaisante. Ces CSB offrent des prestations intégrées (curatives, préventives et promotionnelles) [16]. Une infrastructure hospitalière permet d'assurer des soins plus spécialisés; elle est composée de 108 hôpitaux de circonscription, 35 hôpitaux régionaux et 28 structures hospitalières universitaires. Le secteur privé contribue également à une meilleure disponibilité des soins; ce secteur connaît une croissance soutenue en termes de lits d'hospitalisations dépassant

15 % de l'offre. Il est nettement mieux doté, en ressources humaines et en équipements, que le secteur public [17].

Cependant, le système de santé connaît actuellement des difficultés, avec notamment des inégalités entre les régions, entre les deux milieux urbain et rural et entre les catégories socio-économiques. Les difficultés du système de santé se sont aggravées à cause de la double transition démographique (caractérisée par une diminution du taux de mortalité et de natalité associées à une augmentation de l'espérance de vie); et épidémiologique marquée par une régression des maladies transmissibles, carencielles, maternelles et périnatales et une augmentation de la fréquence des maladies chroniques non transmissibles. Plusieurs pathologies, telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, les maladies broncho-pulmonaires chroniques obstructives et le diabète sucré, sont en augmentation en raison de changements des modes de vie. D'un autre côté, la qualité des prestations de soins au niveau des CSB serait non satisfaisante; le

service est rarement intégré, coordonné et global (centré sur le patient) et l'intimité du malade est souvent non respectée. Des insuffisances au niveau de la qualité technique des pratiques cliniques et thérapeutiques et de la qualité relationnelle, ont été également rapportées [16]. Une enquête récente de l'Institut National de la Statistique [18] a confirmé ce constat en relevant que globalement 54% des citoyens n'étaient pas satisfaits des prestations fournies par les CSB; cette proportion atteignaient 79% dans le Sud-ouest. Les raisons de cette insatisfaction ont été liées principalement au manque de médicaments, aux délais d'attente et à la non disponibilité du cadre médical.

Pour remédier à cette situation, la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) a lancé, dès 1994, le Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires (PNDCS) ayant pour objectif d'organiser le niveau local de santé en circonscriptions sanitaires fonctionnelles dans la perspective d'offrir à chaque citoyen un paquet minimum de soins de qualité (encadré 3) [19].

Encadré 3 :

Le Programme National de Développement des circonscriptions Sanitaires en Tunisie (PNDCS)

Le PNDCS s'appuie sur plusieurs principes de base dont la prestation de soins centrés sur la personne, avec une prise en charge globale et intégrée, se basant sur la personne et non pas sur la pathologie. Dans le cadre de ce projet, un CSB est considéré comme fonctionnel s'il fournit un paquet minimum de soins de manière intégrée, des soins curatifs quotidiens, associés à une qualité technique, relationnelle et une continuité et globalité des soins perceptibles, tout en établissant un dialogue avec la communauté. Cependant, ce projet tardait à se concrétiser réellement sur le terrain, avec même un relâchement après 2011.

A côté de ce PNDCS, un projet de réforme pour le développement de la médecine de famille en Tunisie a été décrété en 2011 et officialisé en 2019. L'objectif était d'assurer une meilleure formation du médecin généraliste tunisien, pour mieux répondre aux attentes de la population. Cependant, la mise en œuvre de cette médecine se heurte actuellement à plusieurs obstacles liés notamment à la non préparation du système de santé à ce genre d'exercice médical.

D'autre part, dans le but d'améliorer la qualité des soins dans les CSB, l'Instance Nationale de l'Accréditation en Santé a élaboré en 2017, un manuel d'accréditation des centres de santé de base (encadré 4) [20].

Dans le monde, la nécessité de réformer les soins de santé primaires a concerné plusieurs pays. C'est ainsi qu'au cours de la dernière décennie, les progrès des soins de santé ont fait l'objet d'une attention particulière, mettant en doute l'impact des soins de santé primaires dans les «performances des soins de santé» [21–26]. Corollaire, des mesures pour renforcer les soins primaires font actuellement partie intégrante de la réorganisation des soins de santé dans divers pays d'Europe et d'Amérique latine. En outre, les soins de santé primaires devraient servir de pierre angulaire pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle [27].

Compte tenu de ces insuffisances des soins de santé de base en Tunisie, notamment celles en rapport avec le faible impact sur la prévention et la prise en charge des MNT, il faudra accorder plus de place à la détection précoce

Encadré 4 :

Principaux critères d'accréditation des centres de santé de base en Tunisie

Parmi les critères proposés, il existe trois qui sont relatifs à la prise en charge des usagers: (i) Référence relative à l'évaluation de l'état du patient (EEP 1): Le centre identifie les besoins de soins de chaque patient. (ii) Référence relative à l'éducation du patient et de sa famille (EDU 1): Le centre intègre la promotion de la santé dans le cadre de ses activités. (iii) Référence relative à l'éducation du patient et de sa famille (EDU 2): Le centre met en œuvre un programme d'éducation qui assure la participation du patient et de sa famille aux décisions et aux processus de soins. La mise en place de ce processus d'accréditation nécessite une bonne gouvernance et un accompagnement efficace; ce qui est loin d'être réalisé.

des maladies grâce à des programmes de dépistage efficaces et fondés sur des preuves et à des bilans de santé réguliers pour des groupes d'âge spécifiques dans le but de réduire la charge de morbidité et à offrir une couverture des services de santé à une frange plus large de la population pour atteindre la couverture sanitaire universelle [28]. La question qui se poserait: quelle serait l'opportunité d'introduire le BMP dans les activités des soins de santé de base ?

PLACE DU BILAN MÉDICAL PÉRIODIQUE DANS LES SOINS DE SANTÉ DE BASE

Le BMP, une forme de médecine préventive, appliqué depuis plusieurs années en Amérique du Nord, a été également introduit dans certains pays européens, dans certains pays du Golfe, et dans certains pays africains, en particulier au Ghana et au Nigéria. Ce bilan inclut une description approfondie des antécédents, un examen physique et un dépistage régulier des personnes asymptomatiques par des médecins dans le cadre d'un processus de soins de santé de routine [29]. Il se distingue de l'examen physique annuel par le fait qu'il intègre de mesures préventives cliniques adaptées et de tests de laboratoire dans le cadre de l'évaluation des risques pour la santé. En favorisant la prévention, la prise en charge des maladies chroniques et l'amélioration de la relation patient-soignant, le BMP pourrait contribuer à améliorer les résultats en matière de santé aussi bien pour les patients que pour la santé publique. Il a deux principaux objectifs: la prévention de maladies spécifiques et la promotion de la santé [30]. Lors d'un examen médical de routine, certaines MNT telles que le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du col utérin, l'hypertension et le diabète sucré, et de nombreux troubles hépatiques et rénaux, qui contribuent à plus de

60% de la charge globale de morbidité [31], peuvent être détectées et pris en charge aussi bien sur le plan curatif que préventif (encadré 5). Le BMP est particulièrement très utile pour les personnes âgées [32]. C'est ainsi qu'une méta-analyse de 19 essais d'interventions préventives de soins primaires parmi les personnes de plus de 65 ans ont mis en évidence une réduction de 17% de la mortalité [33]. Un essai clinique randomisé a également constaté une diminution de la mortalité à 8 ans et une meilleure adhésion aux recommandations de soins préventifs chez les personnes âgées de plus de 65 ans [34].

Encadré 5 :

Synopsis des différentes composantes d'un Bilan Médical Périodique (BMP)

Objectifs et attentes

- Promouvoir la santé des usagers et de leur famille.
- Détecter les symptômes précoces des formes asymptomatiques de certaines maladies.
- Prévenir la morbidité chez les usagers.
- Sensibiliser les usagers aux problèmes pour lesquels ils sont à risque.
- Sensibiliser les usagers à l'utilisation appropriée du système de santé.
- Faciliter la relation patient-professionnel de la santé
- Faciliter la relation patient-organisme de soins de santé

Contenu du BMP

- Recherche d'antécédents personnels et familiaux
- Evaluation des risques
- Examen physique adapté au contexte.
- Examens complémentaires adaptés au contexte : Frottis cervical, Mammographie etc.

La conduite du BMP par le médecin est déterminée par l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, les facteurs de risque pour la santé, la présence d'une maladie chronique, les antécédents familiaux, et le style de vie [35]. Des conseils sur les habitudes de vie saines telles que le tabagisme, les bonnes habitudes alimentaires, les relations sexuelles sûres, sont donnés à ceux qui se rendent à des examens médicaux de routine. Aux Etats Unis, la majorité des médecins et des patients conviennent que les BMP sont nécessaires [32,36]. Les médecins indiquent que les BMP contribuent à l'amélioration de la relation médecin-patient et contribue à donner plus de temps pour le counseling, à répondre aux attentes des patients, et à améliorer la détection des maladies

Dans les pays en développement, et en dépit de l'augmentation constante du fardeau des maladies chroniques et non transmissibles, la pratique des examens médicaux réguliers est faible [37]. Cependant, malgré son efficacité et de son utilité, le BMP pourrait s'avérer coûteux, notamment pour des pays à ressources limitées, surtout que les premières études d'évaluation des examens de routine annuels réalisées au Canada et dans d'autres pays ont mis en évidence un faible impact sur la santé de la population, notamment dans la prévention des maladies chroniques [38-43]. Les preuves actuelles suggèrent que l'approche la plus appropriée serait d'adopter des visites de santé préventives, périodiques, personnalisées en fonction du niveau des risques [44]. La périodicité des visites dépend de l'âge, du sexe et de l'état de santé de l'individu.

En Tunisie, la pratique des examens médicaux réguliers est appliquée dans certains milieux professionnels, et aussi en milieu scolaire et universitaire, mais très rarement dans les soins de santé de base. Néanmoins, les visites périodiques en milieu de travail ou scolaire ne sont pas orientées de manière systématique sur la détection précoce des MNT. Elles ciblent plutôt les maladies professionnelles pour le premier et les maladies sensorielles ou contagieuses pour le deuxième. En outre, il n'existe pas encore une culture développée chez les citoyens de l'intérêt de ce genre de bilan de santé, comme l'atteste la faible couverture par les examens de dépistage des cancers du sein et du col utérin, ainsi que la proportion élevée de diabétiques et d'hypertendus qui ne se connaissent pas en tant que tels [15].

Concernant la faisabilité d'une telle approche, il serait fortement recommandé, compte tenu des ressources limitées, que le BMP soit le mieux orienté en fonction des niveaux de risque. En d'autres termes, il n'y aura pas de bilans annuels systématiques. Il serait également difficile de procéder à des invitations périodiques de toutes les personnes résidant dans la zone de desserte du CSB pour bénéficier de ce BMP; mais plutôt se limiter aux usagers de chaque CSB et procéder par des invitations de ces personnes pour bénéficier de cette prestation selon un délai personnalisé en fonction des niveaux de risque. D'autre part, une meilleure sensibilisation de la population pour l'intérêt du BMP est également requise. Par ailleurs pour pérenniser cette pratique, il serait pertinent d'engager une réflexion, avec les parties concernées, sur les modalités de sa prise en charge financière et sur les critères d'évaluation de son impact sur la santé de la population et sur l'efficacité du système des soins de santé de base.

CONCLUSION

Il existe des arguments solides en faveur l'introduction du BMP dans les soins de santé de base en Tunisie, en particulier chez les adultes dans le cadre de la lutte contre les MNT qui présentent un lourd fardeau socioéconomique pour le système de santé. Il serait toutefois recommandé que le BMP soit le mieux orienté en fonction des niveaux de risque dans le but d'une optimisation des ressources. Il est important aussi d'éduquer la population sur l'intérêt de ce type de prestation et encourager le grand public, en particulier les femmes et les jeunes adultes, à bénéficier des examens médicaux et dentaires de façon périodique. Il est important aussi d'accorder une attention particulière aux facteurs de réussite de la mise en œuvre et de pérennisation de cette approche.

RÉFÉRENCES

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations; 2015.
2. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2016. New York: United Nations; 2016.
3. Donaldson M, Yordy K, Vanselow N. Defining Primary Care: An Interim Report. Washington, DC: Institute of Medicine; 1994.
4. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project: conceptual framework paper. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2006.

5. Health Evidence Network. What are the arguments for community-based mental health care? Annex 2. Key principles for balanced community-based mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
6. Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, Yourtee SA. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Med Care* 1976;14(7):625-36.
7. Saltman RB, Rico A, Boerma GW, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.
8. United Nations Human Settlements Programme, World Health Organization, Kobe Centre. Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development. [En ligne]. Kobe, Japan: WHO Kobe Centre; 2016 [cité 9 mars 2020]. Disponible à l'URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204715/1/9789241565271_eng.pdf
9. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva: World health organization; 2014.
10. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen: Bureau régional OMS de l'Europe; 2006.
11. Halman L, Inglehart R, Díez-Medrano, J, Lujckx R, Morena A, Basáñez M. Changing Values and Beliefs in 85 Countries: Trends from the Values Surveys from 1981 to 2004. Leiden and Boston: Brill Academic Publishers, 2008 :266 pp.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008.
13. Institut National de la Statistique. Santé en chiffres Tunis 2016. Tunis: Institut National de la Statistique; 2016.
14. Institut National de la Statistique/ UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes : enquête par grappes à indicateurs multiples 2011 - 2012. [En ligne] Institut National de la Statistique ; 2012 [cité le 09/03/2020]. Disponible à l'URL <http://www.social.tn/fileadmin/user1/doc/MICS4-Fr.pdf>
15. Institut National de la Santé Publique. La santé des Tunisiens. Résultats de l'enquête «Tunisian Health Examination Survey-2016». Tunis: Institut National de Santé Publique; 2019 .
16. Yazid B, Blaise P, Zouari B, De Brouwere V. Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'une mission auprès de la Direction des Soins de Santé de Base, organisée par l'UNICEF du 6 au 16 septembre 2004. Tunis, UNICEF ;2004.
17. Zouari B. La santé et le système de santé en Tunisie: tendances passées, analyse de la situation actuelle et propositions pour le futur. Novembre 2008. Tunis, Ministère de la Santé ; 2009.
18. Institut National de la Statistique. Résultats de l'enquête nationale sur la perception par le citoyen, de la sécurité, des libertés et de la gouvernance locale en Tunisie. [En ligne] Institut National de la Statistique; octobre 2015 [cité le 09/03/2020]. Disponible à l'URL : <http://ins.tn/fr/publication/r%C3%A9sultats-de-lenqu%C3%AAtte-nationale-sur-la-perception-des-citoyens-envers-la-s%C3%A9curit%C3%A9-0>
- 19- Sidhom M, Chahed M, De Brouwere V. Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'une mission auprès de la Direction des Soins de Santé de Base, organisée par l'UNICEF du 9 juin au 16 septembre 2013. Tunisian Center for Public Health, 1 septembre 2013. Disponible à l'URL: <https://tuncph.org/en/resources/report-dssb-centers/>
20. Instance Nationale de l'Accréditation en Santé. Manuel d'accréditation des centres de santé de base et des centres intermédiaires. Tunis: Instance Nationale de l'Accréditation en Santé; 2017.
21. Mays GP, Halverson PK, Miller CA. Assessing the performance of local public health systems: a survey of state health agency efforts. *J Pub Health Manag Pract* 1998; 4(4):63-78.
22. Groene O, Skau JKH, Frolich A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int J Qual Health Care*. 2008; 20(3):162-71.
23. Scutchfield FD, Knight EA, Kelly AV, Bhandari MW, Vasilescu LP. Local public health agency capacity and its relationship to public health system performance. *J Pub Health Manag Pract* 2004; 10(3):204-15.
24. John R, Kelly J, Carlson. National Public Health Performance Standards Assessment: first steps in strengthening North Dakota's public health system. *J Pub Health Manag Pract* 2005; 11(5):422-42.
25. Panda B, Thakur HP. Decentralization and health system performance – a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC Health Serv Res* 2016; 16(Suppl 6):561.
26. Carter R, Riverin B, Leversque JF, Garipey G, Vallee AQ. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016; 16:324.
27. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle income countries. *J Gen Intern Med* 2017; 32:566-71.
28. World Health Organisation. Universal Health Coverage: Supporting Country Needs. Geneva: WHO; 2014.
29. Anderson K, Anderson LE. Mosby's pocket dictionary of medicine, nursing & allied health. 3rd edition. St. Louis: Mosby; 1990.
30. Siu H. Y, White J, Sergeant M, Moore A E, & Patterson C. Development of a periodic health examination form for the frail elderly in long-term care. *Can Fam Physician*, 2016; 62 (2), 147-155.
31. Sun X, Chen Y, Tong X, Feng Z, Wei L, Zhou D, et al. The use of annual physical examinations among the elderly in rural China: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2014;14(1): 16.
32. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public Expectations and Attitudes for Annual Physical Examinations and Testing. *Ann Intern Med* 2002; 136(9):652.
33. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*. 2005; 51:1244-5.
34. Stuck AE, Moser A, Morf U, Wirz U, Wyser J, Gillmann G, Born S, Zwahlen M, Illiffe S5, Harari D, Swift C, Beck JC, Egger M. Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: a pragmatic randomised trial. *PLoS Med* 2015;12(10):e1001889.
35. Culica D, Rohrer J, Ward M, Hilsenrath P, Pomrehn P. Medical Checkups: Who Does Not Get Them? *Am J Public Health* 2002; 92(1):88-91.
36. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. *Arch Intern Med* 2005; 165(12):1347-1352.
37. Ilesanmi O, Omotoso B, Alele F, Amenkhanan I. Periodic Medical Check-up: Knowledge and Practice in a Community in South West Nigeria. *Int J Public Health Res* 2015; 5(1):576-83.

38. South-East London Screening Study Group. A controlled trial of multiphasic screening in middle-age: results of the South-East London Screening Study. 1977. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 935-40.
39. Friedman GD, Collen MF, Fireman BH. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis* 1986; 39(6):453-63.
40. Perleth M, Matthias K. [The periodic health examination: from law to the directive of the German Federal Joint Committee (G-BA)]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2014; 108(4):192-5.
41. Finkelstein EA, Khavjou O, Will JC. Cost-effectiveness of WISEWOMAN, a program aimed at reducing heart disease risk among low-income women. *J Womens Health* 2006 15(4):379-389.
42. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *BMJ* 1995; 310:1099-104.
43. Family Heart Study Group. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. *BMJ* 1994; 308:313-20.
44. College of Family Physicians of Canada. A vision for Canada: Family practice. The patient's medical home. Mississauga: College of Family Physicians of Canada; 2011.