



REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DES SOINS DE SANTE DE BASE



Politique nationale de la santé de l'enfant de moins de 5 ans dans les soins de santé de base

Analyse de la situation de la santé de l'enfant en Tunisie



OCTOBRE 2005

SOMMAIRE

PREFACE	
CADRE	1
I. Introduction.....	2
II. Caractéristiques Géographiques.....	3
III. Données démographiques.....	4
IV. Contexte socio-économique	6
V. Analyse du système de santé.....	13
1. Organisation	13
2- Les structures dispensatrices de soins du secteur public.....	17
3. Le financement de la Santé :	18
4. Accès aux services et qualité des prestations.....	21
5. Système d'information	33
6. Supervision	34
7. Système d'orientation recours.....	35
8. Développement des ressources humaines	35
9. Disponibilité et gestion des médicaments	37
10. Les différents partenaires :	38
VI. Santé de l'enfant :	38
A- Mortalité :	38
B- Morbidité :	46
C-Situation de la Tunisie par rapport aux objectifs du millénaire	48
D- Principaux programmes nationaux de santé de l'enfant	48
1. Programme National de Vaccination (PNV).....	48
2. Surveillance de la croissance :	53
3. Programme national de lutte anti diarrhéique (LAD)	56
4. Programme national de lutte contre les IRA.....	57
5. Stratégie PCIME :	59
6. Programme national de périnatalité :	62
C-Incapacité chez l'enfant :	64
CONCLUSIONS GENERALES	69

PREFACE

En Tunisie, la santé, notamment celle de la mère et de l'enfant, a toujours bénéficié d'un haut intérêt de la part du gouvernement depuis l'indépendance du pays. Cet intérêt n'a cessé de croître depuis l'avènement du changement du 7 Novembre sous l'impulsion du Président Zine El Abidine Ben Ali.

Ce souci permanent de promotion de la santé maternelle et infantile s'inscrit dans un cadre global de politique sociale orientée vers le bien être du citoyen quelle que soit sa catégorie sociale, son âge et son environnement et émane de la conviction profonde de la Tunisie que tout investissement au profit des générations futures constitue le meilleur garant de progrès et de stabilité du pays.

Cet attachement à garantir à l'enfant un développement physique, mental et social harmonieux a été consolidé par un renforcement du cadre institutionnel et juridique depuis 1987 concrétisé notamment par la création de ministères s'occupant spécifiquement de l'enfance, la ratification de la convention des droits de l'enfant en 1991, la promulgation du code de protection de l'enfant dès 1995, l'instauration en 1996 d'un Conseil suprême de l'enfance, la création du corps des délégués de la protection de l'enfance et l'institution d'un observatoire national de l'enfance en 2004.

La signature de la déclaration mondiale pour la survie, la protection et le développement des enfants dans les années 90 suivie de l'élaboration d'un programme national d'action en 1992 a permis de réaliser des progrès considérables en matière de santé maternelle et infantile, ce qui a confirmé la pertinence des options prises par notre pays en matière de politique de santé, à une époque où cette dernière est considérée comme un investissement régi par les lois de l'efficience et de la rentabilité.

Forte des résultats probants obtenus au cours de la dernière décennie, la Tunisie s'est de nouveau engagée dans un processus visant l'atteinte des objectifs mondiaux de la présente décennie et des objectifs de développement du millénaire en mettant en place un programme national d'action adéquat qui est actuellement en cours d'évaluation. Ce programme a été sous tendu par le souci de satisfaction des besoins des enfants et des femmes en tant que population vulnérable, notamment dans les régions défavorisées.

Toujours prêt à relever les défis, notre pays s'attellera à la tâche de poursuivre les efforts de réduction des disparités régionales en matière de santé, dont le programme 26-26 constitue un des principaux aspects.

Le besoin de produire un document global relatif à la politique de santé de l'enfant s'est fait sentir pour tracer un cadre général et global d'orientations relatives à la santé de l'enfant qui servira de référentiel aux différents intervenants dans ce domaine. Il permettra également de mieux cibler les priorités à travers une analyse approfondie de la situation permettant de dégager les problèmes résiduels qui seront ciblés par des actions adéquates.

Cette démarche rationnelle permettra une meilleure efficacité et efficience des interventions à travers leur intégration, une meilleure répartition des ressources humaines et matérielles, une utilisation plus efficace des moyens disponibles et une participation plus dynamique de la population et de la communauté.

L'objet du présent rapport est de mener une analyse approfondie de la situation de la santé de l'enfant en Tunisie, y compris les facteurs qui l'influencent directement ou indirectement. Cette analyse constitue la première étape du processus d'élaboration d'un document sur la politique de santé de l'enfant de moins de cinq ans.

Il ne m'est pas possible de conclure sans féliciter les équipes qui ont été chargées de réaliser ce travail dont la qualité témoigne de la haute compétence des cadres tunisiens et de me féliciter de la coopération florissante et durable entre le gouvernement tunisien et l'OMS qui, par le biais de son bureau régional pour la Méditerranée orientale, a grandement contribué à la mise en oeuvre de ce processus par son appui financier et surtout technique.

Dr. Mohamed Ridha KECHRID
Ministre de la Santé Publique

CADRE

Le ministère de la santé publique se propose de documenter la politique nationale de la santé de l'enfant de moins de 5 ans au niveau des soins de santé de base.

Le processus prévu à cette fin comprend 3 phases :

1. Phase préparatoire
2. Phase de conception et d'élaboration du document relatif à la politique nationale
3. Phase d'adoption officielle par les autorités nationales.

L'objet de la première phase est de mener une analyse approfondie de la situation de la santé et du développement de l'enfant en Tunisie, y compris les facteurs qui influencent directement ou indirectement la santé de l'enfant.

Ce rapport est le reflet de l'analyse préliminaire entreprise par le groupe de travail mis en place à cette fin, et a été rédigé dans le but de répondre aux exigences de la première phase.

Il s'est basé sur une revue des informations et des documents disponibles.

I. Introduction :

L'engagement de la Tunisie en faveur de l'enfant émane de sa conviction profonde que tout investissement au profit des générations futures constitue le meilleur garant de progrès et de stabilité du pays. « Une société qui ne peut prendre soin de ses enfants ne peut en aucun cas considérer son développement comme durable ».

Le bien être de l'enfant a été placé au centre de la stratégie nationale de développement qui a accordé à la santé et à l'éducation une part importante de ses ressources et ce notamment depuis l'avènement de l'ère nouvelle.

La Tunisie s'attache à garantir à l'enfant un développement physique, mental et social harmonieux. Cet engagement a été consolidé par un renforcement du cadre institutionnel depuis 1987 concrétisé par :

- La création du Ministère de la Jeunesse et de l'Enfance en 1987, dans le but d'identifier les politiques adéquates et de mobiliser toute la société civile pour promouvoir cette nouvelle « éthique », qui place les enfants en tête des priorités nationales.
- La création du Ministère de la Femme le 13 août 1992 qui a pour rôle de promouvoir la situation de la femme et de la famille.
- La création du secrétariat d'état chargé de l'enfance au sein du ministère des affaires de la femme, de la famille et de l'enfance qui a remplacé le Ministère de la Femme et qui a intégré la composante enfance.
- La signature de la Déclaration mondiale pour la Survie, la protection et le développement des enfants dans les années 90, lors du Sommet Mondial pour les enfants.
- L'élaboration d'un programme national d'action (PNA) pour la survie, la protection et le développement de l'enfant en 1992. Ce programme présente la situation des enfants en Tunisie, identifie les principales contraintes à leur développement et prévoit les stratégies adéquates.
- L'instauration en 1996 d'un Conseil suprême de l'enfance présidé par le Premier ministre, qui présente chaque année au Conseil des ministres un rapport sur la situation de l'enfance.
- La ratification de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1985, et de la Convention internationale des droits de l'Enfant (CDE) en 1991.
- La création du corps des délégués de la protection de l'enfance.
- La promulgation d'un Code de Protection de l'Enfant dès 1995. Ce code définit les situations difficiles susceptibles de menacer la santé de l'enfant, son intégrité physique ou morale et présente les nouveaux mécanismes de protection judiciaire et sociale instituée en sa faveur. Sa philosophie réside dans la prévention des problèmes, dans la priorité donnée aux procédures de médiation et dans le fait de ne faire intervenir qu'en dernier recours le traitement pénal des infractions à la loi commises par les adolescents.
- L'institution d'un observatoire national de l'enfance en 2004.
- L'engagement de la Tunisie à atteindre les objectifs mondiaux du millénaire

Plusieurs départements sont impliqués dans le domaine de l'enfance en Tunisie, notamment :

- Le Ministère de l'Education Nationale qui a pour rôle d'assurer l'éducation des enfants jusqu'à la fin des études secondaires.

- Le Ministère de la Santé Publique (la Direction des Soins de Santé de base, la Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire et l'Office National de la Famille et de la Population) qui a pour rôle de répondre aux besoins sanitaires des enfants
- Le Ministère de la justice qui a pour rôle d'élaborer les textes législatifs inhérents à la protection de l'enfance,
- Le Ministère des affaires sociales qui a pour rôle d'améliorer le bien être social des enfants notamment ceux à besoins spécifiques
- Le Ministère de l'intérieur qui veille à l'application de la législation relative à la protection de l'enfance.

La coordination entre ces départements est assurée par le Secrétariat d'Etat de l'Enfance du Ministère de la femme, de la famille et de l'enfance. Cette coordination s'est manifestée notamment à l'occasion du suivi du sommet mondial pour l'enfance et a consisté en la coordination de l'élaboration du PNA , de la production des rapports annuels d'évaluation des activités entreprises par les différents ministères en faveur de l'enfance, de la revue à mi parcours et de l'évaluation finale. Cependant force est de constater que cette coordination est essentiellement administrative et occasionnelle. Un mécanisme de coordination technique assurée par un comité national mérite d'être institué ce qui serait de nature de permettre un suivi adéquat et une collaboration entre les différents partenaires dont le corollaire est une intégration effective des activités pour une réponse plus adaptée aux besoins de l'enfant qui sont en général multifactoriels. Des comités régionaux et locaux pourraient prolonger l'action de ce comité national.

Devant la multitude des intervenants en faveur de l'enfance et la richesse des directives techniques et stratégiques dans ce domaine et en vue d'optimiser l'efficacité des interventions en faveur de l'enfant, un besoin s'est fait sentir de disposer d'un document clarifiant la politique nationale de santé de l'enfant en Tunisie, déterminant les orientations à long terme et regroupant tous les éléments de la santé de l'enfant tout en assurant leur cohérence. Ce document servira de référence à tous les partenaires et permettra d'institutionnaliser les interventions de santé existantes en faveur de l'enfant et légitimer les directives actuelles des programmes. Il permettra de stimuler et de maintenir l'engagement et sa continuité et la promotion de la standardisation.

II. Caractéristiques Géographiques :

La Tunisie est située au Nord du Continent africain. Elle a une superficie de 154, 530 Km², un littoral long de 1300 Km Le territoire tunisien est subdivisé en 24 gouvernorats ; chaque gouvernorat est subdivisé en délégations, la délégation en communes urbaines et en secteurs ruraux.



CARTE DE LA TUNISIE

III. Données démographiques :

La population tunisienne est de 9.779.400 en 2002 (INS), dont 860.000 sont âgés de moins de 5 ans (8,8% de la population totale du pays). La répartition de la population par tranche d'âge est présentée sur le graphique suivant. La Tunisie connaît une transition démographique. Le taux d'accroissement de la population a diminué: il est de 1,14 % en 2002; il était de 2,55 % à la fin des années 1980. C'est le fruit notamment de la politique de planning familial engagée

depuis les années soixante et cela traduit aussi une amélioration du niveau de vie de la population tunisienne.

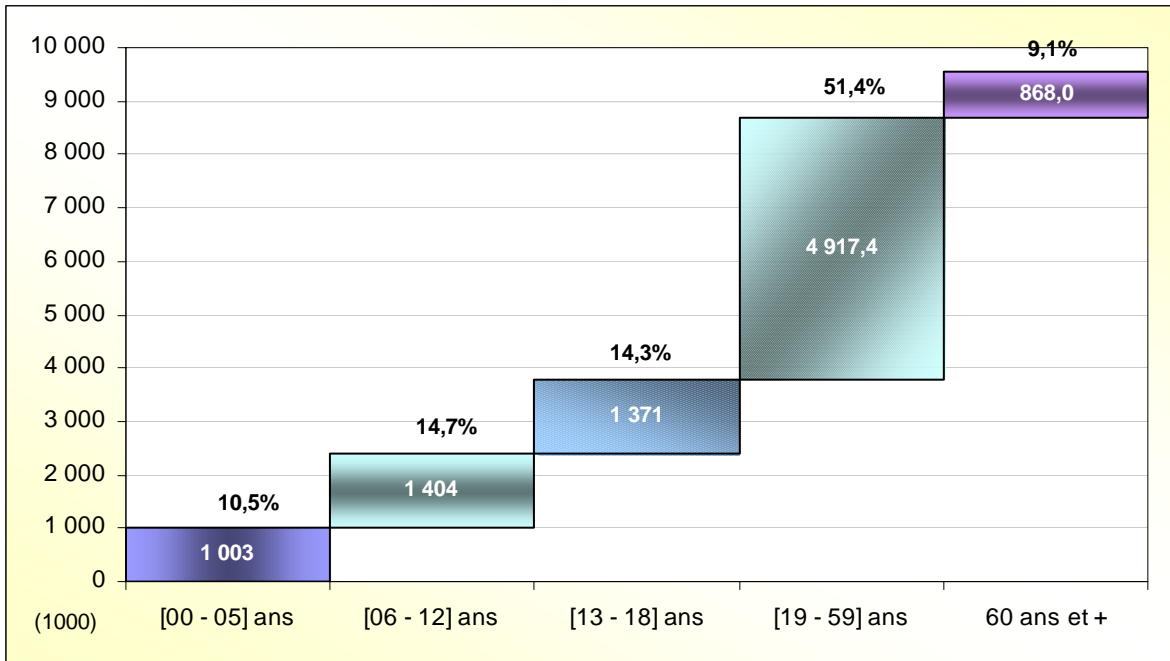
L'indice synthétique de fécondité a baissé de 4,42 en 1984 à 2,05 en 2001.

Le taux brut de natalité a par conséquent régulièrement baissé et le nombre annuel de naissances, après un pic d'accroissement autour de 1984 a entamé sa dégression à la fin des années 1980 et au début des années 1990, et se situe à 163.350 naissances en 2002.

Malgré son vieillissement, la population du pays reste cependant jeune et l'âge moyen est de 28,3 ans, l'âge médian de 24,6 ans en 2001 et la tranche d'âge des 15-29 ans qui correspond à la population en âge d'être active croît en effectifs (5 427.000 personnes en 1997, 6 162.000 personnes en 2002). On enregistre donc des pressions accrues sur le marché de l'emploi au cours des .IX.ème (1997-2001) et X.ème (2002-2006) plans de développement économique et social, la réduction du nombre annuel de naissance ne devant alléger la pression qu'à partir de 2005 et surtout de 2010.

La question de l'emploi reste centrale pour les autorités. Le taux de chômage se maintient autour de 15 % bien qu'il ait reculé de 1 point entre 1999 et 2002 et qu'il soit descendu à 14.3 % en 2003. Il s'agit d'un chômage jeune. Le nombre de chômeurs de 18 à 39 ans est d'environ 300.000 dont un tiers de femmes. Il existe des disparités régionales importantes, les régions du Nord-Ouest, du Centre Ouest et du Sud-Ouest ayant des taux supérieurs à la moyenne nationale, certains gouvernorats étant particulièrement touchés (Zaghuan, Bèjà, Le Kef, Siliana, Kasserine, Gafsa, Tozeur) et particulièrement le sexe féminin. Pour ces groupes de population jeunes et en âge de procréer et donc pour leurs enfants, des problèmes, qu'il faut identifier et localiser, sont à prévoir dans les domaines social et sanitaire.

La pression démographique mise à part, l'accélération de la mondialisation de l'économie fait craindre la disparition d'entreprises et d'emplois. Les autorités ont donc développé une série de mesures comme la mise à niveau des entreprises, les stages d'initiation à la vie professionnelle, la mise en place d'un système d'incitation pour encourager la création d'entreprise, la Banque Tunisienne de Solidarité (BTS), le Fonds National pour l'Emploi 21-21 etc. Elles s'attachent à mettre en oeuvre une politique éducative destinée à améliorer l'employabilité de la population et à permettre à la Tunisie de mieux se positionner sur le marché international de l'emploi.



*graphique 1: répartition de la population par tranche d'âge (2000)
Source :INS, 2002*

IV. Contexte socio-économique :

Depuis 1987, la croissance économique en Tunisie a été en moyenne de 4,6 % l'an. Les performances de l'économie tunisienne se sont améliorées durant les trois derniers plans de développement socio-économique, évoluant à un rythme annuel de 4,2 % durant le VIIe Plan (1987 – 1991), pour atteindre 5,2% durant la période du IXe plan (1997 – 2001). Elle est de 5.6% en 2003. D'après un rapport du fonds monétaire international publié en juillet 2004, il est jugé que l'économie tunisienne se porte bien. Le revenu par tête d'habitant est l'un des meilleurs dans la région Afrique et Moyen Orient. Le PIB à prix courant est de 30067 M DT en 2002, le PIB par tête d'habitant étant de 3075 DT.

La Tunisie a consacré au cours de la dernière décennie la moitié de son budget et le cinquième de son PIB aux dépenses et transferts sociaux ; elle a en outre renforcé les programmes sociaux d'aide à la population défavorisée en multipliant par 8 leur enveloppe annuelle.

La proportion de la population couverte par les régimes de sécurité ou d'assistance sociale est passée de 54,6 % en 1987 à 83,7 % en 2000 ce qui a augmenté l'accès aux soins de la population et a amélioré substantiellement l'équité .

Parmi les décisions gouvernementales prises récemment dans le secteur social touchant les femmes et les enfants, sont à mentionner :

- La mise en place d'une réforme du système de protection des enfants après la ratification par la Tunisie de la Convention internationale des droits de l'Enfant et l'élaboration, en 1996, d'un Code de protection de l'Enfant ;

❑ La création en 1993 du Fonds de Solidarité Nationale (FSN) dans le but de venir en aide aux zones les plus défavorisées. Ce fonds a permis de rapprocher les services de santé des populations de ces zones notamment par la création de centres de santé de base et leur dotation des ressources humaines et matérielles nécessaires.

❑ Le lancement du programme d'alphabétisation et d'éducation des adultes. Ce programme a constitué une opportunité pour éduquer cette frange particulière de la population en matière de comportements sains et de l'informer sur les dangers de certains fléaux sanitaires.

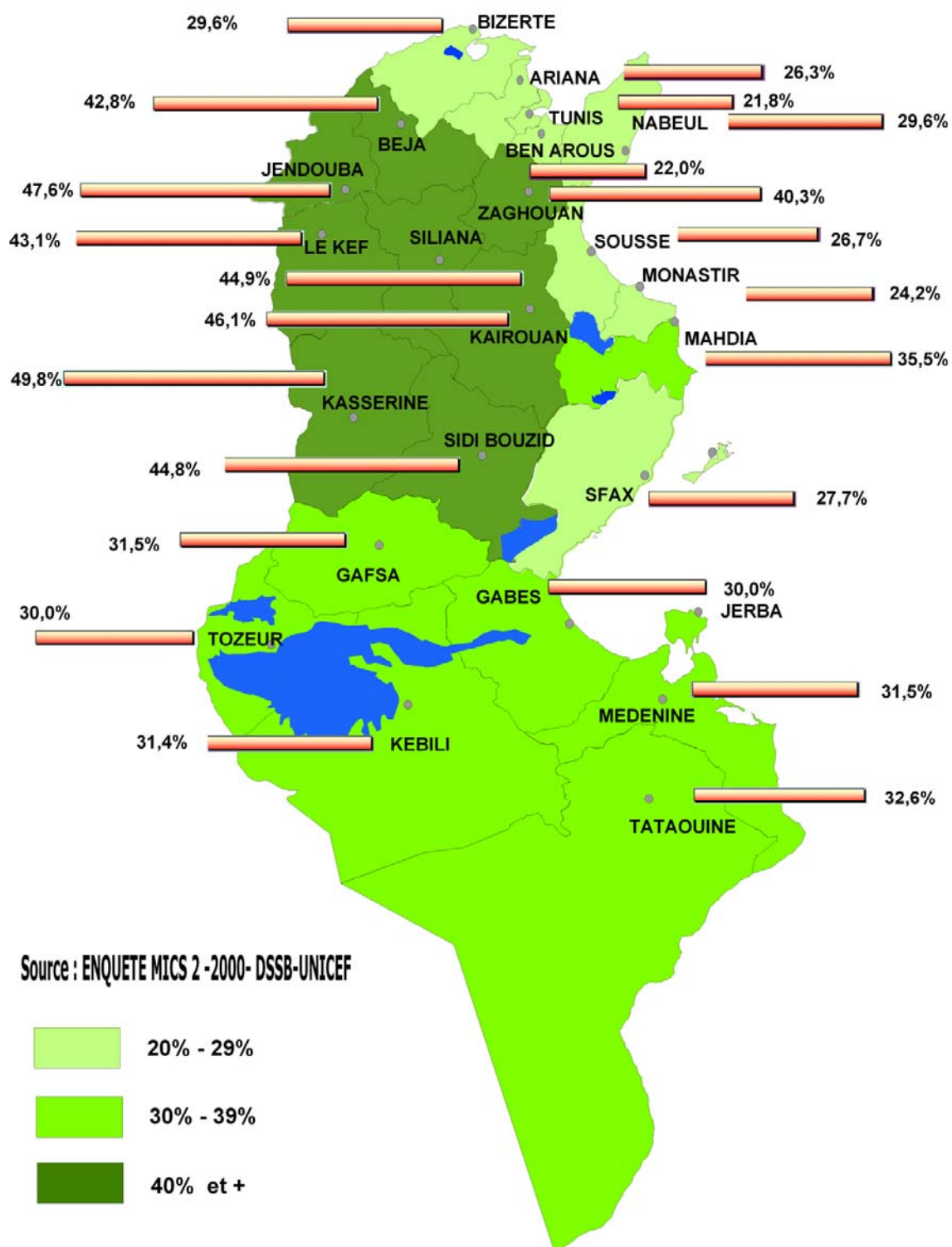
❑ La création d'un fonds garantissant le versement des pensions alimentaires, au profit de la femme divorcée et de ses enfants en vue de garantir le bien être économique et social de la famille et par là même l'amélioration de son niveau de santé. Il en est de même de l'octroi des allocations familiales de façon automatique à la mère qui a la garde des enfants et de l'octroi des allocations familiales de façon automatique des enfants handicapés quel que soit leur rang dans la fratrie.

L'analphabétisme:

Le taux d'analphabétisme de la population de 10 ans et plus, bien qu'en régression, demeure élevé. Il est passé de 46,2 % en 1984 à 37,2 % en 1989 et à 31,7 % en 1994 ; il est estimé à 22,4 % en 2002 et l'objectif est de le ramener à 16% en 2006. L'Enquête Population et Emploi (INS, 1999) a mis en évidence la prévalence encore élevée chez les femmes du taux d'analphabétisme qui était de 36,3 % pour les filles et femmes de plus de 10 ans (contre 17,7 % pour les garçons et hommes). En 2000, plus du quart de la population tunisienne âgée de plus de 10 ans ne sait ni lire ni écrire, cela représente une population de près de 2 millions de personnes dont 1,35 millions de femmes (soit 35 % de la population féminine de plus de 10 ans) avec des disparités en défaveur de l'ouest et du sud du pays.

Toutefois, depuis 5 ans, le taux de scolarisation à 6 ans est de l'ordre de 100 % aussi bien pour les garçons que pour les filles, alors qu' au début des années 1990 le taux de scolarisation à 6 ans pour les filles était de 5 % inférieur à celui des garçons. Dans ces conditions l'élimination des disparités de genre dans l'enseignement primaire et secondaire (6ème objectif International de développement) et l'accès universel à l'enseignement primaire (5ème objectif) sont en passe d'être atteints.

TAUX D'ANALPHABETISME PAR GOUVERNORAT

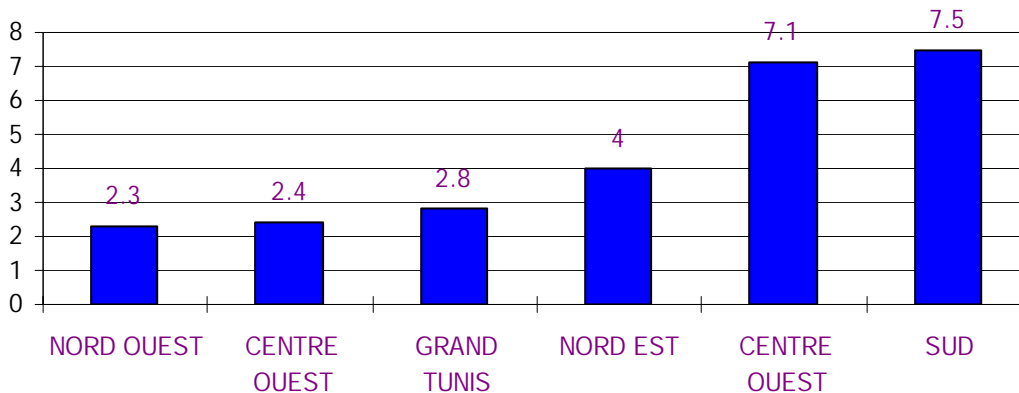


D'après OMS : données et analyse sur la situation sanitaire – Tunisie 2004. Document de base pour la stratégie de pays. Bureau de l'OMS Tunisie- octobre 2004. Tunis

La pauvreté et le pouvoir d'achat :

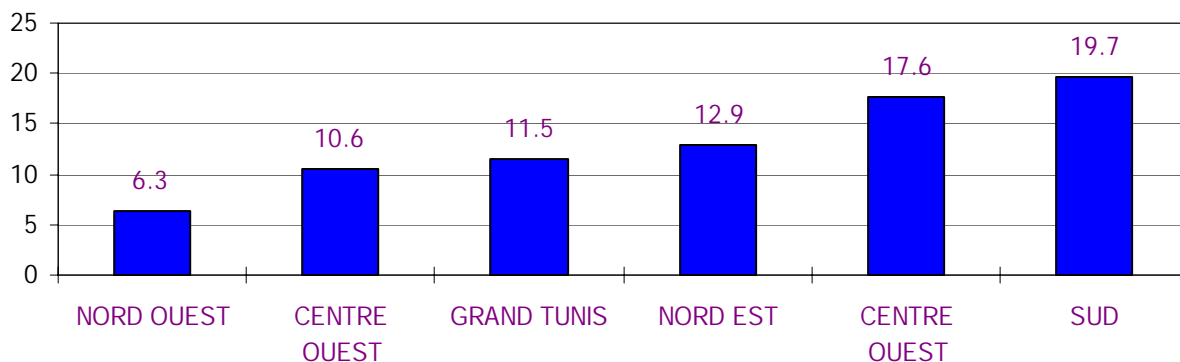
La pauvreté monétaire a fortement reculé en Tunisie. En adoptant comme définition de la pauvreté, la pauvreté monétaire appréhendée selon la méthode de calcul du seuil de pauvreté absolue défini par référence à la valeur de consommation nécessaire pour satisfaire aux besoins minimaux de subsistance, le nombre de pauvres a été divisé par 3 durant les 25 dernières années en passant de 1,2 million en 1975 à 0,4 million en 2000. Le taux de pauvreté est ainsi passé de 7,8 % en 1984 à 4,2 % en 2000. En 1995, le taux de pauvreté était de 7,1 % en milieu urbain contre 4,9 % en milieu rural. En 2000, le taux de pauvreté en milieu urbain est de 4,9 % alors qu'il est de 2,9 % en milieu rural. 12,6 % des urbains sont pauvres au centre ouest et 10,5% au sud ouest.

Les régions du Sud-Ouest (8,7 %), du Centre Ouest (7,1 %) et du Sud Est (6,7 %) enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale. Dans toutes les régions du pays les effectifs et les pourcentages de la population pauvre en milieu urbain sont supérieurs à ceux de la population pauvre en milieu rural. Cela correspond à un phénomène d'émigration de personnes paupérisées du milieu rural vers les grands centres urbains du Centre Est et au district de Tunis mais aussi vers les villes chefs lieu de gouvernorat de l'intérieur et même les chefs lieu de délégation, à l'origine de la naissance de quartiers pauvres dont les problèmes sociaux et sanitaires sont souvent plus difficiles qu'en milieu rural pauvre. La population pauvre représente en 2000 399.000 personnes et 60.000 ménages avec une taille des ménages élevée (6,7 personnes). 296.000 personnes pauvres se concentrent en milieu urbain, soit les trois quarts des pauvres.



Graphique 2 : taux de pauvreté par région en 2000

Ce paysage a nettement changé par rapport à 1980 où le Grand Tunis avait le meilleur taux (6,3%). Contrairement à 2000, le Sud et le Nord Ouest étaient plus favorisés (10,6% et 11,5%) que le Nord Ouest et le Centre est (17,6% et 12,9%) alors que le Centre Ouest occupait également une position défavorable (19,7%).



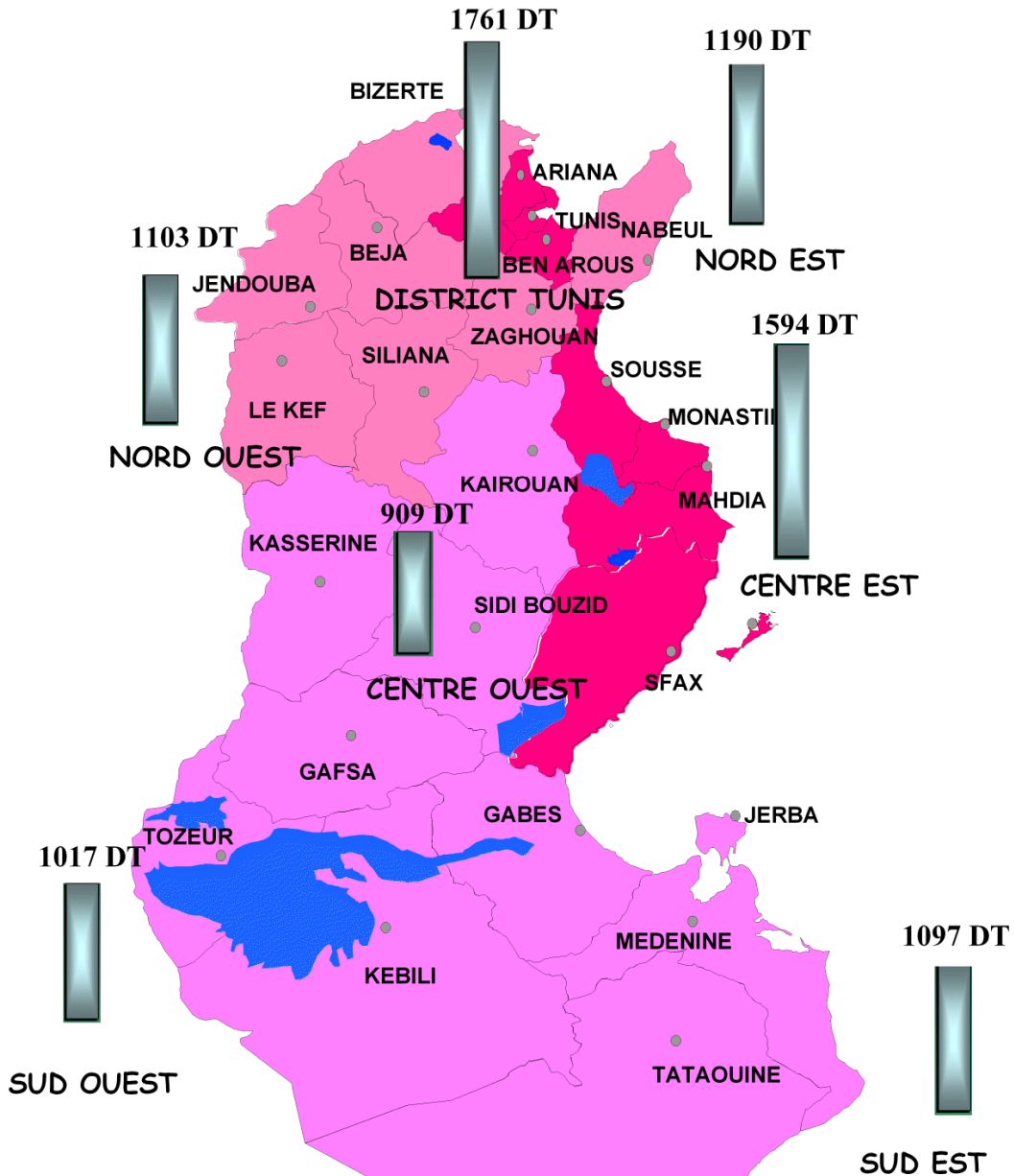
Graphique 3: taux de pauvreté par région en 1980

L'amélioration des conditions de vie et l'allègement de la pauvreté ont toujours été au centre des préoccupations des pouvoirs publics en Tunisie. L'état consacre aux secteurs sociaux plus de la moitié de son budget. Les différents programmes orientés vers la lutte contre la pauvreté peuvent être classés en quatre catégories:

- les programmes d'aide et d'assistance sociale
- les programmes de soutien à l'emploi et à la création de sources de revenus
- les programmes d'amélioration des conditions et du cadre de vie
- les programmes de défense et d'intégration sociale

En matière de pouvoir d'achat, les dépenses moyennes par personne et par an (DMPA) progressent et elles passent de 471 DT en 1985 à 1329 DT en 2003. La DMPA passe, en dinars constants, d'une croissance annuelle moyenne de 0.8 % entre 1990 et 1995 à une croissance annuelle moyenne de 3.4 % entre 1995 et 2000. Entre 1995 et 2000 la croissance annuelle moyenne de la DMPA est nettement plus rapide en milieu rural (+ 8.3 %) qu'en milieu urbain (+ 5.8 %), et plus rapide dans les régions du Centre Ouest, du Sud et du Nord Ouest que dans les autres régions. Malgré cela, des disparités persistent et la DMPA est inférieure de moitié environ dans le milieu rural (864 DT) à celle du milieu urbain (1604 DT). Elle est plus basse dans les régions du Centre Ouest (909 DT), du Sud Ouest (1017 DT) et du Sud-Est (1097 DT) et elle est plus haute dans les districts de Tunis (1761 DT) et le Centre Est (1594 DT) dont les niveaux d'urbanisation (respectivement 92.2 % et 70.8 %) et de développement économique sont les plus élevés.

DEPENSES MOYENNES PAR PERSONNE ET PAR REGION



Source : Enquête nationale budget et consommation des ménages 2000

D'après OMS : données et analyse sur la situation sanitaire – Tunisie 2004.
Document de base pour la stratégie de pays. Bureau de l'OMS Tunisie- octobre

En matière de conditions de vie, le nombre de logement croît rapidement (1 870.100 en 1994, 2 286.700 en 2002) et 80 % des ménages sont propriétaires de leurs logements. En 2002, 93.8 % de la population accède à l'eau potable (réseau SONEDE + génie rural) mais les gouvernorats du Nord Ouest sont défavorisés : 25 à 30 % environ de la population ne dispose pas d'une eau saine dans les gouvernorats de Béjà, Jendouba, Le Kef, Siliana, Kairouan, Kasserine et 25 % environ dans tout le milieu rural en l'an 2000 selon l'enquête MICS2 de 2000. En 2002, 95.9 % des ménages sont rattachés au réseau électrique de la STEG. En 2000, on estime que 42.9 % des logements sont rattachés au réseau d'évacuation des eaux usées de l'ONAS et 32.9 % à une fosse septique. Cependant, 24 % utilisent une rigole à ciel ouvert et le pourcentage est très élevé dans certains gouvernorats de Nord Ouest et du Centre Ouest et dans le milieu rural en général (55.6 %).

L'amélioration des conditions de vie est donc patente et par voie de conséquence celle des conditions sanitaires mais il existe encore des disparités régionales entre le milieu urbain et le milieu rural et entre les zones périurbaines défavorisées et les zones urbaines.

En matière de lutte contre les maladies infantiles dans le cadre des soins de santé primaires, le gouvernement tunisien a toujours été soucieux d'assurer une accessibilité totale aux soins de santé de base pour toute la population. Ainsi, les enfants de familles indigentes (identifiées comme telles par les responsables des collectivités locales) bénéficient de la gratuité des soins aussi bien pour les visites médicales que pour la fourniture des médicaments prescrits. Il en est de même pour les enfants présentant des déficiences ou porteurs de handicap dont la prise en charge pluridisciplinaire au sein des Unités Régionales de Réhabilitation (URR) et des centres spécialisés est gratuite. Par ailleurs, tous les tunisiens, indépendamment de leurs conditions socio-économiques bénéficient de la gratuité de la prise en charge dans le cadre des Programmes Nationaux à visée préventive qui bénéficient notamment aux enfants et aux mères.

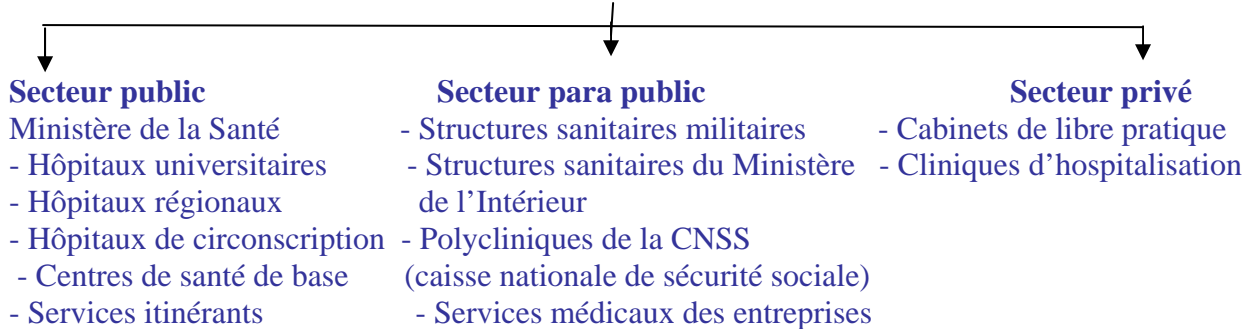
Les efforts ultérieurs porteront sur le renforcement de la couverture sanitaire et sociale, l'intensification du soutien aux catégories vulnérables, la généralisation en milieu rural du raccordement au réseau d'eau potable et d'électricité dans toutes les régions du pays. Les objectifs du dixième plan prévoient de circonscrire la pauvreté dans ses limites minimales et de porter le revenu moyen par habitant à 3 565 dinars en 2004 et 4 100 dinars en 2006.

Le pays a bénéficié ces 15 dernières années d'un développement économique et social remarquable qui a bénéficié à la très grande majorité de la population. Toutefois, il reste des populations et des zones défavorisées notamment dans les régions de l'Ouest et du Sud, en milieu rural et aussi dans les quartiers défavorisés péri-urbains. Ces populations sont vulnérables aux problèmes sociaux et sanitaires notamment en matière de santé maternelle et infantile.

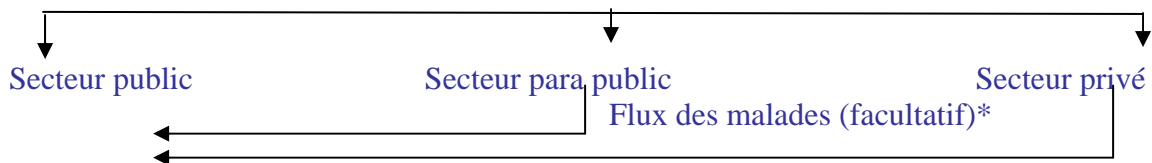
V. Analyse du système de santé:

1. Organisation

Principaux prestataires de soins en Tunisie



LE SYSTEME DE SOINS EN TUNISIE



* Les malades sont plutôt orientés au secteur public à partir des deux autres secteurs que l'inverse.

Le secteur privé a connu un développement rapide durant la dernière décennie. Le nombre de cliniques et de lits a plus que doublé dans le secteur privé atteignant 2350 lits en 2003 (12 à 13 % des lits) pour 79 cliniques et structures assimilées alors qu'il reste quasiment stationnaire dans le secteur public. L'État demeure le principal fournisseur de soins de santé, mais la place du privé est de plus en plus grande et cette tendance est appelée à se poursuivre durant les prochaines années.

Les statistiques relatives à l'évolution du nombre de médecins et leur répartition entre le secteur public et le secteur privé, montrent une nette tendance à la confirmation de l'orientation libérale de cette profession : les médecins de libre pratique qui représentaient moins du quart du nombre total de médecins représentent plus de 45 % en 2002. Ils seront majoritaires à partir de 2005 si on extrapole cette tendance.

Une compétition public/privé est en train de se mettre en place. Les chances du succès seront certainement du côté du secteur qui sera en mesure de fournir des soins de meilleure qualité. Dans cette compétition, les caisses d'assurance maladie sont appelées à avoir un rôle régulateur. Elles finiront par financer le secteur ou une partie des services du secteur qui fournira la meilleure qualité de services et le meilleur rapport qualité/prix. Celui des deux secteurs qui tardera à relever le défi de la qualité risque de rencontrer des problèmes de financement et voir sa pérennité remise en cause.

TERMES DE REFERENCE

NIVEAU CENTRAL : conception, planification stratégique, tactique et opérationnelle, élaboration des directives, supervision des niveaux inférieurs, formation, évaluation et coordination nationale.

NIVEAU REGIONAL : planification opérationnelle, supervision de l'exécution des directives par le niveau périphérique, formation des équipes périphériques, évaluation, transmission des données au niveau central et coordination au niveau régional.

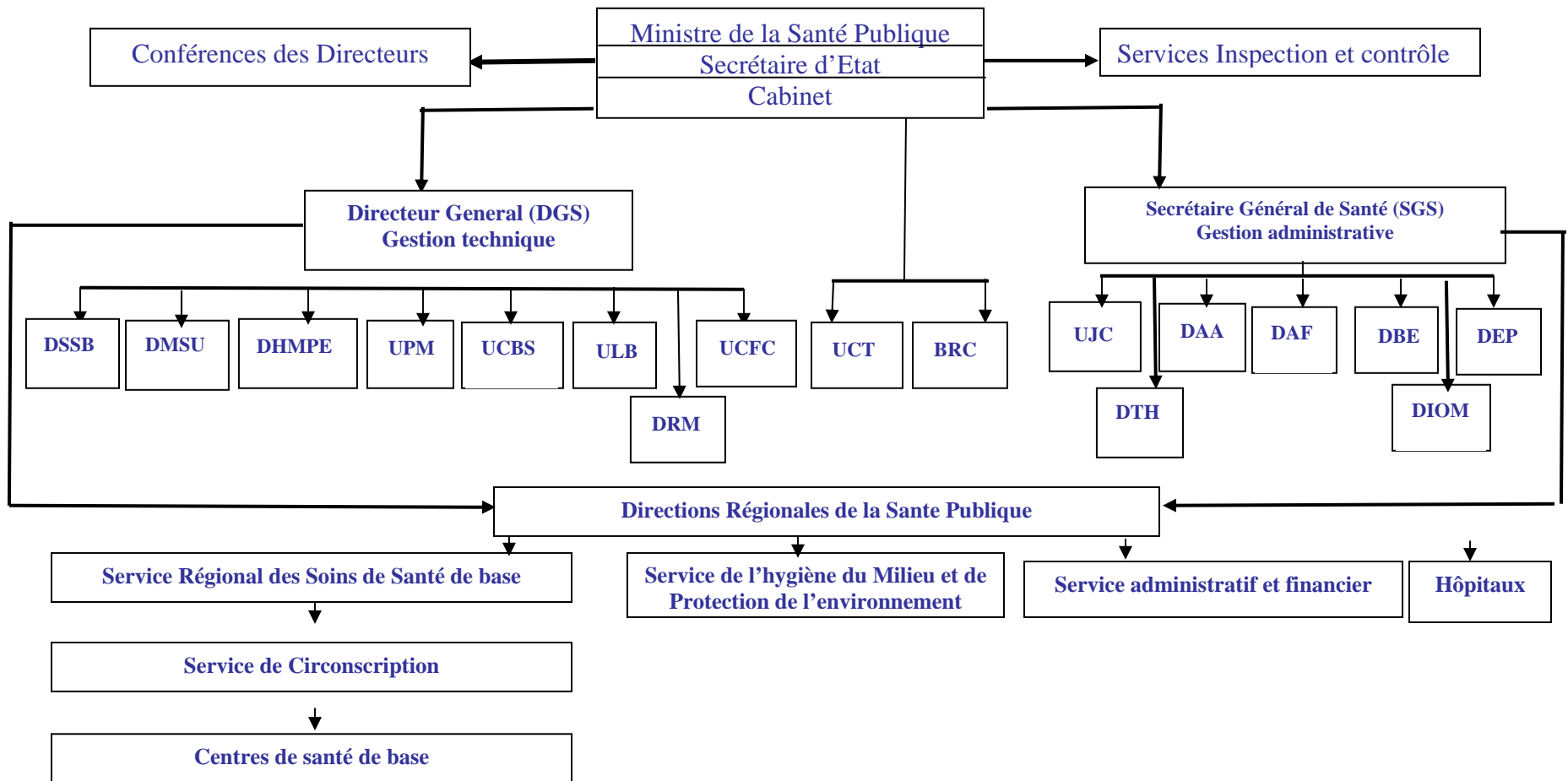
NIVEAU PERIPHERIQUE : exécution des directives nationales et application des programmes sur le terrain.

Le Ministère de la Santé Publique et ses différentes directions administratives, financières et techniques a historiquement un mode de gestion du secteur public plutôt centralisé. Suite aux orientations nationales de décentralisation de l'administration, la tendance à la décentralisation s'accroît. Le Ministère étudie actuellement un projet de décentralisation poussée de ses structures.

Au niveau des régions, les directions régionales de la santé publique ont sous leur autorité le service régional des soins de santé de base, le service régional d'hygiène, l'unité de médecine scolaire et universitaire et les directeurs administratifs des hôpitaux régionaux, des hôpitaux de circonscription et des groupements des centres de santé de base.

A l'échelle locale, les structures de première ligne sont regroupées au sein de 203 circonscriptions sanitaires dirigées par le directeur de l'hôpital de circonscription ou du groupement des centres de santé de base. Le médecin chef de circonscription et le surveillant de circonscription (équipe de gestion) gèrent, dans le cadre de l'équipe technique de la circonscription, la mise en oeuvre des soins et des programmes nationaux.

ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE SANTE



DSSB (Direction des Soins de Santé de base)

DMSU (médecine scolaire et universitaire)

DHMPE (hygiène du milieu et de la protection de l'environnement)

DPM (pharmacie et médicament)

UCBS (Unité Centrale des Banques du Sang)

ULB (Unité des laboratoires de biologie médicale)

UCFC (Unité centrale de formation continue)

DRM (Direction de la Recherche Médicale)

UCT (Unité coopération technique)

DTH (Direction de la tutelle des hôpitaux)

UJC (Unité Juridique et du Contentieux)

DAA (Direction des affaires administratives)

DAF (Direction des affaires financières)

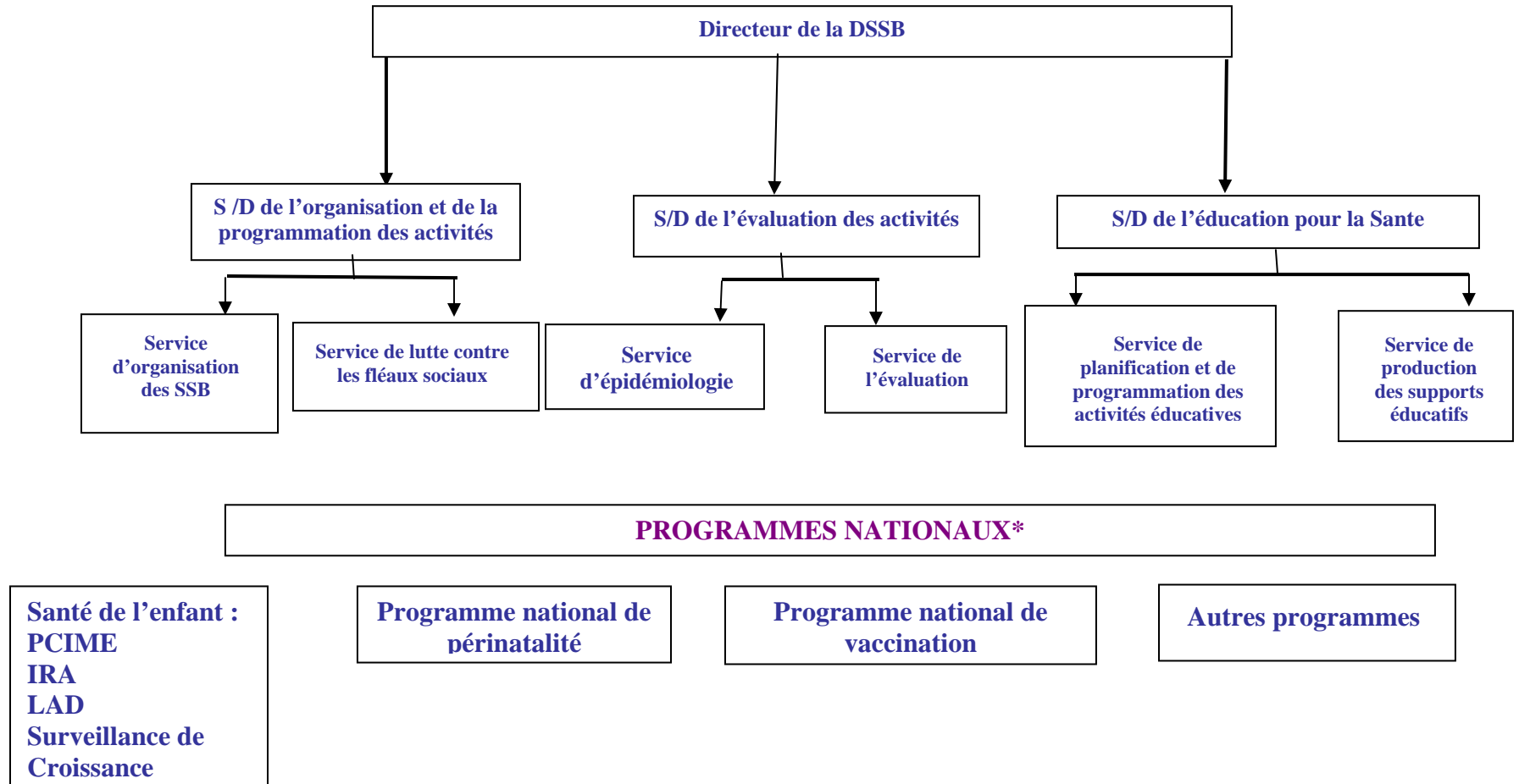
DBE (Direction des bâtiments et équipement)

DEP (Direction des Etudes et de la Planification)

DIOM (Unité de l'Information et de l'organisation et du matériel)

BRC (Bureau des Relations avec les Citoyens)

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES SOINS DE SANTE DE BASE



2- Les structures dispensatrices de soins du secteur public

Ces structures se répartissent selon 3 niveaux :

- Secteur de première ligne ou de Soins de Santé de Base :

Il comprend 2028 Centres de Santé de Base en 2002, soit un CSB pour 4.822 habitants (contre 979 CSB soit 1 CSB pour 6.676 habitants en 1982). La répartition de ces centres sur tout le territoire y compris les zones les plus périphériques est fonction de la répartition de la population et de sa dispersion (1 CSB pour 19.458 habitants dans le gouvernorat de Tunis mais 1 CSB pour 2.620 habitants dans le gouvernorat de Kébili). 90 % de la population est à moins de 5 Km d'un CSB.

Les CSB sont regroupés en circonscriptions sanitaires, la circonscription étant une entité fonctionnelle organisée territorialement sur une zone géographique définie, et elle dessert une population homogène sur le plan socio-économique et qui est exposée aux mêmes types de problèmes sanitaires.

Le secteur emploie 1.559 médecins généralistes en 2002 soit un médecin pour 6.273 habitants et leur répartition est relativement équilibrée puisque dans les régions défavorisées (Nord-Ouest, Centre Ouest, Sud) qui comptent 43 % de la population du pays sont affectés 39 % de ces médecins. Le secteur dispose aussi de 10.365 paramédicaux (dont 1.089 sages femmes) soit 1 paramédical pour 943 habitants. La répartition de ces derniers est équilibrée et même souvent favorable aux régions défavorisées (1 paramédical pour 467 habitants dans le gouvernorat de Tozeur, 1 pour 473 dans le gouvernorat de Gafsa, par exemple). Contrairement aux autres prestataires de soins la première ligne est un facteur fondamental d'équité, en matière de soins et compense tant bien que mal le déficit enregistré par ces régions en matière d'installation des autres catégories de médecin (spécialistes de secteur public, spécialistes et généralistes du secteur privé) ce qui devrait inciter à y renforcer le recrutement de généralistes et de paramédicaux.

Malgré les moyens limités la première ligne a fait preuve d'une grande vitalité et son action est pour une grande part responsable de l'amélioration drastique des indicateurs sanitaires dans le pays, grâce à une diminution spectaculaire des problèmes dus aux maladies transmissibles et aux services de Santé Maternelle et Infantile. La pérennité et le renforcement du secteur public des soins de santé de base est donc un facteur irremplaçable pour l'amélioration de la santé de l'enfant.

Parmi les nombreux atouts dont dispose le secteur on doit mettre en avant l'organisation en circonscriptions sanitaires qui développent des démarches de travail en équipe, de résolution de problème de santé avec objectifs, programmation et évaluation dans le cadre de plans annuels documentés. Des cycles de formation en gestion sanitaire en assurance de la qualité de soins sont dispensés au personnel dans le cadre du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires. Par ailleurs, ont été élaborés de manière structurée des indicateurs en santé maternelle et infantile, et des indicateurs de fonctionnalité des circonscriptions avec manuel de procédures.

- Le deuxième niveau de soins :

Il est constitué par 33 hôpitaux régionaux généralement situés aux chefs lieux de gouvernorat. Il dispose de 5.126 lits avec 600 médecins spécialistes soit 30 % des médecins spécialistes du secteur public et 16 % seulement de l'ensemble des médecins spécialistes. Les plateaux techniques sont généralement satisfaisants mais la productivité de ces structures est affectée par le manque de spécialistes plus attirés par les carrières hospitalo-universitaires ou le secteur de libre pratique dans les régions du district de Tunis et du Centre Est. Ce niveau ne peut pas jouer pleinement son rôle de référence pour les structures de première ligne et notamment en matière de santé de l'enfant.

- Le troisième niveau de soins :

Il est le plus haut niveau de référence. Il comprend 11 hôpitaux généraux, 18 instituts ou centres spécialisés avec 8.305 lits. Il est localisé dans les villes de faculté (Tunis et le Centre Est). Les plateaux techniques sont performants et ils disposent 70 % des médecins spécialistes du secteur public. Les niveaux de compétence sont élevés mais le secteur souffre d'un encombrement à cause de la faiblesse du deuxième niveau et d'une tendance à la fuite des compétences vers le secteur privé plus rémunérateur et l'on craint une dégradation de la qualité de l'encadrement et de la formation des futurs praticiens.

En conclusion, les prestataires de soins sont les secteurs public, privé et parapublic. L'état demeure le principal prestataire de soins mais la place du privé est de plus en plus grande et cette tendance est appelée à se poursuivre durant les prochaines années. Il convient d'en tenir compte en impliquant davantage le secteur privé dans les activités des programmes nationaux et en renforçant la tutelle du ministère de la santé publique sur ce secteur. Bien qu'un lien existe entre les trois secteurs avec référence des malades vers le secteur public la coordination n'est pas encore optimale.

3. Le financement de la Santé :

- Les dépenses de santé

Les dépenses nationales de santé (public et privé) ont atteint en 2003 près de 1,8246 milliard de dinars représentant 5,6 % du PIB. Les dépenses de santé par habitant ont progressé à un rythme annuel de 3,8 % entre 1990 et 2001, soit une augmentation globale de 51 %.

D'après le rapport de l'OMS sur la situation de la santé dans le monde en 2001, les dépenses totales de santé constituent 6.4 % du PIB. Les dépenses publiques représentent 75.7 % alors que les dépenses privées constituent 24.3 %.

Les dépenses publiques de santé représentent 10.1 % des dépenses publiques totales.

Les ressources externes constituent 0.6 % des dépenses totales de santé.

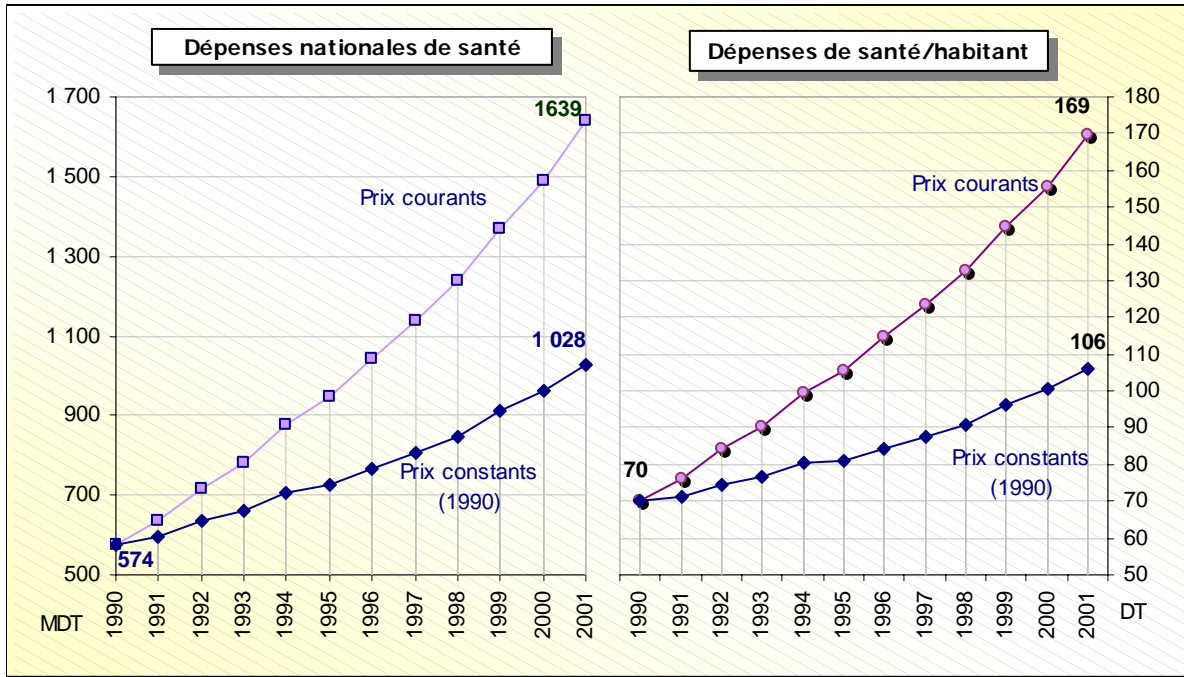
La part de la sécurité sociale est de 53.4 % des dépenses générales publiques de santé.

Les paiements directs constituent 77.6 % des dépenses privées de santé. Les assurances privées par pré-paiement constituent 22.4 % des dépenses privées de santé.

Les dépenses de santé par habitant sont de 134 dollars, les dépenses publiques étant de 101 dollars.

La population couverte par l'assurance maladie est de 80 %. Le reste de la population est couverte par l'assurance médicale gratuite.

Le graphique suivant illustre l'évolution des dépenses de santé tant dans leur globalité qu'en termes unitaires rapportés au nombre d'habitants.



Graphique 4: dépenses de santé globales et par habitant (1990-2001)

Sources : Rapport UNICEF 2002, Calculs élaborés à partir des données de l'INS et du Ministère de la Santé Publique

Le secteur public demeure le principal prestataire des services de soins de santé en assurant près de 90 % de l'offre d'hospitalisation et 57 % du personnel médical en 2003. La part du budget de l'État consacrée aux dépenses publiques de santé est passée de 7,5 % en 1990 à 8 % en 2003. Cela a permis de maintenir les dépenses publiques de santé à environ 2,2 % du PIB. Le tableau suivant montre les sources de financement des dépenses :

Tableau 1 : Financement des dépenses totales de santé

Année	1985	1990	1995	2000	2003
Dépenses					
Totales (MTND)	285	578	938	1489	1824,6
Etat	50%	38%	37%	31%	23.8%
Sécurité Sociale	15%	15%	16%	20%	22.6%
Ménages	34%	47%	47%	49%	52.2%

Les sources de financement sont essentiellement le budget de l'état, les caisses de sécurité sociale et les ménages. Depuis les années 1980 et 1990 la part de l'état diminue régulièrement, celle des caisses, mais surtout celle des ménages s'accroît. La poursuite du désengagement de l'état devrait désormais être compensée par un engagement plus prononcé des caisses dans le cadre de la réforme du système d'assurance maladie.

Le secteur public assure environ les 2/3 des consultations et 90 % des hospitalisations réalisées dans le pays ainsi que la totalité du préventif mais n'absorbe que 50 % des dépenses de santé nationales. Pour un volume bien moindre de prestations, le secteur privé absorbe l'autre moitié des dépenses.

Quant à la première ligne du secteur public, les caisses de sécurité sociale ne participent pas à son financement contrairement aux hôpitaux de la deuxième et de la troisième ligne. La subvention de l'état reste importante mais la part des recettes propres progresse rapidement et elle est assurée par le ménage. Sur les 65 560.000 dinars de dépenses de fonctionnement des structures de soins de santé de base en 2004 (les salaires assurés par l'état non compris), la part des recettes propres était de plus de 30 %. La prise en compte des salaires c'est à dire environ 60 % du total de dépenses de fonctionnement conduit à estimer la part du secteur public de première ligne dans les dépenses totales de santé du pays à 10 % environ seulement. La part de dépenses en médicaments de ce secteur n'est que de 10 % environ de l'ensemble des dépenses en médicaments dans le pays alors que le secteur assure environ la moitié des consultations curatives, 20% des admissions hospitalières, 20 % des accouchements et la quasi totalité des prestations préventives.

Le budget national alloué aux programmes spécifiques à la santé de l'enfant à l'échelle de la première ligne uniquement, pour les cinq dernières années, se répartit comme suit (en milliers de dinars) :

Tableau 2 : budget national alloué aux programmes spécifiques à la santé de l'enfant à l'échelle de la première ligne

<i>Année</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>
<i>Montant du budget national alloué aux programmes des SSB</i>	<i>3 474</i>	<i>3 098</i>	<i>3540</i>	<i>4590</i>	<i>5864</i>
<i>Budget alloué aux programmes de Santé Scolaire et Universitaire</i>	<i>775</i>	<i>815</i>	<i>1 055</i>		

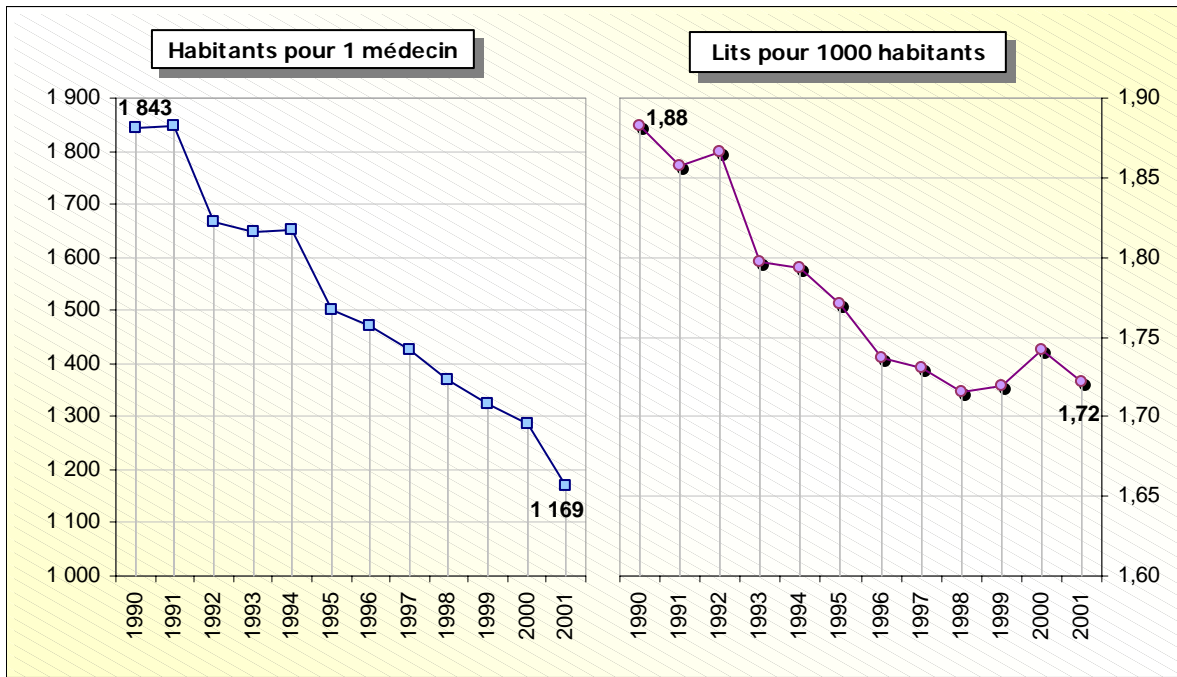
Le budget de coopération pour les programmes de santé maternelle et infantile gérés par la DSSB s'est élevé à 111891 dinars pour l'OMS et 224850 pour l'UNICEF au cours de la biennie 2002-2003. Le budget de coopération permet de financer des activités qui ne peuvent pas l'être par le budget de l'état tels que les activités de recherche et de formation. Toutefois les médicaments, les équipements, l'impression des documents, la production des supports éducatifs sont financés par le budget national. En général le budget accordé à la santé de l'enfant ne permet pas de répondre à tous les besoins des programmes (formation continue, visites de supervision, évaluation, recherche).

En conclusion, on remarque que le secteur public est sous financé par rapport au secteur du libre pratique. Ce sous financement devrait être corrigé bientôt par une participation active des caisses à la rémunération des prestations fournies par les hôpitaux du deuxième et du troisième niveau dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Mais la question de financement de la première ligne du secteur public reste entière et malgré les services rendus, son sous financement reste patent notamment en matière de budget des médicaments.

4. Accès aux services et qualité des prestations

Les services de santé et les services sociaux participent de diverses manières au développement sain de l'enfant à différentes étapes de la vie. Les services de santé et les services sociaux jouent un rôle fondamental en assurant aux enfants les conditions d'un bon départ dans la vie. En Tunisie, les axes prioritaires de l'État dans le secteur sanitaire concernent le renforcement de l'infrastructure et la réduction des disparités, l'extension de la couverture et l'amélioration du rendement et de la qualité des services de santé. La santé de la mère et de l'enfant occupe une place de choix dans la politique sanitaire. Plusieurs programmes et actions ont été mis en œuvre. Parmi ces programmes et actions, on peut citer le programme national de vaccination, le programme national de lutte antidiarrhéique, le programme national de surveillance de la croissance, le programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës, le programme national de périnatalité, la stratégie de la prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant (PCIME), et la stratégie d'assurance de la qualité des services de santé de base etc.

En 2001, la Tunisie disposait de 167 hôpitaux, 2 000 centres de santé de base et 16 660 lits d'hôpital. Le personnel de santé en exercice comportait 8 278 médecins, 1 380 dentistes, 1 998 pharmaciens et 30 392 professionnels paramédical. Le nombre d'habitants pour un médecin a atteint 1 167 (contre 1 825 en 1990) et le nombre de lits pour 1 000 habitants a atteint 1,72 (en baisse par rapport à 1990 : 1,88). Les graphiques suivants illustrent ces évolutions:



Graphique 5 : évolution des ratios nombre d'habitants par médecin et nombre de lits pour 1000 habitants

Sources : d'après les données de l'INS et du Ministère de la Santé Publique

Si la Tunisie a enregistré des performances remarquables au niveau de la couverture par les services de Santé Maternelle et Infantile, un déséquilibre régional persiste dans la répartition de l'offre et de la qualité des services de santé.

La Tunisie a mis en place un système de soins de santé couvrant la quasi-totalité de la population (90% de la population a accès à un centre de santé à au plus 5 Km, sans tenir compte de l'offre des services du secteur privé). Le secteur privé comprend des cliniques et des cabinets de médecin de libre pratique ainsi que des laboratoires, des centres de radiologie, des infirmeries, des centres de kinésithérapie et des cabinets de sage-femmes. Le taux d'utilisation des structures du secteur privé par la population est estimé à 20 %.

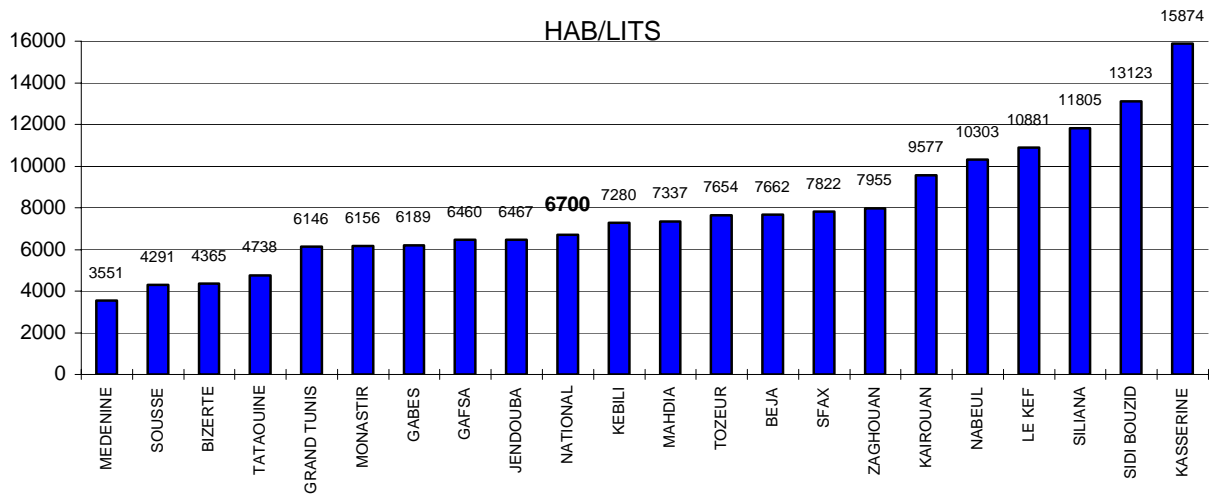
Les disparités régionales en matière de répartition des moyens de santé peuvent aussi être illustrées par l'élaboration d'un indice regroupant à la fois la répartition des moyens matériels, comme le nombre de lits pour 1000 habitants, et les moyens humains, comme le nombre d'habitants par médecin. Cet index varie entre 268 et 45 d'une région à l'autre.

En 2002, le nombre de lits de pédiatrie était de 1476 pour toute la république soit un ratio de 6700 habitants par lit de pédiatrie générale. Le meilleur ratio appartient au gouvernorat de Medenine (3551) suivi de Sousse (4291), Bizerte (4365), Tataouine (4738), le grand Tunis (6146) et Monastir (6156). Le ratio le plus élevé appartient à Kasserine (15874) suivi de Sidi Bouzid (13123), Siliana (11805) et le Kef (10881).

Quant aux spécialités pédiatriques proprement dites, il existe une disparité flagrante. En effet, à part Tunis, Monastir et Sfax, il n'existe aucun service de chirurgie pédiatrique en 2002. En néonatalogie, seuls les gouvernorats de Gabès, Tunis, Sousse, Monastir et Sfax disposent d'un service de néonatalogie. Seuls les gouvernorats de Mannouba et Sfax disposent d'un service de pédopsychiatrie. Les services d'orthopédie pédiatrique n'existent que dans les gouvernorats de Tunis et Manouba. Quant à la cardiologie pédiatrique, il n'existe qu'un seul service localisé au gouvernorat de Tunis.

**Tableau 3 : REPARTITION REGIONALE DES SPECIALITES PEDIATRIQUES.
ANNEE 2002 (services de pédiatrie générale) Source: DEP**

GOUVERNORATS	Pédiatrie		Ratio Hab /Lits
	Services	lits	
TUNIS	7	348	2689
BEN AROUS			
ARIANA			
MANOUBA			
DISTRICT DE TUNIS	7	348	6146
BIZERTE	4	122	4365
NABEUL	3	64	10303
ZAGHOUAN	1	20	7955
NORD EST	8	206	6558
SOUSSE	4	121	4291
MONASTIR	3	71	6156
MAHDIA	1	52	7337
SFAX	2	108	7822
CENTRE EST	10	352	6201
BEJA	3	42	7662
JENDOUBA	5	67	6467
LE KEF	1	26	10881
SILIANA	1	22	11805
NORD OUEST	10	157	8266
KAIROUAN	1	60	9577
KASSERINE	1	27	15874
SIDI BOUZID	1	31	13123
CENTRE OUEST	3	118	11949
GAFSA	2	52	6460
TOZEUR	1	13	7654
KEBILI	1	20	7280
SUD OUEST	4	85	6835
GABES	2	55	6189
MEDENINE	4	123	3551
TATAOUINE	1	32	4738
SUD EST	7	210	4423
TOTAL GENERAL	49	1476	6700



Graphique 6 : nombre d'habitants par lit de pédiatrie générale en 2002

Source : DEP

**Tableau 4 : REPARTITION REGIONALE DES SPECIALITES PEDIATRIQUES.
ANNEE 2002 (Chirurgie pédiatrique) Source: DEP**

GOUVERNORATS	Chirurgie pédiatrique	
	Services	lits
TUNIS	3	128
BEN AROUS		
ARIANA		
MANOUBA		
DISTRICT DE TUNIS	3	128
BIZERTE		
NABEUL		
ZAGHOUAN		
NORD EST		
SOUSSE		
MONASTIR	1	50
MAHDIA		
SFAX	1	5
CENTRE EST	2	55
BEJA		
JENDOUBA		
LE KEF		
SILIANA		
NORD OUEST		
KAIROUAN		
KASSERINE		
SIDI BOUZID		
CENTRE OUEST		
GAFSA		
TOZEUR		
KEBILI		
SUD OUEST		
GABES		
MEDENINE		
TATAOUINE		
SUD EST		
TOTAL GENERAL	5	183

**Tableau 5 : REPARTITION REGIONALE DES SPECIALITES PEDIATRIQUES.
ANNEE 2002 (Néonatalogie)**

GOUVERNORATS	Néonatalogie	
	Services	lits
TUNIS	1	30
BEN AROUS		
ARIANA		
MANOUBA		
DISTRICT DE TUNIS	1	30
BIZERTE		
NABEUL		
ZAGHOUAN		
NORD EST		
SOUSSE	1	45
MONASTIR		
MAHDIA		
SFAX	1	20
CENTRE EST	2	65
BEJA		
JENDOUBA		
LE KEF		
SILIANA		
NORD OUEST		
KAIROUAN		
KASSERINE		
SIDI BOUZID		
CENTRE OUEST		
GAFSA		
TOZEUR		
KEBILI		
SUD OUEST		
GABES	1	15
MEDENINE		
TATAOUINE		
SUD EST	1	15
TOTAL GENERAL	4	110

**Tableau 6 : REPARTITION REGIONALE DES SPECIALITES PEDIATRIQUES.
ANNEE 2002 (Pédo-Psychiatrie) source: DEP**

GOUVERNORATS	Pédo-Psychiatrie	
	Services	lits
TUNIS		
BEN AROUS		
ARIANA		
MANOUBA	1	25
DISTRICT DE TUNIS	1	25
BIZERTE		
NABEUL		
ZAGHOUAN		
NORD EST		
SOUSSE		
MONASTIR		
MAHDIA		
SFAX	1	20
CENTRE EST	1	20
BEJA		
JENDOUBA		
LE KEF		
SILIANA		
NORD OUEST		
KAIROUAN		
KASSERINE		
SIDI BOUZID		
CENTRE OUEST		
GAFSA		
TOZEUR		
KEBILI		
SUD OUEST		
GABES		
MEDENINE		
TATAOUINE		
SUD EST		
TOTAL GENERAL	2	45

**Tableau 7 :REPARTITION REGIONALE DES SPECIALITES PEDIATRIQUES.
ANNEE 2002 (Cardiologie Infantile) source: DEP**

GOUVERNORATS	Cardiologie Infantile	
	Services	lits
TUNIS	1	26
BEN AROUS		
ARIANA		
MANOUBA		
DISTRICT DE TUNIS	1	26
BIZERTE		
NABEUL		
ZAGHOUAN		
NORD EST		
SOUSSE		
MONASTIR		
MAHDIA		
SFAX		
CENTRE EST		
BEJA		
JENDOUBA		
LE KEF		
SILIANA		
NORD OUEST		
KAIROUAN		
KASSERINE		
SIDI BOUZID		
CENTRE OUEST		
GAFSA		
TOZEUR		
KEBILI		
SUD OUEST		
GABES		
MEDENINE		
TATAOUINE		
SUD EST		
TOTAL GENERAL	1	26

**Tableau 8 : REPARTITION REGIONALE DES SPECIALITES PEDIATRIQUES.
ANNEE 2002 (Orthopédie Infantile). source: DEP**

GOUVERNORATS	Orthopédie Infantile	
	Services	lits
TUNIS	1	24
BEN AROUS		
ARIANA		
MANOUBA	1	66
DISTRICT DE TUNIS	2	90
BIZERTE		
NABEUL		
ZAGHOUAN		
NORD EST		
SOUSSE		
MONASTIR		
MAHDIA		
SFAX		
CENTRE EST		
BEJA		
JENDOUBA		
LE KEF		
SILIANA		
NORD OUEST		
KAIROUAN		
KASSERINE		
SIDI BOUZID		
CENTRE OUEST		
GAFSA		
TOZEUR		
KEBILI		
SUD OUEST		
GABES		
MEDENINE		
TATAOUINE		
SUD EST		
TOTAL GENERAL	2	90

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre de pédiatres entre 1996 et 2000. Au cours de cette période, ce nombre est passé de 285 à 399. On constate que le nombre de pédiatres privés a presque doublé et a connu une croissance plus rapide que celle des pédiatres du secteur public.

Tableau 9 :EVOLUTION DU NOMBRE DE PEDIATRES (1996 - 1998 - 2000)

Source : DAA/DRCPS

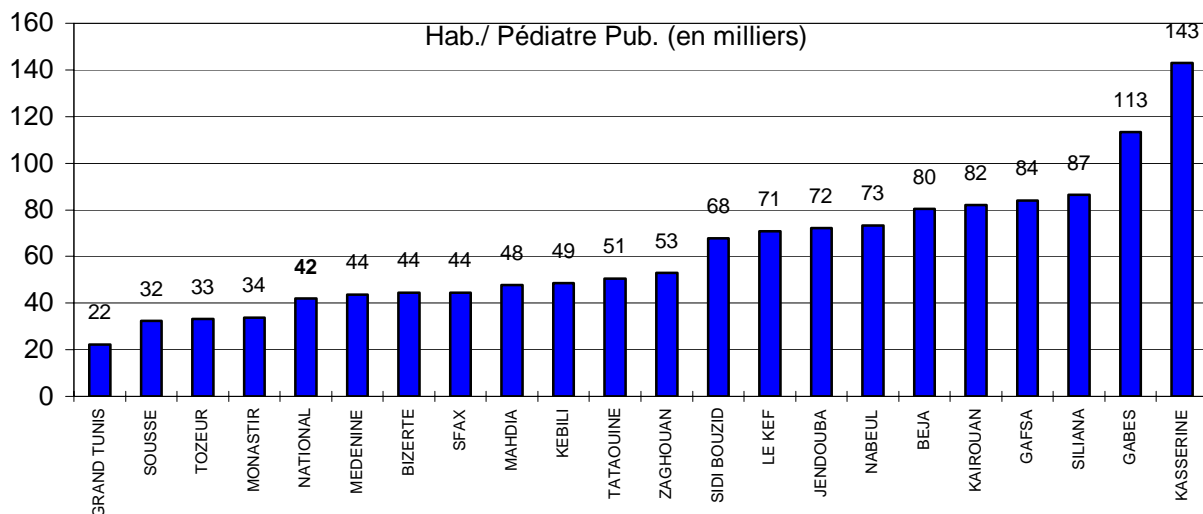
SECTEUR	1996	1998	2000
PUBLIC	167 (49 Univ. + 118 Sanitaires)	176 (61 Univ. + 115 Sanitaires)	194 (72 Univ. + 122 Sanitaires)
PRIVE	118	191	205
TOTAL	285	367	399

En décembre 2003 le nombre total de pédiatres du secteur public s'est élevé à 235. Le ratio habitants/pédiatres du secteur public est de 42000. Le meilleur ratio appartient au grand Tunis avec 22000 suivi de Sousse (32000), Tozeur (33000) et Monastir (34000). Le ratio le plus élevé appartient au gouvernorat de Siliana (87000) suivi de Gafsa (84000), Kairouan (82000), Beja (80000) et Nabeul (73000).

**Tableau 10 : REPARTITION REGIONALE DES PEDIATRES UNIVERSITAIRES ET
SANITAIRES DU SECTEUR PUBLIC (Décembre 2003)**

GOUVERNORATS	UNIVERSITAIRES	SANITAIRES		TOTAL	Population	Hab./ Pédiatre Pub.
		Tunisiens	Etrangers			
ARIANA		5		5	392,200	78,440
BEN AROUS		8		8	478,400	59,800
MANOUBA		2		2	332,500	166,250
TUNIS	42	39		81	935,800	11,553
DISTRICT DE TUNIS	42	54		96	2,138,900	22,280
BIZERTE	2	10		12	532,500	44,375
NABEUL		9		9	659,400	73,267
ZAGHOUAN		2	1	3	159,100	53,033
NORD EST	2	21	1	24	1,351,000	56,292
BEJA		4		4	321,800	80,450
JENDOUBA		4	2	6	433,300	72,217
LE KEF		3	1	4	282,900	70,725
SILIANA		2	1	3	259,700	86,567
NORD OUEST		13	4	17	1,297,700	76,335
MAHDIA	7	1		8	381,500	47,688
MONASTIR	8	5		13	437,100	33,623
SFAX	13	6		19	844,800	44,463
SOUSSE	13	3		16	519,200	32,450
CENTRE EST	41	15		56	2,182,600	38,975
KAIROUAN	3	3	1	7	574,600	82,086
KASSERINE		1	2	3	428,600	142,867
SIDI BOUZID		3	3	6	406,800	67,800
CENTRE OUEST	3	7	6	16	1,410,000	88,125
GABES		3		3	340,400	113,467
MEDENINE		7	3	10	436,800	43,680
TATAOUINE		1	2	3	151,600	50,533
SUD EST		11	5	16	928,800	58,050
GAFSA		2	2	4	335,900	83,975
KEBILI		2	1	3	145,600	48,533
TOZEUR		1	2	3	99,500	33,167
SUD OUEST		5	5	10	581,000	58,100
TOTAL GENERAL	88	126	21	235	9,889,900	42,085

Source : MSP / DAA



Graphique 7 : nombre d'habitants par pédiatre public en 2003

Source : DEP

En conclusion, il existe une excellente couverture de la population par les services de santé. Cependant, un déséquilibre rural-urbain et est-ouest persiste (due à des différences économiques et culturelles).

5. Système d'information :

Plusieurs départements et directions du ministère de la santé publique disposent de systèmes de collecte des données plus ou moins développés (Institut National de Santé Publique, DEP, ONFP, DSSB, DMSU, DAA, CIMSP etc.) .

Dans un souci de suivi et d'évaluation, la DSSB a mis en place différents systèmes routiniers de recueil de données relatifs aux différents programmes et activités de soins de santé de base :

- Un recueil des données relatif à la situation épidémiologique à travers le système des maladies à déclaration obligatoire (MDO).
- Un système relatif aux activités des programmes notamment en termes de couverture. Bien que datant de plusieurs années, ce système présente certaines insuffisances telles que le manque de fiabilité et d'exhaustivité.

La santé de l'enfant dispose d'un système intégré de recueil des données (SISE). Ce système a eu pour impact de favoriser l'intégration des programmes, d'alléger la charge de travail des équipes périphériques et régionales en rationalisant le recueil des informations et de favoriser l'application des programmes IRA et LAD (le système d'information va de pair avec les classifications adoptées par ces programmes). Depuis l'avènement de la PCIME, un système spécifique à cette stratégie a été mis en place et est mis en œuvre dans les zones qui appliquent cette stratégie. La mise en place de ce système spécifique à la PCIME est motivée par le fait que les classifications adoptées dans cette stratégie sont légèrement différentes de celles adoptées dans les programmes individuels.

Bien entendu, les informations provenant des systèmes routiniers ne sont souvent pas suffisantes. Elles sont périodiquement complétées et évaluées par des données provenant d'enquêtes et d'études ad hoc réalisées selon les besoins.

En conclusion, le système d'information est développé et performant, permettant de recueillir les principales informations qui peuvent l'être en routine en vue de planifier les activités de manière rigoureuse. Toutefois le point faible majeur du système est l'implication et la participation insuffisantes des structures universitaires et du secteur privé dans le système d'information relatif aux programmes nationaux de santé de l'enfant. Par ailleurs, les données ne sont pas toujours exhaustives et des problèmes de fiabilité des données sont encore rencontrés

6. Supervision

La supervision est une composante essentielle du système de santé dans le cadre des soins de santé primaires en général et des programmes nationaux en particulier dont les programmes de santé de l'enfant. Cette supervision est essentiellement décentralisée avec supervision du niveau périphérique par les équipes multidisciplinaires de gestion régionales ; la supervision du niveau périphérique par les équipes de gestion locales prend de plus en plus de l'importance avec la mise en place du programme de développement des circonscriptions . La supervision du niveau régional par les équipes centrales permet de faire bénéficier les équipes régionales, locales et périphériques de l'encadrement nécessaire de la part de gestionnaires maîtrisant les aspects spécifiques des programmes nationaux.

Après avoir longtemps été verticale cette supervision effectuée par le niveau central est devenue intégrée. Cette intégration s'est concrétisée dans le cadre du ciblage des régions les moins performantes en matière d'indicateurs de la santé de l'enfant . Ce ciblage a intéressé 6 régions qui ont été régulièrement visitées par les responsables de santé de l'enfant de la DSSB à partir de l'année 1996 . Dans ce cadre une fiche de supervision intégrée a été élaborée par les responsables des programmes nationaux de lutte contre les IRA, de lutte antidiarrhéique, de vaccination et de surveillance de la croissance. Sans pour autant remplacer le rapport classique détaillé de supervision qui est toujours établi, cette fiche recueille le minimum d'items jugés pertinents et de la plus haute importance par les responsables de ces quatre programmes.

L'avènement de la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant a permis dans le cadre de sa deuxième composante relative à l'amélioration du système de santé de mieux structurer et de standardiser les activités de supervision. Cette restructuration a donné une place plus importante à la supervision technique qui ne peut être effectuée dans ce cadre que par les formateurs. La supervision opérationnelle et administrative constitue toujours une part importante que ce soit dans les zones PCIME que dans les autres zones. Outre la supervision routinière qui bénéficie d'un rythme régulier, un suivi après formation est effectué un mois après la formation du personnel médical et paramédical.

La PCIME a par ailleurs remis au goût du jour le rôle de superviseur du médecin du centre de santé.

En conclusion le système de supervision est assez développé et connaîtra son optimum avec la généralisation du programme de développement des circonscriptions sanitaires, du système d'assurance de la qualité des soins et de la PCIME. Toutefois des lacunes importantes sont à combler sous peine de mettre en cause la pérennité du système : il s'agit du manque de plus en plus aigu de moyens de transport, de l'insuffisance des ressources humaines et du manque de budget nécessaire pour effectuer les visites de supervision.

7. Système d'orientation recours

Le système d'orientation recours a été développé dans les programmes nationaux à composante « prise en charge médicale des malades » tels que le programme national de lutte antidiarrhéique, le programme national de lutte contre les IRA qui prévoient dans leurs directives de manière standardisée les cas qui nécessitent une consultation recours ou un transfert urgent selon des critères standard. Ces directives comprennent également des instructions sur la manière de procéder au transfert et de rédiger la lettre de transfert. Cependant le point faible de ce système est la composante rétro information non tant à cause de la volonté des médecins de référence que de l'absence d'implication de ces médecins dans les programmes qui sont par essence destinés aux personnels de la première ligne. Par ailleurs une confusion de la part des médecins de première ligne entre catégories de prise en charge (classification) et diagnostic, toujours combattue dans le cadre des programmes à approche syndromique, a souvent causé des malentendus avec les médecins des structures de référence.

Fort de cette analyse des problèmes, la composante « amélioration du système de santé » de la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant a prévu un système d'orientation recours à même de minimiser ces problèmes. Selon ce système :

- Les malades sont référés du niveau périphérique vers le niveau supérieur accompagnés d'une fiche de référence et de rétro information qui doit être correctement et clairement remplie par les deux niveaux. Les parents doivent faire retourner la fiche de réponse au médecin traitant.
- Les informations au sujet des malades référés sont consignées au niveau du cahier de référence – rétro information tenu dans le CSB.

En conclusion, l'avènement du programme de développement des circonscriptions sanitaires, du système d'assurance de la qualité des soins et de la PCIME constituera une excellente opportunité pour améliorer le système d'orientation recours qui n'est pas standardisé notamment dans sa composante rétro information et qui souffre encore du manque d'information des équipes des structures de référence sur les directives des programmes nationaux.

8. Développement des ressources humaines

La formation de base des médecins est effectuée au niveau des 4 facultés de médecine de Tunisie. Cette formation comprend des informations sur les programmes nationaux qui ne sont pas toujours traitées avec le concours des responsables des programmes. Par ailleurs les étudiants en médecine ne sont pas suffisamment préparés pour exercer dans le cadre des soins de santé primaires car l'essentiel de la formation porte sur les pathologies les plus graves plutôt que sur les pathologies bénignes et de moyenne gravité courantes.

La formation des paramédicaux est effectuée au niveau des écoles de santé régionales implantées à travers la république.

Une collaboration de plus en plus accrue est en train de s'opérer entre la DSSB et les facultés de médecine en vue de standardiser la formation relative aux pathologies faisant l'objet d'un programme national et d'introduire les programmes nationaux dans le cursus des études médicales et ce, au vu des expériences passées (IRA, LAD, lutte antituberculeuse, périnatalité pour le cas des sages-femmes).

Si on prend l'exemple de la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant, l'introduction de cette stratégie dans le cursus des études médicales est envisagée et ce dans le but :

- d'assurer une meilleure adhésion des médecins à cette stratégie
- de résoudre le problème inhérent à la difficulté de la généralisation de cette stratégie à tout le pays en suivant le rythme actuel des formations en cours d'emploi qui sont relativement lourdes, coûteuses et trop exigeantes en matière de temps et de disponibilité des personnels.

Outre la formation de base, les médecins bénéficient de séances de formation continue (enseignement post universitaire ou EPU) . Ces formations sont organisées essentiellement par les directions techniques centrales mais aussi par les directions régionales, les sociétés savantes, les services hospitaliers universitaires et les ONG. Des séances de formation continues sont également organisées en faveur des agents paramédicaux. Cependant il n'existe pas de mécanisme de coordination entre ces différents intervenants et avec la faculté de médecine.

Par ailleurs le problème d'instabilité du personnel de santé constitue une entrave à la mise en œuvre optimale des programmes nationaux. En outre et au même titre que pour les autres moyens il existe un déséquilibre en matière de répartition des ressources humaines au détriment du milieu rural et de l'ouest du pays et ce malgré les efforts entrepris en matière de respect des normes régissant le principe de l'adéquation formation-emploi. Ce déséquilibre est le reflet des déséquilibres économiques et culturels amenant les fonctionnaires à opter pour les régions les plus attrayantes de ce point de vue. En vue de réduire ce déséquilibre des efforts sont entrepris par le ministère en matière de planification des ressources humaines. Ainsi des normes existent pour l'évaluation des besoins et ce en fonction du nombre de lits et de la typologie des centres de santé de base.

Au niveau du secteur public de santé, plusieurs mesures sont prises pour améliorer l'offre à savoir, la multitude de concours de recrutements, la promotion de carrière, l'amélioration des conditions de travail, la formation continue et les mesures incitatives.

En conclusion, et en matière de développement des ressources humaines, les activités de formation aussi bien de base qu'au cours d'emploi sont très fournies et de bonne qualité. Cependant :

- les programmes nationaux ne sont pas entièrement intégrés dans le cursus des études médicales ce qui a pour conséquence une préparation insuffisante des étudiants en médecine pour prendre en charge des pathologies les plus courantes, ce qui fait que ces étudiants ne sont pas préparés pour exercer dans le cadre des soins de santé primaires.

- La PCIME n'est pas encore incluse dans le cursus des études paramédicales

- Il existe un manque de coordination entre les institutions chargées de la formation en cours d'emploi (différents niveaux du MSP, sociétés savantes, ONG) ce qui a débouché sur une duplication des efforts sur les mêmes thèmes de formation et la négligence de certains autres. Il existe aussi des contradictions entre les directives diffusées par les différents partenaires.

Un effort de coordination entre les différents intervenants en matière de formation et avec la faculté de médecine est à entreprendre.

La PCIME a apporté la qualité à la formation en cours d'emploi (médecins, sages-femmes et infirmiers) car elle vise l'acquisition de savoir faire en allouant un temps suffisant à la formation pratique (32%). La formation dans le cadre des autres programmes est plutôt théorique (savoir)

Quant à la gestion des ressources humaines, on constate:

- des disparités en matière de distribution des médecins entre rural / urbain, est et ouest ;
- un problème d'instabilité du personnel de santé formé ce qui représente un fardeau supplémentaire pour les programmes en matière de formation ;
- un déséquilibre au détriment du milieu rural et de l'ouest.

9. Disponibilité et gestion des médicaments

La Tunisie est dotée d'une législation pharmaceutique étoffée et d'un nombre appréciable d'institutions de régulation du secteur. L'industrie locale du médicament s'y développe rapidement depuis plus d'une décennie sous l'effet d'une politique de promotion des investissements locaux et étrangers notamment par le biais de joint de venture avec des grandes firmes pharmaceutiques. Malgré une privatisation du circuit de la distribution de gros et de détail l'état a gardé le monopole des importations par le biais de la Pharmacie Centrale de Tunisie sur la base d'un appel d'offres international. Le financement de l'achat des médicaments est assuré par l'état. La législation vise à assurer les meilleures garanties d'approvisionnement en termes de qualité, de conformité, de régularité et de prix. Il existe un laboratoire national de contrôle du médicament, indépendant des producteurs et des distributeurs, un centre de pharmacovigilance et un centre de toxicologie.

Une liste des médicaments essentiels est mise à jour régulièrement avec le concours des différents intervenants notamment les programmes nationaux sous la coordination de la Direction de la Pharmacie et du Médicament. Cette liste est unique pour toutes les régions. Il existe une nomenclature spécifique pour les hôpitaux et une autre pour les centres de santé de base. Les quantités des médicaments sont établies en fonction des besoins de chaque région et de la situation épidémiologique.

Les centres de santé de base s'approvisionnent en médicaments de manière bimensuelle par le biais des groupements régionaux de santé de base. La nomenclature des CSB permet à ceux-ci de disposer de tous les médicaments essentiels en première ligne en particulier les médicaments requis par les directives de la PCIME. Toutefois les groupements de santé de base et les hôpitaux, encouragés par la méconnaissance des équipes périphériques de la nomenclature, ont pris l'habitude de ne pas commander certains médicaments figurant sur cette nomenclature tels que le fer en sirop et le paracétamol en sirop.

En conclusion, les problèmes de disponibilité sont dus essentiellement à l'insuffisance des ressources budgétaires accordées aux médicaments en première ligne mais aussi en rapport avec un usage peu rationnel de ces produits particulièrement en ce qui concerne les antibiotiques. La rationalisation de l'usage des médicaments en vue de garantir notamment leur disponibilité est un des objectifs de la PCIME. En plus, des efforts organisationnels doivent être entrepris au niveau de la commande des médicaments en vue de garantir leur disponibilité et des quantités suffisantes doivent être mises à la disposition des malades (gestion des médicaments).

10. Les différents partenaires :

Différents partenaires apportent leur contribution au processus d'amélioration de la santé de la santé de l'enfant :

* les ministères :

- Le Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme qui a pour rôle d'élaborer les textes législatifs inhérents à la protection de l'enfance,
- Le Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger qui a pour rôle d'améliorer le bien être social des enfants notamment ceux à besoins spécifiques
- Le Ministère de l'Intérieur et du Développement Local qui veille à l'application de la législation relative à la protection de l'enfance.

La coordination entre ces départements est assurée par le Secrétariat d'Etat de l'Enfance du Ministère de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Agées.

* Les ONG (scouts tunisiens, association tunisienne des droits de l'enfant...)

* Les sociétés savantes

* Les organismes internationaux (UNICEF, OMS, ONUSIDA)

* L'université

* La communauté (dans le cadre de la PCIME)

Ces partenaires constituent un maillon incontournable dans la réussite des programmes sociaux visant l'enfant. Ils sont impliqués dans différentes actions sanitaires et participent aux activités de réflexion et de planification. Cependant la coordination entre ces différents partenaires n'est pas optimale.

Les actions entreprises avec la participation de la communauté demeurent très insuffisantes malgré l'importance de la **communauté** en tant que partenaire essentiel et incontournable des professionnels de santé.

VI. SANTÉ DE L'ENFANT :

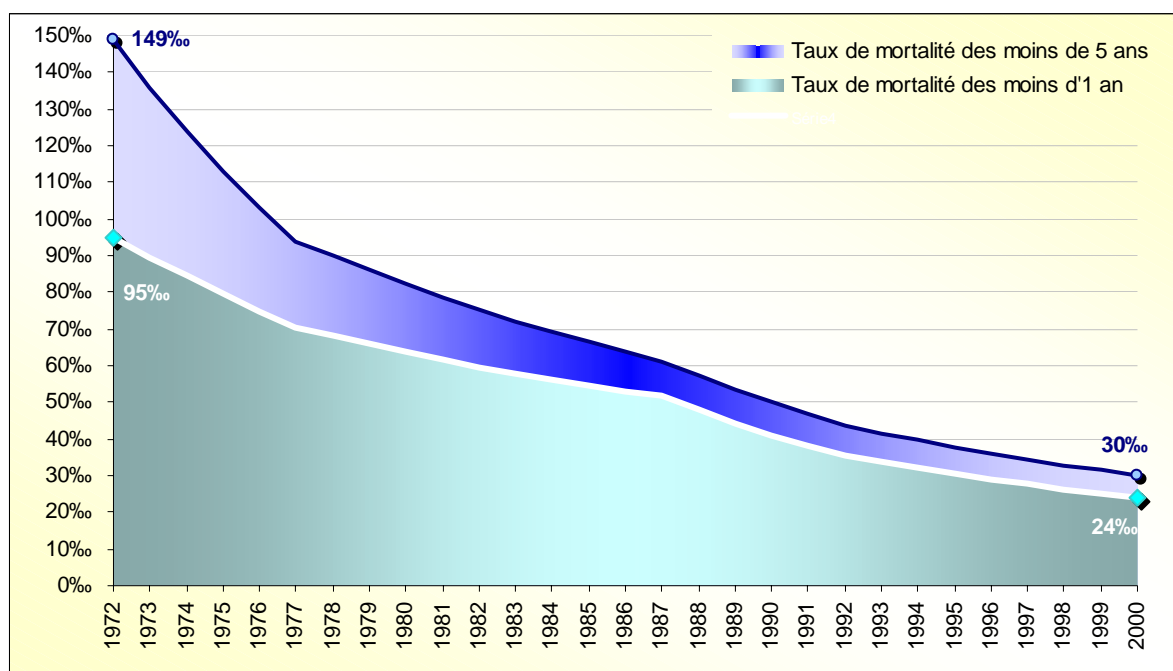
A- Mortalité :

Le droit à la survie figure parmi les premiers droits fondamentaux définis par le gouvernement Tunisien depuis l'indépendance.

1) Indicateurs de mortalité et causes de décès

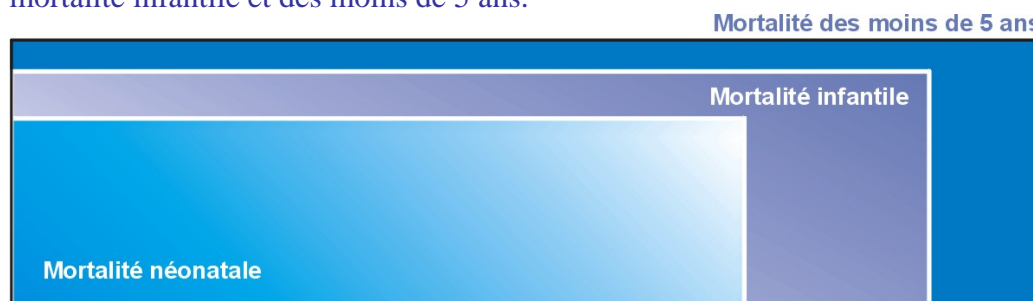
- Indicateurs de mortalité néonatale, infantile et des enfants de moins de 5 ans.

La Tunisie a réalisé des progrès remarquables dans la réduction de la mortalité des enfants de moins 5 ans. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, a été divisé par 5 entre 1972 et 2000, passant d'un taux de 149 ‰ à un taux de 30 ‰. De même, le taux de mortalité infantile, a également été divisé par 4 en passant de 95‰ à 24‰.(2000) (graphique suivant).



Graphique 8: taux de mortalité des moins de 5 ans et des moins d'un an

La mortalité des enfants de moins de 5 ans, tout en diminuant, se concentre de plus en plus dans la tranche d'âge de moins d'un an. Au début des années 1970 près de 40 % de la mortalité des enfants survenait après l'âge de un an. En 2000, plus de 80 % de la mortalité des enfants survient avant l'âge d'un an. Par ailleurs, les données disponibles montrent que la mortalité néonatale (décès survenant au cours des 28 premiers jours de la vie) représente les deux tiers de la mortalité infantile et environ la moitié de la mortalité des moins de cinq ans. Le graphique 9, illustre une présentation de la composition de la mortalité pour ces différentes tranches d'âge et montre l'importance de la mortalité néonatale qui devrait être visée en priorité par les stratégies visant la réduction de la mortalité infantile et des moins de 5 ans.

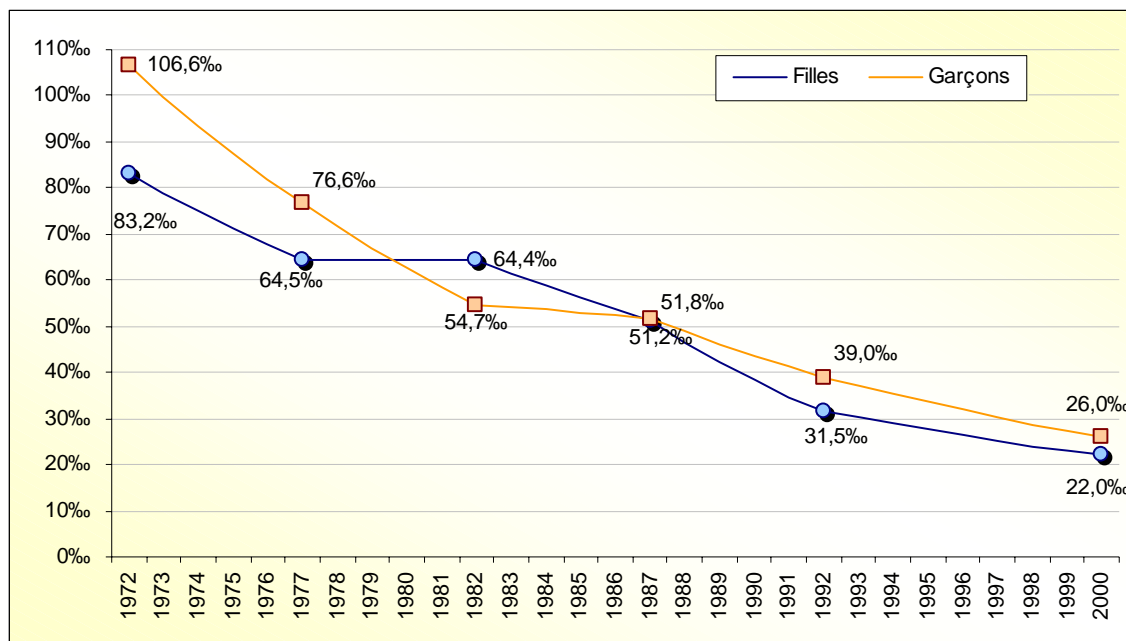


Graphique 9 : composition de la mortalité des moins de 5 ans

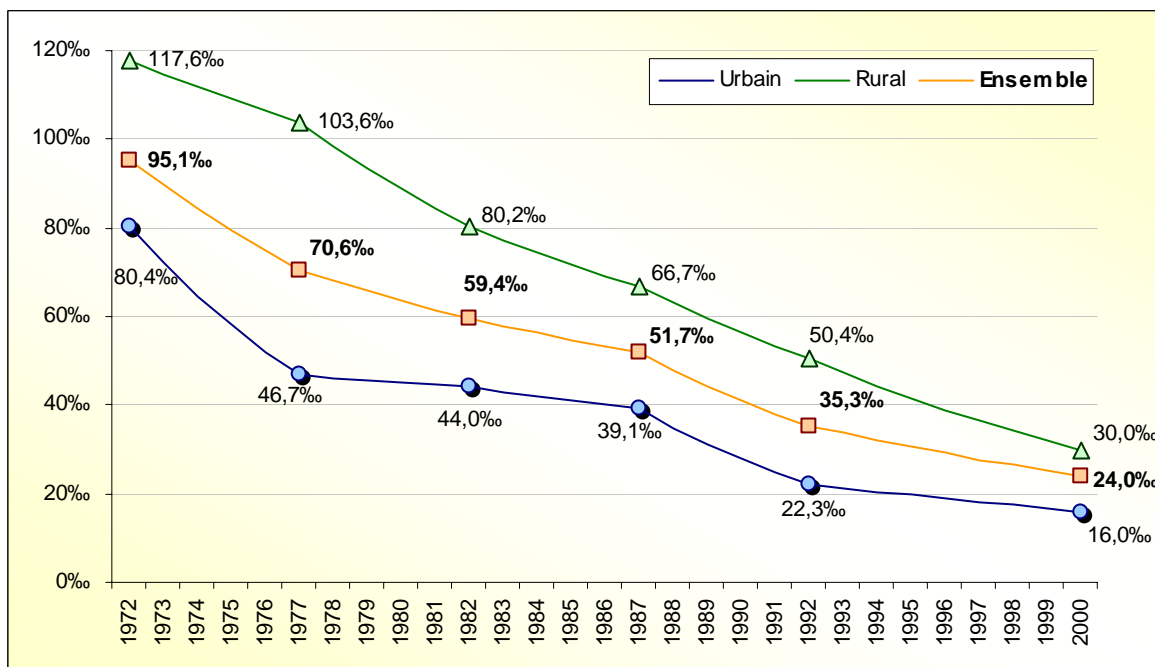
Source : enquête MICS2 2000.

L'évolution du taux de mortalité infantile depuis 1975 montre une absence des disparités entre les sexes (graphique 10). Par contre les disparités entre les milieux

demeurent: le taux de mortalité infantile en milieu rural est le double de celui prévalent en milieu urbain (graphique 11).



Graphique 10 : évolution du taux de mortalité infantile par sexe



Graphique 11 : évolution du taux de mortalité infantile par milieu

Les répartitions par sexe et par milieu de la mortalité des moins de 5 ans présentent les mêmes caractéristiques que celles marquant la mortalité infantile.

Des données détaillées et récentes sur la mortalité néo-natale et périnatale sont rares ; nous disposons de quelques séries hospitalières qu'il faut interpréter avec prudence.

Selon les données du recueil du programme national de périnatalité, le taux de mortalité dans les structures publiques est passé de 20‰ (en 1997) à 14 ‰ (2002)

Selon l'enquête PAP CHILD 1994 :le taux de mortalité néonatale (0-28J) est de 22.3‰ (Urbain: 14.5 et rural: 30.7). Cette mortalité a été estimée à 14,5‰ par l'INS en 2001.

Principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Selon l'enquête MICS 2 (2000), les principales causes de décès sont les affections périnatales (46,67%) suivies des infections respiratoires aiguës (14,02%), des anomalies congénitales (10,8%). La diarrhée occupe le 4^{ème} rang (9,66%). Il est aussi à noter que dans la tranche d'âge 2-11 mois, les diarrhées constituent 27,7% des décès suivies par les IRA avec 26,14%. Dans la tranche d'âge 15-29 mois, les diarrhées (14,29%) et les IRA (11,69%) représentent plus du quart des causes de décès mais les affections congénitales passent en tête (16,85%).

Le tableau suivant présente la répartition des causes de décès d'origine périnatale (cause initiale). Les causes sont présentées selon la classification officielle de l'OMS.

**Tableau 11 : REPARTITION DES CAUSES DE DECES
D'ORIGINE PERINATALE
ENQUETE MICS2 2000**

	SEXE		TOTAL
	MASCULIN	FEMININ	
	%	%	%
Maladies respiratoires et cardio-vasculaires période périnatale	35,5	34,9	35,3
Anomalies de la durée de la gestation* et croissance du fœtus	16,8	28,8	21,4
Infections spécifiques de la période périnatale	12,2	10,6	11,6
Complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement (excluant les traumatismes obstétricaux)	8,4	9,1	8,7
Affections hémorragiques du fœtus et du nouveau-né	3,7	3,0	3,5
Traumatismes obstétricaux	3,7	1,5	2,9
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né	2,8	,	1,7
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques fœtus et nouveau né	1,9	1,5	1,7
Affections intéressant les téguments et la régulation thermique	,	1,5	0,6
Autres affections dont l'origine la période périnatale (convulsions, autres affections cérébrales, problèmes alimentaires, anomalies du tonus musculaire, mort fœtale de cause non précisée et autres affections)	15,0	9,1	12,7

* Anomalies de la durée de la gestation : prématurité ou dépassement du terme

Une tentative de quantifier à partir de ce tableau le pourcentage de causes évitables de décès s'est heurtée à des difficultés méthodologiques.

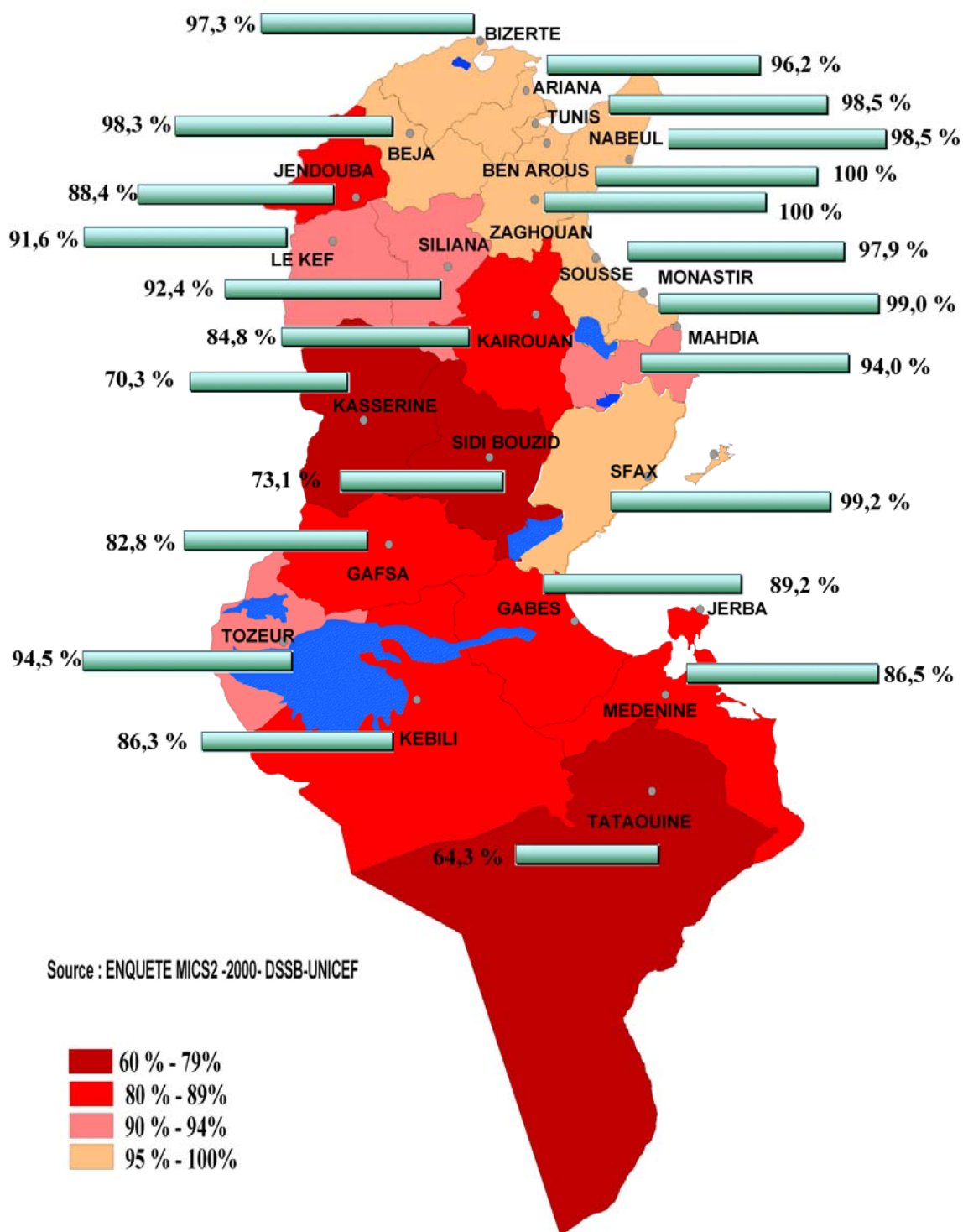
Les problèmes relatifs à la mortalité infantile sont actuellement d'abord en rapport avec un manque de données régionales et locales sur les taux et causes de mortalité. Une évaluation

exhaustive au plan topologique (localisation géographique) et typologique (causes de décès) de la répartition des causes de décès est possible et nécessaire. On pourra alors identifier problèmes et solutions, en faisant la part des responsabilités relevant des causes pathologiques pures, des causes liées aux conditions socio-économiques et culturelles, ou de celles relevant de l'organisation du système de soins.

Ce type d'approche est justifié par un certains nombres de données :

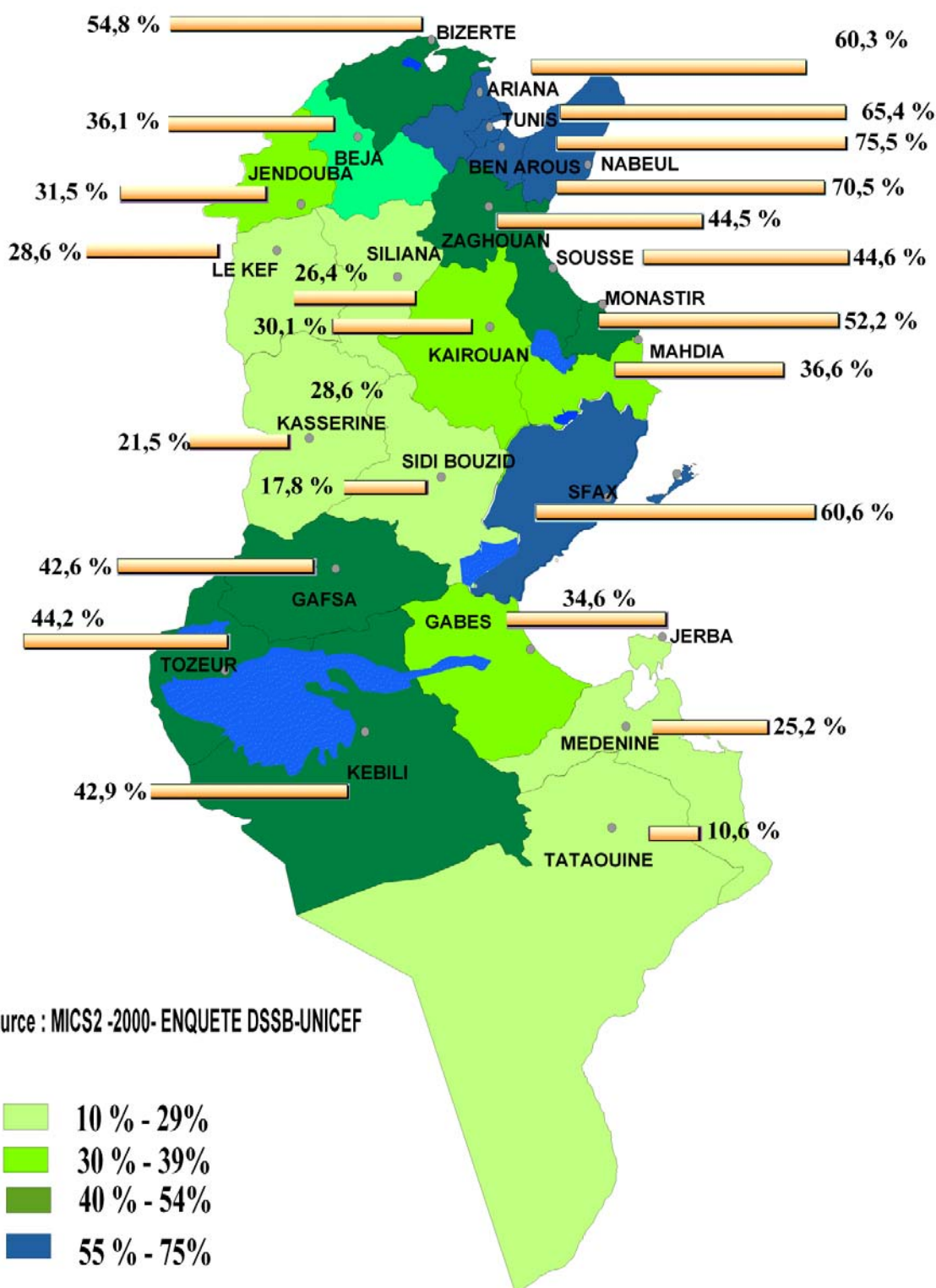
- L'enquête Pap Child 94-95 relevait déjà que la moitié de la mortalité infanto-juvénile et le 2/3 de la mortalité infantile étaient liées à la période néo-natale et qu'il existait un certain nombre de facteurs péjoratifs liés à l'augmentation de la mortalité comme le jeune âge de la mère à l'accouchement (moins de 20 ans), l'espace intergénéral court, l'accouchement en milieu non assisté, le rang élevé de la naissance, le bas niveau d'instruction de la mère, le milieu rural, les mauvaises conditions d'habitat.
- Selon MICS2 2000-2000 les taux de couverture du programme de périnatalité et les proportions d'accouchement en milieu assisté sont moins bons en milieu rural qu'en milieu urbain et dans les régions de l'Ouest et du Sud ce qui peut être en relation directe avec la mortalité néonatale.
- Par ailleurs, un certain nombre d'insuffisances en matière de comportement des mères pour la prise en charge de leurs enfants atteints de diarrhée ou d'IRA sont observées (continuation de l'allaitement maternel, connaissance des signes de gravité de la maladie, recours au médecin ...) particulièrement dans les régions défavorisées de l'Ouest et du Sud, c'est à dire là où les formes graves de ces maladies sont plus fréquentes.

COUVERTURE DES FEMMES ENCEINTES PAR AU MOINS UNE CONSULTATION PRENATALE

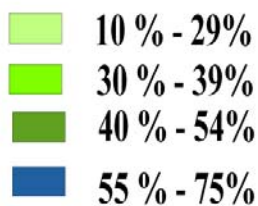


D'après OMS : données et analyse sur la situation sanitaire – Tunisie 2004. Document de base pour la stratégie de pays. Bureau de l'OMS Tunisie- octobre 2004. Tunis

COUVERTURE DES FEMMES ENCEINTES PAR QUATRE CONSULTATIONS PRENATALES SELON LE CALENDRIER NATIONAL



Source : MICS2 -2000- ENQUETE DSSB-UNICEF



D'après OMS : données et analyse sur la situation sanitaire – Tunisie 2004.
Document de base pour la stratégie de pays. Bureau de l'OMS Tunisie- octobre

B- Morbidité :

Actuellement et devant la situation épidémiologique caractérisée par la régression constante des décès dus aux maladies transmissibles (aucun cas de méningite tuberculeuse, aucun cas de paludisme, chez les enfants de moins de 5 ans en 2003), conséquence de l'amélioration de la couverture vaccinale, de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des épisodes morbides dans le cadre des programmes nationaux, du développement socio-économique et de l'amélioration de l'hygiène et de la nutrition, une nouvelle option a été choisie. Elle consiste en la consolidation des acquis enregistrés et l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux enfants ainsi que de la qualité de leur vie notamment par la promotion du développement psychomoteur et de la prévention du handicap et des troubles nutritionnels principalement l'anémie par carence martiale. D'où la programmation d'actions visant ces buts, à savoir la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant et la stratégie d'assurance de la qualité des soins.

L'anémie constitue un problème de santé publique par sa fréquence. L'anémie ferriprive par carence martiale est la plus fréquente (74 % des anémies chez l'enfant de moins de 5 ans au Grand Tunis et 63.7 % au Sud Ouest, d'après l'enquête INNTA/DSSB 2000) et son apparition est favorisée notamment par les 4 facteurs suivants:

- * Le non recours à l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de la vie
- * Le manque de consommation de produits carnés
- * Les aberrations alimentaires : pica
- * l'absence de politique d'enrichissement des aliments en fer.

Le tableau suivant montre l'évolution de la prévalence de l'anémie en Tunisie entre 1975 et 2000 :

Tableau 12 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE L'ANEMIE EN TUNISIE ENTRE 1975 ET 2000

	1973 / 1975	1996 / 1997	2000
Enfant 6 mois - 2 ans	45 %	38 %	55.8%
Enfant d'âge pré-scolaire	30 %	21,7 %	28.29%

A l'échelle nationale, l'enquête effectuée par l'INNTA en 1996/97 a montré que l'anémie carencielle chez l'enfant âgé de 6 mois à 2 ans est de 26 %. Chez l'enfant en âge pré-scolaire, la prévalence a baissé de 20 % à 12,7 % entre 1973/1975 et 1996/1997 sans différence significative ni entre les sexes, ni entre le milieu urbain et rural. La répartition par région montre que c'est le Sud Ouest qui est le plus touché (17,8 %) suivi du Centre Ouest (16,1%) et du Grand Tunis (15,9 %).

D'après l'enquête INNTA/DSSB 2000 la prévalence de l'anémie de l'enfant de moins de 5 ans est comme suit :

- . 28.8 % dans le grand Tunis.
- . 28.3 % dans le Sud Ouest.

D'après cette enquête, la prévalence de l'anémie ferriprive de l'enfant de moins de 5 ans est comme suit :

- . 21.3% dans le grand Tunis.
- . 18.0% dans le Sud Ouest.

La prévalence globale est de 19.73 %

- Les hémoglobinopathies constituent un problème de santé publique dans le Nord Ouest du pays (52% des patients) et ce devant:

- le nombre élevé de porteurs,
- le nombre élevé de malades, estimé à près de 2000 cas de formes majeures avec plus de 2000 familles avec au moins un malade répertoriées,
- le nombre de naissances d'enfants malades estimés à 110 nouveaux cas par an, dont 35 β thalassémiques et 45 drépanocytaires,
- le taux élevé de consanguinité et d'endogamie, facteurs de risque favorisant la transmission de la maladie,
- le coût excessif de la prise en charge et l'inefficacité des moyens thérapeutiques disponibles.

Il est à noter dans ce cadre, qu'une carte de handicapé physique est octroyée aux enfants qui souffrent d'hémoglobinopathie ce qui facilite les prises en charge : obtention des poches à transfuser, transport...

La prise en charge des hémoglobinopathies ne bénéficie pas d'une standardisation dans le cadre d'une stratégie nationale de prise en charge. Toutefois la DSSB a examiné ce problème avec les partenaires concernés et des recommandations pour une prise en charge standard ont été formulées. Elles se résument comme suit :

1. Réalisation d'une enquête nationale sur les hémoglobinopathies
2. Etablissement d'un registre national des hémoglobinopathies
3. Révision de l'organisation de la prise en charge des hémoglobinopathies
4. Promotion des autres aspects de la prise en charge
 - a. Le support psychologique
 - b. L'activité physique et les loisirs
5. Dépistage néonatal de la drépanocytose
6. Recours au laboratoire de référence pour le dépistage, le contrôle et la prévention par le diagnostic prénatal.
7. Prévention des hémoglobinopathies
 - a. La sensibilisation du public
 - b. L'identification des porteurs sains
 - c. Le conseil génétique
 - d. Le diagnostic prénatal
8. Le rôle du médecin de première ligne
 - a. Dans le dépistage
 - b. Dans le suivi

En général, il y a un manque d'information relative aux maladies chroniques (asthme etc...)
Chez l'enfant tunisien et d'après une revue effectuée par Hamzaoui A. et coll en 1998, la prévalence de l'asthme dans la population d'âge scolaire varie de 2.1 % à 11 %. La revue estime la prévalence de l'asthme infantile à 2.4 - 5 % ce qui suppose que le nombre d'enfants asthmatiques serait de 50.000 à 100.000 dont 1/3 d'asthme modéré à sévère.

C-Situation de la Tunisie par rapport aux objectifs du millénaire

Des progrès importants ont été réalisés en matière de réduction de la mortalité infantile dans le cadre du dernier Programme National d'Action. Compte tenu de cette tendance, la réduction des disparités régionales, le ciblage de la mortalité néonatale et le renforcement de l'application des programmes dans le cadre de la stratégie PCIME permettront d'atteindre l'objectif du millénaire qui est de réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile entre 1990 et 2015 sachant que cette mortalité a été réduite de 40 % au cours de la dernière décennie.

On assiste à une réduction significative de la mortalité des enfants de moins de 5 ans qui se concentre, néanmoins, de plus en plus dans la tranche d'âge de moins d'un an. Il existe une régression constante des décès dus aux maladies transmissibles
Par ailleurs, la mortalité néonatale représente les deux tiers de la mortalité infantile et environ la moitié de la mortalité des moins de cinq ans. La mortalité néonatale devrait être visée en priorité par les stratégies visant la réduction de la mortalité infantile et des moins de 5 ans.
Bien que la mortalité par IRA et diarrhée ait régressé considérablement, ces deux pathologies, à côté de l'anémie, sont encore parmi les causes les plus importantes de morbidité des enfants moins de 5 ans et constituent encore une cause non négligeable de mortalité.

D- Principaux programmes nationaux de santé de l'enfant :

La haute priorité accordée par la Tunisie à la santé de la mère et de l'enfant s'est traduite par la mise en place de programmes nationaux ayant pour objectif d'améliorer le niveau de santé du couple mère-enfant et ayant été constamment renforcés et gérés progressivement de manière intégrée afin d'en augmenter l'efficacité.

Grâce à ces programmes, les indicateurs de santé maternelle et infantile ont connu une amélioration permanente.

1. Programme National de Vaccination (PNV):

Le PNV a largement contribué à la réduction de la mortalité infantile enregistrée durant les 2 dernières décennies, ce programme a démarré en 1979 avec pour objectif la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies cibles suivantes :

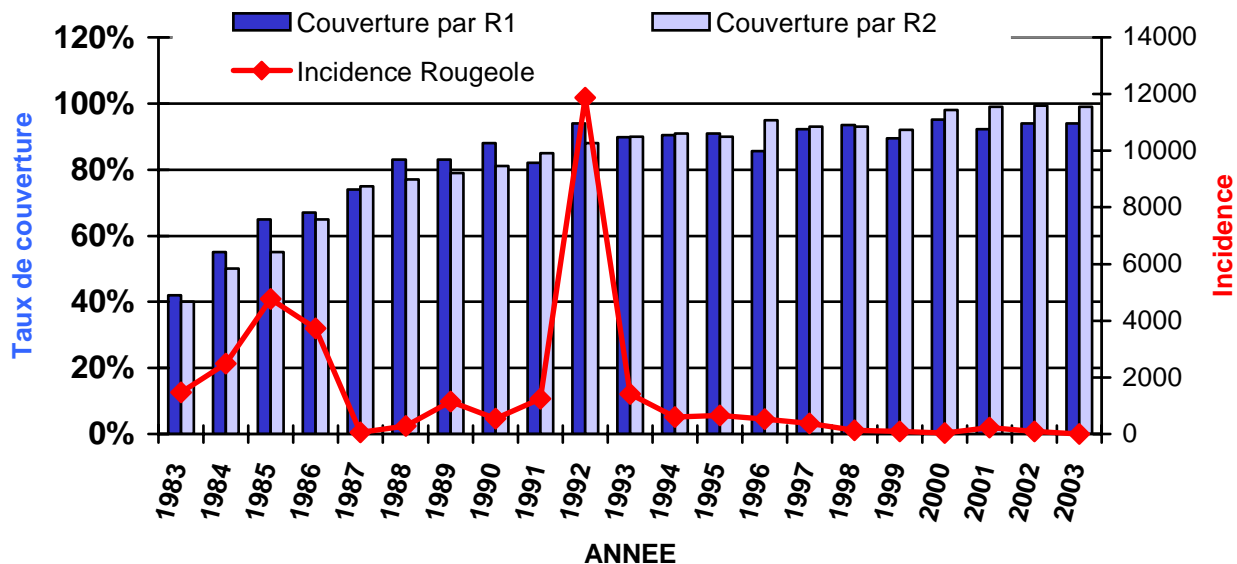
- Depuis 1979 : Tuberculose – Polio – Diphtérie – Coqueluche –Tétanos - Rougeole.
- Depuis 1986 : Tétanos Néonatal.
- Depuis 1995 : Hépatite Virale B
- A partir de 2002 : maladies dues à l'haemophilus influenza type b

- **La stratégie** du PNV s'est progressivement développée et des axes stratégiques nouveaux sont venus la renforcer pour s'adapter continuellement à l'évolution de la situation épidémiologique. Ces axes sont par ordre chronologique :

- La vaccination de routine : depuis 1979, les vaccins prévus dans le calendrier officiel sont obligatoires. Ils sont dispensés gratuitement dans toutes les structures de santé publique de l'ensemble du pays. Grâce à l'accroissement continu du nombre de centre de santé de base dont plus de 90% pratiquent la vaccination et grâce à une sensibilisation adéquate des parents aux bienfaits des vaccins la couverture vaccinale de routine a dépassé les 90% depuis le début des années 90 pour le DTC3 (depuis 1988) et pour la première prise de vaccin anti-rougeoleux (depuis 1991)
- L'éradication de la poliomyélite : La stratégie d'éradication de la poliomyélite qui a démarré en 1991 a englobé une surveillance renforcée des paralysies flasques aiguës à côté de l'organisation de campagnes de vaccination de masse des enfants de moins de 5 ans :
 - En 1995-96-97 : campagnes nationales.
 - En 1998-99-2000 : campagnes sub-nationales.

Ces campagnes ont permis de vacciner à chaque fois plus de 95% des enfants ciblés. Actuellement, on peut sur la base d'une surveillance conforme aux standards de qualité affirmer l'absence de poliomyélite depuis 1993.

- La stratégie nationale d'élimination de la rougeole : Elle a démarré en 1998 par une campagne de vaccination de rattrapage des natifs de la période de 1983 à 1991 accompagnée d'un nombre de mesure dont l'instauration d'une surveillance renforcée de la Rougeole. Notons que la stratégie d'élimination de la rougeole a bénéficié d'un calendrier avant-gardiste à 2 prises de vaccin anti-rougeoleux depuis le démarrage du PNV et de l'expérience acquise à travers l'éradication de la polio. Depuis 1999 au moins 80% des cas suspects ont bénéficiés de sérodiagnostic et les données de la surveillance montrent que la population âgée de moins de 20 ans est correctement protégée avec une circulation faible ou nulle du virus morbillieux. En effet la dernière flambée de rougeole de 2002 est survenue après une accalmie de 10 ans et a touché moins de 100 cas en majorité des adultes âgés de plus de 20 ans .



Graphique 12 : évolution de l'incidence et de la couverture vaccinale, Rougeole 1983-2003

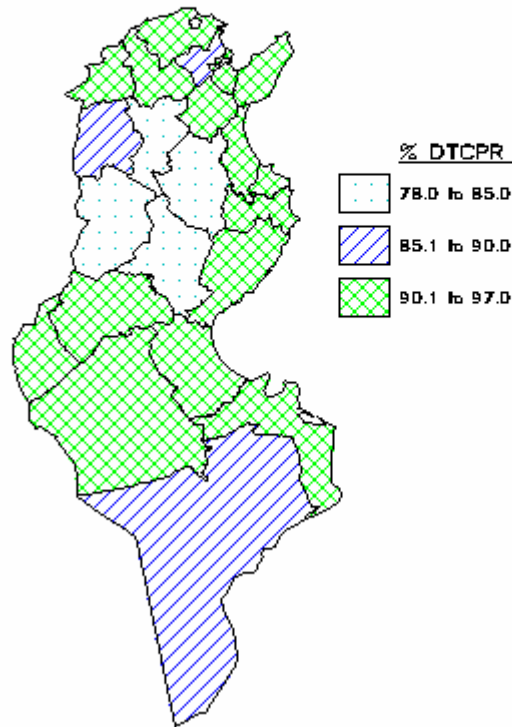
○ **Etape actuelle:**

A partir de 2001 une action d'évaluation des différents axes stratégiques est engagée par la DSSB avec implication des compétences nationales (comité technique des vaccinations) et d'experts de l'OMS. L'évaluation a confirmé les progrès réalisés par ces stratégies et s'est prononcée en faveur des activités complémentaires de vaccinations ciblées. C'est ainsi que des actions ciblées ont été conduites en 2001 :

- Campagne de vaccination de suivi contre la rougeole qui a ciblé les enfants de 1 à 5 ans dans 19 gouvernorats où le pourcentage des susceptibles est supérieur à 15% parmi les enfants âgés de 0 à 5 ans.
- Campagne de vaccination contre la polio dans 3 gouvernorats où la couverture vaccinale par le VPO3 est inférieure à 90 %.

Couverture Vaccinale des enfants ages de 24–35 mois

par le DTCP3 – TUNISIE MICS2 2000 –



L'enquête MICS II 2000 a montré que les taux de couvertures par le DTCP3 chez les enfants de 24 -35 mois étaient supérieurs à 90% dans toutes les régions du pays, mais que 4 régions (mentionnées sur la carte ci-dessus) avaient une couverture par DTCP4 inférieure à 85%. Notons que la couverture par le DTCP4 (rappel prévu à 18 mois) équivaut à une vaccination préscolaire complète, puisque à l'occasion de ce rappel sont aussi rattrapés les éventuels défaillants aux prises antérieures de vaccins : la 3eme prise de vaccin anti-hépatite B (HBV3) et le vaccin anti-rougeoleux (R1).

Actuellement le PNV est en train de généraliser le monitoring de la couverture vaccinale à l'échelle locale et régionale et les zones à couverture basse identifiées sont ciblées par les activités de rattrapage en particulier durant les journées nationales de vaccination.

L'évaluation a aussi porté sur les bénéfices attendus de l'introduction de nouveaux vaccins, ce qui a conduit dans un 1^{er} temps à inclure le vaccin contre le Hib dans le calendrier de la primo vaccination des nourrissons en octobre 2002.

Notons que l'amélioration de la qualité est un souci actuel majeur du PNV : cette amélioration concerne la surveillance des maladies cibles et l'amélioration de la fiabilité des données de couvertures vaccinales à l'échelle le plus périphérique.

Les autres aspects qualitatifs concernés sont la sécurité des injections (enquête en octobre 2001), la qualité de la séroconversion post vaccinale (enquête en novembre 2002), et la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables.

Le calendrier vaccinal officiel.

Mise à jour d'octobre 2002 :

- Naissance	BCG
- 3 mois	DTCP1 Hib 1 HVB1
- 4 mois	DTCP2 Hib 2 HVB2
- 5 mois	DTCP 3 Hib 3
- 9 mois	HVB 3
- 15 mois	Rougeole
- 18 mois	DTCP rappel
- 6 ans	BCG DT VPO Antirougeoleux.
- 12 ans	DT VPO
- 18 ans	DT VPO

– La vaccination des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes :

Le schéma de vaccination des femmes enceintes est le suivant :

- dT1 dès le premier contact avec la structure de santé
- dT2 un mois après le dt1
- dT3 un an après le dT2
- dT4 cinq ans après dT3
- dT5 cinq ans après dT4.

- En conclusion :
- Les taux de couverture vaccinale sont élevés à l'échelle nationale mais restent inférieurs à l'objectif dans certaines régions en particulier dans les gouvernorats du centre-ouest et surtout pour la première prise de vaccin anti-rougeoleux et la prise de rappel de DTCP4 (Enquête MICS II 2000)
- Le PNV doit faire face aux contraintes causées par un marché mondial déficitaire où l'offre est inférieure à la demande. Cette situation a rendu difficile l'obtention de commandes de vaccin en présentations adaptées dans les délais requis et à des prix convenables.
- Le PNV doit affronter une majoration du coût de la vaccination due à une importante élévation des prix des vaccins et aussi à l'augmentation du taux de perte en vaccins

- multidoses. Cette augmentation a été générée par l'accroissement progressif du nombre de CSB qui offrent la vaccination à un nombre réduit d'enfants dans le cadre d'une politique qui vise une meilleure couverture vaccinale des zones rurales à habitat dispersé.
- Le PNV doit maîtriser le coût en réduisant le taux de perte en vaccin sans faire de concession en matière de taux de couverture ni en matière de qualité des vaccins administrés.
 - Les procédures d'approvisionnement doivent être adaptées à l'évolution du marché pour faciliter la disponibilité des vaccins en présentation permettant la limitation du taux de perte et avec le meilleur rapport qualité-prix possible.
 - Il convient de préserver et consolider les acquis en maintenant l'adhésion du public cible au programme, en apportant les mises à jour nécessaires au calendrier vaccinal et en renforçant la surveillance des maladies cibles. Cela suppose un effort continu de formation continue du personnel et une collaboration étroite avec tous les praticiens y compris ceux exerçant dans les hôpitaux publics et privés.

2. Surveillance de la croissance :

L'objectif du programme de surveillance de la croissance est de surveiller de façon continue la croissance des enfants de moins de cinq ans et de détecter de manière précoce les troubles de la croissance.

La stratégie du programme se base sur le contrôle régulier des mesures anthropométriques des enfants, la dispensation de conseils hygiéno-diététiques aux mères et le dépistage et le traitement des cas de malnutrition.

Les réalisations pour la prévention et la lutte contre la malnutrition et les maladies de carence se sont succédées commencent par la création d'unité d'éducation nutritionnelle dans les centres de PMI mis en place en 1959, puis par la prévention systématique du rachitisme par la Vitamine D à partir des années 1970, la lutte contre le goitre par l'utilisation des sels iodés à partir de 1984 pour les régions du Nord Ouest et généralisé à tout le pays en 1996 et les actions de consolidation et d'encouragement de l'allaitement maternel sans cesse renouvelées.

L'activité de surveillance de croissance a été standardisée dans un module destiné à la formation du personnel de santé et édité en 1990.

Le but de ce module est d'introduire une meilleure organisation de la surveillance de la croissance en proposant au personnel chargé de cette activité un modèle de surveillance.

Les supports de recueil de données de cette activité ont été introduits en Janvier 1998 avec le système informatisé SISE

La MICS 2 en 2000 a montré que le taux de prévalence de la malnutrition sévère ou modérée est de 4% et le taux de prévalence de l'émaciation est à 2.2 %

Tout en enregistrant une baisse significative de la prévalence du retard de croissance (environ du tiers durant la décennie), la malnutrition, surtout chronique, reste élevée parmi les enfants tunisiens ;

On constate également l'apparition de problèmes de suralimentation et d'obésité. En effet l'enquête de l'INNTA de 1996/1997 a montré que 8,7 % des enfants de moins de 5 ans sont obèses (16 % chez les 6-11 mois) en adoptant comme définition de l'obésité un indice de poids pour la taille supérieur ou égal à + 2 Z.

Les problèmes de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans se limitent désormais au retard de croissance, qui touche encore 8.3% des enfants de moins de cinq ans. Le retard de croissance sévère ne touchant que 1.5% de ces enfants. Il n'existe pas de différence entre filles et garçons, mais une prévalence double en milieu rural par rapport à son niveau en milieu urbain est notée.

Les tableaux suivants montrent l'évolution des troubles nutritionnels :

- Prévalence de l'insuffisance pondérale :

Tableau 13 : EVOLUTION DU POIDS PAR RAPPORT A L'AGE, TUNISIE :

Source	Urbain	Rural	Filles	Garçons	Total
<u>EDS 1988</u>	6.7	14.0	10.2	10.5	10.4
PapChild 1994	6.0	12.0	9.4	8.0	8.7
Enq Nat Nut 96-97	4.1	4.4	4.0	4.3	4.2
MICS2 2000	2.3	6.2	4.1	3.8	4.0

Conclusion: au cours de la décennie, la prévalence de l'insuffisance pondérale s'est vue réduite de plus de la moitié. La prévalence actuelle est proche de celle de la population de référence. Il n'y a pas de différence entre garçons et filles.

- Prévalence du retard de croissance :

Tableau 14 : EVOLUTION DE LA TAILLE PAR RAPPORT A L'AGE, TUNISIE

Source	Urbain	Rural	Filles	Garçons	Total
EDS 1988	11.8	24.6	19.2	17.3	18.2
PapChild 1994	14.5	32.6	22.6	22.4	22.5
Enq Nat Nut 96-97	6.2	11.2	7.4	9.3	8.3
MICS2 2000	8.1	18.2	13.1	11.6	12.3

Conclusion : tout en enregistrant une baisse significative de la prévalence du retard de la croissance durant la décennie (environ du tiers), cette prévalence reste élevée notamment en milieu rural où elle est le double de ce qu'elle est en milieu urbain. Toutefois, il n'y a pas de différence entre garçons et filles.

- Prévalence de l'émaciation :

Tableau 15 : EVOLUTION DU POIDS POUR LA TAILLE, TUNISIE

Source	Urbain	Rural	Filles	Garçons	Total
EDS 1988	3.4	2.7	2.3	3.8	3.1
PapChild 1994	3.8	4.1	4.4	3.5	3.9
Enq Nat Nut 96-97	1.3	1.1	1.3	1.0	1.1
MICS2 2000	1.9	2.6	2.0	2.5	2.2

Conclusion : absence d'émaciation parmi les enfants tunisiens : la prévalence du faible poids pour la taille est semblable à celle dans la population de référence.

En matière de promotion de l'allaitement maternel, il est à signaler que le gouvernement tunisien a adopté l'initiative des hôpitaux amis des bébés engageant les maternités du pays à respecter les dix conditions du succès de l'allaitement maternel. Au début, 98 % des maternités du pays ont adopté cette initiative avec implication des médecins et des sages femmes de ces maternités dans la sensibilisation et l'encouragement des femmes enceintes à allaiter leurs bébés le plus précocement et le plus longtemps possible. A leur sortie de l'hôpital, les mères sont suivies par l'équipe du centre de santé de base et parfois par un personnel social assurant des visites à domicile pour venir en aide à celles qui éprouveraient des difficultés à allaiter au sein. Par ailleurs et dans le cadre de la sensibilisation des mères, une vaste campagne d'éducation et d'information menée à l'aide d'affiches et de spots télévisés et radiophoniques a été entreprise. Afin d'assurer le suivi permanent de la mise en oeuvre de l'initiative, un comité national a été créé en 1992. Depuis des journées nationales de promotion de l'allaitement maternel ont été organisées et ont permis d'obtenir l'engagement de 150 maternités du pays à adopter les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel.

Les dernières données disponibles sont fournies par l'enquête MICS 2. Les mamans de 936 enfants de moins de 6 mois ont été interviewées.

- **Taux d'allaitement exclusif** : l'enquête rapporte que le taux d'allaitement maternel exclusif (selon définition retenue) chez les moins de six mois est de 46.5% avec (50.3% en rural, 43.5% en urbain).

Chez les moins de 4 mois le taux est de 49.8%. Ce taux était de 11.5% en 1992 (enquête DSSB, MSP). Ainsi, l'évolution de l'allaitement maternel exclusif est elle largement positive.

- **Taux de pratique d'allaitement et des aliments de complément** : la proportion d'enfants âgés de 6-9 mois qui reçoivent le sein et les aliments de compléments est de 88.1%.
- **Taux d'allaitement continu** : la proportion d'enfants âgés de 12-15 mois qui sont encore allaités est de 59.1%, celle des enfants de 20-23 mois encore allaités est de 22.1%.
- **Nombre d'établissements amis des bébés** : 141 maternités publiques (parmi 144 existantes) ont été désignées amies des bébés.

La stratégie est actuellement intégrée dans le cadre de la PCIME. Elle consiste en la recherche systématique de la malnutrition par la surveillance du poids par rapport à l'âge chez l'enfant malade et du poids et de la taille par rapport à l'âge chez l'enfant bien portant.

En vue de promouvoir l'allaitement maternel en Tunisie, une Commission Nationale a été constituée en 2004 dans l'objectif de consolider les acquis et de renforcer la pratique de l'allaitement maternel. Cette commission est chargée de tracer les grandes lignes d'un plan d'action pour la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, et dont la finalité est d'atteindre.

Trois axes stratégiques sont envisagés :

- 1- Une stratégie de formation : elle concerne le personnel médical et paramédical dans les structures de santé publique (PMI, maternité , etc .) et dans les cliniques privées ainsi que les médecins de libre pratique .
- 2- Une stratégie d'accompagnement dans les structures de santé immédiatement avant et après l'accouchement ainsi que tout au long de la période d'allaitement à domicile , par

l'entourage familial , par d'autres moyens comme les numéros verts d'appel gratuits ou les groupes de soutien entre mères allaitantes et l'encouragement des créations de crèches dans les lieux de travail.

3- Une stratégie de communication visant la sensibilisation des futures mères, de leur entourage immédiat, du personnel de santé et du grand public . Cette stratégie doit intégrer deux idées principales :

- renforcer une pratique sociale déjà répandue tout en positivant l'image de l'allaitement au sein .
- rectifier les connaissances, attitudes et pratiques qui risquent de faire reculer la fréquence de l'allaitement maternel .

Le module et les supports éducatifs de surveillance de croissance ne sont pas actualisés.

L'application du programme sur le terrain est insuffisante notamment concernant la prise de la taille.

Le système ne permet pas de disposer de données sur l'obésité qui est un problème de plus en plus fréquent.

Concernant l'allaitement certaines insuffisances ont été notées :

- La préparation insuffisante des femmes enceintes lors des consultations prénatales, en vue de les aider à surmonter les problèmes qui peuvent survenir lors des premières tétées et persévérer l'allaitement au sein.

- L'insuffisance d'encadrement des mères lors des premières tétées à la maternité et le manque d'accompagnement à la sortie des maternités en plus de l'influence négative de l'entourage .

- Les connaissances insuffisantes des mères et de leur entourage sur les bénéfices de l'allaitement maternel et sa valeur nutritionnelle.

- La facilité de prescription du lait artificiel par les médecins et notamment ceux de libre pratique La mise au sein précoce durant la demi heure suivant l'accouchement est très difficile à appliquer dans les conditions actuelles des maternités publiques (locaux exigus, surcharges de travail , ...) empêchant sa pratique et la rendant presque impossible.

- Le contexte socioculturel, économique et psychologique de la femme tunisienne qui ne lui permet pas d'assurer la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif fixée à 6 mois par l'OMS. En effet, les jeunes mamans qui travaillent rencontrent beaucoup de difficultés puisqu'elles ne trouvent pas des structures d'accueil du bébé à proximité de leurs lieux de travail De même l'autorisation d'une heure d'allaitement par jour est insuffisante pour un allaitement effectif au sein.

3. Programme national de lutte anti diarrhéique (LAD)

L'objectif du programme national de lutte antidiarrhéique est de diminuer la morbidité et la mortalité par diarrhée ainsi que les complications de cette maladie.

La stratégie se base sur l'amélioration de la prise en charge grâce à la standardisation des moyens diagnostiques et la prescription systématique de l'oralyte ainsi que la promotion d'une alimentation saine et équilibrée.

La maladie diarrhéique de l'enfant considérée jusque dans les années 1980, comme la première cause de mortalité infantile a bénéficié d'une attention particulière et d'un programme de lutte à partir de 1980.

Et depuis la mortalité causée par les maladies diarrhéiques a été réduite passant de 3,5%0 en

1980 à 0,57% en 2000 (4^e rang).

Malgré le recul de la morbidité due à la diarrhée, le nombre d'épisodes par enfant et par an passant de 4.8 en 1985 à 1.9 en 2000 (dont 11.1% de diarrhée sanglante), la diarrhée constitue encore un problème notamment dans ses formes sanglantes et persistantes. De ce fait le maintien des activités de lutte est primordial notamment la réhydratation orale (coin TRO dans toutes les structures qui prennent en charge les enfants) et le traitement adéquat des formes sanglantes et persistantes.

En outre des insuffisances ont été constatées en matière de CAP des mères (confirmées par l'enquête MICS2 telles que l'arrêt de l'allaitement maternel au cours des épisodes diarrhéiques dans 65 % des cas, l'insuffisance des connaissances des mères des signes de gravité de la diarrhée -48.3 % seulement des mères connaissent au moins un signe de gravité-, le recours au médecin dans seulement 43.4 % des cas, le fait que 35 % des diarrhées n'aient pas été traitées, le sevrage précoce et l'utilisation de médicaments en cas de diarrhée dans 40.5 % des cas).

Les résultats de la MICS2 en 2000 ont montré une disparité entre les différentes régions :

L'ouest du pays connaît les taux les plus élevés de diarrhée (12.18% à Kairouan et 8.63% à Siliana pour une moyenne nationale de 5.75%) et les taux les plus élevés de diarrhée sanglante (22.6% au sud ouest, 18.7% au nord ouest et 17.3% au centre ouest pour une moyenne nationale de 11.1%).

Les diarrhées sont par ailleurs favorisées par des facteurs environnementaux:

hygiène de l'eau: 33.5 % des ménages ne disposent pas d'eau courante (72 % en milieu rural et 5 % en milieu urbain). 24 % des ménages évacuent leur eau usée à travers des rigoles (en plein air): MICS2.

4. Programme national de lutte contre les IRA

Ce programme a été mis en place en 1987 et généralisé à tout le pays à partir de 1992 dans le but de réduire la mortalité et la morbidité dues aux IRA et de rationaliser l'usage des antibiotiques. La stratégie repose essentiellement sur :

- la standardisation de la prise en charge des enfants atteints d'ira dans les structures de soins de santé de base et dans les hôpitaux .
- la formation du personnel médical et paramédical à la prise en charge standard d'un enfant atteint d'ira.
- l'éducation sanitaire des mères et des personnes prenant soin des enfants.
- le maintien d'un haut niveau de couverture par les vaccins contre les maladies pourvoyeuses d'ira : rougeole , diphtérie , coqueluche et tuberculose.
- la supervision régulière des activités mises en oeuvre et l'évaluation périodique de l'impact du programme.

Les efforts de formation ont permis de toucher la quasi totalité des médecins de santé publique de 1^{ère} ligne et en moyenne un agent paramédical par centre de santé de base.. Des séminaires destinés à informer et à sensibiliser les médecins de libre pratique à la stratégie du programme ont été organisés. Des affiches techniques ainsi que des modules de formation ont été élaborés.

Un guide des praticiens a été produit et diffusé à tous les pédiatres et les médecins généralistes de première ligne du secteur public et du secteur privé depuis 1998.

Dans le but d'évaluer la qualité de la prise en charge des enfants atteints d'IRA, la Direction des Soins de Santé de Base a mené au cours du mois de décembre 1996 une enquête auprès des services de santé. Cette enquête a permis de noter que :

- 76.3% des pneumopathies sont traitées selon les directives du programme
 - 100% des antibiotiques prescrits pour pneumopathie sont appropriés
 - 93.1% des antibiotiques prescrits pour pneumopathie sont recommandés par le programme
 - La formation a eu un impact réel sur la connaissance et l'application du programme aussi bien chez les médecins que chez les agents paramédicaux
 - L'oxygène est disponible en permanence dans 100% des hôpitaux de circonscription enquêtés.
- Cependant cette enquête a montré que la fréquence respiratoire n'est mesurée par les médecins que dans 16 % des cas ainsi qu'un usage abusif des antibiotiques dans 62 % des cas. Ces deux éléments, en l'occurrence la mesure de la fréquence respiratoire et l'usage rationnel des antibiotiques sont le principal obstacle à l'adhésion des médecins au programme. Ce qui nous a amené à saisir l'opportunité du lancement de la stratégie PCIME pour renforcer l'application de ces composantes par les médecins.

La mortalité due aux IRA chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 1.12 pour 1000 en 1991 à 0.8 pour 1000 en 2000.

Cependant, les IRA constituent encore la deuxième cause de mortalité (14.02 %) après les affections périnatales (46.7 %) (MICS 2000).

Malgré le recul des formes graves d'IRA, la proportion passant de 18 % en 1992-1993 à 9.2 % en 2000, cette pathologie avec une incidence de 7.7 épisodes par enfant et par an en 2000 reste la cause la plus fréquente de morbidité.

Des insuffisances ont été constatées en matière de CAP des mères (confirmées par l'enquête MICS2 telles que l'insuffisance des connaissances des mères des signes de gravité des IRA - 21.6 % seulement des mères connaissent au moins un signe de gravité-, le recours au médecin dans seulement 42.9 % des cas, le fait que 26.7 % des formes graves d'IRA aient eu une automédication et le fait que 15.8 % des IRA graves n'aient pas été traitées).

Les résultats de la MICS2 en 2000 ont montré que les formes graves d'IRA sont de 16.5% au Nord Ouest et de 14% au Centre Ouest pour une moyenne nationale de 9.2%. L'enquête a aussi montré la fréquence relative des formes graves d'IRA en milieu rural (13.5 %) par rapport au milieu urbain (6.2 %).

En conclusion,

Les résultats positifs enregistrés par le programme LAD ont entraîné une baisse du niveau d'adhésion des personnels de santé et de la population aux directives du programme.

Malgré les actions menées dans le cadre du programme IRA et les résultats obtenus, les IRA demeurent un problème de santé publique notamment dans leurs formes graves et le programme se heurte à un problème d'application par les médecins face à une approche simplifiant un ensemble de pathologies complexes et privilégiant une conduite à tenir jugée par les médecins

non conforme à la conception ordinaire de l'approche clinique (e.g. la mesure de la fréquence respiratoire et l'usage rationnel des antibiotiques par rapport à l'utilisation injustifiée de l'auscultation, de la radio et des antibiotiques). L'intégration de ces deux programmes dans la stratégie PCIME, la stratégie d'assurance de la qualité et le programme national de développement des circonscriptions sanitaires ne pourront que renforcer leur application programme sur le terrain.

4. Stratégie PCIME :

a- justification et objectifs de la stratégie PCIME

Dans le souci de consolider les acquis enregistrés et de promouvoir la qualité des soins prodigués aux enfants ainsi que la qualité de leur vie, la Tunisie s'est engagée dans la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant considérée comme une approche visant l'amélioration de la qualité des services de santé en permettant une prise en charge préventive de la mère et une prise en charge de la santé de l'enfant dans sa globalité. Cette prise en charge accorde le même niveau d'importance aux aspects curatif et préventif.

Le but de cette stratégie est de réduire davantage la mortalité et la morbidité chez les enfants de moins de cinq ans, de promouvoir le développement psychologique, moteur, sensoriel et staturo pondéral de l'enfant et de faire bénéficier la mère des services de périnatalité nécessités par son état.

Cette stratégie initiée par l'OMS et l'UNICEF, est vivement recommandée par les instances internationales comme action permettant d'atteindre les objectifs du millénaire ainsi que les objectifs du sommet mondial de l'enfance pour la prochaine décennie.

La PCIME trouve sa justification devant:

- la situation épidémiologique caractérisée par la régression constante des décès dus aux maladies transmissibles du fait de l'amélioration de la couverture vaccinale, de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des épisodes morbides dans le cadre des programmes nationaux, du développement socio-économique et de l'amélioration de l'hygiène et de la nutrition,
- la persistance des IRA et de la diarrhée comme causes non négligeables de décès et de morbidité,
- la nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge,
- les insuffisances constatées en matière de CAP des mères
- La nécessité d'élargir le champ d'action des programmes de santé de l'enfant à l'amélioration de la qualité de vie et à la lutte contre d'autres pathologies telles que l'anémie.

Les objectifs de cette stratégie sont les suivants:

1. Améliorer la qualité de la prise en charge des pathologies courantes de l'enfant (diarrhée, infections respiratoires aiguës, fièvre et anémie).
2. Favoriser un meilleur développement psychologique, moteur, sensoriel et staturo pondéral de l'enfant à travers:

* Le dépistage précoce de certains troubles sensoriels.

- * La surveillance systématique du développement psychomoteur.
 - * La surveillance systématique de la croissance dans le but de prendre en charge les cas de malnutrition.
 - * Le dépistage systématique de l'anémie.
 - * La promotion de l'allaitement maternel et des bonnes pratiques d'introduction des aliments de complément.
3. Renforcer la couverture vaccinale à travers la réduction des occasions manquées aussi bien pour la mère que pour son enfant.
 4. Prévenir les accidents domestiques chez l'enfant par l'éducation sanitaire des mères.
 5. Faire bénéficier la mère des services de périnatalité nécessités par son état à travers :
 - Le dépistage systématique de l'anémie
 - Son orientation pour assurer son suivi périnatal (suivi post-natal, PF, surveillance prénatale)

La stratégie PCIME en Tunisie, est caractérisée par le fait qu'elle donne une place de choix à la santé de la mère , au développement psychomoteur de l'enfant et à l'enfant bien portant.

b- Composantes de la stratégie PCIME

Cette stratégie a trois composantes :

- * L'amélioration des capacités des personnels de santé par l'élaboration de directives en matière de PCIME et leur assimilation lors de cours de formation.
- * L'amélioration du système de santé pour assurer dans les meilleures conditions cette prise en charge intégrée par la planification des activités, une meilleure organisation du travail au niveau des structures de santé, une amélioration du système de recueil des données, la supervision et l'usage rationnel des médicaments.
- * L'implication à un degré élevé de la communauté et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires en vue de l'habilitation des familles pour une prise en charge correcte de l'enfant à domicile.

c- Principales réalisations :

Avant son lancement, cette stratégie a bénéficié du consensus des principaux intervenants des programmes de santé infantile et ce grâce à la tenue de différents séminaires avec la participation de ces partenaires, ce qui a en outre permis d'adapter cette approche au contexte épidémiologique, sanitaire, social et culturel de la Tunisie. Ces séminaires ont regroupé des universitaires, des pédiatres et des médecins de santé publique ainsi que les responsables des programmes de santé de l'enfant aux niveaux international (OMS et UNICEF), national et régional. Ces rencontres ont permis l'élaboration des supports de formation concernant aussi bien l'enfant malade que l'enfant bien portant.

La spécificité tunisienne de cette stratégie consiste en ce qui suit:

- L'introduction de la composante « mère » (prise en charge préventive de la mère en matière de suivi prénatal et de PF et prise en charge curative de l'anémie)
- L'introduction du dépistage des anomalies du développement psychomoteur
- L'introduction de la promotion du développement psychomoteur

- Le fait de disposer de modules spécifiques pour la formation des paramédicaux
- L'introduction de la consultation de l'enfant bien portant avec un module spécifique

Depuis 2002 la Tunisie met en oeuvre cette stratégie. Elle est actuellement, et jusqu'à juin 2005, appliquée dans 24 circonscriptions appartenant à 4 gouvernorats. Depuis la mise en place de la PCIME 179 médecins (dont 152 sur le terrain) et 290 paramédicaux ont été formés alors que le pool des formateurs qui ont bénéficié d'un cours sur les techniques de facilitation comprend 21 facilitateurs.

Une grille de supervision a été élaborée pour permettre une supervision adéquate et standardisée. Les activités de supervision se font de manière régulière. Il s'agit de la supervision technique effectuée par les formateurs, de la supervision opérationnelle et de la supervision administrative. Outre la supervision routinière qui bénéficie d'un rythme régulier, un suivi après formation est effectué un mois après la formation du personnel médical et paramédical.

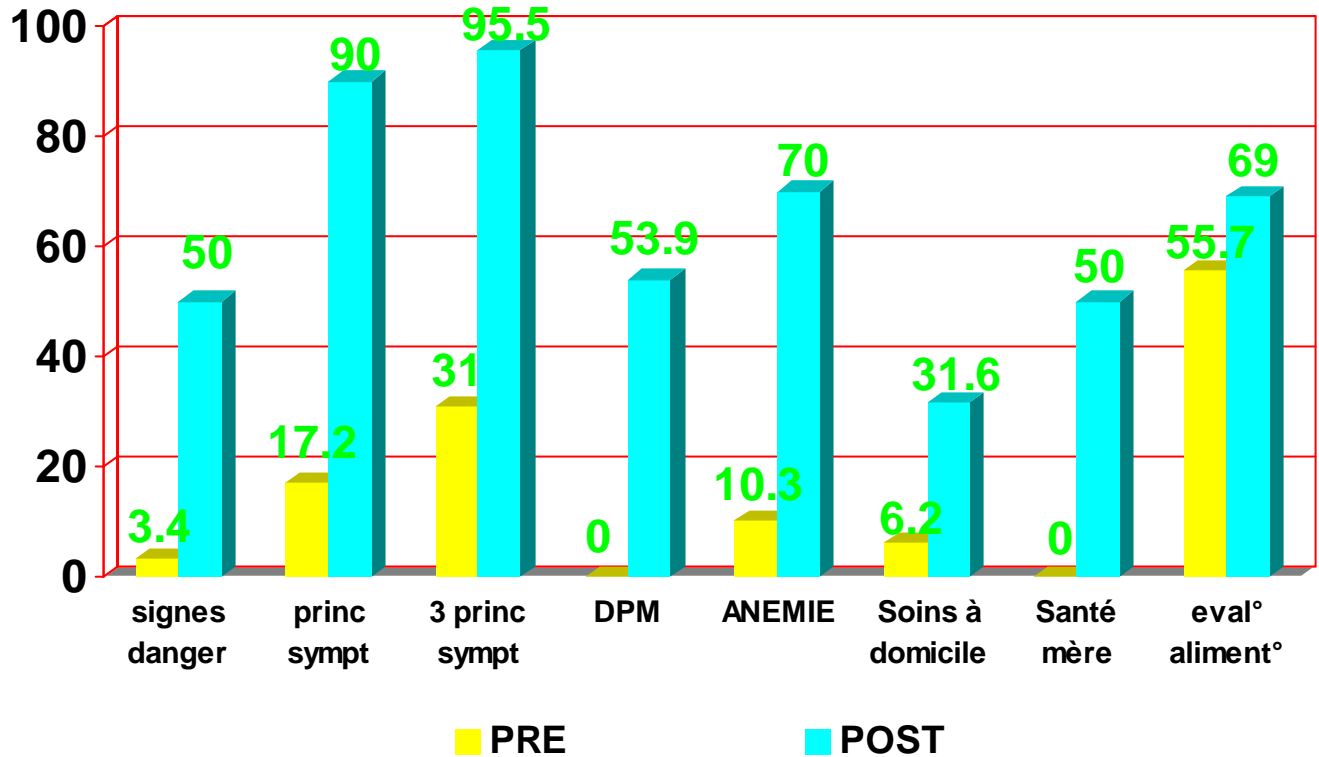
Un système de recueil des données standardisé spécifique à la PCIME a été mis en place.

Dans le cadre de l'approche communautaire, des expériences sur le terrain ont été réussies notamment à Béja, Nabeul et Monastir où les représentants clés de la communauté et des ONG ont été impliqués dans l'analyse de la situation des problèmes de santé de la communauté et ont été sensibilisés sur leur rôle en particulier et celui de la communauté en général dans la gestion des problèmes de santé. Actuellement, le matériel de formation destiné aux représentants de la communauté est en train d'être finalisé. Il servira à leur formation et comme outil lors de leurs activités d'éducation de la population

Une revue de la stratégie a été effectuée en avril 2003 et a permis de détecter les insuffisances et de réorienter la stratégie en conséquence en matière de gestion et d'organisation ; d'amélioration des compétences des agents de santé ; d'amélioration du système de santé ; et d'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

d- Impact de la stratégie PCIME

En plus de l'amélioration des performances du personnel de santé de la première ligne, la PCIME a augmenté la satisfaction des mères, a apporté une amélioration au système de santé en matière de supervision, d'organisation des soins, et de système d'information et a amélioré le rapport coût efficacité des interventions de santé (réduction significative des coûts de la prise en charge des enfants de moins 5 ans). Le graphique suivant montre les résultats de l'activité de suivi par rapport à ceux enregistrés avant le démarrage de la PCIME en 2002 :



Graphique 12 : comparaison entre la performace de 22 medecins dans les 4 circonsriptions des 3 gouvemorats impliqués dans la mise en oeuvre initiale de la PCIME, avant et après la mie en oeuvre de la stratégie, enquête 2001, visite de suivi 2002

En conclusion, la PCIME a permis d'enregistrer des acquis importants en matière de qualité et de rationalisation des soins notamment en ce qui concerne l'antibiothérapie. Cependant les exigences de la qualité, ainsi que le manque en moyens humains et financiers ont fait en sorte que le processus d'extension n'a pas été rapide à son début quoique actuellement il commence à atteindre son rythme de croisière avec l'expérience acquise. L'approche communautaire manquant manifestement de traditions en Tunisie et dont le concept n'est pas toujours clair dans les esprits des agents de santé doit bénéficier d'un intérêt majeur au niveau de la PCIME et les efforts entrepris sont appelés à être renforcés et à mieux être ciblés en vue de rattraper le retard que cette composante a enregistré par rapport aux deux autres.

6. Programme national de périnatalité :

L'objectif général du programme national de périnatalité est de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale ainsi que de réduire le handicap d'origine périnatale.

Depuis son lancement en 1990, la stratégie du programme se base sur l'amélioration de la surveillance sanitaire de la femme et du nouveau-né en pré, per et postnatal et ce, notamment par :

- la standardisation de la surveillance et de la prise en charge périnatale avec hiérarchisation par niveau de soins et instauration d'un système de transfert des cas à risque,
- la vaccination antitétanique des femmes enceintes.
- la promotion de l'utilisation des services de périnatalité et notamment l'accouchement en milieu assisté, la surveillance pré et postnatale,
- l'amélioration de la prise en charge des nouveaux nés
- la promotion de l'allaitement maternel
- la lutte contre l'anémie carencielle de la femme enceinte .

Ainsi le Programme National de Périnatalité préconise :

- 4 consultations prénatales pour une grossesse normale (la première avant la fin du premier trimestre , les 3 autres aux 6^{ème} , 8^{ème} et 9^{ème} mois),
- une surveillance plus rapprochée pour les grossesses à risque (selon un calendrier défini pour chaque facteur de risque),
- une consultation postnatale :
 - au 40^{ème} jour pour tous les couples mère-nouveau né ,
 - au 8^{ème} jour pour les mères et les nouveaux nés à risque (en attendant sa généralisation à tous les couples mères-nouveaux nés),
- une moyenne de 3 consultations pour la surveillance des femmes ayant adopté une méthode contraceptive,
- la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 à 6 mois, avec l'instauration de l'initiative des hôpitaux Amis des Bébé.

Le programme national a été renforcé en 1999 par la mise en place de la stratégie de surveillance des décès maternels avec ses 4 axes à savoir :

- l'amélioration de la qualité des services de périnatalité et de planification familiale .
- renforcement du partenariat entre les différents niveaux de maternités .
- l'amélioration de l'utilisation des services de périnatalité .

Actuellement les modules de formation sont en cours de révision en vue de leur actualisation selon les dernières acquisitions scientifiques .

En 2000, le taux de couverture par au moins une consultation prénatale est de 91.5% (96.8 % en milieu urbain et 84.2 % en milieu rural) ; la couverture par 4 consultations selon le calendrier national est de 44,7% (55,75 au milieu urbain contre 29,6% au milieu rural) . L'accouchement en milieu assisté est de 89,3% en 2001 (PAP FAM) (78,5% au milieu rural contre 97.3% au milieu urbain). Le recours à la consultation postnatale est modéré, 48,8% pour la consultation du 40^{ème} jour, 32,2% pour la consultation du 8^{ème} jour, , et 59,3% pour au moins une consultation postnatale (69,9% en milieu urbain contre 48,65 au milieu rural). Les taux les plus bas sont notés en milieu rural et chez les femmes n'ayant pas été scolarisées.

La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal est de 94% en 2001 (PAP FAM). La couverture par le traitement martial préventif des femmes enceintes est de 66,1% en 2000 (MICS II)

En conclusion, le programme a enregistré de bonnes performances. Cependant, certaines insuffisances doivent faire l'objet de mesures correctrices :

- non exhaustivité des données recensées sur la mortalité maternelle (implication insuffisante des différents intervenants dans le système de surveillance des décès maternels, absence d'implication du secteur privé).
- implication non encore optimale des autres directions du ministère en particulier la direction des affaires administratives , la direction de l'équipement et la direction de tutelle des hôpitaux dans l'application des recommandations pour la réduction de la mortalité maternelle.
- insuffisance des données nationales concernant la morbidité et la mortalité périnatales .
- manque de sensibilisation des médecins de première ligne concernant l'intérêt du conseil génétique dès la période pré-nuptiale .
- l'application sur le terrain des recommandations du programme de périnatalité est insuffisante.
- la coordination entre les différents niveaux de soins est insuffisante, ainsi que la rétro information.
- les disparités inter – régionales en matière de couverture périnatale (les régions du Centre Ouest sont défavorisées)
- manque d'unités de prise en charge des nouveaux nés, dans toutes les régions (au sein des services de pédiatrie régionale).

C-Incapacité chez l'enfant :

La prévention du handicap représente un objectif commun pour plusieurs programmes de santé mis en place depuis l'indépendance. Nous soulignons l'insuffisance des travaux épidémiologiques dans le champ du handicap, tant en ce qui concerne l'approche par les maladies causales, qu'en ce qui concerne l'approche par le handicap proprement dit.

Ampleur du problème :

Le nombre des handicapés dans la population générale est de 151.423 soit environ 1,54% de la population générale selon une enquête effectuée par le ministère des affaires sociales en 2001-2002. La répartition des différents types de handicap est comme suit :

- handicap physique : 42.1%
- handicap mental : 27.7%
- handicap visuel : 13.3%
- handicap auditif : 12.4%
- polyhandicapés : 4.4%

Le nombre de handicapés de moins de 19 ans est de 29.441, soit 19,4% de l'ensemble des handicapés. Le pourcentage de handicapés âgés de 0 à 4 ans est de 1.1 %. Selon l'enquête nationale effectuée par l'I.P.H. en 1994 la prévalence des incapacités et des déficiences est de

1,4% chez les enfants de moins de 6 ans. Elle est plus élevée en milieu urbain (66,6%). Chez ces enfants, les différents types d'incapacités étudiées ont une prévalence de :

- * Incapacités de mobilité : 0,4%
- * Incapacités des soins corporels : 0,8%
- * Incapacités d'orientation : 0,8%

Selon l'enquête nationale sur la santé et le bien être de la mère et de l'enfant réalisée par la DSSB en 2000, la prévalence des incapacités et des déficiences chez les enfants dont l'âge est inférieur à 5 ans est de 1,2%.

Etiologies du handicap : (selon l'enquête du MAS : adultes et enfants 2001-2002)

- Causes périnatales et maladies héréditaires : 47.8 %
- Maladies acquises : 38.7%
- Maladies professionnelles : 1%
- Accidents de travail : 2%
- Accidents de la voie publique : 2.5 %
- Accidents domestiques : 1.9%
- Autres accidents : 2.3%
- Autres étiologies : 3.7 %

Types de handicap

Selon cette même enquête, l'étiologie du handicap diffère selon son type :

- visuel : l'étiologie est prédominée par les maladies acquises avec 58.7% des cas suivies des causes périnatales avec 31.5% des cas.
- Auditif : l'étiologie est prédominée par les causes périnatales avec 67.8 % des cas (ce pourcentage est majoré par la consanguinité) suivies par les maladies acquises avec 27.8% des cas
- Mental : l'étiologie est prédominée par les causes périnatales (56.1% des cas) suivies par les maladies acquises (35.1%)
- Polyhandicap : les causes périnatales sont prédominantes (73% des cas) suivies des maladies acquises (20.2% des cas)

Facteurs de risque du handicap périnatal:

Les principaux facteurs de risque sont liés à :

- La prématurité estimée à 5 %
- Les malformations congénitales : 3.5%
- Le retard de croissance intra utérin :1.6%
- Les dystocies dynamiques et mécaniques qui exposent à l'asphyxie périnatale
- L'âge avancé et le jeune âge de la mère

- Les facteurs environnementaux : exposition de la mère à des infections (rubéole, toxoplasmose, hépatite B, Syphilis), agents toxiques, chimiques ou médicamenteux au cours de la grossesse
- pathologie chronique de la mère (diabète, HTA, anémie...etc)
- La consanguinité est retrouvée chez 36 % des couples Tunisiens, PAP FAM 2001).
- L'endogamie dans une population à risque.
- Mauvaises conditions socio économiques.

Les maladies acquises :

a- Maladies infectieuses :

L'enquête nationale sur la prévalence des incapacités et des déficiences menée en 1994 a montré que les causes infectieuses constituent la première cause acquise aigue avec une prévalence de 0.35%. D'après l'étude menée à Sousse, les maladies infectieuses représentent 22.3 % des causes d'incapacité. Parmi les maladies infectieuses génératrices de handicap on peut citer les infections du globe oculaire. Selon une enquête réalisée en 1991, 50% des cécités ont été découverts durant les quatre premières années de la vie ; l'étiologie infectieuse a été retrouvée dans 0.5% des cas.

Dans l'enquête effectuée par l'Institut National de Neurologie effectuée en 1985, 11% des malades déficients présentent des séquelles de poliomyélite antérieure aiguë.

Les otites à répétition sont pourvoyeuses de handicap auditif. 12 à 15% des méningites bactériennes laissent des séquelles auditives.

b- Causes traumatiques :

L'enquête nationale sur la prévalence des incapacités et des déficiences effectuée en 1994 a montré que les causes traumatiques constituent la deuxième cause aiguë du handicap avec une prévalence de 0.19% : accidents domestiques (0.09%), accidents de la voie publique (0.07%), accidents du travail (0.03%). Selon l'étude effectuée par l'Institut National de Neurologie, les traumatismes représentent 6% des causes d'infirmités motrices.

- Les accidents de la voie publique (AVP) : La situation en Tunisie reste préoccupante. Les enfants ont représenté 19.23% des victimes des AVP dans le gouvernorat de Sousse en 1995. Chaque jour un enfant sur 200 a été victime d'un AVP.

- Les accidents domestiques :Selon les résultats d'une étude épidémiologique (année 2000) qui a intéressé les urgences de chirurgie de l'hôpital d'enfant de TUNIS, les accidents domestiques ont représenté 16.4% de la totalité des consultants.

Réalisations et contraintes :

Le Ministère de la Santé Publique participe à la prévention du handicap et sa prise en charge grâce à de multiples programmes œuvrant aux différentes périodes de la vie .

Programmes de prévention

1) La période prénuptiale :

Dans le but de prévenir les maladies héréditaires et congénitales handicapantes, l'obligatoire un certificat médical prénuptial, a été instaurée d'abord de façon limitée, puis généralisée à tout le pays à partir de 1995 par un arrêté ministériel (ministre de l'Intérieur et Ministre de la Santé Publique). Un nouveau modèle de ce certificat ainsi que la révision du contenu de la consultation prénuptiale mettent l'accent sur son rôle préventif notamment par l'éducation et la sensibilisation de la population ainsi que par le conseil génétique (Mai 1996) .

.2) Le nourrisson et l'enfant

Dans le cadre de la promotion de la santé du nourrisson et de l'enfant et de la prévention du handicap, plusieurs programmes nationaux de santé ont été lancés, visant entre autres la prévention du handicap.

Il s'agit notamment des programmes suivants :

- le programme national de périnatalité dont l'un des objectifs est la réduction du handicap d'origine périnatale
- le programme national de vaccination ciblant des maladies handicapantes notamment la tuberculose, la rougeole et la poliomyélite et, dont le calendrier s'est vu renforcé par le vaccin contre l'hépatite B (1995), l'introduction du HIB en (2002) et l'introduction du vaccin contre la rubéole en 2005.
- La promotion de l'allaitement maternel dont les bénéfices sont multiples sur la croissance et le développement psychomoteur du nourrisson .
- Le programme national de surveillance de la croissance et de lutte contre la malnutrition , l'insuffisance pondérale modérée et / ou sévère n'est que de 4 % et celle grave, elle est de 0.6 % (2000).
- Le programme national de lutte antidiarrhéique , ce programme a permis une réduction du taux des diarrhées compliquées de 19.7 % à 11.1 %.
- Le programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës .
- La stratégie de prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant qui parmi ses prérogatives la réduction aussi bien de la mortalité que de la fréquence et la gravité de la maladie et de l'incapacité , et ce grâce à la surveillance du développement psychomoteur de l'enfant et au dépistage des différents déficits sensoriel et moteurs.
- Le programme d'assurance de la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les structures de première ligne qui, associé à l'amélioration des taux de couverture est de nature à contribuer largement à la prévention du handicap.
- La lutte contre les hémoglobinopathies surtout dans les régions à haute prévalence.
- Les activités de médecine scolaire qui contribuent au dépistage précoce du handicap en milieu scolaire.

Les Unités Régionales de Réhabilitation (URR) :

Le Ministère de la Santé Publique participe également à la prise en charge des handicapés et à leur intégration scolaire et professionnelle et ce grâce aux Unité Régionales de réhabilitation qui sont actuellement au nombre de 19 , la circulaire 20/2004 a précisé que ces unités sont considérés comme un centre de santé de base , il a également précisé la mission et le mode de fonctionnement de ces unités .

Ces unités ont assuré le rapprochement des services de réhabilitation de la population, et elles ont permis l'approche multidisciplinaire dans la prise en charge thérapeutique et sociale des handicapés, elles ont participé à l'intégration scolaire et professionnelles des personnes porteurs de handicap ,à la guidance parentale et à la sensibilisation du public en matière de handicap.

En conclusion, ce programme fait face aux contraintes suivantes :

Insuffisance de travaux épidémiologiques et de données nationales relatifs au handicap .

Absence de supports pédagogiques et insuffisance de formation des agents de la première ligne concernant des différents déficits.

La prise en charge de certaines maladies comme les hémoglobinopathies est lourde et coûteuse, avec manque de services au niveau de référence.

L'adhésion des médecins aux textes de loi relatifs a la consultation prénuptiale est insuffisante.

L'insuffisance d'accessibilité au conseil génétique en préconceptionnel.

L'insuffisance des activités IEC visant la prise de conscience de la population concernant les problèmes du handicap de la consanguinité et de l'intérêt de l'intégration sociale des personnes porteuses de handicap.

Certaines explorations (HBs, toxoplasmose,...etc) ne sont pas généralisées.

Absence de systématisation de l'examen du nouveau né par un médecin.

Les URR ne sont pas généralisées à tous les gouvernorats .

Certaines unités manquent de moyens matériels et humains et ne répondent pas aux normes .

Absence de prise en charge intégré du handicap par les différents intervenants (Ministères , Associations , ONG ,...).

Manque de formation des équipes des URR.

CONCLUSIONS GENERALES

- Devant la multitude des intervenants en faveur de l'enfance et la richesse des directives techniques et stratégiques dans ce domaine et en vue d'optimiser l'efficacité des interventions en faveur de l'enfant, un besoin s'est fait sentir de disposer d'un document clarifiant la politique nationale de santé de l'enfant en Tunisie, déterminant les orientations à long terme et regroupant tous les éléments de la santé de l'enfant tout en assurant leur cohérence. Ce document servira de référence à tous les partenaires et permettra d'institutionnaliser les interventions de santé existantes en faveur de l'enfant et légitimer les directives actuelles des programmes. Il permettra de stimuler et de maintenir l'engagement et sa continuité et la promotion de la standardisation.
- Malgré l'amélioration constante des conditions économiques, d'importantes disparités persistent avec des taux de pauvreté nettement supérieurs à la moyenne nationale pour le Centre – Ouest et le sud.
- Les prestataires de soins sont les secteurs public, privé et parapublic. L'état demeure le principal prestataire de soins mais la place du privé est de plus en plus grande et cette tendance est appelée à se poursuivre durant les prochaines années. Il convient d'en tenir compte en impliquant davantage le secteur privé dans les activités des programmes nationaux et en renforçant la tutelle du ministère de la santé publique sur ce secteur. Bien qu'un lien existe entre les trois secteurs avec référence des malades vers le secteur public, la coordination n'est pas encore optimale.
- Les dépenses publiques de santé représentent, en 2003, 8 % du budget de l'État et l'accès aux soins de santé a été facilité pour les catégories sociales les plus pauvres par l'institution de la gratuité des soins pour les indigents et par la mise en œuvre du programme 26/26 (fonds national de solidarité). Le budget de coopération (OMS, UNICEF) permet de financer des activités qui ne peuvent pas l'être par le budget de l'état telles que les activités de recherche et de formation. Toutefois les médicaments, les équipements, l'impression des documents, la production des supports éducatifs sont financés par le budget national. En général le budget accordé à la santé de l'enfant ne permet pas de répondre à tous les besoins des programmes (formation continue, visites de supervision, évaluation, recherche).
- Il existe une excellente couverture de la population par les services de santé. Cependant, un déséquilibre rural-urbain et est-ouest persiste (du à des différences économiques et culturelles).
- Le système d'information est développé et performant, permettant de recueillir les principales informations qui peuvent l'être en routine en vue de planifier les activités de manière rigoureuse. Toutefois, le point faible majeur du système est l'implication et la participation insuffisantes des structures universitaires et du secteur privé dans le système d'information relatif aux programmes nationaux de santé de l'enfant. Par ailleurs, les données ne sont pas toujours exhaustives et des problèmes de fiabilité des données sont encore rencontrés
- Le système de supervision est assez développé et connaîtra son optimum avec la généralisation du programme de développement des circonscriptions sanitaires, du système d'assurance de la qualité des soins et de la PCIME. Toutefois, des lacunes importantes sont à combler sous peine de mettre en cause la pérennité du système : il s'agit du manque de plus en plus aigu de moyens de transport, de l'insuffisance des ressources humaines et du manque de budget nécessaire pour effectuer les visites de supervision

- L'avènement du programme de développement des circonscriptions sanitaires, du système d'assurance de la qualité des soins et de la PCIME constituera une excellente opportunité pour améliorer le système d'orientation recours qui n'est pas standardisé notamment dans sa composante rétro information et qui souffre encore du manque d'information des équipes des structures de référence sur les directives des programmes nationaux.
- En matière de développement des ressources humaines, les activités de formation aussi bien de base qu'en cours d'emploi sont très fournies et de bonne qualité. Cependant :
 - les programmes nationaux ne sont pas entièrement intégrés dans le cursus des études médicales ce qui a pour conséquence une préparation insuffisante des étudiants en médecine pour prendre en charge les pathologies les plus courantes, ce qui fait que ces étudiants ne sont pas préparés pour exercer dans le cadre des soins de santé primaires.
 - La PCIME n'est pas encore incluse dans le cursus des études paramédicales
 - Il existe un manque de coordination entre les institutions chargées de la formation en cours d'emploi (différents niveaux du MSP, sociétés savantes, ONG) ce qui a débouché sur une duplication des efforts sur les mêmes thèmes de formation et la négligence de certains autres. Il existe aussi des contradictions entre les directives diffusées par les différents partenaires.

Un effort de coordination entre les différents intervenants en matière de formation et avec la faculté de médecine est à entreprendre.

La PCIME a apporté la qualité à la formation en cours d'emploi (médecins et infirmiers) car elle vise l'acquisition de savoir faire en allouant un temps suffisant à la formation pratique (32%). La formation dans le cadre des autres programmes est plutôt théorique (savoir)

Quant à la gestion des ressources humaines, on constate:

- des disparités en matière de distribution des médecins entre rural / urbain et est / ouest
- un problème d'instabilité du personnel de santé forme ce qui représente un fardeau supplémentaire pour les programmes en matière de formation.
- un déséquilibre au détriment du milieu rural et de l'ouest.
- Les problèmes de disponibilité en médicaments sont dus essentiellement à l'insuffisance des ressources budgétaires accordées à ces produits en première ligne, mais ils sont aussi en rapport avec leur usage peu rationnel particulièrement en ce qui concerne les antibiotiques. La rationalisation de l'usage des médicaments en vue de garantir notamment leur disponibilité est un des objectifs de la PCIME. En plus, des efforts organisationnels doivent être entrepris au niveau de la commande des médicaments en vue de garantir leur disponibilité et des quantités suffisantes doivent être mises à la disposition des malades (gestion des médicaments).
- Les partenaires constituent un maillon incontournable dans la réussite des programmes sociaux visant l'enfant. Ils sont impliqués dans différentes actions sanitaires et participent aux activités de réflexion et de planification. Cependant la coordination entre ces différents partenaires n'est pas optimale.
- Les actions entreprises avec la participation de la communauté demeurent très insuffisantes malgré l'importance de la communauté en tant que partenaire essentiel et incontournable des professionnels de santé
- On assiste à une réduction significative de la mortalité des enfants de moins de 5 ans qui se concentre, néanmoins, de plus en plus dans la tranche d'âge de moins d'un an. Il existe une régression constante des décès dus aux maladies transmissibles.

Par ailleurs, la mortalité néonatale représente les deux tiers de la mortalité infantile et environ

la moitié de la mortalité des moins de cinq ans. La mortalité néonatale devrait être visée en priorité par les stratégies visant la réduction de la mortalité infantile et des moins de 5 ans. Bien que la mortalité par IRA et diarrhée ait régressé considérablement, ces deux pathologies, à côté de l'anémie, sont encore parmi les causes les plus importantes de morbidité des enfants moins de 5 ans et constituent encore une cause non négligeable de mortalité.

- Les taux de couverture vaccinale sont élevés à l'échelle nationale mais restent inférieurs à l'objectif dans certaines régions en particulier dans les gouvernorats du centre-ouest et surtout pour la première prise de vaccin anti-rougeoleux et la prise de rappel de DTCP4 (Enquête MICS II 2000)
- Le PNV doit faire face aux contraintes causées par un marché mondial déficitaire où l'offre est inférieure à la demande. Cette situation a rendu difficile l'obtention de commandes de vaccin en présentations adaptées dans les délais requis et à des prix convenables.
- Le PNV doit affronter une majoration du coût de la vaccination due à une importante élévation des prix des vaccins et aussi à l'augmentation du taux de perte en vaccins multi-doses. Cette augmentation a été générée par l'accroissement progressif du nombre de CSB qui offrent la vaccination à un nombre réduit d'enfants dans le cadre d'une politique qui vise une meilleure couverture vaccinale des zones rurales à habitat dispersé.
- Le PNV doit maîtriser le coût en réduisant le taux de perte en vaccin sans faire de concession en matière de taux de couverture ni en matière de qualité des vaccins administrés.
- Les procédures d'approvisionnement doivent être adaptées à l'évolution du marché pour faciliter la disponibilité des vaccins en présentation permettant la limitation du taux de perte et avec le meilleur rapport qualité-prix possible.
- Il convient de préserver et consolider les acquis en maintenant l'adhésion du public cible au programme, en apportant les mises à jour nécessaires au calendrier vaccinal et en renforçant la surveillance des maladies cibles. Cela suppose un effort continu de formation continue du personnel et une collaboration étroite avec tous les praticiens y compris ceux exerçant dans les hôpitaux publics et privés.
- Le module et les supports éducatifs de surveillance de croissance ne sont pas actualisés. L'application du programme sur le terrain est insuffisante notamment concernant la prise de la taille.
- Le système ne permet pas de disposer de données sur l'obésité qui est un problème de plus en plus fréquent.
- Concernant l'allaitement certaines insuffisances ont été notées :
 - la préparation insuffisante des femmes enceintes lors des consultations prénatales, en vue de les aider à surmonter les problèmes qui peuvent survenir lors des premières tétées et persévérer l'allaitement au sein ;
 - l'insuffisance d'encadrement des mères lors des premières tétées à la maternité et le manque d'accompagnement à la sortie des maternités en plus de l'influence négative de l'entourage ;
 - connaissances insuffisantes des mères et de leur entourage sur les bénéfices de l'allaitement maternel et sa valeur nutritionnelle ;
 - facilité de prescription du lait artificiel par les médecins et notamment ceux de libre pratique. La mise au sein précoce durant la demi heure suivant l'accouchement est très

difficile à appliquer dans les conditions actuelles des maternités publiques (locaux exigus, surcharges de travail , ...) empêchant sa pratique et la rendant presque impossible ;

- contexte socioculturel, économique et psychologique de la femme tunisienne ne lui permettant pas d'assurer la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif fixée à 6 mois par l'OMS . En effet, les jeunes mamans qui travaillent rencontrent beaucoup de difficultés puisqu'elles ne trouvent pas des structures d'accueil du bébé à proximité de leurs lieux de travail. De même l'autorisation d'une heure d'allaitement par jour est insuffisante pour un allaitement.

- Les résultats positifs enregistrés par le programme LAD ont entraîné une baisse du niveau d'adhésion des personnels de santé et de la population aux directives du programme. Malgré les actions menées dans le cadre du programme IRA et les résultats obtenus, les IRA demeurent un problème de santé publique notamment dans leurs formes graves et le programme se heurte à un problème d'application par les médecins face à une approche simplifiant un ensemble de pathologies complexes et privilégiant une conduite à tenir jugée par les médecins non conforme à la conception ordinaire de l'approche clinique (la mesure de la fréquence respiratoire et l'usage rationnel des antibiotiques par rapport à l'utilisation injustifiée de l'auscultation, de la radio et des antibiotiques). L'intégration de ces deux programmes dans la stratégie PCIME, la stratégie d'assurance de la qualité et le programme national de développement des circonscriptions sanitaires ne pourront que renforcer leur application sur le terrain.
- La PCIME a permis d'enregistrer des acquis importants en matière de qualité et de rationalisation des soins notamment en ce qui concerne l'antibiothérapie. Cependant les exigences de la qualité, ainsi que le manque en moyens humains et financiers ont fait en sorte que le processus d'extension n'a pas été rapide à son début quoique actuellement il commence à atteindre son rythme de croisière avec l'expérience acquise. L'approche communautaire manquant manifestement de traditions en Tunisie et dont le concept n'est pas toujours clair dans les esprits des agents de santé doit bénéficier d'un intérêt majeur au niveau de la PCIME et les efforts entrepris sont appelés à être renforcés et à mieux être ciblés en vue de rattraper le retard que cette composante a enregistré par rapport aux deux autres.
- Le programme national de périnatalité a enregistré de bonnes performances. Cependant, certaines insuffisances doivent faire l'objet de mesures correctrices :
 - non exhaustivité des données recensées sur la mortalité maternelle (implication insuffisante des différents intervenants dans le système de surveillance des décès maternels, absence d'implication du secteur privé) ;
 - implication non encore optimale des autres directions du ministère en particulier la direction des affaires administratives, la direction de l'équipement et la direction de tutelle des hôpitaux dans l'application des recommandations pour la réduction de la mortalité maternelle ;
 - insuffisance des données nationales concernant la morbidité et la mortalité périnatales ;
 - manque de sensibilisation des médecins de première ligne concernant l'intérêt du conseil génétique dès la période prénuptiale ;
 - application insuffisante sur le terrain des recommandations du programme de périnatalité.
 - coordination insuffisante entre les différents niveaux de soins, ainsi que la rétro information ;

- disparités inter régionales en matière de couverture périnatale (les régions du Centre Ouest sont défavorisées.) ;
- manque d'unités de prise en charge des nouveaux nés, dans toutes les régions (au sein des services de pédiatrie régionaux).
- La lutte contre le handicap fait face aux contraintes suivantes :
 - insuffisance de travaux épidémiologiques et de données nationales relatifs au handicap ;
 - absence de supports pédagogiques et insuffisance de formation des agents de la première ligne concernant des différents déficits ;
 - la prise en charge de certaines maladies comme les hémoglobinopathies est lourde, et coûteuse avec manque des services au niveau de référence etc. ;
 - adhésion insuffisante des médecins aux textes de loi relatifs à la consultation prénuptiale.
 - insuffisance d'accessibilité au conseil génétique en préconceptionnel ;
 - insuffisance de l'IEC sur la prise de conscience de la population concernant les problèmes du handicap de la consanguinité et de l'intérêt de l'intégration sociale des personnes porteuses de handicap ;
 - certaines explorations (HBs, toxoplasmose, etc.) ne sont pas généralisées ;
 - absence de systématisation de l'examen du nouveau-né par un médecin.