



Quarante ans des Soins de Santé de Base en Tunisie: De la «Santé pour Tous» à la «Couverture-Santé Universelle»

Forty years of Basic Health Care in Tunisia: From «Health for All» to «Universal Health Coverage»

أربعون سنة من الرعاية الصحية الأساسية في تونس: من «الصحة للجميع» إلى «التغطية الصحية الشاملة»
Ahmed Ben Abdelaziz^{1,2,3}

1. Directeur du Laboratoire de Recherche LR19SP01 «Mesure et Appui à la Performance des Etablissements de Santé»
2. Directeur des Systèmes d'Information au CHU Sahloul de Sousse (Tunisie)
3. Professeur de Médecine Préventive et Communautaire. Faculté de Médecine de Sousse. Université de Sousse.
Email: ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction: Le descripteur «Soins de Santé de Base» (SSB), est l'appellation tunisienne des «Soins de Santé Primaires» (SSP), implémentée en Tunisie au début de l'année 1980. L'objectif de cette réflexion a été de confronter les pratiques des SSB en Tunisie avec les principes de la vision des SSP.

Méthodes: En se basant sur les conférences essentielles de SSP, depuis Alma Ata (1978), à celle d'Astana (2018), passant par le sommet du Millénaire pour le Développement (2000), les Objectifs pour un Développement Durable (2015) et la Couverture-Santé Universelle (2017), la politique des SSB a été revue, à travers sa conformité avec la vision des SSP et la pertinence de ses programmes avec les besoins actuels de santé.

Résultats: La politique des SSP s'est basée sur deux déclarations fondamentales. La première était celle d'Alma Ata, ayant clarifié une vision de santé publique, fondée sur la justice sociale, le droit à la santé, la solidarité, les besoins ressentis de la population, la participation communautaire et l'approche intersectorielle, ainsi que des programmes de santé de base (dont la protection maternelle et infantile, la vaccination, le traitement des maladies courantes et la fourniture des médicaments essentiels). La deuxième était celle d'Astana, qui a affirmé un engagement pour les SSP à travers quatre axes: 1. Le renforcement de l'expertise cumulée. 2. Le soutien des ressources humaines. 3. La facilitation de l'accès aux technologies de soins et d'information; 4. La réforme du financement, en s'attaquant aux difficultés financières. Or, pendant les quatre dernières décennies, la politique nationale des SSB en Tunisie, s'est limitée à un package des programmes de santé, statique, déconnecté du paradigme de santé publique (équité, participation communautaire, approche multisectorielle) et confronté à un important problème de sous financement (rareté des ressources, barrières d'accès, gaspillage des dépenses).

Conclusion: La politique tunisienne des SSB a besoin, aujourd'hui, d'une nouvelle gamme des programmes, adaptée à la charge globale de morbidité, et insérée dans une vision de justice sociale et dans un système socialisé de financement (santé pour tous, en ne laissant personne de côté).

Mots clés: Soins de santé Primaires - Administration des services de santé - Gestion des soins aux patients - Services de santé polyvalents
Continuité des soins - Soins centrés sur le patient - Tunisie.

SUMMARY

Introduction: The descriptor "Basic Health Care" (SSB), is the Tunisian name of "Primary Health Care" (SSP), implemented in Tunisia at the beginning of 1980. The objective of this reflection was to compare the practices of SSBs in Tunisia with the principles of the SSP vision.

Methods: Based on key conferences in the history of SSP, from the Alma Ata conference (1978), to the Astana conference (2018), including the Millennium Development Summit (2000), the Sustainable Development Goals (2015) and Universal Health Coverage (2017), the SSB policy has been reviewed, through its conformity with the vision of PHC and the relevance of its programs to current health needs.

Results: The PHC policy has been based on two fundamental statements. The first was that of Alma Ata, having clarified a vision of public health, based on social justice, the right to health, solidarity, the felt needs of the population, community participation and the intersectoral approach, as well as basic health programs including maternal and child protection, immunization, treatment of common diseases and provision of essential drugs. The second was that of Astana, who affirmed a commitment to PHC through four pillars: 1. Strengthening cumulative expertise. 2. Support for human resources, 3. Facilitation of access to healthcare and information technologies; 4. Funding reform, tackling financial difficulties. However, during the last four decades, the national SSB policy in Tunisia has been limited to a package of health programs, static, disconnected from the public health paradigm (equity, community participation, multisectoral approach) and facing an important problem of under-financing (scarcity of resources, access barriers, waste of expenditure).

Conclusion: The Tunisian SSB policy today needs a new range of programs, adapted to the global burden of morbidity, and inserted in a vision of social justice and in a socialized system of financing (health for all, leaving no one behind)

Mots clés: Health Primary Care - Health Services Administration - Patient Care Management - Comprehensive Health Care - Continuity of Patient Care - Patient-Centered Care - Tunisie.

Correspondance

Ahmed Ben Abdelaziz

Email : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

الملخص

مقدمة: "الرعاية الصحية الأساسية" (SSB)، الاسم التونسي لـ "الرعاية الصحية الأولية" (SSP)، سياسة صحية تم تنفيذها بتونس في بداية عام 1980. هدف هذه الدراسة مقارنة ممارسات SSB بمبادئ و رؤية SSP. **الأساليب:** استناداً إلى المؤتمرات الرئيسية في تاريخ SSP، من مؤتمر ألما آتا (1978)، إلى مؤتمر أستانا (2018)، بما في ذلك قمة الألفية للتنمية (2000)، أهداف التنمية المستدامة (2015) والتغطية الصحية الشاملة (2017)، تمت مراجعة سياسة SSB، من خلال توافقها مع رؤية الرعاية الصحية الأولية ومدى أهمية استجابتها للاحتياجات الصحية الحالية. **النتائج:** استندت سياسة الرعاية الصحية الأولية إلى إعلانين أساسيين. الأول هو إعلان ألما آتا، الذي أوضح رؤية للصحة العامة، تقوم على العدالة الاجتماعية، والحق في الصحة، والتضامن، والاحتياجات المحسوسة للسكان، والمشاركة المجتمعية، والنهج المتعدد القطاعات، وكذلك برامج الصحة الأساسية بما في ذلك حماية الأم والطفل والتحصين وعلاج الأمراض الشائعة وتوفير الأدوية الأساسية. والثاني هو إعلان أستانا، الذي أكد الالتزام بالرعاية الصحية الأولية من خلال أربع ركائز: 1. تعزيز الخبرة التراكمية. 2. دعم الموارد البشرية. 3. تسهيل الوصول إلى تكنولوجيا الرعاية الصحية والمعلومات. 4. إصلاح التمويل ومعالجة الصعوبات المالية. ومع ذلك، خلال العقود الأربعة الماضية، اقتصرت السياسة الوطنية للرعاية الصحية الأساسية في تونس على حزمة من البرامج الصحية، ثابتة، ومنفصلة عن نموذج الصحة العامة (المساواة، والمشاركة المجتمعية، والمنهج المتعدد القطاعات)، مواجهة لمشكلة نقص في التمويل (ندرة الموارد، حواجز الولوج، هدر الإنفاق). **الخلاصة:** تحتاج سياسة الرعاية الصحية التونسية اليوم إلى مجموعة جديدة من البرامج، تتكيف مع العبء العالمي للمرض، وتندرج ضمن رؤية للعدالة الاجتماعية ونظام تمويل اجتماعي للصحة (الصحة للجميع، لا تترك أحداً في الوراء)

الكلمات المفتاحية: الرعاية الصحية الأساسية - إدارة الخدمات الصحية - إدارة رعاية المرضى - الرعاية الصحية الشاملة - استمرارية رعاية المرضى - الرعاية المتمحورة حول المريض - تونس

INTRODUCTION

Le descripteur «Soins de Santé de Base» (SSB), est l'adaptation littéraire nationale du terme «Soins de Santé Primaires» (SSP), visant à éviter la confusion entre les deux adjectifs «primaires» et «primitifs», utilisés souvent d'une manière interchangeable dans les pays francophones. Cette politique des SSB/SSP a été implémentée en Tunisie au début de l'année 1980, soit quelques mois après la tenue de la Conférence Internationale des SSP à Alma Ata (1978), par l'OMS et l'UNICEF (encadré 1), et dans la continuité de la dynamique sociale des étudiants et des enseignants de la Faculté de Médecine de Tunis en 1975 (1), plaidant pour un système de soins de santé «au service du peuple». Au cours de quarante dernières années, les SSB ont été fondus, non seulement dans la conjoncture globale du système national de santé en Tunisie, pour en devenir une de ses composantes principales, mais aussi, dans l'environnement socio-économique et culturel du pays. L'adaptation du programme des SSB avec les orientations politiques du Ministère de la Santé en Tunisie, un pays confronté à une transition profonde: démographique (2), épidémiologique (3) et socio-économique, a fait oublier à

ses managers, d'une part les spécificités du paradigme sous jacent (qui n'est que celui des SSP) et d'autre part les grands tournants épistémologiques de l'histoire de la santé globale, en étroite relation avec les paradigmes dominants des Nations Unies et de ses organismes (OMS, UNICEF), dont particulièrement les Objectifs du Millénaire (encadré 2), les Objectifs pour un Développement Durable (ODD) (encadré 3), la Couverture-Santé Universelle (CSU) (encadré 4) et la récente déclaration d'Astana (encadré 5). Le déracinement du programme des SSB en Tunisie de sa philosophie basée sur la primauté de l'accès aux soins de santé essentiels et efficaces, et de son expertise cumulée marquée par des nombreuses «*success stories*», particulièrement dans les domaines de la prévention (vaccination, surveillance prénatale, ..), a réduit la politique des SSB à un simple panier des soins basiques, ambulatoires, «sélectifs», couverts par l'Etat, destinés aux familles nécessiteuses dans les régions rurales !. Cette vision réduite simplement à une boîte à outils, élaborée il y a déjà 40 ans, et déconnectée des valeurs et des principes visionnaires de la politique des SSP, a conduit à des attitudes extrémistes erronées chez la nouvelle génération des professionnels de santé de la

première ligne des soins. Au moment où les organismes internationaux continuent à annoncer que les SSP sont indispensables, «maintenant plus que jamais» (4), certaines voix s'élevaient actuellement en Tunisie, sous pression hospitalo-centrique, curative et privée, annonçant que la politique de SSB serait déjà, techniquement et contextuellement, «périmé» ! et qu'il est temps de la remplacer par une politique libérale de santé, financée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

L'objectif de cette étude documentaire est d'identifier les idées maitresses de la vision des SSB (celle du paradigme des SSP) et de leur évolution épistémologique, au cours de quarante dernières années, afin de dégager leur adaptation au système national de santé et leur pertinence par rapport aux besoins de santé de la population tunisienne, au cours du vingt prochaines années.

MÉTHODES

Il s'agit d'une revue bibliographique basée sur les documents officiels des conférences essentielles dans l'histoire de SSP, depuis la conférence d'Alma Ata (4) en 1978 (4), à la conférence d'Astana en 2018 (5), passant par le sommet du Millénaire pour le Développement (6), 2000, les Objectifs pour un Développement Durable (7), 2015 et la Couverture-Santé Universelle (8), (2017).

La Conférence d'Alma Ata (figure n°1) (Alma Ata: 6-12 septembre 1978)

Alma-Ata, ancien nom de la ville d'Almaty (en kazakh), est la principale ville du Kazakhstan et son ancienne capitale (de 1929 à 1997). Située à 970 km au sud de la capitale (Noursoultan), le nom de la ville signifie «la ville des pommes». Dans cette ville, se tenait de 6 à 12 septembre 1978, la Conférence Internationale des SSP. Les délégations de 134 gouvernements et les représentants de 67 organisations des Nations Unies, institutions spécialisées, et organisations non gouvernementales, en relations officielles avec l'OMS et l'UNICEF, ont participé à cette conférence. La Tunisie a été représentée, au cours de cette conférence, par le Professeur Taoufik Nacef, le père fondateur de la Médecine Préventive en Tunisie, en qualité de Directeur de la «Médecine Préventive et Sociale», au Ministère de la Santé (couvrant dans les années 70 du siècle dernier, la prévention, les soins

primaires, la médecine scolaire et l'hygiène du milieu / assainissement). La déclaration d'Alma Ata, signée le 12 septembre 1978, est composée de 10 points, avec un préambule et un post ambule (encadré 1). Suite à la clarification des principes essentiels de la vision partagée (figure n°2), le point 7 de la déclaration d'Alma Ata énumère les huit programmes essentiels de SSP (figure n°3), ayant orienté la structure et l'organigramme de la Direction des SSB en Tunisie, depuis sa création.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (New York: 6-8 septembre 2000)

Rassemblés au «Sommet du Millénaire» de l'ONU, au siège des Nations Unies à New York, du 6 au 8 septembre 2000, dans le cadre de la célébration du nouveau millénaire, les représentants de 189 pays ont signé, le 8 septembre 2000, la «Déclaration du Millénaire», ayant élaboré une vision commune pour les valeurs fondamentales des relations internationales: la liberté, l'égalité, la solidarité, la tolérance, le respect de la nature, et le partage des responsabilités. De cette Déclaration, ont générés, les huit Objectifs (figure n°4) du Millénaire pour le Développement (OMD) qui devraient bénéficier d'un soutien politique international prioritaire, pour leur réalisation avant l'année 2015. Dans la Déclaration du Millénaire et à travers ses OMD, les dirigeants du monde entier se sont engagés à combattre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'encontre des femmes. Les OMD liés à la santé couvraient les problèmes de santé responsables d'une charge considérable de morbidité, essentiellement dans les pays à faible revenu (spécifiquement en Afrique), et qui nécessitent des systèmes de soins de santé performants pour les manager. Parmi ces priorités sanitaires: la mortalité maternelle, la mortalité infantile, le HIV Sida, le paludisme et la tuberculose.

Objectifs de Développement Durable (ODD) (New York, 2 septembre 2015)

Les ODD (en anglais *Sustainable Development Goals*, ou SDGs) est couramment utilisé pour désigner les dix-sept objectifs établis par les Nations Unies (approuvés par 193 pays, le 2 août 2015), regroupés en cinq domaines, les «5P»: peuple, prospérité, planète, paix, partenariats (figure n°5). Ces objectifs ont remplacé les huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Ces 17 objectifs

de développement durable sont repérables par des noms courts pour en faciliter la communication. 1. Éradication de la pauvreté; 2. Lutte contre la faim; 3. Accès à la santé; 4. Accès à une éducation de qualité; 5. Égalité entre les sexes; 6. Accès à l'eau salubre et à l'assainissement; 7. Recours aux énergies renouvelables; 8. Accès à des emplois décents; 9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation; 10. Réduction des inégalités; 11. Villes et communautés durables; 12. Consommation et production responsables; 13. Lutte contre le changement climatique; 14. Vie aquatique; 15. Vie terrestre; 16. Justice et paix; 17. Partenariats pour la réalisation des objectifs. Ils sont détaillés en 69 sous-objectifs (cibles) mesurés à l'aide d'une liste de 244 indicateurs (statistiques ou qualitatifs), soit 232 indicateurs après exclusion des doublons.

Couverture-Santé Universelle (vision commune CSU'2030, 2017)

Selon la vision CSU'2030, suite à une couverture universelle en matière de santé, tous les individus peuvent accéder à tous les services de santé dont ils ont besoin, sans difficultés financières, tout au long de leur vie et dans toutes les structures de santé. La CSU repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, proclamant que *«la santé est un droit fondamental de l'être humain»*, et sur la notion de *«santé pour tous»* définie dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, visant à réaliser l'équité d'accès aux services de santé, sans difficultés financières. Son implémentation repose sur quatre conditions essentielles: 1. Un système de santé solide, efficace et bien géré dispensant des soins de santé prioritaires, intégrés, centrés sur les personnes, y compris des services spécialisés; 2. Un système de financement des soins qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières; 3. Une disponibilité des médicaments et des technologies diagnostiques et thérapeutiques essentiels; 4. Un personnel de santé formé, motivé, délivrant des soins fondés sur les données actuelles de la science.

Le concept de CSU a été de plus en plus reconnu dans les enceintes internationales depuis que l'OMS a publié son rapport sur la santé dans le monde 2010, intitulé *«Financement des systèmes de santé: la voie vers une couverture universelle»* (9). Ce rapport a détaillé les trois barrières de la couverture universelle. Primo: la

disponibilité des ressources. Second: le paiement direct des services de santé. Tierce: l'utilisation inefficace et inéquitable de ressources (le gaspillage).

Après son insertion comme composante essentielle des objectifs de développement durable (OD), la soixante-septième session de l'Assemblée générale des Nations Unies lui a consacré une résolution sur la Santé mondiale, le 12 décembre 2012. Cette résolution a affirmé que la CSU consiste à *«veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, ...tout en faisant en sorte que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers»*. Elle a attiré l'attention que la mise en place d'un système de financièrement viable de la CSU devrait reposer sur un système de santé solide et adapté, comprenant *«des services complets de SSP»* et des *«mesures de santé publique»*. Cette résolution a appelé à l'adoption d'un système de financement des soins de santé permettant *«d'éviter les paiements directs importants au moment de la prestation»*, l'adoption d'une méthode de *«prépaiement des cotisations pour les soins et services de santé»*, et de *«mécanisme de répartition des risques sur l'ensemble de la population»*, afin d'éviter *«les dépenses de santé catastrophiques»* et *«l'appauvrissement des personnes ayant nécessité des soins»*. D'où la responsabilité des gouvernements d'*«accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables»*.

C'est en 2017, que de nombreux acteurs et partenaires de la CSU ont préparé selon un processus collectif, une vision commune de la performance des systèmes de santé: porte d'entrée de la promotion de la CSU, baptisé CSU'2030. Selon la vision commune CSU'2030, la performance du système de santé nécessite une action dans trois domaines interdépendants: la prestation de services, le financement de la santé et la gouvernance. Le renforcement des systèmes de santé devrait se concentrer sur cinq dimensions: l'équité, la qualité, la réactivité, l'efficacité, la résilience. Ainsi, la mission de la CSU'2030 est d'accélérer les progrès équitables et durables vers une CSU, selon les ODD et à travers le renforcement des systèmes de santé (RSS).

Cependant, la CSU ne signifie pas la gratuité de toutes les interventions sanitaires possibles, quel qu'en soit le coût. Elle ne concerne pas aussi seulement le financement de la santé mais elle englobe toutes les composantes

du système de santé tels que le personnel de santé, les établissements de santé, les systèmes d'information, les mécanismes d'assurance qualité, Elle ne consiste pas seulement à garantir un minimum de services de santé, mais à en assurer une extension progressive. Elle ne concerne pas seulement les services de prise en charge individuelle, mais comprend également de services populationnels de santé publique.

Conférence Internationale des SSP d'Astana (Astana: 25-26 octobre 2018)

À l'occasion du 40^{ème} anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, plus de 2100 décideurs de la santé mondiale ont été de retour à Kazakhstan, le 25 et le 26 octobre 2018, dans la ville d'Astana. Nouvelle capitale du Kazakhstan indépendant, et deuxième ville du pays derrière Almaty (Alma Ata), Astana, (en kazakh, littéralement «la capitale»), est actuellement nommée «Noursoultan», après vingt ans de travaux pharaoniques de construction. La Conférence Internationale d'Astana a renouvelé son attachement à la politique des SSP, en tant que moyen efficient pour atteindre une Couverture-Santé Universelle (CSU) et les Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à la santé. La nouvelle déclaration d'Astana (encadré 5), rédigé en sept points, a renouvelé l'engagement en faveur des SSP, en adaptant leurs programmes avec les nouveaux besoins de santé (à l'échelle internationale) et en faisant l'état de lieux sur le chemin parcouru au cours de 40 dernières années et les perspectives des nouveaux défis de santé mondiale en 21^{ème} siècle.

RÉSULTATS

Conférence internationale des SSP à Alma Ata (Santé pour Tous)

La déclaration d'Alma Ata a détaillé dans son texte aussi bien les fondements conceptuels de la politique des SSP que ses programmes prioritaires. La figure n° 2 illustre les principes des SSP, selon cette déclaration dont essentiellement:

1. **La justice sociale:** Face aux «*inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples*» (point II), les SSP «*sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale*» (point V).

2. **Le droit à la santé:** La Conférence Internationale des SSP a réaffirmé que la santé «*est un droit fondamental de l'être humain*» (point I) et que les gouvernements ont la responsabilité de donner aux populations «*un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive*» (point V).
3. **La solidarité:** La déclaration d'Alma Ata appelle les pays à «*coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des SSP, l'ensemble de leur population*». Ce qui signifie avant tout une solidarité de toutes les franches de la population du même pays, dans le financement du système national de santé, qui devrait offrir à tous, l'accès équitable à la même gamme des soins et selon les mêmes standards techniques.
4. **Les besoins de la population:** Selon la Conférence internationale des SSP d'Alma Ata, les personnels de santé doivent être «*préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité* » (point VII). Ainsi, la définition des SSP, n'est pas basée ni sur les besoins normatifs des technocrates de la santé et ni sur les souhaits des populations livrées à leurs connaissances et à leurs croyances, mais à l'interface entre les besoins rationnels des experts et les attentes sociales des gens, soit à un compromis entre ces deux logiques: les besoins ressentis (besoins définis par les technocrates et perçus par la population).
5. **La participation communautaire:** C'est une composante fondamentale des SSP, définis comme étant des «*soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination*» (point VI). Cette participation communautaire devrait s'étaler à «*la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle*» des SSP (point VII).
6. **L'inter-sectorialité:** dès sa préambule, la déclaration

des SSP a souligné la nécessité de l'action coordonnée de protection et de promotion de la santé entre «*tous les personnels des secteurs de la santé et du développement*». En effet, l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important, qui «*suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé*». Le point VII a détaillé le principe de l'inter sectorialité, en clarifiant que les SSP «*font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs*»;

Quant aux programmes des SSP, proposés lors de la Conférence Internationale d'Alma Ata en 1978, ils ont été énumérés au point VII de la déclaration, affirmant que les SSP «*comprennent au minimum: une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels*» (figure n°3).

Conférence internationale des SSP d'Astana

(Santé pour tous, en ne laissant personne de côté)

Dans ses deux premiers points (I et II), la déclaration d'Astana a réaffirmé avec force son engagement en faveur d'une part du «*droit fondamental de tout être humain d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction d'aucune sorte*» et d'autre part des SSP dont le renforcement «*est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations*». La déclaration reconnaît qu'après 40 ans du lancement des SSP, «*les besoins en matière de santé de certaines*

populations ne sont toujours pas satisfaits» et que «*les inégalités en santé et les disparités dans les résultats sanitaires persistent*». Face à la grande charge de morbidité attribuée aux maladies non transmissibles, la déclaration d'Astana s'engage, dans son point III, à lutter contre les «*dépenses de santé directes excessives*», les «*soins fragmentés, à risque ou de mauvaise qualité*», «*la pénurie et à la répartition inégale des agents de santé*», «*l'augmentation des coûts des soins et des médicaments et vaccins*» et le «*gaspillage dans les dépenses de santé pour cause d'inefficacité*».

Deux engagements ont été pris par les signataires de la déclaration d'Astana dans les points IV et V. D'une part de «*faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs*»: une action multisectorielle en «*mobilisant les parties prenantes concernées et en donnant aux communautés locales, les moyens de renforcer les SSP*». D'autre part de, «*construire des SSP*», en améliorant les capacités et l'infrastructure pour «*le premier contact avec les services de santé*» et «*en privilégiant les fonctions de santé publique essentielles*». L'objectif des SSP est de «*satisfaire les besoins en santé de toutes les populations, tout au long de la vie, moyennant des services complets de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que des soins palliatifs*». Les SSP «*accessibles, équitables, sûrs, de grande qualité, complets, efficaces, acceptables, disponibles et abordables* » doivent être dispensés par des «*services continus, intégrés, centrés sur la personne et qui tiennent compte des différences entre les sexes*». Selon la déclaration d'Astana, le succès des SSP, s'appuie sur quatre piliers fondamentaux:

- **Les connaissances et le renforcement des capacités**, en capitalisant l'expertise cumulée au cours de quatre dernières décades de prestation des SSP et en continuant «*à mener des recherches et à partager les connaissances et l'expérience*».
- **Les ressources humaines pour la santé**, en créant des «*conditions de travail décentes*» dans un «*contexte multidisciplinaire*». Une attention particulière devrait être accordée à assurer «*la disponibilité du personnel de santé dans les zones rurales, isolées et moins développées et de le fidéliser*» et à veiller à ce que «*la migration internationale des personnels de santé ne doit pas saper la capacité des pays, en particulier*

des pays en développement, à satisfaire aux besoins en santé de leurs populations».

- **Les technologies**, pour *«l'accès à une vaste gamme de services de soins, moyennant l'utilisation de médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables»* et le développement des systèmes d'information capables de recueillir *«des données de grande qualité, ventilées de manière appropriée»*. La déclaration a rapporté que les technologies numériques jouent un *«rôle actif»* dans la préservation de la santé des individus et du bien-être des communautés.
- **Le financement**, en s'attaquant aux difficultés financières lors de l'utilisation des services de santé *«par une meilleure attribution des ressources pour la santé, un financement approprié des SSP, et des systèmes de remboursement adaptés»* et en veillant à *«viabilité financière, à l'efficacité et à la résilience des systèmes de santé nationaux en attribuant les ressources de manière judicieuse aux SSP»*. La déclaration d'Astana appelle à un système de financement *«fournissant un accès à des services de soins primaires de qualité assurés dans un souci de continuité»* sans laisser *«personne de côté»*.

Enfin, la déclaration d'Astana a appelé dans ses deux derniers points VI et VII, d'une part à *«donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir»*, à travers la *«littératie en santé»*, *«la solidarité»*, *«l'appropriation»* et d'autre part à *«aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux»*, dont celui du *«secteur privé»* dans le cadre d'un Partenariat Privé Public (PPP).

DISCUSSION

La politique des SSB, l'appellation tunisienne des SSP de l'OMS et de l'UNICEF, a été une réponse d'une part à une attente de la part de la jeunesse des écoles de médecine et de nursing (enseignants et étudiants), qui s'était mobilisée, trois ans avant la Conférence d'Alma Ata, pour le développement de la *«santé du peuple»* et d'autre part à un engagement politique confirmé par la participation d'une délégation tunisienne de haut niveau scientifique, aux travaux de la conférence d'Alma Ata (Kazakhstan) en 1978.

Au cours de ses deux premières décades d'implémentation en Tunisie, la politique des SSB a connu ses années d'or, en appliquant, avec succès, une série des programmes nationaux (telles que la vaccination, la surveillance prénatale, la lutte contre la tuberculose, la diarrhée, et la malnutrition), ce qui a contribué à une amélioration significative de l'état de santé de la population, reflétée par le saut des indicateurs de santé essentiels (espérance de vie, mortalité infantile, mortalité maternelle).

La lecture des documents des conférences essentielles des SSP, a fait ressortir que cette politique est composée, non seulement des programmes techniques opérationnels, destinés aux groupes à haut risque et visant les problèmes de santé prioritaires, mais en plus, d'une vision regroupant les valeurs et les principes de la Santé Publique, et d'un ensemble des stratégies synergiques de soutien. Le menu technique des SSP, comprend un ensemble des programmes nationaux de prévention (éducation pour la santé, dépistage des cancers gynécologiques...), de contrôle des problèmes endémiques telles que la tuberculose et la prise en charge des affections courantes par des médicaments essentiels (efficaces et avec un bon rapport qualité/prix). Ces programmes ont été orientés vers les deux populations jugées les plus vulnérables: les enfants et les femmes enceintes.

Le succès de cet arsenal des activités préventives, curatives et promotionnelles de santé serait tributaire d'une part à une adhésion systémique, sur le plan culturel et législatif, à un paradigme de Santé Publique, basé sur le trépied: *«droit à la santé»*, *«équité»*, et *«solidarité»*, et d'autre part à une activation des actions synergiques à la prestation des soins de santé de proximité, dominées essentiellement par les outils de démocratie sanitaire: la *«participation communautaire»*, la *«collaboration intersectorielle»* et le *«travail d'équipe»*. La conférence d'Astana en 2018 a mis en exergue la thématique du financement des soins en considérant la Couverture-Santé Universelle, comme étant le socle de réussite des SSP, assurant le droit d'accès aux soins, sans barrières économiques et en appelant à l'instauration d'un financement socialisé des soins de la santé (pré paiement par tête d'habitant) et en luttant contre le paiement direct, par actes, générateur des *«dépenses catastrophiques»*. La figure n°6 illustre les quatre fondements de la politique des SSB/SSP, garantissant sa survie et conditionnant sa performance.

Ce modèle pourrait expliquer les années de gloire et celles de dysfonctionnement de la politique des SSB en Tunisie. Dans les années 80 du siècle dernier, le nouvel Etat de la post indépendance, avait beaucoup de peine à monter son système national de santé pour des considérations multiples dont la rareté des ressources humaines et la fréquence des épidémies et des endémies. Les schémas proposés pour l'organisation des services de santé, s'inspirant de l'archéo-système des autochtones et/ou du néo-système des colonisateurs, se confrontaient à un problème majeur d'adaptation avec la transition démographique, épidémiologique, culturelle et sociale, qui était à sa phase de début. Tous les intervenants dans le domaine de la Santé Publique, en Tunisie, ont trouvé dans les huit programmes techniques des SSP, une réponse adéquate et suffisante aux besoins de santé perçus par la population, approuvée par les professionnels de santé et adaptée aux faibles ressources d'un jeune Etat, astreint à agir sur tous les fronts du développement humain. L'implémentation des programmes nationaux a beaucoup bénéficié, au cours deux premières décennies, de la culture de justice sociale, en plein essor parmi les mouvements étudiants, syndicaux et politiques, et de la petitesse d'une administration nationale publique en phase de constitution, facilitant la fédération des secteurs, et l'écoute des utilisateurs. Les subventions et les aides des organisations internationales et des pays amis, ont atténué fortement l'obstacle financier. Ainsi, malgré la focalisation de la politique des SSB en Tunisie, uniquement sur la dimension technique des programmes nationaux, elle a réussi à dominer l'offre des soins, à formater les procédures de gestion des structures de santé et à réussir la mission du développement humain et d'amélioration des indicateurs de santé de base d'un jeune pays en émergence.

Au début des années 2000, une vingtaine d'années après l'instauration de la politique des SSB dans notre pays, un consensus régnait parmi tous les intervenants dans le secteur de la santé: la Tunisie, comme d'ailleurs dans la majorité des pays à faible revenu, était encore loin de réaliser l'objectif des SSP (SSB) «la santé pour tous» (et la plupart des gens avaient encore besoin du paquet minimum des soins de santé, contrairement à une nouvelle classe minoritaire, en cours de constitution dans les nouveaux quartiers, exerçant dans des nouveaux secteurs).

La restriction de l'aide internationale aux programmes des SSB, l'explosion des dépenses des hôpitaux de référence, dispensant des soins spécialisés et coûteux, l'apparition des nouvelles attentes aussi bien chez les politiciens, les professionnels de santé et les nouvelles classes sociales, en pleine émergence, ont fait régresser la position des SSP sur les agendas de tous les acteurs. La triomphe du capitalisme et la chute du modèle socialiste après la dislocation de l'URSS, ont fait reculé les valeurs de la justice sociale, socle idéologique de la politique des SSP, sans pourtant faire valoriser la stratégie de participation communautaire, en tant qu'une expression de la démocratie sanitaire.

En conséquence de la transition avancée du profil de morbidité du pays avec l'explosion des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers et problèmes de santé mentale), l'émergence des nouveaux groupes à risque, outre le couple mères-enfants, les adolescents et les personnes âgées, et l'«evidence» de l'efficacité des nouvelles stratégies de Santé Publique (promotion de la santé, veille sanitaire, santé environnementale, bilan périodique de santé, soins palliatifs..), la carte de menu des programmes des SSP/SSB ne répondait plus aux attentes de tous les intervenants. L'inclusion des nouveaux programmes de santé a été effectuée avec une logique verticaliste, contradictoire avec le paradigme de l'intégration, de la continuité et de la globalité des soins, sans ressources humaines, financières et physiques supplémentaires à leur implémentation. La mission des équipes des SSB s'est transformée d'une mission des soins à une mission de surveillance de «tout», «partout», et «toujours», avec un système d'information en cascade, non informatisé et non orienté vers l'élaboration des indicateurs pertinents.

Ainsi, l'ensemble de ces facteurs expliquerait le déclin des SSB en Tunisie, à partir de l'année 2000 et sa transformation d'une politique officielle du système national de santé, orchestrant la planification, l'implémentation et l'évaluation des activités de santé du pays, à un simple programme isolé, déconnecté du système de santé, préoccupé des anciens programmes préventifs de vaccination, de lutte anti tuberculeuse et de surveillance prénatale. Alors que les décideurs du Ministère de la Santé se préoccupaient des nouveaux problèmes d'accès aux soins spécialisés (déserts médicaux des régions enclavés, explosion des cliniques privées, maladies émergentes et ré émergentes

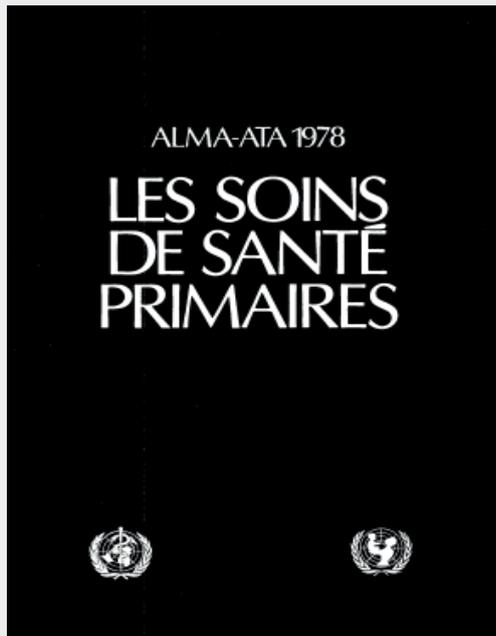
à tendance épidémique et pandémique,...), dans un environnement général difficile (migration médicale, départ massif à la retraite des professionnels de la santé, corruption médicale, compression des budgets ...).

En 2008, l'OMS a publié un rapport sur les SSP, intitulé «Maintenant, plus que jamais» (10), confirmant le besoin des systèmes de santé des pays à revenu élevé que ceux à revenu faible ou modéré, à la vision, aux principes et aux procédures des SSP, pour renforcer leurs capacités de riposte aux besoins de santé, de plus en plus multiples et diversifiés, surtout dans un contexte de pénurie des moyens et des crises économiques. Dix ans après, en 2018, la déclaration d'Astana reconferme la validité actuelle de la vision et de la stratégie globale des SSP dans la réponse aux problèmes de santé du monde entier, moyennant leur adaptation avec la charge globale de morbidité et leur contextualisation aux spécificités des pays et des communautés et à condition de l'assurance d'une Couverture-Santé Universelle, le seul garant d'accès aux soins, sans barrières et sans conséquences économiques désastreuses.

Contrairement aux pressions des lobbyings de la médecine libérale authentique ou déguisée (exercée par plusieurs professionnels de santé du secteur public, au sein des établissements publics), la carte à menu de la politique des SSB en Tunisie serait aujourd'hui partiellement périmée, mais sa philosophie est encore d'actualité. Comme disait l'OMS, «maintenant plus que jamais», le système national de santé tunisien a besoin beaucoup plus, aujourd'hui, que dans les quarante dernières années, de la politique des SSB (vision, valeurs, stratégies, outils), sous les conditions suivantes:

1. Individualiser, dans les écoles de médecine et de nursing, des parcours d'apprentissage spécifiques à la pratique dans les structures de «*Primary Health Care*»
2. Valoriser l'exercice en première ligne de soins, aussi bien sur les plans financier, professionnel et académique
3. Encourager l'intégration des cabinets de médecine générale du secteur libéral et des centres fonctionnels des SSB, dans une nouvelle organisation des «maisons de santé»: porte d'entrée au système national de santé

4. Réviser, selon les besoins ressentis de la population desservie, le panier des activités curatives, préventives et promotionnelles des structures de première ligne des soins (maisons de santé)
5. Développer les capacités des professionnels de santé de la première ligne des soins, dans les compétences de participation communautaire, de collaboration intersectorielle et de leadership
6. Renforcer la culture de «*Public Health*», auprès de tous les intervenants, dans les domaines du «droit» à la santé, «l'équité» de l'offre des soins et «l'égalité» d'y accéder.
7. Transformer la CNAM en une Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS), rattachée au Ministère de la Santé, et fonctionnant selon le principe de la Couverture-Santé universelle (CSU)



Rapport de la Conférence Internationale des soins de santé primaires.
Alma Ata: 6-12 septembre 1978.



Déclaration d'Astana. Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires
Astana : 25-26 octobre 2018

Figure 1. Les deux déclarations historiques en Santé publique, sur les Soins de Santé Primaires, d'Alma Ata et d'Astana

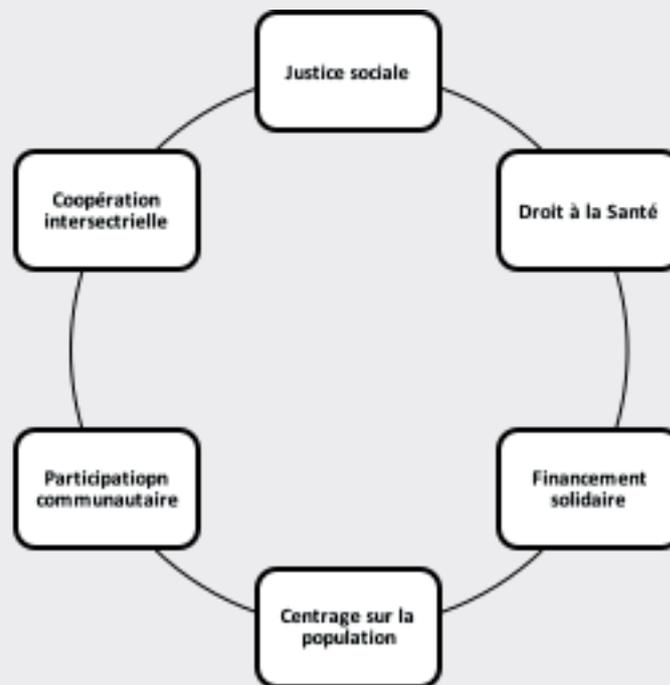


Figure 2. Les Principes des Soins de Santé primaires (SSP), selon la Déclaration d'Alma Ata (septembre 1978)

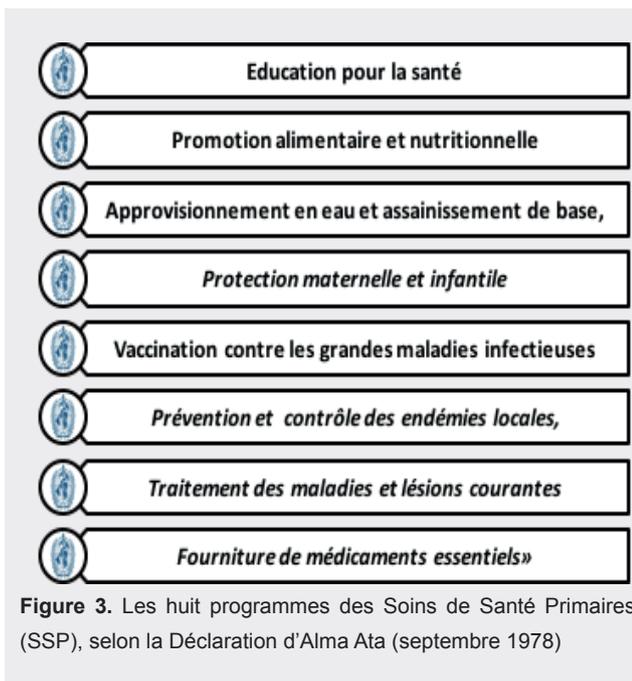


Figure 3. Les huit programmes des Soins de Santé Primaires (SSP), selon la Déclaration d'Alma Ata (septembre 1978)



Figure 5. Les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD)



Figure 4. Les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (Nations Unies, 2020)

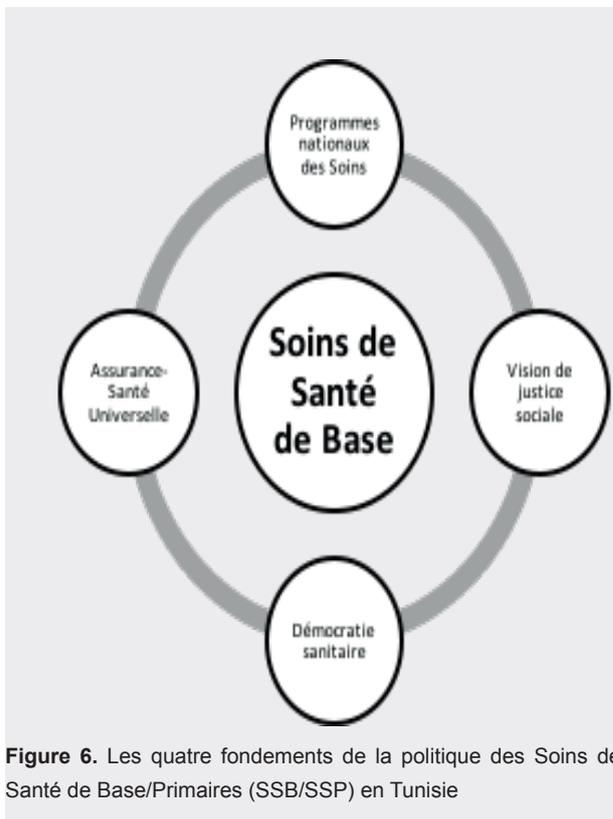


Figure 6. Les quatre fondements de la politique des Soins de Santé de Base/Primaires (SSB/SSP) en Tunisie

Encadré 1 : Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires**12 septembre 1978**

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I. La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II. Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III. Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII. Les soins de santé primaires:

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
- exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

IX. Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancé d'urgence aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer au plan national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

Encadré 2 :

Extrait de la Déclaration du Millénaire Résolution adoptée par l'Assemblée générale 8 septembre 2000

Nous estimons que certaines valeurs fondamentales doivent sous-tendre les relations internationales au XXI^e siècle, à savoir

- La liberté.** Les hommes et les femmes ont le droit de vivre et d'élever leurs enfants dans la dignité, à l'abri de la faim et sans craindre la violence, l'oppression ou l'injustice. C'est un mode de gouvernance démocratique des affaires publiques, fondé sur la volonté et la participation des populations, qui permet le mieux de garantir ces droits.
- L'égalité.** Aucune personne, aucune nation ne doit être privée des bienfaits du développement. L'égalité des droits et des chances des femmes et des hommes doit être assurée.
- La solidarité.** Les problèmes mondiaux doivent être gérés multilatéralement et de telle façon que les coûts et les charges soient justement répartis conformément aux principes fondamentaux de l'équité et de la justice sociale. Ceux qui souffrent ou qui sont particulièrement défavorisés méritent une aide de la part des privilégiés.
- La tolérance.** Les êtres humains doivent se respecter mutuellement dans toute la diversité de leurs croyances, de leurs cultures et de leurs langues. Les différences qui existent au sein des sociétés et entre les sociétés ne devraient pas être redoutées ni réprimées, mais vénérées en tant que bien précieuses de l'humanité. Il faudrait promouvoir activement une culture de paix et le dialogue entre toutes les civilisations.
- Le respect de la nature.** Il convient de faire preuve de prudence dans la gestion de toutes les espèces vivantes et de toutes les ressources naturelles, conformément aux préceptes du développement durable. C'est à cette condition que les richesses incommensurables que la nature nous offre pourront être préservées et léguées à nos descendants. Les modes de production et de consommation qui ne sont pas viables à l'heure actuelle doivent être modifiés, dans l'intérêt de notre bien-être futur et dans celui de nos descendants.
- Le partage des responsabilités.** La responsabilité de la gestion, à l'échelle mondiale, du développement économique et social, ainsi que des menaces qui pèsent sur la paix et la sécurité internationales, doit être partagée entre toutes les nations du monde et devrait être exercée dans un cadre multilatéral. Étant l'organisation la plus universelle et la plus représentative qui existe dans le monde, l'Organisation des Nations Unies a un rôle central à jouer à cet égard.

Pour traduire ces valeurs communes en actes, nous avons défini des objectifs auxquels nous attachons une importance particulière

Encadré 3 :**Cibles de l'Objectif 3 des ODD : Bonne santé et bien être**

- 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de **mortalité maternelle** au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
- 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la **mortalité néonatale** à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
- 3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres **maladies transmissibles**
- 3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des **maladies non transmissibles** et promouvoir la santé mentale et le bien-être
- 3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de **substances psycho actives**, notamment de stupéfiants et d'alcool
- 3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des **accidents de la route**
- 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de **santé sexuelle et procréative**, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
- 3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une **Couverture-Santé Universelle**, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable
- 3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la **pollution** et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

Encadré 4 :

CSU'2030 : Partenariat international de la santé

Pacte mondial pour progresser vers une Couverture-Santé Universelle

...Pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, nous devons réaliser une Couverture-Santé Universelle (CSU), en travaillant ensemble efficacement pour renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats sanitaires dans tous les pays. Des cheminements progressifs vers l'universalité, qui s'efforcent d'abord d'atteindre les groupes de population les plus vulnérables et les plus marginalisés, sont essentiels pour veiller à ce que nul ne soit laissé de côté. La CSU, grâce à laquelle toutes les personnes et toutes les communautés ont accès aux services de santé de qualité dont elles ont besoin, sans risque de difficultés financières, concerne toutes les cibles de santé et contribue à favoriser la sécurité sanitaire et l'équité. ...

...Nous, signataires du Partenariat international de la santé pour la CSU 2030 (CSU2030), nous engageons à collaborer avec une urgence accrue pour accélérer les progrès vers la CSU, ainsi qu'énoncé dans la cible 3.8 des ODD. Il faudra pour cela construire et étendre des systèmes de santé équitables, résilients et durables, financés principalement par les fonds publics et basés sur les SSP, qui assureront à tous des services de santé intégrés, complets et de qualité, axés sur la personne, tout en prenant les mesures nécessaires pour protéger les ménages des risques financiers occasionnés par les dépenses de santé. ...

...Ces activités devraient être placées sous l'égide des autorités nationales, conformément aux politiques et plans de santé des pays, en s'appuyant sur les processus systémiques existants et en les renforçant, pour éviter toute fragmentation. La réalisation progressive du droit à la santé par le biais de la CSU relève principalement de la responsabilité des Etats, étayée par la solidarité, les échanges et la coopération internationale. ...

...Nous appuierons également un alignement plus étroit entre la sécurité sanitaire et le renforcement des systèmes de santé. Nous lançons un appel en faveur de l'adoption d'une approche «une seule santé» et d'une optique multisectorielle de la préparation et la réponse aux situations d'urgence dans le cadre du renforcement des systèmes de santé. De plus, nous recommandons des stratégies, plans et modèles nationaux de prestation de services qui reflètent les principes et engagements internationaux applicables, en particulier le Règlement sanitaire international. ...

...Dans nos efforts pour renforcer les systèmes de santé et parvenir à la CSU, nous souscrivons collectivement aux principes fondamentaux suivants pour guider notre action:

- **Ne laisser personne de côté**: une aspiration à l'équité et à la non-discrimination et une approche fondée sur les droits;
- La **transparence** et la redevabilité en matière de résultats;
- Des stratégies nationales de santé à base factuelle et le **leadership** des pays, avec l'administration du gouvernement pour garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de la prestation des services ;
- Faire en sorte que les systèmes de santé soient l'affaire de tous, avec la **participation** des citoyens, des communautés, de la société civile et du secteur privé ;
- Une **coopération** internationale fondée sur l'apprentissage mutuel entre les pays, quels que soient l'état de développement et les progrès accomplis pour réaliser et conserver la CSU, et sur les principes de l'efficacité du développement.

Encadré 5 : Déclaration d'Astana
Conférence internationale sur les soins de santé primaires
d'Alma-Ata à la Couverture-Santé Universelle et aux objectifs de développement durable
Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018

Le succès des soins de santé primaires s'appuiera sur:

Les connaissances et le renforcement des capacités.

Nous appliquerons les connaissances, y compris scientifiques mais aussi traditionnelles, pour renforcer les soins de santé primaires, améliorer les résultats sanitaires, et garantir l'accès de tous aux soins appropriés au bon moment et au niveau de soins le plus approprié, en respectant leurs droits, leurs besoins, leur dignité et leur autonomie. Nous continuerons à mener des recherches et à partager les connaissances et l'expérience, à renforcer les capacités et à améliorer la prestation des services et des soins de santé.

Les ressources humaines pour la santé.

Nous créerons des conditions de travail décentes et une compensation appropriée pour les professionnels et les autres personnels de santé travaillant au niveau des soins de santé primaires pour répondre efficacement aux besoins sanitaires des populations dans un contexte multidisciplinaire. Nous continuerons à investir dans l'éducation, la formation, le recrutement, le perfectionnement, la motivation et la fidélisation de personnels des soins de santé primaires possédant l'éventail des compétences voulu. Nous nous efforcerons d'assurer la disponibilité du personnel de santé dans les zones rurales, isolées et moins développées et de le fidéliser. Nous affirmons que la migration internationale des personnels de santé ne doit pas saper la capacité des pays, en particulier des pays en développement, à satisfaire aux besoins en santé de leurs populations.

Les technologies.

Nous sommes favorables à l'élargissement et à l'extension de l'accès à une vaste gamme de services de soins moyennant l'utilisation de médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, y compris, selon les besoins, les médicaments traditionnels, les vaccins, les produits diagnostiques, et d'autres technologies. Nous encouragerons leur accessibilité et leur usage sûr et rationnel ainsi que la protection des données personnelles. Grâce aux progrès des systèmes d'information, nous serons mieux à même de recueillir des données de grande qualité, ventilées de manière appropriée, et d'améliorer la continuité de l'information, la surveillance des maladies, la transparence, la responsabilisation et le suivi des performances des systèmes de santé. Nous utiliserons une variété de technologies pour améliorer l'accès aux soins, enrichir la prestation des services de santé, améliorer la qualité des services et la sécurité des patients, et accroître l'efficacité et la coordination des soins. Par l'intermédiaire des technologies numériques, entre autres, nous permettrons aux individus et aux communautés d'identifier leurs besoins en santé, de participer à la planification et à la prestation des services et de jouer un rôle actif pour préserver leur propre santé et leur bien-être.

Le financement. Nous appelons tous les pays à poursuivre leur investissement dans les soins de santé primaires pour améliorer les résultats sanitaires. Nous nous attaquerons aux inefficacités et aux inégalités qui exposent les populations aux difficultés financières du fait de l'utilisation des services de santé par une meilleure attribution des ressources pour la santé, un financement approprié des soins de santé primaires, et des systèmes de remboursement adaptés afin d'améliorer l'accès et de parvenir à des résultats sanitaires plus satisfaisants. Nous travaillerons à la viabilité financière, à l'efficacité et à la résilience des systèmes de santé nationaux en attribuant les ressources de manière judicieuse aux soins de santé primaires, en fonction de la situation nationale. Nous ne laisserons personne de côté, sans oublier les personnes qui se trouvent en situation de fragilité ou dans des zones en proie à des conflits, en fournissant un accès à des services de soins primaires de qualité assurés dans un souci de continuité.

RÉFÉRENCES

1. Ben Abdelaziz A. Evaluation de la politique des Soins de Santé Primaires au Maghreb. Retour d'expériences des Experts-Leaders en Tunisie. *Tunis Med* 2021; 79 (1) :
2. Ben Salem K, Ben Abdelaziz A. The Maghreb demographic transition: Tunisia case study. *Tunis Med.* 2018; 96(10-11):754-759.
3. Ben Abdelaziz A, Melki S, Ben Abdelaziz A, Ben Salem K, Soulimane A, Serhier Z, et al. Profile and evolution of the Global Burden of Morbidity in the Maghreb (Tunisia, Morocco, Algeria). The Triple burden of morbidity. *Tunis Med.* 2018; 96(10-11):760-773.
4. Organisation Mondiale de la Santé. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ [consulté le 18 décembre 2020].
5. World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization (2019). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>.
6. Nations Unies. <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/> [consulté le 18 décembre 2020].
7. Nations Unies. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>. [consulté le 18 décembre 2020].
8. OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). [consulté le 18 décembre 2020]
9. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève: OMS; 2010
10. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève: OMS; 2008.