ONU FEMMES

Organisation mondiale de la Santé

Policy Brief no.4 (Janvier-Février 2021)

# OÙ EN SONT LES TUNISIENNES AU REGARD DE L'ODD3 PENDANT ET APRÈS LA COVID-19?

Par l'adoption de l'Agenda 2030 pour le développement durable par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 25 septembre 2015, la communauté internationale a inauguré une nouvelle ère de développement international et de partenariat multilatéral. Le nouveau programme intitulé «Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030» ouvre les horizons pour réduire les inégalités sociales, atteindre la couverture médicale universelle (CMU) et prévenir les risques financiers liés aux soins.

« Le troisième objectif de développement durable (ODD 3) vise à assurer la santé et le bien-être de tous et ce en améliorant la santé procréative, maternelle et infantile et en réduisant les principales maladies transmissibles, non transmissibles, environnementales et mentales. Ces enjeux sanitaires pourront être réalisés à condition de mettre en place des systèmes de prévention visant la réduction des comportements déviants ainsi que tout facteur de risque pour la santé, d'assurer un accès universel à une couverture médicale et aux services de santé, de soutenir la recherche et le développement de vaccins et de médicaments et améliorer la gestion des risques sanitaires dans les pays en développement »[1].

L'équité est l'un des moyens les plus directs et les plus puissants de réduire les inégalités sociales en santé et d'atteindre ainsi l'ODD3 qui englobe plusieurs cibles relatives à toutes les dimensions et de la santé et tenant compte aussi bien des anciens problèmes (mortalité maternelle et périnatale, maladies transmissibles) que des maladies nouvelles et émergentes (maladies de la transition, santé environnementale) (Tableau 1).

[1] https://www.agenda-2030.fr/odd/odd3-donner-aux-individus-les-moyens-de-vivre-une-vie-saine-et-promouvoir-le-bien-etre-tous-les

**Tableau 1. Cibles de l'ODD3**

| Titre de la cible | Descriptif de la cible |
|---|---|
| **Mortalité maternelle** | 3.1: D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes |
| **Mortalité néonatale et infantile** | 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 |
| **Maladies transmissibles** | 3.3: D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de 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 |
| **Maladies non 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 |
| **Conduites addictives** | 3.5: Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho-actives, notamment de stupéfiants et d'alcool |
| **Accidents de la route** | 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 |
| **Santé sexuelle et procréative** | 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 la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux |
| **Couverture santé universelle** | 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 |
| **Santé-environnement** | 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 |
| **Tabac** | 3.a: Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac |
| **Recherche Mise au point et accès aux médicaments** | 3.b: Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet |
| **Personnel de santé** | 3.c: Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement |
| **Sécurité sanitaire** | 3.d : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux |

Source : NU. Les Objectifs de Développement Durable (ODD) ; https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/

Les urgences sanitaires telles que la COVID-19 présentent un risque pour l'humanité toute entière et ont démontré que la préparation est indispensable. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a mis en évidence d'importantes disparités entre les capacités des différents pays à faire face à la crise et à se rétablir après COVID-19. La pandémie offre donc une occasion unique de se préparer aux urgences sanitaires et d'investir dans les services publics essentiels du XXIe siècle (UN, 2020).

Les valeurs d'une société se reflètent à travers ce qu'elle choisit de défendre, la législation qu'elle promulgue, les mécanismes qu'elle développe et les stratégies qu'elle met en œuvre. De ce point de vue, la Tunisie s'est dotée de tout un arsenal juridique, a ratifié des conventions internationales et a mis en œuvre des programmes en faveur de la promotion de la santé des femmes. Nous ne reviendrons pas sur les acquis du Code du Statut Personnel (CSP), ni sur le programme national de planning familial, fleuron de la Tunisie moderne, beaucoup a été dit sur leurs apports dans l'amélioration des conditions de vie des Tunisiennes et leur accès aux méthodes modernes de la contraception et à l'avortement depuis une cinquantaine d'années. Nous rappelons que la Tunisie a ratifié plusieurs instruments internationaux et régionaux spécifiques dans lesquels la santé des femmes est mentionnée, comme la Déclaration du millénaire de l'Organisation des Nations Unies (NU, 2000), la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (NU, 2001), le plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD, 1994), et bien d'autres instruments juridiques, Chartes et Conférences.

La Constitution tunisienne, adoptée par l'Assemblée Nationale Constituante en janvier 2014, qui constitue un nouvel axe juridique qui reflète une avancée majeure dans le domaine de la santé, elle a énoncé des articles en relation avec la santé, comme l'article 38 « Tout être humain a droit à la santé » et précise que l'Etat garantit : (i) la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé; (ii) la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes; (iii) le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi.

Il s'agit d'une avancée majeure devant être saisie pour revendiquer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des interventions aussi bien curatives que préventives. Plusieurs autres articles de cette même Constitution réfèrent aux déterminants de la santé.

## Mais qu'en est-il dans la réalité ?

En traitant des questions relatives à la santé des femmes, nous avons tendance à les résumer à la santé reproductive. Cette perspective se révèle, cependant, unidimensionnelle, en ce qu'elle ignore tous les autres aspects de la santé définie comme le complet bien-être physique, mental et social dans un environnement en perpétuel changement ; des aspects qui prennent des dimensions de plus en plus importantes dans la vie des femmes, de la petite enfance à la vieillesse.

Tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité et de l'incapacité, les plus grandes variations observées concernent en premier lieu les différences entre les groupes d'âge, ensuite entre les sexes. Les femmes présentent une prévalence plus élevée de plusieurs symptômes, sont plus exposées à des maladies chroniques et consultent plus souvent. Leur rôle de nourricière et leurs caractéristiques biologiques et psychologiques ont longtemps expliqué ces différences, mais plus récemment, la théorie des déterminants sociaux a apporté un nouvel éclairage : l'exposition différenciée à des risques reconnus pour être associés à un mauvais état de santé jouerait dans la différence observée entre les hommes et les femmes. Le manque de contrôle sur les ressources, la violence sexiste, la charge de travail domestique et familial non rémunéré, des conditions de travail pénibles sont autant d'obstacles à la bonne santé des femmes. Les normes genrées et les préjugés sexistes déterminent la façon dont les besoins sanitaires des femmes sont vus par les femmes et par le reste de la société (Popay et al., 1993).

L'état de santé de la population tunisienne a connu une nette amélioration, comme en attestent l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, le net recul de la mortalité infantile et des maladies infectieuses. A titre d'exemple, le taux de mortalité infantile est passé de 200 pour mille en 1956 à 14 pour mille actuellement. Cependant, les progrès accomplis ne profitent pas de la même manière à toutes et à tous et les inégalités sociales de santé perdurent et s'aggravent dans certaines situations. Les inégalités de santé ont été peu abordées dans une perspective de genre, c'est-à-dire avec une analyse de l'impact différencié selon le sexe des déterminants sociaux et des politiques publiques. Les spécificités féminines concernant certaines pathologies et les obstacles rencontrés par les femmes dans l'accès aux soins sont encore peu étudiés.

Dans un tableau de bord de suivi de l'état de santé et de bien-être de la population, on retient trois indicateurs phares : l'espérance de vie à la naissance, la santé subjective et la morbidté. L'espérance de vie à la naissance des Tunisiennes est estimée à 78 ans contre 74,49 ans chez les hommes. En 1960, elle était respectivement 41,06 ans et de 43 ans.

La population de 60 ans et plus, celle qui est à l'âge légal de la retraite, a connu une croissance rapide : ses effectifs sont passés de 1,046 million en 2010, à 1,537 million de personnes en 2019. Son taux de croissance est en moyenne de 4,36% par an, un taux 3,9 fois supérieur à la croissance démographique d'ensemble qui s'est située, en moyenne, à 1,2%.

**Tableau 2. Evolution de la population féminine âgée de 60 ans et plus (2004-2019)**

| | Population 60 ans et plus | Taux annuel de croissance démographique | Part de la population totale |
|---|---|---|---|
| **2004** | 940 857 | | 9,5 % |
| **2010** | 1 046 082 | 3, 32% | 9,9% |
| **2019** | 1 536 600 | 4,36 % | 13,2 % |

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'Institut National de la Statistique

Si l'éruption des Séniors est un fait social patent, celle des femmes est encore plus nette : de nos jours (2020), en ce que le nombre de celles qui sont âgées de 65 ans et plus atteint 577 000 (soit 9,7% de la population féminine totale) alors que celui des hommes se limite à 471 000 (soit 8,0% de la population masculine totale). A l'horizon 2050, le différentiel sera encore plus grand : nous aurons 1 532 000 femmes (soit 22,1% de la population féminine totale) contre 1 254 000 hommes (soit 18,3% de la population masculin totale) (UN, 2018).

**Tableau 3. Evolution de la population âgée de 60 ans et plus selon le sexe (2004-2019)**

| | Femmes | | Hommes | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| **2004** | 463 094 | 9,4 | 477 763 | 9,6 | 9040 857 | 9,5 |
| **2010** | 534 199 | 10,1 | 511 883 | 9,7 | 1 289 854 | 13,2 |
| **2019** | 788 515 | 13,4 | 748 036 | 13,0 | 1 536 551 | 13,2 |

Source : Ben Romdhane M. La Tunisie 10 ans après : une analyse en termes d'économie politique, ouvrage à paraître

L'analyse de la part des années vécues sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale a montré qu'en Tunisie, la plus grande partie du temps restant à vivre à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes est du temps libre d'incapacité sévère. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élève à 12,9 ans pour les hommes et à 13,7 ans pour les femmes soit respectivement 90,8% et 88,4% de la valeur de leur espérance de vie au même moment. Cependant, pour tous les indicateurs de la santé subjective, il est noté une différence de prévalence, les femmes sont plus nombreuses à souffrir de plusieurs maux.

Quels que soient les indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé (santé perçue, maladies, handicap ou risque de décès) et les déterminants sociaux de la santé (revenu, éducation, conditions de vie), on constate que

les personnes appartenant aux milieux les plus favorisés bénéficient d'un meilleur état de santé (Leclerc et al., 2000; Mackenbach et al., 2008). Or, les femmes sont plus nombreuses à être dans les groupes les plus défavorisés.

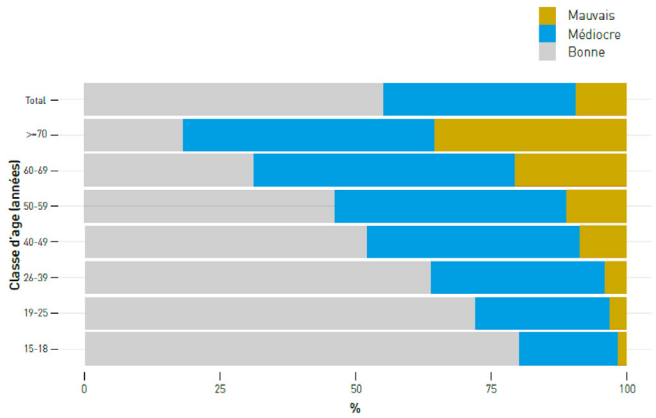
## Santé subjective ou santé perçue

L'évaluation de l'individu de son propre état de santé est désormais considérée comme un des meilleurs indicateurs de la morbidité, de la mortalité et de la consommation de soins et la comparaison de sa propre santé avec celle d'individus du même âge serait un bon prédicteur de la mortalité. Il s'agit d'une mesure globale incluant plusieurs dimensions: physiques, mentales et sociales témoignant d'une réaction émotionnelle plutôt que d'une analyse cognitive et systémique.

L'enquête nationale « Tunisian Examination Health Survey », menée en 2016 et publiée en 2018, a abordé cet aspect fondamental de la santé à travers une série de questions. Selon cette enquête, en moyenne 55,1% des femmes âgées de 15 ans et plus qualifient leur état de santé de bon, 35,5% d'entre elles considèrent qu'il est médiocre et, enfin, 9,3% le qualifient de mauvais. Chez les hommes, ces pourcentages sont de 69,6%, 22,5% et 7,9% respectivement.

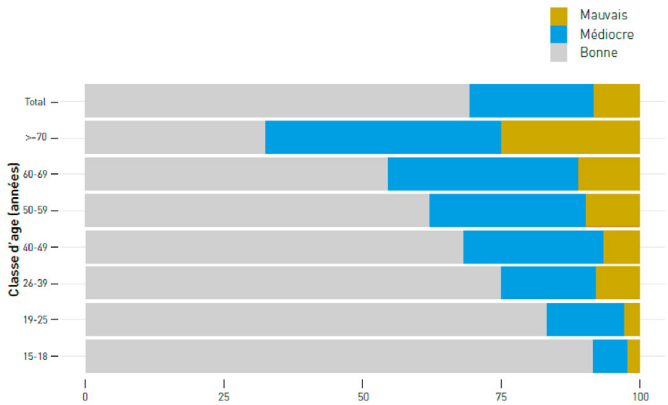
Les femmes souffrent plus que les hommes des troubles du sommeil et de l'anxiété (Tableau 4).

**Figure 1. Perception de la santé chez les femmes âgées de 15 ans et plus selon l'âge**




Source : THES-2016

**Figure 2. Perception de la santé chez les hommes âgés de 15 ans et plus selon l'âge**




Source : THES-2016

**Tableau 4. Score moyen de troubles de sommeil et de l'anxiété d'énergie au cours des 30 derniers jours chez les personnes âgées de 60 ans selon le sexe, THES-2016**

| | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| Score moyen des troubles de sommeil | 31,6±19 | 39,7±21,7 |
| Score moyen de l'anxiété | 34,0±20,1 | 35,7±20,9 |

Source : La Santé de Tunisiens, Résultats de L'enquête Tunisian Health Examination Survey (THES), 2018

La pandémie de la COVID-19 a ralenti, voire arrêté, les services de santé et les actions programmées dans le cadre de la mise en œuvre des ODD qui ont été mises en veilleuse, compromettant ainsi l'atteinte des cibles programmées et aggravant le retard déjà enregistré avant la pandémie. Les consultations des maladies chroniques ont connu une baisse considérable dans plusieurs régions, ce qui aura des conséquences sur le contrôle de ces maladies et sur les risques inhérents au manque d'observance des traitements.

Les services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) ont été très perturbés durant la première phase de l'épidémie et ont des difficultés à reprendre leur rythme habituel

actuellement. Or, bien avant la pandémie, la Tunisie a montré un recul dans la couverture des besoins en contraception des femmes.

Les besoins non satisfaits en matière de contraception est un indicateur reflétant plusieurs dimensions des services de SSR. Il s'agit de besoins de femmes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais souhaitent reporter la naissance prochaine (espacement) ou qui souhaitent ne plus avoir d'enfants du tout (limitation). Pour la première fois dans l'histoire de la Tunisie, le pourcentage de femmes qui expriment des besoins non satisfaits en contraception connait un accroissement considérable (Tableau 5). Il s'agit d'un indicateur de la disponibilité, de l'accessibilité des services, particulièrement affectés depuis quelques années et aggravés par la pandémie. Avant la pandémie, il ne s'agissait pas d'un choix personnel puisque les femmes expriment le besoin d'utiliser une méthode contraceptive, un besoin qui n'a pas été satisfait, mais d'obstacles inhérents au contexte sanitaire et social qu'il serait intéressant d'analyser.

**Tableau 5. Evolution de la prévalence des besoins en contraception non satisfaits selon l'âge et les régions (%)**

| | MICS4 | MICS6 |
|---|---|---|
| | 2011-12 | 2018 |
| **Age** | | |
| 20 - 24 | 16,4 | 24,5 |
| 25 - 29 | 12,4 | 23,6 |
| 30 - 34 | 8,6 | 20,2 |
| 35 - 39 | 6,3 | 18,8 |
| 40 - 44 | 5,4 | 19,1 |
| 45 - 49 | 1,9 | 18,1 |
| **Région** | | |
| District de Tunis | 3,7 | 19,2 |
| Nord Est | 8,1 | 21,0 |
| Nord Ouest | 2,6 | 15,8 |
| Centre Est | 10,0 | 21,9 |
| Centre Ouest | | 23,5 |
| Sud Est | 5,5 | 17,5 |
| Sud Ouest | 6,4 | 13,5 |
| **Total Tunisie** | **7,0** | **19,9** |

Source : Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4, 2011-12) et (MICS6, 2018)

## La mortalité maternelle

Bien qu'une baisse de la mortalité maternelle ait été enregistrée grâce notamment à la généralisation des consultations prénatales et de l'accouchement assisté par du personnel qualifié, la réduction reste en-dessous de l'objectif du millénaire pour le développement, assigné pour 2015, d'une baisse annuelle de 4,5% et semble stagner. La disparité régionale est aussi notable, avec une mortalité maternelle variant du simple au double selon les régions. Ces disparités régionales, mais aussi sociales et selon l'âge, s'observent également en termes d'accès aux services de santé de la reproduction (contraception, consultations pré et postnatales, accouchements assistés).

La mortalité maternelle est marquée par des inégalités régionales qui persistent en dépit de l'amélioration du suivi des grossesses et du taux d'accouchement médicalement assisté dans toutes les régions. ( Ministère

de la Santé, 2019), il apparaît que l'un des principaux facteurs des décès maternels est le dysfonctionnement du système de santé. Ce dysfonctionnement est caractérisé par les trois retards suivants :

- retard dans la prise de décision de recourir aux services de santé, principalement au moment de l'accouchement ;
- retard d'acheminement vers un service de santé approprié ;
- retard à la prise en charge après l'arrivée dans les services de santé.

## La violence en milieu obstétrical : un problème de santé publique négligé

C'est depuis les années 1980 que le vécu de l'expérience de l'accouchement par les principales intéressées, à savoir les femmes, ont fait l'objet d'études. La réponse aux attentes des femmes pendant ce moment , source d'appréhension et parfois de peur, permet de mieux gérer le travail de même que la capacité de gérer la douleur augmentent la satisfaction. Un environnement favorable semble essentiel pour permettre aux femmes de se sentir en sécurité. L'information, la prise de décision et le soutien se sont avérés des facteurs contribuant à une expérience positive d'accouchement. Le sentiment de confiance et le soutien du père de l'enfant sont également importants. Par contre, l'expérience des soins durant l'accouchement est une source importante d'insatisfaction. Les besoins non satisfaits et l'absence de participation aux décisions quant au choix du mode d'accouchement sont associés à une expérience plus négative.

L'OMS s'est engagée dans la prévention des violences obstétricales, elle a publié une déclaration « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins » (OMS, 2014). Dans cette déclaration, l'OMS appelle les Etats membres à « initier, soutenir et maintenir des programmes visant à améliorer la qualité des soins de santé maternelle, avec un accent sur un aspect essentiel de la qualité des soins : le respect ».

En Tunisie, très peu de travaux ont exploré le vécu de l'accouchement dans les structures hospitalières. Dans une enquête, administrée par le Fonds des Nations Unies pour la Population en 2017 (UNFPA, 2017), sur la satisfaction des usagers adultes en rapport avec les services de santé de la reproduction, la maternité se révèle être un espace aliénant pour les femmes qui s'y présentent pour accouchement. Dans cet espace, les sages-femmes mais aussi les médecins sont souvent décrits comme manquant d'écoute. Et les propos recueillis révèlent également qu'il leur arrive de « déléguer leurs responsabilités à une ouvrière pour pouvoir se reposer ». Ces dimensions subjectives ne sont pas assez dites, écrites, investiguées ou recherchées.

Dans une récente étude tunisienne (Dimassi et al., 2020), menée sur un échantillon de 170 femmes ayant accouché en 2018, l'expérience de l'accouchement était négative voire traumatisante dans 48,2% des cas. Les principaux facteurs d'un vécu traumatique mis en évidence étaient : les manœuvres invasives comme la révision utérine sans anesthésie, la césarienne en urgence, mais aussi l'accouchement par voie basse. Ces chiffres ne sont certes pas généralisables mais nous incitent à nous pencher sur la question des conditions de la prise en charge de la naissance dans nos structures.

Toujours dans la même étude, une relation significative a été mise en évidence entre certaines pratiques professionnelles et le vécu traumatique de l'accouchement comme l'épisiotomie et la répétition des touchers vaginaux au cours du travail.

### Encadré 1

*« Dans notre pays, nous retenons un principal constat : le vécu souvent négatif et traumatisant de l'accouchement. Une prise en conscience générale de ce constat est urgente. Ainsi, cette prise de conscience doit inclure les professionnels de santé, les décideurs, les institutions mais aussi les femmes, les familles et la société » Dr Kaouther Dimassi, coordinatrice de l'Unité de préparation à la naissance et à la parentalité (UPNP) à l'hôpital Mongi Slim, la Marsa. Cette unité, qui est composée de médecins, de sages-femmes et de psychologues, mène un véritable combat pour promouvoir l'accouchement physiologique et améliorer les conditions de naissance.*

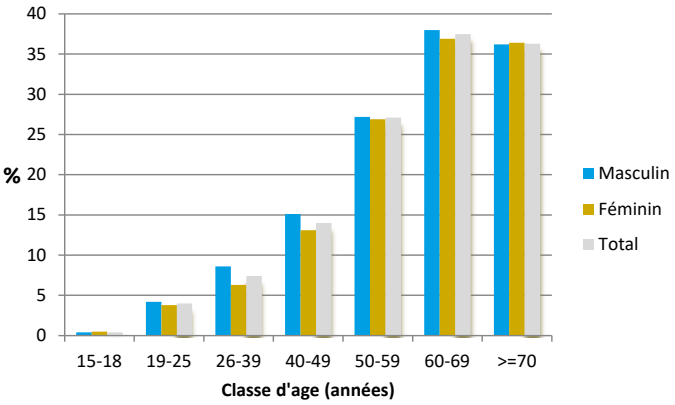
Le vécu souvent négatif et traumatisant de l'accouchement est une constante, concluent les auteurs de l'étude. Une prise de conscience générale de ce constat est urgente. Cette prise de conscience doit inclure les professionnels, les décideurs, les institutions mais aussi les femmes, les familles et la société.

## Les maladies non transmissibles (MNT)

En raison de la lourde charge des maladies non transmissibles (MNT), un objectif spécifique lui a été dédié dans les ODD, alors qu'il n'existait pas dans les OMD. Il s'agit de l'ODD 3.4 qui comporte le plus de défis pour notre pays car il implique tout un changement de paradigme : les déterminants des MNT ainsi que les moyens de les prévenir résident en dehors du Système de santé et nécessite une approche multisectorielle.

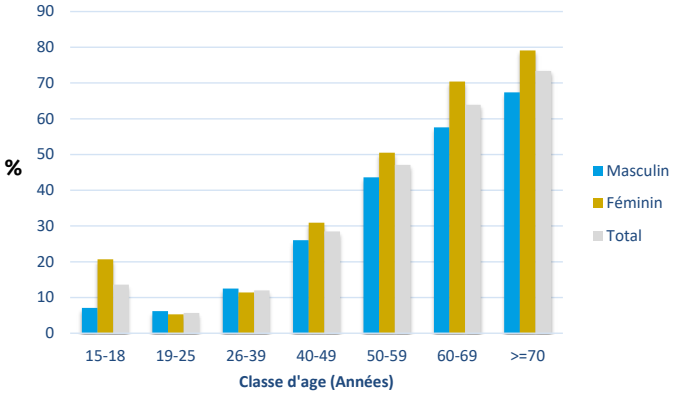
La Tunisie est entrée de plain-pied dans la transition épidémiologique caractérisée par une réduction voire l'éradication de la plupart des maladies transmissibles et un accroissement considérable des maladies non transmissibles maladies cardiovasculaires, cancers, diabètes, affections respiratoires chroniques, représentant désormais plus de 70% des causes des décès. Bien que les décideurs tunisiens reconnaissent l'importance et l'urgence de lutter contre ce fléau des temps modernes, la mise en oeuvre des stratégies qui ont donné leurs preuves n'est pas encore envisagé en adoptant une approche basée sur l'analyse du genre. En effet, la morbidité et la mortalité des MNT évoluent différemment chez les hommes et chez les femmes ; ces dernières contribuent considérablement à l'augmentation de la charge de morbidité des MNT (Ben Romdhane, 2014).

**Figure 3. Prévalence du diabète selon l'âge et le sexe**



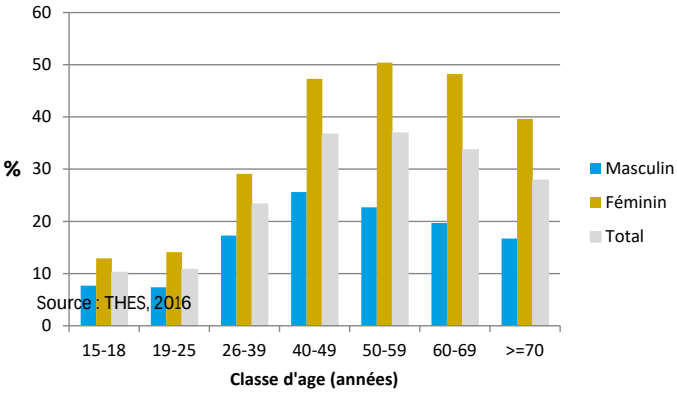

Source : THES, 2016

**Figure 4. Prévalence de l'hypertension artérielle selon l'âge et le sexe**




Source : THES, 2016

**Figure 5. Prévalence de l'obésité selon l'âge et le sexe**




Source : THES, 2016

Dr Kaouther Dimassi, coordinatrice de l'Unité de préparation à la naissance et à la parentalité (UPNP) à l'hôpital Mongi Slim, la Marsa.

Selon les estimations effectuées en se basant sur le Registre du Cancer du Nord de la Tunisie en 2017, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein serait de 3514 en 2020 et de 9633 dans 20 ans, soit 2,75 fois de plus.

Estimé actuellement à 50 pour 100 000 femmes , le taux d'incidence du cancer du sein serait de 86 pour 100 000 femmes à l'horizon de 2034 (Tableau 6).

**Tableau 6. Projection du cancer du sein: Tunisie 2016-2044**

| Année | Nombre de cas Prédit | Taux d'incidence standardisé Pour 100 000 femmes |
|---|---|---|
| **2016** | 2851 | 45 |
| **2020** | 3514 | 50 |
| **2024** | 4529 | 57 |
| **2030** | 5749 | 71 |
| **2034** | 7069 | 86 |
| **2040** | 9633 | 119 |
| **2044** | 11851 | 147 |

Source : Registre des cancers Nord Tunisie, mai 2017

Maternité de l'hôpital de la Rabta, Tunis, le 11 mars 2019. © Mohamed Hammi/Sipa

La mortalité par cancer du sein est considérablement réduite quand il est diagnostiqué et pris en charge précocement. Or, le diagnostic précoce par l'examen des seins et par la mammographie, est corrélé aux déterminants sociaux : les femmes du milieu urbain, ayant un capital scolaire élevé, appartenant aux classes économiquement favorisées ont un meilleur accès à ces examens que les autres.

A titre d'exemple, au courant des deux années précédant l'enquête (THES, 2016), la pratique de la mammographie a été observée par 12% des femmes du milieu urbain contre uniquement 4,1% en milieu urbain et 19,3% de celles appartenant à la classe économiquement favorisée, contre 3,5% chez celle appartenant à la classe défavorisée.

## Conclusions

### Au niveau des statistiques

1. Malgré les avancées et les recommandations émanant des stratégies, des études et conférences, la santé, la mortalité et la morbidité des femmes demeurent peu explorées. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples : (i) un système d'information qui n'a pas évolué et, malgré les progrès de la technologie de l'information, des structures sanitaires qui n'ont pas mis à niveau leur système d'information ; (ii) la santé et les besoins des femmes en situation de précarité sont très peu abordés dans les grandes enquêtes.
2. Les stratégies relatives à des questions spécifiquement affectant les femmes, comme la santé maternelle, par exemple, ont été mises en place depuis plusieurs décennies, on leur doit de beaux succès, comme la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, elles sont arrivées à leurs limites et elles méritent d'être revisitées pour qu'elles soient adaptées aux nouveaux défis et avancées scientifiques.
3. Les stratégies imposées par la nouvelle base de données épidémiologique ne tiennent pas compte des spécificités du genre à tous les niveaux : exposition aux risques, perception du risque et acceptabilité des moyens de prévention. Pour tous les facteurs de risque des maladies de la transition, comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, la santé mentale, il existe une spécificité du genre.

### Au niveau de l'accès aux soins

4. L'offre de soins dans le secteur public a connu une amélioration en terme quantitatif défini par l'existence de structures sanitaires ; les centres de santé de base sont répartis sur l'ensemble du territoire. Cependant, la continuité des soins dans ces structures de première ligne n'est pas assurée pour une très importante frange de la population tunisienne et les inégalités d'accès aux soins n'en sont qu'aggravées.
5. L'accès à la contraception était le fleuron de la santé publique en Tunisie ; or, nous constatons un recul dans la prévalence contraceptive, une augmentation des besoins non satisfaits, des difficultés d'accès aux services pour certaines catégories, notamment les jeunes et à certaines prestations, notamment l'avortement. Par ailleurs, le dépistage du cancer du col et le diagnostic précoce du cancer du sein demeure en deçà des exigences de la situation épidémiologique.
6. Malgré la généralisation des consultations prénatales et de l'accouchement assisté par du personnel qualifié, les disparités régionales sont encore notables, avec une mortalité maternelle variant du simple au double selon les régions. En outre, les causes de la mortalité maternelle sont évitables dans leur majorité. Elles relèvent essentiellement du dysfonctionnement du système de santé.
7. Les violences dans les structures sanitaires, en premier lieu, la violence en milieu obstétricale sont fréquentes: elles prennent de multiples formes et elle laisse des « cicatrices » invisibles, mais douloureuses. Les pathologies de la transition épidémiologique, qui se définissent par leur chronicité, par la durée du traitement, par les besoins d'une prise en charge multiple (entre niveaux et secteurs), par leur coût, etc., produisent des effets marqués de différenciation d'accès aux soins. Sans être identifiées comme les plus touchées par ces pathologies de la transition, les populations à revenus modestes rencontrent de nombreuses difficultés pour gérer ces maladies à vie. Qu'il s'agisse du suivi des régimes alimentaires, de l'accès aux consultations spécialisées, aux explorations ou encore au traitement, les personnes de milieu modeste semblent plus fragilisées par ces maladies de la transition.

## Recommandations

8. Améliorer la connaissance sur l'état de santé des femmes et ses déterminants :

- Mettre en place des registres de décès maternels au niveau régional, voire local, y intégrer des enquêtes sociologiques et anthropologiques pour mieux saisir les déterminants sociaux de la mortalité maternelle et de l'accès aux soins ;
- Revisiter les registres des cancers afin d'améliorer le recueil des données dans tout le territoire et identifier les facteurs d'exposition aux cancers les plus fréquents et les déterminants de l'accès aux moyens de dépistage, de diagnostic et au traitement ;
- Enrichir la réflexion sur l'impact des conditions de vie et des roles sociaux sur la santé des femmes, afin de mettre en œuvre des actions et des approches adaptées aux problèmes rencontrés par les femmes;
- Promouvoir les études cliniques non androcentriques, tenant compte des spécificités du genre.

9. Améliorer l'accès des femmes à des soins de qualité : vers la couverture sanitaire universelle

- Mettre en œuvre la Stratégie Nationale de Santé Maternelle et Néonatale développée depuis deux ans ;
- Intégrer la dimension genre dans les stratégies nationales des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, santé mentale) ;
- Améliorer l'accès à des soins de qualité pour les femmes en tenant compte de leurs besoins ;
- Renforcer les structures de première ligne : augmenter le nombre des centres de santé de base ouverts 6j/7 dans toutes les régions, en premier lieu dans celles où le nombre de ces centres est très faible ;
- Introduire les TIC au service de l'équité ; l'introduction des applications m-Health peut rapprocher les services et améliorer la continuité des soins et du suivi notamment dans les maladies non transmissibles (hypertension, diabète) et en santé sexuelle et reproductive ;
- Lever les freins financiers à travers la couverture sanitaire universelle ;
- Elaborer une approche pour accompagner les femmes en situation de précarité tout au long de leur parcours de soins ;
- Renforcer la santé des femmes au travail et former les intervenants à la spécificité du genre.

10. Agir sur les déterminants sociaux de la santé et rendre applicable les lois relatives aux déterminants de la santé

11. Renforcer le rôle des femmes dans les projets locaux et régionaux visant la promotion de la santé de sa communauté

12. Renforcer le leadership des femmes dans le domaine de la santé

**D'où les axes stratégiques transversaux suivants:**

- ➔ Institutionnaliser la coordination et l'approche multisectorielle ;
- ➔ Renforcer les capacités institutionnelles : personnels de santé, collectivités locales, OSC sur l'intégration du genre dans les stratégies de santé ;
- ➔ Plaidoyer pour une stratégie santé des femmes dans une nouvelle approche de la transition sanitaire ;
- ➔ Plaidoyer pour la coordination entre les Agences Onusiennes intéressées par la promotion de la santé des femmes.

## Références

**Ben Romdhane, H. et al. (2014).** « Health system challenges of NCDs in Tunisia », in International Journal of Public Health, November ; DOI 10.1007/s00038-014-0616-

**Ben Romdhane, H. ; Skhiri, H. ; Khaldi, R. ; Oueslati, A. (2002).** « Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie ». In : Sahar A.Y. (ed.), Le Bihan G. (coord.). L'approche causale appliquée à la surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie. Montpellier : CIHEAM, p.7-27 (Options Méditerranéennes : Série B. Etudes et Recherches; n. 41)

**Ben Romdhane, M.** « La Tunisie 10 ans après : une analyse en termes d'économie politique », ouvrage en cours d'édition

**Dimassi, K. ; Ben Zina, B. ; Ksouri, A. ; Kamassi, N. ; Rakkam, A., et al. (2020).** « Grossesse et accouchement : Quel est le vécu des femmes tunisiennes ? », la Tunisie médicale ; vol 98, N°7

**INS/UNICEF/MDCI.** Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4, 2012-13) et (MICS6, 2018)

**Leclerc, A. ; Fassin, D. ; Grandjean, H. ; Kaminski, M. ; Lang, T. (2000).** « Les inégalités sociales de santé », Paris : La découverte, Inserm: 448 p

**Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (1996).** « Understanding socio-demographic differences in health: The role of fundamental social causes ». American Journal of Public Health; Avril; 86, 4;

**Mackenbach, J.P ; Stirbu, I. ; Roskam, A.J.R. ; Shaap, M.M. ; Leinsalu, M. ; Kunst, A.E. (2008).** « Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries », New-England Journal of Medicine: 358(23):2458-81.

**MS/UNFPA/UNICEF/OMS (2019).** Stratégie Nationale de la Santé Maternelle et Néonatale 2020-2024MS/INSP/OMS. (2018). Tunisian Health Examination Survey 2016, Tunis

**NU. (2000_a)**. « Déclaration d'engagement sur le VIH/sida ». (URL : https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CommitmentOnHIVAIDS.aspx)

**NU. (2000_b)**. « Objectifs du Millénaire pour le Développement ». (URL : https://www.un.org/fr/millenniumgoals/)

**OMS. (2014).** https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/

**Popay, J. ; Bartley, M. ; Owen, C. (1993).** "Gender Differences in health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity". Social Science and Medicine, 36 (21)

**UN/SDG. (2019).** « Leaving None Behind : A UN SDG operational guide for UN country team »

**UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2018).** Probabilistic population projections based on the world population prospects: the 2017 revision, http://esa.un.org/unpd/wpp

**UNFPA. (1994).** « Conférence Internationale sur la Population et le Développement » (ICPD), le Caire

**UNFPA. (2017).** « Etat des lieux de la santé maternelle et néonatale en Tunisie ». Septembre