



Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie

2014

**Cadre de suivi de l'accès
universel à la santé sexuelle
et reproductive en Tunisie**

2014

Sommaire

- Liste des abréviations et sigles
- Introduction
- Méthodologie de travail
- Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie : revue des indicateurs par domaine d'activité.

I	Domaine général
II	Planification familiale
III	Santé maternelle et périnatale
IV	Interruption volontaire de grossesse
V	ST/VIH/Infections de l'appareil reproducteur/ pathologies liées à la reproduction
VI	Santé sexuelle en général ; Santé sexuelle des adolescents et jeunes
VII	Sérvices sexuels
VIII	Violence fondée sur le genre
IX	Infertilité du couple
X	Ménopause
XI	Cancer du sein

- Conclusion et recommandations
- Tableaux récapitulatifs des indicateurs de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie
- Fiches techniques
- Références
- Annexes

Liste des auteurs

Comité de coordination et de rédaction du document :

Dr Amel Ben Saïd, Dr Fatma Temimi, Chokri Ben Yahia, Faker Driss, Nabila Lejri, Faouzi Mosbah.

Liste des participants aux ateliers :

Amel Ben Saïd, Héra Chelly, Fatma Temimi, Hafedh Chekir, Mohamed Hassairi, Abdelwahed El Abassi, Samir Bouarrouj, Badreddine Bouguerra, Hedia Chaouachi, Meriem Haddad, Aicha Chaherli, Tarek Ghdira, Azzek Khantech, Mahmoud Ghouil, Slah Meddeb, Majed Zemni, Sihem Essaafi, Afef Lassoued, Faouzia Trimech, Aida Ismail, Leila Arfaoui, Mohamed Chaouch, Hayet Hamdouni, Amara Jemli, Abdelmajid Ben Hamida, Achraf Mrabet, Yosra Majdoub, Hajer Letaif, Imene Testouri, Hanen Benzarti, Mejda Hammadi, Monia Jouini, Mohamed Mokded, Faouzi Mosbah, Nabila Lejri, Faker Driss, Ridha Gataa, Najoua Abderrabba, Rym Fayala, Anne Emmanuelle Hassairi, Moufida Mathlouthi Guiga, Abdedeyem Khelifi, Dhouha Halleb, Hayet Jedidi, Adnène BelHaj Aïssa, Rebh Cherif, Slim Khanchouch, Dhafer Néji, Rhaim Rezugui, Nesrine Abidi, Samia Dahmen, Raïhane Ben Abdennebi, Fairouz Ghorbel, Habiba Triki, Héra Skhiri, Myriam Ben Mamou, Mohammed Belhocine, Leila Joudane, Delphine Lavaissiere, Akthem Fourati, Georges Gonzalès, Hannen Guesmi, Hayet Labassi.

Experts et personnes ressources :

Béehir Zouari, Héra Chelly, Hafedh Chekir, Manel Stambouli, Abdelwahed El Abassi, Mohamed Belhocine.

Comité technique de suivi du projet :

- Au niveau de l'ONFP : Fatma Temimi, Faker Driss, Faouzi Mosbah, Nabila Lejri, Ridha Gataa.
- Au niveau de l'UNFPA : Chokri Ben Yahia, Leila Joudane.

Partenaires impliqués dans le processus :

Des partenaires nationaux gouvernementaux et non gouvernementaux nous ont appuyé, à l'élaboration et la finalisation de ce document, nous citons parmi eux : ATDDS, ATIOST, ATSR, ATL/MST/Sida, Ministère de la Santé, DGS, DSSB, DMSU, Faculté de Médecine de Tunis, HCN, INS, INSP, MAFF, MAS, Ministère de l'éducation.

Nous évoquons également l'apport des partenaires onusiens : PNUD, ONU FEMMES, UNICEF, ONUSida.

Remerciements

Nos remerciements les plus sincères, s'adressent à tous ces personnes, qui ont enrichi, de part leur participation et leur précieuse contribution à l'élaboration de ce document sur le cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie.

La coordination de la consultation technique du présent rapport a été assurée par une équipe conjointe composée de cadres de l'ONFP et de l'UNFPA.

L'élaboration du document en question a été possible grâce aux efforts et à la persévérance de Dr Amel Ben Saïd, consultante nationale en santé sexuelle et reproductive. La revue globale du document « Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive » a été assurée par Pr Béchir Zouari.

L'ONFP et l'UNFPA sont reconnaissants :

- Aux experts et personnes ressources pour leur contribution au développement et de la revue du document.
- Aux partenaires nationaux gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont enrichi le contenu du document

Preambule

Le document « cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive » est une production de l'Office National de la Famille et de la Population, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la Population. Il est le fruit d'un travail continu et conjoint, il a mobilisé les partenaires nationaux gouvernementaux et non gouvernementaux concernés par la question de la santé de la reproduction, des experts nationaux et des personnes ressources qui ont appuyé le processus de conception du document et de sa revue finale.

Le développement de ce document stratégique a été possible grâce à un travail initié depuis 2012 et s'est basé sur l'outil « Considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés : Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national » développé par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour la Population.

L'ONFP a ensuite mis en place une approche participative visant à impliquer les différents acteurs nationaux (prestataires, gestionnaires de programmes et décideurs) dans la collecte et l'analyse des informations relatives aux indicateurs de mesure de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie.

Une série d'ateliers ont également été tenus pour la revue et la validation des indicateurs et des informations fournies pour chaque indicateur.

Afin de disposer d'un document de qualité, le processus mis en place a vu aussi la participation de personnes ressources connues pour leur expertise dans les différentes composantes de la santé de la reproduction. Ces personnes ressources ont revu à plusieurs reprises les indicateurs de mesure de l'accès universel à la santé de la reproduction et des différents domaines de la santé de la reproduction.

Le document est très utile, il fournit des informations sur le degré de réalisation de l'accès universel à la santé de la reproduction. Il servira de plaidoyer au niveau international et national étant qu'il constitue une référence, parmi d'autres, pour le renforcement de la Santé Sexuelle et Reproductive sur les plans politique, législatif mais également sur les plans du système et des prestations niveau national, régional et local.

Son utilité réside aussi dans le fait qu'il constitue un outil approprié pour un lecteur pressé ou un lecteur cherchant une information bien spécifique. Les informations brutes et les fiches techniques synthétiques développées pour chaque composante de la santé sexuelle et reproductive aident à fournir une information claire aussi bien sur les indicateurs y relatifs mais également une vue globale des réalisations de chaque composante de la SSR aux niveaux de déterminants politiques et sociaux, d'accès, d'utilisation et de résultats.

Ce document n'est pas une finalité en soi, il constitue, désormais, le point de départ pour un dialogue et une réflexion visant à développer une stratégie nationale de santé sexuelle et de la reproduction mais aussi aux mécanismes à mettre en place pour l'atteinte de cet objectif.



Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015 l'accès, par l'intermédiaire de leur réseau de soins de santé primaires, aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés.

*Programme d'action de la CIPD,
paragraphe 7.6*

liste des abreviations et sigles

AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale et de Développement
ATFD	Association Tunisienne des Femmes Démocrates
AFTURD	Association des Femmes Tunisiennes pour la Recherche et le Développement
ATIOST	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida et la Toxicomanie
ATLMST/Sida	Association Tunisienne de Lutte contre les MST/Sida
ATSR	Association Tunisienne de Santé de la Reproduction
CCDAG	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
Cad	C'est-à-dire
CEDAW	Convention on Elimination of all forms of Discrimination Against Women
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPE	Code de Protection de l'Enfant
CPN	Consultation prénatale
CRSR	Centre Régional de la Santé de la Reproduction
CREPF	Centre Régional du Planning Familial
CSP	Code du Statut Personnel
CSB	Centre de Santé de Base
CSB EPT	Centre de Santé de Base Equivalent Plein Temps

DIU	Dispositif Intra-Utérin (DIU)
DMSU	Direction de Médecine Scolaire et Universitaire
DEP	Direction de l'Évaluation et de la Planification
DPE	Délégués à la Protection de l'Enfance
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DT	Dinar Tunisien
FAR	Femmes en Age de Reproduction
FPN	Faible poids de naissance
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GP50	Glycémie Post ingestion de 50 grammes de glucose
HCN	Hôpital Charles Nicolle
HGPO	Hyperglycémie Provoquée par voie Orale
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	Information Education Communication
INNTA	Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire
INPE	Institut National de Protection de l'Enfance
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JICA	Japan International Cooperation Agency
JORT	Journal Officiel de la République Tunisienne
MAFF	Ministère des Affaires de la Femme et de la Famille
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MDCI	Ministère du Développement et de la Coopération Internationale
ME	Ministère de l'Éducation
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multi Indicator Cluster Survey
MIDL	Ministère de l'Intérieur et du Développement Local
MM	Mortalité Maternelle
MS	Ministre de la Santé
ND	Non disponible
NFS	Numération Formule Sanguine
NT	Naissances Totales
NU	Nations Unies
NV	Naissances vivantes

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSida	Programme Conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
PCT	Pharmacie Centrale de Tunisie
PEC	Prise en charge
PF	Planification Familiale
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles
PNSSR	Programme National de la Santé Sexuelle et de la Reproduction
PS	Professionnel(le) du sexe
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immuno-déficience Humaine
SA	Semaine d'aménorrhée
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Santé Reproductive
SSDM	Système de Surveillance des Décès Maternels
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TME	Transmission Mère Enfant
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin anti-tétanique
VFG	Violence Fondée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPP	Valeur Prédicative Positive

Introduction

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire 1994, a donné à la santé sexuelle et reproductive (SSR) une définition basée sur le droit de la personne humaine à l'information, au choix du nombre d'enfants qu'elle désire avoir ainsi que de la méthode contraceptive, à la maternité sans risque et à une sexualité responsable. Elle a ainsi déplacé les politiques démographiques, en tant que stratégies de développement, de l'ère des programmes verticaux centrés sur les taux de croissance démographique vers l'ère des programmes centrés sur les droits humains faisant de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (SSR) un objectif important de développement.

Cependant, le concept de santé reproductive de la CIPD et de l'accès universel n'était pas explicitement inclus dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). C'est en 2006 que L'Assemblée générale des Nations Unies, adopte l'inclusion d'une deuxième cible " assurer l'accès universel à la santé reproductive" au titre du cinquième OMD (améliorer la santé maternelle) qui comprenait une seule cible consistant à « réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 ».

Faisant suite à cette adoption, une consultation technique par un groupe d'experts, organisée conjointement par l'OMS et l'UNFPA, s'est tenue à Genève (Suisse) pour faire le point sur le suivi national des progrès réalisés en matière d'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et proposer un cadre pour le suivi national qui a été publié en 2007. Ce cadre comprend quatre catégories d'indicateurs jugés prioritaires :

- des indicateurs de déterminants politiques et sociaux
- des indicateurs d'accès
- des indicateurs d'utilisation
- et des indicateurs de résultats. ⁽¹⁾

En référence à ce cadre de suivi recommandé par l'OMS et l'UNFPA et dans la continuité du processus de réflexion sur l'accès universel à la santé de

la reproduction et l'atteinte de l'ODD 5, l'ONFP a organisé avec l'appui de l'UNFPA, une consultation nationale ayant pour objectifs de :

- 1.** Faire le point sur l'état actuel de l'accès universel à la santé reproductive (SR) et l'atteinte de l'ODD 5 en Tunisie,
- 2.** Identifier les obstacles à l'accès universel, y compris notamment ceux qui entravent l'accès aux informations liées aux indicateurs de suivi recommandés,
- 3.** Faire des recommandations afin d'améliorer l'accès universel à la santé de la reproduction en Tunisie.

Ultérieurement, un quatrième objectif a été ajouté consistant à adapter le cadre de suivi aux réalités tunisiennes par l'ajout, la suppression ou la modification d'indicateurs selon qu'ils sont jugés utiles, non adaptés ou nécessitant une reformulation.

Methodologie de travail

1. Concepts clés

1.1 Santé de la reproduction (santé reproductive)

La CIPD définit ainsi la santé de la reproduction: «Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.» (CIPD 7.2 ; p38).

1.2 Droit à la santé sexuelle

Selon l'OMS, La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun ⁽²⁾.

En d'autres termes, les droits en matière de sexualité concernent les droits des personnes à :

- Décider librement et de manière responsable de tous les aspects de leur sexualité, y compris la protection de leur santé sexuelle et reproductive
- Ne subir aucune discrimination, coercition ou violence dans leur vie sexuelle
- Exiger l'égalité, le plein consentement, le respect mutuel, le respect de l'intégrité physique et la responsabilité partagée dans les relations sexuelles.

1.3 Accès universel à la SSR

L'accès universel à la santé sexuelle et reproductive pourrait être défini comme suit :

«la même capacité pour toutes les personnes en âge de procréer de bénéficier en temps opportun, selon leurs besoins, de services appropriés

d'information, de dépistage, de traitement et de soins qui leur permettront, indépendamment de leur âge, sexe, classe sociale, lieu de résidence ou appartenance ethnique :

- de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, et de différer ou de prévenir une grossesse ;
- de concevoir, d'accoucher dans de bonnes conditions, d'élever des enfants en bonne santé, et de combattre les problèmes d'infécondité ;
- de prévenir, de traiter et de combattre les infections de l'appareil reproducteur et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida, et les autres pathologies liées à l'appareil reproducteur, comme le cancer ;
- et d'avoir des relations sexuelles saines, sûres et satisfaisantes, qui contribuent à l'amélioration de la vie et des relations personnelles. » ⁽¹⁾

2. Cadre pour le suivi national de l'accès universel à la santé reproductive et sexuelle ⁽¹⁾

Le cadre pour le suivi national de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive préconisé par le groupe d'experts OMS-UNFPA, comprend 109 indicateurs classés en quatre catégories:

1. des indicateurs de déterminants politiques et sociaux
2. des indicateurs d'accès (disponibilité, information, demande, qualité)
3. des indicateurs d'utilisation
4. et des indicateurs de résultats.

Ces indicateurs englobent les cinq domaines jugés prioritaires par l'OMS en matière de SSR et qui sont:

1. la santé maternelle et périnatale : soins prénatals, soins lors de l'accouchement et du post-partum et soins au nouveau-né;
2. la planification familiale
3. les avortements non médicalisés
4. les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, les infections de l'appareil reproducteur et les pathologies liées à la reproduction
5. et la santé sexuelle, y compris la sexualité des adolescents.

Par ailleurs, les indicateurs sont présentés par le groupe d'experts comme principaux, supplémentaires ou élargis, selon leur importance relative, la possibilité de recueillir des données, et leur pertinence contextuelle :

- Les indicateurs principaux sont ceux qui doivent faire l'objet de rapports de tous les pays;
- les indicateurs supplémentaires peuvent faire l'objet de rapports selon les besoins spéciaux des pays, leurs caractéristiques contextuelles, et leurs capacités (ex: s'ils disposent de nombreuses données de base) ;
- et les indicateurs élargis sont proposés aux pays qui affrontent des problèmes particuliers comme les mutilations sexuelles féminines par exemple.

3. Démarche suivie dans l'étude des indicateurs

La démarche suivie dans l'étude des indicateurs est passée par cinq étapes :

Première étape : un comité technique de l'ONFP (liste en annexe1), appuyé par le bureau de l'UNFPA de Tunis, a passé en revue les indicateurs du cadre de suivi et a réalisé deux actions :

- Identification des sources de données pour la Donnée de base des indicateurs;
- élimination de ceux jugés non applicables ou non pertinents pour la Tunisie.

Ces derniers qui sont au nombre de huit, concernaient les mutilations génitales féminines, les avortements non médicalisés et les fistules obstétricales.

Deuxième étape: dans le cadre d'une consultation nationale, tous les indicateurs retenus par le comité technique (au nombre de 101) ont été étudiés :

- 21 indicateurs relatifs aux déterminants politiques et sociaux,
- 32 indicateurs d'accès (disponibilité, information, demande, qualité),
- 21 indicateurs d'utilisation,
- 27 indicateurs de résultats.

La présentation de l'indicateur étudié a compris :

- l'attribution d'un code d'identification (I) pour la catégorie, (I.1) pour le domaine prioritaire auquel est rattaché l'indicateur et (I.1.1) pour le numéro de l'indicateur en question.

Exemple : l'indicateur (I.1.1) est « I.1.1 Politique (ou stratégie) nationale en matière de santé sexuelle et reproductive » c'est-à-dire le premier indicateur dans le domaine « I.1 Domaine général » de la première catégorie d'indicateurs « I. Déterminants politiques et sociaux ».

- l'intitulé de l'indicateur comme préconisé par le groupe d'experts OMS-UNFPA,
- la précision de la nature de l'indicateur : « oui/non » ou « taux » ou « pourcentage » ,
- le type : Principal, supplémentaire, élargi
- la ou les sources de données quand elles sont disponibles
- le responsable réel du suivi de l'indicateur ou potentiel si l'indicateur est non disponible.
- et un commentaire dans lequel, la Donnée de base de l'indicateur est citée quand celui-ci est disponible, parfois comparé à d'autres Données de base relatives dans des documents et travaux différents pour faire sortir les obstacles à l'accès universel. Lorsque l'indicateur n'est pas disponible, les raisons de cette non disponibilité sont évoquées.

Troisième étape : les indicateurs étudiés ainsi que les recommandations qui ont émané de la consultation ont été présentés en atelier le 22 décembre 2012 au comité technique élargi à des professionnels de la santé et trois épidémiologistes en tant que personnes ressources (liste des participants en annexe 2). Il a été proposé dans cet atelier d'ajouter des indicateurs d'évaluation de quatre composantes SSR qui sont adoptées en Tunisie et qui n'étaient pas couvertes par le cadre de suivi de l'accès universel OMS-UNFPA. Il s'agit de :

- L'infertilité du couple,
- Le cancer du sein,
- La ménopause,
- La violence fondée sur le genre (VFG).

Quatrième étape : la matrice des indicateurs de suivi de l'accès universel a été complétée conformément aux recommandations de l'atelier technique du 22 décembre 2012 et a été présentée pour discussion et validation dans un atelier national pluridisciplinaire et plurisectoriel qui s'est tenu du 12 au 14 mars 2013.

Les résultats de cet atelier étaient les suivants :

- 1.** des indicateurs ont été retenus et validés moyennant une modification dans la formulation pour certains,
- 2.** des indicateurs ont été supprimés car jugés non applicables ou non pertinents pour la Tunisie (liste de tous les indicateurs supprimés par le comité technique et par les participants à l'atelier national)

3. des indicateurs ont été ajoutés par rapport au document original de l’OMS-UNFPA et spécifiés en tant que tels dans le rapport.

4. des recommandations ont été formulées :

- Certaines visent l’amélioration de l’accès aux services SSR ; elles seront ajoutées au rapport final
- L’une des recommandations consiste à présenter les indicateurs par domaine d’activité SSR plutôt que par catégorie afin de permettre au lecteur de suivre l’accès à un domaine d’activité depuis les déterminants politiques jusqu’aux résultats.

Cette dernière recommandation a été retenue pour la présentation du document final de sorte que chaque domaine d’activité comportera tous les indicateurs qui lui sont inhérents et au niveau du « type » d’indicateur, il sera précisé :

- s’il est principal, supplémentaire ou « supplémentaire ajouté » pour les indicateurs qui ont été ajoutés au cours de l’atelier national de validation,
- et la catégorie à laquelle appartient l’indicateur en question.

Cinquième étape : afin de faciliter au lecteur la consultation du document, des fiches techniques synthétiques ont été élaborées par un groupe de travail sous la supervision de personnes ressources à raison d’une fiche technique par domaine d’activité (soit un total de 11 fiches techniques). Les fiches techniques ont été finalisées par la consultante.

Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie : Revue des indicateurs par domaine d'activité

I. Domaine général (Fiche technique n°1)

Indicateur I.1: Politique/ programme/stratégie nationale en matière de santé sexuelle et reproductive

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : rapports, autres documents de référence
- Responsables : MS/ONFP
- Commentaires : Suite à l'engagement de la Tunisie dans le programme d'action de la CIPD, le programme national de santé sexuelle et reproductive (PN SSR) a été mis en place remplaçant le programme national de santé familiale. L'ONFP est la structure en charge de la mise en œuvre de ce programme mais il n'existe pas de politique écrite ni de texte juridique qui justifie, protège et définit les objectifs, les composantes et les responsabilités dans la conception, le financement, la mise en œuvre, le suivi et évaluation etc. De ce fait, le PN SSR pourrait encourir le risque de révisions non conformes aux besoins et entravant le droit à l'accès universel.

Indicateur I.2: Allocation de crédits spéciaux pour la santé sexuelle et reproductive dans le budget national ou d'autres sources relevant du secteur public

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Loi des finances ; rapports financiers de l'ONFP, rapports de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB).

- Responsables : MS/ONFP ; DSSB ; DEP
- Commentaires : mis à part le budget national alloué à l'ONFP spécifiquement pour la SSR et à la DSSB pour le programme national de périnatalité, il n'existe pas d'allocation de crédits spéciaux pour les activités en matière de SSR qui sont réalisées dans les Centres de Soins de Santé de Base (CSB), les maternités des 3 niveaux périphérique, régional et universitaire ainsi que dans les structures qui font de la recherche et de la collecte de données démographiques et de santé comme l'Institut National de la Statistique (INS). Par ailleurs, l'absence d'organisme coordonnateur et centralisant l'information rend difficile l'estimation de la part du budget qui est dépensée dans les activités SSR au niveau de ces structures.

Indicateur I.3: Fonds publics alloués à la santé

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Donnée de base : 6.8% (2010)
- Sources de données : INS ; Loi des finances
- Responsable : Ministère des Finances
- Commentaires : Les fonds publics alloués à la santé ont représenté 6.8%¹ auxquels il faudrait ajouter les fonds provenant des dettes qui sont alloués à la santé car la Tunisie est réputée honorer ses engagements et payer ses dettes.

Indicateur I.4 : Part des ménages dans les dépenses totales sur la santé

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat
- Donnée de base : 42.9% (2005) et 37.5 (2013)
- Source de données : Enquête OMS ⁽⁴⁾ et MS ⁽⁵⁾
- Responsables : MS ; MDCl/INS

Indicateur I.5: Budget de la santé alloué à la santé sexuelle et reproductive

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Donnée de base : pourcentage
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ ONFP
- Commentaires : depuis 2011, l'UNFPA fait des estimations par enquête des flux financiers destinés à la SSR excepté le VIH en Tunisie. En 2011, ceux-ci étaient estimés à plus de 71 000 000 DT auxquels, il faudra ajouter le budget national du PNLS/IST qui était de 1 200 000 DT ⁽⁶⁾. Il est à noter que les flux

financiers ne comprenaient pas les fonds alloués aux services universitaires de néonatalogie et aux unités de néonatalogie dans certaines régions. Quoi qu'il en soit, il ressort de cette situation que les fonds alloués à la SSR sont incomplets et sous-estimés en raison de l'absence d'un organisme chargé de collecter les informations, de faire les estimations, d'évaluer les flux et faire des propositions.

II. Planification familiale (PF) (Fiche technique n°2)

Indicateur II.1: Financement national des activités de planification familiale

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : rapports financiers de l'ONFP
- Responsable : ONFP
- Commentaires : le financement national des activités de PF est bien structuré. L'achat des produits contraceptifs est exclusivement fait dans le cadre du budget national depuis 2007. La consolidation du PNSSR par un texte juridique permettra de garantir la pérennité de ce financement.

Indicateur II.2: Note attribuée aux Données de bases de planification familiale (indicateurs multiples)

- Type : Supplémentaire ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : non
- Sources de données : ND
- Responsable : ONFP
- Commentaires : Cet indicateur est classé Supplémentaire mais la Tunisie a tout à gagner en le mesurant au moins une fois pour avoir une évaluation objective et chiffrée sur la puissance de son programme de PF qui est considéré comme un acquis sur la base des résultats obtenus au niveau des indicateurs démographiques.

Indicateur II.3: Plan pluriannuel pour l'achat de chaque produit lié à la planification Familiale

- Type : Supplémentaire ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : rapports et plans d'achat de l'ONFP ;
- Responsable : ONFP
- Commentaires: l'ONFP s'approvisionne en produits contraceptifs trimestriel-

lement selon les besoins prévus. Le plan d'achat se fait à l'échelle centrale. Les ruptures de stocks qui sont enregistrées de temps à autre sont imputables aux fournisseurs. Il est à noter que les produits contraceptifs sont distribués gratuitement dans les structures publiques et sont subventionnés par l'état dans les officines privées.

Indicateur II.4: Engagement des parties prenantes à l'égard du plan d'achat

- Type : Supplémentaire ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données: Contrats d'achat entre l'ONFP et les fournisseurs.
- Responsable : ONFP
- Commentaires : Depuis 2007, l'achat des contraceptifs oraux se fait par la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) selon un marché cadre entre l'ONFP et la PCT sauf pour le Depo-provera où l'achat se fait par commande ferme. Quant à l'achat des dispositifs intra-utérins (DIU) et des préservatifs, il se fait par l'ONFP sur appel d'offre international.

Indicateur II.5: Nombre de centres de prestations de services de planification familiale pour 500 000 habitants

- Type : Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : 90.18 centres pour 500000 habitants (2009)
- Sources de données : rapports d'activité de l'ONFP et de la DSSB
- Responsables : MS/ONFP/DSSB
- Commentaires : Sur 2085 CSB, 90% dispensent des services de PF soit 1876 CSB ajoutés aux 36 centres de l'ONFP, cela fait 1912 centres pour une population estimée à 10 600 000 habitants en 2010 soit 90.18 centres pour 500000 habitants.

Toutefois, le cadre de suivi OMS-UNFPA ne propose pas de valeur référentielle pour la disponibilité.

Indicateur II.6: Centres de soins de santé primaires qui dispensent des services de planification familiale

- Type : Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : 1912
- Sources de données : rapports d'activité de l'ONFP et de la DSSB
- Responsables : ONFP ; DSSB
- Commentaires : les mêmes remarques faites à propos de l'indicateur II.5 s'appliquent à celui-ci.

Indicateur II.7: Population vivant à moins de deux heures de route des centres où sont dispensés des services de planification familiale

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : 12137 habitants par CSB EPT (2010)
- Sources de données : carte sanitaire du MS2010
- Responsables : MS/DEP
- Commentaires : en plus des centres fixes, des équipes mobiles et de l'unique clinique mobile actuellement fonctionnelle de l'ONFP, la moyenne d'habitants par CSB est de 5200 résidant dans un rayon ne dépassant pas 5 kilomètres ou équivalant à une heure de marche. De ce fait, la disponibilité géographique des services de PF est assurée, mais le problème est situé au niveau de la disponibilité dans le temps compte tenu de la rythmicité hebdomadaire de la consultation puisque 19.37% seulement des CSB assurent une consultation, médicale et aussi de SR 6 jours sur 6, et le ratio habitants par CSB équivalent plein temps (CSB EPT) est de 12137 habitants par CSB EPT en 2010, ce qui correspond à plus que le double du « ratio géographique ».

Indicateur II.8: Nombre d'autres sources d'informations de services et de fournitures liés à la planification familiale pour 500 000 habitants

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : ND
- Responsables : Secteur privé ; polycliniques de la CNSS
- Commentaires : avec les 662 gynécologues que comptait la Tunisie en 2010 (carte sanitaire 2010), plus de 400 travaillaient dans le secteur privé dont on ne dispose d'aucune information sur leurs activités en matière de PF ni sur les prestations de PF qui sont dispensées au niveau des 6 polycliniques de la CNSS . L'absence de système d'information fonctionnant en réseau et centralisant les données au niveau d'un organisme de coordination contribuent à la sous estimation des activités de PF.

Indicateur II.9: Femmes de 15–49 ans désireuses de différer une grossesse ou de ne pas avoir d'autres enfants

- Type : Principal ; indicateur d'accès (demande)
- Données de base : pourcentage non disponible
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MDCI/INS ; MS/ONFP

- Commentaires : cet indicateur a été classé « principal » par les experts de l’OMS- UNFPA mais il est difficile à interpréter car celles qui se révèlent désirant ne pas avoir d’enfants ne peuvent pas être considérées comme demandeuses de PF automatiquement.

Indicateur II.10: Besoins de planification familiale non satisfaits

- Type : Principal ; indicateur d’accès (demande)
- Données de base : 7%
- Sources de données : enquête MICS4
- Responsables : MDCl/INS
- Commentaires : l’enquête MICS4 réalisée en 2011-12 ⁽⁷⁾, a montré que parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 7% avaient des besoins non satisfaits en matière de contraception. En revanche, on lit dans le rapport de la Tunisie sur la CIPD+ 15 à propos de cet indicateur: « Ces données ne sont pas considérées par le système national de santé en raison de l’investissement dans la mise à disposition, de manière abordable et accessible de services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception pour tous les groupes de la population dans l’ensemble du pays, y compris dans les zones reculées ». Il est à signaler que certaines références attestent que l’accès à la planification familiale et aux moyens de contraception moderne permet de réduire de 30 à 40 % le taux de mortalité maternelle ⁽⁷⁾.

Indicateur II.11: Centres de prestation dotés de stocks et de prestataires qualifiés prêts à proposer au moins trois méthodes de planification familiale

- Type : Principal ; indicateur d’accès (qualité)
- Données de base : 100%
- Sources de données : rapports de supervision de l’ONFP
- Responsables : ONFP ; DSSB
- Commentaires : 100% des centres dispensant des prestations de PF (N=1912) sont dotés de stocks, de prestataires qualifiés (sages femmes) et proposent une gamme variée de méthodes contraceptives.

Indicateur II.12: Centres de prestation en rupture de stock d’une méthode contraceptive donnée durant les douze derniers mois

- Type : Supplémentaire ; indicateur d’accès (qualité)
- Données de base : pourcentage
- Sources de données : rapports de supervision de l’ONFP ; enquêtes
- Responsables : ONFP

- Commentaires : Aucune mention n'est faite à propos des éventuelles ruptures de stocks en contraceptifs dans les rapports d'activités de l'ONFP mais les responsables déclarent ne pas avoir de ruptures de stocks que rarement et ponctuellement en raison d'un retard à la livraison de la part du fournisseur. Néanmoins, des enquêtes ponctuelles et focalisées pourraient aider à l'identification de ruptures au niveau de certaines localités.

Indicateur II.13: Prestataires de soins ayant des pratiques professionnelles faisant obstacle médical à la contraception

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MS/ONFP
- Commentaires : Cet indicateur qui concerne les pratiques des prestataires est un bon indicateur de qualité d'accès aux services de PF qui pourrait être mesuré par enquête auprès de ces prestataires. Sa disponibilité permettra éventuellement à l'ONFP d'ajuster le contenu de la formation qui leur est destinée et d'intensifier les actions d'information et de sensibilisation.

Indicateur II.14: Prévalence de la contraception

- Type : Principal ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 62.5%
- Source de donnée : le rapport sur l'enquête MICS4
- Responsables : MDCI/ INS
- Commentaires: L'enquête MICS4 donne un taux global de 62.5% ⁽⁷⁾. Ce taux se situe au dessus de celui enregistré dans les pays développés et qui est de 58 % . Pour permettre de juger de l'accès universel aux services de PF, ce taux doit être désagrégé en fonction de l'âge, du milieu, du niveau d'éducation et du niveau socio-économique.

Indicateur II.15: Indice synthétique de fécondité

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Données de base : 2.15 (2011)
- Sources de données : Recensement général de la population 2004 ; rapports de l'INS
- Responsables : MDCI/ INS
- Commentaires : l'indice Synthétique de Fécondité (ISF) est annuellement calculé par l'INS : Il était de 2.15 en 2011. Mais il y a lieu de noter que l'ISF n'est pas le résultat de la PF seulement mais celui d'un comportement social et d'autres déterminants extra-santé.

Indicateur II.16: Taux de natalité chez les adolescentes (taux de fécondité par âge des 15–19 ans)

- Type : Principal; indicateur de résultat
- Données de base : 3‰
- Source de donnée : Enquête MICS4 ; 2012
- Responsables : MDCI/INS
- Commentaires : le taux de natalité chez les adolescentes 15-19 ans était de 3 pour 1000 femmes âgées de 15-19 ans en 2012 selon l'enquête MICS4 alors qu'il était de 1.5 pour 1000 en 2006 selon l'enquête MICS3, autrement dit, il aurait doublé en l'espace de 5 ans. En tout cas, quelque soit les causes se dressant derrière ces changements dans les valeurs du taux de natalité chez les adolescentes, il y a nécessité de les analyser afin d'apporter les solutions appropriées. En outre, il serait intéressant de mener une étude sur le profil socioéconomique et psychologique des adolescentes mères.

Indicateur II.17: Femmes et hommes de 18–24 ans devenus parents avant leurs 18 ans

- Type : Supplémentaire; indicateur de résultat
- Données de base : pourcentage non disponible
- Source de donnée : MICS4 (2011-2012)
- Responsables : MDCI/INS ;
- Commentaires : cet indicateur n'est disponible que pour les femmes : 1.6%. Le pourcentage chez les hommes serait très certainement inférieur à celui des femmes. Le plus important est de comprendre la dynamique régissant la procréation avant l'âge de 18 ans en menant des enquêtes qualitatives.

III. Santé maternelle et périnatale (Fiche technique n°3)

Indicateur III.1: Il existe des systèmes d'information pour déterminer les groupes capables d'atteindre les services en une heure au plus (Système d'information géographique)

- Type : Supplémentaire ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Carte sanitaire 2010 (dernière publication)
- Responsables : Ministère de la Santé/DEP
- Commentaires : la Tunisie dispose d'une organisation sanitaire permettant à la population d'atteindre le CSB en moins d'une heure. Celle qui habite dans des zones reculées, reçoit la visite des équipes mobiles de l'ONFP qui

couvrent actuellement 368 CSB. Pour les populations dispersées, l'ONFP disposait de 13 cliniques mobiles dont il n'en a gardé qu'une qui intervient au niveau de points de rassemblement dans la région de Kasserine.

La carte sanitaire 2010 comporte des informations pertinentes et désagrégées sur la répartition des structures sanitaires et ressources humaines quoiqu'elle n'englobe ni les structures ni les professionnels de santé relevant de l'ONFP.

Indicateur III.2: Paquet minimum de services de soins prénatals défini

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Arrêté du Ministre de la Santé N°085/2006 du 08 janvier 2006 ; Manuel de formation des médecins et sages femmes comprenant des directives claires sur le calendrier et le contenu des consultations prénatales.
- Responsables : MS/DSSB
- Commentaires : il existe un paquet minimum de services prénatals, adapté aux réalités tunisiennes (5 consultations dont une est assurée obligatoirement par un médecin, 3 échographies: une précoce, une morphologique à 22 semaines d'aménorrhée et la troisième à 32 semaines d'aménorrhée (SA), dépistage de l'anémie, sérologie de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose, dépistage du diabète gestationnel par la GP50 et l'HGPO, etc.). Ce paquet est réglementé par un arrêté du Ministre de la Santé N°085/2006 du 08 janvier 2006 qui précise en plus, que les soins inclus dans cette enveloppe seront donnés gratuitement. Mais la vérification de l'application de ce paquet minimum n'est pas aisée à cause du manque de moyens humains et matériels pour effectuer des visites de supervision et des enquêtes d'évaluation. D'autre part, la gratuité des soins prénatals stipulée dans ledit arrêté n'est pas appliquée, défavorisant ainsi les femmes pauvres.

Indicateur III.3: Dépistage de l'anémie inclus dans le paquet des soins prénatals de base

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Arrêté du Ministre de la Santé N°085/2006 du 08 janvier 2006 ; Manuel de formation des médecins et sages femmes
- Responsables : MS/DSSB
- Commentaires : même commentaire que sur l'indicateur (III.2).

Indicateur III.4: Enregistrement des naissances (avec informations sur le poids) obligatoire

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui sans le poids de naissance
- Sources de données : Loi n° 57-3 du 1er août 1957 ; Registre de l'Etat civil ;
- Responsables : Institution législative ; Ministère de l'Intérieur ; MS/DSSB
- Commentaires: l'enregistrement des naissances est réglementé par la Loi n° 57-3 du 1er août 1957 (4 Moharem 1377), qui oblige le tuteur à enregistrer le nouveau né dans les dix jours qui suivent la naissance. Toute infraction à cette loi est passible d'une peine allant jusqu'à six mois de prison et d'une amende. Quant à l'enregistrement du poids de l'enfant, il n'est pas obligatoire dans la déclaration de naissance. Il figure juste dans le carnet de santé de l'enfant quoique l'enquête MICS4 2012 a trouvé que l'enregistrement du poids de naissance dans le carnet de santé manquait chez 3% des enfants.

Rendre l'enregistrement du poids de naissance obligatoire dans les registres de l'état civil aiderait à avoir une information exhaustive des deux secteurs public et privé.

Indicateur III.5: Enregistrement des décès maternels et périnataux

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Source de données : Décret n° 99-1043 du 17 mai 1999 (JORT n° 43 du 28 Mai 1999); Circulaire N°102 du 27 octobre 2008 du Ministre de la Santé
- Responsables : MS/INSP/ Unité d'information sur le vieillissement et les causes médicales des décès
- Commentaires : le modèle de certificat de décès ainsi que le circuit de celui-ci sont spécifiés par le décret sus cité. Il comporte une partie réservée aux causes de décès dont le décès maternel et le décès par affections dont l'origine se situe dans la période périnatale. La collecte et l'analyse des causes de décès sont attribuées à l'unité d'information sur le vieillissement et les causes médicales des décès de l'institut National de la Santé Publique (INSP) relevant du MS.

Mais il y a lieu de noter à propos de décès maternel, que dans le modèle de certificat de décès utilisé, il est juste demandé de cocher si le décès est survenu ou non « au cours de la grossesse » ce qui ne couvre pas toutes les périodes dans lesquelles un décès maternel peut survenir. ⁽⁸⁾

Indicateur III.6: Cinq (5) établissements de soins obstétricaux d'urgence (SOU) pour 500 000 habitants dont l'un au moins dispense des soins complets

- Type : Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)
 - Données de base : 7 établissements de SOU pour 500 000 habitants
 - Sources de données : Carte sanitaire 2010
 - Responsables : MS/DEP
 - Commentaires : dans le secteur public, la Tunisie dispose de 109 hôpitaux de circonscription qui dispensent des SOU de base et transfèrent les femmes aux hôpitaux régionaux ou universitaires conformément aux directives du programme national de périnatalité , de 33 hôpitaux régionaux et 17 hôpitaux universitaires qui dispensent des SOU complets . Le total de ces établissements nous donne un taux de 7 établissements de SOU pour 500 000 habitants dont 2 dispensent des SOU complets. Malgré cela, la Tunisie n'atteindra pas la cible 1 de l'OMD5 en 2015 (réduction de 75% le ratio de la mortalité maternelle) car les causes des décès maternels sont très probablement situées ailleurs : retard à atteindre les structures de SOU, retard au diagnostic, retard au transfert, retard à la prise en charge, prise en charge inadéquate etc.
- Par ailleurs, on compte environ 74 cliniques privées qui dispensent des SOU complets mais qui sont inégalement réparties sur le territoire national dans le sens où elles sont concentrées au niveau du Grand Tunis et dans les régions côtières d'une part et d'autres part, elles sont inaccessibles aux populations pauvres.

Indicateur III.7: Population vivant à moins d'une heure de route d'un établissement dispensant des soins obstétricaux d'urgence

- Type : Supplémentaire ; Indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : pourcentage non disponible
- Sources de données : carte sanitaire 2010
- Responsables : MS/DEP
- Commentaires : en dehors de Tunis, la distance moyenne d'accès à un hôpital régional (qui dispense des SOU complets) va de 8 km dans le gouvernorat de Ben Arous à 50 km dans le gouvernorat de Kasserine et à 59 km dans le gouvernorat de Tataouine selon la carte sanitaire de 2010; ces distances sont évidemment moindres pour les hôpitaux de circonscription qui dispensent des SOU de base. Reste à étudier l'état des routes, la disponibilité des moyens de transport et la capacité à couvrir les frais de transport pour certaines franges de la population la plus pauvre et la plus enclavée.

Indicateur III.8 : Unités d'urgence SOU par circonscription sanitaire

- Type : Supplémentaire ; Indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : nombre
- Sources de données : carte sanitaire
- Responsables : MS/DEP
- Commentaires : La carte sanitaire ne comprend pas d'information sur la disponibilité de maternités isolées, des hôpitaux de circonscription, régionaux et universitaires. Il serait utile d'ajouter ces données qui sont simples à recueillir.

Indicateur III.9: Connaissance d'au moins trois facteurs de risque/ signaux de complications de la grossesse par les femmes 15-49 ans

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : pourcentage non disponible
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MDCI/INS ; MS/ONFP/DSSB
- Commentaires : à notre connaissance, il n'y a pas eu d'enquêtes d'évaluation des connaissances sur les facteurs de risque ou signaux de complications de grossesse et nous devons réaliser ce type d'enquête. Cet indicateur serait plus intéressant à Donnée de base au niveau local notamment là où les populations sont dispersées et n'ont pas accès aux CSB 6 jours sur 6.

Indicateur III.10: Femmes ayant bénéficié au moins quatre fois de soins prénatals pendant leur grossesse

- Type : Principal ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 82.4%
- Sources de données : Enquête MICS4
- Responsables : MDCI/INS
- Commentaires : L'enquête MICS4 donne un taux de couverture par 4 CPN de 82.4% versus 66.8% en 2006 (MICS3). Là aussi, en plus du fait que l'évaluation de l'accès universel ait besoin de données désagrégées, les enquêtes MICS ne renseignent pas sur les moments où la consultation est faite et si le calendrier des consultations recommandé par le programme national de périnatalité est appliqué. Par ailleurs, une enquête complémentaire d'évaluation des soins prénatals serait indiquée pour mieux interpréter les taux de couverture en soins prénatals enregistrés d'autant plus que l'enquête MICS3 a montré en 2006 que 4.5% des femmes enceintes n'avaient pas bénéficié d'une mesure de base de la pression artérielle et 17.1% n'avaient pas bénéficié d'une auscultation cardiaque.

Enfin, il y a lieu de noter que La MICS 4 a mis en évidence que les indicateurs de la santé de la reproduction sont faibles pour les quintiles les plus pauvres: la couverture par 4 CPN est de 65.9% chez les plus pauvres contre 95.9% chez les plus riches.

Indicateur III.11: Femmes enceintes dépistées pour le VIH

- Type : Principal; indicateur d'utilisation
- Donnée de base : 0.3% (2010-2011)
- Sources de données : Rapport d'activités du PNLS/IST
- Responsable : DSSB
- Commentaires : Cet indicateur a été présenté pour la première fois dans le rapport d'activités du PNLS/IST de 2010-11 suite à la relance de la stratégie de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME). Il s'agit plus précisément du «Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats : au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu ». Ce taux est de 0,3% (575/ 194701 femmes enceintes) constituant une « données de base » dans le système de suivi et évaluation du VIH en Tunisie. ⁽⁶⁾

Indicateur III.12: Femmes enceintes dépistées pour la syphilis

- Type : Principal; indicateur d'utilisation
- Données de base : pourcentage (nombre de femmes enceintes dépistées pour la syphilis rapporté au nombre total de femmes enceintes)
- Sources de données : ND
- Responsable : DSSB
- Commentaires : Cet indicateur a été jugé principal par les experts OMS-UNFPA mais il serait non pertinent pour la Tunisie à cause de la faible prévalence de la syphilis en Tunisie et du large usage d'antibiotiques. Les cas dépistés sont des formes sérologiques. Le nombre total des cas déclarés (syphilis sérologique) chez la population générale est de 27 cas en 2010 et de 11 cas en 2011. ⁽⁶⁾

Indicateur III.13: Femmes enceintes dépistées pour l'anémie

- Type : Principal; indicateur d'utilisation
- Données de base : pourcentage
- Sources de données : ND
- Responsables : DSSB

- Commentaires : L'hémorragie étant la première cause de décès maternel en Tunisie, le dépistage de l'anémie chez la femme enceinte est systématique d'après les directives du programme national de périnatalité ainsi que la prescription de fer à titre préventif. Cependant, les rapports d'activité de la DSSB ne comportent aucune information sur cette donnée du fait que le dépistage de l'anémie n'ait pas été inclus dans le système d'information. L'enquête nationale ⁽¹⁰⁾, faite en 2000 a montré que 37% des femmes enceintes étaient touchées par l'anémie.

Indicateur III.14: Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos

- Type : Principal; indicateur d'utilisation
- Données de base : 93% (2008)
- Source de donnée : Rapport d'activité 2008 de la DSSB
- Responsable : DSSB
- Commentaires : En 2008, le taux de couverture des femmes enceintes par le vaccin antitétanique (VAT) était de 93%. La DSSB avait un système de surveillance du VAT chez la femme enceinte qu'elle aurait probablement abandonné vu les résultats performants atteints et qui sont consolidés. En effet, grâce au renforcement de la vaccination antitétanique des femmes en âge de reproduction et à l'amélioration du taux des accouchements en milieu hospitalier, l'objectif de l'élimination du tétanos néonatal a été atteint en Tunisie depuis 1996. ⁽¹¹⁾

Indicateur III.15: Naissances dans un établissement de santé

- Type : Principal ; indicateur d'utilisation.
- Données de base : 98.2% (2001-2012)
- Source de donnée : Rapport de l'enquête MICS4
- Responsable : Maître d'œuvre des MICS
- Commentaires : En Tunisie, tous les établissements de santé disposant de maternités, offrent des soins qualifiés tels qu'ils sont définis par l'UNFPA et l'OMS. A ce titre, l'enquête MICS4 donne le taux d'accouchement en milieu assisté de 98.2% autrement dit environ 3400 femmes ont accouché en dehors de toute assistance qualifiée.

En plus, une étude d'évaluation du système de surveillance des décès maternels (SSDM) a relevé un problème d'évaluation du risque présenté par la femme, de surveillance du post-partum et de retard au recours au geste adéquat. ⁽¹²⁾

Donc, pour le cas de la Tunisie, il y a lieu d'étudier les causes de non recours à l'accouchement en milieu assisté pour les 3400 femmes et de mettre en place

les actions correctrices possibles et d'autre part, de réviser la définition de « soins qualifiés » afin qu'ils répondent aux droits des femmes qui accouchent aux soins nécessaires, au moment opportun et à l'endroit qu'il faut.

Indicateur III.16: Pourcentage de césariennes sur la totalité des naissances vivantes

- Type : Principal; indicateur d'utilisation
- Données de base : 31.6%
- Source de donnée : Enquête MICS4
- Responsables : MDCI/INS
- Commentaires : le taux de césariennes en Tunisie est de 31.6% (MICS4). Il avoisine les taux enregistrés dans les pays développés et il est le double du taux maximal recommandé par l'OMS (15%). Il serait utile d'étudier la répartition des taux de césarienne entre le secteur public et le secteur privé d'une part et d'autre part de mener une enquête auprès des gynécologues des deux secteurs pour identifier les motifs de recours à la césarienne .

Indicateur III.17: Femmes bénéficiant de prestations en matière de planification familiale après un accouchement/une interruption de grossesse (en pourcentage des femmes accouchées)

- Type : Supplémentaire; indicateur d'utilisation
- Données de base : pourcentage ND
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/DSSB / ONFP
- Commentaires: Cet indicateur n'est pas disponible en tant que tel, mais dans les rapports d'activité de la DSSB, nous trouvons le pourcentage des consultations postnatales (73.6% en 2009). Ce pourcentage reflète mieux la qualité de soins dispensés à la mère et au nouveau né, puisque selon les recommandations du programme national de périnatalité, dès l'accouchement, le personnel de santé convoque la mère avec son enfant à la consultation postnatale du 7^{ème} jour (examen de la mère, pesée de l'enfant, vérification du calendrier de vaccination, conseils sur l'allaitement maternel...) et du 40^{ème} jour. Par ailleurs, l'un des objectifs de cette consultation est de proposer à la mère une méthode contraceptive. Il serait donc utile d'ajouter dans les supports de recueil de données l'information sur les prestations de PF à la consultation postnatale du 40^{ème} jour et à la suite d'une IVG.

Indicateur III.18: Femmes qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif 6 mois après l'accouchement

- Type : Supplémentaire; indicateur d'utilisation
- Données de base : 8.5%
- Sources de données : Enquête MICS4 (2011-2012)
- Responsables: MDCl/INS
- Commentaires: l'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois (le pourcentage est de 8.5% en 2012 selon la MICS4 versus 6.2% en 2006 selon la MICS3). Il est à noter que le pourcentage d'allaitement maternel avec prise d'eau était de 48.1% en 2006 indiquant la nécessité d'intensifier les activités d'information et de sensibilisation des mères et de l'entourage familial pour améliorer le taux d'allaitement maternel exclusif et de supprimer l'eau jusqu'à 6 mois.

Indicateur III.19: Ratio de mortalité maternelle

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Données de base : 44.83 pour 100 000 naissances vivantes
- Source de données : Rapport de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle de 2010 ⁽²²⁾
- Responsables : INSP ; ONFP ; DSSB
- Commentaires : l'enquête nationale sur la mortalité maternelle a été réalisée en 2009 et a montré un ratio de 44.83 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) avec des variations d'une région à l'autre témoignant des disparités entre les régions comme le montre le tableau suivant :

Région	Décès maternels 2008	Nombre de naissances (1000)	Taux (100000 NV)
District Tunis	18	35,4	50,8
Nord Est	7	25,1	27,9
Nord Ouest	13	19,4	67,0
Centre Ouest	16	28,6	55,9
Centre Est	14	45,9	30,5
Sud Ouest	4	10,9	36,7
Sud Est	10	17,6	56,8
Total	82	183	44,8

Source : INSP. Enquête Nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie. Novembre 2010

Par ailleurs, 5% des décès concernaient des femmes non mariées.

Indicateur III.20: Taux de létalité de causes obstétricales directes

- Type : Supplémentaire ; indicateur de résultat
- Données de base : 67.2% (2010)
- Source de donnée : Rapport de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle (2010)
- Responsables : INSP ; ONFP ; DSSB
- Commentaires : ce taux était de 67.2% en 2010 et correspond à des décès certainement ou possiblement évitables. Cette notion de mortalité potentiellement évitable est fondamentale pour guider la réflexion des professionnels de la santé et des décideurs afin d'améliorer les pratiques et les politiques. Elle repose sur une analyse soigneuse des dossiers médicaux mais en Tunisie, seulement 41,46% ont fait l'objet d'une analyse par le comité médical, car les décès qui sont survenus à domicile ou dans des cliniques privées ne faisaient pas l'objet d'une analyse. Le SSDM était fonctionnel dans seulement 69,8 % des structures hospitalières de Tunis avec un taux d'exhaustivité des enquêtes de 96 %.⁽¹²⁾

Indicateur III.21: Taux de mortalité périnatale (décès périnataux pour 1000 naissances totales)

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Donnée de base : 15.1‰ (2009).
- Source de donnée : Rapport d'activité de la DSSB 2009
- Responsables : Ministère de l'Intérieur ; MS/INSP/ DSSB
- Commentaires : le taux de mortalité périnatale constitue un bon indicateur du niveau et de la qualité des soins obstétricaux et néonataux.

En Tunisie, la mortalité périnatale bénéficie depuis 2009 d'un système de surveillance dans les structures de santé en application à la circulaire N°102 du 27 octobre 2008. Conformément aux données de ce système, le taux de mortalité périnatale dans les structures sanitaires était de 15.1‰ NT.

Une étude prospective sur la mortalité périnatale sur une cohorte exhaustive des enfants nés à l'Hôpital Charles Nicolle de 2007 à 2008, a enregistré 166 décès périnatal (y compris les décès survenus à domicile et les mortinaissances à partir de 22 SA dont étaient exclues les interruptions thérapeutiques de grossesse) sur les 7363 naissances totales que comptait la cohorte soit un taux de mortalité périnatale de 22.5 ‰ NT.⁽¹³⁾

La duplication de cette expérience au niveau des régions, permettrait d'avoir des données désagrégées plus précises sur les tendances et les causes de la mortalité périnatale d'autant plus que la Donnée de base de

cet indicateur par enquête nationale serait très coûteuse compte tenu de la rareté de l'évènement et de la limite du système de surveillance à déceler tous les décès périnataux.

Indicateur III.22: Taux de mortinaissance (mortinatalité)

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Données de base : 7.8 ‰ NT (2009)
- Source de donnée : Rapport d'activité de la DSSB 2009
- Responsables : MS/DSSB
- Commentaires : selon le système de surveillance cité plus haut, le taux de mortinatalité dans les structures de santé était de 7.8 ‰ NT en 2009.

Indicateur III.23: Taux de mortalité néonatale

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Données de base : 11‰ NV (calculé)
- Sources de données : MICS4 2011-2012
- Responsables : MDCI/INS
- Commentaires : la mortalité néonatale représente environ 60 % de la mortalité infantile estimée à 18.39‰ NV selon l'enquête MICS4 ce qui donnerait un taux de mortalité néonatale calculé de 11 ‰ NV. Mais selon l'enquête MICS4, le taux de mortalité infantile le plus élevé est observé en milieu rural (24.62 ‰ NV) environ le double du taux enregistré en milieu urbain (12.16 ‰ NV) ce qui donnerait un taux de mortalité néonatale de 14.77‰ NV en milieu rural contre 7.29 ‰ NV en milieu urbain. Donc, il ya besoin de renforcer les soins obstétricaux et néonataux dans les services et centres de maternité et de néonatalogie en termes de qualité et en termes de réduction des disparités.

Indicateur III.24: Naissances vivantes à faible poids de naissance (FPN): moins de 2500 g

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Données de base : 8.2%
- Source de donnée : MICS4
- Responsables : MDCI/INS
- Commentaires : l'enquête MICS4 a trouvé que 8.2% des enfants avaient un FPN. Ce taux est inférieur au taux rapporté par l'UNICEF pour la région du Moyen-Orient/Afrique du Nord qui est de 15 % pour l'année 2006. ⁽¹⁵⁾
Il est important de disposer de données désagrégées et d'aller plus loin dans l'analyse des déterminants du FPN pour identifier les goulots

d'étranglement : mode de vie, âge, état nutritionnel et morbidité de la mère, parité, intervalle inter-reproductive, gémellarité, terme, etc. De telles analyses peuvent être fournies dans le cadre d'enquêtes et de travaux de recherche.

Indicateur III.25: Incidence du tétanos néonatal

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Donnée de base : 0 cas (2009)
- Source de donnée : Rapports d'activités de la DSSB
- Responsable : DSSB
- Commentaires : Voir l'indicateur III.14. Le rapport d'activité de la DSSB 2009 parle de 0 cas enregistré en 2009 et de la consolidation de l'élimination du tétanos néonatal.

IV. Interruption volontaire de grossesse (Fiche technique n°4)

Indicateur IV.1 : La loi interdit les avortements non médicalisés et autorise les interruptions volontaires de grossesse (IVG) en milieu hospitalier

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Article 214 du code pénal (Modifié par la loi n°65-24 du 1er juillet 1965 et par le décret-loi n°73-2 du 26 septembre 1973 adopté par la loi n°73-57 embre 1973).
- Responsable : L'institution législative
- Commentaires : Selon l'article 214 du code pénal modifié par les lois susmentionnées, « Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de dix mille dinars ou de l'une de ces deux peines seulement ». «... L'interruption artificielle de la grossesse est autorisée ... dans un établissement hospitalier ou sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession».

Indicateur IV.2 : Nombre d'établissements assurant des prestations d'IVG pour 500 000 habitants

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : 3.4 établissements pour 500 000 habitants.

- Source de donnée : carte sanitaire du MS 2010
- Responsables : MS/DEP/ONFP
- Commentaires : dans le secteur public, les IVG sont pratiquées dans 72 établissements de santé publique (17 hôpitaux universitaires, 33 hôpitaux régionaux et 22 centres régionaux de la santé de la reproduction (CRSR)) ce qui donne un taux de couverture de 3.4 établissements pour 500 000 habitants.

D'autre part, les 77 cliniques privées pratiquent l'IVG pour la population qui a les moyens de payer, sachant que la CNAM ne prend en charge que les IVG pratiquées dans le secteur public.

Il y a lieu de noter également qu'environ 1500 naissances hors mariage sont enregistrées chaque année, avec un taux d'abandon d'enfant d'environ 60% d'après l'Institut National de Protection de l'Enfance. Il serait utile d'étudier les déterminants de ces naissances hors mariage, dont l'accès à l'information aux services de PF et le cas échéant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

Indicateur IV.3 : Population vivant à moins de deux heures de route d'un établissement assurant des services d'interruption de grossesse

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : carte sanitaire
- Responsables : MS/DEP/ONFP
- Commentaires : la plupart des hôpitaux régionaux pratiquent l'IVG et la distance moyenne la plus longue pour atteindre un hôpital régional est de 59 km et elle est enregistrée à Tataouine. Toutefois, une enquête qualitative auprès de la population pourrait nous renseigner sur les difficultés de transport pour atteindre les hôpitaux régionaux.

Indicateur IV.4 : Femmes 15-49 ans connaissant leurs droits en matière d'avortement

- Type : Supplémentaire ajouté; indicateur d'accès (information)
- Données de base : pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsable : ONFP
- Commentaires : la loi autorisant les IVG et exigeant qu'elles soient pratiquées par un médecin dans une structure hospitalière date depuis 1965. Bien qu'une enquête sur les connaissances puisse fournir des données probantes, l'obstacle se situerait plutôt au niveau du recours aux structures publiques pour IVG qu'au niveau des connaissances.

Indicateur IV.5 : Femmes 15-49 ans connaissant la contraception d'urgence (pilule du lendemain)

- Type : Supplémentaire ajouté; indicateur d'accès (information)
- Données de base : pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP

Indicateur IV.6 : Femmes 15-49 ans connaissant les structures disposant de services d'IVG dans leur régions

- Type : Supplémentaire ajouté; indicateur d'accès (information)
- Données de base : pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP ; MAFF ; ONG

Indicateur IV.7 : Femmes 15-49 ans désireuses d'interrompre une grossesse non désirée et n'ayant pas pu le faire

- Type : Supplémentaire ajouté; indicateur d'accès (demande)
- Données de base : pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP ; MAFF ; ONG

Indicateur IV.8 : Centres de prestations de services pratiquant l'avortement chirurgical et médicamenteux

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP
- Commentaires: La Tunisie dispose de 74 hôpitaux universitaires, 33 hôpitaux régionaux et de 10 centres régionaux de SR qui pratiquent l'avortement chirurgical. Par ailleurs, au moins, 67 cliniques privées le pratiquent également. En revanche, les données ne sont pas disponibles, sur les centres qui pratiquent en plus l'avortement médicamenteux.

Indicateur IV.9 : Nombre d'IVG par an

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 16979
- Sources de données : Rapport d'activité ONFP 2010
- Responsables : MS / ONFP
- Commentaires : en 2010, les structures publiques ont enregistré 5346

avortements chirurgicaux et 11633 avortements médicamenteux soit un total de 16979 IVG. Dans le secteur privé, le nombre d'IVG serait 1.5 fois supérieur au nombre enregistré dans le secteur public selon une étude qui a été réalisée sur les IVG dans le secteur privé en Tunisie en 2009-2010. ⁽¹⁶⁾

Indicateur IV.10 : Décès maternels imputés à des interruptions de grossesse

- Type : Principal ; indicateur de résultat
- Données de base : 6%
- Sources de données : Rapport de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle de 2010
- Responsables : MS/INSP
- Commentaires : Selon le rapport de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle de 2010, 6% des décès maternels sont survenus en post abortum. La réalisation périodique de cette enquête est non seulement fondamentale pour suivre la mortalité maternelle en Tunisie mais aussi utile pour fournir des indicateurs spécifiques comme celui lié aux décès imputés à une IVG.

V. IST/VIH/Infections de l'appareil reproducteur/ pathologies liées à la reproduction (Fiche technique n°5)

Indicateur V.1 : Politique/ Programme/Stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données: documents des plans cancer 2006-2010 et 2010-2014, Rapports d'experts ; rapports et documents produits par la DSSB et l'ONFP.
- Responsables: MS/DSSB, ONFP
- Commentaires: le dépistage du cancer du col de l'utérus est une composante fondamentale du plan cancer 2010-2014. Sa mise en œuvre est sous la responsabilité de l'ONFP et de la DSSB. Ainsi, le dépistage du cancer du col de l'utérus est l'une des composantes du programme national de la SSR qui est géré par l'ONFP et du programme national de lutte contre le cancer qui a été mis en place en 2001 et qui est géré par la DSSB sans coordination entre les deux institutions.

Indicateur V.2 : Politique/Programme/Stratégie de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST)

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Rapports et autres documents produits par la DSSB
- Responsables : MS/DSSB
- Commentaires : le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a été mis en place depuis 1987 et a englobé la stratégie de lutte contre les IST en 1998. Près de 25 ans après, la situation épidémiologique du VIH tend à l'épidémie concentrée au sein des populations clés (professionnelles du sexe (PS), usagers de drogues injectables (UDI), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)) qui sont les moins bien desservies en raison de la législation répressive vis-à-vis de ces populations d'une part et de la peur de la stigmatisation dont elles font l'objet, d'autre part.

Indicateur V.3 : Centres de soins de santé primaires appliquant des méthodes globales reconnues pour la prise en charge des cas d'IST symptomatiques

- Type : Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : 80% des CSB et 36 centres de l'ONFP
- Source de donnée : Rapport d'activité de la DSSB 2009
- Responsables : DSSB ; ONFP
- Commentaires : en 2009, 1675 CSB ont adhéré à l'approche syndromique soit 80% en plus des 36 centres de l'ONFP. Toutefois, les évaluations successives de l'approche syndromique dans la prise en charge (PEC) des IST qui ont été réalisées en 2004, 2006 et 2010, ont montré de faibles valeurs prédictives positives (VPP) variant de 3.1% à 11.9% selon les algorithmes en rapport avec la rareté relative des agents supposés responsables directement des IST selon ces algorithmes (gonocoque, chlamydia, trichomonas).

Ce constat impose la répétition de telles études afin de surveiller l'évolution des germes responsables des IST/ITR ainsi que de leur résistance aux antibiotiques ^(17,18)

Indicateur V.4 : Centres de conseil et dépistage anonyme et gratuit du VIH (CCDAG)

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : 25
- Source de donnée : Rapport d'activité sur la riposte au Sida - Tunisie (2012)
- Responsables : MS/DSSB/ PNLS-IST

- Commentaires : 25 CCDAG répartis sur 19 régions ont été créés jusqu'à mars 2012 dont 23 sont fonctionnels. L'activité est très variable d'un centre à un autre dans la même région et d'une région à une autre. L'analyse de la situation et de la riposte au VIH /sida conduite en 2010, parlait de CCDAG qui ne dépassaient pas les 10 tests de dépistage du VIH par mois et recommandait d'évaluer le fonctionnement des CCDAG et d'harmoniser les services de conseil, les modalités du dépistage et les délais de remise des résultats. ⁽¹⁹⁾

Indicateur V.5 : Jeunes hommes et femmes (15–24 ans) connaissant les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les principales idées fausses au sujet de la transmission du VIH

- Type : Principal ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : 7.7% (2008-2009) ; 5.3% (2012)
- Source de donnée : Rapport de la situation sur la riposte nationale au sida en 2013.
- Responsables : DSSB/ PNLS-IST
- Commentaires : dans le cadre du Programme « Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH/Sida en Tunisie 2007-2011 » mis en œuvre en partenariat avec le GFATM, une enquête sur échantillon représentatif des jeunes âgés de 15-24 ans (N=1200), menée en 2008-09 a montré que seulement 4,9% des garçons et 11,4 % des filles soit un pourcentage global de 7,7 % (ce pourcentage était de 5.7% chez les adolescents 15-19 ans), connaissent les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les principales idées fausses au sujet de la transmission du VIH. ⁽²⁰⁾

Une deuxième enquête sur un échantillon représentatif des jeunes âgés de 15-24 ans (N= 2000) a été réalisée en 2012 et a montré un niveau de connaissance aussi bas : 5.30% (5.34% chez les garçons, 5.26% chez les filles) et 4.07% chez les adolescents de 15-19 ans. ⁽²¹⁾

Ces résultats, qui montrent des connaissances très faibles nous interpellent des questions sur l'efficacité des programmes d'intervention, la qualité des activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) et la réalité d'accès des jeunes à l'information.

Indicateur V.6 : Population 15-49 ans connaissant les structures de prise en charge des IST

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : pourcentage ND
- Sources de données : enquêtes CAP auprès des jeunes de 15-24 ans au sein de la population générale.
- Responsables : MS/ONFP/DSSB/ PNLS-IST

Indicateur V.7 : Besoins en préservatifs non satisfaits

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)
- Données de base : pourcentage
- Sources de données : Enquêtes
- Responsables : MS/ONFP/DSSB/ PNLIS-IST

Indicateur V.8 : Disponibilité de normes de prestation de services et de protocoles applicables au diagnostic au traitement et au conseil liés aux IST/ infections de l'appareil reproducteur

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : oui
- Sources de données : (DSSB : Analyse de la situation des infections au VIH/Sida 2005)
- Responsables : DSSB
- Commentaires : la PEC des cas d'IST symptomatiques par approche syndromique a été initiée dans les CSB en l'an 2000. Elle consiste à donner un traitement à une personne présentant des symptômes d'infection génitale de manière présomptive contre un ou des agents infectieux supposés, sans attendre le résultat du laboratoire, en se basant sur un algorithme standard correspondant au type de syndrome présenté par le(a) patient(e).⁽²²⁾ Néanmoins, des obstacles entravent l'efficacité de la PEC des IST malgré l'existence de normes de PEC :
- les faibles VPP (voir commentaire sur l'indicateur V.3) ce qui a imposé l'évaluation périodique de l'approche syndromique et la révision des algorithmes dont la dernière remonte à 2011, où il a été décidé d'annuler 2 algorithmes (tuméfaction du scrotum et conjonctivite du nouveau né) et d'en garder quatre (écoulement urétral chez l'homme, douleur pelvienne chez la femme, écoulement vaginal et ulcération génitale).⁽²³⁾
- la non accessibilité des populations clés et des hommes atteints d'IST aux centres de prise en charge des IST par peur de la stigmatisation pour les premières et parce que ces structures sont connotées comme des structures de PF pour femmes mariées pour les seconds. A cet effet, la DSSB et l'ONFP sont appelés à mettre en place des Données de base efficaces et culturellement sensibles pour améliorer l'accès des hommes atteints d'IST à des structures de prise en charge adéquates et adaptées.

Indicateur V.9 : Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport

- Type : Principal ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 28.3 %
- Sources de données : MS/DSSB/PNLS-IST. Rapport d'activité sur la riposte au sida 2010- 2011
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : cet indicateur était de 28.3% selon une enquête menée en 2008-2009 qui ne précisait pas l'échantillon à partir duquel il a été mesuré (5). Bien recherché, cet indicateur permet de mesurer les comportements sexuels à risque en vue d'ajuster les programmes de prévention.

Indicateur V.10 : Utilisation du préservatif lors des premiers rapports

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'utilisation
- Données de base : pourcentage
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : la pertinence de cet indicateur est à discuter au niveau de la population générale en prenant en compte les groupes sexuellement actifs selon la tranche d'âge et en répartissant ces groupes selon que les rapports sexuels ont été pratiqués dans le cadre du mariage ou hors mariage. En revanche, cet indicateur serait pertinent s'il était mesuré pour les populations clés.

Indicateur V.11 : Femmes enceintes positives pour la syphilis bénéficiant d'un traitement type approprié

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 0 cas
- Sources de données : Etude de la prévalence des IST auprès des consultantes des CSB en Tunisie. Rapport 2010
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : le dépistage de la syphilis fait partie du paquet minimum des soins prénatals mais ne figure pas dans le système d'information des structures publiques de la 1^{ère} ligne. En revanche, vu que la PEC des IST par approche syndromique comporte un algorithme sur les ulcérations génitales, la prévalence de la syphilis a été étudiée dans le cadre de l'évaluation périodique de cette approche. Ainsi, en 2010 une étude menée auprès de 600 consultantes des CSB rapporte 0 cas. ⁽¹⁸⁾

Indicateur V.12 : Femmes enceintes positives pour le VIH bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale complète contre la transmission mère-enfant du VIH

- Type : Principal ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 9 (2009)
- Sources de données : Rapport de situation sur la riposte nationale au sida en 2013
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : selon le rapport d'activités du PNLS/IST pour 2010-2011, neuf femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu la trithérapie au niveau des services hospitaliers des 4 sites de prise en charge thérapeutique du VIH. Mais les estimations faites par SPECTRUM donnent le chiffre de 68 femmes enceintes séropositives nécessitant une prophylaxie antirétrovirale. Le renforcement de la stratégie de PTME qui vient d'être traduit par la proposition systématique du test VIH à toutes les femmes enceintes ainsi que l'implication de la sage femme dans sa mise en œuvre, contribueraient à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Indicateur V.13 : Nouveau-nés de mères séropositives pour le VIH sous ARV- pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH – à la naissance

- Type : Principal ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 5 (2012)
- Source de données : Rapport de situation sur la riposte nationale au sida en 2013
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : là aussi, le logiciel SPECTRUM estime le nombre d'enfants sensés bénéficier de traitement par ARV à 68 tandis que le rapport du PNLS/IST sus-cité donne le chiffre de 5 pour l'année 2012.

Indicateur V.14 : Femmes de 35-59 ans dépistées pour le cancer du col de l'utérus conformément à la politique nationale de prévention du cancer du col de l'utérus

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'utilisation
- Données de base : 16.1% (2009)
- Source de donnée : rapport d'activité de la DSSB
- Responsable : DSSB/programme national de lutte contre le cancer
- Commentaires : les femmes ciblées dans le cadre du programme national de lutte contre le cancer sont celles de la tranche d'âge 35- 59 ans. Le taux

de couverture auprès des femmes cibles était de 14% en 2009 (rapport d'activité DSSB-ONFP).

Par ailleurs, d'après l'enquête MICS3 réalisée en 2006, on assiste à un sous dépistage puisque seulement 12% des femmes ont bénéficié d'au moins un frottis cervical.

Indicateur V.15 : Femmes enceintes se présentant à la consultation prénatale positives pour le VIH

- Type : Principal; indicateur de résultat
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapport d'activité
- Responsables : MS/DSSB/ONFP
- Commentaires : La Tunisie est un pays à faible prévalence pour le VIH. La transmission mère-enfant est rare : 3 à 5 cas sont enregistrés chaque année. Mais l'objectif de la stratégie PTME est d'avoir 0 cas de transmission verticale de telle sorte que le test VIH sera proposé systématiquement à toute femme enceinte.

Indicateur V.16 : Hommes de 15-49 ans déclarant au moins un épisode d'urétrite ces 12 derniers mois

- Type : Supplémentaire; indicateur de résultat
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/DSSB/ ONFP
- Commentaires : Cet indicateur peut être mesuré par enquête. Il permet d'avoir une information objective sur l'ampleur du problème des IST chez la population masculine qui est très mal desservie. Les hommes atteints d'IST ne s'adressent pas aux structures publiques de santé par honte ou du fait que nombreuses structures sont considérées comme des structures de PF pour femmes. D'ailleurs, le sexe masculin représentait seulement 1% des consultants pour IST ayant été traités par approche syndromique dans les CCSB en 2009. ⁽²⁵⁾

Il serait utile d'envisager l'élargissement des activités des CCDAG afin qu'elles recouvrent la PEC des IST dans un cadre plus général d'intégration des activités SSR et VIH.

VI. Santé sexuelle en général; santé sexuelle des adolescents et des jeunes (Fiche technique n°6)

Indicateur VI.1 : La loi interdit la discrimination fondée sur l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : non
- Source de donnée : Code pénal (article 230)
- Responsable : l'institution législative
- Commentaires : en Tunisie, la loi est répressive vis-à-vis des populations pratiquant la sodomie facilitant ainsi la discrimination fondée sur l'identité et/ou l'orientation sexuelle. L'article 230 du code pénal prévoit en effet, une peine allant jusqu'à 3 ans de prison pour sodomie entre adultes consentants. Pour lutter contre cette discrimination, le Plan Stratégique National (PSN) de riposte à l'infection au VIH et aux IST 2012-16, a prévu un axe stratégique consistant à réformer le cadre juridique et à promouvoir les droits humains pour « la garantie de la dignité de la personne et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes de la riposte au VIH/sida ».

Indicateur VI.2 : La loi interdit la discrimination fondée sur les incapacités physiques et intellectuelles

- Type : Principal ajouté; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées ; loi d'orientation n°2005/83 du 15/08/2005 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées
- Responsables : l'institution législative ; MAS
- Commentaires : La Tunisie a été parmi les 20 premiers pays du monde qui ont ratifié la Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées en 2008. L'article 3 de cette convention met l'accent sur les principes du respect de la dignité intrinsèque de la personne handicapée, de la liberté à faire ses propres choix, de la non discrimination, de l'égalité des chances etc.

La loi N° 2005/83 dans son article 3 également, parle de :

- l'obligation de protéger les personnes handicapées contre toute forme d'exploitation, dont l'exploitation sexuelle ;
- la garantie des services de santé et des prestations sociales pour les personnes handicapées sans spécification de la santé sexuelle.

Indicateur VI.3 : La loi exige le consentement libre et entier des parties à un mariage

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Article 3 du CSP
- Responsables : l'institution législative
- Commentaires : selon l'article 3 du CSP, « Le mariage n'est formé que par le consentement des deux époux... ».

Indicateur VI.4 : L'éducation sexuelle est obligatoire à l'école

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : non
- Sources de données : la stratégie nationale de santé des adolescents scolarisés (2007) ; Rapport d'évaluation des liens SSR/VIH en Tunisie, 2010.
- Responsables : ME ; MS/DMSU
- Commentaires : Le cours sur la santé de la reproduction et non l'éducation sexuelle est programmé à la neuvième année d'enseignement de base. Mais il est souvent occulté de fait qu'il soit programmé à la fin de l'année scolaire. Il est théorique et n'englobe pas l'éducation sexuelle. De plus, de nombreux élèves le ratent en raison de l'abandon scolaire avant la neuvième année d'enseignement de base. ⁽²⁶⁾

Un plaidoyer auprès des ministères concernés par l'éducation et la formation des enfants et jeunes (femme et famille, éducation, emploi, jeunesse, affaires sociales) est nécessaire pour mettre en place un programme d'éducation sexuelle avec une pédagogie adaptée aux différents niveaux et milieux.

Indicateur VI.5 : Prestataires de services formés au conseil en matière de santé sexuelle

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'activité
- Responsables : MS/ONFP/DMSU/DSSB
- Commentaires : ni le numérateur ni le dénominateur ne sont connus malgré que l'ONFP, la DSSB et la DMSU dispensent des activités et forment les prestataires de services en matière de santé sexuelle. Avec de meilleures organisation et coordination, le système d'information de routine serait capable de fournir les données nécessaires pour calculer cet indicateur sans avoir besoin d'enquête comme le préconise le groupe d'experts OMS-UNFPA (Assurer l'accès universel à la santé reproductive : suivi des progrès accomplis à l'échelon national).

Indicateur VI.6 : Centres de prestations dispensant des services accueillants pour les jeunes

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
 - Données de base : ND
 - Sources de données : Enquête
 - Responsables : MS/ONFP / DSSB / DMSU ; ONG
 - Commentaires : Le dénominateur de cet indicateur est possible à calculer en s'adressant aux institutions disposant de centres dispensant des services en matière de santé sexuelle pour les jeunes comme l'ONFP, la DSSB, la DMSU, l'ATSR, l'ATLMST/Sida, ATIOST, etc. En effet, l'ONFP a aménagé des espaces SSR spécifiques appelés «espaces amis des jeunes» dans les 22 gouvernorats dédiés aux adolescents et aux jeunes. Les services offerts comprennent l'éducation, l'information, l'écoute, le conseil, l'accompagnement psychosocial, la prise en charge médicale et au besoin la référence à d'autres services spécialisés. La DMSU a installé au niveau du centre national de médecine scolaire et universitaire une consultation pour adolescents qui est assurée par une équipe comprenant un gynécologue, un pédopsychiatre, un psychologue, un médecin généraliste et une sage femme. Au niveau universitaire, de 1996 à de 2010, 139 cellules d'information, d'écoute et de conseil sur la santé de la reproduction (CIECSR) gérées par le médecin universitaire et une sage femme ont été créées. L'ATSR gère 11 espaces, l'ATLMST/Sida (section de Tunis) gère 1 espace et ATIOST gère 2 espaces.
- Quant au numérateur, il peut être obtenu à travers une enquête d'évaluation basée sur des critères objectifs concernant le caractère « accueillant ». Une telle enquête fournira des données de base qui pourraient servir à l'accréditation des centres « accueillants » en vue d'assurer la qualité et la pérennité des services. Il est à noter que l'enquête qualitative par focus group qui a été menée auprès de 30 prestataires de services travaillant dans les centres de l'ONFP et de la DMSU a mis en évidence de nombreux points faibles au niveau de ces centres : accès physique, accueil, nature des prestations etc. ⁽²⁷⁾

Indicateur VI.7 : Personnels soignants formés à la prestation de services accueillants pour les jeunes

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Source de donnée : Rapports d'activité
- Responsables : MS/ONFP / DSSB / DMSU ; ONG
- Commentaires : les mêmes remarques faites sur l'indicateur (VI.6) s'appliquent à cet indicateur.

Indicateur VI.8 : Jeunes 10-24 ans désireux d'informations en matière de santé sexuelle

- Type : Supplémentaire ajouté; accès (demande)
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MS/ONFP/DMSU/DSSB; ONG

Indicateur VI.9: Disponibilité de normes de prestations de services et de protocoles spécifiques à la santé sexuelle

- Type : Supplémentaire ; accès (qualité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Manuel de référence
- Responsables : MS/ONFP/DMSU/DSSB; ONG
- Commentaires : reproduisant la définition que la CIPD a donné à la santé sexuelle et reproductive en 1994, l'OMS définit la santé sexuelle comme suit : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » (2).

En Tunisie, les centres de prestations de services en matière de santé sexuelle sont très peu nombreux comparés à la masse de jeunes (les jeunes âgés de 15-29 ans représentent 28.5% de la population totale; INS 2012) et ne disposent pas de normes concertées unifiées et documentées, se référant aux droits humains en matière de santé sexuelle. Les normes disponibles sont spécifiques à tel ou tel aspect de la santé sexuelle comme par exemple les algorithmes de PEC des IST par approche syndromique, le formulaire de l'examen pré-nuptial ou encore le manuel de counselling des CCDAG. ⁽²⁸⁾

Indicateur VI.10 : Adolescents ayant bénéficié d'une éducation complète en matière de santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'utilisation
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : ME ; MS/DMSU

- Commentaires : cet indicateur est mesurable par enquête mais le résultat est attendu car on sait que les élèves ne reçoivent pas d'éducation reproductive complète et encore moins sexuelle. Une action de plaidoyer devrait être menée par les acteurs clés de la SSR, gouvernementaux et non gouvernementaux.

Indicateur VI.11 : Adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels

- Type : Supplémentaire; indicateur de résultat
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : cet indicateur peut être mesuré par enquête comportementale auprès des jeunes et des adolescents.

Indicateur VI.12 : Adolescents possédant une expérience sexuelle ayant utilisé des préservatifs lors des premiers/derniers rapports sexuels

- Type : Supplémentaire; indicateur de résultat
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : l'indicateur disponible est le pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel. Cet indicateur était de 28.3% et n'est pas désagrégé par âge.

Indicateur VI.13 : Adolescents célibataires sexuellement actifs qui utilisent régulièrement des préservatifs

- Type : Supplémentaire; indicateur de résultat
- Données de base : pourcentage
- Sources de données : ND
- Responsables : DSSB/ PNLS-IST (potentiellement)
- Commentaires: il serait utile de le mesurer au moins une fois et d'avoir des données de base, ensuite décider de l'utilité ou non de le mesurer périodiquement par enquête.

Indicateur VI.14: Hommes et femmes (15–24 ans) ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

- Type : Supplémentaire; indicateur de résultat
- Données de base : 3.75% (2009)
- Source de donnée : Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS 2010

- Responsables : MS/DSSB/PNLS-IST
- Commentaires : le rapport de situation se réfère à l'enquête nationale comportementale, qui a été réalisée par l'ATLMST/Sida en 2009 auprès de 1200 jeunes âgés de 15-24 ans non scolarisés et qui a montré que 3,75% avaient subi un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.

VII Services sexuels (Fiche technique n°7)

Indicateur VII.1 : La loi interdit les sévices sexuels

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Code pénal (articles 228, 228 bis et 229) complété et modifié par la loi 95-93 du 09 novembre 1995 ; Code de Protection de l'Enfant publié conformément à la loi 95-92 du 09 novembre 1995
- Responsable : l'institution législative
- Commentaires : la loi punit tous les sévices sexuels et double les peines lorsque le coupable est un ascendant ou a une autorité sur la victime ou lorsque celle-ci est âgée de moins de 18 ans. Par ailleurs, conformément au CPE, un mécanisme a été mis en place pour collecter les plaintes et protéger les enfants. Néanmoins, il est connu que les sévices sexuels s'accompagnent souvent du secret surtout lorsque l'agresseur est un ascendant et que la victime est mineure. En plus, dans ces cas, même si l'enfant en parle à la famille, souvent, celle-ci essaie d'étouffer le crime par peur de faire éclater la famille. Aussi, la culture d'informer le délégué à la protection de l'enfance (DPE) par un tiers qui découvre le crime n'est pas développée dans la société tunisienne. Tous ces facteurs, portent entrave à l'application de la loi et contribuent au renforcement de « la culture du silence ».

Indicateur VII.2 : La loi interdit le viol dans le mariage

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Article 227 du code Pénal (modifié par la loi n°85-9 du 7 mars 1985 et la loi n° 89-23 du 27 février 1989).
- Responsable : l'institution législative
- Commentaires : Le crime de viol est sévèrement puni par la loi selon l'article 227 du Code Pénal sans précision, d'aucune exception, pour le viol conjugal; ce qui suppose tacitement qu'il est punissable. Nous ne disposons pas de données sur le nombre de plaintes portées à la justice. Il est à noter

que l'enquête nationale sur la violence fondée sur le genre (VFG) en 2010, a montré que 14.2% des femmes déclarent avoir été victime, de violence sexuelle, durant leur vie avec leur partenaire et 9% déclarent l'avoir subie durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête ⁽²⁹⁾

Indicateur VII.3 : Stratégie/plan de lutte contre les sévices sexuels y compris le viol conjugal

- Type : Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : stratégie nationale de prévention des comportements violents au sein de la famille et de la société : la VFG à travers le cycle de vie
- Responsables : Ministère des Affaires de la Femme et de la Famille (MAFF); MS/ONFP ; ONG
- Commentaires : cette stratégie, mise en place en 2008, situe la violence dans un contexte de violence plus large au sein de la famille et de la société et inclut une composante distincte sur la VFG. La mise en œuvre de la stratégie a cependant été lente. Celà a été attribué en grande partie au manque de ressources humaines et financières, outre les difficultés de coordination entre les institutions gouvernementales et non-gouvernementales. ⁽³⁰⁾

Indicateur VII.4 : Centres de prestation de services fournissant un appui médical psychologique et juridique aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste

- Type : Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP ; ONG
- Commentaires : actuellement, il n'existe pas de centres dispensant spécifiquement ces services. Il est impératif de mettre en place une stratégie de PEC intégrée des victimes de viol et d'inceste incluant la création de structures qui seraient chargées de mettre en œuvre la stratégie (appui médical psychologique et juridique, prévention de grossesse, prophylaxie de l'infection à VIH et autres IST le cas échéant ...). Le responsable pourrait être l'ONFP ou le Ministère des affaires de la Femme et de la Famille(MAFF).

Indicateur VII.5 : Soignants formés au dépistage des signes de sévices sexuels

- Type : Supplémentaire; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'activités
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP/DSSB
- Commentaires : tous les prestataires de services en contact avec des enfants devraient être formés au dépistage des signes de sévices sexuels et en Données de base d'en informer le délégué à la protection de l'enfance. Ceci est d'autant plus impérieux que les sévices sexuels sont commis en milieu fermé, sur des enfants et adolescents incapables de les dénoncer et généralement dépendants de l'agresseur, comme les parents ou l'employeur des aides ménagères mineures ou encore l'enseignant et le cadre administratif des établissements scolaires.

Indicateur VII.6: Nombre de cas de sévices sexuels signalés aux forces de l'ordre ces cinq dernières années

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'utilisation
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports des forces de l'ordre
- Responsable : MIDL
- Commentaires : il serait utile de mettre en place un système sentinelle de surveillance des sévices sexuels auprès des structures qui accepteraient de s'impliquer par volontariat. Parmi ces structures, nous neotons les établissements de santé, les délégués de protection de l'enfance (DPE), les ONG qui gèrent un centre d'accueil de femmes victimes de violence, les cellules d'écoute dépendant de la DMSU dans les lycées etc.

Indicateur VII.7 : Nombre de cas de sévices sexuels signalés aux professionnels de la santé ces cinq dernières années

- Type : Supplémentaire ; indicateur d'utilisation
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'activité
- Responsables : MS/DSSB/ONFP

VIII Violence fondée sur le genre (VFG) (Fiche technique n°8)

Indicateur VIII.1 : La loi interdit la violence au sein de la famille

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : CEDAW ; Code pénal ; CPE
- Responsable : Institution législative
- Commentaires: toutes les formes de violence sont largement abordées par le Code Pénal dont les violences exercées au sein de la famille. En plus, le CPE a mis les dispositions nécessaires pour protéger l'enfant dans sa famille contre toutes formes de maltraitance.

Indicateur VIII.2 : Stratégie/plan de lutte contre les VFG

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Source de donnée : Stratégie nationale de prévention des comportements violents au sein de la famille et de la société.
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP; ONGs
- Commentaires : la VFG a été intégrée dans la stratégie nationale de prévention des comportements violents au sein de la famille qui a été mise en place en 2008 et dont l'opérationnalisation a pris effet depuis 2012. Cette stratégie comporte effectivement des axes ciblant directement la VFG :
 - Concevoir et institutionnaliser un organisme de veille, de suivi et d'évaluation de VFG,
 - Assurer un accueil et une prise en charge de qualité accessibles aux femmes victimes de VFG,
 - Mettre en place un système de référence de qualité fonctionnel, multisectoriel pour l'accueil, l'accompagnement et la PEC des victimes de VFG,
 - Aider la famille et la société à prendre conscience des risques de la VFG,
 - Œuvrer à l'auto-habilitation des femmes en général et des victimes de VFG en particulier et à leur insertion sociale et économique,
 - Garantir une meilleure connaissance des lois,
 - Faire le plaidoyer pour l'application de ces lois.

En 2012, il y a eu la mise en place de points focaux genre dans les différents ministères qui traite, entre autres, des questions liées aux VFG.

Indicateur VIII.3 : Etablissements prenant en charge des femmes victimes de VFG

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
 - Données de base : 4
 - Sources de données : Rapports d'activité
 - Responsables : MAFF ; MS/ONFP; ONGs
 - Commentaires: 4 centres sont actuellement fonctionnels : un Centre d'Assistance psychologique de prise en charge des femmes victimes de violence à Ben Arous, deux centres d'écoute de l'ATFD et AFTURD à Tunis et en régions et un centre dépendant de l'UNFT.
- En 2012, le MAFF a élaboré un cahier de charges pour un centre d'accueil et d'hébergement des femmes victimes de violences.

Indicateur VIII.4 : Femmes informées sur les centres de PEC de la VFG

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP; ONGs

Indicateur VIII.5 : Femmes reconnaissant la VFG comme une violation des droits humains

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : ND
- Sources de données : par enquête
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP; ONGs

Indicateur VIII.6 : Centres dispensant un paquet optimum de services aux victimes de VFG

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP; ONGs

Indicateur VIII.7 : Femmes tout âge confondu ayant appelé la ligne verte mise à la disposition des femmes victimes de VFG

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (utilisation)
- Données de base : ND
- Sources de données : rapports d'activités
- Responsable : MAFF

- Commentaires: le MAFF a mis en place depuis 2010 une ligne verte à la disposition des femmes victimes de VFG qui a été interrompue entre 2011 et 2012 et a repris en 2013.

Indicateur VIII.8 : Femmes prises en charge pour VFG

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation
- Données de base : pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsables : MAFF ; MS/ONFP; ONGs

IX INFERTILITE DU COUPLE (Fiche technique n°9)

Indicateur IX.1 : Politique /Programme/Stratégie nationale en matière d'infertilité

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : non
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP
- Commentaires : en Tunisie, 10 à 15% des couples en âge de procréer consultent au moins une fois dans leur vie pour infertilité primaire ou secondaire. En 2008, 85000 couples en âge de procréer que comptait la région de Sousse, 16000 couples avaient un désir de grossesse (22,5%) dont 1700 ont consulté pour infertilité et 1500 couples, soit 88 %, étaient inscrits pour une technique de procréation médicalement assistée (PMA). Donc la mise en place d'une stratégie nationale en matière d'infertilité améliorerait l'accès des couples infertiles aux services de prise en charge. ⁽³¹⁾

Indicateur IX.2 : Financement de la recherche par des donateurs dans le cadre de la lutte contre l'infertilité

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : non
- Sources de données : NDs
- Responsables : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ; Société Tunisienne de Gynécologie Obstétrique ; Associations Scientifiques ; MS/ONFP
- Commentaires: l'intégration de cet indicateur dans le cadre de suivi, incitera les acteurs de recherche à mobiliser des fonds pour la mise en œuvre de programmes de recherche - action sur la reproduction et l'environnement, les gamètes et l'embryon en relation avec l'âge etc.

Indicateur IX.3 : Etablissements disposant de services de prise en charge d'infertilité du couple

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP ; secteur privé

Indicateur IX.4 : Personnes 15-49 ans citant les IST comme une des causes principales d'infertilité du couple

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS ; secteur privé

Indicateur IX.5 : Couples infertiles citant au moins un centre de prise en charge

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP

Indicateur IX.6 : Couples infertiles désireux d'une PEC

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)
- Données de base : Pourcentage par enquête
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP ; INS

Indicateur IX.7 : Disponibilité de normes de PEC du couple infertile

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : ND
- Sources de données : document comprenant les normes
- Responsables : MS/ONFP ; Société Tunisienne de Gynécologie Obstétrique ; Associations Scientifiques

Indicateur IX.8 : Nombre de consultations pour couples infertiles

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'activités
- Responsables : MS/ONFP/DSSB/ Services de gynécologie-obstétrique

Indicateur IX.9 : Couples infertiles ayant procréé au moins une fois après prise en charge

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP.

X. MENOPAUSE (Fiche technique n°10)

Indicateur X.1 : Programme ou stratégie nationale en matière de ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : non
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP/DSSB ; MAFF ; ONG
- Commentaires: la ménopause est un moment qui survient dans le cycle de vie de la femme qu'il ne faut pas considérer comme une maladie au nom des troubles du climatère ou d'autres risques qui peuvent survenir. La mise en place d'une stratégie de prise en charge de ces troubles s'avère importante pour aider la femme à conserver sa qualité de vie à la survenue de la ménopause.

Indicateur X.2 : Structures sanitaires fournissant un appui médical et psychologique aux femmes en situation de ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'activité
- Responsables : MS/ONFP/DSSB
- Commentaires : les centres de l'ONFP dispensent des prestations pour les femmes en âge de ménopause (traitement symptomatique des troubles du climatère). En revanche, ces prestations ne sont pas encore dispensées au niveau des CSB.

Indicateur X.3 : Structures de première ligne disposant d'au moins une personne formée en matière de prise en charge de la ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP/DSSB

Indicateur X.4 : Femmes 15-49ans citant au moins 3 risques liés à la ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP/DSSB ; Société Tunisienne de Gynécologie Obstétrique ; Associations Scientifiques

Indicateur X.5 : Femmes 45- 54 ans désireuses de prise en charge (PEC) de la ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)
- Données de base : Nombre
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP/DSSB

Indicateur X.6 : Centres dispensant un paquet minimum de PEC de la ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : ND
- Sources de données : enquête
- Responsables : MS/ONFP/DSSB

Indicateur X.7 : Femmes 45-54 ans consultant pour troubles physiologiques de la ménopause

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'activités
- Responsables : MS/ONFP/DSSB

Indicateur X.8 : Femmes ménopausées prises en charge pour ostéoporose

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat
- Données de base : nombre par rapports d'activités
- Sources de données : système d'information sanitaire
- Responsables : MS/ONFP/DSSB/ services médicaux de prise en charge

XI. CANCER DU SEIN (Fiche technique n°11)

Indicateur XI.1 : Stratégie de lutte contre les cancers incluant le cancer du sein

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Rapports d'activités
- Responsables : MS/DSSB/ONFP
- Commentaires: d'après les rapports d'activités consultés de la DSSB, la stratégie de lutte contre le cancer du sein et du col de l'utérus vise à réduire la morbidité et la mortalité dues à ces cancers. Elle comporte 5 axes d'intervention :
 1. La prévention primaire
 2. Le diagnostic précoce et le dépistage
 3. La prise en charge
 4. Le suivi et l'évaluation
 5. La recherche ciblant l'amélioration de la situation et la proposition de solutions.

Indicateur XI.2 : Financement des activités liées au cancer du sein par des donateurs dans le cadre de la recherche

- Type : Supplémentaire ajouté, indicateur de déterminants politiques et sociaux
- Données de base : oui
- Sources de données : Rapport d'activité de la DSSB de 2009
- Responsables : MS/DSSB/ONFP
- Commentaires: les rapports d'activités de la DSSB et de l'ONFP en 2009 évoquent le projet de coopération tuniso-italien dont l'objectif est de renforcer les capacités du système de santé dans la détection précoce du cancer du sein dans 12 régions prioritaires. A cet effet, 2 mammographes et deux unités d'anatomopathologie ont été installées à Jendouba et à Gafsa. Le projet a dispensé la formation de radiologues, médecins, sages femmes en matière d'examen clinique des seins et la formation des infirmiers en communication à la santé, ainsi que la formation en matière de recueil des données.

Indicateur XI.3 : Etablissements disposant de mammographes

- Type : Supplémentaire ajouté, indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Direction de l'équipement (Ministère de la Santé)
- Responsables : MS/DSSB/ONFP
- Commentaires: en 2014, la Tunisie dispose de 22 mammographes dans le secteur public et de 106 mammographes dans le secteur privé.

Indicateur XI.4 : Etablissements disposant au moins d'une personne formée en matière de dépistage par palpation du cancer du sein

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête ou rapport de formation
- Responsables : MS/DSSB/ONFP

Indicateur XI.5 : Etablissements disposant au moins d'un radiologue formé pour la lecture de mammographies dans le cadre du dépistage

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête ou rapport de formation
- Responsables : MS/ONFP

Indicateur XI.6 : Femmes de 15 ans et plus citant au moins deux moyens de dépistage du cancer du sein

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (connaissance)
- Données de base : ND
- Sources de données : Enquête
- Responsables : MS/ONFP/DSSB ; MDCI/INS ; ONG ; Sociétés savantes

Indicateur XI.7 : Femmes demandant un dépistage du cancer du sein

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)
- Données de base : N D
- Sources de données : enquête
- Responsables : MS/ONFP

Indicateur XI.8 : Unités dispensant un paquet minimum de prise en charge psycho-sociale juridique

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)
- Données de base : ND
- Sources de données : Rapports d'inventaire
- Responsables : MS/DSSB/ONFP ; MAS ; ONG

Indicateur XI.9 : Femmes prises en charge pour cancer du sein

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation
- Données de base : ND
- Sources de données : Système d'information sanitaire
- Responsables : MS/DSSB

Indicateur XI.10 : Survie à 5 ans du cancer du sein

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat
- Données de base : ND
- Sources de données : travaux de recherche
- Responsables : Sites de PEC

Indicateur XI.11 : Tumeurs du sein détectées à une taille < 3 cm

- Type : Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat
- Données de base : pourcentage par études et enquêtes
- Sources de données : ND
- Responsables : MS/ONFP ; Sociétés savantes

Conclusion et recommandations

La mise à essai du cadre d'indicateurs de suivi de l'accès universel à la SSR préconisé par l'OMS et l'UNFPA a permis de :

1- Adapter le cadre de suivi aux réalités tunisiennes compte tenu des acquis législatifs et des progrès réalisés en matière de SSR et ce par :

- La modification, l'ajout et la suppression de domaines d'activité SSR comme par exemple le remplacement de l'intitulé du domaine « Elimination des avortements non médicalisés » par « Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)» ou l'ajout de domaines relatifs à la VFG, l'infertilité du couple, la ménopause et le cancer du sein ou encore la suppression du domaine relatif aux mutilations génitales féminines du fait de l'absence de cette pratique en Tunisie,
- La modification, l'ajout et la suppression d'indicateurs ; les détails de ces deux actions figurant dans les tableaux récapitulatif.

2- Identifier les domaines où les interventions sont assez performantes comme ceux de la planification familiale, la santé maternelle et périnatale ou encore l'IVG et ceux qui nécessitent un renforcement à tous les niveaux comme « la santé sexuelle des enfants, adolescents et jeunes », les sévices sexuels, la VFG, l'infertilité du couple, la ménopause et le cancer du sein. Ainsi, les indicateurs peuvent être classés globalement en trois niveaux :

- Ceux qui traduisent une performance satisfaisante dans le domaine SSR ; ils indiquent de ce fait les points forts de la SSR en Tunisie,
- Ceux qui indiquent la nécessité de renforcer un domaine ou des actions données dans un domaine donné en dégageant les points faibles y inhérents,
- Et ceux qu'il n'a pas été possible de fournir dans le présent rapport et qui indiquent que les activités qu'ils sont sensés mesurer doivent soit figurer dans le système d'information ou être planifiées comme activités nouvelles.

Les principaux points forts qui ont été exprimés par le cadre de suivi de l'accès universel à la SSR en Tunisie sont :

- Un environnement juridique favorable à la planification familiale, l'IVG, la protection des femmes contre les différentes formes de violence,
- Une politique de santé qui a permis d'avoir une carte sanitaire couvrant tout le territoire et intégrant les services de soins maternels et de planification familiale,
- Des résultats probants en termes de soins prénatals, accouchement en milieu assisté, élimination du tétanos néonatal, diminution de la mortalité maternelle et néonatale, disponibilité de services d'IVG médicalisées au niveau de tous les centres offrant ce service, diminution de l'ISF, développement du dépistage du cancer du col, maintien de la faible prévalence de l'infection à VIH etc.

Les principaux points faibles qui ont été exprimés par le cadre de suivi de l'accès universel à la SSR en Tunisie sont :

- Absence de cadre politique qui définit les choix nationaux en matière de SSR, les aires prioritaires d'intervention et les moyens à mettre à la disposition des acteurs concernés,
- Absence d'organisme de coordination et de suivi-évaluation,
- Absence ou faible intégration de toutes les composantes SSR en dehors de la santé maternelle et de la planification familiale dans les structures de soins de santé de base et faible collaboration entre l'ONFP et la DSSB,
- Faible intégration des activités SSR et VIH
- Absence de stratégie d'intégration de l'éducation sexuelle en milieu scolaire,
- Absence de stratégie dans les domaines de l'infertilité du couple et de la ménopause.

En conséquence, afin de renforcer la SSR et d'améliorer l'accès à des services de qualité, il conviendrait de tenir compte des recommandations suivantes :

- Elaborer et faire valider par les autorités un document de référence sur les politiques de SSR qui tiennent compte des engagements internationaux de la Tunisie, des réalisations nationales, de la qualité et des nouveaux besoins de la population,
- Adopter et institutionnaliser le principe « the three ones » appliqué dans le domaine de lutte contre le VIH/sida à savoir UN comité national de gestion du programme SSR avec un organisme coordonnateur, UN plan stratégique

national qui tient compte des nouveaux besoins, UN système de suivi et évaluation qui s'aidera du présent cadre de suivi et reposera éventuellement sur un paquet d'indicateurs clés,

- Elaborer et mettre en œuvre des plans opérationnels budgétisés avec identification des sources de financement,
- Décentraliser les plans opérationnels en ciblant les priorités selon les régions et produire en conséquence des indicateurs désagrégés
- Renforcer les domaines SSR qui sont restés confinés aux structures de l'ONFP et les intégrer dans les structures de soins de santé de base (santé sexuelle des jeunes, VFG, infertilité du couple, ménopause)
- Elaborer des référentiels de prise en charge en vue d'améliorer la qualité et uniformiser l'application des référentiels dans toutes les structures concernées à l'échelle nationale.

Tableaux récapitulatifs des indicateurs de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Tunisie

I. Domaine général					
Indicateur	Type	Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
I.1	Politique/ programme/ stratégie nationale en matière de santé sexuelle et reproductive	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Rapports, autres documents de référence	MS/ONFP
I.2	Allocation de crédits spéciaux pour la santé sexuelle et reproductive dans le budget national ou d'autres sources relevant du secteur public	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Loi des finances ; rapports financiers de l'ONFP, rapports de la DSSB	MS/ONFP ; DSSB ; DEP
I.3	Fonds publics alloués à la santé	Principal ; indicateur de résultat	6.8% (2010)	Loi des finances;	Ministère des Finances
I.4	Part des ménages dans les dépenses totales sur la santé	Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat	37.5% (2013)	Enquête	MS ; MDCl/INS
I.5	Budget de la santé alloué à la santé sexuelle et reproductive	Principal ; indicateur de résultat	-	ND	MS/ ONFP

II. Planification familiale -1-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
II.1	Financement national des activités de planification familiale	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Rapports financiers de l'ONFP	MS ONFP
II.2	Note attribuée aux mesures de planification familiale (indicateurs multiples)	Supplémentaire; indicateur de déterminants politiques et sociaux	non	ND	MS ONFP
II.3	Plan pluriannuel pour l'achat de chaque produit lié à la planification Familiale	Supplémentaire; indicateur de résultat	oui	Rapports et plans d'achats de l'ONFP	MS ONFP
II.4	Engagement des parties prenantes à l'égard du plan d'achat	Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat	46.5%	Enquête	MS MDCl INS
II.5	Nombre de centres de prestation de services de planification familiale pour 500 000 hab. ¹	Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)	90.18	Rapports d'activité de l'ONFP et de la DSSB	MS ONFP DSSB
II.6	Centres de soins de santé primaires qui dispensent des services de planification familiale	Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)	1912 (2010)	Rapports d'activité de l'ONFP et de la DSSB	MS ONFP DSSB
II.7	Population vivant à moins de deux heures de route des centres où sont dispensés des services de PF	Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)	12137 habitants par CSB EPT ² (2010)	Carte sanitaire du MS 2010	MS/DEP

1 : Cet indicateur est une note (de 0 à 120) qui mesure la force du programme national de planification familiale sur la base des rapports des experts interrogés dans un pays donné au sujet de quatre dimensions (activités relatives à la définition des orientations et des conditions générales, activités des services et activités liées aux services, évaluation et tenue des registres, disponibilité et accessibilité des fournitures et des services de régulation de la fécondité) (Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 6, 2002)

2: 19.37% seulement des CSB assurent une consultation médicale et aussi de SR 6 jours sur 6 de la semaine et le ratio habitants par CSB équivalent plein temps (CSB EPT) est de 12137 habitants par CSB EPT en 2010

II. Planification familiale -2-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
II.9	Femmes de 15–49 ans désireuses de différer une grossesse ou de ne pas avoir d'autre enfant	Principal ; indicateur d'accès (demande)	-	ND	Secteur privé polycliniques de la CNSS
II.10	Besoins de planification familiale non satisfaits	Principal ; indicateur d'accès (demande)	12.1% (2012)	Enquête MICS4	MDCI/INS
II.12	Centres de prestation en rupture de stock d'une méthode contraceptive donnée durant les douze derniers mois	Principal ; indicateur d'accès (qualité)	-		MS ONFP DSSB
II.13	Prestataires de soins ayant des pratiques professionnelles faisant obstacle médical à la contraception ³	Supplémentaire ; indicateur d'accès (qualité)	-	Enquête	MS/ONFP
II.14	Prévalence de la contraception	Principal ; indicateur d'utilisation	62.5% (2012)	Enquête MICS4	MDCI/INS ; ONFP
II.15	Indice synthétique de fécondité	Principal ; indicateur de résultat	2.13 (2010)	Recensement général de la population 2004 ; rapports de l'INS	MDCI/INS ; MS/ONFP
II.16	Taux de natalité chez les adolescentes (taux de fécondité pour 1000 adolescentes âgées de 15–19 ans)	Principal ; indicateur de résultat	3‰	Enquête MICS4	MDCI/INS ; ONFP
II.17	Femmes et hommes de 18–24 ans devenus parents avant leurs 18 ans	Supplémentaire ; indicateur de résultat	Femmes : 1.6% Hommes : ND	Enquête MICS4	MDCI/INS ; ONFP

3: Les obstacles médicaux définis localement peuvent par exemple inclure l'interdiction de certaines méthodes du fait de certaines caractéristiques comme la parité ou l'âge en dépit des recommandations reposant sur des données factuelles adressées au pays (1).

III. Santé maternelle et périnatale -1-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
III.1	Il existe des systèmes d'information pour déterminer les groupes capables d'atteindre les services en une heure au plus (Système d'information géographique)	Supplémentaire ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Carte sanitaire 2010 (dernière publication)	MS /DEP
III.2	Paquet minimum de services de soins prénatals défini	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Arrêté du Ministre de la Santé N°085/2006 du 08 janvier 2006 ; Manuels de formation	MS/DSSB/ ONFP
III.3	Dépistage de l'anémie inclus dans le paquet des soins prénatals de base	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Arrêté du Ministre de la Santé N°085/2006 du 08 janvier 2006 ; Manuels de formation	MS/DSSB/ ONFP
II.4	Enregistrement des naissances (avec informations sur le poids) obligatoire	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	Oui sans le poids de naissance	Loi n° 57-3 du 1er août 1957 ; Registre de l'Etat civil	Institution législative ; Ministère de l'Intérieur ; MS/DSSB
III.5	Enregistrement des décès maternels et périnatals	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Décret n° 99-1043 du 17 mai 1999 (JORT n° 43 du 28 Mai 1999) ; circulaire N°102 du 27 octobre 2008	
III.6	Cinq (5) établissements de soins obstétricaux d'urgence (SOU) pour 500 000 habitants, dont l'un au moins dispense des soins complets	Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)	7	Carte sanitaire 2010	MS/DEP

III. Sante maternelle et périnatale -2-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
III.7	Population vivant à moins d'une heure de route d'un établissement dispensant des soins obstétricaux d'urgence	Supplémentaire ; Indicateur d'accès (disponibilité)	-	Carte sanitaire	MS/DEP
III.8	Unités d'urgence SOU par circonscription sanitaire	Supplémentaire ; Indicateur d'accès (disponibilité)	-	Carte sanitaire	MS/DEP
III.9	Connaissance d'au moins trois facteurs de risque/signaux de complications de la grossesse par les femmes 15-49 ans	Supplémentaire ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MDCI/INS ; MS/ONFP/ DSSB
III.10	Femmes ayant bénéficié au moins quatre fois de soins prénatals pendant leur grossesse	Principal ; indicateur d'utilisation	82.4%	MICS4	MDCI/INS
III.11	Femmes enceintes dépistées pour le VIH	Principal; indicateur d'utilisation	0.3%	Rapport d'activité du PNLs	MS/DSSB
III.12	Femmes enceintes dépistées pour la syphilis	Principal; indicateur d'utilisation	-	Rapport d'activité du PN de périnatalité	MS/DSSB
III.13	Femmes enceintes dépistées pour l'anémie	Principal; indicateur d'utilisation	-	Rapport d'activité du PN de périnatalité	MS/DSSB
III.14	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos	Principal; indicateur d'utilisation	93% (2008)	Rapport d'activité, DSSB	MS/DSSB
III.15	Naissances dans un établissement de santé	Principal ; indicateur d'utilisation.	98.2% (2012)	MICS4	MDCI/INS
III.16	Pourcentage de césariennes sur la totalité des naissances vivantes	Principal ; indicateur d'utilisation.	31.6% (2012)	MICS4	MDCI/INS

III. Santé maternelle et périnatale -3-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
III.17	Femmes bénéficiant de prestations en matière de planification familiale après l'accouchement/ une interruption de grossesse	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	-	Rapports d'activité ONFP	MS/ONFP/ DSSB
III.18	Femmes qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif 6 mois après l'accouchement	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	8.5%	MICS4	MDCI/INS
III.19	Ratio de mortalité maternelle (DC maternels pour 100 000 NV)	Principal ; indicateur de résultat	44.83	Enquête nationale	INSP ONFP DSSB
III.20	Taux de létalité de causes obstétricales directes	Supplémentaire ; indicateur de résultat	67.2% (2010)	Enquête nationale	INSP ONFP DSSB
III.21	Taux de mortalité périnatale (décès périnataux pour 1000 naissances totales)	Principal ; indicateur de résultat	15.1‰ (2009)	Rapport d'activité	MS/DSSB
III.22	Taux de mortinaissance (mortinatalité)	Principal ; indicateur de résultat	7.8 ‰ NT (2009)	Rapport d'activité	MS/DSSB
II.23	Taux de mortalité néonatale	Principal ; indicateur de résultat	11‰ NV (calculé)	MICS4	MDCI/INS
III.24	Naissances vivantes à faible poids de naissance (moins de 2500 g)	Principal ; indicateur de résultat	8.2%	MICS4 (2011-2012)	MDCI/INS
III.25	Incidence du tétanos néonatal	Principal ; indicateur de résultat	0 cas (2009)	Rapport d'activité	MS/DSSB

IV. Interruption volontaire de grossesse (IVG) -1-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
IV.1	La loi interdit les avortements non médicalisés et autorise les interruptions volontaires de grossesse (IVG) en milieu médical	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Article 214 du code pénal (Modifié par la loi n°65-24 du 1 ^{er} juillet 1965 et par le décret-loi n°73-2 du 26 septembre 1973 adopté par la loi n°73-57 du 19 nov. 1973)	Institution législative
IV.2	Nombre d'établissements assurant des prestations d'IVG pour 500 000 habitants	Supplémentaire ; Indicateur d'accès (disponibilité)	-	Carte sanitaire	MS/DEP
IV.3	Population vivant à moins de deux heures de route d'un établissement assurant des services d'interruption de grossesse	Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Carte sanitaire	MS/DEP
IV.4	Femmes 15-49 ans connaissant leurs droits en matière d'avortement	Carte sanitaire	MS/DEP/ ONFP	MICS4	MDCI/INS
IV.5	Femmes 15-49 ans connaissant la contraception d'urgence (pilule du lendemain)	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MAFF ; MS/ONFP ; ONG
IV.6	Femmes 15-49 ans connaissant les structures disposant de services d'IVG dans leur région	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MAFF ; MS/ONFP ; ONG
IV.7	Femmes 15-49 ans désireuses d'interrompre une grossesse non désirée et n'ayant pas pu le faire	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MAFF ; MS/ONFP ; ONG

IV. Interruption volontaire de grossesse (IVG) -2-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
IV.8	Centres de prestation de services pratiquant l'avortement chirurgical et médicamenteux	Supplémentaire ; indicateur d'accès (qualité)	-	Enquête	MS/ONFP
IV.9	Nombre d'IVG par an	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation	16979	Rapport d'activité ONFP	MS/ONFP
IV.10	Décès maternels imputés à des interruptions de grossesse	Principal ; indicateur de résultat	6% (2010)	Enquête nationale sur la mortalité maternelle 2010	MS/INSP

V. IST/VIH/infections de l'appareil reproducteur/ pathologies liées à la reproduction -1-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
V.1	Politique/ Programme/ Stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Rapports d'experts ; rapports et documents produits par la DSSB et l'ONFP	MS/DSSB, ONFP
V.2	Politique/ Programme/ Stratégie de lutte contre le VIH et IST	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Rapports et autres documents produits par la DSSB	MS/DSSB
V.3	Centres de soins de santé primaires appliquant des méthodes globales reconnues pour la prise en charge des cas d'IST symptomatiques	Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)	80% des CSB et 36 centres de l'ONFP (2009)	Rapports d'activité de la DSSB	MS/DSSB/ ONFP
V.4	Centres de conseil et dépistage anonyme et gratuit du VIH	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	25 (2012)	Rapport d'activité sur la riposte au Sida-Tunisie (mars 2012)	MS/DSSB
V.5	Jeunes hommes et femmes (15–24 ans) connaissant les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les principales idées fausses au sujet de la transmission du VIH	Principal ; indicateur d'accès (information)	7.7% (2008-2009); 5.3% (2012)	Rapport de situation sur la riposte nationale au Sida en 2013	MS/DSSB
V.6	Population 15-49 ans connaissant les structures de prise en charge des IST	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MS/DSSB/ ONFP
V.7	Besoins en préservatifs non satisfaits	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)	-	Enquête	MS/DSSB/ ONFP
V.8	Disponibilité de normes de prestation de services et de protocoles applicables au diagnostic, au traitement et au conseil liés aux IST/ infections de l'appareil reproducteur	Supplémentaire ; indicateur d'accès (qualité)	oui	Documents de références et manuels de formation	MS/ONFP/ DSSB

V. IST/VIH/infections de l'appareil reproducteur/ pathologies liées à la reproduction -2-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
V.9	Utilisation du préservatif lors des derniers rapports à risque	Principal ; indicateur d'utilisation		Enquête	MS/DSSB/ PNLIS-IST
V.10	Utilisation du préservatif lors des premiers rapports	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	-	Enquête	MS/DSSB/ PNLIS-IST
V.11	Femmes enceintes positives pour la syphilis bénéficiant d'un traitement type approprié	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	0 cas (2010)	Etude de la prévalence des IST auprès des consultantes des CSB en Tunisie	MS/DSSB/ PNLIS-IST
V.12	Femmes enceintes positives pour le VIH bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale complète contre la transmission mère-enfant du VIH	Principal ; indicateur d'utilisation	9 (2012)	Rapport de situation sur la riposte nationale au sida en 2013	MS/DSSB/ PNLIS-IST
V.13	Nouveau-nés de mères positives pour le VIH sous ARV- pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH - à la naissance	Principal ; indicateur d'utilisation	5 (2012)	Rapport de situation sur la riposte nationale au sida en 2013	MS/DSSB/ PNLIS-IST
V.14	Femmes de 35-59 ans dépistées pour le cancer du col de l'utérus conformément à la stratégie nationale	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	16.1% (2009)	Rapport d'activité de la DSSB	MS/DSSB/ ONFP
V.15	Femmes enceintes se présentant à la consultation prénatale positives pour le VIH	Principal; indicateur de résultat	-	Rapport de situation sur la riposte nationale au sida	MS/DSSB/ ONFP
V.16	Hommes de 15-49 ans déclarant au moins un épisode d'urétrite ces 12 derniers mois	Supplémentaire; indicateur de résultat	-	Enquête	MS/DSSB/ ONFP

VI. Santé sexuelle en général ; santé sexuelle des enfants, adolescents et jeunes -1-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
VI.1	La loi interdit la discrimination fondée sur l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	non	CP (Art 230)	Institution législative
VI.2	La loi interdit la discrimination fondée sur les incapacités physiques et intellectuelles	Principal ajouté; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées; Loi d'orientation n°2005/83 du 15/08/2005 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées	Institution législative
VI.3	La loi exige le consentement libre et entier des parties à un mariage	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Article 3 du CSP	Institution législative
VI.4	L'éducation sexuelle est obligatoire à l'école	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	non	la stratégie nationale de santé des adolescents scolarisés (2007) ; Rapport d'évaluation des liens SSR/VIH en Tunisie, 2010	ME ; MS/ DMSU
VI.5	Prestataires de services formés au conseil en matière de santé sexuelle	Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Rapports d'activité	MS/ONFP/ DMSU/ DSSB
VI.6	Centres de prestation dispensant des services accueillants pour les jeunes	Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête	MS/ONFP/ DMSU/ DSSB; ONG
VI.7	Personnels soignants formés à la prestation de services accueillants pour les jeunes	Supplémentaire ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Rapports d'activité	MS/ONFP/ DMSU/ DSSB; ONG
VI.8	Jeunes 10-24 ans désireux d'informations en matière de santé sexuelle	Supplémentaire ajouté; accès (demande)	-	Enquête	MS/ONFP/ DMSU/ DSSB; ONG

VI. Santé sexuelle en général ; santé sexuelle des enfants, adolescents et jeunes -2-

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
VI.9	Disponibilité de normes de prestation de services et de protocoles spécifiques à la santé sexuelle	Supplémentaire ; accès (qualité)	non	Manuel de normes	MS/ONFP/ DMSU/ DSSB; ONG
VI.10	Adolescents ayant bénéficié d'une éducation complète en matière de santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire	Supplémentaire ; indicateur d'utilisation	-	Enquête	ME ; MS/ DMSU
VI.11	Adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels	Supplémentaire; indicateur de résultat	-	Enquête	MS/DSSB/ PNL5-IST
VI.12	Adolescents possédant une expérience sexuelle ayant utilisé des préservatifs lors des premiers/derniers rapports sexuels	Supplémentaire; indicateur de résultat	-	Enquête	MS/DSSB/ PNL5-IST
VI.13	Adolescents célibataires sexuellement actifs qui utilisent régulièrement des préservatifs	Supplémentaire; indicateur de résultat	-	Enquête	MS/DSSB/ PNL5-IST
VI.14	Hommes et femmes (15–24 ans) ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Supplémentaire; indicateur de résultat	3.75% (2009)	Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS 2010	MS/DSSB/ PNL5-IST

VII . SÉVICES SEXUELS

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
VII.1	La loi interdit les sévices sexuels	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Code Pénal (articles 228, 228 bis et 229); loi 95-93 du 09 novembre 1995 ; CPE	l'institution législative
VII.2	La loi interdit le viol dans le mariage	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Article 227 du Code Pénal (Modifié par la loi n°85-9 du 7 mars 1985 et la loi n° 89-23 du 27 février 1989).	Institution législative
VII.3	Stratégie/plan de lutte contre les sévices sexuels, y compris le viol conjugal	Principal ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Stratégie nationale de prévention des comportements violents au sein de la famille et de la société : la VFG à travers le cycle de vie	MAFF ; MS/ ONFP ; ONG
VII.4	Centres de prestation de services fournissant un appui médical, psychologique et juridique aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste	Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête	MAFF ; MS/ ONFP ; ONG
VII.4	Centres de prestation de services fournissant un appui médical, psychologique et juridique aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste	Principal ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête	MAFF ; MS/ ONFP ; ONG
VII.5	Soignants formés au dépistage des signes de sévices sexuels	Supplémentaire; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Rapports d'activité	MAFF ; MS/ ONFP/DSSB
VII.6	Nombre de cas de sévices sexuels signalés aux forces de l'ordre ces cinq dernières années	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	-	Rapports des forces de l'ordre	MIDL
VII.7	Nombre de cas de sévices sexuels signalés aux professionnels de la santé ces cinq dernières années	Supplémentaire; indicateur d'utilisation	-	Rapports d'activité	MS/DSSB/ ONFP

VIII. Violence fondée sur le genre (VFG)

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
VIII.1	La loi interdit la violence au sein de la famille	La loi interdit la violence au sein de la famille	oui	Code pénal ; CPE	l'institution législative
VIII.2	Stratégie/plan de lutte contre les VFG	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Stratégie nationale de prévention des comportements violents au sein de la famille et de la société.	MAFF ; MS/ ONFP ; ONG
VIII.3	Etablissements prenant en charge des femmes victimes de VFG	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	4 (2012)	Rapports d'activité	MAFF; MS/ ONFP ONG
VIII.4	Femmes informées sur les centres de PEC de la VFG	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MAFF; MS/ ONFP ONG
VIII.5	Femmes reconnaissant la VFG comme une violation des droits humains	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MAFF; MS/ ONFP ONG
VIII.6	Centres dispensant un paquet optimum de services aux victimes de VFG	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)	-	Enquête	MAFF; MS/ ONFP ONG
VIII.7	Femmes tout âge confondu, ayant appelé la ligne verte mise à la disposition des femmes victimes de VFG	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (utilisation)	-	Rapport d'activité	MAFF
VIII.8	Femmes prises en charge pour VFG	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (utilisation)	-	Rapport d'activité	MAFF

IX. Infertilité du couple

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
IX.1	Politique/ Programme/ Stratégie nationale en matière d'infertilité	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	non	ND	MS/ONFP
IX.2	Financement de la recherche par des donateurs dans le cadre de la lutte contre l'infertilité	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	-	ND	MS/ONFP ; Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ; Société de gynéco obstétrique ; associations scientifiques
IX.3	Etablissements disposant de services de prise en charge d'infertilité du couple	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête	MS/ONFP ; secteur privé
IX.4	Personnes 15-49 ans citant les IST comme une des causes principales d'infertilité du couple	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MS/ONFP ; ONG
IX.5	Couples infertiles citant au moins un centre de prise en charge	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MS/ONFP ; ONG
IX.6	Couples infertiles désireux d'une PEC	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)	-	Enquête	MS/ONFP ; ONG
IX.7	Disponibilité de normes de PEC de l'infertilité du couple	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)	-	Document comprenant les normes	MS/ONFP ; société de gynéco- obstétrique ; associations scientifiques
IX.8	Nombre de consultations pour infertilité du couple	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation	-	Rapports d'activité	MS/ ONFP/ DSSB ; services de gynécologie
IX.9	Couples infertiles ayant procréé au moins une fois après prise en charge	Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat	-	Enquête	MS/ONFP

X . Ménopause

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
X.1	Programme ou stratégie nationale en matière de ménopause	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	Non	Documents de référence	MS/ONFP/ DSSB; MAFF ; ONG
X.2	Structures sanitaires fournissant un appui médical et psychologique aux femmes en situation de ménopause	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Rapports d'activité	MS/ONFP/ DSSB
X.3	Structures de première ligne disposant d'au moins une personne formée en matière de prise en charge de la ménopause	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête	MS/ONFP/ DSSB
X.4	Femmes 15-49 ans citant au moins 3 risques liés à la ménopause	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (information)	-	Enquête	MS/ONFP/ DSSB ; société de gynéco-obstétrique ; associations scientifiques
X.5	Femmes 45- 54 ans désireuses de prise en charge de la ménopause (PEC)	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)	-	Enquête	MS/ONFP/ DSSB ; société de gynéco-obstétrique ; associations scientifiques
X.6	Centres dispensant un paquet minimum de PEC de la ménopause	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)	-	Enquête	MS/ONFP/ DSSB
X.7	Femmes 45-54 ans consultant pour troubles physiologiques de la ménopause	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation	-	Rapports d'activité	MS/ONFP/ DSSB
X.8	Femmes ménopausées prises en charge pour ostéoporose	Supplémentaire ajouté ; indicateur de résultat	-	Système d'information sanitaire	MS/ONFP/ DSSB/ services médicaux de prise en charge

XI. Cancer du sein

Indicateur Type		Type	Donnée de base	Source de données	Responsable
XI.1	Stratégie de lutte contre les cancers incluant le cancer du sein	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Rapports d'activité	MS/DSSB/ ONFP
XI.2	Financement des activités de cancer du sein par des donateurs dans le cadre de la recherche	Supplémentaire ajouté ; indicateur de déterminants politiques et sociaux	oui	Rapport d'activité DSSB 2009	MS/DSSB/ ONFP
XI.3	Etablissements disposant de mammographes	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Rapports d'inventaires	MS/DSSB
XI.4	Etablissements disposant au moins d'une personne formée en matière de diagnostic précoce du cancer du sein par palpation annuelle	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête ou rapports de formation	MS/DSSB/ ONFP
XI.5	Etablissements disposant d'au moins un radiologue formé pour la lecture de mammographie dans le cadre du dépistage	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (disponibilité)	-	Enquête ou rapports de formation	MS/DSSB/ ONFP
XI.6	Femmes de 15 ans et plus citant au moins deux moyens de détection précoce du cancer du sein	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (connaissance)	-	Enquête	MS/DSSB/ ONFP ; MDCI/INS ; ONG ; Sociétés savantes
XI.7	Femmes réclamant un examen des seins	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (demande)	-	Enquête	MS/DSSB/ ONFP ; MDCI/ INS ; ONG ; Sociétés savantes
XI.8	Unités dispensant d'un paquet minimum de prise en charge psychosociale et juridique	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'accès (qualité)	-	Rapports d'inventaire	MS/DSSB/ ONFP ; MAS ; ONG
XI.9	Femmes prises en charge pour cancer du sein	Supplémentaire ajouté ; indicateur d'utilisation	-		MS/DSSB

Fiche technique N° 1

Domaine d'activité : Domaine général

Base juridique, politique ou programmatique

Il n'y a pas de politique élaborée en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) mais suite à la ratification du Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD; Le Caire 1994), la Tunisie dispose d'un Programme National de la Santé Sexuelle et Reproductive.

Réalisations/ situation actuelle

1. Existence d'un budget alloué à l'ONFP spécifiquement à la SSR et d'un budget alloué à la DSSB pour le Programme National de Périnatalité (PNPRN)
2. Paiement direct par les ménages dans les dépenses totales sur la santé est de 37.6%.⁽⁵⁾
3. Quelques estimations budgétaires des flux financiers destinés à la SSR, sont réalisées par des enquêtes ne tenant pas compte de toutes les composantes.

Ecart observés

1. Politique de SSR non institutionnalisée : absence de cadre juridique, d'organe national chargé de la conception et du suivi de la mise en œuvre, absence d'organe de coordination chargé du suivi & évaluation.
2. Non disponibilité de plans d'action nationaux définissant les objectifs, les priorités et les stratégies d'intervention
3. Les fonds publics alloués à la santé ne sont pas répartis par programme, en l'occurrence la SSR ne bénéficie pas de fonds spécifiques. De ce fait, les estimations de fonds alloués à la SSR sont difficiles au niveau des trois lignes de soins et aussi dans le secteur privé.

Recommandations

1. Elaborer une politique de SSR
2. Mettre en place un mécanisme de mise en œuvre et de suivi fondé sur les trois principes:
 - a. UN plan d'action national en SSR englobant l'ensemble des coûts estimés;
 - b. UN organisme commun de coordination reconnu par la loi ;
 - c. UN cadre de suivi & évaluation intégré dans le plan d'action national

Domaine d'activité : Planification Familiale

Réalisations/ situation actuelle

1. Le financement national des activités de PF est bien structuré. Les produits contraceptifs sont distribués gracieusement dans les structures publiques et sont subventionnés par l'Etat dans les officines privées.
2. La disponibilité géographique des services de PF est assurée : la moyenne d'habitants par CSB est de 5200 résidant dans un rayon ne dépassant pas 5 kilomètres ou équivalant à une heure de marche (2010).
3. Secteur privé : 400 gynécologues, 6 polycliniques de la CNSS
4. 100% des centres dispensant des prestations de PF (N= 1912) sont dotés de stocks, de prestataires qualifiés (sages femmes) et proposent une gamme variée de méthodes contraceptives.
5. 62.5% des femmes utilisent des moyens de contraception.
6. L'indice Synthétique de Fécondité (ISF) est annuellement calculé par l'INS : Il était de 2.15 en 2011.
7. Le taux de natalité chez les adolescentes 15-19 ans est de 3 pour 1000 femmes âgées de 15-19 ans en 2012.

Ecarts observés

1. 19.37% seulement des CSB assurent une consultation de SR 6j/6 .
2. Informations non disponibles sur les activités et prestations PF dispensées dans le secteur privé.
3. 7 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, avaient des besoins non satisfaits en matière de contraception (MICS4).
4. Absence de données concernant les prestataires de soins ayant des pratiques professionnelles faisant obstacle médical à la contraception.
5. Absence d'informations sur le profil socio-économique et psychologique des adolescentes mères

Recommandations

1. Améliorer la rythmicité des consultations en SSR dans les CSB qui fonctionnent à un rythme inférieur à 6/6.
2. Investir sur les études et recherche afin de disposer de données probantes permettant d'améliorer l'accès à des prestations de PF de qualité.

Fiche technique N° 3

Domaine d'activité : Santé maternelle et périnatale

Base juridique, politique ou programmatique

La Tunisie dispose d'un cadre juridique favorable à la santé maternelle et périnatale:

- La loi N° 57/3 de 1957 impose obligatoirement l'enregistrement des naissances
- Décret N°99-1043 de 1999 officialise le modèle de certificat de décès à utiliser et qui contient une rubrique spécifique aux décès maternels
- La circulaire N°8 du 8 janvier 2006 du ministre de la Santé définit le contenu du suivi prénatal qui doit être appliqué par les prestataires de services.
- La circulaire N°102 du 27 octobre 2008 organise le système d'information sur la mortalité périnatale.

Réalisations/ situation actuelle

- La carte sanitaire garantit en Tunisie un accès satisfaisant aux services de périnatalité.
- Un programme national dédié à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale opère selon une stratégie établie et offre un paquet de services périnataux.
- Toutes les maternités périphériques dispensent des SOU et disposent de moyens de transferts vers les maternités de niveau 2 et de niveau 3 (soins néonataux intensifs)
- La mortalité maternelle a été réduite de 68,9 (1994) à 44,8 pour 100 000 NV (2008)
- 82,5% des femmes enceintes consultent au moins 4 fois durant leur grossesse.
- 98,5% des femmes enceintes accouchent dans des structures sanitaires.
- La mortalité infantile a été réduite de 39 ‰ (1990) à 16‰ (2011) soit une réduction d'environ 60%.
- La mortalité néonatale est de 11‰ naissances vivantes.

Ecart observés

- La qualité du suivi de la grossesse reste en dessous des normes (à savoir 5 CPN dont une médicale selon le calendrier national avec un contenu de qualité).
- Le taux de mortalité maternelle reste élevé par rapport à la cible

attendue (19/ 100 000 NV) dans le cadre de l'OMD5.

- L'enquête sur la mortalité maternelle en 2008 estime que la prise en charge autour de l'accouchement est inadéquate dans 56% des cas étudiés (50 cas sur les 82).
- Une disparité interrégionale et entre les milieux urbain et rural et périurbain persiste :
 - La MM est de 27,9 au Nord Est et 67 au Nord Ouest pour 100 000 NV
 - La mortalité infantile est de 12 ‰ NV dans le milieu urbain contre 25‰ NV dans le milieu rural.
 - La MICS 4 a mis en évidence que les indicateurs de la santé de la reproduction sont faibles pour les quintiles les plus pauvres: la couverture par 4 CPN est de 65.9% chez les plus pauvres contre 95.9% chez les plus riches.

Recommandations

- Décentraliser les plans opérationnels avec priorisation des régions défavorisées.
- Actualiser les référentiels de PEC en vue d'assurer une amélioration continue de la qualité des services.
- Mettre à niveau les services de néonatalogie des 2^{ème} et 3^{ème} lignes.

Domaine d'activité : Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Base juridique, politique ou programmatique

L'Article 214 du code pénal modifié par : la loi n° 65-24, décret –loi n°73-2 et adopté par la loi n°73-57 interdit l'avortement non médicalisé et autorise l'IVG dans un établissement hospitalier ou sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession.

Situation actuelle/ Réalisations

- Disponibilité de 3.4 établissements pour 500.000 habitants dans le secteur public pratiquant l'IVG et de 77 cliniques privées qui sont situées principalement dans le Grand Tunis et les régions côtières
- La distance moyenne la plus longue pour atteindre un hôpital régional où l'IVG chirurgicale est pratiquée est de 59km (Tataouine)
- La CNAM prend en charge l'IVG quand elle est pratiquée dans le secteur public
- Effectif des IVG réalisées en 2010 : 16979 dont 11633 avortements médicamenteux soit 68.5% du total d'IVG enregistrés dans les structures de la santé publique
- Mortalité maternelle imputée à des interruptions de grossesse : 6% des décès (2008).

Ecart observés

- Disparités régionales d'accès aux services d'IVG
- Manque d'information sur les prestations d'IVG dans le secteur privé
- Enregistrement d'environ 1500 naissances hors mariage avec abandon malgré la disponibilité des moyens de contraception et des services d'IVG .

Recommandations :

- La prise en charge des IVG dans le secteur privé par la CNAM améliorerait les connaissances sur le volume de cette activité dans ce secteur.
- Promouvoir les études et la recherche : connaissances des femmes de leurs droits en matière d'IVG ; déterminants des grossesses hors mariage, etc.

Domaine d'activité : IST/VIH/ Infections de l'appareil reproducteur/ pathologies liées à la reproduction

Base juridique, politique ou programmatique

La Tunisie dispose de :

1. Un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) qui a été mis en place en 1987 et a englobé la stratégie de lutte contre les IST en 1998. Le PNLS/IST est géré par la DSSB/MS.
2. Un programme national de SSR depuis 1994 (ONFP/MS) englobant la lutte contre le cancer du col et la prise en charge des IST .
3. Un programme national de lutte contre le cancer depuis 2001 (DSSB/MS) dont le cancer du col de l'utérus.

Réalisations/ situation actuelle

1. Application de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST au niveau de 80% des CSB et des 36 centres de l'ONFP
2. Disponibilité de 23 CCDAG fonctionnels dispensant le conseil et le test anonyme et gratuit du VIH
3. Données statistiques :
 - 7.7% des jeunes 15-24 ans connaissent les moyens de prévention et rejettent les idées fausses en matière de VIH (2012)
 - Femmes enceintes séropositives prises en charge pour le VIH : 9 en 2009 (DSSB)
 - 16.1% des femmes 35-59 ans ont bénéficié d'un frottis cervical en 2009 (DSSB)
4. Intégration et généralisation de la proposition obligatoire du test VIH chez toute femme enceinte à partir de 2014. Cette mesure contribuera certainement à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Ecarts observés

- Insuffisance de coordination entre l'ONFP et la DSSB dans la gestion des IST et du cancer du col de l'utérus
- Faible taux de dépistage du cancer du col chez les femmes âgées de 35-59 ans
- Difficulté d'accès des hommes atteints d'IST et des populations clés aux centres de prise en charge des IST
- Bien que figurant dans le bilan biologique systématique des femmes enceintes, pas de données sur la syphilis chez la femme enceinte

- La situation épidémiologique actuelle du VIH en Tunisie tend à l'épidémie concentrée au sein des populations clés : PS, UDI et HSH qui sont les moins bien desservies en raison entre autres de la législation répressive vis-à-vis de ces populations et de la peur de la stigmatisation dont elles font l'objet.

Recommandations

- Améliorer la coordination entre la DSSB et l'ONFP en respectant la mission de chaque institution et en attendant d'avoir un cadre national commun de gestion de la SSR.
- Unifier les algorithmes appliqués par la DSSB et l'ONFP dans la prise en charge des IST par approche syndromique.
- Intégrer la prise en charge des IST dans les CCDAG afin d'améliorer le recrutement des hommes et des populations clés et ce dans un cadre plus général d'intégration des activités SSR et VIH.
- Evaluer les programmes d'intervention et la qualité des activités IEC ciblant les jeunes dont les connaissances sont encore faibles en matière de transmission et de prévention du VIH.
- Œuvrer pour un environnement juridique favorisant l'accès des populations clés (TS, HSH et UDI) aux services SSR et VIH.

Domaine d'activité : Santé sexuelle en général ; Santé sexuelle des adolescents et des jeunes

Base juridique, politique ou programmatique

- Ratification du Plan d'Action de la CIPD (Caire ; 1994) qui a fait de la santé génésique, le pilier central du développement des pays.
- L'article 3 du CSP stipule que «Le mariage n'est formé que par le consentement des deux époux...».
- L'article 230 du code Pénal interdit les rapports sexuels entre personnes du même sexe.

Réalisations/ situation actuelle

- Le cours sur la santé de la reproduction est programmé à la neuvième année d'enseignement de base quoique théorique et n'englobe pas l'éducation sexuelle.
- L'ONFP, la DSSB et la DMSU dispensent des activités et forment les prestataires de services en matière de santé sexuelle, mais sans documents de références ni évaluation.

Ecarts et insuffisances observés

- Les centres de prestation de services en matière de santé sexuelle sont très peu nombreux comparés à la masse de jeunes (les jeunes âgés de 15-29 ans représentent 28.5% de la population totale; INS 2012)
- Non disponibilité de normes concertées unifiées et documentées, se référant aux droits humains en matière de santé sexuelle et adoptées par les intervenants.
- Pas d'éducation sexuelle à l'école.

Recommandations

- Préparer un plaidoyer auprès des ministères concernés par l'éducation et la formation des adolescents et jeunes (femme et famille, éducation, emploi, jeunesse, affaires sociales) pour mettre en place un programme d'éducation sexuelle avec une pédagogie adaptée aux différents niveaux et milieux.
- Renforcer la coordination entre l'ONFP, la DMSU et la DSSB pour mettre en place un programme d'éducation sexuelle à l'intention des populations cibles de ces institutions et leurs partenaires de la société civile.

Domaine d'activité : Sévices sexuels

Base juridique, politique ou programmatique :

- Références : Code pénal (articles 228, 228 bis et 229) complété et modifié par la loi 95-93 du 09 novembre 1995 ; Code de Protection de l'Enfance (CPE) publié conformément à la loi 95-92 du 09 novembre 1995
- La loi réprime la violence sexuelle et double les peines lorsque le coupable est un ascendant ou a de quelque manière que ce soit une autorité sur la victime ou lorsque celle ci est âgée de moins de 18 ans, conformément au CPE
- Le crime de viol est puni par l'article 227 du Code Pénal sans précision d'aucune exception pour le viol commis dans le mariage ce qui suppose tacitement qu'il est punissable.
- Une stratégie nationale de lutte contre les violences à l'égard des femmes, adoptée en 2008, traite des VFG dans leur ensemble y inclus la violence sexuelle.

Situation actuelle/ Réalisations :

- Un mécanisme spécifique a été mis en place depuis 1995 pour collecter les plaintes et protéger les enfants dont l'acteur clé est le Délégué de Protection l'Enfance.
- L'enquête nationale menée sur la violence fondée sur le genre (VFG) en 2010, montre que 14.2% des femmes (soit une femme sur sept) déclarent avoir été victimes de violence sexuelle durant leur vie avec leurs partenaires et 9% déclarent l'avoir subie durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Ecarts et insuffisances observés :

- La violence sexuelle à l'encontre des enfants et des adolescents est souvent commise en milieu fermé par une personne connue et ayant un pouvoir sur l'enfant, d'où le difficulté de dénonciation.
- La culture du silence domine la question des violences sexuelles, ce qui limite les plaintes.
- Actuellement, il n'existe pas de centres dispensant de services d'appui médical, psychologique et juridique destinés spécifiquement aux personnes victimes d'inceste et de viol.
- Les prestataires de santé sont souvent peu formés et sensibilisés à la question des violences sexuelles (y inclus le dépistage).

- Les données sur la question, en particulier sur les cas rapportés, demeurent insuffisantes.

Recommandations :

- Les intervenants auprès des enfants devraient être sensibilisés à la question des sévices sexuels.
- Les prestataires de service devraient être formés et sensibilisés au dépistage des violences sexuelles.
- Mettre en place une approche de prise en charge globale et intégrée des victimes de viol et d'inceste.
- Mettre en place un système sentinelle de surveillance des violences sexuelles auprès des structures de santé, des délégués à la protection de l'enfance (DPE), des ONG, des cellules d'écoute de la DMSU dans les établissements scolaires, etc.
- Encourager la population à signaler tout acte de violence ou de maltraitance à l'encontre de l'enfant au DPE.

Domaine d'activité : Violence Fondée sur le Genre

Base juridique, politique ou programmatique : (voir fiche n°7)

- La Tunisie est partie à différents instruments internationaux tels que la Convention Internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) qui prévoient des dispositions relatives à la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes.
- Le code pénal tunisien prévoit un certain nombre de dispositions dont certaines restent néanmoins insuffisantes.
- Une stratégie nationale de lutte contre les violences à l'égard des femmes a été adoptée en 2008.
- Par ailleurs, le Ministère des Affaires de la Femme et de la Famille a adopté en 2012 un cahier de charges national pour un centre d'accueil et d'hébergement des femmes victimes de violences.

Situation actuelle/ Réalisations

- L'enquête nationale réalisée en 2010 sur les violences à l'égard des femmes par l'ONFP, avec l'appui de la Coopération Espagnole, est venue confirmer l'ampleur du problème : 47,6% des femmes âgées de 18 à 64 ans enquêtées déclarent avoir subi au moins une des formes de violences au cours de leur vie (physique, sexuelle, psychologique et économique).
- Il existe quelques établissements qui offrent un appui spécifique aux femmes victimes de violences : le centre d'écoute et de prise en charge psychologique de l'ONFP situé à Ben Arous, les centres d'écoute de l'ATFD et de l'AFTURD présents dans la capitale et dans quelques régions.
- Des programmes de formations/renforcement de capacités du personnel médical et paramédical, et des psychologues ont été réalisés .
- Une ligne verte est fonctionnelle (2013).

Ecart et insuffisances observés

- L'application de la stratégie nationale a jusqu'à présent été limitée. Les mécanismes de mise en œuvre, de coordination intersectorielle, et de responsabilisation des différents secteurs ne sont pas clairement établis.
- Un système d'information sur les données en matière de VFG, prévu par la stratégie nationale, est en cours de finalisation.

- En ce qui concerne les services offerts, il n'y a, à l'heure actuelle, aucun centre qui assure la prise en charge globale des femmes victimes de violences.
- Pas de structure de référence pour la prise en charge.
- Les efforts en matière de sensibilisation et d'information demeurent limités. Les femmes dénoncent peu souvent les auteurs de violences et ne portent plainte que dans 17% des cas. 73% des femmes interrogées disent ne rien pouvoir attendre des structures et des services en place.

Recommandations

- Fixer des objectifs, des étapes à franchir et des délais pour l'application de la Stratégie Nationale.
- Accélérer la mise en place de la base de données nationale sur la violence contre les femmes afin de disposer des statistiques fiables sur toutes les formes de violence fondée sur le genre.
- Sensibiliser l'opinion publique et mener des programmes éducatifs en matière de VFG, y compris la violence au foyer et le viol conjugal.
- Créer des centres de consultation sans hébergement dispensant des services de qualité en respectant l'équité dans leur répartition géographique.
- Prévoir l'attribution par l'Etat d'un financement suffisant aux ONG œuvrant en VFG et fixer des critères objectifs pour l'octroi de ce financement.

Domaine d'activité : Infertilité du couple

Base juridique, politique ou programmatique

- L'ONFP a intégré la composante infertilité dans son programme SSR suite aux recommandations de la CIPD en 1994.
- Les services de gynécologie obstétrique assurent dans la mesure de leurs possibilités une prise en charge du couple infertile.
- Le secteur privé s'est organisé pour mettre en place des structures spécialisées de prise en charge du couple infertile.

Réalisations/ situation actuelle

- En Tunisie 10 à 15% des couples en âge de procréer consultent pour infertilité.
- Selon une étude réalisée en 2008 dans la région de Sousse, 88% des couples qui ont consultés dans le secteur public ont été inscrits dans un programme de procréation médicalement assistée (PMA).
- Actuellement la caisse nationale d'assurance maladie prend en charge en partie deux tentatives de PMA par couple à condition que la femme soit âgée de moins de 40 ans.

Ecarts/insuffisances observés

- Les études et recherches sur l'infertilité du couple sont parcellaires et insuffisantes.
- Les statistiques du secteur privé ne sont pas disponibles.
- Insuffisance de coordination entre secteur public et le secteur privé et au sein même du secteur public (ONFP, services de gynécologie).

Recommandations

- Elaborer des référentiels de prise en charge du couple infertile pour tous les services de gynécologie obstétrique.
- Renforcer et créer des services de référence pour la prise en charge du couple infertile afin de faciliter l'accès à toute la population.
- Développer une stratégie de communication et d'information en matière de prise en charge du couple infertile.
- Encourager les études et recherche sur l'infertilité du couple

Domaine d'activité : Ménopause

Base juridique, politique ou programmatique :

Sans objet

Situation actuelle/ Réalisations

- Disponibilité de certains centres de l'ONFP dispensant des prestations en matière de ménopause
- Insuffisance de données sur le vécu et les troubles climatériques chez la femme en ménopause en Tunisie

Ecart/Insuffisances observés

- Absence de CSB dispensant de prestations en matière de ménopause
- Les informations relatives aux prestations en matière de ménopause offertes par les centres de l'ONFP ne figurent pas dans leurs rapports d'activités.

Recommandations

- Intégrer les prestations en matière de ménopause dans les activités des CSB.
- Encourager les études et la recherche sur la ménopause.

Domaine d'activité : Cancer du sein

Base juridique, politique ou programmatique

Il existe une stratégie nationale de lutte contre le cancer du sein qui vise à réduire la morbidité et la mortalité à travers la prévention primaire, le diagnostic précoce, la prise en charge et le traitement, le suivi et l'évaluation ainsi que la recherche.

L'ONFP a adhéré à cette stratégie et a contribué par :

- L'élaboration d'une stratégie IEC pour la prévention contre le cancer du sein,
- La mise en place d'un programme de détection précoce du cancer du sein par examen clinique annuel dans toutes ses structures.
- Par la réalisation de deux études de recherche. La 1^{ère} sur «la faisabilité en Tunisie du dépistage mammographique du cancer du sein», l'évaluation a conclu que la Tunisie n'est pas encore prête à réaliser un pareil programme, et la 2^{ème} sur la faisabilité du diagnostic précoce par examen clinique annuel.

Réalisations/ situation actuelle

La Tunisie dispose d'un centre anticancéreux à Tunis et de 2 services d'oncologie médicale et radiothérapie à Sousse et Sfax

Les mammographes sont répartis essentiellement dans les grands centres situés sur la côte. Six mammographes sont disponibles dans la région du centre tunisien et un mammographe au centre de recherche de l'ONFP.

L'ONFP à travers ses 36 centres de SSR assure des services d'IEC et de diagnostic précoce par examen clinique annuelle des seins. Par soucis de qualité, les prestataires de l'ONFP ont tous bénéficié de formation en éducation à la santé et en examen clinique des seins.

Un projet de coopération Tuniso-Italien coordonné par le Ministère de la Santé a permis l'installation de deux mammographes et deux unités d'anatomopathologie ont été installées à Jendouba et à Gafsa. De plus et dans 12 régions concernées, ce même projet a permis la formation des médecins, sages femmes en matière d'examen clinique des seins, la formation des infirmiers en communication à la santé, ainsi que la formation en matière de recueil des données.

Ecarts/insuffisances observés

- Disparité régionale en matière de ressources humaines et matérielles.
- Manque de données statistiques incluant l'aspect socio comportemental.
- Insuffisance de coordination et d'échange entre les différents intervenants.

Recommandations

- Rapprocher le service à la population par la mise en place d'unités de prise en charge des femmes dépistées et traitées sur le plan de la qualité de vie.
- Renforcer la coordination intersectorielle en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des femmes.
- Renforcer le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale y compris la promotion des études et de la recherche.

Références

1. OMS/UNFPA. Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national. Considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés. 2008
2. OMS. Consultation technique internationale sur la santé sexuelle, 2002
3. OMS. Contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/Sida
4. Tunisie. Dépenses nationales en santé (dinars). 2005
(in: www.who.int/nhacountry:TUN-F.pdf)
5. MS. Quels chemin vers la couverture sanitaire universelle
6. DSSB/PNLS-IST. Rapport d'Activité sur la Riposte au Sida 2010/11-Tunisie. Mars 2012
7. INS. Enquête MICS4. Rapport préliminaire 2012
8. Nations Unies. Les Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2009
9. A. Belhaouane. Etude des causes de mortalité à l'hôpital Charles Nicolle durant les années 2006 et 2009. Thèse de médecine. 2012
10. Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire. Anémies en Tunisie. Causes et Données de bases d'intervention. Février 2002
11. MSP / DSSB / PNV. Guide de surveillance PNV avril 2011
12. R.T.Dellagi, I. Belgacem, M. Hamrouni et B. Zouari. Évaluation du système de suivi des décès maternels dans les structures publiques de Tunis (1999-2004). La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Vol. 14, No 6, 2008.
13. Emira Ben Hamida Nouaili, Sihem Chaouachi, Imen Ayadi, Amel Ben Said, Béchir Zouari, Zahra Marrakchi. Risk factors for perinatal mortality in a Tunisian population. International Journal of Gynecology and Obstetrics 111. (2010) 264–274.

14. Emira Ben Hamida Nouaili, Sihem Chaouachi, Amel Ben Said, Zahra Marrakchi . Déterminants de la mortalité néonatale, dans une population tunisienne. La Tunisie Medicale - 2010 ; Vol 88 (n°01) : 42 – 45
15. UNICEF. Un bilan de la nutrition ; numéro 4, mai 2006. (in : http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2006n4/index_lowbirthweight.html)
16. A. Ben Hamida. Etude sur l'IVG/ Avortements à risque dans le secteur de libre pratique en Tunisie. Rapport final. Janvier 2011
17. République Tunisienne. Plan stratégique national de lutte contre l'infection à VIH/sida et les IST 2006-2010
18. S. Ben Rejeb & A. Ben Hamida. Etude de la prévalence des IST auprès des consultantes des CSB en Tunisie. 2010
19. DSSB. PNLs et les IST. Analyse de la situation et de la riposte au VIH / sida et aux IST en Tunisie.2010
20. DSSB/ONUSida. Rapport d'activité sur la riposte au sida. Tunisie. Mars 2012
21. DSSB/PNLs et IST. Rapport de situation sur la riposte nationale au sida en 2013
22. DSSB: Analyse de la situation des infections au VIH/Sida 2005
23. DSSB/PNLs-IST. La prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles. Module de formation à l'usage des médecins et des sages femmes.2011
24. ONFP. Rapport d'activités. 2009
25. DSSB. Rapport d'activité 2009
26. A. Ben Said ; S. Ben Abdallah. Rapport d'évaluation des liens SSR/VIH en Tunisie, 2010
27. H. Moussa. Les services destinés aux jeunes : un processus en marche.
28. DDSB. Guide de formation à l'usage des professionnels des centres de dépistage anonyme et gratuit. 2009
29. ONFP. Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie. Décembre 2010
30. Programme Euromed Egalité hommes-femmes. Etat des lieux : Violence fondée sur le genre dans les pays de la Méditerranée du Sud. Avril 2011.
31. A. Saad. Baisse de la fertilité humaine. Communication orale. 2009 (in : http://www.onfp.nat.tn/simclient/consultation/binaries/stream.asp?instance=incipio&EIDMPA=INCIP_GED_RESS_7152)

Annexe I.

Comité technique de l'ONFP

Fatma Temimi
Faker Driss
Faouzi Mosbah
Nabila Lejri
Ridha Gataa

Annexe II.

Liste des participants aux ateliers

Amel Ben Saïd, Héla Chelly, Fatma Temimi, Hafedh Chekir, Mohamed Hassairi, Abdelwahed El Abassi, Samir Bouarrouj, Badreddine Bouguerra, Hedia Chaouachi, Meriem Haddad, Aicha Chaherli, Tarek Ghdira, Azzek Khantech, Mahmoud Ghouil, Slah Meddeb, Majed Zemni, Sihem Essaafi, Afef Lassoued, Faouzia Trimech, Aida Ismail, Leila Arfaoui, Mohamed Chaouch, Hayet Hamdouni, Amara Jemli, Abdelmajid Ben Hamida, Achraf Mrabet, Yosra Majdoub, Hajer Letaif, Imene Testouri, Hanen Benzarti, Mejda Hammadi, Monia Jouini, Mohamed Mokded, Faouzi Mosbah, Nabila Lejri, Faker Driss, Ridha Gataa, Najoua Abderrabba, Rym Fayala, Anne Emmanuelle Hassairi, Mouflida Mathlouthi Guiga, Abdedeyem Khelifi, Dhouha Halleb, Hayet Jedidi, Adnène BelHaj Aissa, Rebh Cherif, Slim Khanouch, Dhafer Néji, Rhaim Rezgui, Nesrine Abidi, Samia Dahmen, Raïhane Ben Abdennebi, Fairouz Ghorbel, Habiba Triki, Héla Skhiri, Myriam Ben Mamou, Mohammed Belhocine, Leila Joudane, Delphine Lavaissiere, Akthem Fourati, Georges Gonzalès, Hannen Guesmi, Hayet Labassi.

Annexe III.

Tableau des indicateurs supprimés

Déterminants: facteurs politiques et sociaux			
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (principal, supplémentaire, élargi)
Planification familiale	Financement des activités de planification familiale par des donateurs	Oui/Non	Supplémentaire
	Financement national des activités de planification familiale	Oui/Non	Principal
Santé maternelle et périnatale	Enregistrement à l'accouchement de l'incidence des mutilations sexuelles féminines	Oui/Non/sans objet	Elargi
Santé sexuelle	La loi interdit le mariage des hommes et des femmes de moins de 18 ans	Oui/Non	Elargi
Pratiques dangereuses	Stratégie/plan pour l'abandon des mutilations sexuelles féminines (selon les besoins locaux, sur la base des recherches locales sur les pratiques culturelles)	Oui/Non/sans objet	Elargi
	Existence d'une réglementation médicale contre la pratique des mutilations sexuelles féminines	Oui/Non/sans objet	Elargi

Acces: disponibilite			
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (Principal, supplémentaire, élargi)
Santé maternelle et périnatale	Population vivant dans des zones dotées de systèmes locaux d'orientation et de transport des malades vers des services spécialisés	Pourcentage	Supplémentaire
Elimination des Avortements non médicalisés	Soignants formés à l'interruption de grossesse médicalisée dans la mesure autorisée par la loi	Pourcentage	Supplémentaire
Santé sexuelle	Autres mécanismes g pour la distribution d'informations, de services et de fournitures liés à la santé sexuelle	Oui/Non	Supplémentaire
Sérvices sexuels	Policiers formés à la lutte contre les sérvices sexuels	Pourcentage	Supplémentaire
Pratiques dangereuses	Centres de prestation dispensant des services médicaux, psychologiques et autres services indispensables aux victimes de mutilations sexuelles féminines, et assurant leur orientation vers des services spécialisés	Pourcentage	Elargi
	Etablissements d'enseignement médical dispensant une formation à la prévention et la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines	Nombre	Elargi
Santé sexuelle des adolescents	Disponibilité d'autres mécanismes de prestation de services pour la santé sexuelle et génésique des adolescents (éducation assurée par d'autres jeunes, marketing social des préservatifs, par ex.)	Oui/Non	Supplémentaire

Acces: information

Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (Principal, supplémentaire, élargi)
Santé maternelle et périnatale	Connaissance des services disponibles pour les complications de la grossesse	Pourcentage	Supplémentaire
Elimination des Avortements non médicalisés	Personnel de santé connaissant la législation en matière d'avortement	Pourcentage	Supplémentaire

Acces: qualite

Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (Principal, supplémentaire, élargi)
Elimination des Avortements non médicalisés	Centres de prestation de services pratiquant l'avortement chirurgical pour la prise en charge des complications de l'avortement	Oui/Non	Supplémentaire

Utilisation des services

Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (Principal, supplémentaire, élargi)
Santé maternelle et périnatale	Soins qualifiés à l'accouchement	Pourcentage	Principal
IST/infections de l'appareil reproducteur et pathologies liées à la reproduction	Femmes présentant une fistule vésico-vaginale ayant bénéficié d'un traitement chirurgical (réparateur)	Pourcentage	Elargi
Sérvices sexuels	Cas signalés ci-dessus ayant entraîné des poursuites	Pourcentage (de tous les cas signalés)	Supplémentaire

Resultats			
Santé sexuelle et génésique	Indicateur	Type de mesure	Type d'indicateur (Principal, supplémentaire, élargi)
Planification familiale	Naissance ces 3 ou 5 dernières années d'enfants nés moins de 24 mois après le précédent	Pourcentage	Supplémentaire
	Femmes de 15–49 ans sexuellement actives, exposées au risque de grossesse, qui ne sont pas enceintes, n'utilisent aucune méthode de contraception, n'allaitent pas, déclarant essayer d'être enceintes depuis deux ans ou plus	Taux	Supplémentaire
Santé maternelle et périnatale	Femmes en âge de procréer (15–49 ans) dont le taux d'hémoglobine a révélé l'anémie	Pourcentage	Principal
	Prévalence/incidence des fistules obstétricales	Taux	Elargi
Elimination des Avortements non médicalisés	Admissions en obstétrique et gynécologie consécutives à une interruption de grossesse	Pourcentage	Principal
	Taux d'hospitalisation pour des avortements non médicalisés pour 1000 femmes	Taux	Supplémentaire
	Interruptions de grossesse pour 1000 FAR	Ratio	Principal
IST/infections de l'appareil reproducteur et pathologies liées à la reproduction	Femmes enceintes de 15–24 ans se présentant à la consultation prénatale, positives pour la syphilis	Pourcentage	Principal
Santé sexuelle	Femmes déclarant avoir subi des mutilations sexuelles féminines	Pourcentage	Elargi
	Taux de natalité chez les adolescentes	Taux	Principal

