



PLAN NATIONAL DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

2021 – 2030



PLAN NATIONAL DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

2021 – 2030



Photos Crédit UNFPA Tunisie



Ce plan national de santé sexuelle et reproductive 2021-2030, a été développé dans le cadre d'un projet de coopération entre le Fond des Nations Unies pour la Population et l'Office National de la Famille et de la Population et a réuni plusieurs représentants des institutions et organisations impliquées dans les programmes de SSR.

PROMOTEURS

Office National de la Famille et de la Population

7 Av. de Cheikh Hattab Bouchnek Centre urbain nord 1082 Tunis 1002, Tunisie

Président-Directeur Général : Pr Habib Ghédira

Fond des Nations-Unis pour le Population – Bureau de Tunis

Dr Rym Fayala

Dr Mouna Mayoufi

CONSULTANTS NATIONAUX

Pr Abdelaziz Falfoul

Pr Fayçal Ben Salah

Pr Mohamed Hssaïri

COMITÉ D'EXPERTS - AXES STRATÉGIQUES

Coordinateur : M. Faouzi Mosbah

Axe 1 : Mme Fatma Bouhamed (Modérateur) - Mme Kaouther Saïdi (Rapporteur)

Axe 2 : Pr Monia Ferchiou (Modérateur) - Dr Najoua Abedrrabba (Rapporteur)

Axe 3 : Dr Hedia Belhaj (Modérateur) - Mme Fethia Messaoud (Rapporteur)

Axe 4 : M. Hafedh Chekir (Modérateur) - Mme Raja Kefi (Rapporteur)

Axe 5 : M. Rachid Ben Amor (Modérateur) - Mme Hanen El Euch (Rapporteur)

Liste complète des Participants en Annexe

COMITÉ DE LECTURE

Dr Hayet Labbassi

Dr Dhouha Halleb

Dr Fatma Temimi

Dr Najoua Abderrabba

Dr Yasmina Ben Hammadi

M. Mnawer Bouhdima



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBREVIATIONS	06
RESUME EXECUTIF	08
I. INTRODUCTION	12
II. ANALYSE DE LA SITUATION	16
1. CONTEXTE GENERAL ET ENJEUX DE LA SSR EN TUNISIE	17
2. ETAT DES LIEUX DE LA SSR EN TUNISIE	19
2.1 Mortalité maternelle	19
2.2 Contraception, interruption volontaire de la grossesse, suivi pré, per et post natal	20
2.2.1 Contraception	20
2.2.2 Interruption volontaire de la grossesse	20
2.2.3 Consultation prénuptiale	21
2.2.4 Suivi prénatal	21
2.2.5 Assistance à l'accouchement	21
2.2.6 Examens de santé post-natals	22
2.2.7 Taux de fécondité des adolescentes	22
2.3 Infertilité	23
2.4 Ménopause	23
2.5 Les infections sexuellement transmissibles et les infections au VIH.	23
2.6 Cancers du sein et du col de l'utérus	24
2.7 Violence basée sur le genre	25
2.8 Groupes à risque et vulnérables	25
2.9 Réponse nationale pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive	26
2.9.1 Les fondements constitutionnels et juridiques	27
2.9.2 La stratégie de promotion de la SSR adopte une approche planifiée et programmatique	28
2.9.3 Nombreuses insuffisances au niveau des programmes de SSR	29
2.9.3.1 Les droits constitutionnels et juridiques ne sont pas totalement concrétisés	29
2.9.3.2 Les tendances des indicateurs d'effet et d'impact ne sont pas assez satisfaisantes	30
2.9.3.3 Les ressources humaines sont insuffisantes	31
2.9.3.4 Les équipements sont insuffisants	31
2.9.3.5 Les ressources financières consacrées par l'état à la SSR sont relativement limitées	31
2.9.3.6 Des inégalités en matière d'accessibilité (géographique et organisationnelle)	31
2.9.3.7 Les changements au niveau des connaissances sont assez limités	32

III.	PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN NATIONAL SSR 2021-2030	34
IV.	CADRE STRATEGIQUE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE 2021-2030	36
IV.1	Vision	37
IV.2	But	37
IV.3	Principes directeurs et valeurs	37
IV.4	Public cible	38
IV.5	Axes stratégiques	38
	Axe 1 Renforcer l'autonomisation des bénéficiaires au niveau des choix et décisions en matière de SSR	39
	Axe 2 Investir pour une offre globale et de qualité des services de SSR	41
	Axe 3 Garantir des environnements juridique /politique, familial et socio-culturel favorables	47
	Axe 4 Renforcer le suivi, l'évaluation et la recherche	49
	Axe 5 Garantir une meilleure gouvernance et leadership	52
V.	MISE EN ŒUVRE ET PILOTAGE DE LA STRATÉGIE	56
V.1	Gestion et coordination de la stratégie	57
V.2	Rôles et responsabilités	57
VI.	REFERENCES	62
ANNEXES	Résultats de l'analyse SWOT	66
ANNEXE 1	Les engagements de la Tunisie, en matière de SSR pour la période 2020-2030, exprimés dans le cadre de la réalisation des ODD 2030 ou du programme d'action de la CIPD 25	66
ANNEXE 2		70



Liste des abréviations

ATSR	Association Tunisienne de Santé de la Reproduction
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CeFIR	Centre de Formation Internationale et de Recherche
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSB	Centre de Santé de Base
CSP	Code du Statut Personnel
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSSP	Direction Générale des Structures Sanitaires Publiques
DHMPE	Direction de l'Hygiène du Milieu et de Protection de l'Environnement
DIU	Dispositif Intra-Utérin (DIU)
DMSU	Direction de Médecine Scolaire et Universitaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DSSR	Droits en Santé Sexuels et Reproductifs
FAR	Femmes en Age de Reproduction
FMAR	Femme Mariée en Age de Reproduction
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IEC	Information Education Communication
INEAS	Instance Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JORT	Journal Officiel de la République Tunisienne
MFFS	Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille et des Séniors
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MDICI	Ministère du Développement et de la Coopération Internationale
ME	Ministère de l'Education
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MS	Ministère de la Santé

MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
MT	Maladies Transmissibles
NTIC	Nouvelles Technologies d'Information et de la Communication
ODD	Objectifs de Développement Durable
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-gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU SIDA	Programme Conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
PC	Prévalence Contraceptive
PF	Planification Familiale
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNSSR	Plan National de la Santé Sexuelle et de la Reproduction
PSESSR	Panier des Soins Essentiels de SSR
PS	Professionnel de Santé
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMNN	Santé Maternelle et du Nouveau-Né
SN	Stratégie Nationale
SR	Santé Reproductive
SSD	Système de Surveillance des Décès
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
STEM	Société Tunisienne pour l'Étude de la Ménopause
STGO	Société Tunisienne de Gynéco Obstétrique
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Résumé Exécutif

Le Plan National de Santé Sexuelle et Reproductive 2021-2030 (PNSSR 2021-2030) est tributaire des succès et des leçons tirées des stratégies et des programmes antérieurs et en vigueur, ayant un lien avec la santé sexuelle et reproductive (SSR), et se propose d'élargir et approfondir les efforts nationaux pour répondre d'une manière coordonnée aux principales préoccupations en matière de SSR. Ce plan a été élaboré pour diriger la mise en œuvre d'une approche intégrée de la planification et de la programmation de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au cours des dix prochaines années. Il fournit un schéma directeur pour réaliser la vision d'un programme intégré tout en soutenant la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) et le plan d'action de la CIPD et les engagements de la Tunisie à la CIPD+25.

Certes, il est indéniable que la Tunisie a enregistré plusieurs acquis en matière de SSR en termes (i) d'adoption des méthodes et pratiques de SSR scientifiquement démontrées couvrant les différentes composantes de SSR; (ii) de qualification des prestataires et la gratuité de certaines composantes de la prise en charge tels que les services de planification familiale ; (iii) de l'interdisciplinarité et l'implication des acteurs et des partenaires nationaux et

internationaux ; (iv) de la diversification des stratégies de communication. Néanmoins, en termes de mise en œuvre et de réalisations, mais on relève la persistance de plusieurs insuffisances au niveau des programmes de SSR engagés. C'est ainsi que les tendances des indicateurs d'effet et d'impact ne sont pas assez satisfaisantes, en particulier la baisse de la prévalence contraceptive (PC) entre 2012 et 2018 ; il existe un manque en ressources humaines et financières, et aussi en équipements. Il existe en outre des inégalités en matière d'accessibilité aux services de SSR et un manque de coordination, de collaboration intra sectorielles et intersectorielles aux différents niveaux, national, régional et local.

Compte tenu de cette situation, le groupe de personnes ressources qui a participé à l'élaboration de ce plan s'est fixé comme **vision** :

Une situation où chaque être humain en Tunisie, jouit de tous ses droits fondamentaux en santé sexuelle et reproductive, de manière équitable, harmonieuse et adaptée à ses besoins tout au long de son cycle de vie et ce sans discrimination, contrainte, ni violence, tels que garantis par la Constitution, même en situation de crise.

A travers cette vision, le PNSSR 2021-2030 définit comme **public cible** toutes les personnes résidant en Tunisie, y compris: les adolescents, les femmes en âge de procréer, les hommes, les populations clés, y compris les professionnels du sexe, les UDI, les prisonniers et les HSH, les migrants, les réfugiés et les personnes handicapées et les femmes victimes de violence basée sur le genre.

Le but de ce plan est d'assurer et faciliter l'accès de la population tunisienne aux services de qualité de la SSR, en tant que droit humain contribuant au développement. (UNFPA).

Ce plan SSR 2021-2030 a été élaboré en mettant l'accent sur **les principes directeurs et valeurs** suivants :

Principes

- Concordance de la vision et des objectifs du PNSSR 2030 aux orientations et aux interventions des stratégies et programmes nationaux de santé incluant des objectifs liés à la SSR, tout en évitant les chevauchements de tâches et en garantissant la cohérence requise des activités.
- Les services et soins sont centrés sur la personne.
- Les services et soins sont basés sur les besoins et les préférences des bénéficiaires.
- Choix éclairé et interventions par les décideurs.

- Des services de santé accessibles continus et équitables.
- Des interventions fondées sur les meilleures bases factuelles disponibles, en prenant en compte les ressources et les capacités du pays.
- Des interventions structurées sur les déterminants sociaux.
- La reconnaissance de l'importance des interventions interdisciplinaires ; l'instauration d'une gouvernance et le renforcement des capacités pour une action intersectorielle ; le renforcement de la responsabilisation ; et la constitution de partenariats durables entre tous les intervenants dans la SSR : (partenariat international, PPP et société civile).

Valeurs

- Engagement pour des prestations de qualité.
- Le droit à la non-discrimination et égalité des sexes avec l'autonomisation des bénéficiaires.
- Engagement dans la promotion du bien-être de la population pour tout ce qui est SSR.
- Respect des choix de la population, relatifs à la SSR.
- Engagement à assurer l'équité et la lutte contre la discrimination.



Cinq axes, cinq effets et 29 produits ont été identifiés, convergeant vers un accès universel à la SSR :

 **Axe 1** : Renforcement de l'autonomisation des bénéficiaires au niveau des choix et décisions en matière de SSR.

Effet 1.1 : Les bénéficiaires sont informés sur les composantes de la SSR, mènent une vie sexuelle satisfaisante et contribuent à la performance du programme et à la qualité.

 **Axe 2** : Investissement pour une offre globale et de qualité des services de SSR.

Effet 2.1 : Au moins 80% de la population cible des SSR, y compris les populations vulnérables, ont accès, sans discontinuation, à l'ensemble des prestations du paquet SSR, et pour les populations vulnérables aux actions dans le cadre des programmes de soutien en leur faveur.

 **Axe 3** : Environnement juridique/politique, familial et socio culturel favorable.

Effet 3.1 : Politique et cadre juridique renforcés pour la santé sexuelle et reproductive.

 **Axe 4** : Renforcer le suivi, l'évaluation et la recherche.

Effet 4.1 : Le système d'information offre une information pertinente, fiable, ventilée et en temps et exploitable pour les besoins de monitoring et d'évaluation des activités du PNSSR et des performances des programmes.

 **Axe 5** : La Garantie d'une meilleure Gouvernance et leadership.

Effet 5.1 : Les processus de gouvernance, de coordination efficace et de financement du PNSSR, impliquant l'engagement de toutes les parties prenantes et garantissant aux citoyens une vie saine et productive, fondée sur les valeurs sociétales d'équité et de justice sociale, ainsi que sur les principes de transparence, d'efficacité, de réactivité, et de redevabilité sont élaborés, adoptés et mis en place à travers une structure nationale de coordination de SSR.

Le PNSSR 2021-2030 vise ainsi à aider à surmonter les obstacles à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive en fournissant le cadre de mise en œuvre de services et d'activités conçus pour améliorer les conditions actuelles.

Au niveau de la mise en œuvre du plan, l'ONFP a la responsabilité de diriger la coordination du PNSSR, et d'œuvrer pour la mobilisation de ressources locales et internationales. Un comité national de pilotage du PNSSR sera créé ; il sera chargé, en conformité avec les principes de la gouvernance, de la définition des mécanismes de coordination et des responsabilités et de la redevabilité des intervenants, de l'implication de l'ensemble des acteurs, de la mise en œuvre et du suivi du PNSSR, et de la prise en considération de la santé sexuelle dans les stratégies nationales de santé.

Le suivi et l'évaluation du PNSSR 2021-2030 seront effectués par l'Unité de S&E au sein de l'ONFP. L'Unité sera chargée de la coordination du cadre de suivi et d'évaluation de la réponse multisectorielle au niveau national.



© UNFPA TUNISIE



I.

Introduction



Au cours des dernières décennies, la Tunisie a enregistré des progrès indéniables dans l'amélioration de l'état de santé de la population, notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle infantile et néo natale. Mais en dépit de ces progrès, les indicateurs de planification familiale ont accusé une baisse assez marquée entre 2012 et 2018, avec notamment un fléchissement de la prévalence contraceptive durant cette période de 12% (de 62.5% à 50.7%) à l'échelle nationale, et 15,2% pour la région du centre ouest (Kasserine, Kairouan et Sidi Bouzid) ; le taux de mortalité maternelle demeure relativement élevé par rapport aux cibles des objectifs de développement durable (ODD), la violence basée sur le genre est un défi de taille et la nécessité d'accélérer la réalisation d'une vie sexuelle et reproductive saine de tous les êtres humains est primordiale.

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est internationalement reconnue comme l'une des composantes essentielles du développement de la société ; elle représente l'une des orientations prioritaires de la politique du secteur de la santé. Selon le rapport de la commission Guttmacher-Lancet, chaque année dans le monde, plus de 200 millions de femmes veulent éviter une grossesse mais n'utilisent pas des méthodes de contraception modernes ; 25 millions d'avortements non sécurisés. En plus, une femme sur trois est victime de violence basée sur le genre à un moment donné de sa vie ; Entre 49 millions et 180 millions de couples dans le monde pourraient être touchés par l'infertilité, puisque les services sont principalement disponibles uniquement pour les riches. [1]. Dans le domaine du cancer, dans le monde, on comptait en 2018 chaque année 2,088849 million de cas de cancer du sein chez la femme et 569847 cas de cancer du col utérin, 626679 décès par cancer du sein et 311365 par cancer du col utérin [2].

Compte tenu de cette situation, la stratégie d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive a été retenue à l'échelle internationale comme une priorité majeure. L'Organisation des Nations Unies a déclaré en 2015 « Transformer notre monde : le Programme 2030 pour le développement durable » et 17

objectifs de développement durable ont été adoptés. De même, les indicateurs de la SSR figurent parmi ceux de l'ODD3 et ODD5. La commission Guttmacher-Lancet a mis l'accent sur l'importance des services de planification familiale, d'avortement sans risque, d'éducation sexuelle complète, d'interventions pour lutter contre la violence basée sur le genre, le diagnostic et le traitement de l'infertilité. La commission recommande que les gouvernements s'engagent à atteindre l'accès universel aux services de la SSR.

La santé sexuelle et reproductive (SSR) a été définie lors de la conférence du Caire de 1994 comme « l'état de 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. C'est ainsi que tous les individus ont droit de prendre des décisions régissant leur corps et d'accéder aux services qui soutiennent ce droit [3]. Chaque individu a le droit de faire ses propres choix concernant sa santé sexuelle et reproductive ; ce qui implique que les personnes devraient pouvoir avoir une vie sexuelle satisfaisante et sécurisée, la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence [4,5]. La reconnaissance de ce concept par de



nombreux pays représente un tournant décisif qui élargit les domaines de santé maternelle et de planification familiale de la vision démographique vers une notion de droit et de bien-être en tout ce qui concerne l'appareil génital, indépendamment des cycles de vie. Pour sa part, la santé reproductive se réfère plutôt à tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. Elle inclut donc la santé sexuelle et s'étend vers les notions de maternité, de paternité, de planification familiale ainsi qu'aux affections qui touchent à l'appareil génital.

Pour que l'accès universel à la SSR devienne une réalité, des stratégies nationales de promotion de la SSR doivent être élaborées et mises en œuvre par les pays.

La Tunisie a été un pays précurseur dans l'appropriation de ce concept et son intégration dans ses politiques de développement. Dans ce cadre, elle a entrepris le renforcement de son projet de société, initié depuis l'indépendance et basé sur l'émancipation de la femme, l'éducation et la santé pour tous y compris la planification familiale ; à travers l'engagement d'un processus multidimensionnel et continu pour mieux adapter les bases législatives, institutionnelles et programmatiques aux exigences de la mise en œuvre du concept SSR. Cet effort s'est traduit par de nombreux acquis dans le domaine de SSR à travers les programmes de planification

familiale (PF) ; de santé maternelle et néonatale (SMNN) y compris l'interruption volontaire de grossesse (IVG/IVG) ; de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et des infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; de Santé des adolescents et jeunes ; de lutte contre la violence fondée sur le genre (VFG) ; de lutte contre les cancers féminins, la prise en charge de l'infertilité et de la ménopause. Cette volonté s'est traduite également par la diversification des approches multisectorielles et participatives dans l'analyse de la situation, la prise de décision et la mise en œuvre des actions ainsi que par l'attention accordée au développement des capacités et de l'infrastructure de prise en charge des pathologies du système reproducteur.

Néanmoins, malgré ces réalisations, quelques insuffisances persistent ; en rapport avec l'absence de couverture d'un certain nombre de domaines de SSR et de nombreux droits constitutionnels ne sont pas encore assurés. En conséquence, la mise en place d'une nouvelle stratégie s'impose ; elle se justifie également par la volonté de réaliser les objectifs de l'agenda 2030 et de se conformer aux engagements déclarés lors du sommet de Nairobi sur la CIPD +25. Un tel résultat ne peut se réaliser sans le renversement de certaines tendances socioculturelles menaçant les acquis réalisés en la matière ; la garantie de l'accès universel à l'ensemble des services de SSR de manière adaptée aux spécificités et aux

choix des bénéficiaires ; et sans le renforcement des mécanismes de concertation, de mise en œuvre de suivi et de financement planifié et programmé des services de SSR. C'est dans cette optique de consolider et développer les acquis que l'élaboration du plan national de SSR (PNSSR 2021-2030) a été engagée.



© UNFPA TUNISIE

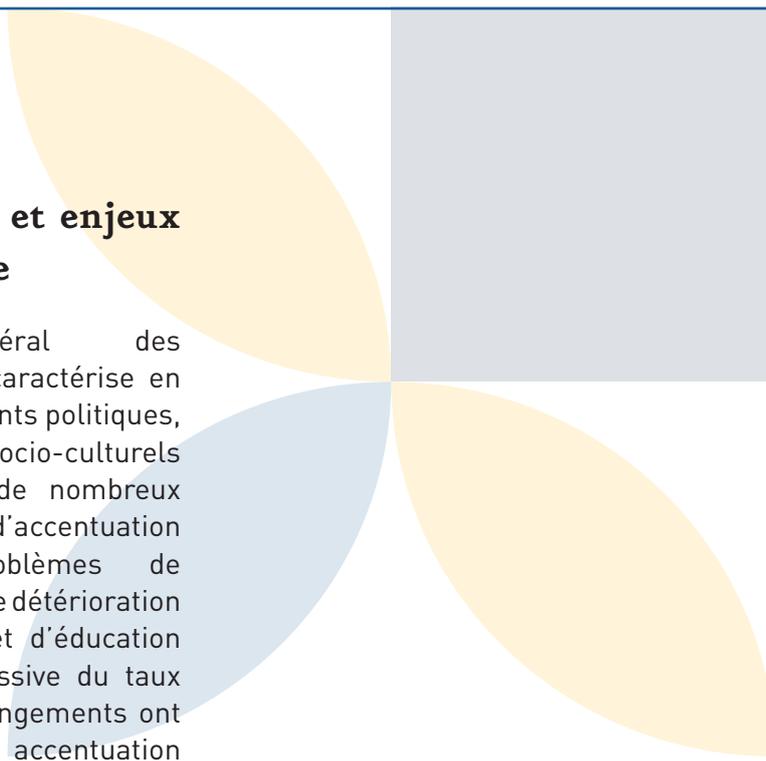


II.

Analyse de la situation



© UNFPA TUNISIE



I. Contexte général et enjeux de la SSR en Tunisie

L'environnement général des programmes de SSR se caractérise en Tunisie, par des changements politiques, démographiques et socio-culturels profonds qui, de l'avis de nombreux experts, sont source d'accentuation du célibat, des problèmes de comportements à risque, de détérioration des systèmes de santé et d'éducation et d'augmentation progressive du taux de chômage, etc. Ces changements ont pour conséquences une accentuation des besoins de la population aux services de SSR, prononcés par l'épidémie de la COVID-19, nécessitant la mise en œuvre urgente de mesures anticipatives pour prévenir la dilapidation des acquis en la matière.

I.1 Contexte démographique

Sur le plan démographique, la Tunisie a enregistré, depuis le (début) des années 2000, la fin de la période de transition démographique sous l'effet des programmes de planification familiale et du recul de l'âge du mariage. Les tendances démographiques au cours des cinq dernières années sont marquées par la stabilisation du taux de croissance de la population (depuis 2007 et estimé à 1,1 en 2018), de l'indice synthétique de fécondité (depuis 2000 et estimé à 2,22 en 2017) ; et du taux brut de natalité (estimée à 17.5/1000 en 2018). Pour sa part, l'espérance de vie à la naissance ne cesse

d'augmenter, pour atteindre 75.4 ans en 2018. Quant aux perspectives d'évolution de la population, les projections de l'INS estiment qu'il y aura une poursuite de la baisse de la proportion des personnes âgées entre 15 et 60 ans, pour atteindre 57% en 2044 ; alors que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus, poursuivra sa progression pour atteindre 24,2% en 2044. De même la proportion des femmes en période de ménopause ne cesse de croître, nécessitant la mise en place de certaines mesures pour la prise en charge des troubles en rapport avec cet état (cf 2.4 ménopause).



/ Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au cours de la période 2014-2018 /

Indicateur	Unité	2014	2015	2016	2017	2018
Natalité	Pour 1000 Habitants	20.5	19.9	19.41	18.19	17.5
Nuptialité	Pour 1000 Habitants	20.1	19.4	17.4	16.7	16.1
Divorces	Nombre	14527	14982	15632	16452	14527
Taux d'accroissement Naturel	Pourcentage	1.48	1.4	1.39	1.22	1.16
Indice synthétique de fécondité	Indice	2.42	2.3	2.31	2.21	2.17
Espérance de vie à la naissance	An		74.9	75.1	75.4	75.4

INS. MISE À JOUR : 24/06/2020

1.2- Contexte économique

La situation d'instabilité politique persistante a induit un immobilisme économique et un climat social tendu, aggravé par la pandémie de la COVID-19 qui se sont traduits par une série d'indicateurs socio-économiques alarmants dont le maintien du chômage à 15,1%, un taux de croissance économique de 1,4% en 2019 et des prévisions de contraction de 4% du PIB en 2020 en raison principalement de l'impact COVID-19 [7]. Une telle situation a été à l'origine d'un fléchissement de l'engagement des pouvoirs politiques en faveur de la SSR, comme en témoignent la baisse de la prévalence contraceptive entre 2012 et 2018, la rupture de stock des produits contraceptifs (DIU surtout et parfois pilule) pendant plus de 6 mois en 2018 notamment dans les CSB ruraux (CSB 2), le manque de ressources humaines dans les CSB 2¹. C'est ainsi que de nombreuses analyses, synthétisées dans le « Projet de la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 » [8], révèlent que le système de santé tunisien traverse une crise grave et durable mettant en cause notamment : le rendement du

secteur public qui est le porte-drapeau de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des politiques de santé ; les acquis de la protection sociale contre le risque malade ; la transition vers la décentralisation ; ou les capacités de l'Etat dans la gestion des déterminants sociaux de la santé.

1.3- Contexte socio-culturel

Sur le plan socio-culturel, on relève l'émergence et l'accentuation de nombreux obstacles sociaux et culturels agissant sur le comportement en matière de SSR et entravant l'accès à ses services tels que : la remise en cause par nombreux acteurs de la société des acquis en matière de statut de la femme et des droits sexuels et reproductifs ; la discordance dans les débats socio-culturels et les politiques sur le droit en matière de SSR, le rejet et la stigmatisation des femmes célibataires et de l'homosexualité ; le refus de l'avortement par certains professionnels des structures publiques et privées ; ou la non fréquentation des services SSR par les jeunes par crainte de scandale et de stigmatisation.

¹ Constats rapportés dans l'étude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie-2020

Selon le rapport préliminaire, l'étude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie-2020, 31.2% des professionnels de santé (PS) impliqués dans les activités de la SSR pensent que la religion interdit l'avortement avant 3 mois de grossesse. D'une part, selon les résultats de cette enquête, des cas, 46% des PS des CSB 1 et 80% des PS des CSB 2 pensent que l'accord du mari est nécessaire pour pratiquer une IVG. Outre la montée du conservatisme, ces facteurs sont également amplifiés par l'inefficacité des programmes de lutte contre l'analphabétisme dont le taux reste élevé dans la population générale (19,2% en 2019 avec des disparités selon les régions, le milieu et le genre [9]). D'autre part, avec l'augmentation du nombre d'étudiants provenant de l'Afrique Subsaharienne, et le constat de l'existence de certaines demandes d'excisions génitales, nécessite des mesures urgentes pour remédier à cette situation et interdire ce genre de pratiques à l'encontre des droits humains.

2. Etat des lieux de la SSR en Tunisie

Pour que l'accès universel à la SSR devienne une réalité, il est nécessaire d'adopter une approche globale dans ce domaine ; cela signifie qu'il faudra fournir un paquet d'interventions essentielles de SSR à offrir pour tous et dans toutes les structures de santé de première ligne. En 2013, l'ONFP a entrepris une initiative de définir un paquet essentiel de services de santé sexuelle et reproductive, pour offrir des services de qualité, respectant

les droits humains et les valeurs universelles qui soient accessibles à tous. Les prestations ayant été identifiées sont relatives à la planification familiale, à l'Interruption Volontaire de la Grossesse, à la consultation prénuptiale, à la consultation prénatale, à la consultation postnatale, aux prestations en rapport avec les IST-VIH/sida, à la prévention, dépistage et diagnostic des cancers du sein et du col utérin, à la prise en charge du couple infertile et de la ménopause, à la consultation en SSR pour les adolescents et les jeunes, et dépistage, prévention et prise en charge des femmes victimes de violence.

2.1 Mortalité maternelle

En dépit des progrès enregistrés dans le domaine de la santé, le pays n'a pas atteint l'objectif de réduire de trois quarts du taux de mortalité maternelle, entre 1990 et 2015, même si ce taux reste parmi les moins élevés de la région MENA. La première enquête nationale, menée en 1993-94, a situé le niveau de mortalité maternelle en Tunisie à 70/100 000 naissances vivantes. Une deuxième enquête a été menée en 2008, mettant en évidence une baisse de ce taux le situant à 44,8 / 100 000 naissances vivantes. Les causes directes de décès maternels étaient incriminées en 2008 dans 67.2% des cas ; il s'agit principalement de l'hémorragie (31.7%) de la toxémie gravidique (11.0%), des infections (9.6%) et de la thromboembolie (6.0%). Les principales causes indirectes étaient l'aggravation d'une maladie cardiaque (14.5%) et un cancer (4.9%).



Une stratégie nationale de santé maternelle et néo natale a été élaborée pour la période 2020-2024 ; elle visait à atteindre un taux de mortalité maternelle de moins de 22.8/100 000 en 2024.

Cette stratégie comporte six objectifs stratégiques (i) Assurer l'accès équitable aux services de santé maternelle et néonatale selon le parcours de soins. (ii) Renforcer la qualité des services de SMN. (iii) Renforcer les ressources humaines de santé maternelle et néonatale. (iv) Renforcer la gouvernance avec redevabilité en SMNN. (v) Renforcer la participation communautaire et l'approche multisectorielle en matière de SMNN. (vi) Améliorer le Système d'Information Sanitaire relatif à la SN-SMNN. Toutefois, en raison de contraintes budgétaires et logistiques, cette stratégie a du mal à être mise en œuvre.

2.2 Contraception, interruption volontaire de la grossesse, suivi pré, per et post natal

2.2.1 Contraception

Le pourcentage de besoins de planification familiale satisfaite avec les méthodes modernes est l'un des indicateurs utilisés pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif de développement durable, cible 3.7, visant à assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, incluant la planification

familiale, l'information et l'éducation et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux. Selon les résultats de l'enquête MICS 6, la prévalence contraceptive (PC) était de 50.7% [11], soit une baisse de 12 points par rapport à l'année 2012 (62.5%) [12].

Chez les jeunes femmes, cette PC était encore plus faible (32.2% dans le groupe d'âge 20-24 ans et 46.9% dans le groupe d'âge 25-29 ans). La proportion de besoins de planification familiale satisfaite avec les méthodes modernes était de 62.8%, soit une baisse relative de quatre points par rapport au niveau enregistré en 2012 (73.2%) [12] ; elle était contre nos attentes, plus élevée en milieu rural (65.7% en milieu rural contre 61.4% en milieu urbain) et la proportion la plus élevée a été observée dans la région du Sud-Ouest (68.1%). Chez les jeunes femmes, cette proportion était plus faible par rapport à l'ensemble des femmes mariées en âge de procréer, soit 50.9% dans le groupe d'âge 20-24 ans et 56.2% dans le groupe d'âge 25-29 ans.

2.2.2 Interruption volontaire de la grossesse

En Tunisie l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée par l'article 214 du Code pénal (modifié par le décret-loi N°73-2 du 26 septembre 1973). Le nombre annuel d'IVG a connu une tendance à la hausse jusqu'en 1990, avec un nombre de 20.000 IVG dans le secteur public (Cliniques de l'ONFP

et Services de Planning Familial des Hôpitaux) ; puis il a connu une baisse à partir de cette date. Selon les données de l'Enquête Nationale Violence envers les femmes- Tunisie 2010, plus de 15% des femmes mariées en âge de reproduction (FMAR) ont déclaré avoir pratiqué au moins une fois l'interruption volontaire de grossesse. L'avènement de l'avortement médicamenteux a marqué un tournant dans la pratique de l'IVG.

Ce type d'avortement a été introduit en Octobre 2002 dans 10 gouvernorats (Bizerte, Tunis, Ariana, Ben Arous, La Manouba, Nabeul, Sousse, Monastir, Kairouan et Sfax.), puis généralisé en 2010.

2.2.3 Consultation prénuptiale

La présentation d'un certificat prénuptial est nécessaire pour l'accomplissement du contrat de mariage (Loi 64-46 du 3 Novembre 1964 - arrêté du 28 juillet 1995, arrêté du 16 décembre 1995 et la circulaire N° 58/96 du 8 Mai 1996) ; toutefois, il a été constaté qu'il y a une certaine complaisance chez quelques médecins au niveau de la délivrance de ce certificat. C'est pourquoi, il a été convenu au niveau de l'élaboration des paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale, l'adoption de mécanismes efficaces pour aboutir à une vraie consultation prénuptiale avec une garantie de la gratuité des examens complémentaires.

2.2.4 Suivi prénatal

Des indicateurs de couverture de soins prénatals sont utilisés pour suivre dans la Rubrique Couverture Universelle des soins de santé, l'ODD 3.8 qui concerne l'indicateur de la santé maternelle et reproductive. En matière de suivi prénatal, la Tunisie a adopté un calendrier de suivi prénatal comprenant cinq consultations pour les grossesses sans facteurs de risque, soit une consultation au premier trimestre de la grossesse, la deuxième au quatrième mois, la troisième au sixième mois, la quatrième au huitième mois et la cinquième au neuvième mois. Le taux de couverture par au moins quatre consultations prénatales était de 84.1% en 2018 [11] ; un niveau sensiblement similaire à celui rapporté dans l'enquête MICS4-2012 [12] (85.1%). Il existe des disparités géographiques, notamment entre les deux milieux urbain et rural (88.5% en milieu urbain contre 76.6% en milieu rural).

2.2.5 Assistance à l'accouchement

L'assistance à l'accouchement revêt une importance considérable ; car les trois-quarts de tous les décès maternels surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum immédiate. L'indicateur de l'intervenant qualifié à l'accouchement sert à suivre les progrès vers l'Objectif de développement durable 3.1, à savoir réduire la mortalité maternelle et il est l'indicateur ODD 3.1.2.



La quasi-totalité (99.5%) des naissances survenues au cours des deux années précédant l'enquête l'ont été avec l'assistance d'un personnel qualifié [11]. Il existe par conséquent très peu de disparités géographiques.

Le taux d'accouchement par césarienne est élevé et préoccupant, se situant à 43.2% en 2018 [11] ; soit une nette augmentation par rapport à la période 2011-2012 [12](27%). Cette proportion était la plus élevée dans le Nord EST (55.3%). De même, les césariennes étaient plus fréquemment pratiquées en milieu urbain (46.4%) par rapport au milieu rural (37.7%).

2.2.6 Examens de santé post-natals

L'enquête MICS 6 [11] a révélé que 40.5% des mères n'ont eu recours à aucune consultation postnatale au cours des six premiers jours suivant l'accouchement ; soit une nette amélioration par rapport à la période 2011-2012 (82%). Ce pourcentage est le plus élevé dans la région du Sud Est (64.5%) et il est plus élevé en milieu rural (46.3% en milieu rural contre 37.2% en milieu urbain).

2.2.7 Taux de fécondité des adolescentes

Le taux de fécondité des adolescentes âgées de 15-19 ans était de 4/1000 en 2018[11]. Ce niveau est satisfaisant car les taux les plus bas observés dans le

monde se situent dans cette fourchette. Par ailleurs, selon les mêmes résultats de l'enquête MICS 6, 1,5% des femmes âgées de 15-24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans (2,2% en milieu rural et 1,2% en milieu urbain) ; et aucune d'elles avant l'âge de 15 ans.

2.3 Infertilité

L'infertilité était auparavant reléguée au second plan au niveau de l'échelle des priorités ; elle occupe de plus en plus d'intérêt au sein de la société. On estime que ce problème touche environ 15% des couples en âge de procréer [13,14]. Il a des répercussions psychologiques en termes de troubles anxio-dépressifs, notamment chez la femme touchant environ 89% des femmes stériles.

D'après les chiffres de la Société Tunisienne de la Fertilité et de la Stérilité, les infertilités sont à parts égales (30%) d'origine masculine, féminine, ou mixte et 10% sont d'origine inconnue. Le tabac demeure le premier facteur de stérilité chez les hommes, suivi des maladies sexuellement transmissibles, du diabète et des expositions professionnelles à la chaleur ou à des substances et produits ayant un certain taux de toxicité. Il est à noter qu'au niveau mondial, la prévalence de l'infertilité était restée stable entre 1990 et 2010 [15,16].

2.4 Ménopause

Avec l'avènement de la transition démographique, la proportion des femmes en âge de ménopause ne cesse d'augmenter ; c'est ainsi que la proportion des femmes ménopausées était de 16.9% en 2001, est passé à 18% en 2018. Elle atteindra 30.2% en 2030 et 38.1% en 2044. La prise en charge des troubles de la ménopause, tant aux plans somatique que psychologique, font l'objet, en première ligne du secteur public, de quelques initiatives, notamment par l'ONFP ; mais elles demeurent insuffisantes.

2.5 Les infections sexuellement transmissibles et les infections au VIH

En Tunisie, il n'existe pas de système de surveillance performant des infections sexuellement transmissibles. Le nombre d'IST déclaré en 2013 était de 61176 cas. Ces chiffres restent réellement sous-estimés en raison d'une importante sous déclaration. La prévalence de présence de papillomavirus dans les prélèvements génitaux varie de 6,5% à 32% chez la femme Tunisienne. Le nombre de cas de syphilis notifiés chez l'adulte (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) était de 21 ; alors que le nombre de cas d'écoulement urétral notifiés chez l'homme était de 498 [17].

Concernant les infections au VIH, l'épidémie est de type concentré, avec des prévalences dépassant les 5% dans les groupes à risque élevé, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et chez les usagers de drogues injectables (UDI). Selon les estimations de l'ONUSIDA de 2019 (disponible sur le site <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>), 6400 [4300 - 9100] adultes (prévalence <0.1 [<0.1 - 0.1]) étaient des personnes vivants avec le VIH, dont 1600 [1100 - 2400] femmes.

Le nombre de nouvelles infections par le VIH était inférieur à 1000 [<500 - 1000] et inférieur à 200 [<100 - <500] chez la femme. Concernant la mortalité à cause du VIH, le nombre de décès chez l'adulte était inférieur à 500 [<200 - <500], et il est inférieur à 100 [<100 - <100] chez la femme. Il est à noter que le ministère de la santé dispose d'un plan stratégique de riposte contre le VIH/Sida et contre les IST pour la période 2015-2018 et actuellement en vigueur[18].

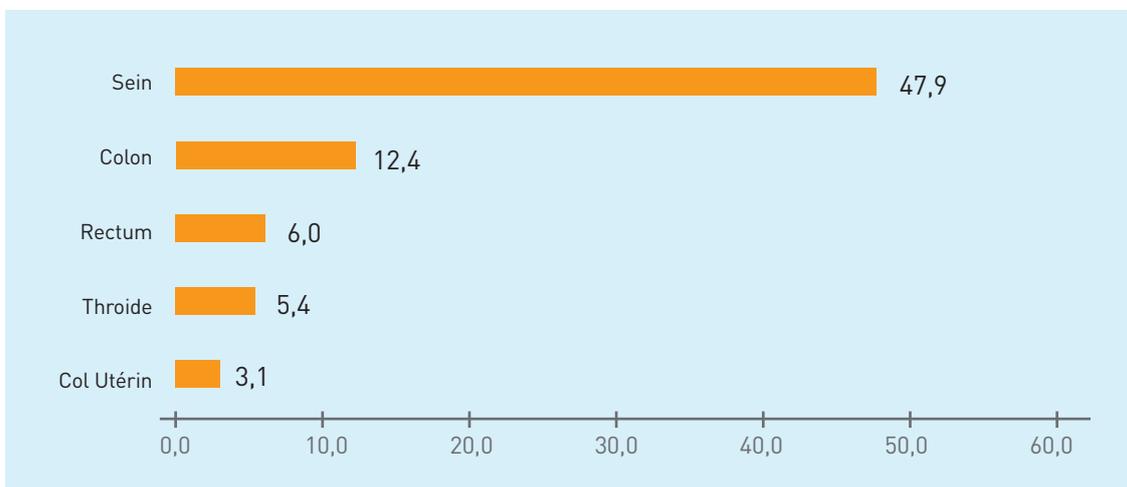
Par ailleurs, selon les résultats d'une étude récente menée par le Groupe Tawhida Ben Cheikh[19], l'âge médian du premier rapport sexuel était de 16,4 ans pour les filles et 17,4 ans pour les garçons. Cette enquête a en outre rapporté que 63% des garçons et 21% des filles célibataires du grand Tunis, âgés de 15 à 24 ans, ont eu des rapports sexuels ; et 64% d'entre eux ont eu des comportements sexuels à risque.



2.6 Cancers du sein et du col de l'utérus

Selon les données prédites par le registre du cancer du Nord Tunisien, chez le sexe féminin, c'est le sein qui est de loin la localisation la plus fréquente avec une incidence standardisée de 47.9/100 000 ; alors que le cancer du col utérin occupe la cinquième position avec une incidence standardisée de 3.1/100 000 (figure 1). Si l'incidence du cancer du col utérin observe une tendance à la baisse ; ce n'est pas le cas pour le cancer du sein, avec un nombre de nouveaux cas en nette augmentation [20].

Le ministère de la santé dispose d'un plan stratégique de lutte (contre) le cancer pour la période 2015-2019, et un nouveau plan pour la période 2021-2030 est en cours d'élaboration. Le dépistage et le diagnostic précoce des cancers du sein et du col utérin figurent comme composantes essentielles de ce plan. Cependant, Les taux de couverture sont cependant faibles (20% des femmes du groupe d'âge cible bénéficient annuellement d'un examen clinique des seins et 15% ont eu un frottis cervical au cours des cinq dernières années).



/ Figure 1 : Taux d'incidence standardisés des principales localisations cancéreuses – sexe féminin -Tunisie -2019 /

2.7 Violence basée sur le genre

La violence basée sur le genre est relativement fréquente en Tunisie. Selon les résultats d'une enquête menée en 2010, «une femme, mariée sur six, a été victime de violences sexuelles au moins une fois dans sa vie, principalement de la part de son partenaire intime» [21]. ; 47,6% des femmes tunisiennes âgées de 18 à 64 ans ont été victimes d'au moins une forme de violence dans leur vie. Cependant, très peu de femmes signalent cette violence aux autorités.

Une stratégie nationale de lutte contre la violence fondée sur le genre a été élaborée en 2008, actualisée en 2012 et mise à jour selon la loi 58-2017 en 2019, avec notamment la mise en place d'une assistance téléphonique pour les femmes victimes de violence, à travers une ligne verte gratuite accessible 24 heures pour fournir des services d'écoute et d'orientation aux femmes victimes de violence et la mise en place de centre d'hébergement, écoute et conseils. Après la révolution de 2011, des avancées dans la législation pour lutter contre la violence à l'égard des femmes ont été enregistrées. C'est ainsi que l'article 46 de la constitution adoptée en 2014 stipulant que l'État doit prendre toutes les mesures nécessaires pour éradiquer la violence à l'égard des femmes ; en 2017, il y a eu l'adoption de la loi organique n° 2017-58 destinée à l'élimination de la violence à l'égard des

femmes. Cette loi adopte une définition large de la violence en prenant en compte les violences physiques, morales, sexuelles, économiques et politiques. Son approche est globale et vise davantage (i) à prévenir les violences faites aux femmes, (ii) à protéger les victimes sur les plans juridiques, physiques et psychologiques, (iii) à poursuivre les auteurs des violences faites aux femmes, (iv) et prendre en charge les victimes à travers un accompagnement spécifique.

2.8 Groupes à risque et vulnérables

Dans plusieurs pays, les états de santé et les comportements sont souvent défavorables pour certaines populations. Il existe des groupes à risque élevé pour le VIH/Sida et les IST, particulièrement les travailleuses du sexe, les UDI et les HSH. Les personnes avec un bas niveau de scolarisation ont souvent des débuts de rapports sexuels avant l'âge de 17 ans.

Un certain nombre de groupes vulnérables ont besoin d'un soutien (spécifique) ciblé pour améliorer leur santé sexuelle et bien-être. Il s'agit notamment des migrants et des personnes handicapées. Les migrants qui sont souvent en situation précaire ont de faibles connaissances sur la SSR, et les expériences d'accès aux services



de santé sexuelle et reproductive sont limitées, en comparaison avec d'autres jeunes femmes du même groupe d'âge. Les principaux obstacles à l'accès et la participation aux services de la SSR sont généralement liés à la culture et aux origines religieuses, leurs expériences pré-migration, l'impact du statut juridique sur l'accès aux services de santé, les coûts et les problèmes de langue et de communication [22].

Concernant les personnes handicapées, particulièrement une déficience intellectuelle, la recherche a révélé que les prestations de SSR sont compliquées par des problèmes juridiques et du manque de personnel qualifié pour la prise en charge adaptée de ces populations [23]. Ces personnes sont également exposées à des risques d'exploitation sexuelle, et il existe aussi des attitudes négatives de la population à l'égard de l'activité sexuelle chez ces personnes.

2.9 Réponse nationale pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive

La Tunisie est une exception au sein du monde arabe et africain. En effet, dès les années 1960, le pays a initié une politique, a initié une politique de population originale porteuse d'une vision proposant la résolution de manière intégrée aussi bien des problèmes démographiques que de ceux du développement. Les principaux acquis sont :

- ▶ La ratification de toutes les conventions internationales en rapport avec la SSR.

Cet engagement couvre nombreux domaines de la SSR à savoir :

- l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive ;
 - l'exercice des droits en matière de procréation ;
 - la réponse aux besoins d'information et de service de planification familiale ;
 - la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle de promotion de la santé des adolescents et des jeunes 2020-2030 ;
 - l'intégration complète de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires ;
 - la lutte contre les violences basées sur le genre ;
 - le financement de la mise en œuvre intégrale du programme d'action de la CIPD ;
 - les innovations en matière de santé numérique et l'amélioration des systèmes de données ;
 - la défense du droit aux soins de santé sexuelle et reproductive dans les contextes humanitaires et fragiles.
- ▶ La création de l'ONFP et la mise en œuvre d'une politique soutenue de PF ;
 - ▶ la création du Conseil supérieur de population ;

- ▶ l'intégration des questions de population et SR/PF dans les plans quinquennaux de développement ;
- ▶ l'élaboration de contrats-programmes sectoriels ;
- ▶ l'âge minimal au mariage a été rehaussé en 1964 à 17 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes ;
- ▶ la légalisation de l'avortement gratuit a été promulguée en 1965 pour les femmes mariées, puis en 1973 pour toutes les femmes ;
- ▶ la mise en place de programmes nationaux et d'interventions en matière de SSR, pilotés par l'ONFP, la DSSB et la DMSU.

La réussite de cette expérience a fait l'objet d'une reconnaissance et de soutien des institutions internationales qui se sont traduits par l'engagement de nombreux projets de coopération et par la désignation, par l'UNFPA, de l'ONFP/Tunisie comme « centre d'excellence » en matière de santé de la reproduction pour le monde Arabe et pour l'Afrique en 1994 ; ainsi que par l'intégration du CeFIR dans la formation des responsables et des prestataires des services de SSR des pays francophones africains et des pays arabes et sa désignation en tant que centre collaborateur de l'OMS en 2009.

2.9.1 Les fondements constitutionnels et juridiques

Les programmes de SSR/PF se réfèrent à de nombreux droits constitutionnels, en remarquant que les dispositions de la constitution de 2014 ne reconnaissent pas clairement les droits à la SR, et à une panoplie de lois et de textes juridiques avant-gardistes. On cite, à ce propos, et à titre indicatif quelques références constitutionnelles et légales :

- ▶ Les droits constitutionnels liés à la SSR. Il s'agit particulièrement du/de :
 - Droit à la santé prescrit dans l'art.38 qui stipule que «tout être humain a droit à la santé» et que «la prévention et les soins de santé sont garantis à tout citoyen».
 - L'égalité entre les sexes et la protection des droits de la femme consacrées dans le préambule de la constitution qui annonce « l'égalité de tous les citoyens et citoyennes en droit » et dans plusieurs articles du chapitre 2 réservé aux droits et libertés dont l'art.21 qui précise que « les citoyens et les citoyennes, sont égaux en droits et devoirs. Ils sont égaux devant la loi sans discrimination aucune » ; et que « l'Etat garantit aux citoyens les libertés et les droits individuels et collectifs ».
 - Le droit à l'éducation et à l'information prévus par les art. 32 et 39 qui indiquent que « l'État garantit le droit à l'information et le droit d'accès à l'information » ; et que « l'instruction est obligatoire jusqu'à l'âge de seize ans ».



- La protection de la dignité formulée notifiée dans l'art.23 : « L'État protège la dignité de l'être humain et son intégrité physique et interdit la torture morale ou physique ».
- la protection de la vie privée à travers l'art. 24 qui stipule que « L'État protège la vie privée et l'inviolabilité du domicile et la confidentialité des correspondances, des communications et des données personnelles ».

► Les lois et les textes juridiques tels que :

- Le Code du statut personnel, promulgué en 1957, a instauré l'égalité entre l'homme et la femme dans nombreux domaines, a aboli la polygamie et a institué le divorce judiciaire (Décret du 13 août 1956, portant promulgation du Code du Statut Personnel).
- Le Code de l'enfance (Loi N° 95-92 du 9 novembre 1995, relative à la publication du code de la protection de l'enfant) qui accorde, aux adolescents de moins de 18 ans, le droit aux informations et aux services de santé et leur garantit toute protection contre la discrimination, les abus et l'exploitation.
- La loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes.
- La loi n° 91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire qui stipule que l'Etat garantit des soins de santé gratuits ou subventionnés aux groupes ayant les revenus les plus bas dans le cadre de deux régimes publics d'assistance médicale.
- Loi 71-46 du 2 août 1971 portant création et organisation de l'Institut National de Planning Familial et de Protection Maternelle et Infantile et par conséquent le lancement «légal» du planning Familial.
- La loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles qui précise les modalités d'intervention de l'Etat pour assurer la prévention et la prise en charge de ces maladies ainsi que les devoirs et les droits des patients atteints d'une MT.
- L'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) interdisant le viol dans le mariage.
- La loi organique du 09 Octobre 2018 relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale en Tunisie.

2.9.2 La stratégie de promotion de la SSR adopte une approche planifiée et programmatique

Le développement de la SSR est basé sur la planification et la programmation des activités de prévention, d'identification et de suivi des priorités des populations cibles ; ainsi que sur l'amélioration progressive de l'accès physique et financier à des SSR de qualité, le ciblage des populations à risque ou vulnérables et l'implication des acteurs et de la communauté dans la prise des décisions et leur mise en œuvre. Cette démarche a permis le renforcement, l'élargissement et la restructuration de nombreux programmes de SSR existants dont :

- Le Programme de Planning Familial lancé depuis 1966 ;

- ▶ Le Programme National de périnatalité, lancé en 1989, offre la gratuité du suivi prénatal et postnatal dans les centres de santé publique et ceux de santé reproductive ;
- ▶ Le Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive englobant la lutte contre le cancer du col et la prise en charge des IST lancé en 1994 (ONFP/MS) ;
- ▶ Le Programme National de lutte contre le cancer depuis 2001 (DSSB/MS) y compris les cancers du sein et du col de l'utérus ;
- ▶ Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) mis en place en 1987 et a inclus la stratégie de lutte contre les IST en 1998 ;
- ▶ Le Programme National de santé des adolescents scolarisés, mis en place en 1990 ;
- ▶ La PEC des cas d'IST symptomatiques par approche syndromique initiée dans les CSB en l'an 2000 ;
- ▶ Le Plan National d'élimination de l'hépatite C lancé en 2016 afin d'éliminer l'hépatite en 2021 ;
- ▶ L'adoption, en 2020, d'un Programme d'éducation à la santé sexuelle dès l'école primaire dans 13 gouvernorats pilotes. l'enseignement cible les enfants dès l'âge de 5 ans et s'appuie sur des objectifs, des référentiels et des outils pédagogiques adaptés à l'âge de l'enfant.

Depuis leur lancement, ces programmes ont été périodiquement révisés afin d'adapter leur contenu à l'évolution des besoins des populations cibles et à la

dynamique du contexte national, et de leur assurer la conformité aux exigences de la qualité et à celles des recommandations internationales en la matière. Ces révisions se font souvent sur la base d'une dynamique interinstitutionnelle associant les différentes représentations des acteurs parmi les professionnels et les partenaires départementaux, institutionnels, communautaires et internationaux. Parmi les dernières révisions, on cite, à titre indicatif, le Plan Stratégique National de la riposte au VIH/sida et aux IST 2015-2018 en Tunisie, la stratégie de santé maternelle et néonatale 2020-2024, la stratégie nationale multisectorielle de promotion de la santé des adolescents et des jeunes 2020-2030.

2.9.3 Nombreuses insuffisances au niveau des programmes de SSR

Il est indéniable que la Tunisie a enregistré plusieurs acquis dans le domaine de la SSR ; néanmoins, en termes de mise en œuvre et de réalisations, mais on relève la persistance de plusieurs insuffisances au niveau des programmes de SSR engagés en rapport avec les politiques et les démarches engagées. C'est ainsi que les raisons qui justifient le besoin d'une stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive sont les suivantes :

2.9.3.1 Les droits constitutionnels et juridiques ne sont pas totalement concrétisés

Malgré les efforts engagés par certaines institutions et la mobilisation permanente de la société civile, le processus de la mise en œuvre de la constitution s'annonce assez long et ce pour nombreuses considérations d'ordre politique, économique ou social. Parmi ces considérations, on souligne particulièrement l'instabilité politique et



la crise socio-économique de la Tunisie d'une part, et l'absence de mécanismes de redevabilité et de transparence des autorités politiques et administratives d'autre part. De ce fait, la population en Tunisie ne jouit pas encore de manière effective de ses droits à la SSR.

D'autre part, quelques insuffisances persistent encore sur le plan juridique ; c'est le cas de la non promulgation de nombreux textes d'application et la non révision de nombreux textes juridiques contraires à la constitution. C'est le cas aussi, de la soumission de la ligature des trompes à la présentation d'un document signé par le mari contrairement aux dispositions de l'art.21 de la constitution garantissant aux citoyens les libertés et les droits individuels ; il en est de même pour les mesures sanctionnelles prévues par les lois pénales en cas de rapports sexuels en dehors du cadre de mariage ou entre adultes consentant du même sexe, qui sont contradictoires avec le droit à la vie privée, prévu par l'art. 24 de la constitution et l'article 230 du code pénal qui criminalise l'homosexualité.

Il est aussi important de souligner que les recommandations figurant dans l'observation générale N°41 (2000) du comité des droits économiques, sociaux et culturels, relatives au droit à la santé[24] incluant la participation de la population à la prise des décisions de santé qui la concerne et l'application de 4 principes à savoir : (i) la disponibilité en quantité suffisante des biens et des services en matière de santé publique et de soins de santé ; (ii) l'accessibilité physique et économique sans discrimination, (iii) l'acceptabilité en assurant une offre de biens et services respectueux de l'éthique médicale et de la culture des individus

et des communautés ; et (iv) la qualité scientifique et médicale des services, ne sont pas entièrement respectées.

2.9.3.2 Les tendances des indicateurs d'effet et d'impact ne sont pas assez satisfaisantes

Le niveau des indicateurs de performance de SSR ne sont pas satisfaisants, avec des (disparités) inégalités géographiques et socioéconomiques assez marquées. Globalement, les niveaux des indicateurs d'effet et d'impact sont moins satisfaisants en milieu rural et chez les personnes de faible niveau de scolarisation et appartenant à la catégorie économique des plus pauvres.

- ▶ Niveau encore relativement élevé de la mortalité maternelle et néo natale. Il est à noter que la Tunisie n'a pas pu réaliser dans le passé la cible requise de 25/100,000 naissances vivantes en 2015 de l'OMD 3.
- ▶ Augmentation importante des taux de césarienne
- ▶ Baisse de la prévalence contraceptive et du pourcentage de besoins de planification familiale satisfaite avec les méthodes modernes, passant de 73.2% en 2012 [12], à 62.8% en 2018 [11].
- ▶ Niveau relativement élevé de violence basée sur le genre
- ▶ Niveau relativement élevé de comportement sexuel à risque. C'est ainsi que 63% des garçons et 21% des filles célibataires du grand Tunis, âgés de 15 à 24 ans, ont eu des rapports sexuels ; et 64% d'entre eux ont eu des comportements sexuels à risque [13].

- ▶ La situation de l'épidémie du VIH/Sida est passée d'un niveau de faible prévalence et peu active (avant 2014) à un niveau d'épidémie concentrée, en rapport avec l'augmentation de la séroprévalence dans les groupes à risque élevé, particulièrement les HSH et à un degré moindre chez les UDI.
- ▶ Le problème de l'infertilité n'est pas encore retenu parmi les priorités.
- ▶ Tendance à la hausse de l'incidence du cancer du sein avec un taux de mortalité par ce cancer estimé à 10 pour 100 000 [2], avec de faibles couvertures par le dépistage et le diagnostic précoce des cancers du sein et du col utérin.

2.9.3.3 Les ressources humaines sont insuffisantes

Selon une enquête menée par l'ONFP en 2020 [25], il existe un manque de personnel dans les CSB de type 2 ruraux qui étaient les moins pourvus en personnel de santé ; ces CSB comptaient un ou deux infirmiers et ils recevaient une fois par semaine, la visite de la SF et du médecin généraliste.

2.9.3.4 Les équipements sont insuffisants

Selon les données de la carte sanitaire pour l'année 2018, il existait au niveau de la première ligne uniquement 202 unités d'imagerie médicale et 214 unités de laboratoire (tous usages confondus et non exclusivement pour la SSR), avec des disparités régionales importantes. Il existe par ailleurs une insuffisance de capacités de lecture des lames de frottis cervical dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, à l'origine d'une faible couverture du dépistage de ce cancer.

Le nombre de mammographes pour le diagnostic du cancer du sein est limité à 28 dans le secteur public ; ce qui explique les longs délais des rendez-vous pour cet examen. D'autre part, les équipements en radiothérapie demeurent très insuffisants (14 accélérateurs linéaires dont 7 dans le secteur privé, et 10 appareils de cobalt dont 6 dans le secteur privé).

D'autre part, selon les résultats de l'enquête menée par l'ONFP en 2020 [25], il existe des carences au niveau essentiellement des équipements des CSB dont certains sont indispensables, dont des lampes adaptées à l'examen gynécologique, le papier pour couvrir la table gynécologique, de drap, des dossiers verts et des fiches cartonnées d'identifications des patientes.

2.9.3.5 Les ressources financières consacrées par l'Etat à la SSR sont relativement limitées

Ce problème constitue l'une des principales contraintes à la réalisation des programmes et objectifs de SSR. D'autre part, dans la situation actuelle d'allocation budgétaire, il est presque impossible de déterminer la part du budget allouée à la SSR. Par ailleurs, l'Etat n'a pas prévu la mise en place de mécanismes permettant de fonder les allocations sur des estimations réelles des coûts des services de SSR ; et d'assurer une gouvernance et une planification budgétaire conjointes par l'ensemble des intervenants.

2.9.3.6 Des inégalités en matière d'accessibilité (géographique et organisationnelle)

Ces inégalités persistent notamment pour les populations vulnérables ou résidentes dans les régions reculées, ainsi que pour



les adultes de sexe masculin. Ainsi, la couverture universelle en matière de SSR n'est pas encore garantie.

2.9.3.7 Les changements au niveau des connaissances sont assez limités

Plusieurs études relèvent que l'implication de la population cible et son recours aux services de SSR est encore peu satisfaisant. De même, les représentations des services SSR restent variées selon les publics et les régions ; et la population méconnaît encore ses droits à la santé sexuelle et reproductive ainsi que les structures et les services de SSR (Ex : nombreux garçons jugent que la SSR est destinée aux filles, seulement 14% de femmes et 16% d'hommes ont une connaissance du VIH. De même, 5 femmes sur 10 et 6 hommes sur 10 âgés de 15-49 ans savent qu'il est possible de réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des préservatifs [11]. A ce propos, il est important de remarquer que le recours aux soins de la SSR reflète autant la perception des publics de la santé et de la médecine, que l'impact des facteurs sociaux et familiaux.

2.9.3.7- Problèmes de mise en œuvre des interventions

2.9.3.7.1 Il existe un manque de coordination, de collaboration intra sectorielles et intersectorielles

Ce manque de coordination concerne aussi bien le niveau national que régional et local. De même, les procédures de la programmation conjointe et d'harmonisation sont encore peu claires. En effet, les problèmes de la santé sexuelle et reproductive sont en rapport avec des causes multifactorielles et

multisectorielles ; ce qui a pour corollaire une multitude de parties prenantes (santé, éducation, MFFS, MESRS, MAS, ONG...), qui ont des visions et des approches différentes. Il en résulte une duplicité au niveau de certaines interventions ; mais surtout, certaines dimensions de la SSR ne sont pas couvertes par des interventions appropriées. Il s'agit particulièrement des questions de l'infertilité du couple, de ménopause, des pathologies liées à la reproduction ou des sévices sexuels. De même, les stratégies adoptées couvrent de manière irrégulière les lieux de vie en dehors de la famille et de l'école, tels que les milieux socio-éducatifs et les entreprises ; et ses approches limitées à l'éducation et l'information pour les jeunes non mariés ; aux femmes pour les services de PF sans l'implication des hommes et des garçons ; et au VIH/sida et à certaines populations à risques en matière de lutte contre les IST.

Par ailleurs, il existe un manque de complémentarité entre les services fournis par le secteur public et ceux fournis par le secteur privé.

2.9.3.7.2 Les mécanismes de suivi et évaluation existants sont peu fonctionnels

Ce problème concerne aussi bien l'échelle nationale que régionale et locale, à l'exception près du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida qui bénéficie d'une revue annuelle. Il est cependant admis que l'absence d'un bon système de suivi évaluation opérationnel, entrave l'efficacité de la stratégie.

D'autre part, les supports de recueil de données relatifs aux activités de contraception/PF, de suivi des grossesses,

de dépistage des IST et des cancers féminins, présentent des différences, selon qu'il s'agit des CRESR ou des CSB.

D'un autre côté, les données de surveillance épidémiologique qui sont utilisées pour planifier et évaluer les programmes de santé sont incomplets. En effet, les systèmes de surveillance des IST devraient être en mesure de fournir des informations sur (i) le nombre de cas d'IST dans l'ensemble de la population, et dans des groupes basés sur l'âge, le sexe, le lieu et les comportements sexuels (c'est-à-dire les HSH), et (ii) l'impact des interventions ; ce qui n'est pas le cas actuellement en Tunisie. Il est à noter que de nombreuses évaluations ont montré les limites de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST, les approches de la lutte contre les IST n'ont pas été revues (gonocoque, chlamydia, trichomonas) ce qui ne permet pas de contrôler leur propagation ni leur résistance aux antibiotiques. Par ailleurs, les Plans Stratégiques Nationaux de la riposte au VIH/sida et aux IST en Tunisie 2012-2016 & 2015-2018, n'évoquent aucune intervention vis-à-vis des IST en dehors du VIH/sida.

2.9.3.7.3 Problèmes de qualité des prestations SSR

Ce problème est lié essentiellement à (i) l'absence de référentiels de soins SSR, et (ii) fonds nationaux permanents entraînant une certaine dépendance des opportunités de collaboration avec les partenaires internationaux pour la réalisation de certaines activités, notamment de formation et de recherche.

Selon les résultats de l'étude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie

2020 [25], seulement 26,7% des femmes interrogées dans les différents hôpitaux étaient satisfaites de la qualité des services de maternité. D'autre part, une situation de négligence, de maltraitance, et d'un manque flagrant d'humanisme ont été rapportés par certaines femmes interrogées. Cette situation serait due à un problème de valeurs associé à l'absence d'un mécanisme de redevabilité, et aussi au manque de certains profils, notamment les psychologues.

2.9.3.7.4 La discontinuité des services en rapport à un manque d'approvisionnement régulier des produits nécessaires y compris les contraceptifs, à un problème de productivité des structures à cause des contraintes récurrentes d'organisation et de gestion des ressources et des équipements, de la mobilité du personnel, des horaires d'ouverture peu adaptés des centres de santé, de la faiblesse du système de référence etc.

2.9.3.7.5 L'absence d'une stratégie de communication interne et externe

Ce problème de communication aurait contribué à (i) la faible attractivité des structures malgré qu'elles soient dotées de prestataires qualifiées, (ii) à la démobilisation et à l'adoption d'attitudes négatives de certains cadres et professionnels de SSR, et (iii) au fléchissement de la contribution des partenaires traditionnels du programme (Université et secteur privé).

2.9.3.7.6 Le manque d'adoption d'approches innovantes pour répondre aux besoins émergents de certaines catégories de population.

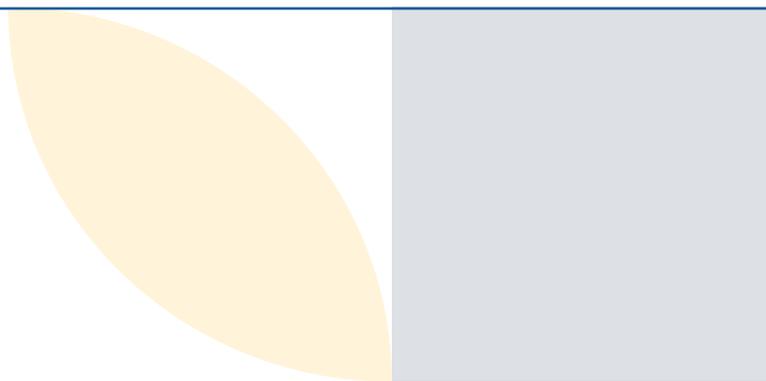


III.

Processus d'élaboration du plan national SSR 2021-2030



© UNFPA TUNISIE



L'élaboration du PNSSR 2021-2030, conduite par l'ONFP et appuyé par le FNUAP, a été réalisée en tenant compte des stratégies existantes incluant des interventions, en matière de SSR, particulièrement la Stratégie Nationale de la Santé Maternelle et Néonatale 2020-2024, de la Stratégie Nationale Multisectorielle de promotion de la santé des adolescents et des jeunes 2020-2030, du plan stratégique national de lutte contre le sida et les IST, de la Stratégie Nationale de lutte contre les violences faites aux femmes (VFF) à travers le cycle de vie, du plan cancer 2015-2019. La démarche suivie est participative se conformant aux principes de concertation avec l'ensemble des acteurs et aux règles usuelles d'élaboration des plans de santé.

Un comité de pilotage multisectoriel a été constitué ayant pour mission de coordonner le processus d'élaboration du plan national, de valider les produits de chacune de ses étapes et de veiller à la cohérence et la complémentarité entre le présent plan et les différents programmes et stratégies traitant des dimensions de SSR. Il était composé des représentants des institutions impliquées dans les programmes de SSR, des départements partenaires, de la société civile et d'un

représentant du FNUAP. Ce comité s'est appuyé sur une revue documentaire des stratégies en vigueur ayant un lien avec la SSR, sur les engagements internationaux et régionaux dans le domaine de SSR et sur les conclusions d'un comité technique composé de personnes ressources intervenant dans la SSR, ayant été chargé de synthétiser les acquis et les défis en matière de SSR ; de mener les consultations et les groupes de discussions ; de préparer les conclusions sur les enjeux, les priorités, la vision, les orientations et les objectifs.

Ce comité a, dans une première étape, dressé d'une manière participative et consensuelle l'état des lieux en matière de SSR, pour identifier les problèmes et les besoins dans le domaine de la SSR. Une analyse FFOM (SWOT) (voir annexe) a été effectuée afin de ressortir les forces et les faiblesses des interventions déjà engagées, ainsi que les opportunités et les menaces liées au contexte national, régional et international.

Cette stratégie sera soumise aux différents partenaires et intervenants pour validation. A l'issue de la validation et après avoir apporté les corrections requises, un plan opérationnel et un plan de suivi évaluation seront élaborés.



IV.

Cadre Stratégique de santé sexuelle et reproductive 2021-2030



© UNFPA TUNISIE

Ce plan stratégique est rédigé pour fournir un cadre d'un programme d'action et définit l'orientation stratégique nationale des services et activités de SSR pour les dix prochaines années. Il vise à répondre aux besoins de la population en matière de promotion de la SSR tout en assurant la conformité aux stratégies actuelles incluant la SSR et les engagements régionaux et internationaux. Il reflète la politique générale et l'engagement de la Tunisie en matière de SSR.

IV.1 vision

Une situation où chaque être humain en Tunisie, jouit de tous ses droits fondamentaux en santé sexuelle et reproductive, de manière équitable, harmonieuse et adaptée à ses besoins **tout au long de son cycle de vie** et ce sans discrimination, contrainte, ni violence, tels que garantis par la Constitution, y compris en situations de crises.

IV.2 But

Assurer l'accès universel à la SSR pour tout être humain en Tunisie, en tant que droit humain contribuant au développement. (UNFPA).

IV.3 Principes directeurs et valeurs

Ce projet de plan SSR 2021-2030 a été rédigé en mettant l'accent sur les principes directeurs et valeurs suivants :

Principes

- Concordance de la vision et des objectifs du PNSSR 2030 aux orientations et aux interventions des stratégies et programmes nationaux de santé incluant des objectifs liés à la SSR, tout en évitant les chevauchements de tâches et garantir la cohérence requise des activités.
- Les services et soins sont centrés sur la personne.
- Les services et soins sont basés sur les besoins et les préférences des bénéficiaires.
- Choix éclairé des interventions par les décideurs .
- Des services de santé accessibles continus et équitables.
- Des interventions fondées sur les meilleures bases factuelles disponibles, en prenant en compte les ressources et les capacités du pays.
- Des interventions structurées sur les déterminants sociaux.
- La reconnaissance de l'importance des interventions interdisciplinaires ; l'instauration d'une gouvernance et le renforcement des capacités pour une action intersectorielle ; le renforcement de la responsabilisation ; et la constitution de partenariats durables entre tous les intervenants dans la SSR : (partenariat international, PPP et société civile).



Valeurs

- Engagement pour des prestations de qualité.
- Le droit à la non-discrimination et égalité des sexes avec l'autonomisation des bénéficiaires.
- Engagement dans la promotion du bien-être de la population pour tout ce qui est SSR.
- Respect des choix de la population, relatifs à la SSR.
- Engagement à assurer l'équité et la lutte contre la discrimination.

IV.4 Public cible

Cette stratégie vise à répondre aux besoins de SSR de toutes les personnes résidant en Tunisie, y compris : les adolescents et les jeunes, les femmes en âge de procréer et celles qui sont en situation de ménopause, les hommes, les populations à risque et vulnérables, y compris les professionnelles du sexe, les UDI, les prisonniers et les HSH, les migrants, les réfugiés, les personnes handicapées et les victimes de violence basée sur le genre.

IV.5 Axes stratégiques

Cinq axes, ont été identifiés convergeant vers un accès universel à la SSR :

 **Axe 1** : Renforcer l'autonomisation des bénéficiaires au niveau des choix et décisions en matière de SSR.

 **Axe 2** : Investir pour une offre globale et de qualité des services de SSR.

 **Axe 3** : Garantir des environnements juridique/politique, familial et socio-culturel favorables.

 **Axe 4** : Renforcer le Suivi, l'évaluation et la recherche.

 **Axe 5** : Garantir une meilleure gouvernance et leadership.

Axe 1 : Renforcer l'autonomisation des bénéficiaires au niveau des choix et décisions en matière de SSR

Le système de santé tunisien se réfère à l'approche centrée sur le bénéficiaire et s'appuie sur le développement de mécanismes de collaboration positive entre professionnels de santé et bénéficiaires pour la maîtrise des problèmes de santé.

Axe 1 : Renforcer l'autonomisation des bénéficiaires au niveau des choix et décisions en matière de SSR

Effet 1.1 : Les bénéficiaires sont informés sur les composantes de la SSR, mènent une vie sexuelle satisfaisante et contribuent à la performance du programme et à la qualité.

Les produits proposés ont tenu en compte les engagements formulés lors de la CIPD 25.

Produits	Interventions
<p>1. Plus de 80% en 2025 et plus de 90% en 2030, de la population en âge de procréer sont informés et sensibilisés aux composantes SSR en 2025 (CIPD) et en particulier la PF</p>	<p>1.1 Mener des actions de sensibilisation visant à renforcer la prise de conscience des populations-cibles des SSR et des textes et recommandations en la matière à travers les professionnels de la santé, les médias, les campagnes d'information et de sensibilisation et les réseaux associatifs et communautaires.</p> <p>1.2 Créer un site internet de référence et mener une campagne de communication afin d'informer la population sur ses droits de SSR visant à une large adoption par cette population des pratiques favorables pour la SSR.</p> <p>1.3 Elaborer une stratégie de partenariat avec les médias et le réseau associatif pour assurer en permanence l'IEC en la renforçant par le recours aux technologies modernes et novatrices.</p> <p>1.4 Assurer une transmission claire des messages et accessible à toutes les franges de la population, en adaptant les outils de communication aux différents publics cibles, et mettre à profit les TICs afin d'assurer en permanence l'IEC en la renforçant au besoin par l'organisation de campagnes de sensibilisation en SSR, en particulier la PF.</p> <p>1.5 Développer une base nationale fonctionnelle des supports de communication et d'information des publics cibles.</p> <p>1.6 Développer une stratégie de communication spécifique à la Planification Familiale.</p>



<p>2. Des mécanismes de promotion de la participation citoyenne dans toutes les étapes d'élaboration, de réalisation et de suivi des objectifs du PNSSR sont adoptés et mis en œuvre</p>	<p>2.1 Mettre en place les mécanismes et les règles permettant de rendre plus effective et plus impact la participation des bénéficiaires dans la concertation, la communication et le suivi des interventions de SSR, basés sur des approches communautaires et des démarches participatives.</p> <p>2.2 Mettre en œuvre des programmes de formation en faveur de la société civile en vue de développer ses capacités pour soutenir et multiplier les débats citoyens sur la responsabilité personnelle et sociale en matière de SSR.</p> <p>2.3 Instaurer un mécanisme de dialogue annuel avec la société civile sur les programmes de SSR.</p>
<p>3. Plus de 80% des adolescents et des jeunes, bénéficient d'une éducation Sexuelle Complète</p>	<p>3.1 Généraliser les programmes d'Éducation Sexuelle Complète (ESC), de manière régulière et adaptée aux différents publics cibles afin de développer les aptitudes individuelles pour la SSR.</p> <p>3.2 Mettre en place dans les établissements d'enseignement supérieur et de formation professionnelle des outils clés, créer des clubs et assurer la formation et la coordination des équipes d'étudiants relais SSR, etc.) en vue de renforcer l'ESC dans ces structures.</p> <p>3.3 Former un pool d'enseignants « papillons » de profils complémentaires par gouvernorat capables de couvrir l'ensemble des établissements scolaires (primaires et secondaires) selon les objectifs éducationnels de l'ESC et une planification annuelle futuriste.</p> <p>3.4 Former un pool d'enseignants « papillons » universitaires ou de formation professionnelle à raison d'au moins un enseignant par établissement complémentaire.</p> <p>3.5 Elargir les réseaux des paires, des leaders communautaires et des associations, impliqués dans l'accompagnement et le soutien des personnes nécessitant des services de SSR.</p> <p>3.6 Diversifier les mesures attractives pour encourager les adolescents et les jeunes à fréquenter espaces jeunes de l'ONFP et profiter des formations adéquates en ESC.</p>

	<p>3.7 Multiplier les cadres de partenariat pour diffuser les activités éducatives adéquates, structurées et périodiques (ESC, IEC), ciblant les adolescents, les jeunes et les groupes vulnérables dans les maisons des jeunes, maisons de la culture.</p> <p>3.8 Mener des actions de plaidoyer, de mobilisation de la société civile, de déploiement des étudiants relais, d'information médiatique, etc. pour soutenir le programme d'ESC, pendant et en dehors des temps scolaires.</p>
--	--

Axe 2 : Investir pour une offre globale et de qualité des services

L'amélioration de l'accès aux services de la SSR pour tous les citoyens, y compris les populations vulnérables, est une priorité majeure du système de santé tunisien. Cet accès dépend essentiellement de l'existence de ressources adéquates, d'un personnel qualifié, d'installations, de produits et d'un environnement juridique / politique favorable, et aussi à travers la généralisation des soins de proximité intégrés, globaux et conformes aux normes et critères de qualité requis.

Axe 2 : Investir pour une offre globale et de qualité des services de SSR

Effet 2.1 : Au moins 80% de la population cible des SSR, y compris les populations vulnérables, ont accès, sans discontinuation, à l'ensemble des prestations du paquet SSR, et pour les populations vulnérables aux actions dans le cadre des programmes de soutien en leur faveur.

Produits	Interventions
<p>4. L'accès universel au paquet minimum SSR/ PF par niveau et par population-cible est assuré avant 2025</p>	<p>4.1 Réviser le panier des soins essentiels de SSR (SESSR), élaboré en 2013, en tenant compte des nouveautés scientifiques en matière de SSR et en accordant une attention particulière aux dimensions non encore couvertes par les programmes nationaux (IST, ménopause, infertilité, etc.).</p> <p>4.2 Mener, de manière coordonnée avec les sociétés savantes et la société civile, un plaidoyer auprès de la CNAM pour l'intégration progressive des services retenus dans le PSESSR dans le régime d'assurance maladie national.</p> <p>4.3 Développer, de manière concertée, des mécanismes d'offre des SESSR fondés, aussi bien, sur l'élargissement progressif des services couverts par le régime d'assurance maladie national, la gratuité des prestations prioritaires, et l'option pour des mesures spécifiques en faveur de la population vulnérable.</p>



	<p>4.4 Mettre en place un système de recouvrement réel de la gratuité afin que le coût des prestations gratuites ne soit pas supporté par le fournisseur de soins SSR/PF (dispensaires, délégations régionales, hôpitaux).</p> <p>4.5 Assurer la mise en application d'une tarification homogène relativement au contenu du paquet essentiel de services SSR/PF dans toutes les structures publiques.</p> <p>4.6 Mettre en place des textes réglementant la gratuité des prestations SSR/PF.</p> <p>4.7 Développer des mécanismes pour améliorer la communication interne entre les différentes structures et les différentes catégories du personnel de SSR.</p> <p>4.8 Définir un paquet de prestations à fournir en cas de crise telle que celle de la COVID-19, affectant les capacités du système de soins à délivrer les prestations SSR figurant dans le paquet minimum SSR/PF, et prendre les mesures nécessaires pour assurer ces prestations.</p>
<p>5. L'accès de proximité aux services de SSR est assuré dans plus de 80% des circonscriptions sanitaires en 2025</p>	<p>5.1 Etablir d'une manière consensuelle en 2021, les critères de proximité en SSR.</p> <p>5.2 Mettre à niveau, selon des critères préétablis spécifiques à la SSR, toutes les structures de santé de 1ère ligne du secteur public afin qu'elles soient capables de fournir efficacement des prestations éducatives en SSR/PF.</p> <p>5.3 Doter toutes les délégations régionales de l'ONFP des ressources et d'équipements conformément aux normes préétablies tenant compte du volume d'activité réalisé ou attendu, afin d'améliorer leur performance et conforter leurs missions.</p> <p>5.4 Mener des actions mobiles en santé sexuelle à destination des jeunes, du milieu rural et du milieu professionnel en tenant compte des besoins spécifiques des populations cibles et des ressources existantes, tout en accordant une priorité pour les prestations en rapport avec la planification familiale au cours des deux premières années.</p>

	<p>5.5 Assurer la diffusion progressive de l'approche basée sur la conclusion des contrats performance entre le comité de pilotage du plan et les structures gestionnaires des équipes de proximité, en vue de l'instauration d'un environnement favorable à l'engagement des équipes locales et régionales.</p> <p>5.6 Réviser la carte des points de rassemblement en tenant compte des réalités de terrain et des capacités du système.</p> <p>5.7 Mobiliser les équipes de Santé Sécurité au travail (SST) pour intégrer dans leurs activités le volet de promotion de la SSR.</p> <p>5.8 Mettre en place, de manière concertée, des programmes de promotion de la SSR dans les établissements pénitentiaires afin de favoriser l'accès des détenus aux services de prévention, de dépistage et de prise en charge du PNSSR.</p> <p>5.9 Appuyer les ONG dans leurs missions et leur financement dans un cadre de contrats objectifs en rapport avec le programme national de SSR.</p>
<p>6. Le parcours des soins en SSR est précisé</p>	<p>6.1 Élaborer de manière consensuelle et dans le cadre d'un partenariat avec l'instance nationale d'évaluation et d'accréditation de santé, avant 2022, les parcours de soins de SSR afin de définir les chemins cliniques et optimiser les consultations.</p> <p>6.2 Préciser les circuits de soins et de référence au sein des structures pour la fidélisation des bénéficiaires et la continuité.</p> <p>6.3 Réviser l'organisation des services, au niveau des régions, pour adapter la prise en charge et les références selon les parcours de SSR établis.</p> <p>6.4 Evaluer, 2 ans après la mise en place des parcours de soins, l'organisation des services pour apporter les mesures correctrices appropriées en termes de ressources humaines, matérielles et financières ou d'organisation.</p> <p>6.5 Evaluer et adapter les capacités de transport et de transfert des patients selon les spécificités des localités et des régions.</p>



<p>7. La continuité des activités et la disponibilité des médicaments, des contraceptifs et des équipements sont garanties</p>	<p>7.1 Mener une étude approfondie et documentée sur les besoins en contraceptifs et les médicaments en relation avec les différentes composantes de la SSR/PF en vue de cerner les mécanismes permettant de rationaliser l'usage et éviter la rupture de stock.</p> <p>7.2 Sécuriser les moyens de contraception tant au niveau du stock de réserve que de la qualité des produits.</p> <p>7.3 Charger officiellement l'ONFP du système de gestion et des procédures qui réglementent l'acquisition, les essais cliniques concluants et la commercialisation des contraceptifs (AMM).</p> <p>7.4 Inclure tous les contraceptifs dans la liste des médicaments essentiels et remboursables par la sécurité sociale.</p> <p>7.5 Réaliser des sondages périodiques de satisfaction auprès des publics cibles avec une attention particulière pour l'intégration des populations vulnérables.</p>
<p>8. Plus de 80% des bénéficiaires en situation de vulnérabilité ont accès aux services de SSR</p>	<p>8.1 Identifier les groupes vulnérables et prendre les mesures nécessaires pour rapprocher et rendre plus accessibles l'IEC ainsi que les prestations de soins essentiels à ces groupes (référence, transport, cliniques mobiles, etc.).</p> <p>8.2 Concevoir et mettre en place les mesures nécessaires facilitant l'accès des personnes handicapées aux services du PNSSR.</p> <p>8.3 Développer et mettre en œuvre des actions d'IEC spécifiques pour les groupes vulnérables dans les centres régionaux de l'ONFP.</p> <p>8.4 Assurer, dans le cadre d'un partenariat efficace avec les structures pour la jeunesse et les espaces communautaires fréquentés par les groupes vulnérables, des activités adéquates, structurées et périodiques d'éducation, de détection et d'orientation.</p> <p>8.5 Développer et mettre à jour des plans de préparation sectoriels assurant l'offre des services d'information et de soins de SSR dans les situations humanitaires.</p>

<p>9. Plus de 80% des structures de SSR adoptent, en 2025, les démarches de qualité dans les domaines de promotion de la SSR et de prise en charge individuelle et collective des publics cibles</p>	<p>9.1 Charger le CeFIR de coordonner et redynamiser, en 2021, le programme «Assurance Qualité en matière de SSR» en impliquant l'INEAS et en s'appuyant sur un groupe interinstitutionnel et en coordonnant avec.</p> <p>9.2 Mettre à jour et diffuser, en coordination avec les universitaires et les sociétés savantes, les manuels de référence tout en veillant à asseoir toutes les conduites cliniques sur les standards de qualité.</p> <p>9.3 Diffuser auprès du personnel soignant la dernière version des « Normes et Procédures en SSR/PF, 2013 ou + ».</p> <p>9.4 Recenser et diffuser les normes et Procédures ainsi que les mécanismes de contrôle et de supervision requis en matière de SSR/PF.</p> <p>9.5 Créer parmi le personnel formé, des équipes régionales d'appui et de supervision de la qualité et des équipes « Qualité » à l'intérieur de chaque structure de santé de 1ère ligne du secteur public afin d'introduire dans les pratiques les approches d'évaluation continue de la qualité qui conduiront à l'accréditation.</p> <p>9.6 Concevoir et mettre en œuvre une stratégie pour la sécurité des soins des personnels.</p> <p>9.7 Renforcer au niveau du CeFIR le mécanisme de veille scientifique pour mieux collecter les informations stratégiques et mieux se renseigner sur les avancées scientifiques mondiales dans le domaine.</p> <p>9.8 Mettre en place un système de motivation du personnel.</p>
<p>10. Le secteur privé est intégré dans l'organisation de l'offre des services de SSR et dans la réalisation des objectifs du PNSSR</p>	<p>10.1 Mener des actions de plaidoyer auprès du secteur privé en vue (i) de son approbation du PNSSR ainsi que les différents programmes nationaux liés à la SSR ; (ii) de préciser les mécanismes de contribution, de partenariat et de suivi ; et (iii) de clarifier les modalités de prise en charge financières des prestations.</p> <p>10.2 Charger les directions régionales de la santé de créer des réseaux régionaux et locaux de SSR pilotés conjointement par les représentants des secteurs public et privé et veiller à favoriser les coopérations interprofessionnelles et le décloisonnement entre les différents modes d'exercices (privé, public).</p>



<p>11. Les programmes de FMC sont développés et coordonnés par le CeFIR</p>	<p>11.1 Mener des actions de formation en faveur des professionnels de santé impliqués dans la SSR, en vue de l'adoption rigoureuse des recommandations de bonnes pratiques y compris en matière d'éthique et d'humanisation des rapports avec les bénéficiaires de SSR, selon un planning annuel adapté au profil de ce personnel.</p> <p>11.2 Favoriser les formations sur la clarification des valeurs pour tous les prestataires.</p> <p>11.3 Développer, sous la coordination du CeFIR, le partenariat avec les universités, les institutions et les centres de formation pour la réalisation du plan de formation.</p> <p>11.4 Assurer une évaluation continue de l'application des normes de qualité à travers les équipes de supervision et des processus inclusifs des administrateurs et des bénéficiaires.</p> <p>11.5 Pourvoir le centre de formation d'excellence (CeFIR) des équipements et outils pédagogiques appropriés (modules de formation, modèles anatomiques et modèles de simulations appropriés, aides visuels et matériel informatique.</p> <p>11.6 Elaborer un plan de financement des activités de FMC.</p>
<p>12. La formation de base de la matière «SSR » est révisée et intégrée dans les cursus universitaires médicaux et paramédicaux publics et privés</p>	<p>12.1 Intégrer la SSR dans les curricula de formation des instituts de santé, publics et privés et des facultés de médecine, pour mieux répondre aux besoins évolutifs de la population et les normes de qualité.</p> <p>12.2 Mener des actions de plaidoyer auprès des établissements assurant la formation de base des sages-femmes et les assister techniquement pour renforcer la composante SSR dans le cursus de formation.</p> <p>12.3 Soutenir à travers des actions de sensibilisation et de formation, les établissements d'enseignement pour l'utilisation des nouvelles technologies d'apprentissage pour la formation théorique et pratique dans les terrains de stage.</p>

<p>13. Les prestations et les services de SSR dans les domaines de la ménopause, de l'infertilité, des besoins des hommes, des personnes âgées - des populations vulnérables, et des IST sont couverts</p>	<p>13.1 Renforcer la sensibilisation et la diffusion d'information relative à la ménopause, l'infertilité, au sein des différentes structures d'accueil et d'information sur les questions de santé des femmes, de santé sexuelle et d'éducation à la sexualité.</p> <p>13.2 Intégrer progressivement la prise en considération des besoins des hommes, des personnes âgées et des populations vulnérables en matière de SSR.</p> <p>13.3 Inclure des axes et des interventions spécifiques ciblant la prévention, le dépistage et la prise en charge des IST, dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida et les IST 2019-2021.</p>
---	--

Axe 3 : Garantir des environnements juridique /politique familial et socio-culturel favorables

L'accès universel aux services de la SSR dépend en grande partie d'un environnement juridique / politique favorable. La promotion et la protection des droits à la SSR font partie intégrante de la création d'un environnement propice permettant à tous les citoyens d'accéder aux informations, aux biens et aux services de SSR dans un environnement sans discrimination. De nombreux obstacles liés à un environnement familial et socio-culturel peu favorable entravent cet accès universel. Des mesures à travers grâce à un ensemble complet de services et d'actions, sont proposées dans cet axe pour surmonter ces obstacles.

Axe 3 : Garantir des environnements juridique/politique, familial et socio-culturel favorables	
Effet 3.1 : Politique et cadre juridique renforcés pour la santé sexuelle et reproductive	
Produits	Interventions
<p>14. Le cadre législatif et réglementaire de la SSR est synthétisé dans un document unique</p>	<p>14.1 Synthétiser les textes législatifs et réglementaires relatifs à la SSR en un document unique définissant, les droits en SSR, les acquis, la nature des services disponibles, les populations cibles ainsi que les mécanismes et l'organisation de l'offre des services.</p>



<p>15. Le plaidoyer pour accroître l'engagement en faveur des droits de SSR est mené de manière planifiée</p>	<p>15.1 Élaborer un plan de plaidoyer, basé sur des données pertinentes et sur des intervention à différents niveaux, pour renforcer la prise de conscience, des politiques et des leaders sociaux, de la place de la SSR dans les politiques de développement et parvenir à assurer leur engagement durable pour la mise en œuvre du PNSSR.</p> <p>15.2 Mettre en place un programme d'information et de sensibilisation des bailleurs de fonds pour les associer au financement du PNSSR.</p>
<p>16. L'environnement communautaire est favorable à la dynamique de promotion des DSSR</p>	<p>16.1 Mener des actions de plaidoyer auprès des acteurs communautaires, à travers l'information et la communication pour le développement de la SSR, pour promouvoir leur degré de sensibilisation et de mobilisation.</p> <p>16.2 Elaborer des outils sur les questions de la santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des publics cibles en dehors du cursus scolaire ou universitaire et en dehors des structures sanitaires.</p>
<p>17. Le plaidoyer pour accroître l'engagement en faveur de la mise en œuvre d'actions ciblant les déterminants sociaux de la santé de la SSR est mené</p>	<p>17.1 Favoriser la multisectorialité pour la gestion des déterminants socio-sanitaires de la SSR.</p> <p>17.2 Mener des actions d'éducation pour renforcer l'alphabetisation des adultes.</p> <p>17.3 Mener des actions de plaidoyer auprès du ministère des affaires sociales pour assister financièrement les familles et les personnes démunies.</p> <p>17.4 Mener des actions de plaidoyer auprès des autorités régionales pour assister les personnes sans abri.</p> <p>17.5 Assurer la gratuité des prestations de la SSR pour les familles et les personnes démunies.</p>

Axe 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation et la Recherche

Des services de la SSR intégrés de qualité sont essentiels pour garantir la continuité de l'utilisation des services. Le service de qualité est directement abordé dans le PNSSR à travers le développement d'un système intégré de suivi et d'évaluation.

Des activités sont inscrites dans cet axe pour permettre le suivi des services intégrés, l'utilisation des données et des informations de S&E pour constituer une base de connaissances et la promotion du partage des connaissances entre les principales parties prenantes.

Axe 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation et la recherche	
Effet 4.1 : Le système d'information offre une information pertinente, fiable, crédible et en temps et exploitable pour les besoins de monitoring et d'évaluation des activités du PNSSR	
Produits	Interventions
18. Les mécanismes de collecte et de communication et de partage des données, des trois niveaux et des secteurs public et privés, sont définis et mis en place dans le cadre d'un système d'information intégré et multisectoriel	18.1 Elaborer et valider un plan de suivi et évaluation (SE), précisant les mécanismes de SE, les rôles et les responsabilités dans ce domaine, les indicateurs clés, les modalités d'utilisation des données. 18.2 Mettre en place une unité de suivi et évaluation du PSSR au sein de l'ONFP
19. L'information sur les objectifs et les processus du PNSSR est partagée avec tous les prestataires	19.1 Partager avec les professionnels de santé intervenants en SSR et avec les partenaires le document de ce plan (PNSSR).
20. Le modèle d'acquisition et d'utilisation des données en matière de SSR est organisé et couvre tous les domaines de la SSR	20.1 Dresser le bilan des systèmes de suivi et d'évaluation en vigueur et identifier les domaines de la SSR non couverts. 20.2 Réactualiser, selon une approche consensuelle impliquant les représentants des différents niveaux, les recueils des données et la liste des indicateurs de base afin d'assurer une complémentarité entre les systèmes en vigueur, et de s'assurer que le système d'information couvre tous les domaines de prestations, permet l'évaluation des prestations, des équipes et des prestataires, et assure le suivi des objectifs du PNSSR.



- 20.3 Réévaluer le modèle d'organisation qui gère la collecte, l'analyse et le partage des données et des connaissances relatives à la SSR en Tunisie afin de l'affiner davantage.
- 20.4 Elaborer et diffuser des fiches techniques sur les procédures de collecte, d'analyse et d'exploitation des données aux niveaux central et locorégional.
- 20.5 Assurer la formation des intervenants dans le SE du PNSSR pour renforcer leurs capacités techniques en matière de collecte de et d'utilisation des données de la SSR.
- 20.6 Inclure les indicateurs sur la continuité des activités et la disponibilité des médicaments, des contraceptifs et des équipements dans les rapports périodiques de suivi des activités des structures de SSR.
- 20.7 Mettre en place et alimenter une plate-forme commune de partage de données, d'informations et d'activités concernant les programmes et les activités de SSR ; et offrant des services permettant l'amélioration des capacités d'analyse au niveau locorégional.
- 20.8 Mettre en œuvre une supervision formative en matière de SE.
- 20.9 Adopter un processus d'évaluation des activités fondé sur des normes des prestations et de pratiques professionnelles suscitées.
- 20.10 Elaborer un rapport annuel commun d'évaluation et de suivi des programmes de SSR se référant au cadre de suivi de l'accès universel au SSR élaboré en 2017.
- 20.11 Compléter l'apport du système d'information périodique par des études sur l'impact réel des mesures entreprises en matière de santé, d'équité et d'efficience ; et par l'intégration, de manière systématique et concertée, la SSR dans les enquêtes en population périodiques démographiques (MICS, RN, ...).
- 20.12 Etudier la satisfaction des groupes vulnérables.
- 20.13 Elaborer périodiquement des rapports de SE.

<p>21. Le suivi et l'adaptation des plans d'action sont assurés</p>	<p>21.1 Réviser périodiquement, en commun sur la base des rapports annuels des différents programmes nationaux liés à la SSR, les objectifs et les plans d'action locorégionaux et diffuser, par une note interne, les ajustements apportés à l'échelle nationale et régionale.</p> <p>21.2 Appuyer, à travers des conventions fondées sur l'approche par objectifs, la contribution des acteurs institutionnels et des partenaires sociaux dans la réalisation des objectifs actualisés.</p>
<p>22. Le programme de recherche en SSR est développé et contribue à améliorer la connaissance et la compréhension de la SSR</p>	<p>22.1 Confier à un comité de recherche national rattaché au comité national de SSR la mission de coordonner la réhabilitation et la promotion la recherche en SSR afin d'identifier les raisons des besoins non satisfaits de la population et améliorer l'accès.</p> <p>22.2 Elaborer un programme national de recherche opérationnelle, évaluative, médico-économique et psychosociales étudiant les tendances émergentes (culturelles, comportementales, groupes de population spécifiques.).</p> <p>22.3 Veiller à la multidisciplinarité de la recherche opérationnelle afin d'en optimiser l'usage, et en confier la charge au CeFIR de l'ONFP.</p> <p>22.4 Mettre en œuvre des recherches opérationnelles pour évaluer l'efficacité et l'efficience des interventions de la SSR.</p> <p>22.5 Soutenir le développement de protocoles de recherche innovants pour accroître la compréhension des facteurs de risque et accélérer les progrès vers les cibles.</p> <p>22.6 Consolider la place de la recherche biomédicale et de l'Innovation en technologie de la contraception et l'ancrer au Centre de recherche de l'Ariana. Cette activité se fera dans le cadre d'une stratégie de partenariat avec les écoles de médecine et mes sociétés savantes.</p> <p>22.7 Lancer des appels à des études de recherche pertinentes dans les domaines clés des liens SSR (notamment services liés ciblant les hommes et les garçons, prévention de la violence sexiste, stigmatisation et discrimination).</p>



Axe 5 : Garantir une meilleure gouvernance et leadership

Une bonne gouvernance est indispensable pour atteindre les objectifs du PNSSE, remédiant au manque de coordination entre les partenaires et renforçant le système de suivi et évaluation. Dans cet axe, des produits et des activités sont proposés pour une meilleure gouvernance du PNSSR, dans le but d'une meilleure efficacité et une meilleure optimisation de l'utilisation des ressources.

Axe 5 : Garantir une meilleure gouvernance et leadership

Effet 5.1 : Les processus de gouvernance, de coordination efficace et de financement du PNSSR, impliquant l'engagement de toutes les parties prenantes et garantissant aux citoyens une vie saine et productive, fondée sur les valeurs sociétales d'équité et de justice sociale, ainsi que sur les principes de transparence, efficacité, réactivité, et de redevabilité sont élaborés, adoptés et mis en place à travers une structure nationale de coordination de SSR.

Produits	Interventions
23. Un comité national de coordination des activités SSR est créé et assure la mise en œuvre du PNSSR en conformité avec les principes de la gouvernance	23.1 Créer au sein de l'ONFP un comité national de pilotage du PNSSR chargé, en conformité avec les principes de la gouvernance, de la définition des mécanismes de coordination et des responsabilités des intervenants ; de l'implication de l'ensemble des acteurs ; de la mise en œuvre et du suivi du PNSSR, et de la prise en considération de la santé sexuelle dans les PN de santé.
24. Une réglementation et des mécanismes efficaces de gouvernance pour le développement du PNSSR sont mis en place	24.1 Elaborer un plan d'action de la stratégie à l'échelle nationale et décliner le plan national en plans régionaux. 24.2 Faire adopter par les décideurs l'organigramme d'appui proposé par le PNSSR. 24.3 Préciser par des textes réglementaires la composition, les missions et le mode d'organisation et de fonctionnement des différents comités et réseaux ainsi que de leurs interactions et des modalités d'évaluation des résultats en tenant compte des leçons retenues des approches multisectorielles précédentes et des principes de la gouvernance et de la redevabilité. 24.4 Mettre en place des mécanismes d'écoute des usagers et des professionnels, institutionnalisés et intégrés à tous les niveaux (national, régional et local) et dans les secteurs privé et public.

	<p>24.5 Renforcer les capacités de l'ONFP en matière de ressources humaines dans le but de mettre en œuvre efficacement les interventions, et améliorer la mise en place du système de suivi et d'évaluation.</p> <p>24.6 Définir le rôle de la direction régionale de la santé et de la délégation régionale de l'ONFP dans le cadre de la décentralisation et cela avec des textes, des missions et des procédures de travail plus précis, encourageant la planification décentralisée.</p>
<p>25. Les statuts du personnel de soins sont révisés et officialisés</p>	<p>25.1 Mener des actions de plaidoyers auprès des autorités pour réviser les statuts du personnel de soins pour le bon fonctionnement des activités en rapport avec la SSR.</p> <p>25.2 Clarifier les profils des postes : sages-femmes, infirmières, psychologues, sociologues, éducatrices, ...</p> <p>25.3 Harmoniser les statuts des PS de la DSSB et ceux de l'ONFP ou clarifier les causes des écarts observés.</p>
<p>26. Les compétences des responsables en gestion de projet sont renforcées</p>	<p>26.1 Réaliser un programme de formation du personnel des niveaux central et régional en gestion axée sur les résultats (GAR) coordonné par l'unité nationale de coordination en collaboration avec les comités régionaux de SSR.</p> <p>26.2 Élaborer des normes et des procédures régissant le profil du personnel pour une meilleure gestion des programmes régionaux et centraux en faisant appel aux instances spécifiques (INEAS).</p> <p>26.3 Promouvoir et entretenir la communication interne et externe.</p> <p>26.4 Préparer la décentralisation de la gestion du PNSSR par la dotation des régions de ressources humaines compétentes et de ressources financières et matérielles en conformité avec les résultats qu'elles sont appelées à réaliser.</p>



<p>27. Le financement de la mise en œuvre du PNSSR est planifié et assuré</p>	<p>27.1 Inscrire la stratégie dans le plan quinquennal de développement du pays.</p> <p>27.2 Evaluer, en 2020 et sur la base des comptes nationaux de la santé, les besoins réels en investissement et dépenses nécessaires pour la mise en œuvre des politiques et programmes en lien avec la SSR.</p> <p>27.3 Instaurer la planification budgétaire annuelle de manière conjointe et transparente entre les ministères concernés en SSR selon leur implication et leur action inscrite dans le plan d'action de la stratégie.</p> <p>27.4 Mettre en place un mécanisme de suivi des budgets alloués au plan d'action (CIPD).</p>
<p>28. Les mécanismes pour concrétiser la redevabilité et la transparence dans la gestion du bien public sont opérationnels</p>	<p>28.1 Elaborer des textes juridiques pour renforcer la réactivité du système dans l'engagement des mesures correctives en cas de signalement d'infractions ou de dysfonctionnement avec des politiques protégeant les sources du signalement.</p> <p>28.2 Instaurer des audits externes périodiques et fixes de gestion financière.</p> <p>28.3 Organiser régulièrement des audits d'inspection technique et administrative.</p> <p>28.4 Rédiger des textes juridiques protégeant le bénéficiaire et le personnel de santé et réviser et appliquer les lois pour les adapter aux tâches (description de poste).</p> <p>28.5 Sanctionner toute corruption et fuite de ressources qui affectent la prestation des services de santé maternelle et néonatale.</p>

<p>29. Les droits de participations sociale, économique et politique des bénéficiaires sont assurés à travers un texte réglementaire</p>	<p>29.1 Appliquer la législation destinée à prévenir la discrimination, en matière d'éducation et dans la vie politique économique et publique.</p> <p>29.2 Appliquer la législation destinée à prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles et assurer une riposte appropriée lorsque de tels actes de violence sont commis.</p>
---	--



V. Mise en œuvre et pilotage de la stratégie



© UNFPA TUNISIE

V.1 Gestion et coordination de la stratégie

Un mécanisme de coordination et de gestion robuste sera mis en place pour guider efficacement le PNSSR. Il sera mis en œuvre en partenariat avec les autres secteurs gouvernementaux, la société civile et le secteur privé.

L'ONFP a la responsabilité de diriger la coordination du PNSSR, et d'œuvrer pour la mobilisation de ressources locales et internationales. Un comité national de pilotage du PNSSR sera créé ; il sera chargé, en conformité avec les principes de la gouvernance, de la définition des mécanismes de coordination et des responsabilités des intervenants, de l'implication de l'ensemble des acteurs, de la mise en œuvre et du suivi du PNSSR, et de la prise en considération de la santé sexuelle dans les stratégies nationales de santé.

Le suivi et l'évaluation du PNSSR 2020-2030 seront effectués par l'Unité de S&E au sein de l'ONFP. L'Unité sera chargée de la coordination du cadre de suivi et d'évaluation de la réponse multisectorielle au niveau national.

Le système de suivi et d'évaluation (S&E) se compose de divers éléments interdépendants qui fournissent des données issues de suivi des programmes et d'enquêtes ad hoc et. Ces données informent des indicateurs spécifiques qui seront détaillés dans le plan national de S&E qui guidera les gestionnaires de programme et les diverses parties prenantes sur les progrès et l'impact des interventions en cours. Les informations seront diffusées régulièrement dans diverses publications et rapports. Le système de S&E profitera à chaque partenaire en fournissant des informations à différents niveaux pour améliorer les programmes.

V.2 Rôles et responsabilités

La stratégie nationale de SSR nécessite la participation de nombreuses parties prenantes, fonctionnant de manière coordonnée, cohérente et intégrée pour améliorer la SSR au sein de la population. La mise en œuvre réussie de la stratégie nationale de SSR dépendra grandement de la capacité fonctionnelle d'un certain nombre de parties prenantes clés, y compris les différentes structures liées à la SSR du ministère de la Santé, de la société civile, du secteur privé et des partenaires internationaux. Le comité national de pilotage du PNSSR assurera la coordination du plan. Les principaux acteurs du secteur public, du secteur privé et de la société civile sont les suivants.

V.2.1 L'Office National de la Famille et de la Population

L'ONFP sera chargé de s'assurer que toutes les personnes reçoivent des services de SSR de haute qualité et, à ce titre, aura le rôle principal en concertation avec les autres partenaires, dans la création d'un comité national de pilotage de SSR(CNPSSR) multisectoriel qui guidera, suivra et évaluera la mise en œuvre de ce plan. Ce mécanisme contribuera à faciliter une plus grande responsabilité pour la mise en œuvre d'un plan national complet de SSR par les principales parties prenantes et à surveiller le cadre juridique pour la protection des droits de la population au niveau le plus élevé possible de SSR.

L'ONFP dirigera la promotion et le soutien de la recherche épidémiologique, clinique et opérationnelle en rapport avec la SSR afin d'améliorer le développement et la conception de programmes adéquats.



Cela comprend l'établissement de standards pour le profil du personnel impliqué dans la SSR, de normes et de protocoles nationaux pour toutes les interventions de SSR, en faisant appel aux instances spécifiques (INEAS).

L'ONFP, aura la responsabilité globale de la coordination de toutes les institutions et organisations impliquées dans la fourniture de services de SSR dans le pays. L'ONFP, avec le soutien du CNPSSR, sera chargé de veiller à ce que les objectifs, les priorités et les plans d'action liés à la politique nationale de SSR soient reflétés dans les documents d'allocation budgétaire.

L'ONFP, en collaboration avec le comité de pilotage préparera la décentralisation de la gestion du PNSSR par la dotation des régions de moyens humains compétents et de ressources financières et matérielles en conformité avec les résultats qu'elles sont appelées à réaliser.

L'ONFP en collaboration avec les partenaires instaurera la planification budgétaire annuelle de manière conjointe et transparente entre les ministères concernés en SSR selon leur implication et leur action inscrite dans le plan d'action de la stratégie. Il mettra en place un mécanisme de suivi des budgets alloués au plan d'action (CIPD).

L'ONFP à travers la mise en place d'une unité de suivi et évaluation sera chargé du plan SE et produire, analyser, diffuser et utiliser des informations fiables et opportunes liées à la SSR.

A travers son centre international de formation (CeFIR), il coordonnera et participera aux activités de formation identifiées. Il coordonnera également les activités de recherche inscrites dans le

PNSSR. Le Centre de l'ONFP de l'Ariana contribuera également aux activités de recherche dans le domaine de la SSR.

V.2.2 Le Comité National de pilotage de la SSR

L'ONFP en concertation avec les autres partenaires, créera le CNPSSR comprenant les parties prenantes concernées. Ce comité guidera la planification, les processus de mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des progrès de la politique et du plan d'action de SSR. Il fournira également le soutien technique pour s'assurer que l'ensemble complet des services de SSR est mis en œuvre conformément au plan d'action, et sera responsable de l'élaboration du cadre de suivi du programme de toutes les activités de SSR dans les deux secteurs public et privé et par les ONG.

Le CNPSSR sera tenu responsable de la mise en œuvre du PNSSR et sera responsable de la coordination des composantes du programme, mises en œuvre par les différents partenaires.

Le CNPSSR utilisera les données du SE pour s'assurer de la mise en œuvre des interventions inscrites dans le plan d'action, sur la base des résultats, produits et des indicateurs choisis. Des réunions semestrielles pour le suivi des activités seront organisées. Une revue annuelle du PNSSR sera effectuée tous les deux (2) ans, ou à la demande. Le CNPSSR veillera à ce que la mise en œuvre de la politique soit évaluée de manière indépendante en collaboration avec le gouvernement, la société civile, les représentants de la communauté et d'autres parties prenantes pour éclairer la révision ou l'élaboration de plans d'action.

V.2.3 La Direction des Soins de Santé de Base et la Direction de Médecine Scolaire et Universitaire

La Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) et la Direction de Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU) occupent également une place de choix dans le PNSSR à travers le plan stratégique de lutte contre le VIH/IST/Sida et la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale (DSSB) et le programme de SSR au niveau de la DMSU.

Ces structures participent activement au processus de suivi et évaluation du PNSSR.

V.2.4 Ministère du Développement, de l'Investissement et de la Coopération Internationale

Le Ministère du Développement, de l'Investissement et de la Coopération Internationale (MDICI), contribuera également au suivi du PNSSR. Le MDICI, en collaboration avec le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances, assurera une allocation budgétaire annuelle adéquate, pour la mise en œuvre de cette politique et des plans d'action associés. Le MDICI aidera également à faciliter l'appui des donateurs internationaux.

V.2.5 Ministères de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique

Les Ministères de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique sont responsables de la mise en œuvre effective du programme d'enseignement de SSR adapté à l'âge dans tous les établissements ou programmes primaires, secondaires et professionnels et universitaires.

V.2.6 Ministère de la Femme, de la Famille et des Personnes Âgées

Le Ministère de la Femme, de la Famille et des Personnes Âgées occupe une place importante dans la SSR ; il est responsable essentiellement de la préservation des droits de SSR de la population, en mettant l'accent sur les groupes vulnérables. Ce ministère contribue également dans la réalisation d'études de recherche dans le domaine de la SSR.

V.2.7 Ministère des Affaires Sociales

Le Ministère des Affaires Sociales intervient surtout au niveau des actions sur les déterminants sociaux. Il joue également un grand rôle dans les actions auprès des migrants et des personnes démunies.

V.2.8 La société civile

Les organisations de la société civile, particulièrement celles qui sont spécialisées dans la riposte contre le VIH/Sida et celles dans la SSR (Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction (ATSR)) seront encouragées à adhérer au PNSSR. Elles seront chargées de partager et de diffuser des données sur les questions de SSR liées à la population, de faciliter les références et la diffusion d'informations sur la SSR. Elles seront également responsables de la fourniture de SSR aux populations clés et de la participation et / ou de la formation sur la SSR. Elles seront également représentées au niveau du Comité National de pilotage de la SSR.



V.2.9 Le Secteur privé

Le secteur privé sera encouragé à travers le Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM), le syndicat des médecins de libre pratique et les sociétés savantes telles que la société tunisienne de gynécologie obstétrique (STGO), la société tunisienne pour l'étude de la ménopause (STEM) à s'associer avec les autres partenaires dans le domaine des prestations de services de la SSR, ainsi qu'à la collecte de données. Le secteur privé sera responsable de la diffusion des informations sur la SSR et de participer aux opportunités de formation sur la SSR.

V.2.10 Organisations internationales

La coopération internationale sera renforcée pour acquérir l'assistance technique pertinente dans le domaine de la SSR par le biais d'un soutien à la recherche, la fourniture d'informations stratégiques, la formation / le renforcement des capacités, des conseils techniques et des examens et par la collaboration Internationale. Le Ministère de la Coopération Internationale aidera à faciliter la coordination de cet appui.

Les partenaires internationaux et régionaux seront encouragés à participer à un dialogue continu en relation avec la mise en œuvre et le suivi de la réalisation des ODD. Les partenaires internationaux et régionaux seront encouragés à développer des mécanismes qui faciliteront le partage des ressources, le partage d'informations et l'établissement de rapports entre les bailleurs de fonds et les agences de développement, des interventions de SSR.





VI.

Références

- 1-** Ann M Starrs, Alex C Ezech, Gary Barker, Alaka Basu, Jane T Bertrand, Robert Blum, Awa M Coll-Seck, Anand Grover, Laura Laski, Monica Roa, Zeba A Sathar, Lale Say, Gamal I Serour, Susheela Singh, Karin Stenberg, Marleen Temmerman, Ann Biddlecom, Anna Popinchalk, Cynthia Summers, Lori S Ashford. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. Lancet 2018; 391: 2642–92.
- 2-** WHO-Internal Agency for Research on cancer. Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2018. Available at <https://gco.iarc.fr/>
- 3-** Starrs, Ann, and others (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all : report of theGuttmacher–Lancet Commission. Lancet, vol. 391, pp. 1642–92.
- 4-** United Nations Population Fund (2014). Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th anniversary edition. New York.
- 5-** World Health Organization (2004). Reproductive health strategyto accelerate progress towards the attainmentof international development goals and targets.Geneva, WHO 2004 : 36p
- 6-** Institut National de la Stiatistique Tunisie – données démographiques 2019. Available at <http://www.ins.tn/fr/themes/population#417>.
- 7-** <https://www.webmanagercenter.com/2020/06/08/451732/tunisie-la-croissance-devrait-baisser-de-4-en-2020-sous-leffet-du-covid-19-banque-mondiale/>
- 8-** Dialogue Sociétal pour les Politiques, Stratégies et Plans Nationaux de Santé. Projet de la Politique Nationale de Santé à l’horizon 2030. Document élaboré dans le cadre de la phase 2 du Dialogue sociétale sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé en Tunisie 2019 32p <http://www.hiwersaha.tn/upload/1560851529.pdf>

- 9-** Mohsen Kalboussi. L'analphabétisme en Tunisie : disparités spatiales et de genre. Tunis, Nawat 2019. Available at <https://nawaat.org/2019/01/13/lanalphabeteisme-en-tunisie-disparites-spatiales-et-de-genre/>
- 10-** La revue nationale volontaire (RNV) retraçant la démarche et le processus de mise en œuvre des ODD présentée par le gouvernement le 18/07/2019 aux NU.
- 11-** Institut National de Statistique/UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 6) 2018. Tunis, INS 2019 : 494p
- 12-** Institut National de Statistique/UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 4) 2011. Tunis, INS 2013 : 210p
- 13-** L'infertilité au Maghreb Aspect statistique. Article publié dans 3C Etudes. Available at : http://www.3cetudes.com/news/Infertilite%20au%20Maghreb_aspect%20statistique.pdf
- 14-** Banque Mondiale . Taux de fertilité, total (naissances par femme) par pays. Availbale at : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.TFRT.IN>
- 15-** Maya N. Mascarenhas., Seth R. Flaxman., Ties Boerma, Sheryl Vanderpoel5, Gretchen A. Stevens.National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 9(12): e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356.
- 16-** Banque Mondiale. Taux de fertilité, total (naissances par femme) par pays. Availbale at : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.TFRT.IN>
- 17-** Direction des Soins de Santé de Base.Rapport d'Activité sur la Riposte au sida- Tunisie. Tunis, DSSB 2014 : 157p.
- 18-** Direction des Soins de Santé de Base. Plan stratégique de riposte contre le VIH/Sida et contre les IST pour la période 2015-2018. Tunis , DSSB 2014 : 86p.
- 19-** Groupe TAWHIDA Ben Cheikh Recherche & Action pour la Santé des Femmes. Enquête sur les connaissances, les attitudes et la pratique des jeunes en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive : Résultats préliminaires et recommandations. Tunis, Groupe TAWHIDA Ben Cheikh 2019 : 24p. Available at : <http://groupe-tawhida.com/DocumentsPublics/Enquetes/2019/GroupeTawhida-EnqueteGroupe-19090516.pdf>.



- 20-** Institut Salah Azaiz . Registre du cancer 2007-2009 . Tunis, Institut Salah Azaiz:124p
- 21-** Office National de la Famille et de la Population, Enquête Nationale sur la Violence a l'Egard des Femmes en Tunisia:: Rapport de l'enquête (Tunis, December 2010), available online at <http://www.medicities.org/documents/10192/54940/Enqu%C3%AAte+Nationale+Violence+envers+les+femmes-+Tunisie+2010.pdf> [accessed January 6, 2016].
- 22-** Conlon, C, O'Connor, J and Ní Chatháin, S (2012) Attitudes to fertility, sexual health and motherhood amongst a sample of non-Irish national minority ethnic women living in Ireland, Crisis Pregnancy Programme, Report No. 25, available at <http://crisispregnancy.ie/wp-content/uploads/2012/06/migrant-women-report.pdf>
- 23-** O'Connor, J (undated) Literature review on provision of appropriate and accessible support to people with an intellectual disability who are experiencing a crisis pregnancy, National Disability Authority and Crisis Pregnancy Agency, available at <http://nda.ie/nda-files/People-with-Intellectual-Disability-Crisis-Pregnancy-Report.pdf>.
- 24-** Organisation Mondiale de la Santé. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), réimprimé en Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 (2004). Available at : http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/fr/
- 25-** ONFP. Etude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie- Rapport préliminaire 2020.





Annexes

Annexe 1 : Résultats de l'analyse SWOT

FORCES

- Performance appréciable du système santé comme le démontre l'amélioration des indicateurs synthétiques de l'état de santé : Espérance de vie, taux de mortalité, taux de mortalité infantile ;
- Renforcement continu du système de prestation des soins de santé aussi bien public que privé ;
- Organisation de l'offre publique selon trois niveaux de soins offrant l'opportunité de renforcement des services de proximité et de garantir de la continuité des soins (parcours de soins) ;
- Expérience solide et pionnière en Afrique et dans le monde arabe, en matière de SSR, qui remonte aux années 1960 et qui s'appuie sur un réseau d'institutions et de directions centrales techniques ayant acquis une expérience en la matière ;
- Dissémination des services de SSR à travers nombreux programmes nationaux de santé (SNSMNN, SNL VIH/sida et IST, PN santé des adolescents scolarisés, etc...) ;
- Intégration des SSR aux services fournis par les structures de 1^{ère} ligne du secteur public ;

FAIBLESSES

- Persistance d'importantes disparités selon le milieu, les catégories socioéconomiques, et entre les divers gouvernorats ;
- Carences des approches :
 - absence de vision nationale sur la SSR et utilisation d'une manière restrictive du concept SSR en termes d'offre de services et de publics cibles ;
 - défaillance des mécanismes de coordination entre les institutions chargées des programmes des domaines de la SSR ;
 - absence de plan de plaidoyer pour relancer une vraie politique nationale de population ;
 - interruption des activités du Conseil Supérieur de la population ;
 - absence de normes et de protocoles des prestations de SSR ;
 - absence d'interventions de la lutte contre les IST en dehors du VIH/sida ;
 - non intégration de la SSR dans la formation de base des filières médicales et paramédicales.

-
- Tradition de gestion et de prise en considération, selon des approches multisectorielles, des déterminants de santé;
 - Existence d'une dynamique autour de la qualité des soins (création de l'INAS, programme de mise à niveau, nombreuses initiatives, etc) ;
 - Bonne expérience, des structures de l'Etat et du tissu associatif, en matière d'information, de sensibilisation et de soutien des publics cibles en SSR ;
 - Adoption d'un programme d'éducation sexuelle complète dans les programmes d'éducation nationale ;
 - Disponibilité d'un cadre de suivi de l'accès universel au SSR, et d'un paquet de suivi des droits sexuels et reproductifs ;
 - Adoption de plus en plus concrète des démarches participatives dans les processus de prise de décision en santé.

-
- Déficiences de l'offre de services :
 - Faible rythmicité de la consultation et discontinuité des services dans les structures de 1^{ère} ligne ;
 - Déficiences majeures en termes de disponibilité des produits et de productivité des structures ;
 - Insuffisance des services de dépistage du VIH, du cancer du col, des IST ;
 - Non appropriation du panier des services essentiels en SSR (2013) ;
 - Fléchissement de la contribution des partenaires du programme (Université et secteur privé) ;
 - Désengagement et perte de valeurs observée chez certains professionnels ;
 - Déploiement inéquitable des spécialités médicales de base.
 - Gouvernance non adapté à la complexité des services de SSR (interventions abondantes, intervenants multiples, populations cibles variées) :
 - Dilution du pouvoir de décision ;
 - Manque de coordination du système d'information de la SSR et production irrégulière et partielle des données ;
 - Évaluation des activités non fondée sur des normes de prestations et de pratiques professionnelles ;
 - Faible suivi de la mise en œuvre des engagements de l'Etat.



-
- Insuffisance du financement des programmes de SSR et absence, au niveau de la CNAM, de système tarifaire officiel ou de remboursement équitable pour certaines prestations de SSR ;
 - Manque d'efficacité des programmes d'IEC ;
 - Non intégration des dimensions ressources financières et écoute des doléances des patients dans le processus qualité des soins SSR ;
 - Manque de ressources humaines qualifiées en matière de SSR ;
 - L'incohérence de certains textes législatifs avec les dispositions de la constitution.

OPPORTUNITÉS

- L'historique concret des politiques nationales en matière de reconnaissance des droits à la SSR et d'amélioration de la couverture sociale ;
- L'engagement continu de l'Etat dans l'adoption des politiques d'amélioration des conditions de l'homme et de développement humain comme en témoigne l'inscription de la Tunisie dans la réalisation des ODD 2030 et du plan d'action CIPD 25 ;
- La reconnaissance internationale à travers la désignation de la Tunisie, par l'UNFPA en 1994, comme centre d'excellence en population pour le monde Arabe et pour l'Afrique ; et par la désignation du CeFIR en tant que centre collaborateur de l'OMS en 2009 ;
- La nouvelle constitution est en faveur du renforcement de la SSR.

MENACES

- L'instabilité politique et ses conséquences négatives sur le fonctionnement du secteur public ; la stabilité des institutions; la protection des acquis en matière de statut de la femme et des droits sexuels et reproductifs ;
- L'orientation vers une décentralisation mal planifiée pourrait affecter la mise en œuvre de la SSR ;
- La persistance voire l'accentuation de nombreux obstacles sociaux et culturels qui influencent négativement le comportement en matière de SSR, et entravent l'accès aux services de SSR ;
- La crise économique qui pourrait réduire le budget alloué à la santé et générer des troubles sociaux ;
- La crise que traverse le système de santé tunisien ;
- Les conséquences des changements démographiques (Célibat, comportements à risque, d'éducation, de santé, d'emploi, etc.) ;
- Les crises sanitaires telles que la COVID-19 affectant l'utilisation des services de la SSR.



Annexe 2 : Les engagements de la Tunisie, en matière de SSR pour la période 2020-2030, exprimés dans le cadre de la réalisation des ODD 2030 ou du programme d'action de la CIPD 25

ODD 2030

- 1.** Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux (cible 3.7 ODD).

- 2.** Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi (cible 5.6 ODD).

CIPD 25

- 3.** Répondre aux besoins d'information et de service de planification familiale (PF) et s'assurer, qu'en 2024, au moins 95% des femmes, en âge de procréer, sont sensibilisées à l'intérêt de la PF et ont accès aux prestations de soins y compris les services de contraception modernes sûrs :
 - a.** L'Etat s'engage à assurer un budget suffisant et un système de gestion de stock efficace afin de garantir les quantités nécessaires et la qualité requise des contraceptifs pour toute la population.
 - b.** Le Ministère de la Santé adoptera, en 2020, les plans d'action des stratégies et programmes de promotion de SSR et veillera notamment à :
 - Le maintien de la gratuité des services de PF/SSR pour toutes les femmes et son extension aux femmes migrantes et réfugiées.
-

-
- La relance, avec l'appui des partenaires associatifs et gouvernementaux, des programmes et campagnes annuels de sensibilisation communautaire à la planification familiale et à la SSR.
 - Le renforcement, en 2020, de la médiatisation régulière sur les services de planification familiale et de la SSR à travers plusieurs canaux de la presse, y compris les réseaux sociaux.
 - L'identification et la satisfaction des besoins en éducatrices/éducateurs et en unités mobiles pour couvrir l'ensemble des zones rurales et des quartiers péri-urbains avant 2024.
 - La révision et la rediffusion du guide national de bonnes pratiques en matière de PF avant 2023.
 - La poursuite des programmes annuels de formation continue des professionnels pour couvrir 2000 agents par an.
 - La réalisation d'enquêtes périodiques pour évaluer la satisfaction des populations cibles.

-
- 4.** Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle de promotion de la santé des adolescents et des jeunes 2020-2030 :
- a.** Réalisera, à partir de 2021, un programme national de formation ciblant annuellement 500 professionnels de santé, formateurs ou pairs dans les compétences de communication avec les adolescents et jeunes.
 - b.** Intégrera les services SSR ciblant les adolescents et jeunes dans plus de 30% des établissements de santé de toutes les régions avant 2030.
 - c.** Mettra en place d'un système de surveillance des groupes adolescents et jeunes les plus vulnérables pour pallier à leurs besoins en matière de SSR.
 - d.** Assurera à tous les adolescents et jeunes l'accès aux centres de conseil et de dépistage anonymes et gratuits conformément au plan d'action national du programme national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles.
 - e.** Assurera, avant 2022, un meilleur accès des adolescents et des jeunes à un paquet équitable et de qualité de services et à l'information en santé sexuelle et reproductive dans les 20 espaces amis des Jeunes relevant de l'ONFP.



5. Le Ministère de l'Education intégrera, en 2019-2020, l'éducation à la santé sexuelle dans les programmes et établissements des niveaux primaires et secondaires dans au moins 8 régions pilotes.

6. Conformément aux dispositions de la loi organique n°2017-58 du 11 Août 2017, relative à l'élimination des violences contre les femmes, le ministère chargé des femmes et des enfants coordonnera avec les ministères et les associations concernées sur :

a. L'élaboration et la mise en œuvre, avant 2025, des politiques nationales, des plans stratégiques et des programmes dans le but d'éliminer toutes les formes de violence contre les femmes dans l'espace familial, l'environnement social, le milieu éducatif, de la formation professionnelle, sanitaire, culturel, sportif et médiatique, la vie publique et politique.

7. Pour assurer la mise en œuvre intégrale du programme d'action de la CIPD, l'Etat s'engage à :

a. Evaluer, en 2020 et sur la base des comptes nationaux de la santé, les besoins réels en investissement et dépenses nécessaires pour la mise en œuvre des politiques et programmes en lien avec la SSR.

b. Instaurer la planification budgétaire annuelle de manière conjointe et transparente entre les ministères concernés en SSR selon leur implication et leur action inscrite dans le plan d'action de la stratégie.

c. Mettre en place un mécanisme de suivi des budgets alloués au plan d'action de la CIPD.

8. L'Etat s'engage à investir dans les innovations en matière de santé numérique et à améliorer les systèmes de données. A ce propos :

a. Dans le cadre du suivi et évaluation des stratégies de SMNN et SNMPSAJ, le ministère de la santé veillera à :

- Mettre en place, en 2021, un système d'information intégré et définir les mécanismes de collecte et de communication et de partage des données, des trois niveaux et des secteurs publics et privés.

-
- Intégrer dans le suivi, des stratégies et programmes en rapport avec la réalisation de la composante santé du plan d'action du CIPD et des ODD2030, des données sur la perception des bénéficiaires de la qualité des soins, la relation avec les professionnels et les dépenses du budget de l'Etat ou financées par des sources extérieures.
 - Renforcer, avant 2022, les capacités de 500 responsables régionaux en matière de système d'information de suivi et d'évaluation.
 - Une attention particulière sera accordée à la fonctionnalité régulière et continue de la plateforme de suivi des indicateurs ODD en Tunisie lancée en 2019 et visant l'établissement d'un système de suivi national adapté des ODDs.
-

En matière de défense du droit aux soins de SSR dans les contextes humanitaires et fragiles.

- 9.** L'Etat s'engage à développer et mettre à jour des plans de préparation sectoriels en particulier celui de la protection et de la santé qui intègrent la violence sexuelle et sexiste et la SSR.
- 10.** Le ministère de la santé fournira dans les situations humanitaires des services de prévention et de prise en charge des victimes de violence sexuelles et sexistes et offrira des services d'information et de soins de SSR. Il veillera également à la révision en hausse du budget alloué (à la composante santé) en cas de crises humanitaires liées à l'afflux de migrants.
- 11.** En situation de crise Humanitaire, l'Etat mènera, avec le concours de ses partenaires, des interventions ciblées de qualité pour rendre accessible les services de SSR et de prévention du VIH SIDA, et pour réduire les violences sexuelles et sexistes.



Répartition des experts par axe stratégique

Axe stratégique 1 : Renforcer l'autonomisation des bénéficiaires au niveau des choix et décisions en matière de SSR

Date : Lundi 11 Janvier 2021

Lieu : CeFIR-ONFP Salle 1

Structure	Nom et Prénom	Adresse électronique
MDICI (Modérateur) Dir.Com / ONFP (Rapporteur) UNFPA, bureau Tunis ATSR ATL-MST/SIDA, Tunis PFm IOM ONJeunesse Ass. Tun. de la Sexologie M. Education Dir.Com / ONFP UAI / ONFP URPP / ONFP CAP / ONFP District CE	<ol style="list-style-type: none">1. Mme Fatma Bou Hamed2. Mme Kaouther Saidi3. Dr Fayala Rym4. Mme Arzak khnitch5. Mme Aida Mokrani6. Mme Lamia Ben Hassine7. M. Samir Azzouz8. M. Foued Ouni9. Mme Ines Derbel10. Mme Elhem Barboura11. Mme Kaouther Chedly12. Dr Hanène Chaabane13. Mme Rebeh cherif14. Dr Hèla Ounniche15. Dr Wahiba El May	<p>fatmabouhamed@yahoo.fr kaouthersaidi@yahoo.fr fayala@unfpa.org director@atsrtn.org aidamokraniatl@gmail.com lamia_bhassine@yahoo.fr asamir@iom.int foued.ouni@yahoo.fr inesderbel@yahoo.fr elhem.barboura@edunet.tn kchedly@yahoo.fr drhch.dsmonfp@gmail.com rebcherif@gmail.com ouennich_hela@yahoo.fr maatoukwahiba2020@gmail.com</p>

Axe stratégique 2 : Investir pour une offre globale et de qualité des services de SSR

Date : Lundi 11 et Mardi 12 Janvier 2021

Lieu : CeFIR-ONFP Salle 2

Structure	Nom et Prénom	Adresse électronique
FMT (Modérateur) CeFIR / ONFP (Rapporteur) DSSB STGO Collège GOT ATSR ATSF GTBC MdM	<ol style="list-style-type: none">1. Pr Monia Ferchiou2. Dr Najoua Abeddarrabba3. Dr Mohamed Chaouch4. Pr Leila Attia5. Pr Badis Channoufi6. Pr Amel Triki7. Mme Mounira Mahfoudhi8. Dr Selma Hajri9. Dr Marwa Ben Said	<p>moniaferchiou@gmail.com n.abderrabba@gmail.com mchaouchm62@gmail.com leila.atmah@yahoo.fr badis.chanoufi@yahoo.fr dr.ameltriki@yahoo.fr atsf.national@gmail.com selmahajri@gmail.com chefdeprojet.tunis.tunisie@medecins du monde.be bhlotfi@icloud.com ouhichir@tun.emro.who.int slimzit@yahoo.fr fatma.temimi@yahoo.fr saoussen.elouaer@gmail.com Adedayem_khelifi@yahoo.com</p>
DMSU OMS, bureau Tunis CNAM DSM / ONFP DSM / ONFP District SO	<ol style="list-style-type: none">10. Dr Lotfi Ben Hamouda11. Dr Ramzi Louhichi12. Dr Slim Zitouni13. Dr Fatma Temimi14. Mme Saoussen Elouaer15. Dr Abdeyem Khelifi	

Axe stratégique 3 : Garantir des environnements juridique/politique, familial et socio culturel favorable

Date : Lundi 11 Janvier 2021

Lieu : ONFP Salle RDC

Structure	Nom et Prénom	Adresse électronique
GTBC (Modérateur)	1. Dr Hedia Belhadj	belhadjh@hotmail.com
CDAP / ONFP (Rapporteur)	2. Mme Fethia Messaoud	messaoudfethia66@gmail.com
MFFPA	3. Mme Hanen Benzarti	hanene.benzarti@moussawat.tn
MAS	4. Mme Raja Ben Brahim	raja.benbrahim@social.gov.tn
Scouts Tunisiens	5. M. Bechir Chamekh	becha_scout@yahoo.fr
Association Ibsar	6. Mme Bisma Essoussi	besma.essoussi@gmail.com
ONU SIDA	7. M. Lassad Souwa	soual@unaids.org
Oxfam	8. Dr Amira Medimagh	amira.medimagh@oxfam.org
CUAT	9. M. Rachid Ben Slama	president.cuat@email.ati.tn
Pers. Ressource	10. M. Salah Messaoudi	Salahmessa48@yahoo.fr
Pers. Ressource	11. Dr Farouk Ben Mansour	docfaroukbn@yahoo.fr
CeFIR / ONFP	12. Mme Nabila Lejri	nlejri@gmail.com
DCT / ONFP	13. Mme Raja Touil Chaabane	Raja_chaabane@yahoo.fr
CPAV / ONFP	14. Mme Samia Dahmen	cpavprod@yahoo.fr
District SE	15. Dr Mounir Jelliti	Jelitimounir2@yahoo.fr

Axe stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation et la recherche

Date : Mardi 12 Janvier 2021

Lieu : ONFP Salle RDC

Structure	Nom et Prénom	Adresse électronique
Pers. Ressource (Modérateur)	1. M. Hafedh Chekir	hafedhchekir@gmail.com
UAI / ONFP (Rapporteur)	2. Mme Raja Kefi	raja_kefi@yahoo.fr
FMT	3. Pr Abdelmajed Ben Hmida	ambenhamida@gmail.com
DSSB	4. Dr Abid Faouzi	drfaouziabid@yahoo.fr
INS	5. Mme Arbia Ferchichi	arbiaferchichi@yahoo.fr
INSP	6. Dr Hajer Skhiri	Hajer.skhiri@fmt.upm.tn
STGO	7. Pr. Khaled NEJI	khaled.neji@rns.tn
Pers. Ressource	8. M Fethi Ben Messaoud	fethibenmessaoud@yahoo.fr
Pers. Ressource	9. Dr.Mounir Sboui	Mantouta1994@gmail.com
UNFPA, bureau Tunis	10. Dr Mouna Mayoufi	mayoufi@unfpa.org
DSM / ONFP	11. Dr Hayet Labassi	hayetlabassi@gmail.com
CeFIR / ONFP	12. M. Feker Driss	driss.faker@gmail.com
DPE / ONFP	13. Mme Hayet Neffetti	hneffetti@yahoo.fr
District NO	14. Dr Najeh Mekni	Najeh.mekni@onfp.tn

Axe stratégique 5 : Garantir une meilleure gouvernance et leadership

Date : Mardi 12 Janvier 2021

Lieu : CeFIR-ONFP Salle 1

Structure	Nom et Prénom	Adresse électronique
Pers. Ressource (Modérateur)	1. M. Rachid Ben Amor	r.rachidbenamor@gmail.com
DIOM / ONFP (Rapporteur)	2. Mme Hanen El Euch	haneneleuch@gmail.com
Pers. Ressource	3. M. Slaheddine Montacer	Montacerslaheddine53@gmail.com
Pers. Ressource	4. M. Salah Ben Mahmoud	onfp_kairouan@yahoo.fr
Dep. / ONFP	5. M. Fethi Hassine	fethihassine@yahoo.fr
CeFIR / ONFP	6. Dr Mohamed Oueslati	oueslati.mohamed60@gmail.com
UAI / ONFP	7. M. Imed Noura	Noura.imed@yahoo.fr
UCSAR / ONFP	8. Dr Sameh Ghozzi	samehghozzi@yahoo.fr
DAF / ONFP	9. M. Mabrouk Ferchichi	mabroukferchichi1@gmail.com
DRH / ONFP	10. Mme Lamia Ben Hamouda	bh_lami@yahoo.fr
UCG / ONFP	11. M. Lotfi Nefzi	lotnef2001@yahoo.fr
DPM / ONFP	12. Mme Insaf Ayari	insaf.ayari2016@yahoo.com
UAI / ONFP	13. Mme Lamia Kheriji	kherijilamia@yahoo.com
DPE / ONFP	14. M. Faicel Yahia	faical.yahia@gmail.com
District CO	15. Dr Mourad Rejeb	Mouradrjab1mr@gmail.com



