

REPUBLIQUE TUNISIENNE



ETAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MATERNELLE ET NEONATALE EN TUNISIE



PROGRAMME CONJOINT EN SANTE MATERNELLE ET NEONATALE



ETAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE EN TUNISIE

SEPTEMBRE 2017

Ce document d'état des lieux, basé sur des faits objectifs et sur des réflexions d'experts, se veut être un plaidoyer en faveur de la santé des mères et des nouveaux nés en Tunisie.

Il a été rédigé en vue de servir de base de réflexion et de décision tant au niveau des politiques, des professionnels que de la société civile. Il s'intègre aussi comme un outil pédagogique en vue d'une approche et d'une culture commune dans le cadre de l'inscription de la SMNN en Tunisie dans l'agenda post 2015.

Les pistes de réflexion qu'il propose mettent l'accent sur l'importance de l'information, de la connaissance et du diagnostic ainsi que sur la cohérence entre le diagnostic, les priorités et les budgets à mobiliser.

Et n'oublions pas que si tout seul on va plus vite...
Ensemble, on va plus loin !

Des remerciements à toutes celles et ceux qui ont permis et nourri ce travail.

Les citer serait réducteur tant ils ont été nombreux et Co auteurs.

COMITE DE COORDINATION

Dr Chaouch Mohamed, *Direction des Soins de Santé de Base, Ministère de la Santé*
Dr Derouiche Sondes, *Direction des Soins de Santé de Base, Ministère de la Santé*
Mr Chokri Ben Yahia, *chargé des programmes au Fonds des Nations Unies pour la Population en Tunisie*

COMITE DE VALIDATION

Dr Chaouch Mohamed, *Direction des Soins de Santé de Base, Ministère de la Santé*
Dr Derouiche Sondes, *Direction des Soins de Santé de Base, Ministère de la Santé*
Dr Dorra Bousnina, *Centre PMI El Mallasine Tunis*
Dr Fatma Temimi, *Représentante de l'Office National de la Famille et de la Population*
Dr HajerSkhiri, *Directrice de l'Institut National de la Santé Publique*
Dr Moncef BelhajYahya, *Président de l'Association Tunisienne de Défense des Droits à la Santé*
Pr Mansour Njah, *Chef du Service Médecine Préventive au CHU Farhat Hached de Sousse*
Dr Mohamed Doagi, *Président de la Société Tunisienne de Pédiatrie*
Pr Monia Ferchiou, *Professeur en Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Aziza Othmana*
Dr Sofiène Manai, *Direction Générale des Structures Sanitaires Publiques*
Dr Sihem Saafi, *Institut National d'Accréditation en Santé*
Dr Kawthar Hjaiej, *Institut de Santé et de Sécurité de Travail*
Mme Fatma Bouhamed, *Ministère d'Investissement, de Développement et de Coopération Internationale*
Dr Leila Joudane, *Représentante du Fonds des Nations Unies pour la Population en Tunisie*
Mr Chokri Ben Yahia, *Chargé des Programmes au Fonds des Nations Unies pour la Population en Tunisie*
Madame Anne Lise Guisset, *Organisation Mondiale de la Santé*
Dr Ramzi Ouhichi, *Organisation Mondiale de la Santé*
Dr Georges Gonzales, *Représentant adjoint au Bureau de l'UNICEF à Tunis*
Dr Amira Mdimegh, *Chargée du Programme Santé au Bureau de l'UNICEF à Tunis*
Dr Raoudha Turki, *Direction Régionale de la Santé de Nabeul*

SOMMAIRE

	<i>Abréviations</i>	5
	<i>Liste des tableaux et des figures</i>	5
	<i>Résumé</i>	6
I-	Introduction	7
II-	Méthodologie de travail pour l'élaboration de l'état des lieux	11
III-	Morbidité et mortalité maternelle et néonatale en Tunisie : Les principaux défis	13
IV-	Les services de santé maternelle et néonatale en Tunisie	23
V-	Cadre et enseignements globaux tirés des évaluations effectuées	27
VI-	Axes d'amélioration et démarche d'implémentation de la stratégie proposée	31
VI.1-	<i>Axes d'amélioration</i>	32
VI.2-	<i>Démarche d'implémentation de la stratégie proposée</i>	51
VII-	Conclusion	61
	Références bibliographiques et Annexes	65
	<i>Références bibliographiques</i>	66
	<i>Annexes</i>	68

ABREVIATIONS

ATEV	Accident thrombo-embolique veineux
BM	Banque Mondiale
CMNT	Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNS	Conférence Nationale de Santé
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENMM	Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle
ENSEME	Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant
ESSTST	Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé de Tunis
FAR	Femme en Age de Reproduction
INAS	Instance Nationale de l'Accréditation en Santé
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
MM	Mortalité Maternelle
MN	Mortalité Néonatale
MMN	Mortalité Maternelle et Néonatale
MS	Ministère de la Santé
MICS	Multiple Indicators Clostred Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
OIT	Organisation Internationale du Travail
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
Pap Child	Pan Arab Project for Child Health
Pap Fam	Pan Arab Project for Family Health
PNPN	Programme National de Périnatalité
RMM	Réduction de la Mortalité Maternelle
SF	Sage-Femme
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSDM	Système de Surveillance des Décès Maternels
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I	Objectifs du millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale (UNFPA, 2011)	P9
Tableau II	Distribution de la Mortalité Maternelle en Tunisie	P16
Tableau III	Chiffres de mortalité infantile et néonatale de 2011-2012	P20
Tableau IV	Résultats de l'enquête MICS 4 (2011-2012) chiffres relatifs à la santé de la reproduction	P35
Tableau V	Offre en périnatalité et structures de soins publiques du 3ème niveau en Tunisie	P38
Tableau VI	Infrastructure de santé sexuelle et reproductive y compris de santé maternelle et néonatale selon le niveau	P39
Tableau VII	professionnels en lien avec la SMN et taux de rémunération en 2014 (DT)	P40
Tableau VIII	Effectifs des professionnels de santé maternelle et néonatale en Tunisie (2011-2014)	P41
Tableau IX	Salaires des prestataires de services de SSR et de SMN (2014) (secteur public)	P42
Figure 1	Evolution et projection relatives au taux de mortalité maternelle en Tunisie	P14
Figure 2	Evolution du taux des césariennes dans les structures publiques entre 1999 et 2006	P36
Figure 3	Pourquoi les femmes meurent-elles ? Modèle des 3 retards, Source : OMS, 2010	P54

RÉSUMÉ

Ce document porte sur un effort d'analyse de la problématique de la mortalité maternelle en Tunisie, abordée sous l'angle de la santé maternelle et néonatale.

L'objectif devrait permettre d'actualiser la stratégie nationale en santé maternelle et néonatale et l'élaboration d'un programme conjoint entre les trois agences du système des Nations Unies et les autorités du pays,

Le tout était placé dans un contexte marqué par l'échéance de 2015 pour ce qui des Objectifs du Millénaire (OMD4 et 5, en l'occurrence) et une période de changements institutionnels.

Sa rédaction se base sur une exploitation attentive de multiples travaux déjà menés dans le pays sur ce sujet, des entretiens avec des responsables, représentants et experts qualifiés, et avons participé à des ateliers d'échanges, organisés dans ce cadre.

À quelles questions est confrontée la Tunisie sur ce sujet et à quelles demandes et attentes devons nous répondre ? Que dire et écrire de plus, que ce qui a été produit. Que préconiser de mieux que ce qui a été fait depuis près d'un quart de siècle et qui a été évalué de manière répétée.

La Tunisie vit une mutation démographique, bénéficie d'indicateurs socio sanitaires qui la situe parmi les pays à revenus intermédiaires, et est reconnue pour ses politiques et programmes en faveur des femmes, de la santé maternelle et celle des enfants. Or la mortalité maternelle et, dans une moindre mesure la mortalité néonatale, ne suivent pas la même courbe d'évolution que celle de la mortalité générale, de la mortalité infanto juvénile, de l'allongement de la vie et de la baisse de la fécondité.

Outre le fait notable qu'une large partie des objectifs assignés pour 2015 est atteinte, on se doit néanmoins, de s'interroger sur les causes de ce décalage de l'indicateur de mortalité maternelle, en particulier.

La « résistance » de cet indicateur « phare et complexe », aux progrès relevés par ailleurs, a amené depuis 15 ans à une réorientation – au plan international et national - de l'approche programmatique globale antérieure, telle que définie et mise en œuvre en Tunisie à travers le Programme National de Périnatalité, vers le moment et le lieu où surviennent le plus de décès.

Une stratégie de réduction centrée sur l'accouchement a été ainsi définie en 2000, puis suite à des résultats partiels accélérée en 2004, et renforcée à travers un programme conjoint en 2010-2011. Une évaluation sur le fond en a été faite en 2012.

La Tunisie a beaucoup fait en amont pour permettre des grossesses désirées et surveillées ainsi qu'un accouchement assisté, à l'issue heureuse dans la grande majorité des 180 000 naissances annuelles. Elle butte néanmoins sur des issues dramatiques puisqu'une centaine de femmes meurent alors qu'elles donnent la vie.

Si les services publics de soins en santé maternelle sont à l'épreuve de l'usure du temps, d'une organisation pyramidale « renversée » et d'une qualité inégale, le secteur privé, encouragé au départ, s'est développé sans cadre d'objectifs ni redevabilité. L'accessibilité spatiale a été améliorée, les barrières financières levées en partie, sauf pour une fraction de la population, la plus vulnérable. Le système d'information, dispersé en plusieurs segments, n'arrive pas malgré des efforts sans relâche, à être un outil d'améliorations utilisable à tous les niveaux d'action et d'aide à la décision. Pourtant la Tunisie ne manque ni d'infrastructure moderne, ni de professionnels engagés, ni de savoirs faire accumulés depuis des décennies. Problèmes de ressources, d'organisation, d'optimisation, propres aux pays en développement, ou des stratégies adoptées par rapport aux réalités de tout le pays, ou d'un modèle de soins inapproprié ...?

Aujourd'hui et après avoir quelque peu raté l'échéance de 2015, et en appui sur les renouvellements des programmes nationaux et internationaux, on est de nouveau devant un choix: poursuivre la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale malgré des résultats jugés insuffisants ou tenir compte des leçons issues des évaluations pour actualiser, adapter voire réorienter cette stratégie.

En appui sur l'expérience et l'expertise nationale et internationale, la plupart des sources exploitées et des voix vont dans le sens d'une réorientation de la stratégie. Multi niveaux et intégrée à une prise en charge globale de la santé maternelle et néonatale, une telle stratégie peut permettre des avancées significatives et durables.

I INTRODUCTION

INTRODUCTION

En tant qu'êtres humains, notre santé et celle de ceux qui nous sont chers est une préoccupation au quotidien. Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'homme et de notre conception d'une vie dans la dignité. A ce titre, l'article 38 de la constitution de la république tunisienne souligne que la santé est un droit pour chaque être humain et que l'État garantit la prévention et les soins sanitaires à tout citoyen et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé. Ceci est particulièrement le cas pour certains groupes vulnérables comme les femmes et les nouveaux nés.

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, la Tunisie s'est engagée à réduire, à l'horizon 2015, de trois quarts la mortalité maternelle (OMD5) et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD4) (Tableau I). Or, si cela a été globalement le cas pour la mortalité infantile, l'objectif relatif à la réduction de la mortalité maternelle n'a pas été atteint.

C'est pour cela que la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à des niveaux compatibles avec le niveau de vie atteint par le pays et les attentes de la population représente un objectif important pour la Tunisie d'aujourd'hui, soumise à plusieurs défis (transition épidémiologique, démographique, transition démocratique, etc..) et un environnement international non favorable.

Cet état des lieux pose le diagnostic de la situation actuelle, en fait une analyse approfondie et avance des propositions en vue de repositionner notre pays relativement à ses acquis et son environnement international.

La santé maternelle et néonatale est perçue sous divers concepts. Avant tout développement sur ce thème, il est indiqué de partir sur une même base quant à la définition de certains concepts clés.

La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu' au postpartum. Si la maternité est souvent une expérience positive et satisfaisante, elle est, pour trop de

femmes, synonyme de souffrance, de maladie et même de mort. Les principales causes directes de morbidité et de mortalité maternelles sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le décès maternel se définit comme « tout décès survenu au cours de la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la terminaison de la grossesse, quelles qu'en soient la durée et la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Quant au décès néonatal, qui nous concerne le plus (la plus grande part) dans le cadre des décès constatés entre 0 et 5 ans chez l'enfant c'est tout décès de nouveau-né dans les 28 premiers jours de vie (OMS, 1990).

En fait, la santé des mères est étroitement liée à celle des nouveau-nés et, très souvent, les mêmes interventions sont requises pour prévenir leur décès. Il s'agit, entre autres, de mesures essentielles comme les soins prénatals, la présence de personnel qualifié à la naissance, l'accès à des soins obstétricaux d'urgence si nécessaire, une alimentation adéquate, les soins postpartum, les soins aux nouveau-nés et l'éducation pour améliorer la santé, l'alimentation et les soins des nourrissons et une bonne hygiène. Or, pour être réellement efficaces et durables, de telles interventions doivent se faire dans un cadre de développement qui s'efforce de les renforcer et de les intégrer dans des systèmes de santé et un environnement propices à la réalisation des droits de la femme.

Tableau I
Objectifs du millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale (UNFPA, 2011)

Objectif du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale	
Objectif du Millénaire pour le développement 4 : réduire la mortalité infantile	
CIBLES	INDICATEURS
4. A : réduire de deux tiers de 1990 à 2006, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2 taux de mortalité infantile 4.3 proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif du Millénaire pour le développement 5 : améliorer la santé maternelle	
CIBLES	INDICATEURS
5. A : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 taux de mortalité maternelle 5.2 proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
5. B : rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3 taux de contraception 5.4 taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 besoins non satisfaits en matière de planification familiales.

L'après 2015 nous demande aujourd'hui de nous situer de manière précise et surtout de nous demander en matière de santé maternelle et néonatale où en sommes-nous ? Quelle répartition nationale des décès maternels, tendances et taux régionaux de mortalité, quelles causes directes de la mortalité maternelle et néonatale, comment tenir compte de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales pour mieux analyser l'histoire du PNP et la mise en place de notre système de surveillance des décès maternels ?

En matière de déterminants sociaux sanitaires, il s'agira de réfléchir en vue d'instaurer des conditions plus pérennes à la santé maternelle et néonatale en encourageant des comportements sains pour les mères, d'assurer une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale grâce à une protection sociale plus juste et adapter les services de maternité aux cultures.

Aujourd'hui encore, beaucoup de femmes n'ont pas leur mot à dire dans les décisions relatives à leurs propres besoins de santé et cela les éloignent du continuum de soins dans le temps et dans l'espace, censé réduire leurs risques que ce soit en matière de couverture en soins prénatals, de couverture en soins pendant l'accouchement, de soins obstétricaux d'urgence ou de soins post-natals.

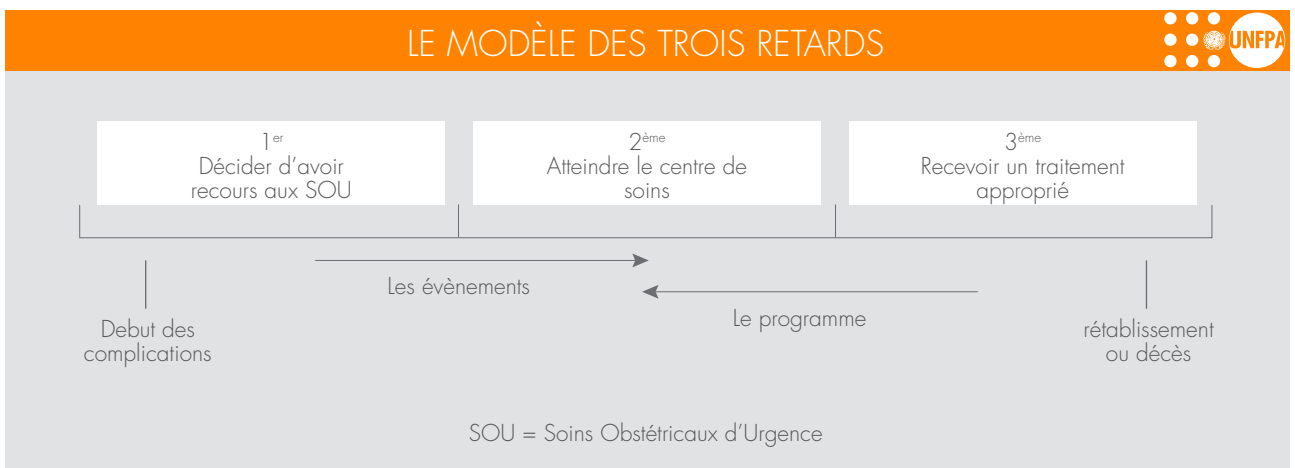
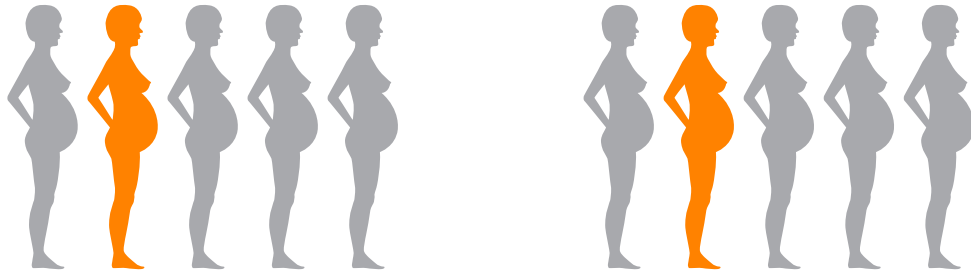
Le renforcement de notre système de santé pour améliorer la santé maternelle et néonatale nécessitera de travailler ensemble pour la santé de la mère et du nouveau-né.

C'est dans ce sens que cet état des lieux devrait permettre des échanges, voire des confrontations sur les données, les études, les savoirs et les points de vue, et ainsi de construire une plate forme de travail clarifiée, plus engageante qu'un programme élaboré en cercle restreint.

N'oublions pas que si tout seul on va plus vite.... Ensemble, on va plus loin !

EN TUNISIE ! CHAQUE SEMAINE !

2 Décès maternels
30 Décès néonataux



II
MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL
POUR L'ÉLABORATION DE L'ÉTAT DES LIEUX

II- MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL POUR L'ÉLABORATION DE L'ÉTAT DES LIEUX

Ce document présente l'état des lieux relatif à la santé maternelle et néonatale en Tunisie principalement en analysant les acquis et les goulots d'étranglement qui ont probablement participés à la non atteinte des OMD 4 et 5.

Les données qu'il utilise proviennent de trois principales sources :

- Les enquêtes nationales type EDS et MICS
- Les rapports publiés à l'occasion de travaux de consultation assurés aussi bien par des experts nationaux qu'internationaux à partir de l'année 2000.
- Les travaux de trois ateliers de réflexion conduits fin 2014 dans les trois grandes régions du pays (le nord, le centre et le sud). Ces travaux ont porté sur la situation de la mortalité maternelle et néonatale en Tunisie et les orientations stratégiques à promouvoir à la veille de l'échéance de 2015 et pour l'après 2015. Les ateliers ont réunis chacun une centaine de personnes réparties en groupe de travail, les groupes étant formés de représentants du niveau national (directeurs et responsables de programmes de SMI), de

représentants locorégionaux (responsables de services SMI à l'échelle régionale et professionnels de terrain en particulier sage femme, médecins généralistes, gynécologues obstétriciens et néonatalogistes, principalement du secteur public et académique), de représentants d'associations professionnelles (conseils ordre, syndicats et collèges de spécialités) et de responsables des organismes onusiens exerçant dans le pays (OMS, UNICEF et UNFPA) et de représentants de la société civile (association de défense du droit à la santé).

Toutes les données contenues dans ce document ont fait l'objet d'un rapport présenté à l'occasion d'une consultation assurée par un expert international dans le cadre des activités du programme conjoint de santé maternelle et néonatale.

Malgré la diversité des sources de données utilisées par cette analyse, chaque composante nécessite plus d'approfondissement.

III
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ MATERNELLE
ET NÉONATALE EN TUNISIE :
LES PRINCIPAUX DÉFIS

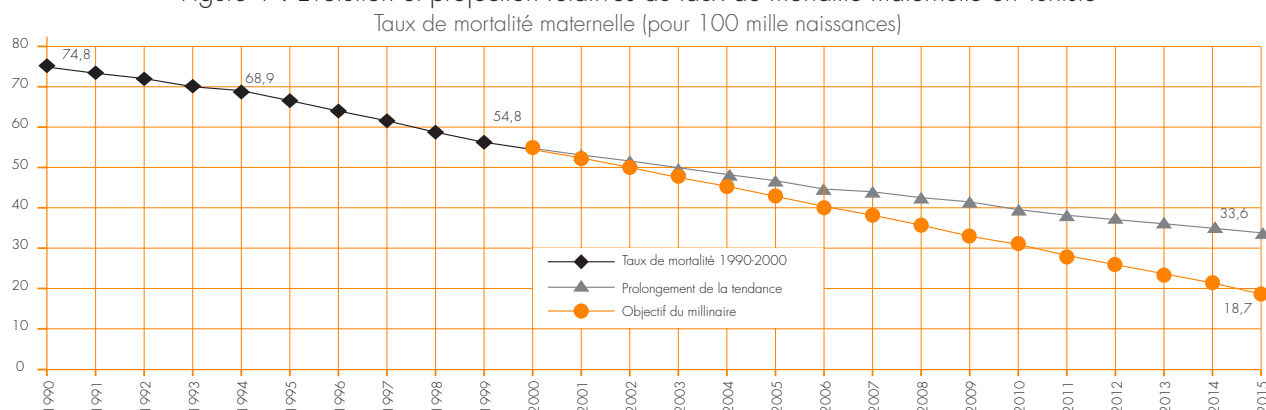
III – MORBIDITÉ ET MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE EN TUNISIE : LES PRINCIPAUX DÉFIS

1- Les chiffres de mortalité et leur traduction

Si dans le monde, les recherches ont révélé qu'environ 80 % des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des services de santé primaires ou obstétricaux essentiels (UNFPA, 2015), la situation

en Tunisie montre que la mortalité maternelle a baissé mais insuffisamment par rapport au niveau des efforts qui devaient être consentis et des objectifs assignés (figure).

Figure 1 : Evolution et projection relatives au taux de mortalité maternelle en Tunisie



Ainsi, près d'une centaine de femmes meurent encore chaque année en Tunisie de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement à l'occasion de près de 225 000 naissances vivantes aujourd'hui, ce qui correspondant à un taux de mortalité maternelle estimé en 2010, à 44,8 pour 100 000/NV⁽¹⁾.

En progrès, au dessous des objectifs ou en décalage par rapport aux autres indicateurs et pays similaires ? Au delà des chiffres, que nous regarderons de près (voir aussi encadré suivant), et des résultats dont ils témoignent, au moins en partie, ce sont les choix ou plus précisément le ou les chemins poursuivis que nous interrogerons. La stratégie adoptée de réduction de la mortalité maternelle a elle été payante ? Faut-il la poursuivre, la réajuster ou la réorienter ?

Note méthodologique : les chiffres de mortalité maternelle sont des estimations appréciées à partir :

- d'études hospitalières. Si celles-ci ont eu le mérite de fournir les 1ères estimations, on connaît les défauts des biais du recrutement hospitalier⁽²⁾.

(1) Le pays est passé de 68,4 en 1994 à 44,8/100 000 NV en 2010 selon les données des 2 enquêtes ENMM.

(2) « Généralement objets de travaux de thèse de doctorat en médecine ou d'articles scientifiques elles sont menées dans les maternités universitaires, et portent les limites de cette approche, à savoir le biais de recrutement. Cependant, elles fournissent des informations sur la tendance de la mortalité dans la même structure sanitaire au fil des années... » Ben Romdhane H 2007.

- d'études à l'échelle populationnelle. La 1ère Enquête Nationale sur la mortalité maternelle⁽³⁾ en Tunisie (ENMM 1993-1994), a fourni l'un des 1ers repères épidémiologiques. Une 2ème enquête nationale similaire à la première (ENMM 2010), a été réalisée grâce à l'appui financier du Programme des Nations Unis, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA⁽⁴⁾, a permis de tracer un autre jalon dans la courbe d'évolution
- d'un système de suivi des décès maternels (SSDM). Sous système de surveillance mis en place dès 1999, il enregistre et analyse les décès mais dans les seules structures hospitalières publiques⁽⁵⁾
- d'enquêtes périodiques spécifiques dont les MICS 3 et la MICS 4⁽⁶⁾
- de la déclaration des décès et de leurs causes auprès de l'Etat Civil.

Cette tendance est importante à considérer car plusieurs études confirment que la tendance à la baisse de la

(3) C'est une étude qui repose sur l'identification du décès maternel à partir d'une enquête à domicile d'un décès FAR (Femme en âge de reproduction) dans une population définie, en utilisant des sources de données multiples.

(4) Institut National de Santé Publique, OMS, UNFPA et PNUD. Rapport préliminaire de l'Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle en Tunisie 2010.

(5) « Il a permis de suivre la tendance des décès maternels, de préciser leurs causes et de les classer selon leur caractère évitable/non évitable ». Des résultats sont régulièrement rapportés (résultats du SSDM 1999-2006) Le SSDM permet de suivre la tendance au niveau des structures sanitaires publiques. Cependant, les données sont agrégées par gouvernorat et il serait plus pertinent de publier les résultats par hôpital pour suivre l'évolution des décès survenus dans la maternité et dans les services de référence comme la chirurgie et la réanimation. » Ben Romdhane H.

(6) Confère chapitre sur le système d'information

mortalité maternelle en Tunisie se ralentit et varie selon les régions « En l'espace de 7 ans, la mortalité maternelle a diminué de 24,5 %, soit une réduction annuelle de 3,6%. Même avec une hypothèse minimaliste selon laquelle les décès maternels survenus dans les structures publiques représentent l'ensemble des décès, la baisse annuelle moyenne n'a pas atteint l'objectif visé par la stratégie nationale (75% de 1990 à 2015, soit une baisse annuelle de 4,5%) »⁽¹⁾.

A ce titre, l'ENMM 2010 a estimé le RMM national à 44,8/100 000 NV avec une variation allant de 27,9 à 67/100 000 NV du Nord Est au Nord Ouest du pays, soit une réduction de 35% par rapport à 1993 (5)⁽²⁾. La baisse a été significative dans toutes les grandes régions du pays sauf le Grand Tunis.

Comme on le voit, les sources et les données varient. Mais quelque soit l'exactitude des chiffres, et des repères chronologiques, la baisse est là mais pas au rythme escompté, même en tenant compte d'une observation largement partagée dans le monde : la courbe de mortalité maternelle ne peut être linéaire ni évoluer au même rythme. Au fur et à mesure de la baisse, le gain pour chaque palier est plus difficile⁽³⁾.

Quels que soient les réserves sur la fiabilité des chiffres et des sources, les débats sur les définitions et les périmètres de la mortalité maternelle, les techniques de calcul, tout nous laisse penser que c'est un niveau de mortalité maternelle plausible pour un pays comme la Tunisie en comparaison des données internationales. Il ne l'est pas au vu des objectifs fixés par les instances internationales⁽⁴⁾ et l'écart par rapport aux niveaux assignés à la Tunisie par les OMD 4 et 5 doit nous interroger.

Qui est en cause : l'effort de mobilisation du pays, les stratégies utilisées ou le niveau des objectifs fixés ou assignés ? Pour ces derniers, on peut s'interroger sur les bases et les conditions de définition d'un tel seuil pour une échéance commune à tant de pays ? A-t-on tenu compte des ressources disponibles et des capacités de chaque pays ? De tels niveaux d'objectifs, fixés au-delà des capacités réelles des pays peuvent tirer vers le haut ou, au contraire engendrer la sous-estimation des progrès, de la tendance sur la durée et nourrir le découragement ?

Ce qui est sûr, c'est que ces résultats ne contentent ni les autorités ni surtout une population dont les exigences ont évolué⁽⁵⁾, et qui portent sur les aspects quantitatifs autant que qualitatifs.

La comparaison entre pays peut nous aider pour qu'un pays puisse se situer en comparaison des autres. Ainsi,

(1) Ministère de la santé DSSB Table ronde sur "les décès maternels" XVème journées nationales de sante publique, 25-26 octobre 2007, Hôtel El Mechtel – Tunis.

(2) Institut National de Santé Publique République Tunisienne... Rapport préliminaire de l'Enquête Nationale sur La Mortalité Maternelle en Tunisie 2010, opt cit

(3) Biblio O Brixix A Bendib 2012

(4) La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement est, depuis bientôt un quart de siècle, un objectif que se sont assigné les Etats, les organisations non gouvernementales, les agences des Nations unies et la Banque Mondiale réunis lors de la Conférence de Nairobi tenue en 1988.

(5) Confère synthèse des propos des jurys citoyens dans le cadre du dialogue sociétal Pour une meilleure santé en Tunisie, faisons le chemin ensemble. Propositions soumises à la conférence nationale de la santé. Comité Technique du Dialogue Sociétal (2014).

« Des taux aux alentours de 50/100 000 ont été enregistrés en France durant la période 1960-65, en Suède entre 1955 et 1960, en Angleterre et pays de Galle en 1955 et aux EUA au cours des années 1950. En l'espace de 50 ans, ces pays ont considérablement baissé leur taux. Mais une évolution aussi favorable est aussi observée dans des pays en développement qui ont mis en place des stratégies tout à fait concevables dans le contexte tunisien (Ben Romdhane H. 2007) . De même, l'auteur précise, à juste titre que pour des pays «ayant le même niveau de développement, voire un niveau inférieur à celui de la Tunisie, des progrès spectaculaires ont été enregistrés grâce à l'investissement dans la formation des sages femmes, dans le renforcement des hôpitaux de référence, le contrôle et la supervision des professionnels et surtout au niveau de la rétro information...».

Si de tels enseignements d'exemples positifs et accessibles sont connus, ont-ils été pour autant entendus ? Les efforts pour la formation des sages femmes(6) et le contrôle et la supervision des professionnels sont renseignés, reconnus. Sur la rétro information, les perceptions sont contradictoires car celle-ci n'est pas entendue de la même manière. Nous reviendrons plus loin sur la nature de ces efforts, leurs portées et limites, en nous obligeant à une analyse de pertinence et non pas seulement de réalisations quantitatives.

Résumé

Le TMM en Tunisie

- La connaissance du taux précis de la mortalité maternelle reste donc à construire. Elle constitue un enjeu sous plusieurs angles, technique et politique(de santé, du social et de société),
- S'il apparaît comme étant parmi les plus bas dans les pays à revenus similaires, le taux de mortalité maternelle en Tunisie reste relativement élevé au regard du niveau de l'infrastructure sanitaire, de l'accès aux soins et surtout du statut de la femme tunisienne,
- Le niveau du TMM et sa tendance nécessitent de figurer encore dans l'agenda des priorités nationales comme cela est ressorti des travaux du dialogue sociétal sur la santé,
- Les progrès et les prés requis favorables ne sont pas irréversibles. Leur préservation doit aider la Tunisie à ne pas permettre des reculs comme cela s'est passé dans d'autres pays,
- Comparé à d'autres causes de décès, on peut comprendre que les autorités nationales, confrontées à de multiples choix et contraintes, puissent être tentées à relativiser le rang de priorité de la mortalité maternelle par rapport à d'autres causes de décès,
- Sauf que ramené aux conséquences de la perte d'une femme, de sa place dans la société, des droits humains et civiques, tout décès d'une mère est de trop, notamment de notre époque. Les dynamiques de population, avec des enfants moins nombreux et des grossesses plus désirées vont pousser dans le sens d'une tolérance sociale de plus en plus exigeante.

(6) Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, Tunisie , le La Sage-femme En Tunisie, Acquis, Défis et Perspectives envisageables 2014

Que traduisent les chiffres de mortalité maternelle ?

Avant tout, la connaissance des causes de décès et surtout l'expression de fortes inégalités.

■ Les causes de décès

Même si notre pays ne dispose pas encore d'un dispositif d'analyse des causes de mortalité en général (un tel travail suppose des mécanismes et une discipline de déclaration, des compétences techniques dans la codification et le traitement, outre la qualité complexe des diagnostics), l'analyse des causes de décès maternels est aujourd'hui possible à travers les décès enregistrés dans les maternités publiques grâce au système de suivi des décès maternels.

Parmi les causes directes, les 3 pathologies ou complications rapportées sont largement connues. Leur fréquence et gravité signent le niveau de développement social et d'organisation du système de soins et d'information. Il s'agit principalement d'hémorragies, d'infections et de toxémies gravidiques.

- **L'hémorragie du post partum (HPP)** reste la première cause des décès maternels dans les pays à revenu faible et la cause principale de près d'un décès maternel sur quatre dans le monde. «...Le SSDM montre bien que l'évolution de la part de l'hémorragie dans les décès ne suit pas une tendance régulière: entre 1999 et 2006, elle a fluctué entre les 44% et 40% ; elle est descendue aux alentours des 27% en 2000-2001 pour remonter ensuite à 40% en 2005-2006. En cela la Tunisie est dans le lot des pays en développement (40% au Burkina Faso et 67% en Cote d'Ivoire). Dans les pays développés, la part de l'hémorragie dans la mortalité maternelle est de plus en plus réduite. Au Royaume Uni par exemple, elle n'est que de 6 %. La France qui accusait un retard par rapport aux pays européens, a mis en place une stratégie spécifique et une grande mobilisation pour faire baisser la part des hémorragies estimée à 20%. L'hémorragie étant évitable dans 90% des cas, sa part dans les décès maternels en Tunisie pose donc le problème de ses facteurs, des conditions de sa survenue, de sa prise en charge, bref du respect des normes de soins. Cette tendance pose le problème des conditions des accouchements dans les structures publiques car aucune autre cause de décès ne dépend aussi étroitement de la qualité de la prise en charge au cours du travail et en post partum. Il est donc légitime de se poser les questions suivantes : s'agit-il de problème lié à la compétence du personnel, à un équipement inadéquat, à un traitement inapproprié ou à un retard de transfert ? La réponse à ces questions nécessite une évaluation de la situation afin de mieux cibler les interventions et le SDMM, mis en place pour répondre à ces questions, se trouve parfois limité dans cette tâche par manque d'information... »(1).

- **Les infections**, quant à elles, sont maintenues à des niveaux relativement faibles (au dessous des 10 %) depuis 2002. « Depuis 2004, la part des infections se situe au niveau observé en Angleterre en 1980 »(2).

- **La toxémie gravidique** continue à occuper une place non négligeable dans les décès maternels. «... En effet, elle a atteint 20 % en 2001 et 16 % en 2006 et les pourcentages les plus faibles ont été observés en 2005 et 2004. Moins imprévisible que l'hémorragie, cette pathologie doit faire l'objet d'un dépistage et d'une prise en charge adéquate déjà au cours de la grossesse. Evidemment, la période du travail en maternité est cruciale et les soins d'urgence doivent être disponibles et efficaces... »(3)

Autant ce constat de 2007 est encore actuel, autant il impose de regarder la prise en charge aux différents niveaux des services de soins, la qualité et le continuum des soins de la conception à la naissance à travers tout le cycle de la vie d'une femme et non pas seulement lors de l'accouchement, même si c'est le « moment » de tous les possibles, les plus heureux, et les pires.

■ Les fortes inégalités régionales

Les chiffres évoqués, au-delà des moyennes qui masquent les distributions, révèlent désormais ou rappellent des inégalités régionales. C'est le fait majeur qui caractérise la santé maternelle et néonatale en Tunisie comme dans la plupart des contextes, y compris, développés où la mortalité maternelle est d'abord le fait des femmes les plus en difficultés sociales et des lieux les moins dotés(4).

Hier invisibles, aujourd'hui explosives, demain décisives, ces inégalités spatiales (régionales, territoriales ou plus locales), couvrent et disent avant tout des inégalités sociales entre personnes, milieux, catégories socio professionnelles, et localités.

Les données comme la cartographie établis par l'INSP en 2008(5) et rappelées dans la Carte sanitaire en 2011(6), coupent grossièrement le pays en 2 zones(7).

Tableau II : Distribution de la Mortalité Maternelle en Tunisie

Région	Décès Maternel 2008	Nombre de naissance (1000) en 2008	TMM 2008 (100000NV)	TMM 1994 (100000NV)
District Tunis	18	35,4	50,8	40,0
Nord-Est	7	25,1	27,9	50,4
Nord-Ouest	13	19,4	67,0	94,0
Centre-Ouest	16	28,6	55,9	105,0
Centre-Est	14	45,9	30,5	57,4
Sud-Ouest	4	10,9	36,7	92,8
Sud-Est	10	17,6	56,8	62,7
TOTAL	82	183	44,8	68,9

Source : données INSP 2008, carte sanitaire 2011 DPM, MS

(2) Ibid

(3) Ibid

(4) Confère revue Bibliographique O Brix, A Bendib, 2012

(5) Njah M, Stratégie nationale de réduction de la MM, communication - Atelier Tunis, 23 sept. 2014

(6) Carte sanitaire 2011, mai 2013, DEM, Ministère de la santé

(7) 4 régions autour ou au dessus de 50/100 000 NV (Nord Ouest Sud Est, Centre ouest, district de Tunis) et autour de 30/100 000 NV (Sud Ouest, Centre Est, Nord Est).

(1) Ministère de la santé - DSSB Table ronde sur "les décès maternels" XVème journées nationales de santé publique, 25-26 octobre 2007, Hôtel El Mechtel - Tunis.

Ces données de distribution spatiale à grands traits nécessitent d'être affinées pour appréhender les inégalités sociales et de santé (ISS) au plan social, entre personnes, milieux, au niveau « le plus infra ».

D'autres écarts selon l'âge sont à explorer :

- Il est bien établi que le risque de mortalité maternelle augmente avec l'âge⁽¹⁾. Une fécondité tardive et une proportion de naissances plus grande chez les femmes âgées de plus de 35 ans contribuent à l'augmentation de la mortalité maternelle. « Ils peuvent expliquer, du moins en partie, la surmortalité enregistrée dans certaines régions. A titre d'exemple, le taux de mortalité maternelle en Tunisie standardisé sur la structure des naissances est de 59,11

contre 68,9 pour 100 000 naissances vivantes estimé par l'ENMM. L'écart entre les deux taux mesure l'impact de la distribution des naissances selon l'âge de la mère. Après standardisation sur la structure des naissances de la population tunisienne, le District de Tunis, les régions du Centre Ouest et du Sud-ouest enregistrent des écarts importants entre le taux de mortalités standardisés et le taux de mortalité observé... » (Ben Romdhane H Dellagi R, 2012)

- La tendance démographique et sociologique au recul de l'âge de la procréation, de la 1^{ère} naissance et du mariage va accentuer ce risque.

Résumé

LES CAUSES ET LA CAUSE DES CAUSES

La nature des causes de décès est probablement aussi significative que les niveaux des chiffres de mortalité. Elle peut nous orienter sur quelques pistes explicatives du fait que :

- Le degré de gravité de la triade - hémorragies, infections et toxémie- est un marqueur des contextes de sous développement ou de précarités,
- La non maîtrise des hémorragies traduit souvent des problèmes d'organisation,
- Celle des infections, le contexte épidémiologique et l'usage des antibiotiques,
- Celle des toxémies, du niveau de surveillance en amont et d'intervention en urgence.

La notion d'évitabilité, souvent évoquée n'est-elle pas une façon de raisonner à l'origine de simplifications qui peuvent nous égarer ? Qu'entend-on les uns et les autres de la notion « d'évitable » ? Des situations dont on connaît la nature et surtout les solutions. Certes, mais entre la connaissance dans l'absolu et les capacités réelles en contextes précis, n'y a-t-il pas des conditions qui méritent d'être prises en considération ? Invoquer l'évitabilité de causes qui se répètent ne nous dit rien sur le fait qu'elles se répètent. La véritable question nous semble-t-il, c'est le pourquoi de la survenue de telles causes alors qu'on en connaît les origines, les mécanismes et les solutions.

Comme ailleurs, la question des inégalités est le noeud de la problématique de la mortalité maternelle, néonatale et de la santé maternelle en Tunisie.

Elles s'expriment en termes de niveaux de mortalité et de morbidité mais aussi en termes de ressources disponibles et d'environnements socio-économiques, géographiques et culturels, plus ou moins favorables.

A regarder de près les distributions des taux moyens de mortalité maternelle on perçoit assez vite plusieurs Tunisies.

Ces inégalités étaient connues mais peu reconnues. Depuis 2011, elles sont devenues au centre des préoccupations de la société et des enjeux politiques et économiques. La cohésion sociale comme la justice sociale et les conditions du développement se concentrent aujourd'hui dans cet enjeu.

Les prendre en compte, les prendre en charge et maîtriser le plus possible l'ampleur des écarts, permettront probablement le franchissement du palier qualitatif dans la dynamique de développement.

Des stratégies en santé, en offre de soins, en carte d'implantations, de réhabilitation du secteur public de proximité pour les plus vulnérables, en régulations du secteur privé en protection sociale, relèvent des possibles, déjà du côté du secteur de la santé. Il y a évidemment par ailleurs le cadre plus global des déterminants que sont la scolarité, les infrastructures de transport, l'accès aux services publics outre les questions fondamentales de l'emploi et du revenu.

(1) Minsart A.F, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y. , Données périnatales en Wallonie - Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, Cepip Wallonie Belgique 2010

■ Ce que ne disent pas les chiffres !

En effet, derrière les chiffres désincarnés, il s'agit de femmes, de couples et de familles éprouvés face à un événement qui est et devrait être plutôt heureux.

- Outre le caractère dramatique des issues fatales, il y a aussi le vécu des femmes, leurs bonheurs, leurs souffrances comme leurs appréhensions. Les perceptions de la grossesse et de l'accouchement par la femme, par la mère, la belle mère, par le mari, par les plus jeunes parturientes, sont fondamentales. La « gentillesse », pour reprendre un terme qui revient tout le temps, de telle ou telle sage femme, infirmière, médecin est le 1^{er} ingrédient de la notoriété d'un service, d'un personnel d'une institution, la base élémentaire de la confiance et de la qualité.

- La qualité de l'accueil, la considération, le respect de l'intimité, la prise en compte de la parole et du vécu des femmes par les professionnels et les services de santé sont une composante importante de la prise en charge.

- Bien plus, « les dires et rumeurs » sont un des fondements des représentations dont les spécialistes des sciences humaines savent la valeur et les fonctions. Les témoignages recueillis lors du débat sociétal sur la santé doivent être entendus.

« Dans une enquête de satisfaction des usagers adultes en rapport avec les services de santé de la reproduction, la maternité se révèle être un espace aliénant pour les femmes qui s'y présentent pour accouchement. Dans cet espace, les sages-femmes mais aussi les médecins sont souvent décrits comme manquant d'écoute. Et les propos recueillis révèlent également qu'il leur arrive de « déléguer leurs responsabilités à une ouvrière pour pouvoir se reposer »⁽¹⁾

Ces dimensions subjectives ne sont pas assez dites, écrites, investiguées et recherchées.

- La dimension des actes techniques en est une autre. Sa survalorisation technocratique par rapport aux aspects subjectifs, humains, sont non pas l'expression d'un professionnalisme scientifique mais d'un retard culturel et professionnel.

- La revendication de la qualité n'exprime-t-elle pas ces attentes et exigences. Quand on compare les normes et référentiels des bonnes pratiques en se référant à celles des pays du « Nord », il serait probablement aussi judicieux de ne pas en rester aux niveaux d'équipements ou seulement à la performance des actes techniques mais bien noter qu'il y a eu « une révolution culturelle dans les rapports entre soignés et soignants » et qu'elle se poursuit sous la pression vigilante des femmes et à l'aune des droits, politiques, civiques et juridiques.

- Il faut dire que l'acquis des droits, puis leur exercice et leur défense y compris par le recours à la justice a beaucoup contribué à faire évoluer ces pratiques et rapports. La femme en tant que telle, en tant que mère, a des droits qu'il importe de rappeler et sur lesquels il faut mettre en vigilance toute la société et ses institutions. Le recours à la justice et aux droits formels est sous cet angle vecteur de progrès.

- Cette dimension rejoint fondamentalement l'approche fondée sur les droits humains, culture et vision défendues et portées par les organisations onusiennes, dont celles en Tunisie, tout particulièrement.

Il s'agit ainsi d'appeler à « une stratégie de santé maternelle et infantile respectueuse des êtres humains ou l'on insistera particulièrement sur la nécessaire évolution/ révolution des mentalités, des pratiques des professionnels comme des institutions vis-à-vis des femmes et vers de nouveaux rapports⁽²⁾. ».

De même, le renforcement des législations, des règles professionnelles, l'organisation des mécanismes de recours et de défense associatif et judiciaire sont incontournables, comme en témoignent les axes d'appui du programme pays de l'UNFPA⁽³⁾.

A ce titre, l'OMS vient d'adopter une déclaration appelant à « la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins :

« Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. Cette déclaration se veut un appel à l'action, au dialogue, à la recherche et à la défense des droits relatifs à cette question importante de santé publique et de droits de la personne » (OMS 2014).

L'OMS insiste de plus sur l'attention à apporter aux femmes les plus vulnérables, celles qui : « sont plus susceptibles que d'autres d'être victimes de manque de respect ou de mauvais traitements, notamment les adolescentes, les mères célibataires, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique, les femmes issues de minorités ethniques, les immigrantes et les femmes séropositives... »

Chaque femme a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité

OMS 2014

(1) Tinsa F., Gherissi A. Les services de santé de la reproduction : satisfaction ou insatisfaction ? Unité de Recherche Evaluation en Santé. Faculté de Médecine de Tunis.. 2012

(2) Zouari Béchir , Propositions pour réduire la MM , Atelier des 10 et 11 novembre 2014 Tunis

(3) UNFPA Plan d'Action du Programme de Pays 2015 -2019 Tunisie

On ne saurait oublier que derrière les chiffres et les cas, il ya les êtres humains.

La prise en compte de la dimension humaine, c'est-à-dire du vécu, des perceptions mais aussi du point de vue de la femme est non seulement le 1er acte de qualité mais aussi le 1er respect des droits humains.

Il y a un indice à fabriquer ou à mettre en avant¹ qui traduit le degré de cette prise en compte dans la prise en charge.

Entendre les femmes, leurs proches, les encourager à s'exprimer à donner leurs avis, à formuler des critiques, remet la femme dans une posture de SUJET, non pas seulement celui d'une patiente dont on pourrait comprendre « le vécu ».

Ces dimensions concentrent les pas essentiels à franchir pour moins de décès, de souffrances, d'humiliations et le plus de qualité et de progrès

2. La morbidité maternelle, pourtant mieux connue, est peu reliée à la mortalité

La mortalité maternelle ne doit pas cacher la morbidité liée ou interférant avec la maternité car c'est avant tout la morbidité qui alimente la mortalité.

La difficulté de cette prise en compte relève :

- d'une part, de problèmes de définition et de périmètre, et de la vision segmentée de la santé maternelle,
- d'autre part, au fait que la mortalité maternelle est souvent ramenée à l'analyse des causes directes des décès sans que celles-ci ne soient pas interrogées sur l'amont.

2-1- Problèmes de définition et de périmètres

L'OMS définit la morbidité maternelle comme étant un état pathologique chez une femme qui est ou a été enceinte, quels que soient la durée et le site de la grossesse, de toute cause en relation avec ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge; les causes accidentelle ou incidente étant exclues (OMS, 1993).

- Dans les pays développés, on distingue plutôt la **morbidité maternelle dite grave**⁽¹⁾ dans le cadre de la surveillance périnatale.

« Le Système canadien utilise une définition pragmatique qui comprend des critères propres à une maladie (p.ex. Éclampsie), propres à une intervention (Ex. transfusion sanguine) et fondés sur un dysfonctionnement viscéral (ex. insuffisance rénale aiguë). Ce taux est un indice important qui complète le taux de mortalité maternelle et représente le fardeau de la maladie et de l'invalidité pour la population qu'entraînent ces événements comportant un danger de mort... »⁽²⁾

- l'OMS estimait déjà en 1990 que la morbidité

maternelle grave est 6 à 10 fois plus fréquente que la mortalité maternelle (OMS, 1990).

2-2- Des causes et une confusion avec les causes directes

- Là aussi les tableaux de morbidité ainsi que ses risques sont connus au plan national⁽³⁾ et largement documentés au plan international. En cela, la Tunisie ne diffère pas des autres pays et est bien caractéristique du niveau intermédiaire dans lequel on la range.
- Une étude en milieu hospitalier rend compte d'une prévalence de 5% des infections materno-fœtales à streptocoque du groupe B. La morbidité et de la mortalité qui lui sont associées rendent compte de sa gravité malgré tous les progrès de la prise en charge⁽⁴⁾. Plus tôt sont prises en compte et en charge la morbidité de la femme, puis de la femme enceinte, moins sont fréquentes et graves les causes directes de décès, même si l'accouchement peut être émaillé d'incidents, d'accidents ou de complications.

Face aux troubles hypertensifs, la pré éclampsie et l'éclampsie, l'OMS « a élaboré des recommandations sur la base de données factuelles dans l'objectif de promouvoir les meilleures pratiques cliniques possibles en la matière.

2-3- Mais aussi des facteurs de risque

Outre le surpoids ou à l'inverse, la maigreur, la grossesse est une période "clé" tant pour l'incidence que pour le dépistage du diabète. Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés: accouchement prématuré, pré-éclampsie, césarienne, macrosomie, hypoglycémie néonatale et hyperinsulinisme fœtale.

(1) Dont on mesure le taux exprimé par tranche de 1 000 accouchements dans un endroit donné et à une période donnée

(2) Agence de santé publique du Canada, le Système canadien de surveillance périnatale de l'Agence de la santé publique du Canada surveille les principaux indicateurs de la santé maternelle, fœtale et infantile au Canada et produit des rapports à ce sujet. 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/>

(3) Confère dans le chapitre précédent l'analyse des causes de décès.

(4) Ben Hamida Nouaili, K. Abidi, S. Chaouachi, Z. Marrakchi, Épidémiologie des infections materno-fœtales à streptocoque du groupe B. E., Service de néonatalogie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie, Médecine et maladies infectieuses 41 (2011) 123-125 le 30 septembre 2010

L'OIT, quand à elle, nous rappelle la problématique **des femmes enceintes au travail**, souvent dissociée des données de santé publique :

« L'OIT relève les défis de la morbidité et de la mortalité maternelles par le biais de son Agenda pour un travail décent (droits, emploi et revenus, protection sociale et dialogue social). Elle contribue à l'ODM 5 en s'efforçant de promouvoir – la protection de la maternité pour toutes les femmes travailleuses durant la grossesse,

l'accouchement et l'allaitement; l'investissement dans les ressources humaines et l'infrastructure de base dans le domaine de la santé; l'extension des services de santé et de sécurité sociale; les droits des travailleurs de la santé ainsi que la nécessité de leur offrir des conditions de travail décentes; l'accès pour les femmes travailleuses à des services VIH/sida complets; l'amélioration de l'éducation et du statut des filles et des femmes.

Résumé

LA MORBIDITÉ MATERNELLE

Les informations disponibles nous renvoient aux causes de décès déjà décrites dans l'analyse des taux de mortalité maternelle, la fameuse triade – hémorragies, infections, toxémies gravidiques- plus ou moins fréquentes et graves selon les niveaux de développement.

C'est là où l'on réalise les malentendus tant la morbidité est confondue avec la mortalité ou du moins n'est appréhendée que dans ses formes compliquées, graves et en dernière instance, c'est-à-dire en tant que causes directes de décès. Une telle confusion n'est pas sans conséquence tant elle oriente de fait les efforts sur le dernier segment (l'accouchement) et non sur tous les moments, de la conception et au post partum, D'où d'ailleurs l'effort dans les pays développés de distinguer une morbidité grave et des facteurs de risques sujets à surveillance renforcée et organisée et prévention.

3- La mortalité néonatale forme une composante importante de la mortalité infantile

3-1 Niveau et tendance évolutive de la mortalité néonatale

En fait, à la relecture attentive de l'ODM 4 (tableau I en introduction), c'est la mortalité de l'enfant de 0 à 5 ans qui est visée, dans ses différentes composantes. Le tableau III rapporte les chiffres issus de l'enquête MICS 4 de 2011-2012.

Tableau III : Chiffres de mortalité infantile et néonatale de 2011-2012.

Sujet	Indicateur	Valeur
Mortalité des enfants	Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans	19.3 %
	Taux mortalité infantile	16.7 %
	Taux de mortalité néo natale	11.5 %
	Taux de mortalité post néonatale	5.2 %

Source : Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 4 (2011-2012)

Recoupés avec les autres sources de données, ces données statistiques convergent sur trois constats :

- La mortalité infanto juvénile (0-5an) a notablement baissé,
- La mortalité infantile (0-1 an) a aussi baissé⁽¹⁾.
- Le taux de vaccination contre la rougeole est au plus haut⁽²⁾.

Au vu des 3 indicateurs, on peut dire que l'ODM 4 est pratiquement atteint.

L'écart qui persiste est clairement analysé du côté du segment de la mortalité néonatale qui représente les 2/3 de la mortalité infantile⁽³⁾ :

(1) La mortalité infantile (0-1) a baissé de 37,3 en 1990 à 16,7 pour mille en 2012), probablement moins en fin 2014 mais pas encore au niveau fixé qui aurait été de 12,4 pour mille. Une baisse de la moitié (55% au lieu de 66%) rejoignant la tendance mondiale puisque « le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de près de 50 %, passant de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 48 en 2012 ». Unicef

(2) Les taux de vaccination : 98 % des enfants âgés de 18 -29 mois ont reçu le BCG, 96% ont reçu les 3 doses des vaccins DTC, polio et contre les hépatites virales de type B, 94 % ont été vaccinés contre la rougeole.

(3) Ministère de la santé DSSB , Atelier « Réduction de la Mortalité maternelle et néonatale » 23/09/ 2014 Tunis

- Elle a considérablement baissé au cours des 30 dernières années en passant « de 46,6% en 1972 à 14,5% en 2002 » (Ben Hamida Nouaili et al 2010).
- Sachant que les écarts entre le milieu urbain (7,6) et le milieu rural (18,3), signent là aussi les inégalités liées aux conditions socioéconomiques, ainsi qu'au niveau scolaire et à l'âge de la mère,
- Ces chiffres disent les défis qui restent posés par la 1^{ère} semaine de vie : « notre analyse a confirmé la vulnérabilité bien connue de la première semaine de vie, en particulier les 24 premières heures... La baisse importante des deux - la mortalité néonatale précoce et tardive- dans les années 1980 est due en grande partie au développement socio-économique et culturel et diverses mesures prises pour réduire la mortalité infantile tels que les plans nationaux de périnatalité, lutte anti-diarrhéiques et la vaccination... » (Ben Hamida Nouaili

et al 2010). Comme d'ailleurs à l'échelle mondiale tel que rapporté par l'OMS.

- Néanmoins, l'objectif de réduire la mortalité néonatale de 15,5‰ à 8‰ entre 2000 et 2015 ne sera pas atteint tout comme pour le RMM, soulignant d'ailleurs à quel point ces deux prises en charge sont interdépendantes. Les intervenants à l'atelier organisé par la DSSB, a déploré la sous-estimation de la mortalité néonatale et la faiblesse de l'approche qui « dissocie » la mère de son nouveau-né. Ils insistaient sur la nécessité d'appréhender le couple mère enfant.

- Les « Problèmes de Néonatalogie » selon Dellagi sont liés à « l'accroissement de la demande objective de soins d'autant qu'on enregistre une augmentation des grossesses à risque, une répartition inégale de la démographie médicale, le cloisonnement des intervenants autour de l'accouchement, la technicisation des naissances, l'organisation des transferts.... »⁽¹⁾.

3-2 Les causes de décès

L'enquête MICS-4 (données 2010-2011) pointe les risques et les conditions qui participent de cette mortalité et des fragilités qui la précèdent ou maladies liées aux comportements et conditions en matière de nutrition des enfants, tel qu'indiquée dans la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois.

« ...notre analyse indique que l'hypertension, l'accouchement prématuré spontané et l'asphyxie périnatale étaient les principaux événements obstétricaux primaires qui ont mené aux décès de nouveau-nés. 13,6% des causes de décès néonataux étaient dus à l'hypertension maternelle. Cela pourrait être dû, en partie, à la prématurité (induite) et donc de ses complications en particulier le syndrome de détresse respiratoire, responsables de 9% des causes immédiates de la mort... » (Ben Hamida Nouaili et al 2010).

Les faibles poids à la naissance

« En Tunisie, les FPN en 1988 représentaient 6,8 % de l'ensemble des naissances vivantes ; avec un taux de mortalité néonatale supérieur de 4,5 fois au taux moyen. Bien que les programmes nationaux, élaborés en faveur de la santé maternelle et infantile aient contribué à l'amélioration de plusieurs indicateurs de santé infantile, la fréquence des FPN [15] est de 6,8% des naissances vivantes...L'étude des relations entre d'une part, les caractéristiques maternelles, néonatales et celles relatives au suivi médical et la survenue de FPN d'autre part, a montré que le jeune âge des mères, la primiparité, l'intervalle inter gènes court, le sexe féminin du nouveau-né et la présence de malformations congénitales favorisent la survenue des FPN. Par ailleurs, l'absence du suivi médical de la grossesse est un facteur

favorisant la survenue des FPN. Le respect du calendrier des consultations prénatales tel que recommandé par le programme national de périnatalité est un facteur protecteur contre la survenue de FPN...»⁽²⁾.

- L'OMS dans ses données sur la Tunisie apporte les précisions suivantes

«Les indicateurs clés pour le suivi de l'état nutritionnel de l'enfant sont l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge), le retard de croissance (taille-pour-âge) et l'émaciation (poids-pour-taille). En Tunisie, selon les nouvelles normes OMS 3,2 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont une insuffisance pondérale, 10 pour cent ont un retard de croissance ; 3 pour cent accusent une perte de poids et 14 pour cent présentent une surcharge pondérale » (OMS 2014, sur son site).

- L'analyse que porte la Banque Mondiale sur la baisse de la mortalité infantile juvénile nous éclaire encore plus sur un déterminant socio économique peu évoqué :

«...cette baisse de la mortalité infantile-juvénile pourrait s'expliquer en partie par le recours généralisé au subventionnement des denrées de base. Si, sur le plan budgétaire, ces mesures sont onéreuses et mal ciblées, il est généralement admis qu'elles ont une incidence positive sur l'alimentation des familles à faible revenu. Naturellement, d'autres études sont nécessaires pour déterminer si la région MENA s'est distinguée grâce à l'existence de ces subventions quand d'autres pays ont également eu recours à de tels dispositifs à diverses périodes. ...D'après les travaux qui se consacrent à la question, la croissance du revenu, l'éducation des femmes et les dépenses publiques de santé (notamment en faveur de programmes ciblés pour la santé infantile) sont les principaux déterminants du taux de mortalité des moins de cinq ans». (Banque mondiale, 2014, sur son site).

Plus loin **la mise en garde** est encore plus éclairante : « La trajectoire de la région MENA appelle cependant à la vigilance. Après 1990, notamment, on note que le recul de son taux de mortalité infantile-juvénile est semblable à l'évolution observée en Amérique latine et en Asie de l'Est ; surtout, la baisse est moins rapide qu'en Asie du Sud et, plus récemment, qu'en Afrique subsaharienne. De fait, il est sans doute plus facile de faire baisser un taux de mortalité quand il est très élevé que lorsqu'il est déjà bas. À l'avenir, la région devra redoubler d'effort pour parvenir à des résultats semblables à ceux réalisés au cours des dernières décennies. Sans vouloir minimiser la baisse historique du taux de mortalité infantile dans la région MENA, il convient probablement de rappeler qu'elle appartient déjà au passé...» (Banque mondiale, 2014, sur son site).

(1) Ibid

(2) Letaiief M. , Soltani M.S. , Ben Salem K. et A. Bchir. Épidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le Sahel tunisien par Santé Publique 2001/4 (Vol. 13)

Les 24 premières heures suivant la naissance, particulièrement durant le travail et l'accouchement, sont les moments des plus grands risques pour les nouveaux nés.

Les données concernant la mortalité néonatale sont rares et sont issues des données hospitalières.

L'impact des soins prénatals sur les résultats périnataux est largement établi, principalement en termes de mortalité périnatale et asphyxie à la naissance⁽¹⁾.

La survie de l'enfant dépend de l'amélioration de la qualité des soins cliniques pour les mères, les soins obstétricaux d'urgence et néonataux d'urgence

Le développement des unités de soins intensifs néonataux de personnel qualifié pourrait contribuer à réduire la morbidité et la mortalité néonatale en particulier chez le prématuré.

L'Unicef rappelle que les enfants qui ont perdu leur mère ont dix fois plus de risques de mourir prématurément que les autres, insistant ainsi entre le lien mère enfant. C'est d'ailleurs à ce niveau que se concentrent les travaux et les attentions des professionnels, des experts et des décideurs comme en témoignent les communications et les débats de l'Atelier du 23/09/2014.

La littérature internationale et nos observations au Maroc, nous montrent aussi le risque de la santé du nouveau-né qui prend le pas sur le risque maternel dans le post partum, quand l'offre ou l'accès sont limités.

La problématique de la mortalité néonatale nécessite comme le soulignent les professionnels concernés « de développer des stratégies pour l'identification et la gestion des complications de la grossesse et de l'accouchement, notamment la prématurité spontanée, les troubles hypertensifs de la mère et asphyxie à la naissance... ».

(1) Ben Hamida Nouaili et al., op. cit.

4- Les handicaps, presque inaudibles

La question des handicaps est importante car elle conditionne souvent tout le reste de la vie d'un individu.

Or, nous avons retrouvé peu de données et d'études sur ce sujet.

Est-ce que cela veut dire un domaine peu exploré ? Sous estimé ?

Il y a certes les données, des enquêtes (la MICS) et quelques études dont un texte de plaidoyer de Dr Z Marrakchi que nous citons plus loin⁽¹⁾.

Les handicaps maternels

- Nous avons pu obtenir peu de données tunisiennes sur la question. Il importe, dans tous les cas, de les reconstituer ou les rechercher car le handicap est bien trop lourd comme problématique médico sociale pour être sous estimée.
- L'Unicef estime dans sa documentation que « pour une femme qui meurt de complications liées à l'accouchement, vingt autres sont victimes de blessures, d'infections le plus souvent ignorées et non traitées qui peuvent entraîner de graves invalidités, des douleurs chroniques et aboutir à une exclusion sociale et économique. La plupart de ces risques de complication peuvent être détectés et prévenus. »⁽²⁾.

- L'OMS a toujours alerté sur des complications telles que « ... les fistules vésico-vaginales, laissent des séquelles ou des handicaps qui conduisent fréquemment au rejet social et familial de la femme (OMS, 1990), pour ne citer qu'une des séquelles.

Les handicaps d'origine périnatale

- L'handicap d'origine périnatale est défini au plan international en lien avec un événement causal survenu entre 22 semaines d'aménorrhée et 8 jours postnatals, « ce qui exclut par conséquent les maladies handicapantes avant et les séquelles de pathologies survenues durant la période post-néonatale (infectieuse, tumorale, traumatiques,) » (Marrakchi 2009).
- La prématurité (naissance avant 37 SA), le faible poids de naissance (<2500g) et l'asphyxie périnatale chez le nouveau-né étant pointés comme les causes les plus fréquentes,
- Comme nous le préciserons un peu plus loin, la réduction des handicaps liés à la grossesse et à l'accouchement est un des objectifs du PNP et que leurs gravités et conséquences dépendent des efforts de dépistage en amont et durant la grossesse ainsi qu'à la qualité de la prise en charge à la naissance.

(2) Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009.

IV

LES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE EN TUNISIE

IV- LES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE EN TUNISIE

Depuis la première phase d'édification nationale au lendemain de l'indépendance du pays, de nombreux efforts, investissements, réformes et organisations ont accompagné et façonné le système de santé du pays.

Comment en apprécier les grandes évolutions pour mieux comprendre, la ou les manières dont la santé maternelle et néonatale a été conçue, construite et conduite ?

Plusieurs niveaux de remarques ressortent des écrits, des témoignages et points de vue relevés :

- des pré requis et des atouts favorables,
- des efforts et des investissements réels dans l'infrastructure et la formation,
- des conceptions de planification sanitaire qui ont évolué avec le temps

1- Des pré requis et des atouts

La Tunisie a toujours disposée de pré-requis en faveur d'une santé maternelle et néonatale comparativement aux pays à niveau de développement similaire. Ces pré-requis tournent autour des acquis en matière de scolarité, d'instruction, de statut de la femme et des autres aspects du développement socio économique.

Si, paradoxalement, « l'atteinte de l'OMD 5 fixé à 19/100 000 NV en 2015 est compromise, malgré un pré-requis favorable (IDH à 0,7, maîtrise de la fécondité, couverture par les soins prénataux et l'accouchement en milieu assisté, à respectivement 85 et 99 %, le statut particulier de la femme tunisienne instruite, alphabétisation des filles de 15-24 ans à 94% ... »⁽¹⁾, le poids des déterminants sociaux est important et il faudra poursuivre les efforts à ce niveau.⁽²⁾

Faut-il rappeler ainsi que la baisse de la fécondité enregistrée par la Tunisie⁽³⁾ est une base objective d'évolution favorable et souligner, si besoin était, à quel point les politiques mises en œuvre hier expliquent les évolutions démographiques et les évolutions favorables d'aujourd'hui. Les ignorer ou les sous estimer exposent au risque de reculs dont aucun pays n'est prémuni.

(1) Tej Dellagi R., Réduction de la mortalité maternelle en Tunisie, Ministère de la santé publique, Tunis décembre 2012

(2) NJAH M., Rapport de consultation relatif à l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour la réduction de la Mortalité Maternelle en Tunisie, Septembre 2014

(3) L'Indice Synthétique de Fécondité de 2,1 enfants par femme tel qu'issu de l'enquête MICS4 au cours des trois années précédentes, confirme la tendance à la baisse et situe la Tunisie juste au niveau de remplacement des générations.

Les différences de fécondité varient très peu avec le niveau d'éducation de la femme, sont plus marquées entre milieux sociaux (1,8 enfant par femme chez les femmes issues des ménages les plus riches versus 2,2 pour celles issues des ménages les plus pauvres), et se distribuent entre un minimum de 1,9 dans le Grand Tunis, le Sud Ouest et dans la région du Nord Ouest, à un maximum de 2,5 à Kairouan.

C'est les femmes âgées entre 30 et 34 ans qui donnent le maximum de naissances (12,5 pour cent), et à un degré moindre, celles entre 25 et 29ans (12,3%), confirmant ainsi les reculs et de la 1ère grossesse et celle du mariage. Les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ne donnent naissance qu'à un faible pourcentage d'enfants (0,3 %). Elles constituent un groupe à risque.

2- Des efforts et des investissements réels dans l'infrastructure et la formation des professionnels

Les informations disponibles concordent pour dire que, dans le bâti, comme dans la formation et les équipements, les efforts n'ont pas manqué et participent au réseau construit et à ses potentiels. Les chiffres existent, en témoignent et sont les plus accessibles. Plus dans leurs dimensions quantitatives et assez peu, au plan qualitatif.

3- Planification et programmation sanitaire

La santé reproductive durant tout le cycle de vie d'une femme en Tunisie est bien connue, tant sous l'angle des besoins, des demandes que des réponses.

Elle a donné lieu à des choix et des politiques publiques autour de la femme, de la mère et de l'enfant : PMI, PF, SSB, programmes verticaux, accessibilité assurée par l'engagement de l'Etat, des professionnels, place et rôle de l'ONFP, soutien historique de l'UNFPA. Ils sont de manière incontestée à la base des acquis démographiques, sanitaires et sociétaux. Régulièrement rappelés, ils sont la fierté du pays et participent à sa notoriété en ce domaine.

Il en est ainsi de la mise en place du programme national de périnatalité à la fin des années 80 (voir encadré ci dessous) et d'une stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle à partir de 1998. Dans ce cadre, les axes stratégiques poursuivis à partir des années 2000 insistent sur :

la qualité de prise en charge dans les maternités régionales, l'utilisation des services de périnatalité, le partenariat entre les différents niveaux de soins et la mise en place d'un système de suivi des décès maternels.

Objectifs, général et spécifiques du programme national de périnatalité (1990), axes stratégiques et composantes (Chaouch Md, 2011)

Objectifs, général et spécifiques du programme national de périnatalité (1990), axes stratégiques et composantes (Chaouch Md, 2011)

Objectif général : Réduire la mortalité maternelle et périnatale. Réduire la morbidité maternelle et périnatale. Réduire le handicap lié à la grossesse et à l'accouchement.

Objectifs spécifiques (XIème plan 2007-2011) : Réduire la mortalité maternelle à moins de 35/100 000 NV, Améliorer la couverture périnatale dans tous les gouvernorats pour réaliser des taux de couverture:

- > à 90% par au moins une consultation prénatale
- > à 80% par au moins 5 consultations prénatales
- > à 70% par une consultation postnatale, Approcher les 100 % d'accouchements en milieu assisté, Réduire

la mortalité infantile à moins de 15‰ NV et la mortalité néonatale à moins de 10/1000 NV, Réduire les disparités régionales.

AXES STRATÉGIQUES La standardisation de la surveillance périnatale, La formation / Recyclage des professionnels, L'éducation pour la santé, L'intégration des activités périnatales et de planification familiale dans les centres de santé de base, L'amélioration de la coordination entre les différents niveaux de soins.

COMPOSANTES ; ont été progressivement développés après son lancement en 1990, - La pré nuptialité - La surveillance prénatale - La surveillance de l'accouchement - la prise en charge du nouveau né en salle de travail - La surveillance post natale et la planification des naissances.

Résumé

LES ENGAGEMENTS DE LA TUNISIE

Avec le lancement en 1959 des premiers centres de protection maternelle et infantile (PMI) et en 1964-1966 du programme de planning familial, la santé maternelle et la réduction de la mortalité maternelle ont été identifiées depuis la fin des années 60 comme une priorité et ont été depuis, placées au centre des préoccupations en matière de santé publique en Tunisie.

Ainsi, le système de santé basé sur la stratégie des soins de santé primaires a permis une amélioration générale des indicateurs de santé maternelle et infantile. A partir de 1990, un programme national de périnatalité visant la réduction de la mortalité maternelle et périnatale a été mis en place et révisé en 1998 sur la base des résultats de l'enquête sur les décès maternels 1993 -94 (68.9 / 100 000 NV dont 87 % évitables) en visant ; l'amélioration de la qualité des soins périnatals, l'orientation vers un système de parrainage entre les différents niveaux de soins notamment entre niveaux 2 et 3 et surtout la mise en place d'un système de surveillance des décès maternels. Lors du sommet du Millénaire pour le développement en 2000, la Tunisie a adhéré à l'engagement de la communauté internationale pour réduire la mortalité maternelle des 3/4 entre 1990 – 2015 et c'est ainsi que le XI ème plan quinquennal de développement 2007- 2011 à inclut la réduction de la mortalité maternelle comme priorité nationale avec la mise au point, avec l'aide du système des nations unis, d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle outre la constitution d'une commission d'experts en périnatalité.

V
CADRE ET ENSEIGNEMENTS GLOBAUX
TIRÉS DES ÉVALUATIONS EFFECTUÉES

V - CADRE ET ENSEIGNEMENTS GLOBAUX TIRÉS DES ÉVALUATIONS EFFECTUÉES

Différentes évaluations autour des questions de santé maternelle et néonatale, partielles, globales, thématiques ou transversales, ont été pour l'essentiel commanditées par les agences des SNU et de la coopération internationale du fait de leurs pratiques(1). On trouve aussi des travaux nationaux dans le cadre de rapports institutionnels, de communications et publications de chercheurs ou représentants des organismes nationaux. Ce qui nous intéresse c'est de savoir si ces évaluations ont été lues, exploitées et surtout si les leçons ou les enseignements tirés ou posés sont pris en compte.

En fait, si la plupart des composantes du PNP (la pré-natalité, la surveillance prénatale, la surveillance de l'accouchement, la PEC du Nouveau-né en salle de travail, la surveillance postnatale et la planification des naissances et la lutte contre l'anémie ferriprive chez la femme enceinte) ont fait l'objet d'évaluations, elles l'ont été plus sur les niveaux de couverture que sur les contenus ou les impacts.

Conçu, suite aux évaluations antérieures qui avaient conclu à des résultats partiels (le PNP a vraisemblablement réduit la mortalité maternelle et la mortalité néonatale mais son impact sur la mortalité néonatale n'est pas perceptible) et à la nécessité d'une accélération, un programme conjoint, à partir de 2009 a été défini pour l'année 2009-2010 et prolongé pour 2011(2). Les deux évaluations qui en ont été faites montrent que ses objectifs spécifiques sont appropriés et son contenu est pertinent et efficient. Néanmoins, le taux de réalisation était faible et ne permettait pas de réaliser les objectifs. Ce résultat reflète une incapacité à traduire la conception des activités de manière adéquate dans des plans de travail annuels participatifs et à partager les responsabilités de manière cohérente et complémentaire. Une des évaluations attribue ce résultat à de multiples facteurs d'ordre structurel, humain, opérationnel ou conjoncturel lié aux événements de 2011 »(3)

(1) Séminaires d'évaluation du système de surveillance des décès maternels(2003,2004,2006).

(2) Projet Conjoint : « Réduction de la Mortalité Maternelle : Renforcement des Capacités de la Tunisie en vue de l'atteinte de l'Objectif 5 des OMD »

(3) Ben Salah Fayçal , Projet Conjoint : « Réduction de la Mortalité Maternelle : Renforcement

En tout cas, il semble que les leçons sont tirées mais non lues, encore moins prises en compte comme en témoignent le nombre des interlocuteurs rencontrés et des documents examinés qui en font peu référence. Ainsi, « Chez certains responsables le projet était souvent ressenti comme le projet du SNU et non comme un appui du SNU à un programme national. La qualité de la mise en œuvre et la réalisation des objectifs sont tributaires du degré d'appropriation du projet par l'ensemble des partenaires nationaux ... »

Ainsi, le faible degré de réalisation, bien que non spécifique à ce projet conjoint, amène à s'interroger sur les capacités du système national de santé à adapter son organisation et à développer des synergies pour mieux répondre aux exigences du travail conjoint... » (Ben Salah F, 2012).

D'autres constats sont tirés des évaluations faites à l'occasion de ce programme conjoint et rapportés par plusieurs experts nationaux:

- Le bilan sur les réussites, les échecs et les leçons tirées d'un projet ne peut être global et approfondie que quand la documentation des activités est disponible et détaillée.
- Les programmes verticaux après avoir produit des bénéfices se heurtent aujourd'hui aux limites des approches verticales, thématiques, non intégrées. Les évolutions sanitaires et sociales ne s'accommodent plus des cloisonnements, qui tournent le dos à une attente de prise en charge globale et continue...
- Une bonne gouvernance est celle qui sait définir une ou des stratégies pour indiquer le sens, le cap, une vision en lien avec les besoins sociaux, les nécessités économiques et la réalité des ressources
- Les objectifs sont certes à définir à partir des besoins, des demandes, des attentes, mais comment oublier que la réalisation des objectifs ne vaut que par rapport à des niveaux de ressources des savoirs faire?

des Capacités de la Tunisie en vue de l'atteinte de l'Objectif 5 des OMD :Rapport de l'évaluation finale , 29/10/2012

- Signalons juste les débats en cours à propos de l'évaluation des OMD et surtout de la fixation des ODD (objectifs de développement) ? « Les OMD ont souvent été critiqués parce qu'ils n'intégraient pas suffisamment la dimension environnementale dans les plans de développement, et parce qu'ils ne couvraient pas les questions des liens et interconnexions entre les trois dimensions du développement durable, les dimensions sociales, économiques et environnementales dans un programme de développement véritablement durable » (Les Objectifs de développement durable et l'Agenda post-2015, deux thèmes clés de l'UNEA).
- Du fait des bouleversements intervenus dans le pays

depuis janvier 2011, on peut penser aussi que les changements intervenus malgré les instabilités et les incertitudes, obligent à une nouvelle démarche compte tenu des attentes et des exigences sociales en matière de soins et de réduction des inégalités sociales. Ce d'autant que la mortalité maternelle et néonatale devient une question encore plus sensible, que la construction économique et la cohésion sociale seront de plus en plus dépendantes d'un accès de tous à des services de santé un tant soit peu fonctionnels et respectueux du citoyen et que la dimension participative et les exigences démocratiques sont à l'ordre du jour (Conférence nationale de santé 2014).

Résumé

LES ENGAGEMENTS DE LA TUNISIE

Les évaluations ont été multiples.

Nationales ou à l'initiative des organismes de la coopération internationale, elles ont mobilisé beaucoup d'énergies, de nombreux consultants nationaux et internationaux avec des travaux conséquents (ateliers, séminaires, restitutions rapports).

Ces leçons n'ont pas été suffisamment diffusées, probablement pas assimilées et méritent d'être remises en débat. Leur prise en compte, à elles seules, justifie et nécessite la poursuite du travail conjoint.

VI
AXES D'AMÉLIORATION ET DÉMARCHE
D'IMPLÉMENTATION DE LA STRATÉGIE PROPOSÉE

VI- AXES D'AMÉLIORATION ET DÉMARCHE D'IMPLÉMENTATION DE LA STRATÉGIE PROPOSÉE

L'état des lieux, que nous établissons aujourd'hui suite aux difficultés rencontrées relativement à l'atteinte des OMD 4 et 5 lié à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, pour être exhaustif, nécessite de compléter l'analyse entamée dans les chapitres précédents par l'identification des axes d'amélioration et des perspectives de réussite.

A - AXES D'AMÉLIORATION

Aujourd'hui, un certain nombre de difficultés entravent la bonne performance dans la mise en œuvre des différents programmes et stratégies relatifs à la santé maternelle et néonatale. Il s'agit de :

1- L'axe des déterminants sociaux de la mortalité maternelle et néonatale

Force est de constater l'existence de différenciations sociales importantes. Le creusement des inégalités sociales et spatiales a été ainsi longtemps ignoré et sous estimé. La structure sociale relativement homogène de la Tunisie des années 1950, a évolué vers une société de plus en plus différenciée : une bourgeoisie fortunée véhiculant un modèle social européen, l'affirmation massive de couches moyennes modernistes, et la marginalisation d'une partie de la population - plus rurale, plus à l'intérieur du pays et qui n'a pas bénéficié des mêmes évolutions. Cette marginalisation s'est accentuée après les orientations libérales plus affirmées dans les années 1980 et surtout le désengagement relatif de l'Etat dans les politiques publiques d'avant.

La santé maternelle à travers l'offre comme les recours traduit le plus ces différenciations : un secteur public de plus en plus appauvri du moins pour les structures les plus périphériques pour les moins nantis, le développement d'un secteur privé attractif pour celles et ceux qui peuvent payer et un niveau 3 public de référence, objet de plus de sollicitations pour les couches socialement les mieux positionnées. Les données de la carte sanitaire 2011, issues de la MICS 4, sont encore plus parlantes quand à ces évolutions.

En fait, les inégalités à l'œuvre depuis un certain nombre d'années n'étaient pas ignorées mais occultées. Les mises en garde tant des experts nationaux que d'organismes de la coopération n'ont pas manqué.

Il faut dire qu'on a observé et qu'on note ce même type d'évolutions dans la plupart des pays après leurs indépendances.

2- L'axe de l'Infrastructure

Si l'effort autour du bâti a été indispensable pour disposer d'une infrastructure dont peut s'enorgueillir la Tunisie, il

importe de vérifier l'évolution de celui-ci avec le temps et les besoins. Un état des lieux sur le degré de vétusté, d'adaptations (salles communes par exemple) est-il fait ? Les enseignements issus des usages éclairent-ils les nouvelles réalisations ?

Si l'implantation des maternités était décidée en fonction de distances ou de l'accessibilité, les évolutions démographiques (moins de naissances donc moins d'accouchements) dans certaines localités posent des problèmes aussi en termes de sécurité et de qualité de l'offre disponible.

Comment la Tunisie va-t-elle résoudre ce dilemme ?

L'expérience des pays confrontés à ce genre de problèmes, est diverse et la controverse, intense. Une des leçons retenues dans certains cas, c'est de soumettre la révision des cartes d'implantation à l'avis des intéressés (femmes, habitants, autorités locales) et à un débat arbitré avec les experts sur ces questions et les considérants socio-économiques et médico-sanitaires.

3- Axe de la formation

Les formations initiales ont connu des évolutions impressionnantes, en Tunisie comme dans les pays similaires, du moins dans leurs résultats quantitatifs. Néanmoins, faut-il s'attarder sur les ratios habituels (tels que rapportés par la Carte sanitaire du Ministère) ou utiliser d'autres critères de mesures et de comparaisons ? (1)

Et dans le même temps, interroger les aspects qualitatifs, profils et types de compétences enseignés ?

L'accent mis sur les formations médicales (généralistes, ceux dits de médecine de famille ou spécialistes) et la formation des sages femmes, pour n'en rester qu'à ces 2 profils de base, sont des axes d'investigations incontournables.

(1) Bureau International du Travail, Social Protection Department, International Labour Office, *Rapide Extension of Health Protection. Social Protection for all Policy Brief n°2 September 2014*, ILO, Genève.

Ne faut-il pas interroger un modèle qui met l'accent sur les médecins spécialistes (gynéco obstétrique, anesthésie réanimation, radiologie...), plus que sur la place et le rôle des médecins généralistes et surtout celle des sages femmes ?

Quels types de professionnels et d'équipe sont aujourd'hui indispensables et les plus disponibles pour couvrir tout le pays et aux moindres coûts ?

Quand aux formations continues, leur place et leurs fonctions sont appréhendées selon une culture d'administration traditionnelle.

Enseigner des savoirs, des référentiels, des normes, des outils dits de bonnes pratiques, déconnectés des réalités à des professionnels qui ont déjà une expérience et qui sont à l'épreuve d'autres réalités, n'est peut être pas pertinent ?

Comme dans beaucoup de pays en voie de développement et de manière plus générale, la formation continue, n'est pas encore conçue comme un investissement pour la productivité, la sécurité et la qualité, un levier du changement, et une des conditions de la motivation et de la promotion des carrières.

4- L'axe de la planification et programmation sanitaire

4-1- Conception des programmes

Les conceptions de planification sanitaire doivent évoluer avec le temps. L'ont-elles été en Tunisie ? Deux exemples traduisent une évolution contradictoire. Dans le 1er cas, la nécessaire évolution ne s'est pas faite, dans le 2ème on a ramené un programme conçu sur 4 axes à une seule dimension.

• Les programmes « verticaux » de santé⁽¹⁾

De nombreuses études et publications mettent en cause la persistance des programmes verticaux et thématiques, une fois leurs effets bénéfiques engrangés, et dont les limites ne permettent plus de résoudre les problèmes de santé multifactoriels et la demande sociale de services intégrés. Aujourd'hui, les spécialistes de santé publique en Tunisie soulignent les bénéfices des programmes verticaux mais aussi leur épuisement⁽²⁾.

• **la réduction de programmes globaux comme le programme de périnatalité à une seule de ses dimensions.** Cette communication datant de 2007 rappelait bien que le PNP de 1990, en principe toujours en vigueur, porte sur plusieurs dimensions (huit) et c'est dans ce cadre que « ... la stratégie nationale de réduction des décès maternels a été mise en place.... »

Les auteurs en précisent bien « qu'elle comprend quatre axes :

(1) Une trentaine de programmes de santé publique ont fait la santé publique des trente années « glorieuses » 70/90 de la santé publique dans les pays post indépendances et PVD (en lien avec l'OMS d'Alma Ata).

(2) UNFPA, Atelier Réunion d'experts en vue de la préparation du CPD, 2015-2019, mercredi 27 novembre Tunis

- l'amélioration de l'utilisation des services de périnatalité,
- l'amélioration de la qualité des services de périnatalité,
- le développement du partenariat entre les différents niveaux de maternité,
- le lancement d'un système de surveillance des décès maternels.... »⁽³⁾

Comment comprendre alors cette focalisation sur le moment de l'accouchement et non sur les différents niveaux de maternité ?

« le programme national de périnatalité s'est -il investi essentiellement dans une stratégie préventive « comme rapporté⁽⁴⁾ !

A-t-on considéré que les résultats quantitatifs de couverture rapportés pour les soins prénataux suffisent ?

Qu'a-t-on fait des axes d'utilisation des services de périnatalité pour les femmes démunies, de la qualité des services, du partenariat entre niveaux ?

Certes, le SSDM a bien été mis en place et a fonctionné même si ces acteurs se disent assez réservés sur sa portée.

4-2- Evolution des programmes de santé maternelle dans le temps

L'examen du processus depuis les années 90 nous montrent qu'on est passé de la notion de programme (vertical, géré par la DSSB), à une stratégie, voire une accélération, plus partenariale (mais toujours sous la responsabilité de la DSSB). C'est là une évolution culturelle et professionnelle considérable.

Mais peut être faut-il nous entendre sur le terme même de stratégie ?

Par stratégie on entend en général et au sens étymologique « l'art et la manière de parvenir à un objectif ».

En matière de santé publique, les stratégies sanitaires en tant que « chemin le plus rentable » ont été à la base de grands programmes de santé publique des années 60 à nos jours : la stratégie des soins de santé de base pour tous, ou l'ambulatoire, la standardisation des traitements pour la tuberculose, ou la réhydratation orale pour les diarrhées, le PEV pour les maladies infectieuses de la petite enfance ...l'allaitement maternel, jusqu'à la stratégie de réduction de la mortalité maternelle ou son accélération.

En croisant les écrits sur la santé maternelle et néonatale, tant ceux produits en Tunisie comme ceux publiés au plan international, on relève 4 étapes dans l'évolution des stratégies en matière de santé maternelle et néonatale. La plupart y réfèrent de manière explicite⁽⁵⁾.

(3) Sfar Ezzedine, Zouari Bechir, Stratégies de réduction de la mortalité maternelle : Etat des lieux et recommandations, 2007.

(4) Ministère de la santé, DSSB, Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, Communication, Atelier des Régions du Nord, 23 09 2014 Tunis

(5) Confère les tableaux de rappels historiques en Annexe

■ **Les années 1970**, marquées par le Programme National de Planification Familiale (PNPF) engagé dès les années 70 et de tout ce qui l'a soutenu en matière de scolarisation et de statut de la femme.

■ **Les années 1980**

• Au plan international, les prolongements d'Alma Ata avec l'objectif de la santé pour tous en appui sur la stratégie des soins de santé primaires basés sur les programmes verticaux autour des problèmes de santé prévalents, et un réseau hiérarchisé de structures sanitaires maillant tout le pays (avec les notions de district, secteur sanitaire, circonscription sanitaire).

• Au plan Tunisien, « la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé de Base (SSB) initiée au début des années 80 selon une approche communautaire et dans un esprit de responsabilisation et d'autodétermination des populations, ainsi que les programmes nationaux de vaccination, de santé maternelle et infantile, de lutte contre les maladies endémiques ou de santé au travail. Ces programmes qui constituent des illustrations de réussite de cette approche, ont contribué à promouvoir une meilleure qualité de vie et à préserver la santé et l'environnement de la population... » (conférence nationale de la santé, 2014)

■ **Les années 1990** ont vu au plan international, la définition des OMD pour la période 1990-2015 et l'accent mis sur la stratégie de réduction de la mortalité maternelle.

Au plan national, « ...la mise en place d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle en 1999 sur la base des résultats de l'enquête sur les décès maternels enregistrés en 1993-94 (68.9 pour 100 000 naissances vivantes dont 87 % évitables) parallèlement une révision du PNP a été entamé à partir de 1998 vers une stratégie de qualité axée sur l'amélioration de la qualité des soins périnataux et l'orientation vers un système de parrainage entre les différents niveaux de soins notamment entre niveaux 2 et 3 ; Ceci pour pouvoir atteindre l'objectif du millénaire qui consiste à réduire de 3/4 le taux de décès maternels entre 1990 et 2015. La promotion de la qualité des soins obstétricaux fait partie des interventions les plus pertinentes pour réduire la mortalité maternelle. L'accès des femmes à des soins obstétricaux essentiels (SOE) délivrés par un personnel qualifié constitue un rempart de sécurité incontournable... »⁽¹⁾

■ **Les années 2000**

Le rapport national sur l'atteinte des OMD soulignait en 2004 « de remarquables progrès ont été réalisés par la Tunisie depuis 1990... et a révélé d'importantes disparités entre l'Ouest rural et l'Est urbanisé. D'autre part, les gouvernorats de Kasserine, Sidi Bouzid, Tataouine, Kairouan et Siliana accusaient des retards de développement... »⁽²⁾

(1) Tej Dellagi Ralla , 2012 , opt.cit.

(2) DSSB , stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, Eléments pour une éva-

■ **Un programme conjoint à partir de 2008** : Face à ce constat, le gouvernement tunisien, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont lancé un programme conjoint 2008-2010⁽³⁾ avec une extension sur 2011 au vu de certaines difficultés de suivi.

Celui-ci visait l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle par un ciblage sur la régionalisation des OMD en Tunisie, ayant pour objectif principal de soutenir le développement et l'adoption d'une stratégie locale de développement visant à améliorer la capacité des autorités locales et centrales à identifier les défis et à développer des politiques adaptées

■ **Durant la période 2013-2014**

La feuille de route issue de l'évaluation a débouché sur une consultation confiée à 3 experts nationaux, spécialistes, de disciplines croisées⁽⁴⁾, à l'organisation d'ateliers de restitutions et de débats libres, associant des décideurs et acteurs des différents étages du système de soins et d'autres secteurs.

Un Etat des Lieux sur la SMNN en Tunisie a été dressé en octobre 2014⁽⁵⁾ au terme d'une consultation internationale, à l'initiative des 3 agences du SNU. Cet état des lieux souligne entre autres leurs rôles et contributions dans ce qu'on peut considérer comme un processus à l'œuvre.

C'est au cours de l'un des ateliers de restitution-débat que les responsables ont appelé à une révision de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Tunisie partant du constat de la « défaillance de la stratégie antérieure, du fait de plusieurs anomalies (voir encadré) :

Constat des ateliers de réflexion : Défaillance de la stratégie antérieure, du fait de plusieurs anomalies (Ministère de la santé, DSSB, 2014) :

- Le SSDM instauré pour résoudre le problème de l'organisation des soins s'est avéré à lui seul peu efficace,
- Les interventions spécifiques à la qualité au niveau des structures de soins ont fait défaut,
- Le faible engagement du Ministère de la Santé dans ce projet de réduction de la MM,
- Le programme national de périnatalité s'est investi essentiellement dans une stratégie préventive,
- L'absence de redevabilité du fait d'une absence de projet clair de réduction de la mortalité maternelle dans le pays et de la diffusion des responsabilités,

luation préliminaire 2004

(3) SNU , DSSB/MSP , Projet Conjoint 2008-2010 : « Réduction de la Mortalité Maternelle : Renforcement des Capacités de la Tunisie en vue de l'atteinte de l'Objectif 5 des OMD » , opt. cit.

(4) Ministère de la santé DSSB , Atelier « Réduction de la Mortalité maternelle et néonatale » 23 09 2014 Tunis , opt.cit.

(5) Brix O., SMNN en Tunisie « D'une 1ère ébauche vers un diagnostic partagé », 06 10 2014

l'approche multi sectorielle quasi absente avec pour preuve la persistance des disparités régionales, la prise en compte moyenne des déterminants sociaux. Ce qui expliquerait le fait que les projets régionaux n'ont pas réellement abouti... » soulignant « la nécessaire mobilisation des professionnels de la santé autour de la mortalité maternelle et néonatale, un plus grand investissement dans les structures pour améliorer la qualité des soins, le réajustement du projet selon les réalités régionales, les déterminants socio-économiques et l'intervention de la société civile... »

5- L'axe de la prévention : celle-ci n'est jamais suffisante ni définitivement acquise

Au delà des acquis, aujourd'hui, nous nous heurtons à une interrogation qui commence à émerger : celle des « doutes » à 3 niveaux : la fiabilité des données, les contenus des prestations réellement offertes, en quantité et en qualité, et leurs impacts effectifs.

Qu'en penser quand :

- les auteurs de l'étude citée ci-dessous se posent ces questions : « dans notre série, nous n'avons pas trouvé d'impact de la qualité des soins prénatals, en termes de calendrier de visites et des échographies prénatals sur la mortalité néonatale. Mais la qualité des soins prénatals, plus difficile à apprécier, joue un rôle central dans la prévention de la prématurité spontanée, les troubles hypertensifs de la mère et de leurs complications... »⁽¹⁾.
- De même, Dr Dellagi dans son rapport sur la réduction de la mortalité maternelle en Tunisie ⁽²⁾, en arrive même à douter de la portée de la stratégie fondée sur la prévention en amont.

Pourtant les dernières données fournies en 2013 par l'enquête par sondage MICS4 (2011-2012) situent les résultats atteints, au plus haut (Tableau IV).

Tableau IV : Résultats de l'enquête MICS 4 (2011-2012)
chiffres relatifs à la santé de la reproduction

SANTÉ DE LA REPRODUCTION				
Contraception et besoins non satisfaits	5.1	5.4	Taux de fécondité des adolescentes	3 pour mille
	5.2		Grossesses précoces	0,3 pour cent
	5.3	5.3	Prévalence contraceptive	62,5 pour cent
	5.4	5.6	Besoins non satisfaits en contraception	7,0 pour cent
Santé maternelle et du nouveau-né	5.5a	5.5	Couverture des soins prénatals	
	5.5b		Au moins une fois par le personnel qualifié	98,1 pour cent
			Au moins quatre fois par n'importe quel prestataire	85,1 pour cent
	5.6		Contenu des soins prénatals	89,4 pour cent
	5.7	5.2	Personnel qualifié à l'accouchement	98,6 pour cent
	5.8		Accouchement dans une structure de santé	98,5 pour cent
	5.9		Césarienne	26,7 pour cent

Source : MICS4 2011-2012, résultats publiés en juin 2013

Regardons cependant ces chiffres de plus près, dans certains domaines :

■ **La contraception** : Si 63% des femmes mariées en âge de reproduction recourent à la contraception, plus de 7% auraient des besoins non satisfaits.

Les variations en association avec l'âge indiquent une tendance en faveur des femmes de 20 à 24 ans (16%) et à 12% dans la tranche d'âge 25-29 ans.

Le niveau de scolarisation intervient dans des proportions plus élevées (autour de 9 %) chez les femmes de niveau universitaire et chez celles issues des ménages les plus pauvres en comparaison avec celles de moindre niveau d'instruction ou relativement plus riches.

La moitié des femmes recourent à des méthodes modernes alors que 13% utilisent une méthode traditionnelle. Le DIU est utilisé par une femme mariée sur quatre (25 %), suivi

de la pilule (19%), puis de l'abstinence périodique (11%), alors que la stérilisation féminine n'est utilisée que par 3% des femmes mariées.

« Depuis 2009, l'utilisation des COC de 3^{ème} et 4^{ème} génération a augmenté au détriment des COC de 1^{ère} et 2^{ème} génération pour atteindre environ 50% des ventes totales en 2011....Le risque individuel d'ATEV, ainsi que le risque de survenue des autres effets indésirables des contraceptifs, qu'ils soient oraux combinés ou d'autres types, devraient être mis en perspective avec le risque de grossesse non désirée inhérent à toute contraception lorsque celle-ci n'est pas parfaitement adaptée... »⁽³⁾.

(1) Ben Hamida Nouaïli Emira et al., *opt.cit.*

(2) Tej Dellagi Raïfa, *Réduction de la mortalité maternelle en Tunisie*, Ministère de la santé publique, Tunis décembre 2012

(3) FENINA Nadia, DPMMS, *Contraception en Tunisie : cadre juridique et évolution. Journée Mondiale de la contraception : La contraception est un choix qui protège votre santé*, 26 Septembre 2014 – Hôtel Africa Tunis,

l'évolution rapportée dans cette communication par FENINA N. sur le chiffre d'affaires de la consommation des Contraceptifs hormonaux par rapport aux contraceptifs locaux, en particulier à partir des années 2010 doit nous interroger. Est-ce un effet prix, volume, pressions des médias, des laboratoires, prescriptions?

■ **Les soins prénatals** : Les taux atteints sont élevés (plus de 98% pour au moins une consultation, plus de 85% pour 4 examens). Notons qu'on ne saurait néanmoins différencier dans le personnel qualifié (s'agit -il d'une couverture assurée par un médecin, une infirmière ou une sage femme ou les 2 ou 3 réunis?) Et la question n'est pas secondaire.

Ce niveau de couverture a été atteint depuis plusieurs années déjà; l'enquête MICS3 -2006 avait rapporté une couverture de 97%. Plus des quatre cinquièmes des mères ont reçu des soins prénatals au moins quatre fois (85 pour cent), soit une nette amélioration par rapport au niveau de couverture rapporté dans l'enquête MICS3 de 2006 (67%).

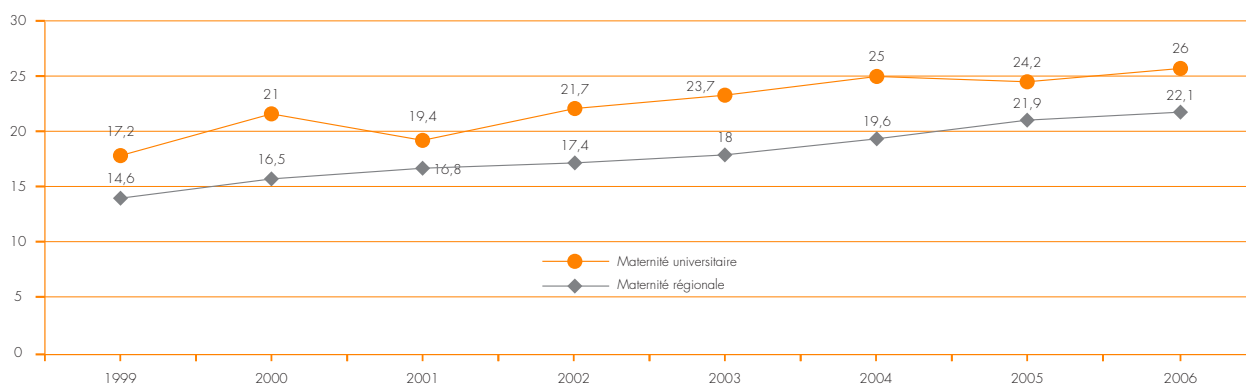
Par contre, on note une variation régionale : la proportion des femmes ayant accompli au moins quatre visites prénatales est la plus faible dans la région de Sidi Bouzid (63 pour cent) et la plus élevée dans la région du Centre Est (90 pour cent) alors que le pourcentage demeure plus faible en milieu rural (80 pour cent en milieu rural contre 88 pour cent en milieu urbain)

Il semble par ailleurs que « ...la contribution de la sage-femme a régressé de près de trois fois, passant de 42% à 14.50% au profit de celle du médecin qui, elle, a doublé. Dans les milieux urbain et rural, la contribution de la sage-femme a connu une baisse particulièrement plus importante dans le milieu rural (3.68 fois) par rapport à celle en milieu urbain (2.7 fois) (Ministère A.S.C.I., la sage femme en Tunisie, 2014). Que dire de cette évolution où la sage femme a moins de place au profit des médecins généralistes et spécialistes ?

■ **L'accouchement en milieu assisté et le recours à la césarienne** : La plupart des accouchements en Tunisie ont lieu dans un établissement et avec l'assistance d'un personnel qualifié : « Ce pourcentage atteint les 100 pour cent dans le district de Tunis, la région du Nord Est, la région du Centre Est et le gouvernorat de Kasserine. Il est le plus faible à Sidi Bouzid (88 pour cent). Ce pourcentage est un peu plus élevé en milieu urbain (100 pour cent) par rapport au milieu rural (97 pour cent). Il est également très élevé parmi les femmes de niveau d'éducation primaire et au-delà et parmi celles issues des ménages du second quintile et au-delà »⁽¹⁾ .

Les données du SSDM nous montrent néanmoins que le taux de césarienne est en progression constante depuis 1999, plus élevé dans les maternités universitaires et régionales, comme le rappelle le graphique suivant :

Figure 2 : Evolution du taux des césariennes dans les structures publiques entre 1999 et 2006.



Là aussi, entre un acte qui sauve, un niveau de médicalisation nécessaire et « des excès ou des gestes faciles », il faudra faire la part des évolutions sachant que l'aspiration à plus de césarienne, geste qui sauve, cède de plus en plus la place à des interrogations : En d'autres termes « ce taux élevé de césarienne est-il justifié ?

De toute manière, il n'a pas contribué à réduire de manière conséquente ni le taux de mortalité maternelle, ni celui de la mortalité néonatale. Une bonne proportion de césarienne est pratiquée dans des situations d'urgence et tardivement et ne permet pas d'éviter le décès maternel. Dans l'ENMM, le taux de césarienne était de 30% chez

les femmes décédées et dans l'étude hospitalière menée dans la région de Sfax, pour la période 1996-2000, le TMM était de 134,33 pour 100 000 chez les femmes césarisées contre 25,79 pour 100 000 chez celles ayant accouché par voie basse... »⁽²⁾

Pour approfondir davantage l'analyse, il est important de prendre l'exemple de quatre types de pratiques et de surveillance qui sont quelque peu révélateurs de la qualité de la surveillance ante natale et post natale (en appui sur les données et les commentaires issus de l'enquête MICS4 2011-2012).

(1) Tej Dellagi R., Réduire la mortalité maternelle en Tunisie, Atelier Tunis 12 mars 2014
 (2) Ben Romdhane H. opt.cit.

a- Indicateur 1 : Protection contre le tétanos néonatal,

Les chiffres rapportés estiment le taux de couverture à moins d'un tiers (26,2%) des femmes en âge de procréer avec des variations selon le nombre et le calendrier sachant que les femmes éprouvent beaucoup de difficultés pour se rappeler leurs antécédents de vaccination au cours de leur scolarité.

b-Indicateur 2 : Grossesses précoces chez les femmes de 15-19 ans

Les chiffres rapportés sont particulièrement bas. Ainsi : 0,4% des femmes de 15-19 ans ont déjà eu une naissance, 0,6% sont enceintes de leur premier enfant, 1% ont commencé leur vie féconde (Ministère du Développement Régional et de la Planification - Institut National de la Statistique - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - UNICEF, MICS 4, 2013)

Que recouvrent les grossesses précoces ? Les grossesses non désirées, celles hors mariage ou celles subies ...

Ces chiffres recouvrent ils la réalité d'autant qu'il s'agit de données déclaratives et de réalités qu'on ne peut afficher aisément ?

Ou qu'au contraire, ces chiffres expriment bien les résultats de la politique et des pratiques de l'interruption volontaire des naissances (IVG) en Tunisie.

Dans tous les cas, ils disent des situations à risque et des manques à gagner pour la contraception et la surveillance prénatale.

c- Indicateur 3 : L'allaitement au sein

Seuls 40% des bébés sont nourris au sein dans l'heure suivant la naissance, plus élevée en milieu rural (47%) contre 36% en milieu urbain, tandis que 80% des nouveau-nés commencent l'allaitement dans la journée de naissance.

Avec des variations selon les régions avec un maximum à Kasserine (60 %) et des niveaux plus bas, notamment dans la région Centre Est (35 %), à Sidi Bouzid (37 %) et dans le District de Tunis (33 %). Cette proportion est aussi plus faible chez les enfants nés dans une clinique privée, chez les enfants dont la mère est de niveau universitaire et ceux issus des ménages les plus riches ((Ministère du Développement Régional et de la Planification - Institut National de la Statistique - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - UNICEF, MICS4, 2013).

d- Indicateur 4 : Insuffisance pondérale à la naissance

Les chiffres, qui sont estimés, disent que 97 % des nouveau-nés ont été pesés à la naissance et 7 % avaient un poids < 2500 grammes. Là aussi avec des variations régionales (11 % dans le Nord Est, 6 % dans le Grand Tunis et le Centre Est et 5% dans le Sud Est), et surtout du fait du niveau économique avec 10 %, chez les enfants issus des ménages les plus pauvres, à 5 % chez les enfants issus des ménages les plus riches.

Mais là aussi sur une base déclarative. Les imprécisions sur le poids et la taille sont révélatrices du niveau de la disponibilité des outils de travail et des pratiques effectives de gestes de base durant les consultations post natales.

Est il sûr que chaque consultation, surtout « la plus périphérique » dispose des équipements de base en bon état de maintenance (balance, toise, tensiomètre, thermomètre, stéthoscope, tables d'examen...) sans parler des échographes et du laboratoire de base ?⁽¹⁾

Il n'est pas exclu que soient délivrés en même temps des soins utiles et des soins inappropriés, des excès pour certaines femmes ou dans certains lieux quand le minimum n'est pas assuré pour d'autres.

Résumé

LES SOINS L'AMONT ET L'AVANT DE L'ACCOUCHEMENT

Les sources consultées (celles du système d'information routinier ou celles issues des enquêtes périodiques) rapportent:

- des niveaux élevés de couverture sur tout le pays,
- des inégalités spatiales et sociales témoignant de fractures déjà connues,
- des données issues le plus souvent d'enquêtes déclaratives, portant sur des activités en des termes quantitatifs.
- peu de visibilité sur la qualité du service rendu, encore moins de son impact,
- un autre aspect mérite d'être souligné c'est l'absence de référence et de distinction entre grossesses qui évoluent normalement et celles qui présentent des risques.
- il importe de savoir si l'option pour 5 consultations (telle qu'actualisée dans le cadre du programme national de périnatalité depuis 2005) est plus productive que les recommandations de l'OMS pour 4 consultations,
- ces résultats méritent à la fois préservation, continuité mais aussi des améliorations qualitatives, à la fois, ciblées et générales.

(1) Brixi O , Evaluation Bé cycle UNFPA Tunisie

6- L'axe de l'offre de soins

Si, en terme d'attentes, l'amélioration effective des services rendus à la population en matière de soins en santé maternelle et néonatale est l'exigence la plus consensuelle, le comment y parvenir, concentre les enjeux et nous confronte aux difficultés.

Le type de services (niveau, secteur, qualité,) nous met ainsi face aux divergences d'approches, d'intérêts, et situent les défis.

D'autres choix sur les modalités sont aussi débattus. S'agit-il de :

- mettre l'accent sur les efforts à déployer au niveau des maternités des différents niveaux? le 3^é niveau (celui des maternités de référence) ou les niveaux régional, interrégional ? dans le cadre d'un réseau de périnatalité ou de parcours de soins ?
- inscrire tout effort spécifique sur la santé maternelle et néonatale dans une réforme globale de l'offre de soins ?
- réaffirmer la prééminence du secteur public, ou harmoniser, équilibrer la complémentarité entre les secteurs public et privé, ou aller résolument vers une nouvelle régulation ?

L'encadré ci-dessous que nous reproduisons est révélateur du type de diagnostic établi.

Causes de la faible accessibilité de beaucoup de femmes à des soins obstétricaux de qualité⁽¹⁾.

- Nombre insuffisant des obstétriciens et quasi-absence des médecins réanimateurs, notamment tunisiens à l'intérieur du pays
- Nombre insuffisant des personnels paramédicaux pour la surveillance des femmes en pré et post-partum, aussi bien à l'intérieur du pays que dans les structures universitaires.
- Difficultés pour assurer la continuité des soins de qualité dans les structures universitaires
- Existence d'hôpitaux classés comme hôpitaux

régionaux qui n'assurent pas les prestations requises à un tel niveau

- Absence de normalisation des effectifs en personnel médical et paramédical dans les structures hospitalières

C'est ces causes dont nous interrogeons les fondements et surtout la pertinence. Pour ce faire, nous rappellerons quelques données avant d'examiner les points forts, les failles et les goulots, tout au moins, au niveau :

- de l'organisation des services de soins en périnatalité
- des professionnels qui s'y consacrent et
- des pratiques de soins avec un effort de décryptage des référentiels et des approches qui les sous tendent.

6-1- L'organisation des services

La Tunisie est dotée d'un système de soins de santé de base couvrant la quasi-totalité de la population (95 % de la population a accès à un centre de santé à au plus 4 Km, sans tenir compte de l'offre des services du secteur privé). L'État demeure le principal prestataire de soins mais la place du privé est de plus en plus grande. Dans le secteur public, plus de 2000 CSSB offrent des services intégrés de SSR et de VIH en plus des maternités périphériques, régionales et universitaires. L'ONFP dispose d'un centre régional par gouvernorat soit 24 centres, où des services de santé de la reproduction sont prodigués par des structures fixes décentralisées et par son réseau mobile de services couvrant les régions et les zones les plus démunies.

Pour l'essentiel, 155 maternités dans le secteur public réparties entre 108 maternités périphériques logées dans un hôpital de circonscription, 34 maternités régionales et 13 maternités universitaires.

La néonatalogie est pour l'essentiel logée dans des services (6 ou 7) ou des unités(2) dans les établissements universitaires comme pour les maternités universitaires.

Le tableau ci-dessous est plus précis de cette offre au niveau des pôles universitaires.

Tableau V : Offre en périnatalité et structures de soins publiques du 3^éme niveau en Tunisie

	Hôpital	Service de maternité	Service de neonatologie	Service de pédiatrie
Tunis	CMNT la Rabta CHU Charles Nicolle CHU Aziza Othmana Hôpital Militaire CHU Mongi Slim CHU Ben Arous Hôpital d'enfant	X X X X X X	X X Unité	X X X C ext X et Réa Poly
Sousse	CHU farhat Hached CHU Sahloul	X	X	X X
Monastir	CMNM CHU Fattouma Bourguiba	X	X	X
Mahdia	CHU Tahar sfar	X	X Unité	X
Sfax	CHU Hedi Chaker	X	X	X
Nabeul	CHU	X		X
Bizerte	CHU	X		X

Source : Communication Dr Rafla Dellagi Atelier 23/ 09/ 2014 - Tunis

(1) Tej Dellagi R , 2014 , opt.cit.

Au-delà du descriptif, le service rendu par cette organisation d'ensemble qui date, est contesté par les témoignages entendus lors de la conférence nationale sur la santé, les documents qui en sont sortis et les multiples travaux sur les réformes du système de soins.

a- Une organisation hiérarchisée en niveaux «dysfonctionnels» de soins, avec :

Une 1ère ligne de structures publiques qui ont assuré mais qui peinent à se renouveler. Largement reconnue comme n'étant plus en phase avec les besoins, les attentes et les exigences de la population.

Cohabitent à côté de cette 1ère ligne, des structures d'exercice privé de cabinets, officines, cliniques et laboratoires, en développement croissant tout particulièrement depuis les années 2000.

Une 2ème ligne au niveau régional de maternités et autres services publiques et privées. Elle est dite inégale en poids et en qualité selon les régions,

Une 3ème ligne, au niveau des pôles universitaires (4 Facultés, des CHU et des établissements spécialisés). Elle est décrite comme plus ou moins performante et surtout « asphyxiée » par les flux « de patients, d'étudiants, des mal orientés, des insatisfaits.... », par les recours, du 1er secours à l'ultime et à trop de tâches exigeantes en

temps, en équipements et en savoirs faire (soins de tous niveaux, gardes, enseignement, recherche ...).

Cette construction en organisation pyramidale gérée par le haut, et hiérarchisée en 3 niveaux de recours relève des grands choix et modèles portés par la stratégie de la santé pour tous des années 70/80.

Il s'y est ajouté, au fur et à mesure, un secteur privé, orienté vers les besoins des patients insatisfaits de l'offre publique, pour l'essentiel appartenant aux couches sociales supérieures et moyennes.

b- Une organisation mise en cause de tous les côtés

Beaucoup de personnes sont insatisfaites d'un secteur public vieillissant (Tableau VI), y compris par les ménages au pouvoir d'achat le moins élevé. Pour Dr Marrakchi, « le programme national de périnatalité a priorisé le développement des structures de niveau I et II en matière de soins néonataux, le développement des structures de niveau III ayant été relégué à une étape ultérieure par contre, la sectorisation des structures de soins et leur organisation en réseau pyramidal est une nécessité qui s'impose par le bon sens et par l'impact limité de l'organisation des soins en fonction seulement des facteurs de risque... »⁽¹⁾.

Tableau VI : Infrastructure de santé sexuelle et reproductive y compris de santé maternelle et néonatale selon le niveau

	Niveau 1			Niveau 2		Niveau 3
	Hôpitaux de circonscription	Centres de santé de base	Centre de Protection Maternelle et Infantile	Hôpitaux régionaux	Centres de santé de la reproduction	Centres hospitalo-universitaires
Suivi prénatal	X	X	X	X	X	X
Accouchement	X	-	-	X	-	X
Prise en charge néonatale	X	-	-	X	-	X
Suivi postnatal	X	X	X	X	X	X
Consultation préconceptionnelle planning familial	X	X	X	X	X	X
Total	108	2014	77	33	44	13

Sources : Carte sanitaire 2011 ; DSSB/SMI, 2014

Faut il rappeler que la hiérarchisation des soins a été mise en place pour réguler les prises en charge de manière appropriée en fonction des problèmes de santé (fréquence, gravité) et des modes de prise en charge (ambulatoire ou hospitalier) à des coûts supportables par la collectivité⁽²⁾.

Il est utile de voir l'interprétation qu'en fait Dr Marrakchi quand elle affirme qu'«En Tunisie, le Programme National de Périnatalité est en conformité avec le concept des soins basés sur la notion de risque. Il classe les maternités tunisiennes en 3 niveaux selon le niveau de

prestations offertes à la population en soins périnataux. Ce programme a vraisemblablement réduit la mortalité maternelle et la mortinatalité mais son impact sur la mortalité néonatale et le handicap d'origine périnatale n'est pas perceptible^(idem 2).

c- Une organisation qui s'est bureaucratisée et qui a vieilli

A cet égard, Dr Marrakchi pointe l'organisation des 3 lignes comme responsable de cette inefficacité et met en cause les relations entre niveaux ou le mode référencement :

(1) Un plaidoyer Projet de création d'un Service de Neonatologie à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. La Neonatologie à l'EPS Charles Nicolle, Situation Actuelle & Perspectives d'avenir Docteur Zahra Marrakchi, date ?
 (2) Telle que prônée par la stratégie d'Alma Ata

« les structures de niveau 1 et 2 orientent leurs grossesses à haut risque vers les maternités de niveau 3. Ces centres de niveau 3 concentrent la prise en charge des grossesses et des accouchements à haut risque périnatal mais la qualité des prestations assurées aux nouveau-nés ne remplit même pas les critères de niveau 2...».

Ces critiques doivent être entendues et prises en compte car une organisation des années 70/80 ne peut pas être pertinente si elle ne bouge pas, si elle se bureaucratise, si ses moyens s'affaiblissent alors que les problèmes s'accroissent et se modifient, que les besoins et les exigences de la population changent.

Faut-il rappeler que les mêmes responsables de services des structures de référence reconnaissent qu'ils admettent pour les besoins de formation des accouchements « normaux ou eutociques » dans des proportions qu'ils jugent eux-mêmes trop élevés !

N'y a-t-il pas une réticence de fond sur une réalité "têtue" ? La réticence à organiser l'offre, autant qu'à discipliner la demande et le recours. Et si, plutôt que de laisser des grossesses normales encombrer les structures de référence du niveau 3, leur prise en charge est rendue effective au niveau approprié, le plus proche dans les maternités des niveaux 1 et 2. Pour peu, évidemment que celles-ci soient en mesure d'accueillir et de prendre en charge.

Et si les formations à la prise en charge des grossesses eutociques étaient décentralisées au plus près des gens ? De toute façon, une offre de soins doit être organisée :

soit sur un mode délibéré combinant efficacité/ efficacité pour le patient et dans le souci du meilleur usage des ressources de la collectivité

soit être soumise aux logiques de l'offre et de la demande (cad du marché) et en accepter les coûts et les conséquences que nous connaissons (dépenses des ménages à un niveau catastrophique, inégalités ...),

La réalité têtue c'est celle d'une 1ère ligne de structures publiques peu attractives, de structures privées onéreuses et peu encadrées, d'un niveau 2, le plus souvent contourné et d'un niveau 3 encombré de fait, puisque les filtres en amont ne fonctionnent pas⁽¹⁾.

6-2- Les professionnels mobilisés dans le cadre des services de SMNN

Leur analyse permet d'évoquer plusieurs problèmes :

a- Un problème global d'effectifs

Des données plus précises sont largement rapportées dans différents sites dont celui sur la carte sanitaire 2011 du Ministère de la santé (Ministère de la santé, 2013).

Le secteur public mobilise actuellement près de 50 000 professionnels dont près de 4500 médecins généralistes dont 2500 dans le secteur public pour près de 2000 dans le secteur privé, plus de 5000 médecins spécialistes répartis pratiquement pour moitié dans chacun des 2 secteurs, près de 30 000 « personnel paramédical » près de 12 000 « personnel ouvrier » et un peu plus de 2000 pour le « personnel Administratif et Technique ».

Ces dénominations et classification en disent la tradition des corps professionnels, leur origine (le modèle administratif français) et en signent les limites. Le corps des sages femmes est fondu dans la catégorie des personnels paramédicaux sauf dans la présentation des effectifs qui travaillent dans le secteur privé.

Il serait opportun de réfléchir sur ce type de ratio dans des termes plus proches que ceux utilisés par la dernière étude de l'OIT qui estime qu'un pays doit avoir au moins 41,1 agents de santé pour 10.000 personnes pour pouvoir fournir des soins de santé essentiels à tous dans le besoin (Bureau International du travail, 2014)

Il serait intéressant de regarder ce que l'on entend par agents de santé, qui plus est actifs, et ce qu'il en est, sous cet angle, en Tunisie ?

b- Un problème de répartition entre secteurs et catégories dans le champ de la santé maternelle

Les données décrivant les professionnels en lien avec la SMNN incluent habituellement les GO et les SF mais non le personnel polyvalent (les catégories non considérées dans le tableau VII) et qui pourtant ont joué un rôle important et peuvent encore plus à l'avenir, ne sont pas disponibles pour les services SMI.

Tableau VII : professionnels en lien avec la SMNN et taux de rémunération en 2014 (DT)

	Total	Public	Privé	Taux de rémunération (DT)		
				Public universitaire	Public Sanitaire	Privé
Gynéco Obstétricien	866	168	644	3000- 3900/mois	2500 -3000/mois	10000-30000/Mois
Anesthésiste Réanimateur	503	260	170	3000- 3900/mois	2500-3000/mois	...
Sage Femme	2100	1800	300	950/mois		1500/mois

Source : Chaouch M, DSSB 10/10/2014 (2)

(1) 57 GO sont inscrits au CNOM et sans activité, **70 RA sont inscrits au CNOM et sans activité et 3 RA sont contractuels

(2) Dr Chaouch Md, DSSB, séminaire restitution des travaux des ateliers de SMNN, Tunis, Oct.2014.

Toujours dans ce cadre, le tableau des effectifs (Tableau VIII), réalisé par Gherissi dans ses travaux sur les sages femmes, a le mérite de rappeler aussi celui des médecins

généralistes dont le rôle est malheureusement bien trop peu reconnu même s'il est difficile d'évaluer la part du temps consacré à la santé maternelle et néonatale.

Tableau VIII : Effectifs des professionnels de santé maternelle et néonatale en Tunisie (2011-2014)

	Sages-femmes	Médecin Généralistes	Gynécologues Obstétriciens
Secteur public	2000 (DSSB/SMI 2014)	4260 (Carte sanitaire 2011) dont 1200 affectés dans les structures périphériques (DSSB/SMI 2014)	168
Secteur privé	31 (Carte sanitaire 2011)	3101 (Carte sanitaire 2011)	644
Total	2031	7361	866 (DSSB/SMI 2014)

Sources : Afif Gherissi (Carte sanitaire, 2011), (DSSB, 2014)

- Enfin, l'analyse des effectifs des sages-femmes qualifiées entre 1976 et 2014, met en évidence que « ...c'est entre 1980 et 1991, soit en 11 ans, que l'effectif des sages-femmes a au moins doublé. Toutefois, si ces effectifs sont en progression constante, les variations du nombre de femmes en âge de reproduction desservies par une sage-femme interpellent. En effet, il est passé de 1 pour 1800 en 1992 à 1 pour 1500 en 2014 avec un pic de 1 pour 693 en 1999 (DSSB/SMI 2014).

c- Un secteur privé en croissance non régulée

Le secteur des soins a vu naître et se développer un secteur privé lucratif issu des rangs du secteur public (facultés, écoles et établissements). Ce développement souvent de manière implicite, puis de plus en plus en érigé en choix politique s'est fait par étapes progressives :

- Induit au départ par le modèle de la Faculté française et ses modes d'exercice à temps partiels (temps aménagés)
- Il s'est déployé encouragé à l'interne par les courants qui voyaient dans la libéralisation, une voie de développement pour la Tunisie. Très tôt de nombreux lobbies poussaient déjà en Tunisie le développement d'un secteur privé dédié aux soins pour étrangers (dialyse, chirurgie plastique ...),
- Les pressions de certaines institutions internationales qui prônaient le développement du secteur privé et l'allègement des dépenses publiques.
- Les difficultés du secteur public à répondre à la demande et/ou les insuffisances d'investissements et de réformes.
- Les pressions des patients qui trouvent dans certaines structures un meilleur accueil, une confidentialité plus respectée, des investigations et des interventions dans des délais plus rapides,

Un extrait de l'Evaluation finale en 2010 du programme d'appui par l'UE à la Reforme de l'Assurance Maladie en Tunisie, est édifiant : « Depuis les années 1990, le secteur privé connaît un développement important. Il est composé de cliniques pluri ou mono disciplinaires,

de cabinets médicaux, de radiologie, de laboratoire d'analyse, et d'officines et représente, selon l'OMS, environ 11% de l'offre de soins tunisienne. Celle-ci est grevée de disparités régionales et le secteur privé, en plein essor ces dernières années, semble accentuer cette tendance dans la mesure où il suit la demande solvable et s'installe dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières.

En revanche, il semble délaisser les régions Ouest et Sud du pays. Le secteur privé dispose d'une part importante de l'équipement lourd du pays et, selon les chiffres de la Banque Mondiale, il emploie 83% des pharmaciens du pays et 72% des médecins dentistes mais seulement 7% des paramédicaux.

Le secteur privé est financé essentiellement par les ménages et - toujours selon la Banque Mondiale - absorbe environ la moitié des dépenses totales de santé. La récente introduction de l'assurance maladie pourrait éventuellement renforcer cette tendance mais le coût relativement élevé des prestations ainsi que la bonne réputation des médecins du secteur privé, surtout dans les CHU, semble freiner, jusqu'à un certain point, cette évolution potentielle... »⁽¹⁾

Ajoutons à cette analyse les points suivants :

Les comptes sociaux, récemment publiés qui situent à des niveaux bien trop élevés pour l'assurance maladie et pour les ménages les couts des soins alors que « la majorité des accouchements se déroulent dans le secteur public et que pratiquement toutes les complications y atterrissent ».

Khairi H., président en exercice du collège national de GO qui en appelle à des « décisions courageuses et à lever le tabou » (Khairi H, 2014). D'autres interlocuteurs, notamment des syndicalistes du secteur privé, le rejoignent en appelant à dépassionner les relations et à mobiliser toutes les ressources nationales pour les intérêts communs des populations.

(1) European Commission HTS PE International Programme, Evaluation finale du programme d'appui à la Reforme de l'Assurance Maladie en Tunisie. Rapport final Management, 2010

La conférence nationale sur la santé de septembre 2014 à Tunis qui réaffirme dans sa déclaration la primauté du secteur public et la nécessaire complémentarité avec le secteur privé (conférence nationale de santé, 2014).

Les responsables de la CNAM qui expriment lors des travaux de la dite conférence leurs préoccupations quant aux limites du conventionnement, l'ampleur des fraudes et les niveaux préoccupants du financement basé sur les cotisations sociales prélevées sur les salaires.

Un responsable du Ministère, interviewé à ce sujet qui propose non un conventionnement CNAM/Professionnels du secteur, mais de faire évoluer le cahier des charges actuel basé uniquement sur la mise à niveau des locaux vers une véritable régulation des activités privées dans le

cadre des politiques publiques. Il pointe ainsi non moins les « dérives » du secteur privé que les faiblesses de l'action publique.

Un programme national fédérateur n'a-t-il pas justement pour fonction de fixer la place et le rôle de chaque professionnel, et de chaque secteur et niveaux ?

d- Un problème de rémunérations et de reconnaissance

« En 2013, le salaire minimum interprofessionnel garanti (régime de 48h) est fixé par le Ministère des Affaires Sociales à 348 dinars tunisiens (192.265 US Dollars). Il s'avère être respectivement multiplié par 2.98, 6.20 et 7.18 pour la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue obstétricien en tout début de carrière.... » (Tableau IX, Ministère D.C.I., 2014)

Tableau IX : Salaires des prestataires de services de SSR et de SMN (2014) (secteur public)

	Sage-femme	Médecin Généraliste	Gynécologue Obstétricien (sanitaire)
Dinars tunisiens (brut)	1040	2160	2500
US Dollars	581.91	1195	1390.74
Nombre de fois le SMIG (348dt => 192.265 US Dollars)	2.98	6.20	7.18

Source : Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, Tunisie, La Sage-femme En Tunisie, 2014

e- Un problème de répartition inégale dans le pays ?

Si les chiffres rapportés sont exacts et à jour, la répartition des effectifs entre les secteurs publics et privés et leur distribution sur le territoire est révélateur de logiques en partie responsables des inégalités relevées en ce domaine : 45% des cliniques privées dans le District de Tunis, 20% dans le Sud Est et 13 % dans le Centre Est avec 75% des lits d'hospitalisation dans l'Est du pays, 1/2 spécialistes dits de libre pratique est installé dans le District de Tunis, 1/4 dans le Centre Est, et plus de 9/10 dans les régions de l'Est.

Une étude récemment rapportée sur une action du gouvernement en Turquie pour corriger les inégalités de répartition des médecins généralistes et des spécialistes par l'instauration d'un service obligatoire est édifiante quand à son impact à travers l'évolution de l'indice Gini 71: « En 1965, le coefficient de Gini pour les médecins et le coefficient de Gini pour les spécialistes est de 0,44 et 0,52, respectivement, et en 2000 ces valeurs diminuent à 0,13 et 0,28, respectivement. »(1)

6-3- Les pratiques, les référentiels et les modèles de fonctionnement.

Les éléments qui ressortent de l'analyse des décès (Système de SDM), les témoignages apportés lors de la

(1) Erdinc Ünal, How the government intervention affects the distribution of physicians in Turkey between 1965 and 2000, International Journal for Equity in Health. (erdinc.unal@okan.edu.tr). (2015)

Le coefficient de Gini est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite et 1 signifie une inégalité parfaite (par exemple un seul salarié dispose de tous les revenus et les autres n'ont aucun revenu). Ce coefficient est très utilisé pour mesurer l'inégalité des revenus dans un pays)

conférence nationale sur la santé(2)ainsi que les éléments recueillis lors des ateliers dédiées à la RMM montrent globalement que :

- Les pratiques de soins sont inégales selon les structures et les niveaux et qu'elles sont calquées sur le modèle français ancien tel qu'il est enseigné dans les différentes institutions de formations initiales (Facultés de médecine, Ecoles supérieures des sciences de la santé,...),
- Le mode de répartition des tâches reproduit les hiérarchies des catégories et des métiers. Le travail en équipe est encore conçu sur le mode de la division des tâches segmentées, Or, les problèmes de santé d'aujourd'hui, les évolutions scientifiques et leur instabilité, ainsi que les nouvelles technologies mettent quotidiennement à rude épreuve tout professionnel consciencieux. Le développement des compétences professionnelles de tous les membres d'une équipe pris au sens le plus large est un enjeu pour des progrès qualitatifs si l'on s'entend sur le contenu des compétences appropriées de nos jours.
- L'exigence de la qualité de l'accueil, de la relation humaine, est perçue notamment du côté des patients comme aussi important que la qualité technique des actes posés,
- Le modèle dominant des formations et des pratiques est fondée sur la médicalisation la plus poussée posée comme un marqueur de développement :

(2) Conférence nationale de la santé, 2014, opt.cit.

Plus d'un spécialiste soutient que « la Tunisie doit aspirer à encadrer le plus d'accouchements par les obstétriciens gynécologues, des réanimateurs anesthésistes, des radiologues, les biologistes ... et qu'on ne va pas revenir en arrière ! »⁽¹⁾

- La question des protocoles de prise en charge, de référentiels des pratiques, de normes d'équipements, d'encadrements se heurte à des difficultés d'application. Les formations initiales ou continues, le manque d'information, de motivations ou de moyens sont souvent mis en cause quand ce n'est pas la « mauvaise volonté » des décideurs ou la faute des autres collègues.

Il est frappant de noter que leur applicabilité est rarement interrogée, encore moins leur pertinence.

- Le manque de communication, de coordination et de coopération entre les maternités des différents niveaux est souligné en permanence malgré la présence de directives et de supports. Il est clair que l'organisation pyramidale en 3 niveaux n'est plus fonctionnelle, sauf pour les populations les plus vulnérables « captives ». Tant que les niveaux d'encadrement, d'équipement, d'accessibilités et de tâches ne sont pas assurés simultanément par les 3 niveaux, la chaîne ne peut pas fonctionner. Et chaque niveau dépend de celui en amont et en aval. Les efforts portés pour renforcer un niveau (surtout le niveau 3) ont montré leurs limites. L'effet

attractif « aspirant » annule aussitôt ses bénéfices. Une organisation ne vaut que par sa cohérence.

- L'organisation en parcours de soins en distinguant :

Celui des grossesses normales prises en charge aux niveaux de proximité le plus proche (maternité niveau 1), le niveau 2 agissant comme soutien, interface, régulateur et le niveau 3 ne recevant que les cas à risques élevés ou les complications, est bien documentée.

Pour les femmes à risques élevés, un parcours de priorités doit être défini mais surtout accepté, compris et respecté.

Un tel schéma a fait ses preuves dans de nombreux pays⁽²⁾ pour peu que la confiance et la discipline des professionnels emportent celles des populations. Tout cela est compris, connu mais non respecté car « les contournements par l'argent ou la position sociale » viennent mettre en cause l'équité et l'efficacité de tels circuits. Vouloir conditionner l'accès aux services de maternité pour tous au respect (ou même à l'opposabilité) de ces parcours hiérarchisés par les plus vulnérables seulement c'est non seulement inéquitable mais aussi inefficace⁽³⁾. Une partie de la dépense catastrophique des ménages provient de la réaffectation du revenu, déjà limité, dans les milieux les moins nantis, des dépenses de la vie quotidienne au secours de dépenses de soins, en urgence, pour se donner eux aussi le plus de chances pour accéder à la maternité qui inspire le plus de confiance⁽⁴⁾.

Résumé

OFFRE EN SOINS DE SANTÉ MATERNELLE

Les services en santé maternelle et néonatale sont au cœur et la base des services de soins offerts à la population Tunisienne.

Un édifice public, couvrant tout le pays, a été construit dès les années 1960/1970. Il a produit et est à l'épreuve du temps et des évolutions des problématiques de santé, des pratiques professionnelles et des exigences sociales. Administré par l'Etat, il a porté les programmes et la culture des soins pour tous pendant 30 ans.

Le manque de renouvellement des structures publiques (organisations et équipements), les faiblesses des allocations et les modes de gestion de celles-ci, l'ouverture de l'offre de soins au secteur privé, aboutissent à un système hybride dont les faibles niveaux d'efficacité et d'efficience sont reconnus.

Ce service qui a assuré, peine désormais à rassurer.

Pour près de 200 000 accouchements par an, les effectifs et l'infrastructure disponibles peuvent permettre à la Tunisie de peser sur le niveau des décès et la qualité de la prise en charge tout au long de la vie des femmes. Le service privé médical a sa place de fait. Il doit assumer toute sa part dans ses avantages et ses contraintes. Réhabilités, ces deux secteurs représentent des gisements de nouveaux gains au bénéfice des femmes et du pays.

(1) 69 Ministère de la santé DSSB, Atelier « Réduction de la Morbidité maternelle et néonatale » 23 09 2014 Tunis

(2) Bibliographie O Brix, A Bendib, 2012

(3) Comme le suggèrent certaines institutions internationales

(4) Confère évaluation consultations pré et post natales au Maroc O Brix 2012

7- L'axe relatif au système d'information

Des données et sources consultées, on peut dire que la Tunisie dispose de systèmes d'informations générales (dont notamment ceux de l'Etat Civil et de l'INS), d'un système d'information sanitaire (géré par le Ministère de la santé), de plusieurs composantes ou sous systèmes reliés à la santé maternelle et néonatale (enquêtes périodiques démographique, médico sanitaires, ENMM, MICS, et d'un SSDM) et depuis quelques années des comptes sociaux de la santé.

Nous nous sommes néanmoins interrogé :

- Quelle est la fiabilité des données : concordance, sens, utilité et usages ?
- Quelle est l'organisation qui sous tend l'ensemble et quelle cohérence ?
- Comment entreprendre une refonte qui ne soit pas une énième incantation, tant celle-ci est recommandée dans tous les travaux ?

Ainsi, l'amélioration du système d'information et singulièrement celui sur la périnatalité est possible, c'est un chantier qui mérite beaucoup d'efforts et de croisements entre producteurs et les multiples utilisations. Pour mieux comprendre cela, voyons quelles sont les caractéristiques des principales sources et composantes contributives à l'information sanitaire ?

7-1- L'Etat Civil

Le premier système d'information connu qui renseigne sur la mortalité comme pour les naissances est l'Etat Civil.

Au vu des livrets de famille lors de l'enquête MICS 4, il apparaît «qu'en Tunisie la quasi-totalité des enfants de moins de cinq ans (99 pour cent) a été enregistrée... sans variations significatives dans l'enregistrement des naissances selon le sexe, l'âge, la région géographique, le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère, ou le niveau du bien-être socio-économique de la famille.. ». C'est dire la fiabilité des données de base.

7-2- Les autres sources d'information sanitaire

La Tunisie a mis en place au fur et à mesure plusieurs composantes d'un système d'information en santé :

a- Le système routinier

Organisé depuis plusieurs décennies, il s'est construit depuis l'époque coloniale et s'est renforcé à l'aune des programmes verticaux, selon une logique et des procédures administrative et sur des supports papiers remontant des structures périphériques aux centres de traitement. La maîtrise de la statistique et l'usage des nouvelles technologies sont en train de modifier le traitement et les délais.

Basé sur des rapports journaliers, mensuels, trimestriels, annuels, ils relatent les activités pré et postnatales, celles liées à ce qu'on appelait la planification familiale principalement dans les SSB et bien d'autres.

La carte sanitaire, dans sa version 2011, gérée par la Direction des études et de la planification, regroupe ces données avec des indicateurs traditionnels et d'autres plus innovants.

A côté de ce socle routinier continu se sont greffées au fur et à mesure des besoins des enquêtes transversales et/ou périodiques et des dispositifs annexes.

b- Le Système de surveillance des décès maternels (SSDM)

Bien connu dans de nombreux pays, ce système d'information segmenté a été mis en place en Tunisie tant au niveau national que régional et fonctionne.

Il correspond au système mis en place dans les pays développés et qui est dénommé « l'étude nationale et confidentielle des morts maternelles (ENCM) ».

Mis en place dès 1999⁽¹⁾, ce système a généré beaucoup d'énergies, de personnes, de travaux et de rapports, sauf que « les recommandations ne sont pas prises en compte », selon ses pionniers et piliers⁽²⁾.

Comment comprendre cela ?

- Un segment qui n'interroge qu'un des étages du système de soins ?
- Du fait que les commissions seraient constituées pour la plupart de « pairs », des hospitalo-universitaires, qui sont tenus par « des règles et des pratiques entre confrères » ?
- Parce que les recommandations se réfèrent à des normes et non à des conditions réelles ou que les recommandations exigent d'autres conditions et ressources?

Tant de questions et bien d'autres qui méritent un examen dans des cadres plus larges que les cercles habituels.

c- Les enquêtes

Différentes enquêtes périodiques ou ad hoc, démographiques ou dans le cadre de la santé publique sur la mortalité et la morbidité⁽³⁾, dont celles de 1994 et de 2008, ont permis à notre pays d'avoir des repères.

Les enquêtes MICS⁽⁴⁾

Ces enquêtes par grappes à indicateurs multiples, élaborés par l'UNICEF fournissent des informations sur la situation des enfants et des femmes et mesurent les indicateurs clés qui permettaient de suivre les progrès dans la voie de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et des différents engagements convenus au plan international⁽⁵⁾.

(1) Une circulaire édictée dès 1999 en a précisé les objectifs, les procédures et les modalités organisationnelles.

(2) Ministère de la santé DSSB Table ronde sur "les décès maternels" XVème Journées nationales de santé publique, 25-26 octobre 2007, Hôtel El Mechtel – Tunis.

(3) Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant 1996, en 2001. Enquête Nationale sur la Mortalité Maternelle (ENMM) Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSEME)

(4) Multiple Indicator Cluster Survey de l'UNICEF

(5) Les informations additionnelles relatives au projet mondial MICS sont disponibles sur le site: www.childinfo.org.

C'est ainsi qu'ont été réalisées en Tunisie, 3 vagues : la MICS2 a été réalisée en 2000, la MICS3 en 2006 et la MICS4 2011-2012- menée par le Ministère du Développement et de la Coopération Internationale avec l'Institut National de la Statistique avec l'appui financier et technique de l'UNICEF, de l'UNFPA et le Bureau de la Coopération Suisse en Tunisie.

Les « Near Miss » (échapper belle)

« Le Near miss (NM) est un Audit sur la morbidité grave, elle-même définie comme une complication qui a failli entraîner le décès d'une femme au cours de la grossesse ou pendant les 42 jours qui ont suivi l'accouchement et qui a survécu par chance ou grâce aux soins hospitaliers. Ces audits des NM sont moins menaçants que ceux des décès et ont servi de cadres de concertation, de recyclage, de révision des cours d'obstétrique et de partage d'expériences. Ils permettent d'améliorer la collaboration entre différents services et ont pris en compte l'avis des femmes sur la qualité des soins».⁽¹⁾

Réalisé en Tunisie aujourd'hui uniquement dans le cadre de travaux de recherche, cet audit s'est avéré être un complément ou une alternative à l'enquête sur les décès maternels et comme un indicateur utile pour l'évaluation et l'amélioration des services de santé maternelle.

Néanmoins « l'identification des dysfonctionnements est un exercice vide de sens si les moyens matériels pour les corriger ne sont pas dégagés. Seule l'application des recommandations de l'audit, cohérente et soutenue dans le temps, peut infléchir la situation déplorable de la MM et MMG élevées... ».

Dr Skhiri de l'INSP suggère encore l'intégration de l'approche Near Miss dans le système d'information pour calculer certains indicateurs établis par l'OMS en 2009 afin d'évaluer la qualité des soins obstétricaux.... ». Toutefois, l'intégration de l'approche Near Miss dans le système d'information dans certaines structures hospitalières de 2ème et 3ème niveau avec adaptation à leur contexte (régularité, approche adoptée...), s'avèrera pertinente « si elle n'alourdit pas le système d'information actuel et si elle tient compte de la volonté

politique, la sensibilisation et la motivation des différents intervenants... ».

La Revue de Morbidité et de Mortalité de maternité (RMM)

Il peut s'agir d'une autre approche plus large qui a été proposé pour « analyser collectivement, rétrospectivement et de manière systémique certains événements indésirables graves maternels, fœtaux et néonataux, sélectionnés selon des critères prédéfinis (mots clés) survenus dans les secteurs d'activité où les patients de maternité sont pris en charge... ».

En fait, au plan international, le rapport du Groupe de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015 (Objectifs du millénaire) a lancé un appel pour faire une « révolution des données », qui tienne compte de la demande croissante de données de meilleure qualité, plus rapides, plus accessibles et davantage ventilées, afin de vaincre la pauvreté et réaliser un développement durable. Ainsi, « La nouvelle demande de données nécessitera de la part des institutions et des gouvernements l'engagement d'accroître les ressources des systèmes statistiques et de construire une capacité statistique, avec le soutien de la communauté internationale. Elle demandera aussi de réunir les nouvelles technologies de l'information des infrastructures existantes de données dans le but de produire des données améliorées pour le développement. En exploitant le potentiel des progrès technologiques, il faut renforcer de manière continue les infrastructures de données existantes, comme les registres d'état civil, les systèmes d'information de santé et d'éducation, et les systèmes d'enquêtes. De plus, promouvoir le libre accès aux données et l'utilisation efficace des données est essentiel. » (ONU, 2013). Dans ce cadre, la dernière précision sur l'accès libre aux données est d'autant importante que l'implication des associations et organisations sociales, des représentants de la population (parlementaires) ainsi que des chercheurs et professionnels concernés est essentielle pour un nouveau programme en santé maternelle si on veut assurer sa vitalité et son portage.

(1) Aounallah-Skhiri Hajer, Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle , Atelier de Tunis du 23 09 2014.

Les écrits et les avis convergent naturellement pour insister sur l'utilité à disposer de données fiables et en continue. Si la Tunisie a l'avantage de disposer d'un système d'information de santé de longue date et de « greffes » multiples et utiles.

Tout cela ne peut être gérable, productif et utile que si on réfléchit collectivement et qu'on adopte une démarche progressive, raisonnée et réaliste, plutôt que de multiplier les recommandations, les grands projets de refonte totale, ou l'appui sur les nouvelles technologies conçu comme une solution en soi.

Plusieurs pistes, éprouvées sous d'autres cieux, méritent d'être prises en compte :

- mettre en connexion toutes les composantes, dans une vision d'ensemble
- distinguer l'essentiel et l'utile et se garder des appétences excessives,
- prendre le temps d'associer les producteurs, les utilisateurs
- regarder pour chaque niveau (local, régional, national, type d'utilisateurs) les informations nécessaires et utiles (conçues sous formes de tableaux de bords synthétiques, thématiques ou transversaux).
- faire non pas seulement de la rétro information mais de l'implication de tous les concernés à tous les étapes (collecte, traitement, usage) et les étages (du local à l'international, puisque ce niveau s'impose)
- Un système d'information ne vaut que s'il est conçu, géré par ceux qui l'utilisent et en font leurs organes de compréhension et de guidance.

8- L'axe relatif au système de protection sociale.

Plusieurs arguments plaident aujourd'hui en faveur d'une réforme du système de protection sociale

a- Les arguments pour réformer

L'accessibilité notamment financière des femmes et des nouveaux nés aux soins de santé continus et à temps est un des déterminants dans la santé maternelle et néonatale. Des données probantes existent au plan international et sont de plus en plus disponibles en Tunisie⁽¹⁾.

Ainsi, les témoignages, les évaluations et les études, convergent sur le fait qu'une partie des femmes – les plus vulnérables (estimée à 20 à 30%) - n'accède pas aux soins nécessaires et vitaux du fait de barrières financières et de logiques de survie dans lesquelles elles se débattent. Une fraction importante de la mortalité maternelle et néonatale est liée à ce goulot. Pour de plus en plus de femmes, y compris celles issues des couches moyennes, les niveaux de prise en charge ne couvrent pas tous les coûts de l'accouchement, ou à la césarienne, et à un suivi de qualité.

Que faire comme pas significatif et comment s'y prendre ?

Où trouver les appuis et les ressources pour franchir le palier décisif vers de nouveaux progrès sanitaires et sociaux ?

Rappelons quelques données pour identifier l'argumentaire dans ce sens.

Ainsi, la Tunisie a connu 2 époques :

- Celle d'un service de santé financé sur le budget de l'Etat avec des couvertures assurantielles segmentées dans une construction héritée et plus ou moins remaniée

- celle d'un système d'assurance maladie mixte avec un financement issu de la fiscalité du pays,
- et une constante, celle de l'assistance pour une partie de la population (AMG).

Or, c'est précisément cette population qui est la plus exposée face au risque de mortalité maternelle et néonatale.

Si une réforme a été engagée dès les années 2000, dictée par les politiques économiques choisies et les efforts d'intégration de la Tunisie à la sphère de la Communauté européenne de l'époque, l'extrait qui suit rappelle son cadre : « une convention a été signée en mai 2000 entre la Communauté européenne et le Ministère de la coopération internationale et de l'investissement extérieur aux fins d'assister les Autorités tunisiennes dans la réforme de l'assurance maladie. Cette assistance repose sur un soutien budgétaire non ciblé de 40 millions d'euro déboursables en deux tranches sous réserve du respect par les Autorités tunisiennes de divers engagements (critères de performance). Cette convention de financement s'inscrivait dans la logique de la mise en œuvre des dispositions de l'accord d'association entre la Communauté européenne et la Tunisie (1995) et de la convention-cadre (1997) de financement relative à la mise en œuvre de la coopération financière et technique au titre du programme MEDA »⁽²⁾.

Une loi en 2004 et une caisse en 2008

Cette réforme de l'assurance maladie a été finalisée dans le cadre d'une Loi adoptée en 2004 qui a réorganisé les différents régimes avec la mise en place d'un régime obligatoire financé par des cotisations sociales et

(1) Les différents sites que ce soient ceux des agences des NU ou de la B.M. sont unanimes.

(2) European Commission HTS PE International Programme Management, Evaluation finale du programme d'appui à la Réforme de l'Assurance Maladie en Tunisie. Rapport final 2010

organisé en trois filières d'accès et de remboursement(la CNAM a été instituée en unifiant ainsi plusieurs régimes.) avec la conservation du régime d'assistantat sur cartes (AMG), financé par l'Etat.

Le problème se situe cependant pour le reste, les « sans couverture » pour une fraction estimée parfois entre 20 et 30 % !⁽¹⁾.

En fait, d'après le rapport de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) :

« Le système de protection sociale a été fondé sur le modèle d'assurance sociale bismarckien, qui lie les prestations aux cotisations. Le régime d'assurance sociale, qui a un taux de couverture légale d'environ 95 %, est cofinancé par les salariés et les employeurs. Il semble par ailleurs que la Tunisie possède l'un des systèmes les plus complets parmi les pays de la région MENA, car il couvre la quasi-totalité des risques mentionnés par la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimale), 1952 »⁽²⁾

Si nous regardons de plus près les données d'analyse et d'aide à la décision produites relativement aux sources de financement et des dépenses dédiées au système de santé⁽³⁾, l'INSP a produit les deux premières études dans ce cadre, l'une pour les années 1997-1998 et l'autre pour les années 2000- 2005 alors que, plus récemment, une approche associant plusieurs institutions (5 ministères et 11 institutions) vient de publier des données relatives aux années 2012- 2013.

Ainsi, on peut considérer que l'effort financier de la Tunisie est appréciable. En effet, pour 2013, les dépenses totales de santé sont estimées à 5362,7 Millions de dinars (X 2,4 / 2005) et par habitant, la dépense est en moyenne de 493 dinars (X 2.3 / 2005). Ces dépenses représentent 7.1% du Produit Intérieur Brut (PIB) (+ 1.2 % / rapport à 2005). Si on tient compte des assiettes respectives des PIB des pays, ce niveau est en bonne position par rapport aux revenus intermédiaires de la tranche supérieure tels qu'établis par la Banque Mondiale. De nombreux pays développés, ayant une assiette autrement plus garnie de la richesse, ont opté pour contenir le plus possible ce taux aux alentours de 7% avec l'ambition d'offrir des soins de mêmes niveaux que ceux qui sont à plus de 11%.

Ceci étant, mobiliser plus de ressources dédiés aux soins, comme cela semble être « revendiqué » par plusieurs voix⁽⁴⁾ est peut être nécessaire mais ne peut être posée comme une évidence car cela peut se faire au détriment

(1) Trois modes de couverture sont prévus par la loi 71-2004 et ses textes d'application : la filière publique, la filière privée, et le système de remboursement. Il faut y ajouter le Régime à Faible Revenu et le régime Etudiant

(2) JARRAHI IMEN , Tunisie : un système de protection sociale à réformer , L'économiste Maghrébin , PUBLIÉ LE 2013/11/28 , <http://www.leconomistemaghrebin.com/28/11/2013/tunisie-un-systeme-de-protection-sociale-a-reformer/>

(3) Ils ont été mis au point sur la base de la méthode standard OMS-BM et conçu en tant que « outil pour aider les décideurs politiques à mieux comprendre et évaluer la performance du système de santé

(4) Confère travaux et débats de la commission financement lors de la conférence nationale sur la santé en septembre 2014 à Tunis et des textes adoptés.

d'autres déterminants de santé encore plus fondamentaux (l'éducation, l'emploi, les infrastructures sociales..).

Par ailleurs, ces montants des dépenses consacrées à la santé en Tunisie comme dans les autres pays du Maghreb, sont pratiquement autour de 10% de ce que dépense un pays comme la France. Oser ce rapprochement c'est juste préciser que les normes, les référentiels, le modèle Français ne peuvent être reproduits dans nos pays, sauf à tenter la poursuite du mythe de Sisyphe : « on ne peut offrir les mêmes soins à nos sociétés avec seulement 10% de ce que cela coûte à nos voisins de l'autre côté de la Méditerranée »⁽⁵⁾.

En fait, une analyse plus fine des données nous permet de relever les défaillances du système de protection sociale. Ainsi :

Une source de financement semble non rapportée: les financements provenant de l'aide internationale, des coopérations bilatérales ainsi que les emprunts et leurs coûts, parmi ceux dédiés à la santé et aux dépenses sociales, figurent ils dans ces comptes ? Sont-ils évaluables ? Ou alors, leur part serait si minime et éphémère que le résultat ne vaut pas l'effort. Autrement, c'est un indicateur du degré de dépendance qui mérite d'être pris en considération.

Dans ce qu'on appelle les financements directs, c'est-à-dire hors impôts, taxes et les cotisations, la part encore trop importante provenant de ménages (37,5%) est la préoccupation. En santé maternelle, tout particulièrement. Même en diminution de 5.4 % par rapport à 2005, plus du tiers des dépenses à la charge directe des ménages restent élevé.

Rappelons que l'OMS situe le seuil à 20%, et qu'au-delà elles sont dites catastrophiques et accroissent le risque d'appauvrissement.

Un directeur central à la CNSS situe « ce taux de couverture génère une exclusion de **22% de la population assujettie** »⁽⁶⁾.

La part de la CNAM estimé au tiers (34,9%) est à interpréter de manière plus prudente. Pas assez suffisante si on aspire à un régime universel, trop pesante sur les entreprises et les salariés si on est attentif à l'emploi, tout au moins ?

Les derniers chiffres des comptes sociaux de la santé nous disent que près de la moitié (45%) des dépenses de la CNAM vont aux soins assurés par le secteur privé. Quels soins ? Sur la base de quels tarifs pratiqués et ceux remboursés ? Au terme de quelles conventions ?

La Tunisie est donc elle aussi confrontée à ce type d'assurance et d'exercices des professions du soin dont toutes les études montrent le caractère inflationniste⁽⁷⁾.

(5) Grangaud Marie France, Université de Santé Publique du Maghreb, Sousse mars 2013

(6) JARRAHI IMEN , Tunisie : un système de protection sociale à réformer, *opt.cit.*

(7) Confère études IRDES

Notons là aussi deux « écoles » celle qui prône un « panier de soins » et celle qui penche du côté du « panier de remboursement », comme en témoignent respectivement dans le 1^{er} cas la Suède et dans le 2^{ème} la France⁽¹⁾.

La contribution de l'Etat et en particulier du Ministère de la Santé est estimée à près d'un quart de la dépense (26,3%).

La structure des dépenses est aussi éclairante : la part la plus importante des dépenses de santé se fait dans le secteur privé (54% pour 2013, en augmentation de 10% par rapport à 2012).

Le secteur public qui est le principal prestataire dans les dépenses courantes (ambulatoire et hospitalière) représente le tiers (33%) alors que le secteur privé représente plus de la moitié (54%).

La structure de l'offre de soins l'est encore plus

Les dépenses pour les soins curatifs dans les trois niveaux de recours du secteur public sont respectivement à 26, 25 et 49% pour la 1^{ère} (hôpitaux de circonscription et les centres de santé de base), la 2^{ème} (les hôpitaux régionaux) et la 3^{ème} ligne (les établissements publics de santé).

La part des soins ambulatoires et de l'hospitalisation représente la moitié des dépenses du système de santé, suivi des dépenses en médicaments et biens médicaux auxquels le système de santé consacre 38% de ses ressources.

La prévention sanitaire collective (programmes nationaux) ne bénéficie que de 1% de l'ensemble des fonds injectés dans le système de santé. Les données disponibles ne permettent pas actuellement de distinguer entre l'activité préventive (hors programme) et curative.

La première ligne semble avoir bénéficié, en 2013, de plus de ressources (17%, soit 420.6 MDT versus 360.6 MDT en 2012). Cette évolution favorable pour la première ligne conforte la conviction partagée par les acteurs du système de santé de valoriser les soins primaires.

Les médicaments semblent être « la question prioritaire à résoudre (premier poste de dépenses pour les ménages et pour la CNAM, et proportionnellement élevé par rapport aux dépenses totales) promouvoir l'usage rationnel du médicament ».

Ne faut il pas dans ce sens revenir vers l'option des médicaments essentiels pour à la fois satisfaire et garantir l'accès pour tous aux soins nécessaires ?

b- Un consensus pour réformer

En effet,

- On ne saurait oublier l'annonce à la CNS (sept. 2014) par le représentant de la CNAM d'une « couverture sociale pour tous ».
- Le directeur central à la CNSS, reconnaît que « le thème du système de protection sociale est un thème d'actualité qui vient de rebondir après le soulèvement du 14 Janvier ». Selon ses dires, la révolution a mis à nu le système de protection sociale car « on croyait qu'on avait un système de sécurité sociale des plus performants ... »⁽²⁾.
- Pour quelle gamme (panier, paquet...) de soins ? Tout pour tous ? L'essentiel pour tous ? Ou tout au moins, selon un responsable du Ministère, « la gratuité pour toute mère et enfant jusqu'à l'âge de 5 ans, comme dans certains pays. »⁽³⁾.
- Du dire de ses responsables, la construction tunisienne du système de protection sociale et celui de l'assurance maladie, n'est pas très lisible.
- En préface du dernier document publié par le Ministère de la santé « Quels chemins vers la couverture universelle », le Ministre de la santé, en prolongement du droit à la santé (article 38 de la nouvelle constitution tunisienne), s'interroge sur les réformes à engager « ... pour aboutir de manière progressive à ce que plus de citoyens accèdent à plus de services de santé, meilleurs, tout en favorisant à la fois le pré paiement et en réduisant les dépenses directes... »⁽⁴⁾.
- Autrement dit, « il faut instituer un socle minimum universel pour plus de justice sociale », disait M. Cherif Mounir, directeur central à la CNSS au colloque organisé :
- L'image transposée ci dessous reproduit un extrait de l'intervention de Mr Bouzekri S., membre du groupe thématique « Politiques sociales » du système des Nations Unies souligne à quel point « le contexte mondial et national est actuellement favorable aux réformes sociales ». Il établit la jonction entre les cadres programmatiques des agences du SNU et la réforme de la protection sociale en Tunisie.

Le système de protection sociale s'essouffle financièrement

(1) HAS, LA PARTICIPATION DES PATIENTS AUX DÉPENSES DE SANTÉ DANS CINQ PAYS EUROPEENS, sept 2007

(2) Conférence nationale de santé, opt.cit.

(3) Dr H Ben Brahim, DEP, MSP

(4) Ministère de la santé, Quels chemins vers la couverture universelle », , Janvier 2015

Il a indiqué que les priorités nationales sur la base desquelles l'UNDAF(2015-2019) a été élaboré vient à consacrer le progrès social et l'égalité des chances, renforcer la protection sociale et améliorer l'état de santé de la population, la qualité de l'éducation, les conditions de la femme et la situation des jeunes.

L'intervenant a ensuite exposé les 3 axes stratégiques de l'UNDAF, à savoir : i) la gouvernance démocratique, ii) un modèle économique inclusif, durable et résilient et iii) une protection sociale universelle et l'accès à des services sociaux de qualité dans le cadre de ce 3ème axe il a procédé à une analyse des défis et des opportunités en matière de protection sociale.

Les principaux défis sont :

- * évoluer d'une politique d'assistance sociale vers un modèle de développement social inclusif
- * disposer d'une stratégie cohérente et viable et de mesures de protection sociale qui puissent garantir à tous les citoyens une couverture sociale.
- * concevoir une approche pertinente pour renforcer l'équité et réduire les disparités en matière de développement économique et social en Tunisie.
- * définir un positionnement stratégique du SNU concernant la question de la protection sociale basée sur des partenariats intersectoriels.

Quant aux opportunités, elles consistent en :

- * la disponibilité et l'engagement de l'ensemble des partenaires à appuyer les réformes sociales et notamment la mise en place d'un socle national de protection en tant qu'axe majeur du nouveau contrat social.
- * les orientations réitérées par l'article 38 de la nouvelle constitution tunisienne et par le contrat social en matière de droit à la couverture sociale et sanitaire pour tous.
- * les approches innovantes instituées entre les partenaires nationaux et la société civile avec l'appui des agences du SNU pour mettre en place une plateforme de réflexion sur les processus de réformes à engager en Tunisie : le dialogue sociétal sur la santé, la réforme du système éducatif, la réforme de la protection sociale....

l'orateur a présenté ensuite quelques pistes de réflexion en mettant l'accent sur l'importance de l'information, de la connaissance et du diagnostic ainsi que sur la cohérence entre le diagnostic, les priorités et les budgets. Il a souligné, dans ce cadre la nécessité de l'interaction entre les politiques économiques et sociale, en précisant que la réduction de la pauvreté ne relève pas seulement des micro-interventions ciblées au niveau local mais principalement des politiques équitables aux niveaux macroéconomiques et sectoriels.

Il a indiqué également que les travaux du SNU sur les objectifs du développement durable(ODD) ont fait ressortir ce qui suit :

- * la protection sociale devrait être la priorité de l'agenda post 2015.

LA COUVERTURE SOCIALE DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE

Après une période où l'Etat finançait et gérait un service national de santé avec des prises en charge multiples (assurance maladie, AMG, financements directs), la réforme de la protection sociale a modifié le paysage et surtout les perspectives.

Elle a accompagné le développement d'un secteur privé qui draine une part de plus en plus importante de dépenses de soins.

Du dire de ses responsables, la construction tunisienne du système de protection sociale et celui de l'assurance maladie, a généré de fait plusieurs régimes (AMO, AMG, Etudiants), mais laisse une partie de la population sans couverture (entre 20 et 30%).

L'organisation des 3 filières n'est pas non plus très lisible.

Catastrophique pour les ménages les plus vulnérables, les dépenses directes ou complémentaires atteignent un seuil bloquant pour de nouveaux progrès dans le recul de la MMNN.

Relevons la manière dont le Dr Hedi Achouri pointe les problèmes posés sous cet angle : « l'absence de couverture sociale (y compris AMG) de certaines mères,

le ticket modérateur auxquels sont assujetties les assurées dans les structures publiques risque de réduire le recours aux maternités (40 TND en moyenne),

les restes à charge dans le secteur privé sont élevés... »

Rapportés aux données de la mortalité maternelle en fonction du niveau socio économique, on imagine facilement les conséquences des 3 éléments ci dessus.

La réhabilitation du secteur public à tous les niveaux, une nouvelle régulation du secteur privé, et une réforme de la protection sociale sur le socle de ce qui existe et qui ouvre sur la perspective universaliste est possible et nécessaire.

Il ya une prise de conscience plus large et probablement une base de consensus possible pour de nouvelles avancées dans l'accessibilité.

L'appel à instituer un socle minimum universel pour plus de justice sociale chemine et bénéficie d'une opportunité qui peut conforter les décideurs dans cette voie.

B- DÉMARCHE D'IMPLÉMENTATION DE LA STRATÉGIE PROPOSÉE

1- Un processus réengagé et prometteur

Il apparaît clair que les échéances en cours et à venir confrontent les autorités de santé du pays à réactualiser et préciser les choix en matière de santé maternelle et néonatale et les modalités d'actions à venir. C'est ainsi que:

Au plan international :

l'agenda post 2015 interpelle les autorités tunisiennes à faire le point par rapport aux objectifs assignés et non atteints (les OMD 4 et 5 en l'occurrence),

les agences du SNU (UNICEF, UNFPA, OMS), s'engagent à poursuivre leurs efforts via leurs plans d'action dans leur cadre général de coopération avec la Tunisie. Pour ces 3 partenaires de la coopération multilatérale, la santé et la protection sociale de la femme, de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent, sont au cœur de leurs programmes et se déclinent à travers des axes stratégiques, des effets, des produits et des activités, et pèsent dans l'allocation de ressources⁽¹⁾.

Au plan national

- Le renouvellement en cours des institutions du pays suppose pour les mois qui viennent l'expression de politiques économiques et sociales, dont celle sur la santé. Celles-ci conditionneront, peu ou prou, la consolidation et l'élargissement des acquis et des avancées, notamment en matière de santé de la femme, de la mère et de l'enfant.
- Le mouvement social qui a permis les changements en cours, est en forte attente de pas concrets et durables vers la réduction des inégalités sociales et de santé, une protection sociale pour tous et des soins de santé accessibles et de qualité sur tout le territoire, pour l'enfant et la mère, tout particulièrement.
- Le dialogue sociétal pour définir une stratégie nationale de santé engagé par le Ministère de la santé avec l'appui de l'OMS et de l'UE a généré des engagements⁽²⁾ et une forte attente comme l'ont exprimé les jurys citoyens associés au dialogue sociétal⁽³⁾.

De plus, le mode participatif indique une nouvelle culture et approche.

La santé maternelle et néonatale, sujet d'un plus grand consensus, peut être un des chantiers prioritaires de cette dynamique participative prometteuse.

Au plan sectoriel

- Après une année de rallonge, le programme conjoint d'appui à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle 2008-2010 a pris fin en 2011.

(1) Les documents relatifs à l'UNDAF, les CPD, les CPAP et les programmes de l'OMS, sont finalisés et accessibles.

(2) Ministère de la santé, Dialogue sociétal, livre blanc, Synthèse des rendez régionaux et déclaration de la conférence nationale en date des 2 au 4 septembre 2014.

(3) DSSB, rapports Prs Hedi Khairi, Mansour Njah, Hajer Aounallah-Skhiri et travaux Ateliers sur la réduction de la mortalité maternelle, 2014 Tunis.

l'évaluation qui s'en est suivie en fin 2012 a dégagé des leçons et formulé des propositions qui sont toujours en attente de prise en compte.

- Une consultation nationale en vue de renouveler la stratégie nationale d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle a été engagée par la DSSB en 2013 avec l'appui de l'OMS.
- Celle-ci a débouché sur 3 documents d'analyse et la révision des 4 axes de l'ancienne stratégie qui ont été soumis à 3 ateliers interrégionaux tenus en 2014.
- Un rapport en date du 12 mars 2014⁽⁴⁾, sur « la réduction de la mortalité maternelle » destiné au Ministre de la santé, fait le point sur « la progression du pays à l'atteinte de l'OMD 5 », et a poussé l'analyse sur le « pourquoi la Tunisie n'a pu réduire la mortalité maternelle ? ».

Ce rapport propose des orientations et appelle à un nouveau projet conjoint entre la DGS, la DSSB, l'ONFP, la DEP, la DGSSP et les partenaires techniques et financiers.

- La nomination d'une Coordinatrice nationale de la stratégie de RMM⁽⁵⁾.
- La mise en route d'une consultation internationale à l'initiative des trois agences du SNU et en concertation avec le Ministre de la santé, en vue de poser un regard externe et prendre en compte l'expérience d'autres pays ».⁽⁶⁾

Au vu de toutes ces conjonctions, un processus a été réengagé

- Un Comité Technique Conjoint a été mis en place dès septembre 2014 pour superviser cette consultation et mener les travaux préparatoires en vue d'un programme conjoint.
- Un Etat des Lieux dressé en octobre 2014⁽⁷⁾ a résulté de la 1ère phase de cette consultation.
- Un séminaire national en date des 10 et 11 octobre 2014 à Tunis a préconisé d'inscrire la RMM NN comme une des composantes dans la SMNN et d'intégrer celle-ci dans la stratégie nationale de santé dont le dialogue sociétal a défini les grandes orientations. Trois axes de développements (les services, la gouvernance, le système d'information) ont fait l'objet de travaux en ateliers réunissant un large panel de représentants et experts du pays.
- Suite à cela, des travaux ont été menés au niveau des 3 agences du SNU pour définir un cadre de résultats et l'élaboration du présent document.

(4) Tej Dellagi R., Réduire la mortalité maternelle en Tunisie, 2014, opt.cit.

(5) Le Dr R. Tej Dellagi a été nommée en mars 2014 comme Coordinatrice de la stratégie de RMM

(6) Brix O., SMNN en Tunisie « D'une 1ère ébauche vers un diagnostic partagé », 10 06 2014

(7) Brix O. 2014, opt.cit.

Coopérations et travail conjoint

Sous des angles différents, les trois agences onusiennes directement concernées par les questions de santé, ont en commun les préoccupations de la sauvegarde et la promotion de la santé de la femme, de la mère, de l'enfant et de la famille.

- L'UNFPA dans son programme quinquennal est centré sur l'appui au pays en vue de l'élaboration et la mise en place d'un paquet essentiel de prestations en santé reproductive pour toutes et tous. Des travaux préparatoires ont été effectués avec l'ONFP et la DSSB. « Un programme de santé maternelle et néonatale qui investit toutes les étapes de la conception choisie à la prise en charge en post natale, est au cœur de « notre propre programme d'appui au pays »⁽¹⁾.
- L'Unicef, sous l'angle des politiques en faveur de l'enfance, dans une vision globale, éducative et en protection sociale, en particulier pour les plus vulnérables,, se retrouve pleinement « dans un plan ou programme complet élaboré par et avec les autorités du pays⁽²⁾ ».
- L'OMS est motivée par un engagement général autour de la santé maternelle, néonatale, voire de la femme et de l'adolescent conformément à ses programmes et à son expertise, surtout si les liens sont établis avec la dynamique du dialogue sociétal et « si on partage la même vision, démarche, objectifs ...⁽³⁾ »

« chaque agence ayant ses logiques, ses instances, ses modes de fonctionnement, son agenda, ses vis-à-vis nationaux, ses habitudes »⁽⁴⁾, il faut dire que plusieurs interprétations du terme conjoint, forcément adaptables en fonction du contexte, nous ont quelque peu questionnées⁽⁵⁾.

Plusieurs questions restent d'ailleurs posées :

- S'agit-il d'un programme conjoint entre les agences du SNU, soumis ensuite pour coordination et validation avec les autorités du pays ? Ou s'agit-il d'un programme conjoint entre les agences et les autorités du pays élaboré en commun à toutes les étapes ?

- Une autre des questions posées se rapporte aux contenus et aux référentiels. S'agit-il d'un programme qui décline les orientations, axes, effets inscrits dans les programmes communs (UNDAF, CPAP, CPD, Biennie) ? Ou d'un programme de mise en œuvre des orientations définies par le pays en fonction de sa vision, de ses choix et de ce fait d'un appui coordonné des agences qui s'y associent ?
- Une autre question, et non des moindres, c'est celle du degré du travail conjoint⁵ ? Est-ce une coordination des appuis, fléchés sur chacun une thématique, un produit, une activité ou est-ce une mise en commun d'un fond qui appuie un ensemble ?

Comme on peut le noter, c'est là des questions importantes. Elles ne sont ni formelles ni secondaires, car elles conditionnent le processus d'élaboration et d'adoption. Elle suppose un calendrier qui tienne compte des rythmes et des modes de fonctionnements de chaque partie. Elles sont déterminantes quand aux objectifs, aux stratégies choisies et aux modalités de mise en œuvre.

La Tunisie, aujourd'hui, en ce domaine plus qu'ailleurs, est en devoir et en mesure de définir sa stratégie et les organismes de coopération confortés dans leur mission d'appui et leur désir d'avancer dans le travail coordonné pour plus d'efficacité et d'efficience.

La caractéristique fondamentale et nouvelle de la Tunisie actuelle, telle que l'avons entendue et perçue, c'est sa volonté à être plus qu'un « partenaire ». Une volonté à définir sa propre stratégie nationale et d'en faire la plate-forme de coopération avec et d'appui par les agences.

Ce partenariat a déjà montré ses premiers effets du fait que les trois agences sont intervenues de manière concomitante et coordonnée. La mobilisation des instances du pays, des professionnels et des experts nationaux, leur niveau de satisfaction exprimée en témoigne (confère nombre et contenus des mails adressés à la DSSB au lendemain de l'atelier conjoint des 10 et 11 Octobre 2014).

Si l'intérêt du travail conjoint est ainsi reconnu et soulève autant d'attentes, il oblige à sa poursuite et à son approfondissement. Faute de quoi, le pays s'en trouverait privé et le SNU en risque de déficit de crédibilité.

(1) Entretien avec Leïla Joudane, Chokri Ben Yahia, Delphine Lavaissière

(2) Entretien avec Georges Gonzales, AmiraAlifaMedimagh

(3) Entretien avec Ann Lise GUISSSET

(4) Entretien avec Georges Gonzales

(5) « Un programme conjoint est un ensemble d'activités contenues dans un plan de travail commun et un cadre budgétaire commun lié, impliquant deux ou plusieurs organisations des Nations Unies et (sous) des partenaires gouvernementaux nationaux, destiné à obtenir des résultats conformes aux priorités nationales énoncées dans PNUAD / Programme ou un instrument de programmation équivalent ou cadre de développement. Le plan de travail et budgétaire forme le cadre d'un Document de Programme conjoint, qui détaille les rôles et les responsabilités des partenaires dans la coordination et la gestion des activités conjointes ». Guidance note joint programmes Revised May 2014

Au terme de ces rappels, on relèvera;

- La conjonction d'échéances internationales et nationales, significatives et importantes,
- La relance du chantier de la planification en matière de santé maternelle et néonatale, une volonté de part et d'autre pour un travail d'appui et un nouvel élan pour plus de coordinations,
- Une série de réunions et de rapports,
- Un réseau « personnes concernées et compétentes » impliquées (entre 30 à 50)
- Un noyau dirigeant : la coordonnatrice SMNN, la DSSB, l'UNFPA, l'Unicef, l'OMS,
- des documents : Etat des Lieux, Argumentaire, Matrice.
- Un consensus pour faire évoluer la stratégie RMM vers stratégie SMNN : « d'une focalisation ciblée mortalité vers Une stratégie santé maternelle et NN multiple et coordonnée »
- Et un contexte de renouvellement institutionnel propice à de nouveaux arbitrages et élans.

2- Arbitrages et choix, un moment crucial

L'examen attentif des données accumulées à travers les différentes sources d'information montre de forts consensus sur un certain nombre d'orientations, mais aussi des malentendus, notamment dans les termes et les modes de travail, des incohérences entre l'analyse et les propositions et/ou des divergences d'approches.

Ce qui est, somme toute, signe d'intérêts de toutes parts et d'une vitalité prometteuse. Le renouveau est probablement dans ce « bouillonnement » et les autorités du pays, invitées à rendre des arbitrages et fixer des choix.

Rappelons rapidement les questions en débat qu'il nous a été permis d'entendre et d'identifier :

- **Stratégie nationale et programme conjoint**
- **Le périmètre concerné : Mortalité maternelle et néonatale et/ou santé maternelle et néonatale**
- **Les conditions et les modalités d'un nouvel élan**

2-1- Stratégie nationale et programme conjoint

Que recouvrent ces deux dimensions et pourquoi cette distinction ?

- La stratégie nationale doit dire ou rappeler la vision nationale et les grandes orientations que le pays se donne en ce domaine. Elle clarifie les approches et indique le chemin et les échéances.
- Le programme décline celle-ci. Il aura le caractère conjoint par l'implication d'autres parties, en l'occurrence les agences du SNU, impliquées, l'OMS, l'UNFPA et l'Unicef.

La direction proposée consiste à préciser, tout au moins, les grandes lignes d'une stratégie nationale en santé maternelle et néonatale, de prendre le temps de son appropriation à tous les niveaux et dans le même

temps ébaucher au fur et à mesure les contenus d'un programme conjoint dans toutes ses étapes et modalités (cadre de résultats, plans d'actions, règles d'allocations de ressources, mécanismes de gestion, de suivi et d'évaluations).

2-2- Le périmètre concerné

Mortalité maternelle et néonatale et/ou santé maternelle et néonatale ?

Autrement dit : Agir sur Un moment où durant Tous les temps d'un cycle de vie ?

À travers cette question, c'est celle de la stratégie préconisée qui est en jeu. Bien sûr que la réduction de la mortalité maternelle et néonatale est l'objectif, l'urgence mais au-delà il ya aussi la morbidité, la prévention de ses conséquences en terme de souffrances et handicaps.

Plus fondamentalement, c'est de savoir quel est le meilleur chemin pour atteindre au mieux et au plus vite le niveau de mortalité le plus bas. En concentrant le plus d'attentions, donc de ressources humaines, matérielles et techniques sur le moment où se jouent le plus de décès (et il est clair que c'est celui de l'accouchement) ou à tous les niveaux pour viser sur la durée et miser sur la durabilité des progrès.

« La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum. » (site OMS)

Une autre question de stratégie a été posée : Celle des axes prioritaires d'interventions : sur quel(s) facteur(s) intervenir spécifiquement et le plus en Tunisie ?

La figure suivante nous rappelle, en se référant à l'un des modèles conceptuels les plus utilisés pour analyser les facteurs associés aux décès maternels, que ces facteurs, donc les solutions sont nombreuses et diversifiées.

Les questions étant éminemment politiques, elles relèvent de ce fait des choix des politiques.

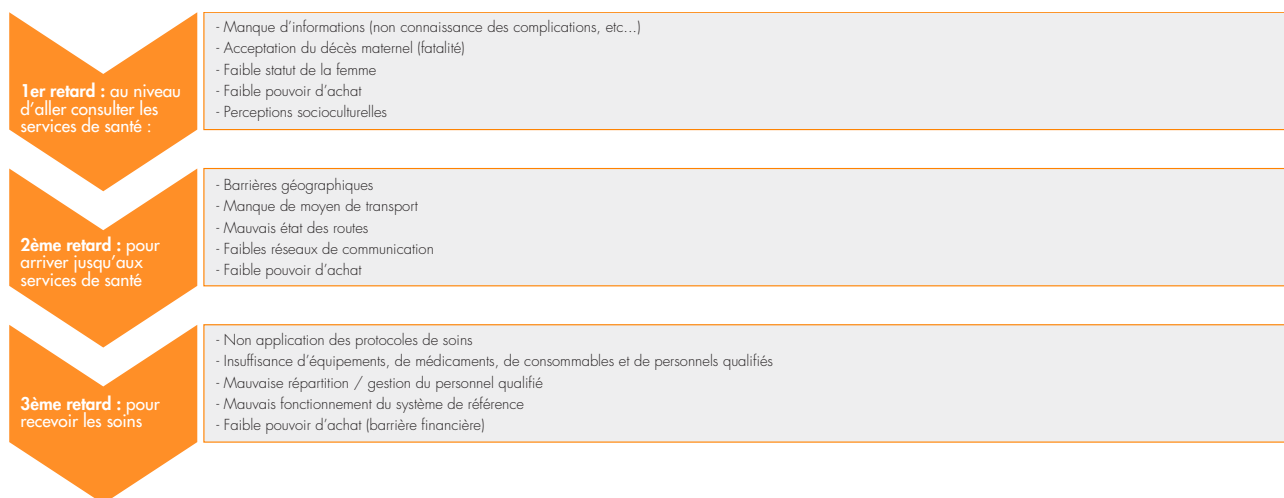


Figure 3 : Pourquoi les femmes meurent-elles ? Modèle des 3 retards, Source : OMS, 2010.

2-3- Les conditions et les modalités d'un nouvel élan

👉 Le temps du diagnostic ne peut être escamoté.

Contourner le diagnostic, le temps des échanges et des rapprochements au nom de l'action et de l'urgence à agir revient à se priver de l'intelligence ou de la partager pour agir avec la pleine adhésion des concernés.

L'empressement à passer du constat vers l'analyse puis vers l'action dans un mouvement d'impatience et d'activisme, a justement été pointé, dans les évaluations et les entretiens, comme étant une méthode utilisée et qui s'est révélée peu fructueuse sur le temps..

Un état des lieux permettant des échanges, voire des confrontations sur les données, les études, les savoirs et les points de vue, permet de construire une plate forme de travail clarifiée, plus engageante qu'un programme élaboré en cercle restreint. Les leçons issues des évaluations précisément vont dans ce sens et bien plus. Le temps des échanges, des appropriations de documents permet de se pencher sur les leçons, d'en vérifier la pertinence, la recevabilité, de s'en emparer. **Les leçons tirées deviennent des enseignements réappropriés.**

👉 Le leadership doit être clarifié ! C'est justement une des leçons de l'évaluation du programme conjoint.

Rappelons-la : « Les activités du projet n'étaient pas réalisées de manière coordonnée, cohérente et complémentaire. La DSSB, à travers le PNP, n'est pas parvenue à assurer le leadership et ce pour des raisons internes (insuffisance des moyens humains et matériels) et externes plus générales en rapport avec la place peu enviable de la promotion de la santé globale dans

la politique nationale de santé et le rôle non affirmé de la DSSB en tant que principale gestionnaire de ce champ d'intervention » (Ben Salah F., 2014)

👉 Une quête récurrente, significative, celle de la qualité:

En effet, c'est là aussi un consensus qui exprime de manière constructive le fort sentiment d'insatisfactions. Il peut traduire l'attente voire l'exigence pour que le système de soins, après avoir répondu aux demandes en termes quantitatifs, engage sa phase qualitative.

Même si « l'évaluation régulière de la qualité technique des soins n'est pas formalisée de manière systématique... La mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité des soins a été un processus évolutif et dans ce sens, un certain nombre d'initiatives mérite d'être citées depuis les années 1980-90 à savoir :

- Etudes normatives sur l'évaluation de la qualité des soins (audit médical) à Tunis
- Expériences des « cercles de qualité » en première ligne à Sousse ;
- Elaboration d'indicateurs de fonctionnalité des circonscriptions sanitaires » et indicateurs de qualité en SMI ;
- Système de « monitoring » des programmes de santé dans les CSB
- Comités de décès à l'échelle régionale et nationale pour la réduction de la mortalité maternelle
- Programme de mise à niveau des structures publiques de santé et Programme National de « Gestion de la Qualité Totale » (DGS-MSP).

Plus récemment, des initiatives de Certification sont en cours à l'échelle de certains services et structures de santé :

- Privées, du fait notamment de l'ouverture du pays à l'exportation des services de santé, et ceci par le Conseil National d'Accréditation (TUNAC) ; le TUNAC a en effet pour mission d'évaluer et accréditer les organismes d'évaluation de la conformité (laboratoires, organismes d'inspection et de certification) mais ne certifie pas directement les structures de santé... »⁽¹⁾
- Mais aussi prochainement publiques, à travers l'INASanté (Instance nationale de l'accréditation en santé) en voie de formalisation.
- Mais n'y a-t-il pas derrière le terme de qualité un ou des malentendus sur les contenus et les modalités ? La plupart de nos interlocuteurs et des travaux examinés mettent l'accent sur soit **l'absence de normes, de référentiels**, de guides, de formations, ou leur non application quand ils existent.

On peut aussi s'interroger pour savoir si les normes définies sont connues, suffisantes en nombre, accessibles ? Les représentants de l'INAS (institut national d'accréditation en santé) se disent attachés à y travailler.

Une revue précise s'impose tout au moins pour ce qui concerne la MM, MNN et la SMNN. Pourrait-elle être prioritaire ? Être conduite avec la présence des professionnels et gestionnaires de terrain ?

Ce qui nous frappe par contre, est le peu d'interrogations sur les contenus, les bases d'élaboration de ces normes et référentiels, les profils de leurs auteurs, leurs conditions d'applicabilité.

La Tunisie gagnerait à regarder ailleurs, ce qu'elle fait, mais au plus près des mises à l'œuvre et à l'épreuve de ce foisonnement de normes.⁽²⁾ L'expérience de pays qui en disposent (Maroc) et de pays comme la France qui ploie sous les normes (400 000 au total pour tous domaines), montre que ce n'est ni la quantité, ni la qualité « théorique », ni seulement l'information ou la formation des personnels chargés de leur mise en œuvre ou contrôle) mais fondamentalement le degré d'adéquation entre les réalités et les normes (et non pas entre les normes et les réalités). Est-ce que les normes disent des prés requis, les conditions à réunir, ou les standards à atteindre ? Et les standards de quels pays ?

👉 L'inclination à la médicalisation de la grossesse

La grossesse et l'accouchement participent du cycle de vie d'une femme et aboutissent dans la très majorité des cas sur une issue heureuse. On parle bien de grossesses physiologiques ou normales. Une fraction seulement est à risques.

D'ailleurs et longtemps, l'accoucheuse traditionnelle puis la sage femme ont été les piliers de l'assistance. Ces

accouchements avaient lieu à domicile puis de plus en plus en milieu hospitalier encadré par du personnel de plus en plus spécialisé.

Dans une approche de plus en plus en normalisée et technicisée avec l'exigence du « zéro risque ou du moindre risque », l'accouchement physiologique a été placé en milieu surveillé en établissement de plus en plus équipé et sécurisé. « Toute grossesse est à risque » affirment les gynécologues obstétriciens.

« Schématiquement, l'accouchement est défini aux Etats Unis comme un processus médical, au Yucatán comme une étape stressante mais normale de la vie familiale, en Hollande comme un processus naturel, en Suède comme un accomplissement personnel » (Vuille M., 1999)(3).

D'où un questionnement important posé par Gherissi : « 58 ans après la promulgation du Code du Statut Personnel, quel modèle de prise en charge la femme tunisienne souhaite aujourd'hui pour sa grossesse et son accouchement ? Une autre question se pose pour la Tunisie : quelle définition attribuer à la grossesse et à l'accouchement au 21ème siècle?... » Et à juste titre elle précise que « du modèle de santé périnatale et de la définition de l'accouchement dépendra ceux de la sage-femme... ». Une investigation de la pratique de sage-femme en Tunisie avait identifié cinq scénarios alternatifs (voir encadré ci dessous) comme pouvant caractériser le futur de la profession de sage-femme en Tunisie :

FUTUR DE LA PROFESSION DE SF EN TUNISIE : 5 SCÉNARIOS

(source : Ministère du développement et de la CI, la sage femme en Tunisie, 2014)

- Un scénario « tendanciel » basé sur le consensus atteint par la recherche et qui précise les fonctions de la sage-femme par rapport à celles du médecin
- La médicalisation de la prise en charge de la grossesse et de la naissance qui mettrait la sage-femme à l'écart des activités de santé de la procréation, et en ferait l'assistante du médecin, tant dans le secteur public que dans le secteur de libre pratique
- Une auto-prise en charge de la profession suivie d'une appropriation de sa place dans l'ensemble du système de santé périnatale
- Une intervention active de la femme tunisienne par une appropriation de sa santé, à la recherche d'une prise en charge démedicalisée
- Un scénario mixte ou la rencontre entre des femmes à la recherche d'une prise en charge démedicalisée de leur grossesse et des sages-femmes revalorisées par une auto-prise en charge.... »

⁽¹⁾ European Commission HTS PE International Programme , Evaluation finale du programme d'appui à la Réforme de l'Assurance Maladie en Tunisie. Rapport final Management, 2010.

⁽²⁾ Ministère des affaires sociales et de la santé, Les normes et orientations en matière de qualité et de sécurité des soins de santé – La surveillance et l'évaluation des prestataires de soins de santé 31 octobre 2013, Santé.gov.tn

⁽³⁾ Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, Tunisie , La Sage-femme En Tunisie, Acquis, Défis et Perspectives envisageables 2014, opt.cit.

La conclusion est claire, ce d'autant qu'on la retrouve dans pratiquement l'évolution de tous les systèmes de soins : « Les résultats permettent de conclure que la profession de sage-femme en Tunisie est aujourd'hui une profession « disqualifiée » par un système qui, disposant désormais d'une démographie médicale suffisante, s'est résolument confirmé dans une orientation médicalisée de la prise en charge de la santé périnatale... ; »

Que dire de plus sinon faire en sorte que la voix des sage femmes et leurs expériences soit présente là où

se discutent les choix, les normes et les modèles pour que la proximité et l'attitude compréhensive qu'elles apportent ou peuvent apporter soient renforcées comme on le note au Québec où : « la politique ministérielle de périnatalité de 2008-2018 met de l'avant une approche des soins qui met l'accent sur le caractère physiologique de l'accouchement. Le recours aux technologies du travail et de l'accouchement pose des défis à ces objectifs. Par exemple, au Québec, pour l'année 2009-2010, le taux de césarienne approche une grossesse sur quatre.... »^[1]

Résumé

LES ARBITRAGES ET CHOIX AUXQUELS SONT CONFRONTÉES LES AUTORITÉS DU PAYS ET ACTEURS CONCERNÉS

Un programme même conjoint n'a de pertinence qu'inscrit dans une vision et des approches mûrement réfléchies et choisies, d'abord et plus que jamais par les autorités du pays. D'où la nécessité de la définition d'une stratégie nationale explicite, lisible, mobilisatrice et fédératrice.

Un programme d'appuis coordonnés aussi intégré et cohérent que possible en traduirait les orientations et les objectifs, dans un processus de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Tout en redisant la difficulté de la démarche tant les logiques verticales et les modes de travail habituelles ont la vie dure.

Tous les interlocuteurs conviennent d'inscrire la réduction de la mortalité maternelle dans le champ de la santé maternelle et néonatale.

Cela veut dire le choix d'une stratégie globale à **toutes les étapes** (de la conception au post partum), **tous les étages** (de la maternité la plus éloignée des centres mais la plus proche des femmes à la maternité de référence la plus spécialisée mais aussi la plus réservée dans au aux grossesses à risques élevées), et tous les secteurs (un public réhabilité et un privé réintégré).

Un élan de renouveau bénéfique pour les femmes, les nouveaux né mais aussi pour la société et tout le système de soins est possible si certaines conditions sont réunies :

- Prendre le temps de partager un diagnostic commun,
- Prendre connaissance et prise en compte des les leçons issues des évaluations
- Clarifier le leadership, son autorité et sa légitimité,
- Donner à la qualité des dimensions concrètes qui vont de la salle d'attente à la relation bienveillante et respectueuse,
- Bien mesurer que le modernisme, les progrès ne passent pas forcément par le modèle le plus médicalisé.

[1] Rossignol Michel, Boughrassa Faiza et Moutquin Jean-Marie , Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque Québec, Septembre 2012

3- Finalement, cet état des lieux devra nécessairement être partagé afin de convenir d'une vision commune et ainsi construire un processus cohérent

3-1- Partager l'analyse

Tout le monde s'accorde à dire que la santé maternelle et néonatale recouvre un vaste champ scientifique, professionnel, anthropo-culturel, socio économique, et sociétal dirions nous, ou il y a, à la fois de la complexité, des enjeux et des intérêts qui peuvent être évidents ou plus difficiles à appréhender et à hiérarchiser.

Ainsi, la multiplicité des acteurs concernés par ce champ - disciplines, métiers, niveaux de responsabilité, secteurs d'activité – est à l'origine de cultures, d'angles de vue, de postures différents. Cela peut nourrir des convergences mais aussi générer ou entretenir des malentendus ou des divergences.

la documentation comme les données, tant nationales qu'internationales, qui plus, est de différents ordres, foisonnent, au point de perdre ses investigateurs. Trier, conserver, aller à l'essentiel deviennent des tâches de plus en plus inaccessibles au seul effort individuel.

Il faut dire que le nombre et le rythme des déplacements, des réunions, des chantiers ne permettent plus aux acteurs concernés de disposer du temps pour lire, le temps de l'appropriation, du partage, des confrontations et de la mémoire. Alors que les évaluations ne cessent d'insister sur l'effort de « réappropriation et d'implication » des différents acteurs dont principalement les décideurs nationaux.

Tout ceci explique l'importance des quelques propositions concrètes suivantes :

- Soumettre ce document en tant que base de travail et d'échanges en vue de parvenir à un diagnostic partagé et d'en faire un outil pédagogique en vue d'une approche et d'une culture commune.
- Permettre et organiser son appropriation par les acteurs concernés à travers une phase de consultation élargie, approfondie. Prendre le temps de cette étape n'est pas perdre du temps, bien au contraire. Il aidera à nourrir et mûrir une démarche de renouvellement de la stratégie nationale et du programme conjoint sur la base d'adhésions et d'alliances durables.
- Veiller à ce qu'une des missions d'appui du travail conjoint puisse aider à la constitution d'un Fond documentaire relatif à la santé maternelle et néonatale et à sa mise à disposition des professionnels, décideurs, chercheurs et autres composantes de la société (associations, médias, représentants)

3-2- Convenir d'une vision

A l'instar de celle qui avait été décliné dans le PNP en 1990, une vision ou une stratégie qui réponde aux questions suivantes :

- Quel périmètre ?

- Quelle vision ou perspective ?
- Quels chemin et leviers ?
- Comment faire au mieux face à nos problèmes et avec nos moyens et savoirs faire ? »⁽¹⁾.

Si les leçons tirées des évaluations de 2012 vont dans le même sens, aujourd'hui, les mêmes interrogations sont intensément débattues au plan international s'agissant des bilans des OMD et des réajustements pour les années à venir.

Ainsi, les grandes lignes de cette stratégie d'une stratégie nationale figurent dans une partie des documents consultés⁽²⁾, ont été dites lors des entretiens et ont fait l'objet d'échanges intenses lors des ateliers d'octobre 2014 à Tunis.

Si ce document en rappellera les grandes lignes, il appartiendra aux autorités concernées et experts du pays de les retenir ou pas, de les compléter, valider, et arbitrer pour en faire les choix du pays.

Le programme conjoint reliera ces orientations nationales à celles qui sont portées par les 3 agences du SNU, en référence à leurs propres programmes (verticaux et internationaux) ainsi qu'aux cadres communs définis (UNDAF, CPAP, CPD..).

Un tel programme conjoint⁽³⁾ en appui à une stratégie nationale, clarifiée, tout au moins dans ses grandes lignes, donne aux autorités nationales toute leur place et aux agences tout leur rôle dans le souci de l'optimisation de leurs apports.

Cette clarification du double niveau (stratégie nationale et programme conjoint) répond à la volonté nationale de tenir son rôle et aux agences de progresser dans leurs modes de fonctionnements et de coopération.

C'est là, nous semble-t-il, la plus valeur de la présente démarche.

Quelles seront les grandes lignes de cette stratégie ?

a - Une stratégie fondée sur une approche qui prenne en compte

- Les déterminants socio politiques dont la capacité financière des ménages et celles du pays,
- Les évolutions démographiques avec des enfants de plus en plus désirés et des grossesses de plus en plus précieuses,
- Les différenciations sociales intervenues dans la société tunisienne avec les écarts, des aspirations différentes, pour ne pas dire divergentes et les bases des compromis pour le vivre ensemble,

(1) NJAH M. , Rapport de consultation relatif à l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour la réduction de la Mortalité Maternelle en Tunisie Septembre 2014

(2) Ministère de la santé DSSB , Atelier « Réduction de la Mortalité maternelle et néonatale » 2014 / 10/11-10 Tunis

(3) Un programme commun est seulement une modalité de travailler ensemble dans le cadre de l'UNDAF.

- L'exercice du droit à la santé, récemment consacré dans la constitution
- Le respect des droits humains de la femme et de l'enfant, dans son acception complète,
- Un champ qui va au devant de la mort, prend en charge les maladies, prévient les risques et veille à promouvoir la grossesse la plus heureuse et la naissance la plus entourée,
- L'adéquation entre les objectifs, les chemins empruntés et les ressources disponibles dont le facteur humain, au premier plan.

b- Une stratégie qui devra s'intégrer

- A un élan national de promotion de la femme tunisienne, la préservation des nouveaux nés, et la cohésion sociale autour de ce qu'elle a de plus précieux,
- A l'effort national de réduction des inégalités sociales et territoriales,
- A la stratégie nationale de santé dont elle est une composante et qui concerne plus du tiers de la population,
- A l'optimisation des ressources disponibles et la reddition des comptes dans l'usage des ressources nationales,

c- Une stratégie autour, tout au moins, des 3 grands objectifs suivants :

- Offrir et organiser des services de santé maternelle et néonataux de qualité, accessibles à toutes les femmes et les nouveaux nés, les plus vulnérables en priorité,
- Refondre le système d'information en santé pour en faire un ensemble intégré de pratiques et de flux, alimenté par et pour les professionnels et l'aide à l'action et la décision,
- hisser la gouvernance et l'intervention sociale, au

plan politique, administrative et technique, à la hauteur des exigences économiques, politiques et sociales. Ce d'autant que la société, ses composantes et ses représentants ainsi que les professionnels sont disponibles ou mobilisables pour être parties prenantes.

La redevabilité définissant ainsi les droits et devoirs des uns et des autres à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

d- Une stratégie qui couvre à la fois,

- la réduction notable de la mortalité maternelle, et néonatale
- les morbidités et les souffrances,
- la prévention des handicaps,

Ainsi conçue, elle couvrira tous les temps du cycle de vie d'une femme (désir d'enfant, contraception, droit à l'IVG, surveillance prénatale, accouchement entouré, post partum) et organise l'accueil du nouveau né, au mieux des conditions réunies.

Une démarche rénovée évitera de se précipiter à fixer des objectifs quantitatifs nationaux et à enfermer les acteurs les plus performants et masquer ou décourager les plus réticents ou en difficultés.

Chaque équipe, établissement, circonscriptions et régions répondront des décès survenus dans le périmètre de leurs responsabilités dans des termes à définir.

Des contrats d'objectifs et de moyens concertés seront probablement plus mobilisateurs et structurants que des objectifs assignés et édictés de manière unilatérale.

Dans ce cadre, il s'agit ainsi de travailler à **une autre approche de la grossesse et de l'accouchement.**

UNE AUTRE APPROCHE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT !

Faut-il rappeler que la grossesse est un acte physiologique de la vie, en général un événement heureux dans la vie d'une femme, d'un couple, de la famille et de la société, qui outre ses dimensions personnelles et intimes, répond à une fonction sociale, vitale, dans toutes ses dimensions.

- Les issues fatales, les accidents et les préjudices de tous ordres sont loin d'être sous estimés. Tout laisse à penser qu'ils seront probablement de moins en moins tolérés par la société.
- Mortalité, morbidité, handicaps et souffrances résultent de situations et circonstances, personnelles et collectives, de défaillances plus ou moins évitables qu'il importe de maîtriser et d'en atténuer les effets indésirables. Dans tous les cas le nombre de décès, de malades, de souffrances et de handicaps, s'ils sont toujours de trop, sont infiniment moins nombreux que les issues heureuses.
- Ce rappel a été souligné par les interlocuteurs et groupes de travail, non pour en sous estimer la charge ou ce qui doit en découler en termes de responsabilités du

système de soins, de santé, social et sociétal mais pour rappeler les progrès, le versant positif de la vie, de la santé et ne pas s'enfermer et enfermer dans les logiques de la maladie, du risque, de la surmédicalisation et du consumérisme. Car on commence à en réaliser les effets délétères au plan humain et économique et écologique, dans les sociétés dites développées.

- Dans les pays en voie de développement, on poursuit par contre l'aspiration à des systèmes compétents, accueillants et performants, dont on pense que c'est le cas partout dans les pays développés. Les uns commencent à souffrir du trop. D'autres du pas assez. Mais tous vivent ou relèvent les écarts en termes d'inégalités.
- N'ont-ils pas en commun un même modèle qui après avoir fait les preuves de ses utilités et de ses impacts, révèle ses inconvénients, des défauts et ses logiques ?
- De quel modèle, parlons-nous ? De santé, du socio culturel, en particulier face à la maternité ?

e- **Une stratégie de notre temps qui gagnera à s'appuyer sur :**

- la levée des barrières financières à l'accès aux soins, tout au moins pour toute grossesse et naissance, nouveau pas vers une couverture sociale universelle,
- un secteur public rénové dont il faut définir les termes et les moyens,
- un secteur privé associé, reconnu et redevable sur la base d'une régulation aussi respectueuse que ferme,
- la remobilisation des professionnels dont les potentiels sont entravés,
- le souci permanent de prendre soin des femmes, en promouvant l'approche des droits humains et du « care » (obligation de considération autant que l'obligation technique),
- un distinguo plus averti des dernières avancées dans le monde entre la majorité des grossesses, actes

physiologiques, et des grossesse à risques, qu'il faut apprendre à dépister et à suivre dans un parcours spécifique.

f- **Enfin, une stratégie adaptée qui pourra être déclinée à travers :**

- **des programmes** d'actions régionaux, par zones ou thèmes prioritaires,
- **une matrice** des interventions des organismes tunisiens et des agences des NU pour la répartition des actions dérivées,
- **un pilotage** à un niveau plus élevée que la DSSB (sans créer de structure supplémentaire) pour ne pas se limiter au seul secteur de la santé,
- **une ouverture** sur les expériences étrangères (pays de même niveau de développement qui ont atteint l'OMD)
- le développement respectueux de **l'environnement**.

Résumé

A PROPOS DE LA STRATÉGIE

Il s'agit là de faire le choix et de déployer une stratégie d'intérêt social et général - non réductrice - qui réponde à des choix explicites, en prenant à témoin l'opinion et les médias dans un véritable deal.

Une stratégie :

- **Intégrée** à la stratégie nationale de santé,
- **Elargie** à tous les temps du cycle de vie de la femme et du nouveau né,
- **Mobilisatrice** des professionnels du niveau de proximité au niveau le plus spécialisé, d'un secteur public rénové et d'un secteur privé plus redevable lui aussi.
- **Nationale**, sous la direction des instances du pays, le contrôle de la société, et de ses représentants
- **Avec l'appui** des institutions internationales engagées à travers **un programme conjoint**, entre elles et avec les acteurs nationaux.
- En somme, face à une problématique multidimensionnelle, **une stratégie multiple** appuyée par **un programme conjoint**.

3-3- Construire un processus

Un processus qui suppose la définition et la mise en œuvre d'un plan d'action.

Trois orientations (objectifs, axes, effets..) ont été identifiés lors d'un atelier ayant réuni experts, gestionnaires et professionnels en octobre 2014.

a-La réorganisation de l'offre et des services de santé maternelle et néonatale passe par différentes mesures, étapes et changement de méthodes et de modes de gestion, particulièrement en vue de cibler :

a 1- L'accessibilité financière: Plusieurs mesures sont à l'œuvre dans de nombreux pays :

- Celle déjà annoncée par les responsables de la CNAM à la conférence nationale de la santé (septembre 2014) à Tunis à savoir l'inclusion dans l'assurance maladie obligatoire des 20% qui ne sont couverts par aucun autre régime,

- Une mesure à caractère politique d'exemption de tout paiement direct pour la prise en charge de toutes les femmes et les nouveaux nés, les plus vulnérables en priorité, dans tous les secteurs et niveaux⁽¹⁾,

Le financement de ces mesures est à lui seul un chantier sur lequel des travaux financiers et économiques doivent être engagés.

Une réallocation des dépenses déjà consacrées, une optimisation des dépenses actuelles, une plus grande autonomie dans certains niveaux de décision, des mesures incitatives, sont autant de pistes.

(1) « Parmi les nombreuses barrières pouvant expliquer les difficultés d'accès à la santé, l'obligation faite à l'utilisateur de payer les prestations de soins représente un obstacle de première ligne. Convaincu que la levée de l'obstacle financier constitue une étape décisive vers l'accès universel aux soins de santé primaire dans les pays à faible revenu, Médecins du Monde s'est engagé depuis près de deux ans dans plusieurs projets d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins, en particulier au Niger et en Haïti. Le prochain sommet d'Hokkaido doit être l'occasion pour les pays du GB de réaffirmer sans ambiguïté l'engagement pris en 2005 de promouvoir l'accès gratuit aux soins de santé primaire et mentionner explicitement leur volonté d'appuyer la suppression des mesures de paiement direct par les usagers (« user fees »).

La définition d'un paquet minimum de soins de santé nécessaire étant le préalable dans la mesure où la solidarité nationale et les dépenses sociales ne peuvent soutenir que les soins essentiels dont la nature et la nomenclature seraient évolutive au fur et à mesure des ressources et des problèmes (confère l'exemple suédois et québécois).

L'UNFPA et l'ONFP ont déjà engagé ce chantier. Il faut le poursuivre en adjoignant des représentants de la CNAM et des économistes entre autres.

α-2- L'accessibilité géographique: celle-ci résultera de plusieurs mesures dont :

- Le renforcement prioritaire des services dans des zones prioritaires, à définir,
- La réhabilitation des maternités fonctionnelles selon un processus « d'accréditation » dûment étudié, concerté et mis en œuvre,
- Le référencement basé sur la distinction des parcours pour grossesses normales et grossesses risque,
- Les transferts sécurisés, avec outre la fiche de référencement et contre référencement, l'entente préalable de la structure d'accueil et l'examen à posteriori de tout transfert pour en apprécier la pertinence (à un niveau à définir et dans un esprit de réajustement et non de contrôle sanction),

α-3- La qualité:

Des points d'amélioration doivent être traités sans préalable de normes, de référentiels ou même de ressources additionnelles et ce pour amorcer un autre élan.

Les équipes seront incitées, devant l'opinion et de manière positive, à améliorer l'hygiène, la salle d'attente, les délais, le secrétariat médical, la relation avec les soignants, le respect de l'intimité, la fonction de maintenance ...

Cela est possible dans un 1^{er} temps, si un autre discours est tenu pour amorcer un autre état d'esprit et de nouvelles méthodes de gouvernance mises en œuvre.

Pour exemple, les hiérarchies doivent reconnaître plus de marges d'initiatives, y compris dans certaines dépenses (créer des régies), des réallocations, le contrôle du service fait, les achats et approvisionnements ...

La réhabilitation de la place et du rôle de l'infirmier (e), de la sage femme et du médecin généraliste tout comme l'encouragement au travail en équipe doivent primer sur la réponse par le spécialiste. Celui-ci doit être réservé aux niveaux de références.

Tôt ou tard, il faudra ouvrir le chantier des rémunérations et de l'éventail des salaires et de l'intéressement - individuel et collectif - indexé à l'effort.

La reconnaissance professionnelle, sociale par les institutions et la valorisation par les médias est aussi un levier possible pour peu que les responsables soient acquis à ce genre de stimulants et le pratiquent de manière convaincue et équitable.

b- La refonte du système d'information en santé

L'objectif serait d'en faire un ensemble intégré de pratiques et de flux d'informations alimenté par et pour les professionnels et l'aide à l'action et à la décision. Cette dernière gagnerait à partir de 5 principes :

- Consulter tous les niveaux pour recenser le minimum d'informations dont il a besoin pour comprendre et ajuster,
- Responsabiliser chaque professionnel, équipe, service et établissement dans la collecte, le traitement partiel et l'utilisation. Mobiliser et réserver les techniciens statisticiens ou épidémiologistes pour aider et accompagner,
- Partir de l'idée que chaque niveau publie et est redevable de ses données,
- Faire appel aux nouvelles technologies pour peu que le support et les spécialistes soient au service des utilisateurs et non l'inverse,
- Mettre en cohérence les segments (enquêtes périodiques, SSDM, NM, RMM,..) et rénover le système sans le surcharger.

c- La réforme de la gouvernance et l'encouragement de l'intervention sociale.

L'Atelier de Tunis de septembre 2014, a introduit la notion de **redevabilité**. Issus de la notion des droits humains et civiques, et de la responsabilité, des mécanismes de redevabilité sont souhaités et recommandés².

Sauf à oublier que la gouvernance comme la redevabilité sont des dimensions fondamentales de la culture et des pratiques démocratiques. La Tunisie n'est-elle pas sur cette voie ?

Les mécanismes **de suivi, évaluation** sont à inscrire sous le double angle :

Aider les professionnels à ajuster les actions et à mieux comprendre les problèmes posés,

éclairer les décideurs sur les processus et la pertinence des choix

L'intervention sociale au sens de l'implication des femmes, de leurs organisations, mais aussi des professionnels ainsi que toutes les forces sociales et politiques, est la condition clé du succès inscrit dans la durée.

VII CONCLUSION

VII- CONCLUSION

Parti pour présenter un état des lieux voire des recommandations en matière de santé maternelle et néonatale, ce document a finalement constitué un effort de synthèse à partir de tout ce qui a pu être reconstituées comme informations, lues ou entendues, avec les enseignements vécus ou tirés de l'expérience d'autres pays et compte tenu de nos propres limites.

Un concours d'échéances a amené le Ministère de la santé et une partie de ses partenaires internationaux à se pencher de nouveau sur les problématiques de la santé maternelle et celle du nouveau né, pour aujourd'hui et pour les années à venir. Et ce, dans un contexte national marqué par des évolutions rapides, des opportunités et de fortes contraintes.

De nombreux travaux ont permis des analyses sur cette thématique, comme d'ailleurs sur toute la politique de santé récemment exprimée dans le cadre du dialogue sociétal sur la santé.

Un état des lieux regroupant les données, les analyses, les options et les débats a été dressé sur cette thématique^[1]. Celui-ci s'est concentré sur l'analyse du chemin parcouru et des stratégies utilisées.

Les changements démographiques, l'évolution positive des indicateurs sociaux et de santé, l'émergence de couches moyennes en nombre et en influence, témoignent d'une évolution considérable en moins d'un quart de siècle.

Les indicateurs péjoratifs, les insuffisances, et le poids des inégalités sociales, sont perçus et aujourd'hui, assumés.

Le rappeler c'est redire les effets à distance des investissements réalisés sur les déterminants sociaux de la santé et souligner l'atout de l'expérience accumulée.

Avec l'adoption du programme national de périnatalité (PNP) voilà près d'un quart de siècle, une démarche programmatique a été engagée en santé maternelle et du nouveau né. Conçu dans la culture et les savoirs faire des multiples programmes de santé populationnelle et thématique des années 70 à 90, le PNP avait investi tous les temps de la vie des femmes et des enfants.

On en connaît les résultats. Ils situent la Tunisie dans des transitions multiples. On en réalise aussi les limites et

les effets « cloisonnant et bureaucratiques », désormais contre productifs.

Les résultats sont contrastés, l'offre de soins est inégale, le système d'information qui en atteste est éclaté, la stratégie en cours est à l'épreuve des faits, la gouvernance actuelle est à la limite de ses possibles et la coopération internationale est sous double contrainte, celle d'une efficacité et d'une efficience plus grandes, et celle de rapports rénovés avec les autorités du pays.

Durant ces dernières années, un concours d'échéances nationales et internationales a permis la relance de nombreuses rencontres et travaux autour de la mortalité maternelle et néonatale. Un processus prometteur est ainsi engagé et a produit.

• Les grandes lignes d'une stratégie nationale :

- Une stratégie intégrée à la stratégie nationale de santé, élargie à tous les temps du cycle de vie de la femme et du nouveau né, qui associe plus les professionnels, un secteur public rénové et un secteur privé plus redevable,
- Une stratégie nationale sous la direction des instances du pays, le contrôle de la société et avec l'appui des institutions internationales engagées à travers un programme conjoint, entre elles et avec les acteurs nationaux.

En somme, face à une problématique multidimensionnelle, une stratégie multiple appuyée par un programme conjoint autour de quelques axes :

1. Agir à toutes les étapes - de la conception, à la grossesse, durant l'accouchement, le post partum et l'accueil du nouveau né - en distinguant les résultats escomptés sur le court, moyen et long terme.
2. La prise en compte de la mortalité maternelle ne doit pas faire oublier celle du nouveau né,
3. Agir à tous les étages du système de soins, et proportionner les efforts selon les régions et catégories sociales les plus défavorisées,
4. Prévenir et/ou prendre en charge dans le même temps, la morbidité et des handicaps éventuels du couple mère enfant,

[1] Brixi O., SMNN en Tunisie « D'une 1ère ébauche vers un diagnostic partagé », 2014, opt.cit.

-
5. Organiser des parcours qui dissocient, en cas de besoin, les grossesses physiologiques des grossesses à risque,
 6. Associer le secteur privé médical, dans les bénéfiques, les coûts, et les contraintes par une régulation publique d'intérêt général.
 7. Renouer des liens de confiance avec les professionnels et la société, par la reconnaissance la redevabilité et l'implication,
 8. Lever les barrières financières à l'accès à des soins essentiels pour tous, en commençant par des soins assurés et accessibles pour toute mère et enfant,
 9. Fédérer le plus de partenaires et d'alliés, nationaux et internationaux, autour d'un programme national d'intérêt social, économique, culturel et politique.
 10. Inscrive un programme national autour de la santé de la mère et du nouveau né dans le cadre d'une politique nationale de santé pour tous.

La SMNN est de nouveau inscrite dans l'agenda de la Tunisie post-2015.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES - RÉÉDITION 2017

- Agence de santé publique du Canada, le Système canadien de surveillance périnatale de l'Agence de la santé publique du Canada surveille les principaux indicateurs de la santé maternelle, fœtale et infantile au Canada et produit des rapports à ce sujet. 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/>
- Aounallah-Skhiri H., *Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, Atelier de Tunis du 23 09 2014.*
- Ben Hamida Nouaili E., Chaouachi S., Ayadi I., Ben Said A., Zouari B., Marrakchi Z., *Risk factors for perinatal mortality in a Tunisian population Department of Neonatology, Charles Nicolle Hospital of Tunis, Tunis, Tunisia, 2010 International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland*
- Ben Romdhane H., *Les décès maternels, 15èmes Journées de Santé Publique 25-26 Octobre 2007 Tunis*
- Ben Romdhane H Dellagi R, Zahi., *Stratégie nationale de réduction de la MM et systèmes de suivi des décès maternels en Tunisie,,2012*
- Ben Salah F., *Projet Conjoint : « Réduction de la Mortalité Maternelle : Renforcement des Capacités de la Tunisie en vue de l'atteinte de l'Objectif 5 des OMD :Rapport de l'évaluation finale, 29/10/2012*
- Brixi O., *Evaluation 8é cycle UNFPA Tunisie*
- DSSB- UNFPA, *Etat des lieux de la SMNN, Brixi O, document de consultation dans le cadre du programme conjoint de santé maternelle et néonatale, Octobre 2014.*
- Bureau International du travail, *Social Protection Department International Labour Office Rapide Extension of Health Protection. Social Protection for all Policy Brief n°2 September 2014 Ilo, Geneve.*
- Chaouch Med, DSSB, MS, *Mortalité maternelle..... Jusqu'à quand ? Communication -Atelier CARMMA, Tunisie 2011.*
- Conférence nationale de la santé, *synthèse des propos des jurys citoyens dans le cadre du dialogue sociétal Pour une meilleure santé en Tunisie, faisons le chemin ensemble. Propositions soumises à la conférence nationale de la santé. Comité Technique du Dialogue Sociétal (2014).*
- DSSB- OMS, *Proposition de l'intégration de l'approche « étude des near miss » échappées belles dans le système d'information de la morbidité maternelle, Aounallah Skhiri H, rapport de consultation élaboré dans le cadre de la stratégie d'accélération de réduction de la mortalité maternelle, Septembre 2014*
- DSSB, *stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, Eléments pour une évaluation préliminaire 2004*
- Erdinc Ünal, *How the government intervention affects the distribution of physicians in Turkey between 1965 and 2000, International Journal for Equity in Health. (erdinc.unal@okan.edu.tr). (2015) 14:1 DOI 10.1186/s12939-014-0131-1Published on line 08 01 2015*
- European Commission, *HTS PE International Programme Management, Evaluation finale du programme d'appui à la Reforme de l'Assurance Maladie en Tunisie. Rapport final 2010*
- FENINA N., DPM/MS, *Contraception en Tunisie : cadre juridique et évolution. Journée Mondiale de la contraception : La contraception est un choix qui protège votre santé, 26 Septembre 2014 – Hôtel Africa Tunis,*
- Grangaud M. F., *Université de Santé Publique du Maghreb, Sousse mars 2013.*
- HAS, france, *la participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays europeens, document de travail, sept 2007.*
- Institut National de Santé Publique, République Tunisienne., OMS, UNFPA et PNUD. *Rapport préliminaire de l'Enquête Nationale sur La Mortalité Maternelle en Tunisie 2010.*
- JARRAHI I. , *Tunisie : un système de protection sociale à réformer, l'économiste Maghrébin, PUBLIÉ LE 28/11/2013, <http://www.leconomistemaghrebin.com/2013/11/28/tunisie-un-systeme-de-protection-sociale-a-reformer/>*
- Khairi H., *Comment réduire la mortalité maternelle, Atelier « Réduction de la Mortalité maternelle et néonatale » DSSB, 23/ 09/ 2014 -Tunis*
- Letaief M. , Soltani M.S. , Ben Salem K. et Bchir A. , *Épidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le Sahel tunisien par Santé Publique 2001/4 (Vol. 13).*
- Marrakchi Z. *Le handicap d'origine périnatale,Service de Néonatalogie, hôpital Charles Nicolle de Tunis. <http://www.sipps.it/pdf/tabarka2009/marrakchi.pdf>, société Italienne de pédiatrie préventive et sociale.*
- Marrakchi, Z., *Un plaidoyer Projet de création d'un Service de Neonatologie à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. La Neonatologie à l'EPS Charles Nicolle, Situation Actuelle & Perspectives d'avenir, date ?*
- Ministère des affaires sociales, *Rapport général de la conférence nationale sur le système de protection sociale " Pour la mise en place d'un socle de protection sociale en Tunisie », RAPPORTEUR GENERAL: Mohamed Mondher BELGHITH, MAS, OIT, UNICEF, CRES, 11-12 /09/2014.*
- Ministère des affaires sociales et de la santé, *Les normes et orientations en matière de qualité et de sécurité des soins de santé – La surveillance et l'évaluation des prestataires de soins de santé31 octobre 2013, Santé gouv.fr*
- Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, Tunisie, *La Sage-femme En Tunisie, Acquis, Défis et Perspectives envisageables 2014*

- Ministère du Développement Régional et de la Planification - Institut National de la Statistique - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - UNICEF, *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 4) 2011-2012, Résultats préliminaires Décembre, 2012, Rapport final Juin 2013*
- Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, *Tunisie, la Sage-femme En Tunisie, Acquis, Défis et Perspectives envisageables 2014*
- Ministère de la santé, DSSB, *Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, Communication, Atelier des Régions du Nord, 23 09 2014 Tunis*
- Ministère de la santé, DSSB, *Atelier « Réduction de la Moralité maternelle et néonatale » 23 09 2014 Tunis*
- Ministère de la santé, DSSB *Table ronde sur "les décès maternels" XVème journées nationales de sante publique, 25-26 octobre 2007, Hôtel El Mechtel – Tunis.*
- Ministère de la santé, *Quels chemins vers la couverture universelle », Janvier 2015*
- Ministère de la santé, DPM, *Carte sanitaire 2011, mai 2013,*
- Ministère de la santé - DSSB *Table ronde sur "les décès maternels" XVème journées nationales de sante publique, 25-26 octobre 2007, Hôtel El Mechtel – Tunis.*
- Ministère de la santé, *Dialogue sociétal, Livre blanc, Synthèse des rendez régionaux et déclaration de la conférence nationale en date des 2au 4 septembre 2014.*
- Minsart A.F, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y., *Données périnatales en Wallonie - Année 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, Cepip Wallonie Belgique 2010*
- Njah M., *Rapport de consultation relatif à l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour la réduction de la Mortalité Maternelle en Tunisie, Septembre 2014*
- Njah M, *Stratégie nationale de réduction de la MM,, communication - Atelier Tunis, 23 09 2014*
- Organisation Mondiale de la Santé, 1993, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes Volume 1, dixième révision, Genève.*
- Organisation mondiale de la santé, 1990, *Les causes des décès maternels, in Royston E. et Armstrong S., La Prévention des décès maternels. Genève, p. 78-111*
- OMS, *Colloque International Interdisciplinaires Réduction de la mortalité maternelle en Afrique au Sud de Sahara: Mieux comprendre pour mieux agir. «Mortalité maternelle en Afrique Sub-Saharienne: état de la question», Dr Seipati Mothebesoane-Anoh MPS/EIP- OMS/Afrique de l'Ouest, Dakar, Sénégal, 13-16 décembre 2010.*
- OMS, *rapport sur les Systèmes de Santé dans le Monde, Genève, juin 2000.*
- ONU, *Communiqué du Groupe de personnalités de haut niveau à Monrovia, 1er février 2013, in <http://www.post2015hlp.org/wpContent/uploads/2013/02/MonroviaCCommuniqueC1CFebruaryC2013.pdf>, consulté 15 octobre 2014.*
- Rossignol M., Boughrassa F. et Moutquin Jean-M., *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque Québec, Septembre 2012.*
- Sfar E., Zouari B., *Stratégies de réduction de la mortalité maternelle : Etat des lieux et recommandations, 2007*
- SNU, DSSB/MSP, *Projet Conjoint 2008-2010 : « Réduction de la Mortalité Maternelle : Renforcement des Capacités de la Tunisie en vue de l'atteinte de l'Objectif 5 des OMD »*
- Tej Dellagi R, *Réduire la mortalité maternelle en Tunisie,, Atelier Tunis 12 mars 2014*
- Tej Dellagi R., *Réduction de la mortalité maternelle en Tunisie, Ministère de la santé publique, Tunis décembre 2012*
- Tinsa F., Gherissi A *Les services de santé de la reproduction : satisfaction ou insatisfaction ? Unité de Recherche Evaluation en Santé. Faculté de Médecine de Tunis.. 2012*
- UNICEF - MICS, *projet mondial MICS, www.childinfo.org., consulté le 19 octobre 2014*
- UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009.*
- UNFPA, *Le H4+, travailler ensemble pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/H4%2B%20brochure-French>, consulté le 10 octobre 2014.*
- UNFPA, *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa (CARMMA) Conférence régionale CARMMA, Rapport de Synthèse Tunisie, 2011*
- UNFPA, *Atelier Réunion d'experts en vue de la préparation du CPD, 2015-2019, mercredi 27 novembre Tunis*
- UNFPA, *Tunisie Plan d'Action du Programme de Pays, 2015 -2019*
- Zouari B., *Propositions pour réduire la MM, Atelier des 10 et 11 novembre 2014 Tunis*

ANNEXES

Annexe 1 : Le processus historique, une réorientation à partir des années 2000

1959	1ers Centres de PMI	
1966	Programme de PF	
1973	création de l'ONFP	légalisation de l'avortement
1980	intégration des services de santé maternelle dans les SSB	mis en place e de services préventifs de santé maternelle et infantile gratuits.
1990	PNPN : Réduire la mortalité maternelle et périnatale. la morbidité maternelle et périnatale. le handicap lié à la grossesse et à l'accouchement.	pré nuptialité surveillance prénatale surveillance de l'accouchement PEC du Nné en salle de VV surveillance post natale + PF lutte contre l'anémie ferriprive chez la FE promotion de l'allaitement maternel prévention du handicap lié à la G et Acc
1999	Stratégie de réduction de la RMM	Amélioration de la qualité de PEC dans les maternités de référence, l'utilisation des services de périnatalité, la coordination entre les différents nx soins, Mise en place d'un SSDM
2000	OMD 1990 à 2015 Ajustement des objectifs nationaux en fonction des OMD	OMD 4 : réduction de la mortalité infantile de 2/3 ; OMD 5 : réduction de la mortalité maternelle de ¾ entre 1990 et 2015
2000	Ciblage des régions à faibles indicateurs de couverture par les services SMI	Enquêtes MICS à Disparités inter régionales en matière de couverture par les services de SMI
2000-2008	Ralentissement de la RMM, stagnation (40-45/100 000 NV)	
2006	Inclusion 2ème cible " assurer l'accès universel à la santé reproductive" au titre OMD 5 B	Rappel alors que l'OMD 5 : (améliorer la santé maternelle), 1 seule cible « réduire de ¾ le TMM entre 1990 et 2015 ».
2008-10	Projet conjoint d'accélération de la RMM	Retard de réalisation
2010-11	Rallonge du projet conjoint	
2012	Fin du projet conjoint, Evaluation	2 rapports d'évaluation + Leçons
2013	Feuille de route pour Accélération réduction MM	Fin 2013 : Recrutement de 4 consultants en vue préparation d'un projet nouvelle stratégie
Mars 2014	Rapport RMM RTD	Nomination coordinatrice
2014	Séminaire atelier régions centre	Séminaire régions atelier du sud
Février Mars	23 septembre 2014	Préparation d'un projet de stratégie
Septembre	Séminaire régions atelier Nord Grand Tunis	
10 et 11/10	Consultation OMS Unicef UNFPA MS séminaire national	De la RMM vers la SMNN: PC, Stratégie nationale NN Programme conjoint ou stratégie Nationale M

Source : diaporamas Dr M CHAOUCH DSSB PMI : Centres de Protection Maternelle et Infantile, PF : Programme de Planning Familial, SSB : Soins de santé de base, PNPN : Programme national de périnatalité, SSDM : système de surveillance des DC maternels, FE : femme enceinte, RMM.

Annexe 2 : Le processus historique : des détours et des adaptations

	Initiative	Initiateurs	Objectifs	
2010	une Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant	le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-Moon	améliorer le financement, renforcer les politiques d'orientation améliorer les prestations de services	met en branle des accords institutionnels internationaux pour le rapport, le contrôle et la responsabilisation en ce qui concerne la santé des femmes et des enfants au plan mondial
	Health4+(H4+)	FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, la BM, (ONUSIDA)	épauler les pays qui ont les taux les plus élevés de mortalité maternelle ou infantile	appuie les évaluations obstétricales et néonatales d'urgence aide à calculer le coût des plans nationaux de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant, à mobiliser les ressources, à accroître le nombre de travailleurs de la santé qualifiés, et à améliorer l'accès aux services de santé procréative.
2009	la CARMMA.	Lancée par 37 États Membres de l'Union africaine sur 54 l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP	plateforme de plaidoyer en vue de l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) en Afrique	Elle est présente dans 20 pays africains, dont l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Rwanda, la Sierra Leone, le Swaziland et le Tchad.
	accroître les capacités et le nombre de sages-femmes	FNUAP et la Confédération internationale des sages-femmes	dans 15 États arabes et pays d'Afrique et d'Amérique latine	Ouganda : un plan pour promouvoir une formation de qualité des sages-femmes, Nord-Soudan : une stratégie nationale relative aux sages-femmes Ghana : une évaluation des besoins nationaux de toutes les écoles de sages-femmes pour renforcer leur formation
	Programme mondial pour la sécurité d'approvisionnement en produits de SR	FNUAP et les conseils de planning familial	améliorer l'accès aux fournitures de santé reproductive dans plus de 70 pays	

Annexe 3 : Références bibliographiques de la 1 ère édition

- Ministère du Développement Régional et de la Planification - Institut National de la Statistique - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - UNICEF, *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 4) 2011/2012, Résultats préliminaires Décembre, 2012, Rapport final Juin 2013*
- INSP, *Enquête Nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie, 2010*
- Ministère de la santé, *DEP Carte sanitaire 2011, mai 2013*
- DSSB - UNICEF, *Evaluation du système de surveillance des décès maternels en Tunisie, rapport final, 28 janvier 2005*
- Tej Dellagi Rafla, et Zahi Ben Romdhane H *Stratégie Nationale de réduction de la Mortalité Maternelle et Système de suivi des décès maternels en Tunisie, Nouakchott, 10/11 mai 2011*
- Aounallah-Skhiri Hajer *Proposition d'intégration de l'approche «étude des Near Miss» (échapper belle) dans le système d'information de la morbidité et la mortalité maternelles. Rapport élaboré dans le cadre de la stratégie d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle Septembre 2014*
- DSSB, *Communications présentées dans une table ronde sur "les décès maternels" lors des XVème journées nationales de sante publique, 25-26 octobre 2007, Hôtel El Mechtel – Tunis. Document publié sous l'égide de la Direction des Soins de Santé de Base, Ministère de la Santé Publique Rédigé par un comité de rédaction et de coordination.*
- SNU, *Programme conjoint RMM, 2009,*
- SNU, *Plan d'action 2012 – 2016, Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale*
- ONFP/UNFPA *Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, en Tunisie 2013/14,*
- DSSB, *Promotion de la santé de la mère et de l'enfant,, Décembre 2009*
- Dellagi T, Zahi Ben Romdhane H., *Stratégie nationale de réduction de la MM et systèmes de suivi des décès maternels en Tunisie, 2011*
- Tej Dellagi Rafla, *Réduction de la mortalité maternelle en Tunisie, Ministère de la santé publique, Tunis décembre 2012*
- Tej Dellagi Rafla, *Réduire la mortalité maternelle en Tunisie, Tunis 12 mars 2014*
- Zouari Béchir, *Propositions pour réduire la MM, Atelier des 10 et 11 novembre 2014 Tunis*
- Dellagi Rafla, *Réduction de la Mortalité Maternelle en Tunisie, 2011*
- DSSB-OMS, *Une nouvelle stratégie pour la réduction de la mortalité maternelle en Tunisie, Njah M, rapport de consultation élaboré dans le cadre de la stratégie d'accélération de réduction de la mortalité maternelle, Septembre 2014*
- Ben Salah Fayçal, *Projet Conjoint : « Réduction de la Mortalité Maternelle : Renforcement des Capacités de la Tunisie en vue de l'atteinte de l'Objectif 5 des OMD :Rapport de l'évaluation finale, 29/10/2012*
- FARID Ayoub, *Rapport des recommandations pour un suivi des activités de lutte contre la mortalité maternelle (2013-2014), Novembre 2012*
- DSSB, *La stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, Eléments pour une évaluation préliminaire 2004*
- DSSB, *Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie, Rapport d'une mission auprès de la DSSB, organisée par l'UNICEF du 9 juin au 16 septembre 2013*
- ONFP/UNFPA, *Cadre de suivi de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, en Tunisie 2013/14,*
- DSSB, *Les transferts en obstétrique, Étude analytique dans six maternités périphériques en Tunisie. Revue stratégique avec accent sur l'Équité + Monitoring Décentralisé focalisant sur le taux de Mortalité Maternel: Concepts clés & principes de base, 10-11/11 2013*
- UNFPA, *Rapports flux des ressources 2010 et 2011,*
- ONFP-UNFPA; *Rapport renforcement des liens SSR/VIH 2010,*
- Touhami Habib *Inégalités et soins ; Economiste et ancien Ministre, Conférence donnée à la Faculté de Médecine de Tunis le 10 décembre 2011*
- FENINA Nadia, *Contraception en Tunisie : cadre juridique et évolution. Journée Mondiale de la contraception : La contraception est un choix qui protège votre santé, Vendredi, 26 Septembre 2014 – Hôtel Africa Tunis, Directeur Général DPM/MS*
- Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, *Tunisie, La Sage-femme En Tunisie, Acquis, Défis et Perspectives envisageables 2014*
- Ben Romdhane H Dellagi R, Zahi., *Stratégie nationale de réduction de la MM et systèmes de suivi des décès maternels en Tunisie,, 2012*
- DSSB *Promotion de la santé de la mère et de l'enfant,, DEC 2009*
- ONFP-UNFPA *Rapport renforcement des liens SSR/VIH 2010,*
- Conférence nationale de la santé, *Comité Technique du Dialogue Sociétal (2014). Pour une meilleure santé en Tunisie, faisons le chemin ensemble. Propositions soumises à la conférence nationale de la santé.*
- Tinsa F., Gherissi A *Les services de santé de la reproduction : satisfaction ou insatisfaction ? Unité de Recherche Evaluation en Santé. Faculté de Médecine de Tunis. 2012*
- Ben Hamida Nouaili E., Abidi K., Chaouachi S., Marrakchi Z, *Épidémiologie des infections materno-fœtales à streptocoque du groupe B, Service de néonatalogie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie, Médecine et maladies infectieuses 41 (2011) 123–125*
- Le Financement de la santé en Tunisie : Résultats des comptes de la santé pour les années 2012 et 2013*
- Letaief M., Soltani M.S. Ben Salem K., et Bchir A. *Épidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le Sahel tunisien, Santé Publique 2001/4 (Vol. 13)*

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.*

UNICEF, *Nouveau programme de coopération Tunisie-Unicef 2015-2019 dans les domaines de : l'éducation, les politiques sociales, la sante, la protection, les adolescents et jeunes, nov. 2013 compte-rendu des réunions de préparation*

UNICEF, *Plan d'Action du Programme de Pays 2015 -2019 Tunisie Unicef*

UNFPA, *Plan d'Action du Programme de Pays 2015 -2019 Tunisie*

ONU, *Guidance note joint programmes revised may 2014*

BIT, (Bureau international du Travail). 2012. *La stratégie de l'Organisation internationale du Travail. Sécurité sociale pour tous : Construire les socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale*(Genève).

BIT, *Rapport du BIT, 2014. La protection sociale mondiale 2014/15: Construire la reprise économique, le développement inclusif et la justice sociale*(Genève)

BIT, *Rapide Extension of Health Protection. Social Protection for all Policy Brief n°2 September 2014 Ilo*

Arcens Bernard, Caremel Jean-François, Guihard Nicolas *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante – Appel au G8 Rapport : Appel au G8 avril 2008, édition Médecins du monde. MDM*

UNFPA, *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa (CARMMA) Conférence régionale CARMMA, Rapport de Synthèse Tunisie, 2011*

Alexander Sophie, Deneux-Tharoux Catherine *Accélérer les progrès vers la réalisation du 5ème OMD (et des OMD associés) en Algérie (et en Afrique du nord,, 10 novembre 2012*

Tunis declaration, On Maternal Newborn and Child Health, 25th November, 2011

UNFPA *Family Planning Strategy 2012-2020*

Brix O *Etat des Lieux SMNN en Tunisie, Document de travail,, octobre 2014*

ONU, *Fiche d'information Objectif 5 Améliorer la santé maternelle Publiée par le Département de l'information de l'ONU – DPI/2517 E – Septembre 2010*

ONU, *Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2014 NATIONS UNIES*

Minsart A.F, Van de Putte S, Wilen G, Englert Y., *Données périnatales en Wallonie Année 2008. Centre d'Epidémiologie Périnatale, Cepip Wallonie Belgique 2010. CEPiP*

Agence de santé publique du Canada *Morbidité maternelle grave au Canada., <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/05/Morbidity-FR-Final-PDF.pdf>, consulté le..*

European Commission, *Evaluation finale du programme d'appui à la Reforme de l'Assurance Maladie en Tunisie. Rapport final European Commission HTS PE International Programme Management, 2010*

UNICEF, *Rapport général de la conférence nationale sur le système de protection sociale " Pour la mise en place d'un socle de protection sociale en Tunisie », 11-12 /09/2014. MAS, OIT, CRES*

BAD, *Rapport Modèle de croissance pour la Tunisie, Tunisie : un système de protection sociale à réformer*

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Les normes et orientations en matière de qualité et de sécurité des soins de santé – La surveillance et l'évaluation des prestataires de soins de santé* 31 octobre 2013, Santé.gov.tn

UNFPA, *Le H4+, travailler ensemble pour améliorer la santé de la femme et de l'enfant, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/H4%2B%20brochure-French> consulté le 10 octobre 2014.*

Jarrahi imen, *Tunisie : un système de protection sociale à réformer, <http://www.leconomistmaghreb.com/2013/11/28/tunisie-un-systeme-de-protection-sociale-a-reformer/#sthash.Czwsdd35.dpu>, consulté le 10 octobre 2014.*

Michel Rossignol, Faiza Boughrassa et Jean-Marie Moutquin, *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque Septembre 2012, http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf, consulté le 10 octobre 2014.*

Ministère tunisien de la santé, *site officiel, <http://www.santetunisie.rns.tn/>, consulté le 10 octobre 2015*

Ministère français des affaires sociales et de la santé, *site officiel, <http://social-sante.gouv.fr/>, consulté le 8 octobre 2014.*

Organisation mondiale pour la santé, *santé maternelle, http://www.who.int/topics/maternal_health/fr/, consulté le 10 octobre 2014.*

Public health agency of Canada, *maternal and infant health, <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/>, consulté le 9 octobre 2014.*

UNICEF, *objectif du millénaire pour le développement, améliorer la santé maternelle, <https://www.unicef.org/french/mdg/maternal.html>, consulté le 9 octobre 2014.*

(Footnotes)

1. Comme avait tenté l'OMS à propos de la réactivité des systèmes dans son rapport sur les Systèmes de Santé dans le Monde, OMS Genève, juin 2000.
2. NJAH M., *Rapport de consultation DSSB, OMS, 2014, opt.cit.*

ETAT DES LIEUX DE LA
SANTE MATERNELLE ET NEONATALE
EN TUNISIE

SEPTEMBRE 2017