



 Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU DE Tunisie



 unicef



Tunisie

Programme conjoint en
santé maternelle et néonatale

Sommaire

Effet(s) du programme conjoint:.....	0
1. Introduction et justification	2
2. Analyse de situation	5
3. Vers une stratégie nationale multisectorielle de Santé Maternelle et Néonatale	11
4. Cadre stratégique du programme conjoint.....	13
5. Dispositifs de gestion et de coordination du programme conjoint	16
6. Dispositif de gestion des fonds	17
7. Suivi, évaluation et établissement de rapports	19
8. Contexte ou fondement juridique/légal des relations.....	19
Annexe.....	20

Pays: Tunisie

Intitulé du programme: Santé maternelle et néo natale

Effet(s) du programme conjoint:

Axe Gouvernance :

Effet 1 : Les autorités nationales et régionales mettent en place des politiques et des mesures institutionnelles pour réduire les disparités en matière de SMNN avec la participation de la population et de la société civile

Effet 2: Les autorités nationales régionales et locales dans les régions ciblées mettent en place des mécanismes de reddition de compte, de régulation et de coordination pour rendre effectif le droit à la SMNN

Axe Prestations de services

Effet 3: L'état assure des services de santé maternelle et néonatale de qualité qui sont accessibles à tous et particulièrement aux groupes vulnérables dans les zones défavorisées

Effet 4: Une plus grande humanisation des soins et un système de santé centré sur la personne est acquis à travers une Mobilisation sociale autour des droits de la femme et du nouveau-né

Axe système d'information

Le système d'information de la SMNN est plus efficient, intégré et orienté vers la prise de décision

Durée du programme: 5 ans	Budget estimatif total*: 2,091,000 USD
Dates prévues pour le commencement et la fin: _ Avril 2015-décembre 2019 _____	1. Budget sécurisé: 901,000 USD
Option(s) de gestion des fonds: _ Gestion parallèle	2. Budget à mobiliser: 1,190,000 USD
	Sources du budget sécurisé:
	UNICEF 486,000 USD
	OMS 135,000 USD
	UNFPA 280,000 USD

Organismes des Nations Unies	Autorités de coordination nationales
<p>Nom du Représentant : <i>Dr Guido Sabatinelli</i></p> <p>Signature </p> <p>Nom de l'organisme : <i>Organisation mondiale de la Santé</i></p> <p>Date et Sceau</p>	<p>Nom du chef de l'institution partenaire : <i>Monsieur Said Aidi</i></p> <p>Signature  <i>Le Ministre de la Santé</i> <i>Signé Said Aidi</i></p> <p>Nom de l'institution : <i>Ministère de la santé</i></p> <p>Date et Sceau</p>
<p>Nom du représentant : <i>Mme Maria Luisa Fornara</i></p> <p>Signature </p> <p>Nom de l'organisme : <i>Fonds des nations unies pour l'Enfance</i></p> <p>Date et Sceau </p>	
<p>Nom du représentant : <i>Dr leila Joudane</i></p> <p>Signature </p> <p>Nom de l'organisme : <i>Fonds des Nations Unies pour la Population</i></p> <p>Date et Sceau </p>	

1. Introduction et justification

1.1. Le contexte international, national et sectoriel

Les échéances -en cours et à venir- amènent les autorités de santé du pays à réactualiser et préciser la **stratégie nationale** en matière de santé maternelle et néonatale. Les agences du SNU en Tunisie, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA en particulier, expriment la volonté de renouveler leurs traditionnels appuis à travers **un programme** conjoint en appui aux orientations stratégiques du pays.

Au plan international

- L'année 2015 nous rappelle les OMDs 4 et 5 et la place de la Tunisie par rapport aux objectifs assignés et par-delà les résultats chiffrés ou les écarts, de réinterroger les stratégies définies et mises en œuvre,
- Les agences du SNU viennent de fixer leur cadre général de coopération avec la Tunisie à travers l'UNDAF. L'UNICEF et l'UNFPA ont finalisé leur programme quinquennal de pays (CPD/CPAP) pour la période 2015-2019. L'OMS est à mi-mandat de son programme de coopération pays 2014-2015. 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, est 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 ressources¹.

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 les politiques, stratégies et plans nationaux de santé engagé par le Ministère de la santé avec l'appui technique et financier de l'OMS et de l'UE a généré des documents² et des engagements, et reflété des besoins et attentes tels que explicités par les jurys citoyens associés à ce processus³. De plus, le mode participatif selon lequel s'est déroulé ce processus indique une nouvelle culture et approche. La santé maternelle

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

² 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

³ Confère documents des rapports des 3 consultants nationaux et débats des ateliers de Sfax, ..., Tunis, février à septembre 2014.

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. L'évaluation qui s'en est suivie en fin 2012 a dégagé des leçons et formulé des propositions.
- 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 2014⁴, 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 débouche sur des orientations et des propositions des termes d'un projet conjoint entre DGS, DSSB, ONFP, DEP, DGSSP et les partenaires techniques et financiers⁵. Un des premiers prolongements de ce rapport a vu la nomination de l'auteure en tant que Coordinatrice nationale du Programme conjoint de santé maternelle et néonatale. Un deuxième prolongement, à l'initiative des trois agences du SNU et en concertation avec le Ministre de la santé, a été la décision de faire appel à une consultation internationale en vue de « *poser un regard externe et prendre en compte l'expérience d'autres pays* » mais également pour faciliter la coordination intra et extra sectorielle. L'objectif institutionnel vise à renouveler cette stratégie et l'inscrire dans une perspective plus large de santé maternelle et néonatale.
- Le rapport OMD fait le bilan de l'atteinte des OMDs 4 et 5, et évoque les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile (OMD 4), avec cependant une réduction plus faible du taux de mortalité enregistré sur la période néonatale.

2.4. Une coopération à la recherche de plus d'efficience et d'efficacité

La coopération en Tunisie a été très présente, effective et continue sur cette thématique, en particulier.

Dans ce document, nous n'abordons que celle où sont impliqués le système des Nations Unies, et plus précisément, à ce stade, les 3 agences concernées directement par cette thématique. On ne saurait oublier l'UE, les autres bailleurs comme les agences sœurs des NU (PNUD, HCDH, ONUfemmes, etc.), la Banque Mondiale, la BAD, ou les coopérations bilatérales.

Pour les agences du SNU, nous avons déjà souligné plus haut les échéances en cours : leur cadre général de coopération avec la Tunisie à travers l'UNDAF, a été fixé. L'UNICEF et l'UNFPA

⁴ Réduire la mortalité Maternelle en Tunisie, Dr R Tej Dellagi, Tunis le 12 mars 2014.

⁵ Voir : <http://www.tn.undp.org/content/dam/tunisia/docs/Publications/Rapport%20Suivi%202013%20OMD%20Tunisie%20Final.pdf>

ont finalisé leur programme quinquennal de pays (CPD) pour la période 2015-2019 et s'appêtent à signer leurs plans d'action (CPAP). L'OMS engagée dans un cycle décennal est à mi-mandat de sa bienné 2014-2015. 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, est 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 ressources⁶.

Le défi actuel réside dans leurs capacités à construire un programme conjoint entre elles et avec les partenaires nationaux. La caractéristique fondamentale et nouvelle de la Tunisie actuelle, telle que l'avons entendu et perçu, c'est sa volonté à définir sa propre stratégie nationale et d'en faire la plateforme de coopération et d'appui par les agences ; c'est l'exigence de prendre en compte les priorités du pays, ses rythmes, y compris d'appropriation et de partage et des instances.

1.3. Le processus d'élaboration du programme conjoint

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 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 dans la SMNN et d'intégrer celle-ci dans la stratégie nationale de santé dont le dialogue sociétal a défini des fondements. Trois axes de développement (Gouvernance, prestation de services de qualité, système d'information) ont fait l'objet de travaux en ateliers réunissant un large panel de représentants des différentes institutions et experts du pays. Suite à cela, des travaux ont été menés au niveau de la DSSB avec les 3 agences du SNU pour définir un cadre de résultats et un atelier national regroupant les principaux acteurs de la santé a été l'occasion de valider le cadre logique et de réfléchir autours des axes prioritaires et des actions à entreprendre à la première année d'implémentation de ce programme.

*Les partenaires ont convenu de la nécessité, dans la Tunisie d'aujourd'hui, sur une démarche globale et durable, sous la direction des autorités du pays avec l'appui des agences de coopération dans un rapport rénové.
La direction proposée consiste à consolider, sur base de l'existant, une stratégie nationale en santé maternelle et néonatale et de prendre le temps de son appropriation à tous les niveaux. En parallèle des actions peuvent être menées dans le cadre du programme conjoint pour répondre à des besoins immédiats.
Le pays sera ainsi doté « d'un cap, d'une vision et d'un processus de mise en œuvre » qui orientera le programme conjoint.*

⁶ Les documents relatifs à l'UNDAF, les CPD, les CPAP et les programmes de l'OMS, sont finalisés et accessibles.

2. Analyse de situation

2.1. Des résultats contrastés

Pour la mortalité maternelle, malgré des progrès indéniables et des prérequis favorables, en moyenne 82 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement à l'occasion de 183 000 naissances vivantes, tout au moins à la date de la dernière enquête dont sont issues ces chiffres⁷. Le ratio de mortalité maternelle ne diminue que lentement⁷ alors que 80%⁸ des décès maternels enregistrés dans la région de Tunis ont été jugés évitables par les comités de suivi des décès maternels. Ramenée aux conséquences de la perte d'une femme dans une société et compte tenu des savoirs et ressources de notre temps, tout décès d'une mère est de trop et une tragédie pour une famille et la société.

S'agissant de la mortalité néonatale, celle-ci est estimée à 11.5 ‰ naissances vivantes⁹, avec là aussi des écarts entre le milieu urbain (7.6‰) et le milieu rural (18.3‰). En rappelant que la mortalité néonatale représente les 2/3 de la mortalité infantile, on mesure le défi que cela pose. Il est important de souligner que les enfants qui ont perdu leur mère ont dix fois plus de risques de mourir prématurément que les autres. Aussi, 80.6% des décès néonataux sont secondaires à des causes en rapport avec des pathologies maternelles¹⁰. Il est à noter que 69% des décès néonataux surviennent pendant le premier mois de vie et la prématurité est le principal facteur de risque associé à la mortalité néonatale.

Avec de tels chiffres, la Tunisie se situe à un niveau de risques à la frontière des pays émergents mais en bien meilleure position par rapport à la plupart des pays en développement. Une analyse plus fine est souhaitable avec des pays comparables.

Le problème majeur n'est pas dans ces moyennes mais dans les disparités qu'elles masquent. Le taux de mortalité maternelle était de 44.8 pour 100.000 naissances vivantes en 2008 avec des différences notables entre les régions¹¹. Il est le plus élevé Nord-Ouest (67.0) et plus bas au Nord-Est (28.0). Selon le MICS-4, en 2011, la mortalité néonatale est de 18 pour mille naissances vivantes en milieu rural contre 7.6 en milieu urbain¹². Les données désagrégées par région ne sont cependant pas disponibles. Désormais connues et reconnues, ces disparités sont révélatrices des fractures sociales et territoriales.

⁷ Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport national de suivi 2013. République Tunisienne. Avril 2014

⁸ Rapport annuel de la DSSB, 2009.

⁹ Enquête par grappes à indicateurs multiples -MICS 4 / 2011-2012- CS 2011 DEP MAI 2013

¹⁰ E. Ben Hamida Nouaïli, S. Chaouachi, A. Ben Said, Z. Marrakchi. Déterminants de la mortalité néonatale, dans une population tunisienne. La Tunisie Médicale - 2010 ; Vol 88 (n°01) : 42 – 45

¹¹ Enquête nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie. Rapport préliminaire. République Tunisienne. Ministère de la santé publique. Novembre 2010.

¹² Enquête par grappes à indicateurs multiples -MICS 4 / 2011-2012- CS 2011 DEP MAI 2013

En matière de résultats intermédiaires, on note des progrès importants relatifs aux couvertures de différents services. Par exemple, le taux moyen de couverture par au moins 4 consultations prénatales est de 85%¹². Les disparités entre régions sur plusieurs aspects de l'utilisation des services santé néonatale et maternelle (notamment la contraception, l'accouchement assisté ou le suivi périnatal) se réduisent notablement.

Cependant, si on examine le détail des données relatives à la santé infanto-juvénile et maternelle, on observe la permanence des diverses disparités relatées sur d'autres domaines économiques et sociaux, à titre d'exemples :

- selon le groupe d'âge : les besoins non satisfaits en matière de contraception sont de 16.4% pour les femmes de 20-24 ans contre plus de 6.3% pour les 35-39 ans ;
- selon le niveau socio-économique : la proportion des femmes des ménages les plus pauvres ayant fait quatre visites prénatales ou plus est de 73% et celui de celles n'ayant pas été à l'école de 71% contre 96% des plus riches et de niveau d'études supérieures.

Les taux affichés pour la contraception, pour les soins prénataux, pour l'accouchement en milieu assisté, pour la surveillance du postpartum et du post natal sont enviables et malgré la persistance des disparités évoquées plus haut ont tout de même connues des évolutions favorables et des réductions de disparités au niveau géographique.

Faut-il rappeler qu'ils résultent précisément des stratégies antérieures - globales et non segmentées- ainsi que des contextes de développement favorables à la santé ?

Au-delà de ce rappel, il importe désormais de regarder, outre les données quantitatives, les aspects qualitatifs. Comment interpréter les taux de césarienne généralement très élevées? Quel est le contenu et la qualité des consultations prénatales, au-delà du débat sur le nombre (4, 5 ou plus) ou au-delà de quelques autres aspects perçus par les enquêtes (prise de tension ou de poids, prélèvement d'urine ou de sang ou réalisation d'une échographie) ? Pourquoi est-ce que la distinction des parcours de soins entre grossesses dites « normales », la majorité, et celles à risque (GARE) n'est pas opérationnelle ? Est-ce seulement une affaire de définition de critères, de formations (dont le nombre et la constance sont reconnus comme peu nombreux et non planifiées sur la base de financements pérennes) ?

Une autre dimension de la qualité des soins mérite d'être ajoutée celle relative à l'humanisation des soins maternels et infantiles basée sur l'approche des droits (intimité, dignité).

2.2. Une offre de soins inégale

La prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né a été très tôt intégrée dans une approche populationnelle, dans le cadre de ce que l'on appelé les soins de santé de base à travers des programmes nationaux gérés par l'ONFP et la DSSB.

L'offre de services publics est organisée en 3 niveaux (ou lignes). Elle s'appuie sur les centres de santé de base (CSB) et les centres de santé de la reproduction (CSR). Tous deux ont pour missions, entre autres, le suivi de la grossesse et le post-natal (y compris la contraception). La prise en charge du nouveau-né et de l'enfant est du ressort des CSB. Les accouchements

peuvent se dérouler dans les hôpitaux de circonscription, également appartenant à la première ligne, et les maternités périphériques (dans les hôpitaux régionaux). En théorie le système est échelonné et les grossesses à risques et les cas compliqués sont référés à l'hôpital universitaire. L'offre privée pour les services de santé maternelle et néonatale se développe très rapidement. Nous reviendrons ci-dessous sur les questions que cela peut poser en matière d'équité, de coût et de coordination et continuité de l'information entre secteurs.

Les structures sanitaires de base sont bien réparties sur l'ensemble du pays mais la qualité des infrastructures et la disponibilité organisationnelle et culturelle reste à améliorer. Par exemple, un problème essentiel réside dans les jours et heures d'ouvertures fortement limités pour la plupart de ces centres. Les questions de qualité relatives à la relation soignants-usagers, à la conformité des pratiques aux normes et standards, et la coordination et continuité des soins sont également généralement jugées comme insatisfaisantes. Nous reprenons et développons chacun de ces constats ci-dessous.

La disponibilité et la qualité des services restent à améliorer

Pour les uns, la qualité signifie la définition de normes, standards, référentiels, guides de bonnes pratiques. Pour d'autres, dont les usagers, la qualité passe par des conditions plus concrètes, voire à portée de main : accueil, délais et conditions de l'attente et/ou des rendez-vous, heures d'ouverture, respect de l'intimité des personnes, hygiène des lieux, la considération et la relation des femmes et des usagers par les soignants, la reconnaissance et la considération des soignants par leur employeurs et la société.

En ce qui concerne la qualité technique des soins, deux indicateurs alertent sur les risques potentiels :

- le taux de césariennes est élevé (27% en moyenne, MICS-4, 2011), en particulier dans le secteur privé (49%, MICS-4, 2011). Ces taux laissent à penser qu'un nombre non négligeable de césariennes pourrait ne pas être justifié.
- le nombre d'accouchements par an dans de nombreux hôpitaux de circonscription est en-dessous des normes reconnues pour assurer un niveau de sécurité satisfaisant.

Dans le cadre du dialogue sociétal (DS) pour les politiques, stratégies et plans de santé en Tunisie, un constat relativement sévère a été fait par rapport à la disponibilité et/ou la proximité effective des prestations dans le secteur public en particulier. Outre le non-respect des horaires officiels des activités, l'absence d'information sur les services disponibles dans chaque région est déplorée par les usagers. D'après la carte sanitaire (2011), 60% des centres de santé de base ne sont ouverts qu'un à deux jours par semaine, et sur une plage horaire très limitée (uniquement le matin). En outre, lors des délibérations régionales du DS, les insuffisances et la mauvaise répartition des équipements ainsi que les ruptures de stock des médicaments ont été rapportées et soulignées dans la plupart des régions. De même, les conditions d'hygiène et de salubrité sont présentées par les usagers rencontrés comme souvent déficientes. La conception même des infrastructures est critiquée pour ne pas prendre en compte les besoins des patients, des usagers et des professionnels (espaces,

confort, toilettes et douches en nombre suffisant) et pour ne pas être adaptée aux populations à besoins spécifiques.

Le système de santé souffre d'une crise de confiance

Les conditions de la reconquête de la confiance des usagers et de la remotivation des professionnels supposent de faire prévaloir l'approche pragmatique sur l'approche « académique ». Le nombre, la répartition, les modes de rémunérations, de motivation et de reconnaissance des personnels paramédicaux sont à peine discutés. Leur rôle et leurs fonctions et en particulier ceux de la sage-femme sont occultés. Les écarts de revenus expliquent en partie le degré de démotivation et de désertion.

Les ressources humaines sont à redéployer

De manière générale, il y a un manque important de spécialistes au niveau des régions intérieures, en particulier pour les gynécologues, néonatalogistes, réanimateurs. Dans un tel contexte, on s'attendrait à un rôle renforcé de la sage-femme (SF), ce qui est d'ailleurs actuellement considéré comme une bonne pratique internationale. La question de savoir si une sage-femme peut, dans certaines conditions, pratiquer certains actes est une question qui devra certainement être débattue. Or, on observe une évolution allant vers la diminution du champ de prise en charge par la SF au profit des médecins spécialistes¹³ cette double évolution pose déjà des problèmes actuellement et pour le futur.

L'encombrement des maternités de références (au niveau national notamment) constitue une bonne illustration de cette tension entre besoin de services de proximité et utilisation de services hyper-spécialisés. Le taux de grossesses physiologiques est bien loin de celui des grossesses à risque qui sont la vocation première des établissements spécialisés. Même dans les pays qui consacrent, toutes proportions gardées, dix fois plus de ressources aux services de soins, ce modèle débouche sur les mêmes inégalités de répartitions voire de « déserts médicaux ».

Le développement des secteurs public et privé est déséquilibré

Depuis les années 90, et à l'occasion du programme des ajustements structurels, l'Etat a encouragé la privatisation, dans tous les domaines. En santé, le secteur privé a vu un accroissement considérable passant de 33 cliniques (nombre de lits estimé à 1140) à 81 en 2012 (un nombre de lits atteignant 3500). Ce secteur continue aussi à se développer prenant profit de la mise en œuvre progressive de la CNAM¹⁴.

Les chiffres en matière de services maternels et néonataux sont édifiants. Pour 180 000 accouchements, 150 000 ont lieu le secteur public et 30 000 dans le secteur privé¹⁵. Cependant, pour 866 gynéco obstétriciens, 168 opèrent dans le secteur public et 644 dans le

¹³ La sage-femme en Tunisie : acquis, défis et perspectives. UNFPA 2014

¹⁴ Santé en Tunisie état des lieux, comité technique du dialogue sociétal, 2014

¹⁵ Institut National de la Statistique, INS

secteur privé ; pour les sages-femmes, il y a 2132 dont 2000 dans le secteur public et 31 dans le secteur privé (dans un cabinet de pratique privée)¹³.

Nombreux intervenants rencontrés lors des ateliers, ont souligné la difficulté d'organiser le parcours de soins (prénatal, accouchement et postnatal) entre les secteurs public et privé. Il n'est en effet pas rare que, par exemple, une femme enceinte fasse sa première consultation prénatale dans le public, suite à cela elle préfère se faire suivre dans le privé, qui aurait tendance à la référer au public en cas de complication de grossesse ou de risque à l'accouchement. Cela engendre également un gros problème dans la continuité des soins car le « dossier patient » ne le suit pas. Ces observations restent à confirmer par des données probantes.

2.3. Une gouvernance à la limite de ses possibles

Le système d'information mérite d'être renforcé

La Tunisie a réalisé des évaluations des niveaux de décès maternels par des enquêtes démographiques et a mis en place un Système de Suivi des Décès Maternels (SSDM) ainsi que celui de la mortalité néonatale. Ce SSDM a certes permis de mobiliser les professionnels de la santé autour du problème de la MM mais il est nécessaire de réviser son organisation, l'élargir au secteur privé, impliquer les intervenants intersectoriels pour le rendre plus efficient.

Les systèmes d'information concernant la santé maternelle et néonatale sont multiples, il y a lieu de les unifier, les intégrer dans un même système de données accessibles aux différents départements en n'omettant pas les déterminants socio-économiques.

Les stratégies menées à ces jour mérite d'être revue à l'épreuve des faits

Plusieurs stratégies se sont succédées. Leur revue n'est pas un simple exercice de rappel historique. Il est utile de revenir sur les choix, les évolutions, les réorientations.

Quand on reconstitue la mémoire des faits, on peut relever plusieurs périodes depuis l'indépendance à nos jours, avec les politiques de promotion du statut de la femme et du planning familial, l'avènement et l'ère des programmes verticaux dont le PNPN (1990) a été le plus emblématique, puis les réorientations à partir des années 2000 centrées sur la mortalité maternelle et sa réduction.

Même au plan international où ce type de stratégie (RMM) –ciblée sur la réduction de la mortalité– a été déployée, des évaluations et des réorientations sont en cours¹⁶.

La réduction de la mortalité maternelle a été et est toujours une préoccupation et une priorité de santé publique. Autour de celle-ci, l'engagement de l'Etat a été déterminant. Il le reste d'autant que les questions de santé relèvent de plus en plus et partout de la fonction régaliennne de l'Etat, appelé à réguler et surtout à veiller sur la réduction des inégalités sociales et territoriales. On peut comprendre les charges et difficultés de ces régulations quand les

¹⁶ Santé de la mère et santé de la reproduction Mortalité maternelle et néonatale : Bibliographie sélective, A Bendib, O Brix, 17 Juin 2012

pressions, les urgences, les priorités se bousculent, à un rythme et dans des contextes sociaux, nationaux, régionaux et internationaux des plus difficiles. Néanmoins quatre avancées s'avèrent incontournables pour préserver les acquis et en marquer de nouveaux:

- s'abriter sur des choix stratégiques, en l'occurrence sur la santé de la mère et de l'enfant,
- prendre des mesures en direction des personnes, populations et zones en difficultés (notamment pour la levée des barrières financières et géographiques),
- revoir nécessairement le mode de gestion au niveau des appareils de l'Etat (ministère, régions, circonscriptions). La centralisation importante, l'impulsion par le haut, le contrôle à priori, l'arbitraire dans les allocations de ressources, la gestion des effectifs etc. sont des modalités dénoncées par tous mais qui semblent persister car probablement structurelle et datées.
- gérer de manière plus déterminée le rôle et le développement d'un secteur privé médical à qui la redevabilité s'applique tout autant que pour toutes les parties.

Il existe un consensus fort pour rénover la gouvernance afin qu'elle s'appuie sur la société, ses potentiels, ses représentants et ses différentes composantes.

La mise en œuvre des réformes du système de santé et plus particulièrement d'accès au service de SMNN nécessite une révision du financement

Le financement de la couverture sanitaire universelle pour les SMNN 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.

La définition d'un paquet essentiel 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 évolutives 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 dans un cadre restreint limité aux centres de santé de la reproduction. Ce processus devra être poursuivi mais à large échelle, en adjoignant divers intervenants de différents secteurs.

3. Vers une stratégie nationale multisectorielle de Santé Maternelle et Néonatale

3.1. Introduction

Les travaux effectués –tout comme la prise en compte des leçons– amènent les autorités du pays ainsi que les agences du SNU concernées à préciser les grandes lignes d’une stratégie nationale de santé maternelle et néonatale et les contenus d’un programme conjoint de Santé maternelle et néonatale, engageant acteurs nationaux et internationaux :

- La stratégie nationale multisectorielle de santé maternelle et néonatale vise à répondre aux questions posées « *Quel périmètre ? Quelle vision ou perspective ? Quel chemin et leviers ? Comment faire au mieux face à nos problèmes et avec nos moyens et savoirs faire ?* »
- Le programme conjoint vise à mettre en cohérence les agences entre elles conformément à leurs engagements à travers l’UNDAF, leurs CPD et CPAP/CCP, et les autorités du pays pour plus d’efficacité et plus d’efficience dans les actions envisagées et dans l’usage des ressources mobilisées, en appui à cette stratégie nationale.

Un tel programme conjoint en appui à une stratégie nationale multisectorielle de santé maternelle et néonatale donne aux autorités nationales toute leur place et aux agences tout leur rôle dans le souci de l’optimisation de leurs apports.

3.2. Vision pour l’élaboration de la stratégie

Lors des différentes rencontres préparatoires, il a été convenu que la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale prendra en compte :

- les déterminants socio-économiques dont la capacité financière des ménages et celles du pays,
- les évolutions démographiques et les modes de vie
- les spécificités socio-culturelles

Elle s’appuiera sur le respect des principes suivants :

- Le droit à la santé,
- Les droits de la femme et de l’enfant, récemment consacrés dans la constitution
- Une approche globale autour de la personne
- La solidarité et l’équité
- La pertinence, l’efficience et la faisabilité
- Cohérence avec la politique nationale de santé et le plan national de développement

Elle devra viser à

- 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 pour l’aide à la décision et la redevabilité,

- hisser la gouvernance et l'intervention sociale, au plan politique, administratif et technique à la hauteur des exigences économiques, politiques et sociales. Ce d'autant que la société, ses composantes et représentants ainsi que les professionnels sont disponibles pour être parties prenantes. La redevabilité définissant ainsi les droits, responsabilités et obligations des uns et des autres à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Elle aura à prendre en charge

- L'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale
- la réduction notable de la mortalité maternelle et néonatale
- les morbidités et souffrances,
- la prévention des handicaps,

Elle couvrira ainsi 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, dans les meilleures conditions possibles.

Elle gagnera à s'appuyer sur

- 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
- sur 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 mobilisation de professionnels de santé, ainsi que des autres secteurs de la société.

La stratégie est à décliner et à adapter à travers des programmes d'actions régionaux, et...

- elle sera développée de manière participative et informée par les meilleures connaissances disponibles en la matière (données nationales et expériences internationales).
- elle sera pilotée à un niveau élevé pour assurer un engagement politique fort et assurer sa mise en œuvre de manière intersectorielle / multisectorielle
- elle s'appuiera sur un plan de suivi et évaluation basé sur les mêmes principes de participation et redevabilité, et sur une régularité permettant une révision de son contenu (priorités, stratégies...) en fonction des leçons tirées de sa mise en œuvre.

Il s'agit là de faire le choix et de déployer une stratégie nationale 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 qui a les caractéristiques suivantes :

Intégrée à la stratégie nationale de santé,

Élargie 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.***

4. Cadre stratégique du programme conjoint

Partant des rapports établis, y compris ceux portant sur les évaluations et les dernières consultations, de la prise en compte des leçons soulignées, des référentiels programmatiques UNDAF, CPD, CPAP et des travaux d'ateliers posés, trois orientations ont été identifiées et qui ont guidé les travaux des équipes pour la définition des axes du programme conjoint (Gouvernance, prestations de services et système d'information en santé).

Pour la période 2015-2019 et conformément aux priorités nationales, le système des Nations Unies a retenu dans son Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF): la « Protection sociale et l'accès équitable aux services sociaux de qualité» comme un de ses axes stratégiques principaux.

En matière de santé maternelle et néonatale, les analyses dégagées par les produits d'expertise, les travaux de réflexion des partenaires nationaux et le sondage des professionnels sur le terrain ont permis d'identifier les priorités nationales dans les domaines de gouvernance, d'études des déterminants socio-sanitaires y compris la genèse des évidences qui permettent la prise de décision de promotion de la qualité des services et de suivi évaluation

L'intervention du SNU pour améliorer l'état de la santé maternelle et néonatale devra venir en appui aux efforts nationaux pour la promotion de la santé du couple mère-nouveau-né et donc en appui à la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale.

Plusieurs parties prenantes nationales –au niveau du secteur de la santé (le Ministère de la Santé, en particulier la Direction des Soins de Santé de Base, l'Office National de la Famille et de la Population, l'Institut national de santé publique), au niveau des autres secteurs de développement (le Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, le Ministère de la Jeunesse, le Ministère de l'Education et celui de la Formation Professionnelle et de l'Emploi, le Ministère des Finances et tout autre ministère impliqué dans des interventions de développement au niveau national ou décentralisé)– ainsi que les autorités régionales et locales (gouvernorats, délégations et autorités locales), et enfin les ONG, organisations communautaires et collectivités locales travaillant dans les zones prioritaires identifiées et autres organisations de la société civile y compris les associations professionnelles et partenaires sociaux, seront impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Ce programme sera mené à différents niveaux : a) l'échelle nationale et b) au niveau des régions considérées défavorisées.

Pour renforcer les capacités du pays à promouvoir la santé maternelle et néonatale, le présent programme se focalisera sur les trois axes stratégiques suivants :

AXE 1 : LA GOUVERNANCE

Il a été démontré que la promotion de la santé maternelle et néonatale et notamment dans les régions défavorisées exige une bonne gouvernance de la part du système de santé en mettant l'accent sur le principe d'équité instaurant de ce fait une culture de redevabilité. Cet axe Gouvernance est envisagé dans deux directions différentes :

- l'une relative au renforcement de la gouvernance nationale de la santé maternelle et néonatale à travers l'appui au développement / révision de la stratégie nationale dans ce domaine et des stratégies ou programmes spécifiques attachés à cette stratégie nationale et à la santé maternelle et infantile ; à ce titre, la réduction des disparités inter et intra régionales doit figurer dans les politiques et les programmes des institutions pour assurer une équité entre les différents groupes populationnels en se basant sur des évidences statistiques.
- l'autre relative à la mise en place de mécanismes de reddition de compte, de régulation et de coordination au niveau régional et local pour rendre effectif le droit à la santé des femmes, mères et nouveaux nés. Malgré l'existence des mécanismes nationaux et régionaux permettant l'application des usagers et des représentants de la société permettant la concertation et le partage dans la prise de décision, cette application n'est pas suffisante pour répondre aux besoins de la population ainsi la reddition de compte n'est pas systématique. Il est temps et notamment dans le contexte politique actuel du pays d'impliquer les différents secteurs, y compris le secteur privé dans la prise de décisions et le suivi des réalisations sur la base de mécanisme codifié permettant une transparence et une bonne gouvernance.

AXE 2 : PRESTATIONS DE SERVICE

L'analyse de la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale à travers le système de suivi des décès maternels et les enquêtes nationales montre bien que les retards et l'inadéquation de prise en charge sont à l'origine de cette mortalité et morbidité maternelle dans une grande proportion notamment dans les régions où les ressources humaines et matérielles sont en dessous des normes requises. Il est à noter aussi que malgré les efforts déployés dans ces régions, il persiste des disparités entre les régions en matière des taux de couverture par les services de périnatalité en défaveur ces régions. Et afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale, la promotion de la qualité des services de santé et spécialement curatifs doit être sur l'agenda du système de santé. Cet axe est envisagé dans deux directions différentes :

- L'état assure des services de santé maternelle et néonatale de qualité qui sont accessibles à tous et particulièrement aux groupes vulnérables dans les zones défavorisées : l'amélioration de la qualité de service de prise en charge maternelle et néonatale constitue le garant de réduction de la mortalité et la morbidité du couple mère-enfant. Cette qualité devra être une priorité nationale et surtout pour les populations défavorisées, cette qualité se référera aussi aux normes de bonnes pratiques.

- Une plus grande humanisation des soins et un système de santé centré sur la personne est acquis à travers une Mobilisation sociale autour des droits de la femme et du nouveau-né : la promotion de la qualité des services par le renforcement des compétences techniques des professionnels et des équipements nécessaires ne suffit pas pour faire adhérer les usagers à une meilleure utilisation de ces services mais le besoin en d'autres valeurs de la qualité se fait sentir à travers l'amélioration du contact soignant-soigné sur la base contractuelle droit-obligation. L'amélioration des compétences des professionnels en matière d'accueil et de communication pour une meilleure compréhension des soucis des usagers ainsi la résolution de leurs problèmes de santé. Afin d'appliquer les règles de bonnes pratiques par les professionnels, des mesures incitatives doivent être prises au profit des professionnels.

AXE 3 : SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

La conduite de stratégie de programme devra être basée sur un tableau de bord permettant une vision globale, harmonieuse et intégrée de tout type d'information permettant l'orientation des services et la prise de décision. Cet axe visera l'établissement d'un système d'information de la SMNN plus efficient, intégré et orienté vers la prise de décision : plusieurs informations sont produites par différents partenaires avec parfois des redondances dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Pour une meilleure efficacité, ces informations doivent être intégrées et centralisées afin d'être harmonisées permettant ainsi une prise de décision ciblée, facile et efficace.

Les effets, produits et indicateurs de suivi sont reportés dans le Cadre de Résultat mis en annexe.

5. Dispositifs de gestion et de coordination du programme conjoint

Le présent programme conjoint Santé maternelle et néo-natale s'étalera sur cinq ans. Les activités seront coordonnées par le Ministère de la Santé qui sera le principal partenaire gouvernemental du programme et exécutées aussi bien par les différents départements du Ministère de la Santé que les départements relevant d'autres Ministères et ONGs conformément aux responsabilités indiquées dans les matrices de résultats.

Ce programme est coordonné par un « comité de pilotage conjoint », présidé par le ministre de la santé, avec la participation de tous les partenaires nationaux clés représentés à un haut niveau et les agences des Nations Unies impliquées. Le comité de pilotage se réunira une fois par an, et chaque fois que les circonstances l'exigent, pour valider les orientations stratégiques, le plan d'action annuel et examiner le bilan. Ce comité sera aussi chargé d'examiner la revue à mi-parcours et si besoin réorienter le programme et de la revue finale du programme.

La coordination technique est assurée par un comité technique du programme conjoint SMNN présidé par le coordinateur/coordinatrice national(e) de la santé maternelle et néonatale, désigné par le Ministre, avec une représentation des principales directions du ministère de la santé (DSSB, DGSSP, DEP, DGSC, ONFP,...) et des autres ministères, représentants de la société civile et des agences des NU impliqués et autres partenaires techniques et financiers. Le comité sera en charge du développement du plan d'action avec toutes les parties prenantes, du suivi régulier de la mise en œuvre du plan d'action et des bilans annuels ainsi que des rapports périodiques d'activités (trimestriels et annuels). Le comité pourra solliciter la participation à ses réunions de tout expert ou partenaire sur la base des besoins de l'avancement du programme

Le comité aura, en plus du suivi régulier de la mise en œuvre du plan d'action, à tenir informé le comité de pilotage à travers la préparation des réunions des revues annuelles, les revues à mi-parcours et l'évaluation finale ainsi que les réunions ad-hoc chaque fois que les circonstances l'exigent. La revue à mi-parcours et la revue finale seront conduites de façon indépendante sous l'égide du MS.

Un « comité technique régional intersectoriel » sera formé dans chacune des régions ciblées et présidé par le Directeur Régional de la Santé. La mise en réseau des différents acteurs à l'échelle régionale sera systématiquement encouragée. Le comité technique national travaillera en étroite collaboration avec les comités techniques régionaux pour s'assurer de la cohérence et la mise en œuvre du PCSMNN.

6. Dispositif de gestion des fonds

Le mécanisme de gestion des fonds du présent programme conjoint est la gestion parallèle. C'est un mécanisme par lequel chaque agence des Nations Unies gère directement ses propres fonds avec les partenaires nationaux, qu'ils proviennent des ressources propres ou des ressources mobilisées. La matrice des résultats du présent programme conjoint indique clairement les contributions de chaque agence aux produits identifiés.

Chaque agence des Nations Unies veillera à mettre à disposition du partenaire, un budget distinct, dans le respect de ses procédures propres, et couvrant les activités inscrites dans le plan d'action. Elle peut décider du processus d'exécution avec ses partenaires et homologues conformément à sa réglementation.

Des plans d'action seront développés au début de chaque année. Ces plans d'action comprendront les produits attendus, les activités clés, les cibles annuelles le cadre chronologique, la partie responsable et le budget prévu. Ces plans d'action seront signés par le partenaire national et l'agence concernée du SNU.

Les agences des Nations Unies impliquées, en coordination avec les partenaires nationaux, utiliseront un rapport programmatique et financier conformément à leur politique et procédures. Les rapports programmatiques doivent être trimestriels et annuels et centrés sur les résultats. Les pratiques de l'établissement des rapports et le mode de présentation de ceux-ci doivent être harmonisés.

Les transferts de fonds pour des activités détaillées dans le plan de travail peuvent être effectués par l'agence des NU concernée sur base de l'une des modalités suivantes:

- Fonds transférés directement au Partenaire avant le début des activités (transfert d'espèces direct), ou Après la finalisation des activités (remboursement) ;
- Paiement direct aux fournisseurs ou aux tierces parties pour des obligations encourues par les Partenaires d'exécution sur la base de demandes signées par le responsable désigné du Partenaire d'exécution ;
- Paiement direct aux fournisseurs ou aux tierces parties pour des obligations encourues par l'agence concernée du SNU à l'appui d'activités convenues avec les partenaires.

Après l'achèvement d'une activité, les reliquats des fonds seront reprogrammés sur la base d'un accord mutuel entre le partenaire de mise en œuvre et l'agence des NU concernée ou restitués, dans le cadre d'un accord commun entre toutes les parties prenantes (SNU-Partenaires).

Les activités menées par les partenaires et les agences des Nations Unies participantes seront soumises aux audits internes et externes en conformité avec leurs propres règles et procédures financières. Les agences des NU établiront un programme annuel de vérification des comptes, en donnant la priorité aux audits des Partenaires en fonction des montants et d'aide monétaire fournie par les agences et ceux dont les capacités de gestion financières devraient être renforcées.

Des formulaires de demande de financement/rapports (ex formulaire FACE ou autre) rendant compte des activités du Plan de Travail, seront utilisés par les partenaires pour demander la mise à disposition des fonds ou pour obtenir l'accord selon lequel l'agence concernée remboursera ou prendra directement en charge les dépenses envisagées. Les Partenaires nationaux utiliseront ces mêmes rapports (ex formulaire FACE) pour rendre compte de l'utilisation des sommes reçues. Le Partenaire national identifiera le(s) responsable(s) autorisé(s) à fournir des informations sur les comptes, à demander et à certifier l'utilisation des fonds. Ces formulaires seront certifiés par le(s) responsable(s) désigné(s) par les Partenaires nationaux.

7. Suivi, évaluation et établissement de rapports

Le présent programme conjoint contient deux instruments qui guideront le suivi et l'évaluation : a) le «Cadre des Résultats et Ressources », qui identifie les indicateurs permettant de mesurer l'évolution de chaque produit par le biais de cibles et de bases de référence; b) la «Matrice de Planification pour le Suivi et l'Evaluation », qui fournit les informations détaillées pour le suivi et l'évaluation. Ces deux matrices sont utilisées durant tout le cycle du programme, révisées et mises à jour régulièrement.

Le suivi de l'avancement et de l'atteinte des indicateurs de résultats sera assuré par le comité technique. Celui-ci est responsable de la préparation des revues semestrielles et annuelles. Au terme de chaque année, un rapport analytique sera établi en vue de sa présentation au Comité de pilotage.

Des évaluations du programme seront réalisées; elles mesureront le degré d'atteinte des résultats escomptés. Une évaluation à mi-parcours ainsi qu'une évaluation finale du programme conjoint seront conduites de façon indépendante.

8. Contexte ou fondement juridique/légal des relations

Les accords de coopération et d'assistance à la base juridique des partenariats entre le gouvernement de la Tunisie et chacune des organisations de l'ONU participantes s'appliqueront dans le cas du présent programme conjoint. Les activités, exonérées de TVA, de chaque agence seront régies respectivement par les principaux accords applicables de l'agence. Il s'agit des accords suivants:

- L'OMS et le gouvernement tunisien ont signé un accord de coopération en 1956
- L'UNICEF a démarré sa coopération en Tunisie en 1958 et a établi son bureau à Tunis en 1982
- L'UNFPA a signé son accord de base d'Assistance en 1974

Les partenaires de mise en œuvre/agence d'exécution s'engagent à entreprendre tous les efforts raisonnables pour s'assurer que les fonds reçus au titre du présent programme conjoint ne seront en aucun cas utilisés pour fournir un appui à des personnes ou des entités associées au terrorisme et que les bénéficiaires de tout montant fourni par des organismes des Nations Unies participants ne figurent pas sur la liste établie par le Comité du Conseil de sécurité créé par la résolution 1267 (1999). Cette liste peut être consultée à l'adresse <http://www.un.org/Docs/sc/committees/1267/1267ListEng.htm>. Cette disposition doit figurer dans tous les contrats de sous-traitance ou accords subsidiaires conclus au titre du présent descriptif de programme.

Annexe 1. Cadre des résultats et des ressources du programme conjoint Santé Maternelle et néonatale – Tunisie, 2015-2019

UNDAF : (AXE 3) PROTECTION SOCIALE & ACCES EQUITABLE AUX SERVICES SOCIAUX DE QUALITE										
Effet 3.1: Les autorités publiques élaborent, suivent et évaluent d'une manière participative des réformes sociales basées sur des données probantes et fondées sur l'équité.										
Effet 1 du programme conjoint – Axe Gouvernance : Les autorités nationales et régionales mettent en place des politiques et des mesures institutionnelles pour réduire les disparités en matière de SMNN avec la participation de la population et de la société civile										
Indicateur : Nb de stratégies et programmes en matière de santé maternelle et néonatale rénovés d'une manière participative et sur la base des données probantes adoptés et mis en œuvre (Base 2015 : 0 ; cible 2019: 1) ;										
Produits du programme conjoint	Indicateur (base / cible)	Partenaires	Agence NU	Produit agences NU	Allocation des ressources et calendrier indicatif* (,000 USD)					
					Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Total
1.1 Une stratégie nationale multisectorielle sur la SMNN est élaborée et son suivi est assuré	Une stratégie nationale multisectorielle sur la SMNN est élaborée selon l'approche des droits humains et les bonnes pratiques en la matière (base: 0 ; cible : 10 pts) Degré de participation communautaire dans la mise en œuvre, le suivi et évaluation, et l'organe de coordination de la stratégie multisectorielle nationale Nombre de programmes et stratégies révisés relatifs à la santé maternelle et infantile sur la base des connaissances (base : 0 cible : 4)	MS MFFE M Finances MDICI M équipements MAS MA. religieuses M éducation M enseignement supérieur M jeunesse M. Interieur M défense Société civile	UNFPA	Produit 1 CPAP UNFPA	32	32	0	0	0	64
			OMS	OMS : output 411.C1	10	20	0	0	0	30
			UNICEF	Produit 1.3 CPAP UNICEF	40	40	5	5	5	95

	Pourcentage des stratégies et programmes de SMNN élaborés au cours de la période qui sont budgétisés Base : 0 ; cible :75%										
1.2. Des mécanismes sont mis en place pour faciliter l'utilisation des connaissances dans le développement de programmes & stratégies de SMNN	Degré de mise en œuvre de systèmes favorisant l'utilisation des connaissances (« évidence ») pour la prise de décision. (Indicateur composite sur 8 pts)	MS MAS Centres de recherches et observatoires, universités	UNFPA	Produit 3 CPAP UNFPA	50	190	0	0	0	0	240
			OMS	OMS : Output 441.C1	10	10	0	0	0	0	20
1.3 Un cadre pour l'analyse et l'optimisation des ressources est développé	Existence d'un budget de la santé élaboré sur la base d'une analyse des besoins réels, notamment pour la SMNN et avec des objectifs de réduction des écarts entre les régions et les groupes sociaux (Base : Non ; Cible : Oui)	Ministère des finances, DG des services communs DSSB, Unité de coordination avec les DG	UNICEF	Produit 1.1 CPAP UNICEF	0	20	20	10	10	0	60
1.4 Des options de révision de la protection sociale des risques maternels et néonataux des groupes vulnérables sont proposés aux décideurs	Un panier de services SMNN explicite est défini (Base : Non ; Cible : Oui)	ONFP, DSSB, les sociétés savantes, service juridique, CNAM	OMS	OMS	10	20	0	0	0	0	30
			UNFPA	Produit 1, du CPAP UNFPA							
				50	60	45	40	10		205	

	cadre d'une révision des systèmes protection sociale (Base:0; Cible:1)		UNFPA	Produit 3 du CPAP UNFPA							
	Options pour la révision du cadre juridique visant à protéger la santé de la femme enceinte et la mère au travail (Base : Non ; Cible : Oui)	MFFE, Ministère de la santé, ministère affaires sociales, CNAM, ARP									
	Existence d'options de révision des systèmes de protection sociale des risques maternels et néonataux pour les groupes les plus vulnérables de femmes et de familles et ceux ayant des besoins spécifiques (Base : Non ; Cible : Oui)	Ministère de la santé, ministère des affaires sociales, CNAM	UNICEF	Produit 1.1 CPAP UNICEF	10	10	10	10	10	50	
OMS	Dépenses du programme **				30	50	0	0	0	80	
	Dépenses indirectes d'appui**				11	18	0	0	0	28	
UNFPA	Dépenses du programme				132	282	45	40	10	509	
	Dépenses indirectes d'appui				46	99	16	14	4	178	
UNICEF	Dépenses du programme				50	70	35	25	25	205	
	Dépenses indirectes d'appui				18	25	12	9	9	72	
Total	Dépenses du programme				212	402	80	65	35	794	
	Dépenses indirectes d'appui				74	141	28	23	12	278	
	A mobiliser				70	270	40	15	15	410	

PNUAD : (AXE 3) PROTECTION SOCIALE & ACCES EQUITABLE AUX SERVICES SOCIAUX DE QUALITE										
Effet 1: Les autorités publiques élaborent, suivent et évaluent d'une manière participative des réformes sociales basées sur des données probantes et fondées sur l'équité.										
Effet 2 du programme conjoint – Axe Gouvernance : Les autorités nationales régionales et locales dans les régions ciblées mettent en place des mécanismes de redevabilité, de régulation et de coordination pour rendre effectif le droit à la SMNN										
Indicateur : Proportion des régions ciblées mettant en place des mécanismes de redevabilité, de régulation et de coordination pour rendre effectif le droit à la SMNN (Base 2015 : 0 ; cible 2019: 50%)										
Extrants du programme conjoint	Indicateur (base / cible)	Partenaires d'exécution	Agence NU	Extrants des agences NU	Allocation des ressources et calendrier indicatif* (,000 USD)					
					Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Total
2.1 : La SMNN figure dans l'agenda du mécanisme de coordination multisectorielle pour la santé au niveau régional, dans les zones pilotes	Proportion des gouvernorats appuyés ayant intégrés la SMNN dans leurs plans d'action multisectoriels Base :0/4 ; Cible : 4/4	MDICI, MI (gouvernorats), MS	UNFPA	Produit 3 CPAP UNFPA	0	10	10	20	0	40
2.2 : Des expériences innovantes de participation communautaire sont opérationnelles au niveau local dans les zones pilotes et informent le cadre institutionnel national dans la perspective de les généraliser.	Nombre d'expériences documentées et présentées aux décideurs (base : 0 ; cible : 4)		UNFPA	Produit 2 CPAP UNFPA	0	10	10	10	10	40
2.3 : Des mécanismes d'écoute sont	Existence d'enquêtes de		OMS		10	5	0	0	0	15

<p>institutionnalisés et intégrés à tous les niveaux (national, régional et local) et dans les secteurs privés et publics</p>	<p>satisfaction auprès des patients (base 0, cible 3)</p> <p>Existence de mécanismes d'écoute (base 0, cible 3)</p> <p>Nombre de rapports avec recommandations sur la satisfaction des patients en matière de SMNN (base : ND ; cible : 3)</p>	<p>MS, privé</p>	<p>OMS</p>		<p>5</p>	<p>10</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>15</p>
<p>2.4 : De nouveaux mécanismes de régulation dans le secteur privé sont établis pour y assurer l'accès aux services de SMNN de qualité tout en travaillant sur le renforcement du système de santé publique</p>	<p>Mécanismes de régulation du secteur privé en vue de renforcer la qualité des services qui y sont prestés (Base : faible, Cible : adéquat)</p> <p>Proportion de structures privées qui déclarent les décès maternels et néonataux et</p>	<p>Syndicat des médecins de libre pratique, CNOM, unité de contrôle et de suivi des pratiques libérales, autres</p>	<p>UNFPA</p>	<p>UNFPA CPAP 1</p>	<p>15</p>	<p>32</p>	<p>0</p>	<p>40</p>	<p>0</p>	<p>87</p>

	participent au programme des audits (Base : 0, Cible 100%) Note de synthèse de connaissance sur le recours au secteur privé pour assurer une prise en charge en matière de SMNN dans les régions sous-dotées en personnel de la santé publique (Base 0, Cible 1)		OMS		0	10	10	0	0	20
OMS	Dépenses du programme **				15	25	10	0	0	50
	Dépenses indirectes d'appui**				5	9	4	0	0	18
UNFPA	Dépenses du programme				15	52	20	70	10	167
	Dépenses indirectes d'appui				5	18	7	25	4	58
UNICEF	Dépenses du programme				0	0	0	0	0	0
	Dépenses indirectes d'appui				0	0	0	0	0	0
Total	Dépenses du programme				30	77	30	70	10	217
	Dépenses indirectes d'appui				11	27	11	25	4	76
	<i>A mobiliser</i>				0	25	10	0	0	35

PNUAD : (AXE 3) PROTECTION SOCIALE & ACCES EQUITABLE AUX SERVICES SOCIAUX DE QUALITE										
Effet 2 de l'UNDAF: l'état assure des services sociaux de santé, d'éducation et de protection de meilleure qualité et accessibles aux groupes vulnérables.										
Indicateur UNDAF : pourcentage de la population disposant d'un système de couverture de santé (Référence 2015 : 88% ; cible 2019 : 95%)										
Effet 3 du groupe conjoint (axe 2 - prestation de services) : L'état assure des services de santé maternelle et néonatale de qualité qui sont accessibles à tous et particulièrement aux groupes vulnérables dans les zones défavorisées										
Indicateur : Proportion des centres de santé assurant des de santé maternelle et néonatale de qualité accessibles à tous et particulièrement aux groupes vulnérables dans les zones défavorisées (base : ND ; cible : 50%)										
Extrants du programme conjoint	Indicateur (base / cible)	Partenaires d'exécution	Agence NU	Extrants agences NU	Allocation des ressources et calendrier indicatif* (,000 USD)					
					Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Total
3.1. Les référentiels guides de bonnes pratiques et protocoles en matière de SMNN et particulièrement la nutrition du NN, sont recensés, évalués, élaborés et diffusés	Nombre de référentiels et guides de bonne pratique développés ou revus au cours de la période 2015-2019 (Base:0, Cible : >10)	Sociétés savantes, Collèges de GO et de Néonatal, Professionnels de la santé, Facultés de médecine, Ecoles de santé, CNOM, CNOP, Association Tunisienne de SF, INASanté, ONFP, ISST, MS	OMS		0	20	10	5	5	40
	Niveau de connaissance et utilisation des référentiels nationaux par les professionnels de la santé		UNICEF	Produit 1.3 du CPAP UNICEF	10	5	5	5	5	30
3.2 Des plans d'action pour la mise en adéquation des ressources humaines et matérielles sont	- Existence d'un inventaire des ressources existantes en matière de SMNN (Base : inventaire limité ; Cible : inventaire complet)	DGSC DEP DSSB INSP DGSSP Conseils régionaux	OMS		30	0	0	0	0	30

développés, sur base des référentiels et recommandations de bonnes pratiques, et pour assurer le panier de services nécessaires	- Note de synthèse des connaissances sur les stratégies CT/MT/LT pour assurer une prise en charge de SMNN dans les zones reculées (Base 0, Cible 1) - Plan d'action pour la mise à niveau des structures avec services SMNN disponible (Base 0, Cible 1)	CNAM ONFP Unité de coordination du PAZD (projet EU)									
3.3 Des parcours de soins prenant en considération les 3 niveaux & les secteurs public et privé sont définis au niveau des zones cibles	Nombre de gouvernorats pour lesquelles un ou des parcours de soins en SMNN est élaboré conformément aux bonnes pratiques en la matière (Base 0, Cible 4)	Conseils régionaux DEP, DSSB, DGSC DGSSP, ONFP CNAM INASanté Comité National de SMNN (à instaurer)	UNFPA	Produit 1 CPAP UNFPA	0	20	50	20	0		90
			OMS		15	15	10	0	0		40
3.4 Un ou des programme(s) de formation continue des prestataires de services SMNN est/sont développés	Programmes de formation élaborés, et exécutés et institutionnalisés (base : non ; cible : oui)	Facultés de médecine Ecoles supérieures de santé (publiques/privées) Sociétés savantes, Collèges de GO & Néonatal INAS, CNOM, Unité de DPC	OMS		30	10	0	0	0		40

		(MS), Unité coordi-nation PAZD (projet EU)									
	% CSB intégrant le test de dépistage rapide du VIH dans la CPN (base: ND cible: 80%)	DSSB, PNLS, ONUSIDA	UNICEF	Produit 1.3 du CPAP UNICEF	100	50	10	5	0		165
3.5 Des mécanismes de contrôle de qualité (auto audit et audit externe) sont élaborés et mis en place	Nombre d'établissements accompagnés pour la réalisation d'auto-audit et la préparation aux audits externes en matière d'organisation (Base: NA, Cible : 30)	DSSB DGSSP INAS Syndicat des cliniques CNOM Unité de coordination du PACS (projet EU)	OMS		0	20	20	10	0		50
OMS		Dépenses du programme **			75	65	40	15	5		200
		Dépenses indirectes d'appui**			26	23	14	5	2		70
UNFPA		Dépenses du programme			0	20	50	20	0		90
		Dépenses indirectes d'appui			0	7	18	7	0		32
UNICEF		Dépenses du programme			110	55	15	10	5		195
		Dépenses indirectes d'appui			39	19	5	4	2		68
Total		Dépenses du programme			185	140	105	45	10		485
		<i>Dépenses indirectes d'appui</i>			65	49	37	16	4		170
		A mobiliser			110	145	105	25	10		395

Effet du PNUAD AXE 3 : PROTECTION SOCIALE & ACCES EQUITABLE AUX SERVICES SOCIAUX DE QUALITE										
Effet 3: les groupes vulnérables ayant des besoins spécifiques jouissent d'une protection sociale et juridique conforme aux engagements pris par la Tunisie dans le cadre des conventions et traités internationaux des droits de l'homme et de l'égalité de genre.										
Indicateur PNUAD : existence d'un mécanisme transparent de ciblage des groupes vulnérables ayant des besoins spécifiques utilisant les systèmes d'information										
Référence 2015 : non ; cible 2019 : oui										
Effet 4 du programme conjoint - axe prestation de services (Humanisation des services / réactivité du système) : plus grande humanisation des soins et un système de santé centré sur la personne est acquis à travers une Mobilisation sociale autour des droits de la femme et du nouveau-né										
Indicateur : taux des usagers des services de SMNN exprimant leur confiance envers le système de santé et les services de SMNN (enquête)										
Extrants du programme conjoint	Indicateur (base / cible)	Partenaires d'exécution	Agence NU	Extrants agences NU	Allocation des ressources et calendrier indicatif* (,000 USD)					
					Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Total
4.1 Une stratégie pour renforcer la motivation des professionnels et établir la confiance citoyen/prestataires sont élaborées	Enquête sur la motivation, les conditions de vie au travail et la satisfaction du personnel de santé (Base : pilote pour validation questionnaire, Cible : réalisée) Existence d'une stratégie pour renforcer la motivation des professionnels et établir la confiance citoyen/prestataire adoptée (Base : 0, Cible : 1)	Facultés de médecine et écoles de santé Sociétés savantes CNOM MS Associations et syndicats de professionnels de santé	OMS		5	30	0	0	0	35

4.2 Les capacités des prestataires pour une humanisation des soins sont renforcées	Nombre de modules de formation intégrant l'humanisation des soins (base : ND ; cible : 15)	Faculté de médecine et Ecoles de Santé Collèges CNOM MS (DGSC, DSSB) Associations de professionnels de santé (réseau national : médecine générale, médecine de famille)	OMS		0	10	10	10	0	30
4.3 Des expériences de mobilisation sociale autour des droits de la femme et du nouveau-né sont appuyées	Nombre d'actions de plaidoyer menées par les réseaux de la société civile, leaders communautaires (Base : limité ; Cible : 10)	Société civile MAS MFFE MS	UNFPA	Produit 2 CPAP UNFPA	0	10	10	10	10	40
			UNICEF	Produit 1.3 CPAP UNICEF	20	20	20	20	20	100
OMS		Dépenses du programme **			5	40	10	10	0	65
		Dépenses indirectes d'appui**			2	14	4	4	0	23
UNFPA		Dépenses du programme			0	10	10	10	10	40
		Dépenses indirectes d'appui			0	4	4	4	4	14
UNICEF		Dépenses du programme			20	20	20	20	20	100
		Dépenses indirectes d'appui			7	7	7	7	7	35
Total		Dépenses du programme			25	70	40	40	30	205
		<i>Dépenses indirectes d'appui</i>			9	25	14	14	11	72
		A mobiliser			10	70	30	30	20	160

Effet du PNUAD AXE 3 : PROTECTION SOCIALE & ACCES EQUITABLE AUX SERVICES SOCIAUX DE QUALITE										
Effet 1: Les autorités publiques élaborent, suivent et évaluent d'une manière participative des réformes sociales basées sur des données probantes et fondées sur l'équité.										
Effet 5 du programme conjoint (axe SIS) : Le système d'information intégrant le système de suivi évaluation de la SMNN est orienté vers la prise de décision										
<i>Indicateur : Existence d'un système de suivi et d'évaluation développés ou mis à niveau dans les domaines de santé maternelle et néonatale impliquant la participation des bénéficiaires (Base 2015 : non ; cible 2019: oui) ; Nombre de programmes et stratégies de santé maternelle et néonatale évalués d'une manière indépendante sous l'angle de l'équité (Base : ; Cible :)</i>										
Extrants du programme conjoint	Indicateur (base / cible)	Partenaires d'exécution	Agence NU	Extrants des agences NU	Allocation des ressources et calendrier indicatif* (,000 USD)					Total
					Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	
5.1 Les mécanismes de collecte et de communication et de partage des données, des trois niveaux et des secteurs public et privés, sont définis et mis en place dans le cadre d'un système d'information intégré (mortalité, morbidité et handicap maternel et du nouveau-né)	Les outils de collecte des données sont révisés, intégrés et standardisés pour une meilleure pertinence et une simplification administrative (Base : NA, Cible : oui) Texte législatifs élaborés pour permettre l'accès à l'information dans les structures du secteur privé en matière de SMNN (base : non ; cible : oui)	MS (DEP, DSSB, DGSC, DGSSP, ONFP, INSP) CNAM Syndicat des cliniques	OMS (UNFPA)		0	0	30	10	10	50
5.2 Les capacités pour l'analyse des données ainsi que la prise de mesures correctrices et le suivi des interventions, selon une approche équité, y compris au niveau décentralisé, sont renforcées au niveau régional et national	Nombre de gouvernorats ciblés disposant d'un système de suivi des interventions de santé maternelle et néonatale permettant de lever les barrières à l'accès aux soins de qualité pour les femmes et les enfants les plus vulnérables (Base : 0; Cible : 3)	MS MAS MI (gouvernorat) MDICI (Offices de Développement régionaux) CNOM ONGs	UNICEF	Produit 1.3 CPAP UNICEF	30	30	30	30	30	150
			OMS		0	0	10	10	10	30

5.3 Le système de suivi, d'audit et de réponse des décès et de la morbidité maternels et néonataux est renforcé	<p>Pourcentage de décès maternels déclarés et audités dans des délais conforme aux bonnes pratiques (Base: ND, Cible : > 80%)</p> <p>Système national de suivi des décès et morbidités graves néonataux fonctionnel et généralisé à tous les établissements (Base : partiel, Cible : complet et fonctionnel)</p> <p>Système national de suivi des morbidités maternelles graves fonctionnel et généralisé à tous les établissements (Base : inexistant ; cible : complet et fonctionnel)</p> <p>Proportion de recommandations des comités d'audit appliquées (Base : Donnée non disponible, Cible : 50%)</p>	MS CNOM Syndicat des cliniques	UNFPA	Produit 1 CPAP UNFPA	15	10	20	30	0	75
			OMS		10	10	10	10	10	50
			UNICEF	Produit 1.3 du CPAP UNICEF	10	10	5	5	5	35
OMS	Dépenses du programme **			10	10	50	30	30	130	
	Dépenses indirectes d'appui**			4	4	18	11	11	46	
UNFPA	Dépenses du programme			15	10	20	30	0	75	
	Dépenses indirectes d'appui			5	4	7	11	0	26	
UNICEF	Dépenses du programme			40	40	35	35	35	185	
	Dépenses indirectes d'appui			14	14	12	12	12	65	
Total	Dépenses du programme			65	60	105	95	65	390	
	<i>Dépenses indirectes d'appui</i>			23	21	37	33	23	137	
	A mobiliser			0	25	85	40	40	190	