



MINISTÈRE DE LA SANTÉ



REPUBLIQUE TUNISIENNE



STRATEGIE NATIONALE DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE 2020-2024





STRATEGIE NATIONALE
DE LA SANTE MATERNELLE
ET NEONATALE
2020-2024

A photograph of a woman with dark hair, seen in profile, holding a young child who is sleeping. The woman is wearing a light-colored, long-sleeved shirt. The child is wearing a light-colored, patterned sleeveless top. They are positioned in front of a window with horizontal blinds. The lighting is soft and natural. A green vertical bar is on the left side of the image. The word 'Sommaire' is overlaid on the image in a dark, sans-serif font, enclosed in a green rounded rectangular frame.

Sommaire



Liste des acronymes	04
RESUME	05
INTRODUCTION	06
PROCESSUS DU DEVELOPPEMENT DE LA METHODOLOGIE	10
SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE EN TUNISIE	12
APPROCHE STRATÉGIQUE	18
1- Approche	
2- Vision	
3- Mission	
4- Principes généraux	
5- Cibles et populations concernées	
OBJECTIFS, AXES STRATEGIQUES ET INTERVENTIONS RELATIFS A LA STRATEGIE SMNN	24
COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE	44
1- Cadre institutionnel de mise en œuvre	
2- Engagements et facteurs de succès de la stratégie	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
Annexe : Le plan opérationnel 2020-2024	

Acronymes

CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSSP	Direction Générale des Structures Sanitaires Publiques
DHMPE	Direction de l'Hygiène du Milieu et de Protection de l'Environnement
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
ENAP	EveryNewborn Action Plan
EPMM	Strategies toward Ending Preventable Maternal Mortality
FAR	Femme en Age de Reproduction
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HTA	Hypertension Artérielle
INAS	Instance Nationale d'Accréditation en Santé
INNORPI	Institut National de la Normalisation et de la Propriété Industrielle
INS	Institut National des statistiques
INSP	Institut National de Santé Publique
MALE	Ministère des affaires locales et de l'Environnement
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MDICI	Ministère du Développement de l'investissement et de la Coopération
ME	Ministère de l'Education
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MF	Ministère de Finances
MFFE	Ministère de la Femme de la Famille et de L'Enfance
MFPE	Ministère de la Formation professionnelle et de l'Emploi
MS	Ministère de la Santé
MST	Maladie sexuellement Transmissible
MTCEN	Ministère des Technologies de la Communication et de l'Economie Numérique
NTIC	Nouvelles Technologies d'Information et de la Communication
NU	Nations Unies
NV	Nouvelle Naissance
ODD	Objectifs de développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAS	Office National de l'Assainissement
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
ONG	Organisation Non-gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	Organisation de la Société Civile
SMNN	Santé Maternelle et du Nouveau-Né
SNSMNN	Stratégie Nationale de Santé Maternelle et du Nouveau-Né
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SONED	Société Nationale d'Exploitation et de Distribution des Eaux
SSD	Système de Surveillance des Décès
UNGS 16-30	United Nation Global Strategy
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé

L'analyse et le diagnostic de la situation de la mortalité maternelle et néonatale en Tunisie montrent que la réduction reste en-dessous de l'objectif de développement du millénaire de baisse annuelle de 4,5%. Malgré la généralisation des consultations prénatales et de l'accouchement assisté par du personnel qualifié, les disparités régionales sont encore notables, avec une mortalité maternelle variant du simple au double selon les régions. En outre, une proportion relativement élevée de la mortalité infantile est observée durant la période périnatale. Les causes de mortalité et de morbidité néonatales, comme celles liées à la mortalité maternelle, sont pour une grande part, évitables et relèvent essentiellement de la qualité des soins et de dysfonctionnements liés au système de santé, en général.

La santé de la mère et de l'enfant, en particulier la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, représente ainsi encore un défi important pour notre pays.

Les recommandations issues des réflexions élargies entamées ces dernières années laissent penser qu'il s'agit en fait de consolider et de construire sur les acquis mais aussi d'oser certaines réformes, en profondeur, pour assurer une couverture sanitaire universelle et mieux répondre aux défis complexes et émergents. Pour y parvenir, le système de santé devra être redéveloppé en cohérence avec les grandes valeurs et attentes de la société tunisienne, en tenant compte de la réalité du pays. Il est ainsi possible de progresser si d'une part il existe une réelle concrétisation d'une volonté politique de faire de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale la priorité, et d'autre part si les ressources sont libérées et effectivement investies dans des actions sanitaires efficaces et focalisées.

Dans ce document, un choix stratégique d'axes et d'interventions a été fait en vue de promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né. La stratégie nationale de la santé maternelle et néonatale 2020-2024 est ainsi axée sur cinq axes stratégiques et un paquet d'activités concernant 35 produits. Les cinq principaux axes stratégiques pour la période de 2020 à 2024 sont :

- L'amélioration de l'accès (géographique, financière, psychologique) selon le continuum de services et de soins de SMNN ;
- Le renforcement de la qualité des services de soins de SMNN ;
- Le renforcement de la gouvernance, du leadership national et de la redevabilité des différents acteurs du système ;
- L'intégration des déterminants sociaux de la santé pour les Services de soins de SMN et collaboration multisectorielle;
- Le développement de la participation communautaire et la mobilisation sociale en vue de renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté pour améliorer la SMNN;
- et l'amélioration des données de suivi/évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la SMNN 2019-23 pour la prise de décision et la redevabilité

Un cadre de mise en œuvre incluant les différents acteurs du système de santé a été défini. De plus, un cadre de suivi et d'évaluation de la stratégie s'appuyant sur des indicateurs précis d'intrants, de processus, de résultats et d'impact a été développé.





INTRODUCTION

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour 2015, 303 000 femmes sont mortes pendant la grossesse, l'accouchement ou dans la période postnatale, alors que 2.6 Millions de bébés sont mort-nés et 2.7 millions de bébés sont morts au cours du premier mois suivant leur naissance. La majorité de ces morts surviennent dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire et sont évitables(1).

Le contexte général en Tunisie, pays à revenu intermédiaire considéré comme l'un de ceux qui ont le plus réussi leur transition socio-économique, a été largement influencé par les suites du soulèvement populaire de 2011 et se caractérise, dans cette période de transition démocratique, par une situation politique encore instable. En dépit de ces acquis remarquables, essentiellement au cours des années 80-2000, le système de santé semble s'être essoufflé. Certains défis liés aux transitions épidémiologique et démographique sont relativement nouveaux, d'autres apparaissent sous un nouveau jour ; le tout sous fortes contraintes budgétaires et devant de nombreuses situations de vulnérabilité importante(2). C'est ainsi qu'au moins 100 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches(3). De même, le taux de mortalité néonatale baisse lentement.

Selon le rapport épidémiologique du MS, il apparaît que l'un des principaux facteurs des décès maternels est le dysfonctionnement du système de santé. Ce dysfonctionnement est caractérisé par les trois retards suivants :

- retard dans la prise de décision de recourir aux services de santé, principalement au moment de l'accouchement ;
- retard d'acheminement vers un service de santé approprié ;
- retard à la prise en charge après l'arrivée dans les services de santé(4).

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

En outre, une proportion relativement élevée de mortalité infantile est observée en période périnatale. Selon les données disponibles et analysées, les causes de mortalité et de morbidité néonatales, comme celles liées à la mortalité maternelle, seraient pour une grande part évitable et relèveraient essentiellement de la qualité des soins (3).

La santé de la mère et de l'enfant, en particulier la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, représente ainsi encore un défi important pour notre pays(2).

Les recommandations issues des réflexions élargies entamées ces dernières années laissent penser qu'il s'agit en fait de consolider et de construire sur les acquis mais aussi d'oser certaines réformes, en profondeur, pour assurer une couverture sanitaire universelle et mieux répondre aux défis complexes et émergents. Pour y parvenir, le système de santé devra être redéveloppé en cohérence avec les grandes valeurs et attentes de la société tunisienne, en tenant compte de la réalité du pays. Il est ainsi possible de progresser si d'une part il existe une réelle concrétisation d'une volonté politique de faire de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale la priorité, et d'autre part si les ressources sont libérées et effectivement investies dans des actions sanitaires efficaces et focalisées.

Aujourd'hui, nous savons que les insuffisances observées au niveau des initiatives de maternité à moindre risque dans beaucoup de pays, ne sont pas dues à un manque de connaissances ou à un manque de technologies. Elles sont généralement dues à l'absence d'une stratégie claire, concise et faisable(5). Cela pourrait se faire dans le cadre de la concrétisation de la Constitution de la 2^{ème} République, chapitre II des droits et libertés(article 38) qui précise que «tout être humain a droit à la santé, que l'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé, mais aussi garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes et enfin le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi».





PROCESSUS DU DEVELOPPEMENT DE LA STRATEGIE

Le processus d'élaboration de la stratégie de SMNN, organisé par le ministère de la Santé et appuyé par les organisations du système des nations unies en Tunisie, s'est efforcé de respecter, à toutes les étapes de son développement, les principes d'appropriation par la partie nationale et de sa participation. Il a été coordonné par un comité de pilotage, composé par des représentants du Ministère de la Santé (DSSB essentiellement) et les Représentants de l'OMS, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'ONU-SIDA.

Ce comité a appuyé les travaux d'un comité technique composé de professionnels des institutions sanitaires et extra- sanitaires représentants, pour le secteur sanitaire, les trois niveaux de soins du secteur public, ainsi que des représentants des structures impliquées dans les programmes de SMNN (ONFP, INSP, gestionnaires des programmes de SMN, Collèges académiques et associations professionnelles, conseil de l'ordre des médecins au titre de représentant du secteur privé, etc....).

À partir d'une analyse critique du système de santé, le comité technique a procédé à la formulation des priorités stratégiques.

Ces priorités ont fait l'objet de discussions au sein des directions du ministère de la Santé au niveau de l'échelon national et locorégional à l'occasion de trois ateliers interrégionaux (pour les régions du nord, centre et sud du pays) et d'amendements avant leur validation par le comité de pilotage. La collecte de l'information, l'animation des ateliers de travail et la contextualisation des indicateurs et cibles liées à la santé maternelle et néonatale à l'horizon de 2030 ont été confiées à deux consultants externes qui ont également contribué à la rédaction du document final de la stratégie.

L'élaboration de la stratégie de SMNN s'est déroulée durant quatre principales étapes :

1. La première étape a été consacrée à l'élaboration d'un état des lieux de la santé maternelle et néonatale avec l'aide d'un consultant international et l'élaboration de plusieurs ateliers de réflexion. Le diagnostic stratégique été assuré par une approche systémique comprenant l'analyse historique de la santé maternelle et néonatale dans la mise en œuvre de la politique nationale, une analyse diagnostique, et enfin de l'analyse prospective qui devrait servir à présenter les résultats à atteindre par le plan d'action.
2. Au cours de la deuxième étape, il y a eu l'identification des principales options stratégiques sur lesquelles la Tunisie devrait concentrer ses efforts en matière de santé maternelle et néonatale. Dans ce cadre, des invitations ont été lancées aux différents partenaires en vue de fédérer leurs efforts dans le cadre des actions visant la santé maternelle et néonatale.
3. Au cours de la troisième étape, il y a eu la Consultation avec les ministères concernés et les organisations du système des nations Unies pour identifier la contribution de chaque partenaire par rapport à chaque option stratégique en vue d'harmoniser les activités de coopération proposées.
4. Enfin la quatrième étape a été réservée pour la rédaction du document de la stratégie de SMNN 2020-2024.

Globalement, ces étapes ont été validées à l'occasion du séminaire de préparation de la SNSMNN (21-23 mars 2018) qui a, plus spécifiquement, proposé la démarche suivante :

- La constitution d'un comité national PNS-SMN pour finalisation de la planification stratégique SMNN2020-2024 ;
- L'implication de tous les partenaires, secteurs et experts concernés dans le domaine de la SMNN ;
- Un appui sur les réalisations des OMD, les résultats de l'analyse de la situation et les documents nationaux existants [politiques, plans stratégiques, etc.] ;
- La planification en ligne avec les stratégies globales [UNGS 16-30, EPMM, ENAP] et les objectifs de développement durable (ODDs) et ;
- La prise en considération des inputs des ateliers régionaux.

Quant au plan d'action, il a été réfléchi de manière à :

- Refléter les besoins précis de développement des ressources humaines du secteur de la santé maternelle et néonatale ;
- Articuler de façon concrète les grandes orientations de la politique nationale de santé pour les années à venir ;
- Constituer des réponses pertinentes et réalistes ;
- Etre dotée de budgets prévisionnels.

Ainsi, le plan d'action représente une feuille de route qui favorisera la mobilisation de l'ensemble des acteurs œuvrant dans les organisations ou à leur propre compte.

N'oublions pas enfin que pour réussir de façon efficace, une stratégie a besoin d'un soutien politique au plus haut niveau. Ce soutien est particulièrement indispensable lorsque la stratégie envisage des changements politiques et sociaux importants. Un accueil favorable sera réservé à cette stratégie si, par ailleurs, l'on s'est assuré de la participation du secteur privé et de la société civile.

SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE ET NEONATALE EN TUNISIE



© UNFPA TUNISIE

1- Les niveaux de mortalité maternelle et néonatale

En Tunisie, on observe que la mortalité maternelle a baissé mais insuffisamment par rapport au niveau des efforts qui devaient être consentis et des objectifs assignés (figure1).

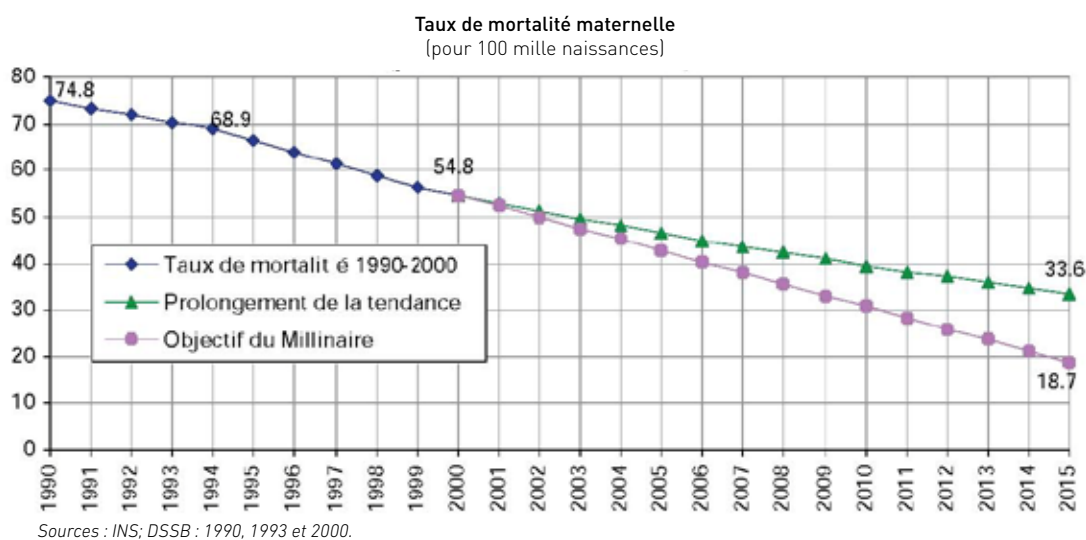


Figure 1 : Evolution et projection relatives au taux de mortalité maternelle en Tunisie

Ainsi, près d'une centaine de femmes meurent encore chaque année en Tunisie de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, ce qui correspondait à un taux de mortalité maternelle estimé en 2008, à 44,8 pour 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. La mortalité maternelle est d'abord le fait des femmes les plus en difficultés sociales et des lieux les moins dotés (6).

Les causes de décès maternels sont principalement les hémorragies, les infections et les cas de toxémies gravidiques (7).

Quant à la mortalité néonatale, en Tunisie, elle a considérablement baissé passant « de 46,6‰ en 1972 à 14,5‰ en 2002 » (8). Cependant, 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. De même, l'objectif de réduire la mortalité néonatale de 15,5‰ à 8‰ entre 2000 et 2015 n'a pas été atteint tout comme pour le RMM, soulignant à quel point ces deux prises en charge sont interdépendantes. Ainsi, les dernières estimations de l'enquête MICS 4 en 2012 situaient cette mortalité à 11,5 /1000 NV. La problématique de la mortalité néonatale nécessite ainsi 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 l'asphyxie à la naissance.

2- Morbidité maternelle et néonatale

Concernant la morbidité maternelle, les informations disponibles nous renvoient aux causes de décès déjà décrites dans l'analyse des taux de mortalité maternelle, soit la triade – hémorragies, infections, toxémies gravidiques. Ainsi, souvent 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).

Un autre fait marquant est formé par les handicaps maternels caractérisés par le peu de données sur la question. Il importe ainsi de les reconstituer ou les rechercher car le handicap est bien trop lourd comme problématique médicosociale pour être sous-estimée. L'Unicef estime ainsi 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. » (9).

Quant aux handicaps d'origine périnatale, la prématurité (naissance avant 37 SA), le faible poids de naissance (<2500g) et l'asphyxie périnatale chez le nouveau-né sont considérées comme les causes les plus fréquentes (10).

3- Diagnostic situationnel de la réponse aux problèmes de santé maternelle et néonatale

Pour beaucoup d'intervenants, la non atteinte des objectifs du millénaire en matière d'indicateurs de mortalité maternelle et néonatale reflète parfaitement la performance du système (structure, processus et extrants) implicite ou explicite en place pour le management des soins maternels et néonataux, car « chaque système est parfaitement conçu pour atteindre exactement les résultats qu'il atteint » (11).

Même si, à ce jour, aucune étude spécifique axée sur la recherche des facteurs pouvant expliquer la stagnation des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale n'a été réalisée en Tunisie, une revue documentaire nous permet néanmoins d'apporter quelques éclairages utiles.

Ainsi, les recommandations globales de l'OMS pour la promotion de la santé et du bien-être maternel et néonatal, considèrent la nécessité de :

1. Garantir l'accès équitable aux services de SMNN dans le cadre d'un continuum de soins.
2. Améliorer la qualité des services en adoptant des normes et référentiels de bonnes pratiques tout en renforçant les capacités des prestataires aux différents niveaux.
3. Améliorer l'enregistrement des décès grâce à un SSD et riposte adaptés.
4. Adopter et intégrer l'approche multisectorielle tout en impliquant la communauté et la société civile.
5. Promouvoir des actions visant le développement et le bien-être des adolescents tout en renforçant les interventions de promotion de la santé de la reproduction en milieu scolaire (12).

Sur quel(s) facteur(s) intervenir spécifiquement et le plus en Tunisie ? La pauvreté ; La distance ; Le manque d'informations ? L'inadéquation des services ? Les pratiques culturelles ?

Bien que la question relève des choix des politiques, nous disposons aujourd'hui de suffisamment d'éléments pour éclairer ces choix. En effet, l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et néonatale, quel qu'ils soient, nécessitent un système de santé qui fonctionne bien et qui doit répondre de manière équilibrée aux besoins et aux attentes de la population(13). Voyons cela de plus près :

a- Leadership et gouvernance

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 identifiés depuis la fin des années 1960 comme une priorité en matière de santé publique en Tunisie. 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. 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 $\frac{3}{4}$ entre 1990 – 2015 et c'est ainsi que le XIème 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 unies , d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle outre la constitution d'une commission d'experts en périnatalité .Néanmoins , il semble que la gouvernance n'est ni suffisamment efficace ni redevable. Il manquerait effectivement de mettre au point une stratégie qui permette de traduire à travers des lignes directrices, des plans et des cibles pertinentes, les implications de ces buts au plan du financement, des ressources humaines, des produits pharmaceutiques, de la technologie, de l'infrastructure et de la prestation des services et en créant des mécanismes de redevabilité et d'adaptation à l'évolution des besoins. Ces dysfonctionnements concernant le leadership et la gouvernance expliqueraient aussi l'insuffisance de la coordination intersectorielle, qui reste un élément à structurer, dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, et cela malgré les efforts fournis par plusieurs associations de la société civile (14)et d'ONG (15).

b- Le système d'information sanitaire

Une bonne gouvernance sanitaire n'est possible que si l'on dispose d'informations de qualité sur les problèmes de santé maternelle et néonatale, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier. Un plan national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base (et des cibles) ainsi que des dispositions concernant le recueil, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données, un système rendant les informations, accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les hommes politiques est ainsi d'une nécessité absolue. Force est de constater aujourd'hui que, malgré l'existence d'un système de surveillance des décès maternels (SSDM), l'absence de système d'information fonctionnant en réseau et centralisant les données au niveau d'un organisme de coordination contribuent à la sous-estimation des activités de santé de la reproduction et les recommandations ne sont que partiellement prises en compte(3).

c – Le financement des soins de santé

Si la part provenant des ménages (37,5%) est encore trop importante, il faut relever que la prévention sanitaire collective (programmes nationaux) ne bénéficie, en fait, que de 1% de l'ensemble des fonds injectés dans le système de santé tunisien(16). Plus spécifiquement à la SMNN, l'arrêté du Ministre de la Santé N°085/2006 précise qu'il existe un paquet minimum de services prénatals, adapté aux réalités tunisiennes (5 consultations dont une est assurée obligatoirement par un médecin, 3 échographies: une précoce, une morphologique à 22 semaines d'aménorrhée et la troisième à 32 semaines d'aménorrhée, dépistage de l'anémie, sérologie de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose, dépistage du diabète gestationnel par la GP50 et l'HGPO, etc.). L'arrêté précise en plus, que les soins inclus dans cette enveloppe seront donnés gratuitement dans les structures de santé publique. Mais la vérification de l'application de ce paquet minimum n'est pas aisée et il semble d'autre part, que la gratuité des soins prénatals stipulée dans ledit arrêté n'est pas appliquée, défavorisant ainsi les femmes pauvres. En fait, 22% de la population assujettie ne serait pas couverte par l'assurance maladie et pour de plus en plus de femmes, y compris celles issues des couches moyennes, les niveaux de prise en charge ne permettent pas de garantir un suivi prénatal de qualité et ne couvrent pas tous les coûts de l'accouchement, ce qui contribuerait à bloquer le recul de la Mortalité Maternelle et néonatale (3).

Même pour la femme active, on remarque une insuffisance de la réglementation régissant la période de la grossesse et de la maternité (les visites obligatoires de la grossesse inscrites dans le programme national ne sont pas payées par les caisses de sécurité sociale, absence de congé pré natal légal, insuffisance du congé post natal dans le secteur privé, etc.), des difficultés d'accès aux services des soins (horaire de travail, centre de soins éloigné du domicile, manque de ressources matérielles pour payer les honoraires) .Une forme de violence peut être retrouvée envers les femmes enceintes et certaines sacrifient ainsi l'avantage de consulter pour la grossesse de peur de perdre le payement d'une journée de travail(17). De même, le congé prénatal n'a pas de base légale en Tunisie. En cas de besoin et sur indication du médecin traitant, il est considéré comme maladie ordinaire (18).

d – Les ressources humaines pour la santé

Selon les données de 2014, outre le personnel polyvalent (infirmiers et médecins généralistes) qui n'apparaît pas spécifiquement dans les chiffres relatifs à l'offre de soins de santé maternelle et néonatale, la Tunisie comptait 866 Gynécologues Obstétriciens dont 644 dans le secteur privé et 2100 sages-femmes dont 300 dans le secteur privé(6). En fait, si le nombre de médecins généralistes et sages-femmes, malgré sa mauvaise répartition et organisation est globalement satisfaisant, l'insuffisance des obstétriciens et la quasi-absence des médecins réanimateurs, notamment tunisiens à l'intérieur du pays est fréquemment observée. Parmi les défis, il paraît nécessaire d'inciter le personnel médical spécialisé et le personnel paramédical à exercer dans les régions de l'intérieur du pays, d'assurer l'auto-évaluation et l'accréditation des structures sanitaires aux différents niveaux ainsi que la mise en place d'un système d'évaluation des performances(6).

e - Les produits et technologies médicaux essentiels

L'accès universel aux soins dépend essentiellement de l'accès à des médicaments essentiels, des vaccins et des outils de diagnostic abordables, ainsi qu'à des technologies sanitaires de qualité garantie, utilisés de manière scientifiquement rationnelle et rentable.

Malgré l'existence de plusieurs listes de médicaments et produits disponibles à chaque niveau de soins (centres de santé de base et hôpitaux), complétée par une liste de médicaments génériques, de même qu'une liste d'une dizaine de produits que la sage-femme peut directement prescrire dans le cadre de ses activités de santé maternelle et néonatale, on observe d'après l'enquête 2016 effectuée dans les structures publiques de 1^{ère} ligne beaucoup d'insuffisances à ce niveau(19).

f- Les prestations de services

L'efficacité d'un système de santé se mesure à l'efficacité des services qu'il offre, lesquels dépendent de l'existence de réseaux de soins de proximité responsables pour des populations définies et appuyés, par des services spécialisés et hospitaliers ; d'une offre de paquets de prestations couvrant un éventail complet et intégré d'interventions cliniques et de santé publique qui répondent à l'ensemble des problèmes de santé de la population ; de l'existence de normes et de lignes directrices pour assurer l'accès aux services offrant des soins caractérisés par ces dimensions essentielles de qualité, innocuité, efficacité, intégration, continuité et soins centrés sur la personne et de mécanismes qui assurent que les prestataires soient redevables concernant l'accès et la qualité et que les usagers puissent faire entendre leur voix(13). Or, en se référant au dialogue national entamé depuis 2012, et à d'autres travaux, les pratiques de soins, restent inégales selon les structures et les niveaux avec de nombreux champs d'amélioration (le mode de répartition des tâches, le travail en équipe, la qualité de l'accueil et de la relation humaine, l'applicabilité des protocoles de prise en charge et leur pertinence, le manque de communication, de coordination et de coopération entre les maternités des différents niveaux l'organisation en parcours de soins) (2).

4- L'après 2015 : la Santé maternelle et néonatale dans les objectifs de développement durable et l'Agenda 2030.

Aujourd'hui, avec l'avènement des objectifs de développement durable pour l'après-2015, il est temps d'accélérer les progrès vers l'élimination des décès maternels et néonataux évitables dans un délai déterminé (20) et cela grâce à une stratégie innovante et dynamique de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né, prenant en compte la dynamique du système de santé et les facteurs de risque sociaux et environnementaux existants (21).

Les défis à relever sont nombreux. Dans ce cadre, il est important d'accorder une attention particulière à la couverture financière du risque maladie et l'équité en santé, qui sont essentielles pour parvenir à une utilisation équitable et optimale des services par rapport aux besoins(22).



APPROCHE STRATÉGIQUE

1- Approche

Au vue du diagnostic de situation précédemment établi et face à une problématique multidimensionnelle comme celle relative à la santé maternelle et néonatale, la stratégie qui s'impose tiendra compte des orientations clés suivantes :

- 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.
- La prise en compte de la mortalité maternelle ne doit pas faire oublier celle du nouveau-né,
- Agir à tous les niveaux du système de soins, et renforcer les efforts en faveur de la population cible résidant dans les zones défavorisées, ainsi que celle issue des catégories sociales les plus démunies,
- Prévenir et/ou prendre en charge dans le même temps, la morbidité et des handicaps éventuels du couple mère enfant,
- Organiser des parcours qui dissocient, en cas de besoin, les grossesses physiologiques des grossesses à risque,
- Associer le secteur privé médical, dans les bénéfiques, les coûts, et les contraintes par une régulation publique d'intérêt général.
- Renouer des liens de confiance avec les professionnels et la société, par la reconnaissance la redevabilité et l'implication,
- 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 nouveau-né,
- Fédérer le plus de partenaires et d'alliés, nationaux et internationaux, autour d'un programme national d'intérêt social, économique, culturel et politique.
- Inscrire 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.



© UNFPA TUNISIE

2- Vision

La vision est que «Toutes les femmes et tous les nouveaux nés en Tunisie jouissent d'un état de bien être, exercent leurs droits à la santé et bénéficient de services de santé de qualité d'ici 2030».

3- Mission

La mission se décline comme suit : «Le Ministère de la Santé, à travers la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé maternelle et du nouveau-né 2020-2024, vise la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales en ciblant l'élimination des décès évitables à travers la lutte contre leurs principales causes ainsi que la prise en charge des maladies et handicaps maternels et néonataux liés à la grossesse et à l'accouchement et ceci en adoptant une politique adaptée. Il s'agit de garantir aux femmes et aux nouveaux nés des services de santé équitables, globaux, intégrés, continus et de qualité ».

4- Principes généraux

Ils se déclinent en terme de :

- Respect des droits humains,
- Equité et Accessibilité,
- Qualité,
- Intégration des services,
- Transparence de l'information,
- Approche participative,
- Redevabilité,
- Continuité des soins,
- Pérennité.

De ce fait, les grandes lignes de la stratégie se traduiront comme suit :

Tableau N° : les grandes lignes de la stratégie

a - Une stratégie fondée sur une approche qui prenne en compte	<ul style="list-style-type: none">• la capacité financière des ménages et celle du pays,• les différenciations sociales intervenues dans la société tunisienne avec les écarts, des aspirations différentes, et les bases des compromis pour le vivre ensemble,• 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.
---	--

<p>b- Une stratégie qui devra s'intégrer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • à 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, • à l'effort national de réduction des inégalités sociales et territoriales, • à la stratégie nationale de santé dont elle est une composante et qui concerne plus du tiers de la population, • à l'optimisation des ressources disponibles et la reddition des comptes dans l'usage des ressources nationales,
<p>c- Une stratégie autour, tout au moins, des 3 grands objectifs suivants :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir et organiser un panier essentiel de 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.
<p>d- Une stratégie qui couvre à la fois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • la réduction notable de la mortalité maternelle, et néonatale • les morbidités et les souffrances, • la prévention des handicaps, <p>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 assisté, post-partum) et organise l'accueil du nouveau-né, au mieux des conditions réunies.</p> <p>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.</p> <p>Chaque équipe, établissement, circonscriptions et régions répondront des décès survenus dans le périmètre de leurs responsabilités dans des termes à définir.</p> <p>Des contrats d'objectifs et de moyens concertés seront probablement plus mobilisateurs et structurants que des objectifs assignés et édictés de manière unilatérale.</p>
<p>e- Une stratégie de notre temps qui gagnera à s'appuyer sur :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>f- Enfin, une stratégie adaptée qui pourra être déclinée à travers :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 élevé 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.

5- Cibles et populations concernées

a – Cibles

Il s'agit d'atteindre un niveau de santé Maternelle et Néonatale compatible avec la vision relative à la stratégie en tenant compte du contexte de son application. Dans ce cadre, il est certain que la réduction de la mortalité maternelle et néonatale est l'objectif, l'urgence, mais au-delà il y a aussi la morbidité et la prévention de ses conséquences en terme de souffrances et handicaps. Ainsi, en se référant aux ODD, les cibles à atteindre d'ici 2024 sont précisées dans le tableau suivant, sachant que les cibles ont été précisées, selon une démarche scientifique et validées par le comité de pilotage de la stratégie, en tenant compte du contexte global.

Indicateur	Cible 2024 Tunisie	District de Tunis	Nord Est	Nord Ouest	Centre Est	Centre Ouest	Sud Est	Sud Ouest
Mortalité maternelle	21,8/100000 NV	24.6	14.8	26.9	16,2	27.1	27,6	19,5
Mortalité Néonatale	6,3/1000 NV	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Accouchement assisté par un personnel qualifié*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Couverture par au moins 4 consultations prénatales*	100%							
Taux de fécondité des adolescentes*	niveau inférieur à 5/1000							
Besoins satisfaits en contraception*	Supérieur à 77%							
Transmission du VIH de la mère à l'enfant	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV	100% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV

* cibles pour 2030 mais envisageable pour 2024.

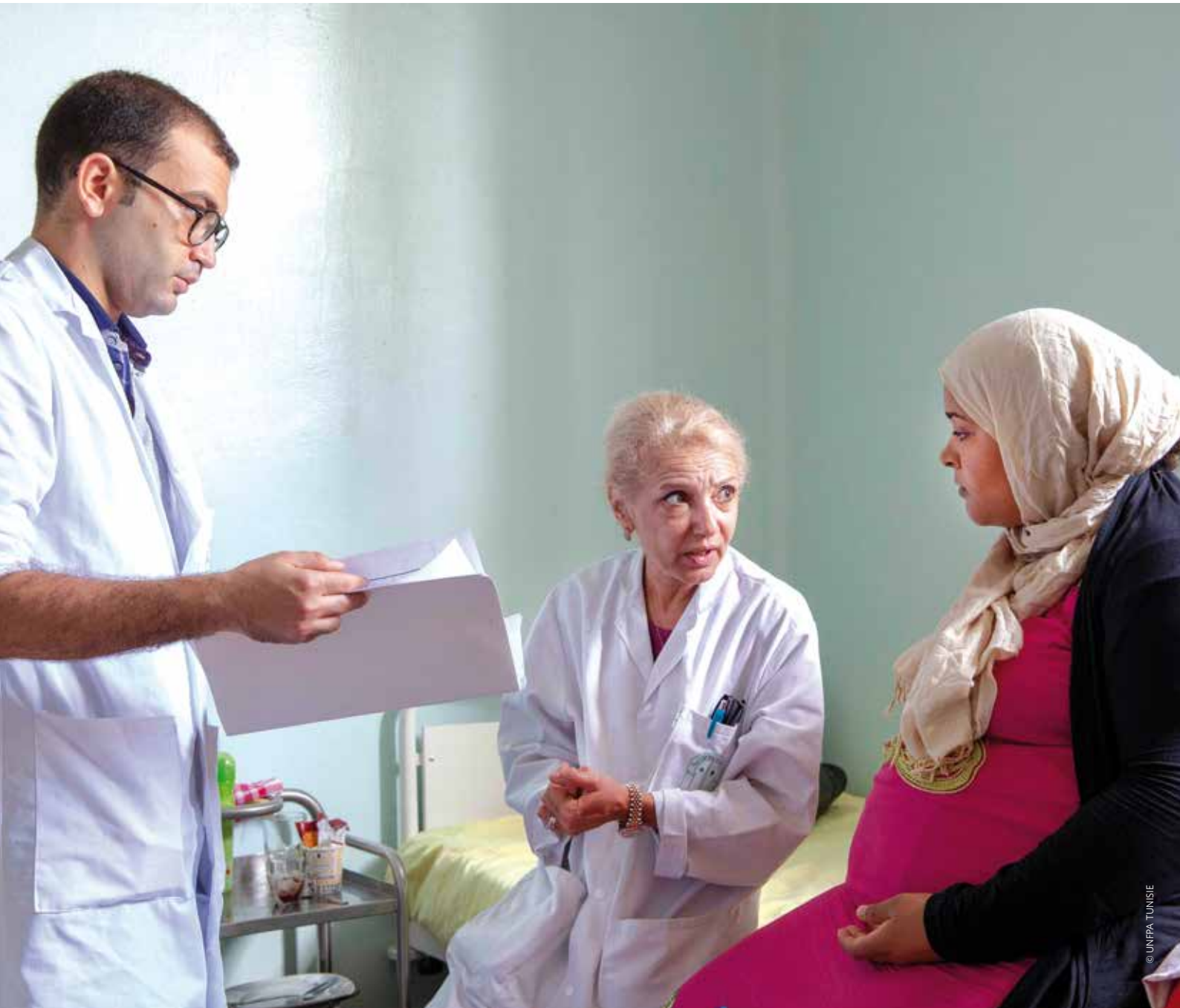
b – Populations concernées

La stratégie de la santé maternelle et néonatale 2020-2024 ciblera ainsi les populations suivantes :

- Toutes les femmes en âge de procréer âgées entre 15 et 49 ans ;
- Toutes les femmes enceintes, accouchées et en post-partum ;
- Tous les nouveau-nés.

Ces populations forment une tranche non négligeable de la population tunisienne. Ainsi, selon les données de l'INS (2015), le nombre de Femmes en âge de Reproduction (15-49 ans) mariées était de 3070 000 et qu'en 2015, 222 534 naissances ont eues lieu (dont 7% déclarées à domicile) [7].

AXES STRATEGIQUES
D'INTERVENTIONS
ET INTERVENTIONS
SPECIFIQUES RELATIFS
A LA STRATEGIE
NATIONALE DE LA
SMNN



© UNFPA TUNISIE

1- Axes stratégiques d'interventions

Les différents ateliers de travail consacrés à l'élaboration de la stratégie ont permis d'identifier cinq principaux axes stratégiques.

Axe Stratégique 1 : Amélioration de l'accès (géographique, financier, psychologique) selon le continuum de services à un panier essentiel de soins de SMNN par la mise en place d'un mécanisme de financement des soins et un système de référence - recours efficace pour alléger les barrières géographiques, financières et relationnelles limitant l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux et réduire les disparités inter régionales.

Axe Stratégique 2 : Renforcement de la qualité des services de soins de SMNN, sachant que la qualité devra concerner toutes les prestations de soins de santé MN, quel que soit leur lieu et moment et si on s'en tient aux interventions à mettre en place afin d'améliorer l'évitabilité des décès maternels, les interventions cibleront plus particulièrement les centres de maternités (des 3 niveaux). Notons que cette approche basée sur les standards et mesure de la qualité offre un plan d'amélioration continue de la qualité qui permet de fixer des objectifs et de constituer des équipes afin d'obtenir les résultats escomptés moyennant le recours à des initiatives en faveur du changement (interventions individuelles, à plusieurs facettes ou complexes, selon le contexte ou les besoins), le renforcement des capacités et d'autres stratégies afin d'avoir toutes les chances de pérenniser la mise en œuvre. C'est ainsi que le renforcement des ressources humaines pour les services de soins de la Santé Maternelle et Néonatale (formation, production, pratique, réglementation, mesures d'incitation) s'intègre dans cet axe sachant que les actions envisagées dans ce domaine visent à la fois l'amélioration de la couverture de l'offre de services et l'amélioration de la qualité des interventions.

Axe Stratégique 3 : Renforcement de la gouvernance, du leadership national et de la redevabilité des différents acteurs du système du fait que l'amélioration de la santé maternelle et néonatale ne peut être abordée uniquement à travers des interventions techniques. Il est ainsi plus que nécessaire d'établir des systèmes de redevabilité mutuelle qui soient participatifs, équitables et responsables et qui soutiennent les interventions et les interactions entre les communautés, les établissements de santé, les prestataires de soins, le gouvernement et les autres intervenants (ONG, etc). Tout doit être assuré afin de réunir ces partenaires dans un système de gouvernance participative qui leur permet de collaborer, négocier, agir, bâtir un consensus et prendre des mesures pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

Axe Stratégique 4 : Développement de la participation Communautaire et mobilisation sociale afin d'améliorer les connaissances et le niveau de sensibilisation à la santé maternelle et néonatale et renforcer les capacités des femmes des familles et des communautés, y compris de prise de décisions, dans le but de promouvoir les comportements de santé MNN favorables, et cela en mettant l'accent sur le panier de services essentiels de SMNN afin d'encourager son utilisation.

Axe Stratégique 5 : Amélioration des données de suivi/évaluation de la mise en œuvre du PN-SMN 19-23 pour la prise de décision et la redevabilité.

Au vu de l'ensemble des axes d'interventions retenus, on peut résumer le cadre conceptuel de notre stratégie nationale de la santé maternelle et néonatale comme suit (figure 2) :

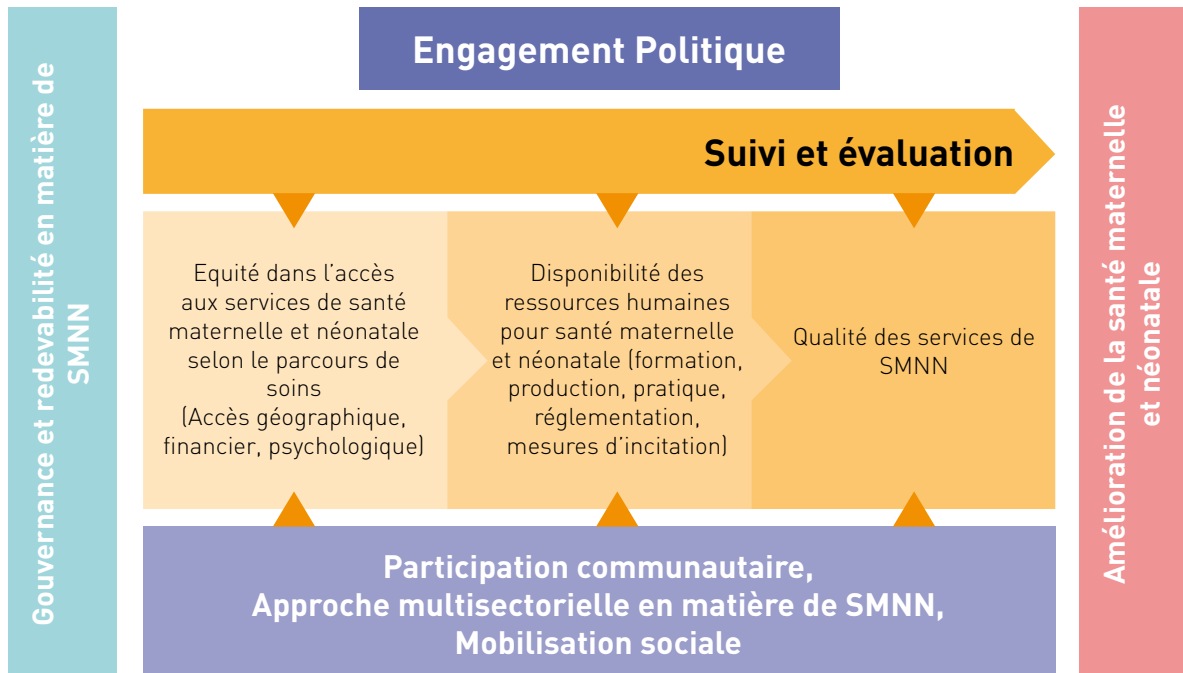


Figure 2: cadre conceptuel relatif à la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale

2- Les interventions à mettre en place selon les axes stratégiques

La grande majorité des interventions développées ci-après obéissent aux critères suivants :

- Interventions dirigées contre les principales causes de morbidité et de mortalité chez les femmes et les NN.
- Interventions reconnues capables d'améliorer très efficacement la santé des femmes, et des NN.
- Interventions considérées comme essentielles pour la santé et le bien-être en général des femmes, et des NN (interventions liées aux violations des droits humains, par exemple).

En considérant l'approche communément utilisée de gestion basée sur les résultats, les activités seront par ailleurs regroupées selon des «outcome» ou effets et des produits.

Axe 1 – Améliorer l'accès des femmes et nouveaux nés aux SMNN selon un continuum de soins à un panier essentiel de soins de SMNN

Effet 1 : Au moins 90% des mères et des nouveaux-nés bénéficient d'un panier essentiel de services de santé maternelle et néonatale selon le parcours de soins et de manière continue.

Produits	Interventions
Produit 1.1: Un système de couverture sociale, avec un système de gratuité de soins pour la population vulnérable est mis en place	<p>1.1.1. Appliquer les textes réglementaires relatifs aux familles démunies, non affiliées à la CNAM en vue d'éliminer les obstacles financiers qui limitent l'accès aux soins pour les mères et les nouveaux nés, et garantir la gratuité des soins pour l'ensemble des prestations de soins en rapport avec la santé de la mère et du nouveau né, y compris les méthodes modernes de planification familiale ainsi que l'accouchement, la césarienne et la prise en charge d'autres complications survenues au cours de la grossesse et en postpartum.</p> <hr/> <p>1.1.2. Arrêter avant 2021 la liste des soins essentiels universels ayant un impact élevé (panier essentiel des soins maternels et néonatals), avec une couverture des dépenses pour les ménages affiliés à la CNAM et à dispenser gratuitement au couple mère nouveau né et prendre les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité permanente de ces soins.</p> <hr/> <p>1.1.3. Assurer la mise en application du contenu du panier essentiel des soins maternels et néonatals par toutes les structures prodiguant des soins de périnatalité et prévoir de le réviser périodiquement en fonction des nouvelles évidences internationales en termes de rapport coût efficacité et de faisabilité.</p> <hr/> <p>1.1.4. Identifier à travers les résultats du système de suivi et évaluation les groupes les plus vulnérables et prendre les mesures nécessaires pour rapprocher et rendre plus accessible les prestations de soins essentiels à ces groupes de population (transport, cliniques mobiles, des technologies de l'information et des réseaux sociaux et de connaissance. etc.).</p> <hr/> <p>1.1.5. Garantir la gratuité du transfert entre les structures de soins pour toutes les femmes et tous les nouveaux nés nécessitant ce service.</p> <hr/> <p>1.1.6. Réviser les textes réglementaires régissant les congés de maternité dans les deux secteurs public et privé, et considérer les journées du suivi prénatal comme un congé chômé payé et non comme congé de maladie.</p>

Produit 1.2 : Dans au moins 95% des zones défavorisées, des unités mobiles composées de sage-femme et médecin assurent des services de SMNN

1.2.1. Identifier à travers les résultats du système de suivi et évaluation les zones sous desservies accusant une faible couverture par les prestations de soins en faveur de la mère et du nouveau né et les doter des ressources humaines et matérielles nécessaires en vue d'améliorer la couverture par les prestations de soins de SMNN.

Produit 1.3 : Toutes les régions sont pourvues d'un système de référence fonctionnel à tous les niveaux

1.3.1. Identifier les besoins des localités en ambulances médicalisées et assurer la satisfaction de ces besoins.

1.3.2. Assurer le transport de la mère et du nouveau né vers les structures de soins, en usant des solutions adaptées à chaque localité/région.

1.3.3. Constituer dans chaque région une équipe de 3 sages femmes + 3 médecins pour chaque site d'ambulance (base = nombre de maternités P et R /150) pour assurer le transport médicalisé de la mère et du nouveau né.

1.3.4. Acquérir 500 appareils téléphones mobiles avec puce et abonnement mensuel (plafonné) pour les sages femmes et le ambulanciers.

1.3.5. Elaborer, reproduire et diffuser un guide comportant les recommandations relatives aux références/transferts.

1.3.6. Elaborer et mettre en application un parcours de soins pour la grossesse normale et les grossesses à risque élevé.

Produit 1.4 : Toutes les structures de santé de 1^{ère} ligne du secteur public disposent des moyens nécessaires pour assurer en permanence les soins de SMNN/PF de façon continue

1.4.1. Assurer une sectorisation des unités de soins maternels et néonataux selon des groupements de structures de périnatalité composée par :

- pour les maternités : Mat. Périphériques, Mat. Régionale et CHU de référence
- pour les soins néonataux : création de 3 nouveaux pôles (nord, centre et sud) de maternité et néonatalogie niveau 3 (mis à part ceux existants)

1.4.2. Mettre en place un système de réseau de périnatalité et assurer sa fonctionnalité

1.4.3. Elaborer et mettre en application les normes relatives aux besoins des régions en matière d'unités néonatales dans les hôpitaux universitaires et régionaux (Chaque gouvernorat dispose d'un hôpital de référence assurant des soins avec une unité de néonatalogie ou sur la base de 1/250.000 habitants), tout en précisant les caractéristiques de chaque structure hospitalière périnatale (maternité + néonatalogie) compte tenu de la taille de la population desservie.

1.4.4. Créer de nouvelles unités de néonatalogie dotées d'un plateau technique fonctionnel adapté au niveau de soins en fonction des besoins identifiés.

1.4.5. Mettre en place une plateforme électronique de communication entre les différents niveaux de soins.

1.4.6. Evaluer la disponibilité des moyens nécessaires et fonctionnels dans les salles d'accouchement des maternités pour assurer la sécurité des soins des mères et des nouveaux nés, et combler les manques constatés.

1.4.7. Evaluer les besoins en ressources humaines des structures assurant des soins de périnatalité et prévoir un budget pour la recrutement des professionnels selon le profil de poste et le niveau de soins.

1.4.8. Renforcer les services de SMNN en matériel approprié.

1.4.9. Assurer un système de garde continu, renforcé en cas de nécessité par le secteur privé.

1.4.10. Assurer la disponibilité continue du panier essentiel en SMNN au niveau de la 1^{ère} ligne.

1.4.11. Assurer la disponibilité et la continuité des services de PF surtout pour les populations vulnérables (adolescentes, populations migrantes, etc).

Produit 1.5 :
Infrastructures, technologies de l'information et de la communication et transport disponibles et accessibles

1.5.1. Assurer l'accès aux structures de soins et les autres structures éducatives en construisant des routes et en optimisant l'usage des moyens de transports.

1.5.2. Fournir des moyens de transport sûrs jusqu'aux structures de soins notamment dans les situations d'urgence.

1.5.3. Mettre en place un dossier médical informatisé partagé dans les structures assurant des soins de périnatalité, et prendre les mesures nécessaires pour son application effective.

Produit 1.6 : Au moins 95 % des femmes en âge de procréer sont sensibilisées à l'intérêt de la planification familiale et ont accès aux prestations de soins

1.6.1. Organiser des campagnes de sensibilisation à la planification familiale.

<p>Produit 1.7 : Au moins 95% des couples projetant de se marier sont sensibilisés à l'intérêt de la visite prénuptiale et ont accès aux prestations de soins dans ce domaine</p>	<p>1.7.1. Coordonner entre les instances professionnelles pour une application rigoureuse du protocole de la consultation prénuptiale.</p> <hr/> <p>1.7.2. Renforcer, grâce à la formation, les compétences des médecins en matière de dépistage, de conseil génétique et d'éducation sexuelle lors des visites prénuptiales.</p> <hr/> <p>1.7.3. Actualiser la liste des examens complémentaires en matière de consultation prénuptiale.</p> <hr/> <p>1.7.4. Organiser des campagnes de sensibilisation à l'intérêt de la consultation prénuptiale.</p>
<p>Produit 1.8 : Toutes les femmes enceintes sont sensibilisées à l'intérêt d'accomplir toutes les visites prénatales requises et d'accoucher en milieu assisté ainsi que de l'intérêt de l'allaitement maternel et ont accès aux prestations de soins dans ce domaine</p>	<p>1.8.1. Assurer la formation, la sensibilisation et la supervision des prestataires de soins de santé maternelle pour qu'ils encouragent les femmes enceintes à assurer l'ensemble des consultations prénatales.</p> <hr/> <p>1.8.2. Assurer la formation, la sensibilisation et la supervision des prestataires de soins de santé maternelle et néo natale pour qu'ils encouragent les mères à une mise au sein précoce dans le cadre d'un contact peau à peau des nouveaux nés, et de lutter contre la promotion du lait artificiel dans les structures sanitaires publiques.</p> <hr/> <p>1.8.3. Elaborer et mettre en application des recommandations pour assurer un meilleur contrôle de l'usage des substituts du lait maternel (SLM).</p>
<p>Produit 1.9 : Au moins 90% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un traitement anti rétroviral</p>	<p>1.9.1. Assurer le traitement des couples, avec un conjoint vivant avec le VIH.</p> <hr/> <p>1.9.2. Consolider la gratuité et la continuité des services d'élimination de la transmission mère enfant du VIH.</p> <hr/> <p>1.9.3. Généraliser la disponibilité et l'accessibilité du paquet d'intervention PTME (Traitement par les ARV, accouchement à moindre risque, lait artificiel, prophylaxie postexposition du nouveau né, diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nouveau né, offre de contraception en postpartum.</p>
<p>Produit 1.10 : Tous les Nouveaux nés en difficulté sont pris en charge dans les unités de néonatalogie</p>	<p>1.10.1. Elaborer et mettre en oeuvre des parcours de soins en néonatalogie.</p> <hr/> <p>1.10.2. Mettre en réseaux les services de néonatalogie avec les unités de transport médicalisé pour une prise en charge optimale .</p> <p>1.10.3. Développer les transferts in utéro vers les services adaptés au niveau de risque.</p> <hr/> <p>1.10.4. Organiser le transfert de nouveaux nés ayant besoin d'une prise en charge spécialisée vers les services compétents (néonatalogie, cardio, chirurgie pédiatrique...) en adéquation avec les services de référence.</p>

Axe 2- Renforcement de la qualité des services de soins de SMN par rapport à ses différentes dimensions

Effet 2 : Au moins 90% des mères et des nouveaux nés ayant eu recours aux services de santé maternelle et néonatale bénéficient d'un panier de soins essentiels de SMNN répondant aux critères de qualité fondés sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications (soins urgents).

Produits	Interventions
<p>Produit 2.1 : Les référentiels, recommandations de bonnes pratiques et protocoles ainsi que les mécanismes de contrôle requis en matière de SMNN sont recensés, évalués, élaborés et diffusés</p>	<p>2.1.1. Mettre en place une commission nationale chargée d'évaluer les besoins en matière de santé de la mère et du nouveau né, et d'élaborer et de mettre à jour régulièrement les recommandations de bonnes pratiques dans ce domaine.</p> <hr/> <p>2.1.2. Réaliser un état des lieux/recensement des guides/référentiels/ protocoles/consensus/ algorithmes disponibles et une analyse critique à différents niveaux, national, régional, services, en vue d'évaluer les besoins dans ce domaine.</p> <hr/> <p>2.1.3. Mettre en place un comité technique pour élaborer (ou réviser) des guides/référentiels/protocoles/consensus/algorithmes.</p> <hr/> <p>2.1.4. Recenser, mettre à jour et diffuser les protocoles et les référentiels de bonnes pratiques relatifs au panier essentiel et au parcours de soins.</p>
<p>Produit 2.2 : La démarche qualité est instaurée et appliquée au niveau de toutes les structures de santé assurant des soins de SMNN</p>	<p>2.2.1. Plaidoyer auprès des décideurs afin d'implanter à l'échelle de toutes les institutions sanitaires et par des textes appropriés, une démarche qualité et sécurité des patients.</p> <hr/> <p>2.2.2. Impliquer l'INEAS en tant qu'autorité de santé indépendante, ainsi que tous les partenaires du système de soins dans la démarche qualité.</p> <hr/> <p>2.2.3. Intégrer /renforcer dans les pratiques hospitalières les approches d'évaluation de la qualité (audits) pour aller vers l'accréditation des structures en encourageant la création et en assurant le suivi d'une équipe qualité à l'intérieur de chaque structure de soins de SMNN.</p> <hr/> <p>2.2.4. Mettre en place des outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dans toutes les structures de santé assurant des soins de SMNN, pour vérifier que les soins maternels et néonataux sont appliqués selon les standards et que les soins de survie néonataux sont fournis à tous les nouveau-nés nécessitant une réanimation.</p>

2.2.5. Inscrire l'accréditation des structures de santé MNN en particulier les maternités et les services de néo natologie parmi les priorités de l'INEAS et assurer l'accompagnement nécessaire.

2.2.6. Equiper toutes les salles d'accouchement en postes de lavage des mains (robinet à commande) avec distributeur de savon liquide ou d'antiseptique et distributeur d'essuie mains en papier à usage unique et veiller à leur disponibilité.

2.2.7. Installer des distributeurs de solutions hydro-alcooliques à proximité des zones de soins.

2.2.8. Doter toutes les salles de naissance/d'accouchement en chariot d'urgence néonatale (secourisme néonatal).

2.2.9. Mener des expériences pilotes de promotion de la qualité des soins.

2.2.10. Instaurer l'audit clinique autour des cas de mort-né en intra-partum et de mortalité néonatale par asphyxie néonatale et prématurité.

Produit 2.3 : Les bonnes pratiques sont adoptées et appliquées par tous les établissements assurant des soins de SMNN y compris la sécurité des patientes et des nouveaux nés et des personnels

2.3.1. Organiser des séminaires de formation pour le cadre médical et paramédical destinés à l'adoption rigoureuse des recommandations de bonnes pratiques.

2.3.2. Assurer la mise en œuvre des directives et des standards de qualité pour les soins maternels et du nouveau-né.

2.3.3. Elaborer une stratégie pour la sécurité des soins du personnel soignant.

Produit 2.4 : Le déploiement des NTIC pour améliorer la prestation de services est instauré et il est opérationnel

2.4.1. Plaidoyer pour instaurer les NTIC dans toutes les structures de SMNN.

2.4.2. Créer des unités d'Information médicale au sein des pôles hospitalo-universitaires et former les responsables des systèmes d'information médicale en respectant la confidentialité.

Produit 2.5 : Tout le personnel médical et paramédical assurant des soins de SMNN est formé pour bien communiquer avec les bénéficiaires et leur entourage

2.5.1. Organiser des séminaires de formation du personnel médical et paramédical concernant la communication avec les patients dans les structures de SMNN.

2.5.2. Evaluer les pratiques professionnelles en matière de communication.

2.5.3. Evaluer la perception des patientes et des parents de nouveaux nés de la qualité de communication et de la relation soignant usager.

Produit 2.6 : Toutes les structures de soins assurant des soins de SMNN fournissent des soins adéquats avec respect de la dignité des patients

2.6.1. Rédiger un module sur l'humanisation des soins et l'utiliser pour former le personnel en la matière.

2.6.2. Evaluer de satisfaction des usagers.

2.6.3. Effectuer des prévisions et élaborer un plan d'aménagement des locaux pour assurer une prise en charge respectueuse de la dignité des patientes et nouveaux nés (accueil, hospitalisation, box d'accouchement...).

2.6.4. Entretenir les locaux et assurer une hygiène adéquate à tous les niveaux.

2.6.5. Créer des unités d'éducation et de préparation à l'accouchement et à l'allaitement maternel dans les maternités régionales et universitaires et si possible dans les maternités de circonscriptions.

2.6.6. Assurer une rétro-information des actes en cas de référence/transfert pour encourager le personnel à rester performant.

Produit 2.7 : La formation en matière de SMNN dans les cursus universitaires médicaux et paramédicaux est révisée et pour répondre aux normes de qualité, et les nouveaux cursus sont appliqués

2.7.1. Intégrer la stratégie de santé maternelle et néonatale dans les curricula de formation des instituts de santé et des facultés de médecine et renforcer le cursus des SF dans le cadre d'un renforcement du rôle de la SF en matière de SMNN.

2.7.2. Assurer un environnement favorable d'apprentissage des institutions de formation (infirmiers, sages-femmes, anesthésiste, médecins) y compris des lieux de stage.

Produit 2.8 : Des programme(s) de formation continue des prestataires de services SMNN sont développés

2.8.1. Préciser les profils de poste pour chaque professionnel intervenant en santé maternelle et néonatale.

2.8.2. Elaborer et mettre en œuvre un plan pour la formation continue des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) impliqués dans la SMNN, afin que les niveaux de compétence soient maintenus pour fournir des soins de qualité et assurer son financement tout en développant un partenariat avec les universités, les institutions et les centres de formation, sur les coopérations interprofessionnels et le décroisement entre les différents modes d'exercices (privé, public).

2.8.3. Identifier des centres d'excellence afin qu'ils puissent être équipés (modules de formation, modèles anatomiques et modèles de simulations appropriés, aides visuels etc.) et recevoir, conformément à un programme, des prestataires de santé, en vue de formations pratiques en SMNN.

2.8.4. Organiser des formations en assurance de la qualité dans le domaine de SMNN basés sur les compétences, et des séances de simulations pratiques dans les services de prise en charge.

Produit 2.9 : Toutes les équipes régionales et locales bénéficient des programmes de formation nécessaires et sont accompagnées à travers un calendrier de supervision	2.9.1. Actualiser le programme de développement des circonscriptions sanitaires.
	2.9.2. Normaliser l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'accréditation des professionnels travaillant dans le cadre de la SMNN tout en s'assurant que chaque professionnel bénéficie d'au moins 40 heures par an de cours ou d'ateliers officiellement approuvés.
	2.9.3. Mener des supervisions facilitantes intégrées et régulières grâce à la mise à jour des supports de supervision existants en les intégrant dans la nouvelle stratégie, en reproduisant et en diffusant les supports et en assurant un programme de visites de supervision incluant tous les niveaux.
	2.9.4. Améliorer les capacités du personnel administratif des établissements de santé.

Axe 3 –Renforcement de la gouvernance et de la redevabilité

Effet 3 : Une gouvernance de la santé impliquant l'engagement de tous et garantissant aux citoyens une vie saine et productive, fondée sur les valeurs sociétales d'équité et de justice sociale, ainsi que sur les principes de transparence, efficience, réactivité, et de redevabilité est instaurée.

Produits	Interventions
Produit 3.1 : Une approche multisectorielle pour les soins de SMNN est opérationnelle	3.1.1. Développer un cadre juridique pour la gestion multisectorielle intégrant le secteur privé.
	3.1.2. Mettre en place un comité intersectoriel et engager des secteurs ministériels non sanitaires pour faciliter la mise en place et le suivi semestriel des actions prioritaires.
	3.1.3. Identifier et définir des domaines stratégiques pour la collaboration intersectorielle.
	3.1.4. Entreprendre une planification multisectorielle conjointe entre le secteur de la santé et les autres secteurs afin de promouvoir la santé maternelle et néonatale.
	3.1.5. Renforcer les mécanismes de coordination, de financement et de responsabilisation pour gérer l'action multisectorielle et la collaboration intersectorielle dans les circonscriptions ou dans les régions pilotes et les inciter à inscrire la SMNN dans leurs plans d'action multisectoriels.

3.1.6. Organiser des réunions consultatives entre toutes les parties prenantes (y compris les ONG et les agences des Nations Unies) pour parvenir à un consensus sur les plans, les rapports et les indicateurs de SMNN.

3.1.7. Mettre à jour une feuille de route pour toutes les organisations et agences travaillant dans le domaine de la SMNN.

3.1.8. Instaurer à travers le comité intersectoriel le partenariat entre le secteur public et le secteur privé et impliquer ce dernier dans la planification et à la mise en œuvre des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale tout en assurant des réunions périodiques (trimestrielles) au comité.

Produit 3.2 : Tous les partenaires impliqués dans la SMNN s'engagent en signant une charte pour l'amélioration de la SMNN

3.2.1. Développer des activités de plaidoyer et des forums d'échange avec et par des décideurs et des acteurs nationaux, régionaux et locaux pour l'appropriation de la stratégie (le parlement, les organisations de la société civile, et leaders communautaires).

3.2.2. Mettre en valeur l'impact de l'adoption des chartes et proposer des modèles de conception et d'élaboration.

3.2.3. Impliquer et amener les réseaux de SMNN à élaborer leur charte, la mettre en application et la pérenniser.

3.2.4. Diffuser et soutenir les expériences positives, en mettant en exergue les leçons apprises.

Produit 3.3 : Une réglementation et des mécanismes efficaces de gouvernance pour le développement de la SMNN sont mis en place

3.3.1. Elaborer un plan d'action de la stratégie à l'échelle nationale et décliner le plan national en plans régionaux.

3.3.2. Faire adopter par les décideurs l'organigramme d'appui proposé par la stratégie de la SMNN.

3.3.3. Préciser par des textes réglementaires la composition, les missions et le mode d'organisation et de fonctionnement des différents comités et réseaux ainsi que de leurs interactions et des modalités d'évaluation des résultats en tenant compte des leçons retenues des approches multisectorielles précédentes et des principes de la gouvernance et de la redevabilité.

3.3.4. Mettre en place des mécanismes d'écoute des usagers et des professionnels, institutionnalisés et intégrés à tous les niveaux (national, régional et local) et dans les secteurs privé et public.

3.3.5. Renforcer les capacités de la Direction des Soins de Santé de Base en matière de ressources humaines dans le but de mettre en œuvre efficacement les interventions, et améliorer la mise en place du système de suivi et évaluation.

3.3.6. Créer un comité régional de la SMNN et identifier son président dans chaque région.

3.3.7. Informer les membres des comités régionaux de la SMNN sur les procédures de travail et sur le mode d'organisation et de fonctionnement.

3.3.8. Définir le rôle de la direction régionale dans le cadre de la décentralisation et cela avec des textes, des missions et des procédures de travail plus précis, encourageant la planification décentralisée.

3.3.9. Renforcer l'implication des comités régionaux dans le processus d'audit des décès maternels.

Produit 3.5 : Un Réseau national de partenariat avec le secteur privé et la société civile est instauré

3.5.1. Promouvoir la mise en place des réseaux d'intervention et de prise en charge en matière de SMNN à l'échelle nationale, régionale et locale, composé des représentants du secteur public, du secteur privé et de la société civile.

Produit 3.6 : Les mécanismes pour concrétiser la redevabilité et la transparence dans la gestion du bien public sont opérationnels

3.6.1. Elaborer des textes juridiques pour renforcer la réactivité du système dans l'engagement des mesures correctives en cas de signalement d'infractions ou de dysfonctionnement avec des politiques protégeant les sources du signalement.

3.6.2. Instaurer des audits externes périodiques et fixes de gestion financière.

3.6.3. Organiser régulièrement des audits d'inspection technique et administrative.

3.6.4. Rédiger des textes juridiques protégeant le patient et le personnel de santé et réviser et appliquer les lois pour les adapter aux tâches (description de poste).

3.6.5. Sanctionner toute corruption et fuite de ressources qui affectent la prestation des services de santé maternelle et néonatale.

Produit 3.7 : Les droits de participations sociale, économique et politique des femmes sont assurées à travers un texte réglementaire

3.7.1. Appliquer la législation destinée à prévenir la discrimination à l'égard des femmes dans les communautés, en matière d'éducation et dans la vie politique économique et publique.

3.7.2. Appliquer la législation destinée à prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles et assurer une riposte appropriée lorsque de tels actes de violence sont commis.

Axe 4 – Développement de la participation Communautaire et mobilisation sociale afin d’améliorer les connaissances et le niveau de sensibilisation à la santé maternelle et néonatale et renforcer les capacités des femmes des familles et des communautés, y compris de prise de décisions, dans le but de promouvoir les comportements de santé MNN favorables.

Effet 4 : Une participation communautaire et une mobilisation sociale sont observées dans au moins 90% des régions sanitaires de sorte que les capacités des femmes , des familles, et des communautés se développent afin de participer aux décisions relatives à la santé et adhérer davantage aux pratiques recommandées favorables a la santé de la mère et du nouveau-né. critères de qualité fondés sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des complications (soins urgents).

Produits	Interventions
<p>Produit 4.1 : Un système de référence communautaire pour créer un lien entre la communauté et les établissements de santé est développé</p>	<p>4.1.1. Créer des partenariats communautaires ouverts, incluant notamment les responsables locaux (responsables administratifs, leaders, enseignants), la société civile (Associations, ONG) et le tissu associatif (bloggeurs, champions etc.).</p> <hr/> <p>4.1.2. Etablir un lien fonctionnel entre les agents de santé communautaire et le personnel de santé et élaborer et mettre en œuvre un plan de communication.</p> <hr/> <p>4.1.3. Définir des mécanismes de participation communautaire et de la société civile dans la définition et l’élaboration du panier de services nécessaires en SMNN.</p>
<p>Produit 4.2 : Des forums/mécanismes de discussions régulières et de suivi des activités des acteurs communautaires à l’échelle des régions sanitaires sont mis en place et des expériences de mobilisation sociale autour des droits de la femme et du nouveau – né sont intégrées dans la stratégie et appuyées</p>	<p>4.2.1. Mener chaque année une semaine de sensibilisation au sein de la communauté sur la SMNN et ses enjeux dans le but d’améliorer de l’adoption par les communautés de pratiques familiales essentielles.</p> <hr/> <p>4.2.2. Organiser des ateliers sur des thèmes de SMNN en se basant sur un forum des associations en vue de mobiliser et soutenir le réseau pour qu’il devienne un partenaire du plan d’actions.</p> <hr/> <p>4.2.3. Organiser des formations des leaders et membres communautaires sur leurs rôles civiques pour le développement avec une emphase sur la SMNN.</p> <hr/> <p>4.2.4. Assurer la documentation et la valorisation de tout ce qui se fait dans le cadre de la participation communautaire et particulièrement par l’appui des ONG/projets pour la promotion des droits de la femme et du nouveau né.</p> <hr/> <p>4.2.5. Repérer et valoriser les actions de plaidoyer menées par les réseaux de la société civile, leaders communautaires.</p> <hr/> <p>4.2.6. Mettre en place un programme de sensibilisation sur des thèmes de la SMNN en faveur des communautés pour les inciter à adopter les bonnes pratiques familiales essentielles.</p>

4.2.7. Impliquer les partenaires déjà identifiés (les représentants des communautés y compris les Associations) pour garantir leur participation en matière d'élaboration et d'exécution du plan d'action.

4.2.8. Elaborer et mettre en œuvre un cadre réglementaire pour les activités des agents de santé communautaires tout en assurant leur recrutement, leur encadrement et leur suivi.

Produit 4.3 : L'éducation sur la santé sexuelle et reproductive et les problèmes de la période périnatale est assurée à l'échelle de la communauté pour toutes les femmes et en particulier pour tous les futurs mariés

4.3.1. Développer des programmes et des actions d'éducation pour la SMNN et assurer la participation communautaire aux programmes d'apprentissage pour améliorer l'éducation pour la santé et les comportements adéquats de recours aux soins.

4.3.2. Garantir l'encadrement de tous les jeunes particulièrement les filles en situation de vulnérabilité (sorties du système scolaire, dans les centres de promotion de la femme et les centres multifonctionnels de Promotion des Jeunes,...) dans les domaines de la SMNN.

4.3.3. Impliquer les ONG et la société civile dans les actions d'éducation sanitaire.

4.3.4. Assurer la formation de l'équipe des éducatrices de l'ONPF et procéder au recrutement d'agents communautaires de santé via les ONG et d'autres partenaires de la société civile (voir l'intervention 4 du produit 4.2).

4.3.5. Associer les médias sur le thème de la SMNN pour assurer plus de médiatisation afin d'informer la communauté sur les réseaux constitués de périnatalité.

4.3.6. Assurer un appui aux personnels de santé (1^{ère} ligne et équipes mobiles), notamment par des conditions de travail favorables, des mesures d'incitation, de renforcement des capacités et de fourniture de produits et de matériel.

Axe 5 - Amélioration des données de suivi pour la prise de décisions et la redevabilité.

Effet 5 : Un système de suivi et évaluation efficace pour la stratégie de SMNN est mis en place.

Produits	Interventions
Produit 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 néonatal)	<p>5.1.1. Mettre en place une unité de suivi et évaluation au sein de la DSSB et identifier des personnes clés au niveau de chaque région et de chaque circonscription pour les besoins de suivi et évaluation de la SN SMNN.</p> <hr/> <p>5.1.2. Elaborer un plan de suivi évaluation du plan d'action de la stratégie tout en assurant la révision, l'intégration et la standardisation des outils de collecte des données pour une meilleure pertinence et une simplification administrative.</p> <hr/> <p>5.1.3. Evaluer la perception des patientes de la qualité de communication et de la relation avec le patient et son entourage.</p> <hr/> <p>5.1.4. Créer un registre national de l'handicap périnatal.</p> <hr/> <p>5.1.5. Développer un réseau d'information englobant les 3 niveaux en élaborant un système informatique intégré depuis le centre de santé jusqu'aux structures nationales de suivi et assurer les mesures d'accompagnement nécessaires, tout en assurant un système de partage de l'information sanitaire entre l'ambulatoire et l'hospitalier entre les niveaux de soins (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne).</p> <hr/> <p>5.1.6. Intégrer le secteur privé et la CNAM : expérience pilote Nabeul.</p> <hr/> <p>5.1.7. Généralisation de cette intégration si l'expérience pilote est concluante.</p> <hr/> <p>5.1.8. Assurer la collecte systématique des données pour le suivi et l'évaluation systématiques des processus et des résultats de la santé maternelle et néonatale, y compris les enquêtes auprès des ménages, les Audits des établissements de soins, le recensement, et l'enregistrement de l'état civil.</p> <hr/> <p>5.1.9. Réviser les supports de collecte de données en vue d'en garantir la pertinence et l'uniformité.</p> <hr/> <p>5.1.10. Réaliser 7 séminaires inter régionaux de 2j pour former les responsables régionaux en matière de système d'information de suivi et d'évaluation.</p> <hr/> <p>5.1.11. Réaliser une revue annuelle de suivi de la mise en place de la stratégie.</p>

5.1.12. Réaliser des audits de toutes les maternités et tous les services prenant en charge les nouveaux nés et évaluer la satisfaction des usagers.

5.1.13. Organiser des réunions semestrielles nationales pour examiner le rapport de la SMNN.

Produit 5.2 : Un système révisé de suivi des décès maternels et néonataux et de réponse est opérationnel et d'ici fin 2023, 90% décès maternels et 50% des décès néonataux ont été revus et ont bénéficié de réponse

5.2.1. Etendre le système de surveillance des décès maternels et néonataux actuellement en vigueur dans les structures publiques à tous les décès respectifs, et mettre en place un système de revue et notification de morbidité maternelle et néonatale.

5.2.2. Elaborer un texte réglementaire autorisant les structures du ministère de la santé à accéder aux bases de données de mortalité gérées par l'état civil.

Produit 5.3 : Toutes les équipes régionales et locales ainsi qu'au niveau national bénéficient des formations nécessaires pour renforcer leurs capacités pour l'analyse des données ainsi que la prise de mesures correctrices et le suivi des interventions, selon une approche équité

5.3.1. Organiser trois ateliers inter régionaux de formation des différents intervenants au niveau de l'analyse des données en vue d'identifier les inégalités potentielles et apporter les réponses appropriées.

Produit 5.4 : Les données de suivi et évaluation sont utilisées pour la planification par les intervenants à tous les niveaux (décideurs, les membres de la communauté et la société civile) pour améliorer le choix des interventions et optimiser l'allocation des ressources

5.4.1. Documenter les rapports du système de surveillance des décès maternels et néo natals et formuler les recommandations appropriées en vue d'être appliquées.

5.4.2. Documenter les données du suivi mensuel des activités au niveau de chaque circonscription sanitaire et remédier aux insuffisances éventuelles.

5.4.3. Documenter les données du suivi semestriel des activités au niveau de chaque région et remédier aux insuffisances éventuelles.

5.4.4. Assurer la publication annuelle des informations sur le suivi des activités aux niveaux national et régional.

5.4.5. Elaborer des rapports sur les dépenses financées par des sources extérieures et sur les engagements de dépenses prévisibles.

5.4.6. Assurer la publication annuelle des informations sur les engagements de dépenses, les ressources et les produits pour tous les acteurs, aux niveaux national et régional.

5.4.7. Réaliser deux évaluations externes à mi -parcours et au terme des 5 ans sur la mise en œuvre de la stratégie et l'état de la santé de la mère et du nouveau né.

5.4.8. Instaurer un système d'assurance qualité des données y compris à travers les activités de supervision.

5.4.9. Créer un Fonds de recherche sur la SMNN ayant pour but de promouvoir les soins de santé maternels et néonataux basés sur des évidences comme les nearmiss, et préciser ses sources de financement.

5.4.10. Créer un Comité de Recherche sur la SMNN.

5.4.11. Elaborer annuellement un plan de réalisation de projets de recherche sur la SMNN .

5.4.12. Mener une enquête nationale sur la mortalité maternelle et néonatale en 2024.

5.4.13. Superviser, suivre, évaluer et valider les résultats de recherche par un Comité Scientifique neutre et les utiliser pour la prise de décision.



© UNFPA TUNISIE

COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE





1- Cadre institutionnel de mise en œuvre

La stratégie nationale de la SMNN 2020-2024 s'intègre dans la politique nationale de santé qui prend en compte les priorités du pays et les objectifs de développement durable définis pour l'après 2015.

Sa mise en œuvre sera assurée à tous les niveaux du système de santé :

- **niveau central** : la DSSB assurera la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan opérationnel. Ce travail se fera en étroite collaboration avec les autres départements concernés par la SNSMNN. Les autres départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre du plan d'action intégreront leurs résultats dans les bilans périodiques qui seront présentés aux sessions d'un comité national de suivi.
- **niveau régional et opérationnel** : les directeurs régionaux de la santé et les équipes cadres des structures de santé sont responsables de la mise en œuvre de la stratégie. Elles travailleront en collaboration avec l'administration locale (gouverneurs, maires, délégués, omdas) ainsi que les autres services et directions régionales des autres ministères impliquées.

De même, les partenaires du ministère de la santé impliqués dans la promotion de la santé de la mère et du nouveau-né seront associés aux différents niveaux de l'exécution de la stratégie.

Les mécanismes de suivi/ évaluation nécessitent, par ailleurs, la mise en place d'un organigramme et de structures d'appui à la stratégie afin que le suivi puisse remplir ces deux principales fonctions : -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 (3).

De même, il faut rappeler, qu'étant donné la nature multisectorielle de plusieurs interventions, il sera capital que le ministère de la Santé revoie son canevas de collecte des données, outre le renforcement des mécanismes de suivi et d'évaluation du SNIS, afin de saisir également les données relatives aux interventions des autres ministères concernés par la stratégie.

Ainsi, afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi, des structures sont à mettre en place, à officialiser ou à redynamiser dans le cadre de la stratégie de SMNN :

- a- Comité National Interministériel de Suivi de la SN-SMMN
- b- Comité Intra-Sectoriel de mise en œuvre et de suivi (comité de pilotage)
- c- Comité de partenaires internationaux
- d- Unité chargée de la coordination et de la gestion et du suivi des activités relatives à la stratégie SMNN (unité SMNN à la DSSB) avec des comités ad-hoc techniques (comité technique, comité de recherche, comité de gestion du réseau national de partenariat avec le secteur privé et la société civile pour l'intervention dans les régions et pour la promotion de la SMNN, etc..)
- e- Comité régional Intersectoriel de Suivi de la SN-SMNN
- f- Comité régional de soutien clinique et managérial ou comité technique régional de SMNN, relevant de chaque DRS
- g- Conseil local de santé
- h- Equipe de gestion au niveau de chaque circonscription, hôpital régional et universitaire chargée du soutien clinique et managérial.

En outre, pour assurer un bon suivi dans la mise en œuvre du PA de la SN-SMNN 2020-2024, un plan spécifique de suivi et d'évaluation est élaboré. Ce plan précise :

- (i) le type d'information et les indicateurs de performance conformément aux objectifs préalablement retenus. Ainsi, le système de suivi et d'évaluation à mettre en place devrait permettre de mesurer trois types d'indicateurs : les indicateurs d'intrants, les indicateurs de processus et les indicateurs d'impact,
- (ii) les outils de collecte de données adaptés aux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan,
- (iii) le processus de collecte, d'analyse des données collectées périodiquement pour la mise en œuvre du plan 2020-2024,
- (iv) les études et enquêtes à conduire sur la période,
- (v) le cadre de communication et d'information pour une meilleure utilisation des résultats réalisés lors de la mise en œuvre périodique du plan. Sous la responsabilité du comité de suivi, des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan seront réalisées. Elles permettront d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du plan relatif à la stratégie de la SMNN 2020-2024. En outre, une revue finale permettra de mesurer le niveau global d'atteinte des résultats initialement fixés.

Comme recommandé actuellement par les agences des Nations Unies(29), le plan d'action s'appuie sur cinq principes directeurs :

1. Direction nationale : C'est au ministère qu'incombe en premier la gouvernance du plan. Il s'appuie sur les détenteurs d'enjeux : soignants et utilisateurs de service alors que les partenaires pour le développement coordonnent leurs contributions et leur action.

2. Intégration : Les soins de qualité nécessitent une organisation et une prestation intégrée des services entre la communauté, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

3. Équité : Le plan privilégie une approche de discrimination positive pour un nombre limité d'interventions à haut niveau de preuve et une attention spécifique aux populations les plus vulnérables.

4. Obligations de mesure des processus (et des résultats) : Le plan prévoit un chronogramme et des items à délivrer à fournir à dates déterminées.

5. Base scientifique : Le plan tient compte des meilleures données publiées dans la littérature et par les agences spécialisées. Il nécessitera pour se déployer complètement les ajustements liés aux résultats des différents rapports en cours (comme le rapport annuel du système de surveillance des décès maternels) ou à prévoir ainsi qu'une veille bibliographique pour rester au courant des développements concernant les activités et les stratégies les plus efficaces.

Le suivi et l'évaluation du plan d'action de la SNSMNN sera intégré dans l'existant et ne donneront pas lieu à des activités parallèles. Il s'agira juste de renforcer les activités de suivi des programmes actuellement en cours (PPN en particulier). Ainsi, en terme de suivi :

- **Au niveau national** : la coordination de la mise en œuvre du plan sera assurée par la DSSB. Pour ce faire, cette direction, en rapport avec les autres directions techniques impliquées, collectera auprès des directions régionales de la santé et des autres intervenants, les données nécessaires au calcul des indicateurs. La rencontre des partenaires de la DSSB et les sessions du Comité de suivi de la stratégie de SMNN seront les cadres appropriés pour présenter l'état d'avancement du plan d'action et discuter des problèmes et des difficultés rencontrées. Un rapport annuel de suivi sera élaboré et transmis au Ministre de la Santé.

L'INSP, l'INS, l'ONFP et les centres de recherche seront sollicités à travers les enquêtes pour mesurer certains indicateurs comme le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité néonatale et les besoins satisfaits en planification familiale.

- **Au niveau régional** : les équipes des directions régionales de la santé sont chargées de la coordination au niveau régional de la mise en œuvre des activités du plan opérationnel de la stratégie. Elles veilleront à la prise en compte effective des activités dans les plans d'action des régions sanitaires. Elles sont chargées également de la synthèse des données au niveau régional pour le calcul des indicateurs de suivi. Les cadres de concertation tels que le conseil régional de santé, les conseils locaux de santé et les comités médicaux seront mis à profit pour discuter de la réalisation du plan d'action et du niveau d'atteinte des indicateurs de suivi.

2- Engagements attendus et facteurs de succès de la stratégie

Des engagements et une action collective sont nécessaires. Plus particulièrement :

a- Le gouvernement, les parlementaires, les décideurs et les responsables de l'élaboration des politiques à tous les niveaux devront faire de la santé des mères et des nouveaux nés une priorité politique.

b- Les Personnels de santé, les administrateurs et les associations professionnelles à tous les niveaux devront fournir des soins de la meilleure qualité possible.

c- Les communautés devront participer de façon constructive à la prise des décisions liées à la santé

d- La société civile à tous les niveaux devra plaider en faveur d'une attention et d'investissements accrus pour la santé des femmes et des nouveaux nés et renforcer la capacité des communautés à mettre en œuvre les interventions les plus appropriées et les plus abordables et participer de façon constructive à la gouvernance des services.

e- Les Nations Unies et les autres organisations multilatérales ainsi que les partenaires du développement travailleront pour mobiliser des ressources supplémentaires pour la santé, notamment au moyen de financements innovants, pour compléter les investissements nationaux, et harmoniser ces ressources avec les plans et les priorités du pays ; définir des normes, des règles et des directives fondées sur des données factuelles, sur lesquelles reposeront les mesures prises pour améliorer la santé des femmes et des nouveaux nés et encourager leur utilisation par les partenaires ; fournir un appui technique efficace et améliorer la collaboration intersectorielle conformément aux meilleures pratiques.

f- Les établissements universitaires et de recherche à tous les niveaux devront produire, appliquer et diffuser les données et les meilleures pratiques pour orienter l'élaboration de politiques et de programmes efficaces et soucieux d'équité et renforcer les réseaux d'universitaires et de chercheurs pour promouvoir l'échange de connaissances.

g- Le monde des entreprises et des affaires à tous les niveaux devra appuyer les politiques publiques axées sur une couverture sanitaire universelle et protéger et promouvoir la santé et le bien-être des employés et de leur famille.

h- Les médias à tous les niveaux devront donner à la santé des femmes et des nouveaux nés un rang élevé de priorité dans les actualités et communiquer de façon responsable et exacte sur les questions de santé publique, en utilisant avec prudence et de manière réfléchie les informations fournies par les universitaires et les pouvoirs publics.

Tous les acteurs concernés vont maintenant devoir prendre des engagements ambitieux et concrets, qui reflètent l'énergie et l'action nécessaires pour appliquer la stratégie de la SMNN 2020-2024 et pour garantir des résultats mesurables.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 [Internet]. WHO. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
2. Achouri H, Elabassi A, Hamida AB, Gzara A, Jabbes H, Jaouadi I, et al. Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble, Livre blanc du dialogue sociétal.
3. Brixi O. Evaluation 8^e cycle UNFPA, Tunisie . Disponible sur: web2.unfpa.org/public/about/oversight/evaluations/docDownload.unfpa?docId=80
4. Victora CG, Requejo JH, Barros AJD, Berman P, Bhutta Z, Boerma T, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 14 mai 2016;387(10032):2049-59.
5. Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring Intervention Coverage in the Context of Universal Health Coverage. *PLOS Medicine*. 22 sept 2014;11(9):e1001728.
6. Ministère de la santé. Etat des lieux de la santé maternelle et néonatale en Tunisie, programme conjoint en santé maternelle et néonatale [Internet]. Disponible sur: https://tunisia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Etat_des_lieux_SMNN_tunisie_0.pdf
7. Rafla TD, Souha B, Fayçal BS, Nadia BM, Ahlem G, Ibtissem G, et al. L'enquête nationale tunisienne sur la mortalité maternelle de 2010 : a propos des données de tunis. *LA TUNISIE MEDICALE*. 2014;92:7.
8. Ben Hamida Nouaili E, Chaouachi S, Ben Said A, Marrakchi Z. Determinants of neonatal mortality in a Tunisian population. *Tunis Med*. janv 2010;88(1):42-5.
9. UNICEF. La Situation des enfants dans le monde 2009 - La santé maternelle et néonatale [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/french/sowc09/>
10. Marrakchi Z. Le handicap périnatal [Internet]. Disponible sur: <https://www.sipps.it/pdf/tabarka2009/marrakchi.pdf>
11. Donald M, Berwick A, Godfrey B, Roessner J. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement* [Internet]. 2002 [cité 5 nov 2018]. 336 p. Disponible sur: <http://www.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0787964522,miniSiteCd-JBPUBLICHEALTH.html>
12. Organisation Mondiale de la Santé. Roadmap of WHO's work for the Eastern Mediterranean Region 2017-2021 [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258986/EMROPUB_2017_19695_EN.pdf?sequence=1
13. Organisation Mondiale de la Santé. Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/fr/
14. Labidi K. Conférence de haut niveau : Les femmes dans le gouvernement, gendérisation des politiques publiques dans la région MENA 1-2 Décembre 2011, Grenade, Espagne. :14.
15. Abdi A. Projet de collaboration participative en matière de santé communautaire, régions de Jendouba , Kasserine et Tataouine , Evaluation finale sur la réactivité du système de la santé , Mai 2016.
16. Achour N. Le système de santé Tunisien : « Etat des lieux et défis » [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: https://tunisia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Etat_des_lieux_SMNN_tunisie_0.pdf
17. UNFPA, OMS, Unicef, Institut santé sécurité au travail. Termes de Référence Vulnérabilité des femmes en âge de reproduction en milieu de travail, 2015. [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.isst.nat.tn/fr/article/atelier-sur-la-vulnerabilite-des-femmes-en-age-de-reproduction-en-milieu-de-travail>

18. République Tunisienne, Ministère des Affaires Sociales, Institut de Santé et de Sécurité au Travail. Plan national de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, guide de prévention N° 6 : la surveillance médicale des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes exposées à des produits chimiques, 2010 [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: http://www.isst.nat.tn/uploads/FCK_files/file/br422111r.pdf
19. Ministère de la santé, DSSB. Disponibilité et utilisation des services de santé maternelle et néonatale de 1ère ligne en 2016. séminaire gammarth. 21 mars 2018; (séminaire gammarth, atelier national de réflexion sur la stratégie nationale de santé maternelle et néonatale, Tunis, Tunisie, 21-23 mars 2018).
20. Oza S, Cousens SN, Lawn JE. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. *The Lancet Global Health*. nov 2014;2(11):e635-44.
21. WHO, PMNCH, Aga Khan University. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/
22. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2010/fr/>
23. Pineault R, Institut national de santé publique du Québec. L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche : résumé. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2008.
24. Lévesque J-F. L'expérience des soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie [Internet]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/628-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation-Resume.pdf>
25. Schwalbe N. UNICEF's Strategy for Health (2016-2030) [Internet]. Disponible sur: https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_Health_Strategy_Final.pdf
26. Haggerty J, Burge F, Lévesque J-F, Gass D, Pineault R, Beaulieu M-D, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. août 2007;5(4):336-44.
27. Tunçalp , Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG*. juill 2015;122(8):1045-9.
28. Nations unies. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. Disponible sur: <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>
29. World Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization; 2014.



MINISTERE DE LA SANTE

www.santetunisie.rns.tn

tunisia.unfpa.org



Fonds des Nations Unies
pour la Population
TUNISIE