

République Tunisienne



Ministère de Santé



Paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale



Programme conjoint en santé maternelle et néonatale

Décembre 2018

Paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale

Programme conjoint en santé maternelle et néonatale

Décembre 2018

« Tout être humain a droit à la santé. 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. L'état garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi. »

Constitution de la République Tunisienne, Article 38

« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »

Objectif de Développement Durable 3

3.1. D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes

3.2. D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

COMITE DE COORDINATION

Dr Fatma TEMIMI
Dr Anissa OUAHCHI
Dr Mohamed CHAOUCH
Dr Faouzi ABID
Dr Rym FAYALA
M. Chokri BEN YAHIA

COMITE DE LECTURE

Dr Fatma TEMIMI
Mme Féthia MESSAOUD
Mme Hanen EL EUCH
Dr Anissa OUAHCHI
Dr Dorra BOUSNINA
Mme Kaouther SAIDI
Dr Rym FAYALA
M. Chokri BEN YAHIA

CONSULTANTS

Pr Faiçal BEN SALAH
Dr Mohamed KHROUF

| | |
|--|-----------|
| Préface | 9 |
| Remerciements | 11 |
| Résumé | 13 |
| Introduction | 19 |
| Mission de la consultation | 21 |
| Acronymes | 23 |
| Chapitre I | 25 |
| 1. Contexte | 25 |
| a. Contexte socio-économique et politique | 26 |
| b. Contexte démographique | 17 |
| c. Conditions de vie | 27 |
| 2. Méthodologie du travail | 27 |
| Chapitre II | 33 |
| 1. Evolution des services de SMNN en Tunisie : « de la prévention des naissances à la santé maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent » | 33 |
| 2. Les soins actuels de SMNN : « entre l'efficacité des choix et les contraintes d'opérationnalisation » | 37 |
| 3. Les acquis et les défis de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale : « des fondations solides exposées à des risques déstabilisants » | 46 |
| 4. Justifications du panier de soins essentiels de santé maternelle et néonatale | 57 |
| a. Concrétiser le droit constitutionnel des mères et du nouveau-né à la santé, assumer le devoir de protéger les populations vulnérables et répondre aux engagements nationaux et internationaux de l'Etat | 58 |
| b. S'inscrire dans une politique de développement et de promotion de la santé et du bien être de la mère et du nouveau-né pour atteindre les ODD 2030 | 59 |
| c. Renforcer l'efficacité des interventions de prévention des malformations congénitales | 61 |
| d. S'approprier le concept d'investissement dans la santé | 62 |
| Chapitre III | 63 |
| 1. Les champs, les objectifs, les principes, les caractéristiques et les options adoptés pour le choix des soins essentiels des paniers de santé maternelle et néonatale | 63 |

| | |
|--|------------|
| 1.1 Les champs couverts par la proposition des paniers | 63 |
| 1.2 Les objectifs des paniers de soins essentiels : | 64 |
| 1.3 Les principes généraux | 65 |
| 1.4 Les caractéristiques communes | 66 |
| 1.5 Les options pour le choix du panier | 66 |
| 2. Les paniers de soins essentiels de santé maternelle et néonatale | 68 |
| 2.1 Panier des soins de santé maternelle | 68 |
| 2.2 Panier des soins de santé néonatale | 78 |
| 2.3 Matrice du panier des soins essentiels de santé maternelle selon le niveau de prestation | 88 |
| 2.4 Matrice du panier des soins essentiels de santé néonatale selon le niveau de prestation | 93 |
| 3 Recommandations pour la mise en œuvre | 93 |
| 3.1 Prise en considération des pré-requis pour la mise en place des paniers de soins essentiels à savoir : | 96 |
| 3.2 Elargissement des activités du comité national et des comités régionaux de suivi des décès maternels et création des réseaux interrégionaux deSMNN | 96 |
| 3.3 Renforcement des approches qualité et mise à niveau des maternités et des services/unités de néonatalogie | 97 |
| 3.4 Mieux cerner les modalités et les limites de « la participation communautaire » en tant que moyen et en tant que processus dans la promotion de la SMNN et dans l'amélioration du rendement du système de santé notamment celui du secteur public. | 98 |
| 3.5 Elaboration d'un plan d'action de mise en œuvre des paniers des SESMNN | 98 |
| 3.6 Accélération du processus de numérisation du secteur de la santé et de modernisation de ses Systèmes d'Information de Santé (SIS) et Hospitalier (SIH) | 98 |
| Conclusion | 100 |
| Annexes 1 : Définitions adoptées | 102 |
| Annexe 2 : Liste des références consultées pour l'élaboration de l'ébauche des paniers de SESMNN | 109 |

Préface

Ce document coordonné par l'Office National de la Famille et de la Population, avec l'appui de l'UNFPA, s'inscrit dans le cadre du projet d'appui au processus de définition des options de panier de services essentiels en santé maternelle et néonatale, engagé par le Ministère de la Santé, dans le cadre du programme conjoint en Santé Maternelle et Néonatale 2015-2019.

Il est le fruit d'un travail continu et conjoint, qui a mobilisé les partenaires nationaux gouvernementaux et non gouvernementaux, les partenaires internationaux, les experts et des personnes ressources qui ont appuyé le processus de conception du document et sa revue finale.

L'utilité de ce document réside dans le fait qu'il constitue un outil approprié pour les professionnels de santé visant à optimiser les pratiques cliniques et institutionnelles des services périnataux et néonataux fournis et à garantir la continuité et la qualité de la prise en charge.

Il constitue, le point de départ pour un plaidoyer en vue d'une adoption du panier des services essentiels en santé maternelle et néonatale (SMNN) permettant la promotion de la SMNN et la réduction des taux de morbi-mortalité maternelle et néonatale et des handicaps d'origine périnatale, en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durables pour 2030 auxquels la Tunisie a adhéré.

Dr Rafla Tej DELLAGI

Remerciements

La révision des paniers de soins essentiels de santé maternelle et néonatale constitue l'une des étapes d'un long processus engagé depuis plus de deux décennies, visant l'adaptation de l'offre des soins aux besoins des mères et des nouveau-nés et l'application des principes d'équité, de qualité et d'efficacité. Elle a été menée à terme, dans un temps court, grâce à l'implication des responsables des programmes nationaux de « Santé Sexuelle et de la Reproduction » et de « Périnatalité », membres de l'équipe d'appui de l'UNFPA, de l'ONFP, des représentants de la société tunisienne de gynéco-obstétrique et ceux de la société tunisienne de pédiatrie, et grâce à la participation de nombreux professionnels et acteurs du système de santé aux ateliers interrégionaux organisés en cette occasion. Qu'ils trouvent tous, dans ce document l'expression de notre reconnaissance et gratitude pour leur contribution dans l'analyse de la situation et leur intervention dans l'identification des lacunes et des besoins des populations cibles de ces paniers.

Nos remerciements et notre reconnaissance s'adressent également à tous les confrères qui nous ont aidé dans la réalisation de cette révision des paniers et ont mis à notre disposition leurs documentations, leurs expériences et leurs précieuses informations.

L'élaboration de ce document a été possible grâce aux efforts et la persévérance de Pr Faiçal Ben Salah et de Dr Mohamed Khrouf.

Résumé

La révision des services mis à la disposition des mères et des nouveau-nés et l'élaboration d'un panier de soins essentiels en santé maternelle et néonatale (SESMNN) a pour objectif le renforcement de la promotion de la santé et du bien-être de la mère et du nouveau-né, la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale ainsi que ceux de la morbidité grave et des handicaps liés à la grossesse à travers une réponse appropriée aux lacunes détectées au niveau de l'offre des services existants. Elle a été entreprise dans le cadre du programme conjoint en SMNN 2015-2019 du ministère de la santé et l'UNFPA et a été confiée à une équipe de deux consultants nationaux spécialistes en santé publique et en obstétrique.

La démarche adoptée a été centrée sur la mère et le nouveau-né, couvrant les phases de préconception, de grossesse, d'accouchement et du postpartum pour la mère et celles de la conception jusqu'au 28^{ème} jour pour le nouveau-né. Dans le souci de construire sur le consensus, elle s'est faite selon une approche participative, en partant de l'existant et en référence à une documentation nationale et internationale dédiées tout en se conformant à la logique de santé publique fondée sur la prévention, l'équité d'accès à des soins de qualité, l'acceptabilité des interventions, le souci d'efficacité et d'efficience des interventions ainsi que l'harmonie avec les engagements nationaux et internationaux de l'Etat.

Le premier chapitre présente le contexte socio-économique et démographique en Tunisie, des données sur les conditions de vie de la famille tunisienne ainsi que la méthodologie adoptée. Cette dernière s'est déroulée en 6 étapes : (i) revue documentaire couvrant les champs de la consultation en se référant à la définition et à la portée des SESMNN du guide proposé par l'USAID ; (ii) élaboration d'une ébauche de liste des services nécessaires en SM et en SNN à partir de l'inventaire des services existants complété par les conclusions des évaluations nationales et les recommandations avérées de la bibliographie mondiale de référence ; (iii) Organisation de 3 ateliers interrégionaux de consultation des acteurs clés et des entretiens avec des spécialistes, des responsables des programmes nationaux de SMNN et de la CNAM ainsi que des représentants du secteur privé pour recueillir leurs avis sur le paquet actuel des actes de soins de SMNN et affiner la réflexion sur les rapports entre demandes, besoins et moyens (nécessaires et disponibles); (iv) Développement des options de paniers en se basant sur les conclusions des ateliers et des entretiens ; (v) soumission du projet au terrain lors d'un atelier national qui a permis de discuter puis valider l'option prise pour les

paniers de services et de recueillir des propositions sur les mesures à engager par l'Etat et la CNAM pour pérenniser le financement des paniers de soins retenus et (vi) rédaction du rapport.

Le deuxième chapitre du rapport retrace l'historique des services de SMNN depuis l'indépendance jusqu'à nos jours, mettant en lumière les acquis du système de santé, ainsi que les lacunes qui sont apparues au fil du temps, compte tenu notamment de l'évolution des concepts et des contraintes de mise en œuvre des techniques qui n'ont pas pu être intégrés au fur et à mesure. Il a été ainsi rappelé l'excellence du modèle tunisien et ses points forts, notamment en matière de formation initiale et de formation continue des professionnels de santé, les diverses stratégies sanitaires ainsi que les dispositifs sociaux qui ont accompagné/bénéficié de la promotion de la santé maternelle et néo-natale, sans oublier toute l'infrastructure de prise en charge mise en place. L'état des lieux souligne notamment la réactivité du système tunisien qui après avoir engagé la réforme des soins de santé de base dans les années 80, intégré le concept de la santé de la reproduction en 1994, adopté le concept de la maternité sans risque en 1998, a lancé en 2017, dans le sillage de l'adoption de « la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 », le processus de conception et de mise en place de la « stratégie nationale globale de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent » telle que alignée aux objectifs du développement durable pour coller au nouveau cadre conceptuel des NU.

Ce même chapitre a détaillé le panier de services actuels et passé en revue l'arsenal juridique et réglementaire allant de la Loi n° 57-3 relative au registre de l'état civil et la loi du 9 janvier 1961 qui a rétabli l'importation et la vente des produits contraceptifs jusqu'à la circulaire du MS concernant la promotion de l'allaitement maternel. Toutes les prestations recensées ont été analysées par rapport à leur stade d'intervention, leur composition et par rapport à l'accessibilité. Deux tableaux, l'un pour la mère et l'autre pour le nouveau-né (p25-p28), résument les composantes du panier actuel ainsi classées¹ .

Malgré ces constats positifs, le rapport relève que lors des entretiens avec les experts et pendant les ateliers interrégionaux des faiblesses ont été relevées. La bibliographie confirme que des évaluations antérieures avaient déjà souligné ces mêmes faiblesses inhérentes à l'offre de SESMNN du fait du contexte sociopolitique

¹ (A1) : prestations recommandées et accessibles et (A2) : prestations qui sont recommandées dans les programmes nationaux mais restent peu accessibles pour des considérations liées à l'accès géographique, organisationnel et/ou financier.

difficile, de la démotivation des professionnels, de la crise de confiance dans le secteur public et de la faiblesse des mécanismes de contrôle et de redevabilité. Le rapport rappelle le détail des constats générés par les entretiens et les travaux de groupes et met l'accent sur les recommandations qui soulignent la nécessité d'humaniser les structures d'accueil, de standardiser les procédures de prise en charge, d'accélérer la mise en place des pôles et des réseaux de périnatalité, de cibler en particulier les trois premières causes de la mortalité maternelle (hémorragie, l'HTA et ses complications et infection), de généraliser le dépistage prénatal des malformations congénitales et du dépistage de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie dans les prestations de dépistage néonatal, d'améliorer la lutte contre l'infection au streptocoque chez la femme enceinte en Tunisie ainsi que le renforcement des capacités et dotation des moyens nécessaires en équipement et médicaments, etc.

L'impact de la mise en place attendue des paniers retenus a été approché par le biais de l'amélioration des indicateurs de morbidité et de mortalité, ciblant les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en Tunisie ainsi que par le biais des indicateurs de processus qui restent à améliorer, notamment en terme d'équité dans la couverture de toutes les strates socioéconomiques et géographiques.

Le dernier volet du chapitre 2 trace le plaidoyer pour justifier la réforme actuelle, du fait que bon nombre de décès maternels et néonataux ainsi que de nombreux cas de morbidité pourraient-être évités si des soins essentiels déjà recommandés étaient assurés, les personnes les plus vulnérables mieux ciblées et si la continuité et la qualité des soins étaient mieux contrôlées. Les volets de prévention et de promotion de la santé seront ainsi mis en valeur dans le projet et quatre grandes orientations seront suivies ; s'agissant de :

- Concrétiser le droit constitutionnel des mères et du nouveau-né à la santé et assumer le devoir de protéger les populations vulnérables ;
- S'inscrire dans une politique de développement et de promotion de la santé et du bien-être de la mère et du NN pour atteindre les ODD 2030 ;
- Renforcer l'efficacité des interventions de prévention des malformations congénitales ;
- S'approprier le concept d'investissement dans la santé.

Le troisième chapitre détaille les champs couverts ainsi que les objectifs, principes généraux et caractéristiques communes du panier retenu, parmi 3 alternatives envisageables, à la lumière des discussions menées lors des entretiens et des ateliers. Celle retenue opte pour l'intégration dans le panier de SESMNN,

l'ensemble des soins recommandés dans les programmes nationaux mais peu ou pas pratiqués dans le secteur public.

Cette option couvre pour la mère l'ensemble des étapes allant de la préconception au post-partum y compris la promotion de l'allaitement maternel et la prévention et la prise en charge de la violence physique ou sexuelle faite aux femmes enceintes. Pour le nouveau-né, il focalise sur 9 champs dont la surveillance du fœtus, la prévention et le dépistage prénatal du handicap, l'évaluation initiale et le dépistage néonatal. Les objectifs des paniers sont recadrés et orientés vers la prévention et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. La prévention, l'éducation pour la santé et la nutrition étant les domaines où les améliorations les plus importantes peuvent être attendues ; ils bénéficieront d'autant d'attention que les soins. De même, le côté éthique, respect des droits humains et amélioration de la qualité seront les points forts du programme tel que revu.

Ainsi, les orientations développées et les services proposés dans le cadre du panier des SESMNN constituent une synthèse de ce qui a été déjà recommandé et s'appuient sur les récents consensus et recommandations des programmes nationaux et internationaux en la matière. Parmi les principes clés du nouveau panier, on note le centrage sur l'intérêt suprême de la femme et du NN, l'accès équitable, l'intégration des services et l'approche communautaire.

Les services essentiels devront-ils alors partager des caractéristiques clés, tel que la disponibilité en quantité et en qualité suffisantes pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés indépendamment de leur statut matrimonial ou socio-économique et de leur lieu de résidence ainsi que l'accessibilité physique et économique. De même ces services devront-ils être adaptés au contexte socioculturel et répondre aux critères techniques, humanitaires et de sécurité des soins. Une coordination avec les autres secteurs est prévue.

Le projet de panier s'appuie donc sur la consolidation des activités de base déjà existantes et l'ajout de nouvelles activités en intégrant le facteur coût dans le choix des options. Il est détaillé en une série de 7 tableaux étiquetés de A à H qui reprennent pour la mère puis pour le nouveau-né les activités (elles-mêmes cotées) en fonction de la période et des circonstances : (i) Soins systématiques pour toutes les patientes et les nouveau-nés avec évaluation ciblée et soins individualisés ; (ii) Soins supplémentaires pour les patientes avec des accouchements normaux qui connaissent des affections/problèmes courants ou qui ont des besoins spéciaux et (iii) Soins spécialisés initiaux pour les patientes et aux nouveau-nés connaissant

des complications pouvant mettre leur vie en danger. Trente deux situations pour la mère et trente situations pour le nouveau-né ont été individualisées selon le profil sanitaire de la mère ou du nouveau-né. Pour chacune d'elle, une liste d'examen, de prescriptions, d'actes ou de mesures de soutien est arrêtée. Deux tableaux récapitulatifs (matrices) reprennent les cotes des activités énumérées pour expliquer leur distribution à travers les trois niveaux du système national de santé.

Ce chapitre est conclu par six recommandations qui faciliteront la mise en œuvre du nouveau panier, notamment la mise en place d'une démarche qualité et la pérennisation des ressources financières.

Introduction

La santé maternelle et néonatale (SMNN) a été incluse, depuis l'indépendance, parmi les priorités de la politique du pays et a bénéficié de manière permanente d'une attention particulière et continue des décideurs et des gestionnaires des programmes de santé. Dans ce cadre, plusieurs stratégies et programmes en faveur de la SMNN ont été adoptés, mis en place et développés au cours du temps pour mieux intégrer les droits des individus et des couples, de réguler leur fécondité, d'avoir une sexualité et une maternité sans risque, de garantir la survie de leurs enfants et pour mieux s'appropriier l'évolution des nouveaux concepts à l'échelle internationale.

C'est ainsi, qu'un intérêt particulier a été accordé à l'élargissement et à la qualité des services mis à la disposition des mères et des nouveau-nés pour maîtriser la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale et prévenir les incapacités liées à la grossesse. Malgré ces acquis et les résultats prometteurs enregistrés, de nombreuses évaluations nationales ont relevé plusieurs lacunes au niveau de ces services touchant à la faible capacité du système à assurer l'équité d'accès et résoudre les problèmes des disparités en matière d'offre de soins, à se conformer aux exigences de la qualité des soins et à intégrer l'appropriation des avancées scientifiques.

Pour mieux répondre à ces enjeux et ces défis qui mettent en péril les acquis enregistrés, la révision des services fournis et l'élaboration d'un panier de soins essentiels de santé maternelle et néonatale (SESMNN) a été entreprise dans le cadre du programme conjoint en SMNN 2015-2019 du Ministère de la Santé et l'UNFPA. Elle vise spécifiquement et en application du droit constitutionnel des mères et du nouveau-né à la santé, à intégrer davantage la dimension promotion de leur santé et leur bien-être dans les programmes de SMNN, à optimiser les pratiques cliniques et institutionnelles des services périnataux et néonataux fournis et à garantir la continuité et la qualité de la prise en charge. Elle vise également à répondre de manière consensuelle au souci d'amélioration des techniques médicales ainsi qu'à celui d'adaptation et d'innovation de l'offre de soins au contexte social caractérisé actuellement en Tunisie par une plus grande expression des attentes et des besoins aussi bien des populations cibles que des professionnels de santé.

Dans ce cadre, le présent rapport a été élaboré selon une approche participative centrée sur la mère et le nouveau-né, couvrant les phases de préconception et de grossesse jusqu'au postpartum. Le cadre participatif a réuni des personnes ressources représentant les diverses parties-prenantes : décideurs, gestionnaires de programmes de santé, cliniciens, gestionnaires des secteurs public et privé de santé, représentants des ministères et organismes concernés ainsi que des représentants de la société civile et de la communauté.

Dans la première étape du choix des deux paniers de soins essentiels, une attention particulière a été accordée aux principes inhérent à leur construction sur les récents consensus et recommandations des programmes nationaux ciblant la mère et le nouveau-né, à l'intégration des défis de développement et d'innovation des prestations offertes, à la non discrimination et au respect des fondements des politiques de santé publique à savoir : amélioration de l'accès et de la couverture, amélioration de la qualité, gestion des déterminants sociaux de santé, logique fondée sur la prévention, équité d'accès à des soins de qualité, harmonie avec les engagements nationaux et internationaux de l'Etat dont ceux inscrits dans les Objectifs de Développement Durable de 2030 (ODD 2030).

Dans une deuxième étape et pour aboutir à des paniers réalisables, les critères de priorisation et de sélection des composantes retenues ont intégré l'adoption des soins avérés et dont le coût est compatible avec les ressources financières disponibles ou pouvant être mises à disposition. Les estimations financières se sont basées sur les proportions annuelles de grossesse et de naissances attendues, sur les indicateurs nationaux de la morbidité maternelle et néonatale ainsi que sur les ressources humaines de santé disponibles et les infrastructures existantes.

Après une présentation de la mission de cette consultation et une description de la méthodologie utilisée, le rapport présente dans le chapitre I le contexte d'identification et d'exécution des services actuels de SMNN en Tunisie en termes d'acquis enregistrés, de défis relevés et de réponses apportées. Dans le chapitre II, il présente les deux paniers de soins essentiels de SM et de SNN retenus, leurs justifications ainsi que des recommandations et des mesures techniques et financières pour leur mise en œuvre et leur pérennisation.

Mission de la consultation

La présente consultation a été confiée à une équipe de deux consultants nationaux réunissant une expertise en santé publique et en gynéco-obstétrique. Elle a pour mission de :

- Assurer une revue documentaire sur l'état des lieux des services fournis en SMNN en Tunisie.
- Produire, selon une approche participative, un document contenant :
 - les justifications des options du panier de services nécessaires en SMNN ;
 - l'état actuel des services nécessaires en SMNN ;
 - les barrières d'accès aux services de SMNN ;
 - les propositions d'options de panier de SMNN permettant d'apporter une meilleure réponse aux besoins et aux attentes de la mère et du nouveau-né et aux lacunes enregistrées en la matière, tout en tenant compte des principes d'équité et de justice sociale, de protection des populations vulnérables, des exigences de la rationalisation et de la pérennisation des interventions ainsi que des barrières socio-culturelles, géographiques et financières d'accès aux services de SMNN.

Acronymes

| | |
|-------|--|
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché |
| BA | Bactériurie Asymptomatique |
| BAD | Banque Africaine de Développement |
| BCT | Banque Centrale de Tunisie |
| CRP | Protein C Réactive |
| CNAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| CTV | Conseils et Test VIH |
| DSSB | Direction des Soins de Santé de Base |
| ECBU | Examen Cyto-Bactériologique des Urines |
| FC | Fausse Couche |
| FAR | Femme en Age de Reproduction |
| FMAR | Femme Mariée en Age de Reproduction |
| GS | Groupe sanguin |
| HAS | Haute Autorité de la Santé |
| HBs | Antigène de surface de l'Hépatite Virale B |
| HBV | Hépatite Virale B |
| HGPO | Hyperglycémie Provoquée Orale |
| HVC | Hépatite Virale C |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| INNTA | Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire |
| INS | Institut National de la Statistique |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| ITG | Interruption Thérapeutique de la Grossesse |
| IVG | Interruption Volontaire de la Grossesse |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Survey |
| MS | Ministère de la Santé |
| NFS | Numeration Formule Sanguine |
| NN | Nouveau-né |
| NV | Naissance vivante |
| ODD | Objectif de Développement Durable |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONFP | Office National de la Famille et de la Population |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |

| | |
|--------|---|
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PCR | Réaction en Chaîne par Polymérase |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PMA | Procréation médicalement assistée |
| PNPN | Programme National de Périnatalité |
| PNSSR | Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive |
| PNLS | Programme National de Lutte contre le SIDA |
| PS | Professionnels sexuels |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| RAI | Recherche d'agglutinines irrégulières |
| PV | Prélèvement Vaginal |
| RCF | Rythme Cardiaque Foetal |
| Rh | Rhésus |
| SA | Semaine d'Aménorrhée |
| SESM | Soins Essentiels de Santé Maternelle |
| SESMNN | Soins Essentiels de Santé Maternelle et Néonatale |
| SESN | Soins Essentiels de Santé Néonatale |
| SIDA | Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| SM | Santé Maternelle |
| SMNN | Santé Maternelle et Néonatale |
| SNN | Santé Néonatale |
| SOU | Services obstétricaux d'Urgence |
| SSDM | Système de Surveillance des Décès Maternel |
| SSR | Santé Sexuelle et Reproductive |
| STGO | Société Tunisienne de Gynéco-Obstétrique |
| STN | Société Tunisienne de Néonatalogie |
| T | Trimestre |
| TA | Tension Artérielle |
| TMM | Taux de Mortalité Maternelle |
| TMNN | Taux de Mortalité Néonatale |
| TP | Taux de Prothrombine |
| UDI | Usagers de Drogues Injectables |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| USAID | Agence des Etats-Unis pour le Développement International |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VFF | Violences Faites aux Femmes |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Chapitre I

1. Contexte

La Tunisie est un pays d'Afrique du Nord appartenant au Maghreb Arabe. Sa superficie est de 163 610 km² dont 30% est occupée par le désert. Elle est bordée au nord et à l'est par 1300 Km de la mer méditerranéenne.

a. Contexte socio-économique et politique

Avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 3 688\$ en 2016 ² et un Indice de Développement Humain (IDH) de 0.721, la Tunisie est classée au 90ème rang dans le groupe des pays à développement humain élevé ³.

Le contexte général qui a suivi les événements de janvier 2011, est caractérisé par une période de transition politique où une panoplie de mesures audacieuses a été enregistrée dont notamment la réforme du système politique et l'adoption d'une nouvelle constitution dont les principes généraux garantissent des droits et libertés progressistes conformes aux standards internationaux. Néanmoins, cette période transitionnelle se caractérise également par de nombreux écueils liés à la non résolution des tensions sociales en relation avec la pauvreté (15,2% en 2015), le chômage qui reste élevé (15,3% en 2017), les importantes inégalités entre les régions côtières et les régions intérieures ainsi qu'à la crise de confiance du citoyen dans la capacité de l'Etat à engager les réformes promises.

Pour beaucoup de tunisiens, les acquis des politiques sociales nationales, menées depuis des décennies et s'appuyant sur l'éducation, la santé, la solidarité sociale et l'émancipation de la femme sont réellement menacés. En effet, en se référant à l'indice de Gini ⁴, on note que les politiques de développement de discrimination positive visant particulièrement les gouvernorats de l'intérieur ont certes contribué à réduire les inégalités (indice de Gini a passé de 0,4 en 1990 à 0,32 en 2010) mais les retards économique, culturel, éducatif et d'infrastructure des régions de l'ouest et du centre du pays restent palpables et source de tension. De même, le taux de croissance économique (1 %, en 2016 et 1,1 % en 2015) est bien en deçà de la

² BM. www.banquemondiale.org/fr/country/tunisia

³ PNUD. Données sur le développement humain.2013. <http://www.hdr.undp.org/fr/data#>

⁴ Un indicateur synthétique pour apprécier les inégalités. Les pays les plus égalitaires ont indice à 0,2.

moyenne de 4,5% enregistrée durant la décennie 2000-2010 et le taux de dette, de 66,9% du PIB en 2017, reflète une réelle impasse économique liée essentiellement à la perte des équilibres macroéconomiques, le fléchissement de l'activité dans les principaux secteurs de production et l'accroissement de la masse salariale qui accapare une partie importante du budget de l'état. Les retards de mise en œuvre de réformes essentielles, le repli de la production industrielle, la dégradation du climat des affaires et les mouvements sociaux ne font qu'aggraver cette crise et ont pour effet de maintenir les déficits budgétaires à des niveaux élevés.

Pour faire face à cette situation, un gouvernement d'unité nationale a été formé il y a plus d'un an dans le but d'entreprendre les réformes nécessaires mais se trouve confronté à de réelles difficultés politiques et sociales.

b. Contexte démographique

La population générale s'élève, en 2016, à 11 007 326 habitants et l'accroissement naturel est de 1.4%. Elle est à prédominance féminine (sex ratio : 0,98), relativement jeune (âge médian de 29,9 et une proportion des moins de 15 ans de 23,8%). Toutefois, la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans ne cesse d'augmenter (11,7% en 2016 contre 9.3% en 2004 et 5,6% en 1966) suite à la baisse de la fécondité (2,4 en 2016 contre 3,2 en 1994 et 6,7 en 1966) et l'allongement de l'espérance de vie (de 51,1 ans en 1966 à 75,1 ans en 2016) grâce à l'amélioration du niveau de vie, des soins de santé et de la nutrition.

Il est à relever que depuis la fin de la dernière décennie, on observe une hausse annuelle des naissances ayant pour corollaire une hausse des taux de fécondité (de 182 478 naissances en **2005** à 222 560 naissances en **2015**). Cette hausse s'explique par l'augmentation du nombre des mariages en grande partie, due à l'entrée des cohortes nombreuses nées dans les années 1970-1980 (contrats de mariage sont passés de 78 097 en **2004** à 106 102 en **2014**) malgré que le célibat reste important chez les femmes et les hommes (en 2014, le taux de célibat de 30-34 ans, concerné 28,4 % des femmes et 53.5% des hommes).

La densité est d'environ 65 habitants au km² avec des écarts importants de peuplement selon les gouvernorats allant de 4 habitants dans le gouvernorat de Tataouine à 3053 habitants au km² dans le gouvernorat de Tunis. Elle explique en partie les difficultés d'accès physique aux soins dans de nombreux gouvernorats.

c. Conditions de vie

En 2014, le nombre de ménages était de 2 713 000 avec un nombre moyen de personnes par ménage de 4.09. La majorité des tunisiens sont propriétaires de leur logement (taux de propriété immobilière : 79,2%) et réside en milieu urbain (66,6% soit une augmentation de 8,5 points par rapport à 1990)⁵.

Les investissements dans les programmes sociaux et dans l'infrastructure mis en œuvre par l'Etat ont permis une amélioration effective et continue des conditions de vie de la famille tunisienne améliorant ainsi le confort sanitaire et le confort des logements aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain et dans toutes les régions du pays. Ainsi, les taux de desserte en eau potable, de branchement des ménages au réseau public d'assainissement ou au réseau électrique se sont nettement améliorés (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution du confort des ménages entre 1994 et 2014

| Indicateur | 1994 | 2014 |
|---|------|-------|
| Population desservie en eau potable (en millions) | 7,5 | 10,7 |
| Taux de desserte par l'eau potable (%) | 84,7 | 98,2 |
| Taux de branchement des ménages au réseau public d'assainissement dans le milieu urbain (%) | 59,9 | 86,4 |
| Taux de branchement des ménages au réseau électrique (%) | 86,8 | 99,8 |
| Proportion des ménages ayant un téléviseur (%) | | 97,6 |
| Nombre d'abonnés aux réseaux téléphoniques fixe et mobile (millions) | 0,5 | 13,7 |
| Densité téléphonique (en lignes pour 100 habitants) | 5,3 | 125,5 |
| Capacité de connexion au réseau international d'Internet (en Gbits) | | 90 |
| Nombre d'abonnés au réseau Internet (en milliers) | | 1129 |

2. Méthodologie du travail : La révision des services de SMNN vise le renforcement de la promotion de la santé et du bien-être de la mère et du nouveau-né, la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale (TMM, TMNN) ainsi que ceux de la morbidité grave et des handicaps d'origine périnatale. Elle a été soutenue par la logique de santé publique fondée sur la prévention, l'équité d'accès à des soins de qualité, l'acceptabilité des interventions, le souci d'efficacité et d'efficience des interventions⁶ ainsi que l'harmonie avec les engagements nationaux

⁵ INS

⁶ En se référant aux recommandations de l'OMS cotées selon la méthodologie GRADE ou aux conclusions des bases de données reconnues.

et internationaux de l'Etat. Dans le souci de construire sur le consensus, une approche participative a été adoptée en s'appuyant sur une plateforme de dialogue réunissant des experts, des professionnels et des représentants de la société civile.

Dans ce cadre, les étapes suivantes ont été menées :

Etape 1 : Réalisation d'une revue documentaire couvrant les Champs de la consultation

- a. Adoption de la définition et de la portée des soins essentiels de SMNN du guide proposé par l'USAID : « Les soins maternels et néonataux essentiels⁷ sont constitués des services de soins que doivent recevoir toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés. Ils doivent être adaptés au contexte national, fondés sur des données probantes, ayant fait leurs preuves, ayant amélioré la santé et la survie des patientes et des nouveau-nés et basés sur des justifications solides et parfaitement ciblés par l'entremise d'une évaluation déterminée et des soins individualisés sur les principaux problèmes affectant les femmes et leurs nouveau-nés ».

Leurs buts sont : la promotion de la santé et la prévention des maladies ; le dépistage et le traitement des maladies existantes, le dépistage et la prise en charge rapide des complications ; et la préparation à la naissance ainsi que la prise en charge en cas de complications.

Les 3 composantes des soins essentiels sont des (figure 1) :

- soins systématiques avec évaluation ciblée et soins individualisés pour maintenir un cycle normal de procréation et une période néonatale normale pour toutes les femmes et les nouveau-nés ;
- soins supplémentaires : prestations fournies, le cas échéant, aux femmes avec des accouchements normaux qui connaissent des affections/problèmes courants ou qui ont des besoins spécifiques ;
- soins spécialisés initiaux : prestations fournis aux patientes et aux nouveau-nés connaissant des complications pouvant mettre leur vie en danger.

⁷ Soins maternels et néonataux de base : guide destiné au prestataire qualifié. USAID. 2004

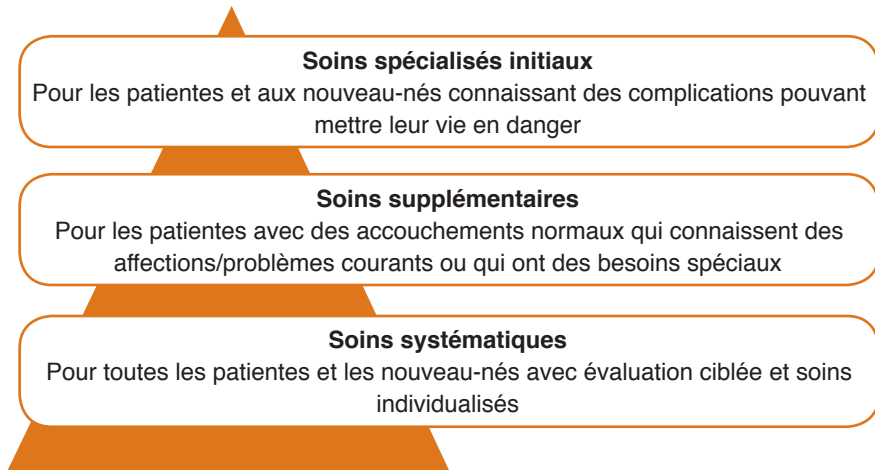


Fig. 1 : La portée des soins essentiels ⁸

- b. Identification sur la base des définitions et de la portée des soins essentiels retenues : les champs des paniers, les objectifs, les principes et les caractéristiques des services à proposer.

Etape 2 : Elaboration d'une ébauche de liste des services nécessaires en SM : inventaire des services existants complété par la bibliographie de référence

- c. Réalisation d'une revue documentaire pour cerner le contexte national, dresser l'état des lieux des services de SM et de SNN fournis en Tunisie et leur mode de financement ; synthétiser les problèmes de SMNN existants et les barrières d'accès à ses services (culturels, géographiques, financiers,...), relever les appréciations sur l'efficacité et l'efficience des interventions sanitaires engagées dans le cadre des programmes ciblant la mère et le NN et définir les acquis et les défis en matière de soins de SMNN.
- d. Elaboration d'une ébauche de listes des services nécessaires en SM et en SNN à partir de l'inventaire des services existants complétée par les conclusions des évaluations nationales et les recommandations avérées de la bibliographie mondiale de référence (voir annexe). Guidée par l'impact des interventions sur la réduction de la mortalité maternelle, une attention particulière a été accordée à l'encouragement des comportements favorisant la santé maternelle, aux

⁸ Inspiré du JHPIEGO/Programme de santé maternelle et néonatale

prestations préventives, aux examens complémentaires et aux médicaments. De même et dans un souci d'efficacité, les critères de priorisation et de sélection des composantes ont intégré cinq préoccupations à savoir : la satisfaction des besoins identifiés, l'équité quant à l'accès aux soins essentiels, la faisabilité technique, l'acceptabilité et le consentement des bénéficiaires ainsi que les capacités financières de prise en charge (fig. 2).

Etape 3 : Organisation d'entretiens avec les responsables de programmes et les experts nationaux et 3 ateliers interrégionaux de consultation des représentants des acteurs clés du Nord, Centre et Sud

- e. Organisation des entretiens avec des spécialistes, des responsables des programmes nationaux de SMNN et de la CNAM ainsi que des représentants du secteur privé pour recueillir leurs avis sur le paquet actuel des actes de soins de SMNN et les modalités de sa prise en charge, le besoin de l'expansion ou de la réduction des prestations offertes, les commentaires sur les ébauches élaborées des paniers de SM et SNN ainsi que sur les mécanismes de la régulation financière des paniers des services, l'analyse de la capacité de la CNAM à s'inscrire dans la logique d'action globale de santé, etc.
- f. Organisation de 3 ateliers interrégionaux (Nord, Centre, Sud) de consultation des acteurs clés pour :

- Recueillir les avis des acteurs locaux et régionaux de la santé sur les questions de SMNN au niveau de la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne ;
- Discuter l'ébauche de la liste des soins nécessaires en SMNN ;
- Etre éclairé sur le(s) niveau(x) de prestations des soins essentiels retenus et sur les mécanismes de leur régulation financière ;

Les propositions des participants aux ateliers ont été revues selon l'outil du cadre DECIDE ⁹ (Developing and Evaluating Communication Strategies to support Informed Decisions and Practice based on Evidence) qui intègre dans la prise de décision, les effets de l'intervention, les valeurs, les ressources, l'équité, l'acceptabilité et les critères de faisabilité.

⁹ DECIDE: uno strumento per rendere trasparenti i criteri utilizzati per le decisioni in sanità Elena Parmelli, Laura Amato, Carlo Saitto, Marina Davoli. *Recenti Prog Med* 2013;104(10):522-531

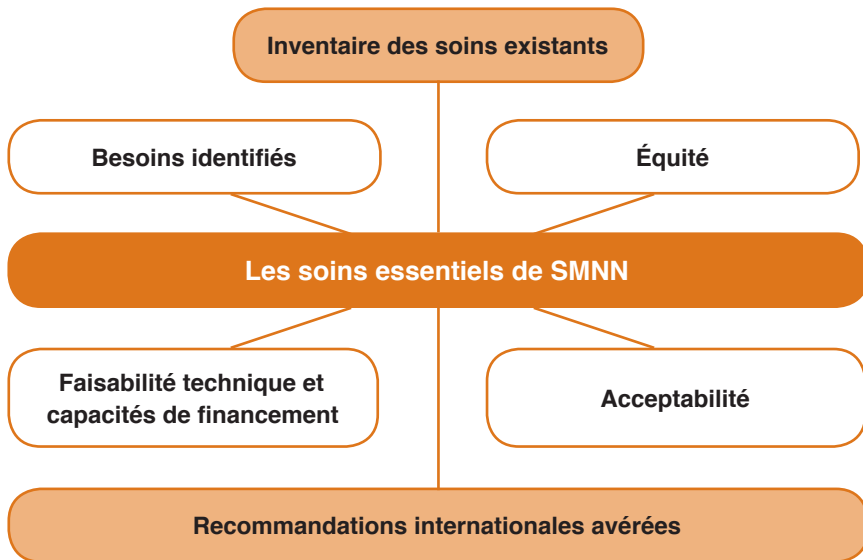


Fig 2 : Les Critères de priorisation et de la sélection des soins essentiels de SMNN

Etape 4 : Développement des options du panier et estimation de la demande et des besoins en services nécessaires et essentiels de SM selon les options

g. Développement des options de paniers en se basant sur les estimations de la demande et des besoins annuels en services essentiels de SMNN appréhendés à partir des données sur les proportions annuelles de grossesses et de naissances attendues, des statistiques actuelles sur le recours aux soins, les activités prévisionnelles et les données épidémiologiques (morbidité et devenir des grossesses : FC, IVG, ITG, Césarienne) et l'impact financier.

Etape 5 : Atelier national d'enrichissement et de validation

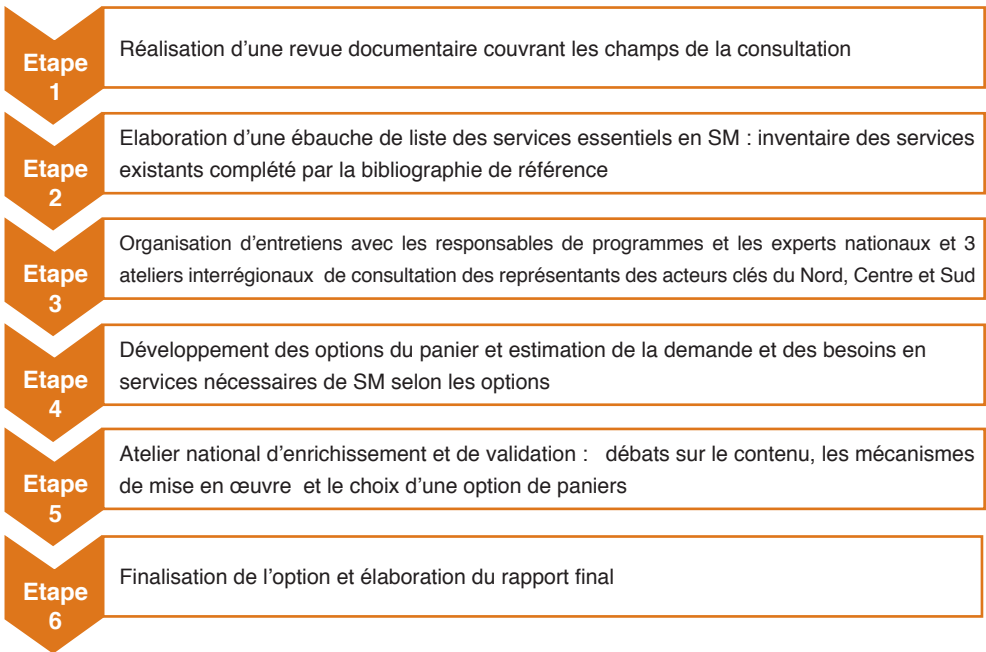
h. Organisation d'un atelier national pour : (i) la sélection et la validation de l'option finale permettant la promotion de la SMNN et la réduction des taux de morbi-mortalité maternelle et néonatale et des handicaps d'origine périnatale ; (ii) débattre des politiques à renforcer pour faire face aux inégalités d'accès aux soins essentiels de SMNN en Tunisie et faire des propositions sur les mesures à engager par l'Etat et la CNAM pour pérenniser le financement des paniers de soins retenus.

Etape 6 : Finalisation de l’option et élaboration du rapport final

- i. Révision de la ventilation du panier des services essentiels de SMNN par niveau sur la base du schéma d’organisation sanitaire, des exigences de la continuité et de la qualité des soins en matière de ressources humaines, d’équipements et d’infrastructure ainsi que des recommandations des entretiens et des ateliers.

- j. Elaboration du rapport final

Etapes d’élaboration des paniers de soins essentiels de santé maternelle et néonatale



Chapitre II

1. Evolution des services de SMNN en Tunisie : « de la prévention des naissances à la santé maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent »

La SMNN a été incluse, dès l'aube de l'indépendance, parmi les priorités de la politique sanitaire du pays et a bénéficié de manière permanente d'une attention particulière et continue des décideurs et des gestionnaires des programmes de santé. Depuis, les cadres juridiques et institutionnels ainsi que les stratégies et les programmes de la SMNN se sont développés progressivement pour mieux répondre aux besoins de la mère et du nouveau-né, pour intégrer les nouveaux concepts de SMNN et pour adopter les nouvelles acquisitions scientifiques et techniques en la matière. Ce processus traduit une volonté politique soutenue d'adapter la reconnaissance du droit constitutionnel de la mère et du nouveau-né à la santé et à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

Dans ce cadre, les services mis à la disposition de la mère et du NN ont suivi l'évolution des visions politiques nationales dont les principales étapes étaient :

- La satisfaction des besoins en matière de ressources humaines qualifiées dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant par la mise en place d'un dispositif de formation des compétences nationales à travers la création de la Faculté de Médecine de Tunis en 1964 et le lancement de l'école des sages femmes en 1965. Deux institutions qui ont permis à la Tunisie de répondre, assez tôt, à ses besoins en formant de nombreuses générations de médecins généralistes, de pédiatres, de gynécologues et de sages femmes qualifiés.
- Le développement de la formation spécialisée en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie dans les années 60.

« La qualité de notre médecine est satisfaisante. Cela est rendu possible grâce à la position ferme et tenace de l'état qui dès le départ est resté stricte quant aux programmes de formation ... Il faut continuer à être exigeant envers nos étudiants. C'est la condition sinéquanone pour une médecine de qualité ».

Pr Mohamed Chelli ¹⁰

¹⁰ Extrait de l'article de Mohamed Bergaoui paru à Leaders le 01/12/2010

- L'adoption, depuis les années 60, de la planification familiale comme composante essentielle des réformes entreprises pour la promotion de la condition de la femme. Elle s'est traduite par la libéralisation de la contraception ¹¹, le recours à l'interruption volontaire de la grossesse¹² ; l'entreprise des essais d'implantation du dispositif intra-utérin dans les hôpitaux publics et la création de l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONFP) en 1973. Ce dernier a développé le programme national de planification familiale en 1974 dont l'objectif était le contrôle des naissances et la baisse du taux de fécondité. L'ensemble de ces mesures a permis de mettre à la disposition des FMAR de manière progressive et équitable un ensemble de prestations contraceptives de qualité.
- L'ouverture, en 1964, de l'institut National de Santé de l'Enfance (actuel Hôpital d'enfants de Tunis) et de 12 centres de PMI assurant des consultations « de prévention des naissances » qui ont contribué à développer la mise en place des politiques et programmes de santé ciblant la mère et l'enfant dont notamment le relancement du Programme National Elargi de la Vaccination relancé en 1976 ¹³ avec des objectifs conformes à ceux de PEV de l'OMS.
- La création dans les années 70 de sites pionniers dans certaines maternités dédiés à la prise en charge du NN sain et malade et l'ouverture, dans les années 80, de 4 centres consacrés à la maternité et à la néonatalogie avec des services/unités de néonatalogie autonomes (la Rabta, Sousse, Sfax et Bizerte). Ces services/unités étaient à la base de la création de l'Ecole Tunisienne de Néonatalogie et de sa reconnaissance académique et politique en 1996.
- L'engagement dans les années 80, suite à la Conférence d'Alma Ata de 1978, de la réforme des soins de santé de base et son insertion dans le système de Santé Publique. Durant la même période, il y a eu l'instauration d'un système de sécurité sociale et de retraite et un système de gratuité des soins pour les plus pauvres qui ont contribué à une meilleure couverture sanitaire. Ces politiques ont considérablement amélioré l'accès aux prestations de première ligne, surtout pour les mères et les enfants et pour les populations les plus défavorisées. Elles ont permis, également, le développement de l'approche programmatique en santé publique en mettant en place une dizaine de programmes nationaux en faveur du couple mère-enfant.
- Le lancement, en 1987, du programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS/IST) qui couvre l'ensemble des domaines prioritaires de la lutte : IEC, détection précoce, prise en charge.

¹¹ Loi du 9 janvier 1961 qui a rétabli l'importation et la vente des produits contraceptifs.

¹² Décret n°73-2 du 26 septembre 1973

¹³ Décret du 5 mai 1972, relatif aux vaccinations obligatoires en Tunisie, tel que modifié par le décret n° 76-1097 du 15 décembre 1976. Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 28 octobre 2005, fixant la liste des vaccinations obligatoires.

- Le lancement, en 1990, du programme national de périnatalité dont les objectifs visaient la réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Ce programme a contribué à élargir le panier des prestations préventives ciblant la mère et à couvrir également plusieurs composantes des programmes de prévention et de soins des malformations congénitales¹⁴: intégration des approches de prévention et de soins des malformations congénitales dans les soins de santé primaires, initiation des programmes de dépistage des nouveau-nés, dépistage pré-nuptial, dépistage prénatal, etc.
- L'intégration du concept de la santé de la reproduction, en 1994 suite à la conférence internationale sur la population et le développement du Caire, dans les Programmes de Périnatalité et de Planification Familiale, depuis intitulé Programme de Santé Sexuelle et Reproductive. Cette option a permis d'élargir les prestations offertes au dépistage des cancers génitaux, à la prise en charge de l'infertilité, la lutte contre les IST et la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des Ado/Jeunes et la prise en charge de la ménopause.
- Le lancement du Plan National d'Action pour l'Alimentation et la Nutrition¹⁵ en 1995 qui a consolidé l'offre des prestations ciblant le renforcement de la lutte contre la carence en fer chez les enfants et les femmes en âge de procréer, de la promotion de l'allaitement maternel, d'éradication de la carence iodée ¹⁶ et de la promotion des modes de vie sains.
- La mise en place de la CNAM, en 2004, dans le cadre d'une réforme qui a unifié les régimes d'assurance maladie et des prestations sanitaires et élargit la couverture sanitaire aux prestataires privés de soins.
- L'adoption, en 1998, du concept de la maternité sans risque dont l'objectif était de promouvoir et de protéger la santé des femmes qui décident d'avoir des enfants ¹⁷. Cette décision, motivée par les résultats préoccupants de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle réalisée en 1993-94 (68.9 / 100 000 NV dont 87 % évitables) a renforcé le programme national de périnatalité. Elle s'est traduite par la mise en place de la stratégie nationale de réduction des décès maternels qui axe sur la prévention de la morbidité et de la mortalité néonatales et sur l'amélioration de la qualité de la surveillance prénatale et post natale, des conditions de l'accouchement en milieu assisté, en accordant une attention aux

¹⁴ Malformation congénitale. Rapport de la 63^{ème} assemblée mondiale de la santé. OMS. 2010

¹⁵ Revue des politiques et programmes de nutrition mis en place en Tunisie. INNNTA.

¹⁶ Décret n° 95-1633/1995 relatif à l'obligation de la commercialisation exclusive du sel iodé pour usage alimentaire et l'arrêté du 7 juin 2005 concernant la création d'un comité de surveillance des troubles dus à la carence en iode.

¹⁷ OMS.CISF/UNICEF « Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque » Atelier collectif pré-congrès CISF/OMS/UNICEF, Oslo, Norvège, 1996.

Soins Obstétricaux Essentiels de l'O.M.S (SOU) ¹⁸, ainsi qu'à l'amélioration des prestations de planification familiale et l'instauration d'un système de surveillance des décès maternels survenus dans les structures hospitalières publiques.

- Le lancement, en 2000, de la stratégie nationale d'assurance qualité des services de la santé maternelle et infantile en première ligne qui s'est traduite par :
 - L'élaboration d'un référentiel qualité comprenant 17 indicateurs de qualité des maternités périphériques et des centres de santé de base ;
 - La mise en place d'une stratégie de ciblage au niveau des régions à indicateurs de couverture périnatale inférieurs à la moyenne nationale ;
 - La création d'un réseau de parrainage et de partenariat entre les maternités universitaires et les maternités régionales ;
 - L'élaboration et la révision des modules de formation et d'encadrement.
- Dans le cadre du projet de mise à niveau du serveur public, engagé par l'Etat suite à la création de la CNAM, élaboration en 2008, d'un projet de normes pour les services des maternités des 3 niveaux (locaux, services, ressources humaines) et des services de NN au niveau régional et universitaire. Toutefois, 10 ans après, ces projets ne sont pas encore validés ni concrétisés.
- Lancement du programme conjoint en SMNN 2015-2019 réunissant le Ministère de la Santé, l'OMS, l'UNICEF et le l'UNFPA qui a pour objectif de renforcer les capacités du pays à promouvoir la SMNN à travers 3 axes stratégiques : la gouvernance, les prestations de services et le système d'information¹⁹.
- L'adoption, en 2017, de « la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 »²⁰ qui envisage un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent, dans quelque situation que ce soit, jouit de son droit à la santé et au bien-être physique ²¹. Dans ce cadre, il y a eu le lancement du processus de conception et de mise en place de la « stratégie nationale globale de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent alignée aux objectifs du développement durable »²². Concernant la composante SMNN, 10 objectifs stratégiques ont été retenus (encadré ci-dessous).

¹⁸ Taux de 7 établissements de SOU publics pour 500 000 habitants dont 2 pour 500 000 habitants dispensent des SOU complets. Par ailleurs, on compte environ 81 cliniques privées qui dispensent des SOU complets mais qui sont inégalement réparties sur le territoire national.

¹⁹ Programme conjoint en santé maternelle et infantile. OMS – UNICEF – UNFPA. 2015

²⁰ Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030 : survivre, s'épanouir, transformer. <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>

²¹ Les trois principaux objectifs de la stratégie sont: (i) Survivre : mettre un terme aux décès évitables, (ii) S'épanouir : assurer la santé et le bien-être et (iii) Transformer : étendre les environnements favorables. OMS. Note EB 138/15. 2016

²² Rapport de l'atelier national ayant réuni plus de 168 représentants des principaux acteurs et tenu le 1 et 2 Février 2017.

Stratégie nationale globale de santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent alignée aux objectifs du développement durable

Objectifs stratégiques

1. Renforcer le système de santé pour répondre aux besoins des mères et des NN ;
2. Renforcer les connaissances des femmes en matière de SSR ;
3. Assurer à chaque femme enceinte un parcours clair de soins, accessible et sécurisé ;
4. Garantir l'équité des soins pour toutes les femmes sur tout le territoire tunisien ;
5. Sécuriser le transfert des mères et du NN ;
6. Gérer les urgences obstétricales et néonatale en milieu hospitalier ;
7. Renforcer le système de surveillance de la mortalité maternelle ;
8. Garantir au nouveau né les soins adaptés à son état à la naissance ;
9. Renforcer le système de suivi de la mortalité néonatale ;
10. Promouvoir l'allaitement maternel.

Atelier national du 1-2 Février 2017

2. Les soins actuels de SMNN : « entre l'efficience des choix et les contraintes d'opérationnalisation »

Les soins actuels ciblant la mère et le nouveau-né couvrent la période préconceptionnelle, le prénatal, le travail et l'accouchement ainsi que le post-partum. Les soins sont identifiés selon une approche basée sur la notion de risque complétée par des messages d'éducation pour la santé. Plusieurs d'entre eux se réfèrent à des textes juridiques et réglementaires ou sont détaillés à travers des référentiels nationaux et des recommandations (encadré ci-dessous) en matière de :

- **La préparation de la procréation**, notamment la protection et le développement de la cellule familiale (l'âge au mariage, la liberté de la contraception, la prévention des IST/VIH/sida, la visite prénuptiale, l'éducation nutritionnelle, sexuelle et reproductive dès l'adolescence).
- **La prise en charge sanitaire prénatale** des femmes enceintes en préconisant la surveillance de la santé de la mère (5 consultations dont une est assurée obligatoirement par un médecin, 3 échographies), le dépistage, le diagnostic précoce et la prise en charge de certaines pathologies transmissibles ou compliquant la grossesse (diabète gestationnel, anémie, Syphilis, VIH, Toxoplasmose, Rubéole, HVB, HVC, l'infection urinaire, les malformations

congénitales, les hémoglobinopathies et les hyperplasies congénitales des surrénales, pré-éclampsie, rupture prématurée des membranes). Ce suivi offre un cadre adéquat à l'éducation pour la santé, la nutrition adéquate et équilibrée, **l'adhésion à la supplémentation en fer et en folates**, la promotion de l'allaitement maternel, l'information sur la transmission génétique ou d'autres pathologies familiales et la préparation à l'accouchement et à une urgence éventuelle.

- **La prise en charge de l'accouchement en milieu assisté** qui inclue des soins visant la prévention de la dystocie et du handicap, la gestion des situations d'urgence et des soins obstétricaux pour les femmes souffrant de maladies et de complications. Elle comporte le diagnostic du travail, un bilan sanguin minimal, la recherche des situations d'urgence, l'évaluation du pronostic de l'accouchement, le suivi du travail, le dépistage et la prise en charge des problèmes et complications obstétricales (travail prolongé, dystocie, souffrance fœtale, travail prématuré, hémorragie périnatale et du post-partum grave, etc...) ainsi que le suivi de la mère et du bébé après l'accouchement. Ces prestations sont complétées par des informations et des conseils à la mère pour insister sur **l'allaitement maternel**, **proposer** des méthodes contraceptives et pour lui permettre d'assurer, à domicile, les soins nécessaires à sa propre santé et à celle de son bébé et repérer les signes de danger.
- **Le suivi postnatal**, au 8^{ème} et au 40^{ème} jour, visant **la recherche de complications, la mise à jour des vaccinations antitétanique et contre la rubéole conformément au calendrier national, le renforcement de l'éducation sanitaire, la gestion des éventuels changements sexuels et éventuellement des soins supplémentaires en cas de besoin** (anémie, dépression post-partum, hémorragie grave, infection, etc.).
- **La protection de l'enfant à venir** depuis le stade fœtal (dépistage des malformations et autres maladies génétiques et congénitales) pour accompagner le nouveau-né à travers l'accouchement dans un milieu sécurisé, les soins généraux, l'allaitement maternel, la vaccination, le suivi post-natal (8^{ème} et 40^{ème} jour) et le suivi de la croissance.
- **L'accompagnement des cas vulnérables** à travers des services sociaux multisectoriels en conformité avec l'article 20 du code de la protection de l'enfance et la loi d'orientation relative à la promotion et la protection des personnes handicapées (n°83-2005 du 15 août 2005) qui incluent toutes les dispositions requises pour la protection des enfants vulnérables.
- **La lutte contre l'infertilité** en mettant à la disposition des couples les outils modernes de procréation médicalement assistée.

Tous les services introduits dans le cadre du renforcement des programmes nationaux, au cours des dernières décennies, se sont appuyés, conformément à l'approche programmatique axée sur les résultats, sur un ensemble de mesures et d'intervention visant :

- **L'amélioration de l'accessibilité géographique et financière ;**
- **La communication et l'information des publics cibles et des prestataires ;**
- **Le renforcement des capacités humaines à travers l'élaboration de manuels et de modules ²³ et la multiplication des sessions de formation, de supervision et d'encadrement des professionnels, notamment des sages femmes et des médecins généralistes ;**
- **L'assurance de la qualité de soins à travers plusieurs interventions dont notamment :**
 - L'actualisation de nombreux documents et manuels de prise en charge (Préparation à la vie conjugale, Surveillance prénatale, Paquet des soins de SSR, Outil d'encadrement des sages femmes et de supervision des maternités périphériques, Réanimation du NN, Péripartum, etc...).
 - La codification du dépistage, de la prise en charge et de la référence des grossesses à risque et des situations critiques (protocoles élaborés par la DSSB et par le collège de gynécologie obstétrique) ;
 - Le ciblage des zones qui ont des taux de mortalité maternelle plus élevés que la moyenne nationale ;
 - L'adoption d'un processus d'évaluation régulière de la qualité technique des soins qui s'appuie sur des mécanismes de supervision, le suivi des indicateurs de qualité en SMI et des indicateurs de fonctionnalité des circonscriptions sanitaires, le SSDM. Plus récemment des initiatives de Certification sont en cours à l'échelle de certains services et structures de santé (essentiellement privées).
- **L'identification et la distribution des équipements nécessaires ;**
- **L'adoption de procédures de coordination, de suivi et d'évaluation.**

²³ module de réanimation du nouveau né en salle de travail (2000), guide sanitaire de préparation à la vie conjugale (2000, 2005 et 2006), module «la surveillance prénatale» (2006), «consensus de prise en charge des pathologies en gynécologie obstétrique» (2004), «outil d'encadrement des sages femmes et de supervision des maternités périphériques» (2006), stratégie de lutte contre les IST-VIH/sida (2010), paquet des soins essentiels de SSR (2013), péripartum (2015), etc.

Les principales références juridiques, réglementaires et programmatiques des soins de Santé Maternelle et de Santé Néonatale en 2017

- Loi n° 57-3 du 1er août 1957 relative au Registre de l'Etat civil ;
- Loi 64-46 du 3 Novembre 1964 - arrêté du 28 juillet 1995, arrêté du 16 décembre 1995 et la circulaire N° 58/96 du 8 Mai 1996 (certificat prénuptial) ;
- Article 214 du code pénal (Modifié par la loi n°65-24 du 1er juillet 1965 et par le décret-loi n°73-2 du 26 septembre 1973 adopté par la loi n°73-57 du 19 novembre 1973) (IVG) ;
- Loi n° 83-24 du 4 mars 1983, relative au contrôle de la qualité, à la commercialisation et à l'information sur l'utilisation des substituts du lait maternel ;
- Décret n° 99-1043 du 17 mai 1999 (JORT n° 43 du 28 Mai 1999); Circulaire N°102 du 27 octobre 2008 du Ministre de la Santé (décès maternels) ;
- Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 28 octobre 2005, fixant la liste des vaccinations obligatoires ;
- **Circulaire 191 du 15 novembre 1980 ayant pour objet « la recommandation pour un allaitement maternel immédiat et exclusif » ;**
- **Circulaire 9 du 30 janvier 2015 relative au renforcement de la surveillance périnatale.**
- Programme national de périnatalité. DSSB ;
- Programme national de santé sexuelle et reproductive. ONFP ;
- Stratégie de promotion de l'allaitement maternel (incluse dans le PNPN). DSSB ;
- Plan National d'Action pour l'Alimentation et la Nutrition. INNTA ;
- Plan stratégique national sur les IST et le Sida. DSSB ;
- Stratégie nationale de PTME.DSSB ;
- L'initiative Maternité Amie des Nouveau-nés « IMAN ²⁴». DSSB – STN – INNTA - UNICEF

L'ensemble des soins prévus sont confiés aux prestataires de 1^{ère} ligne en dehors des soins spécialisés qui sont confiés aux prestataires du 2^{ème} et/ou 3^{ème} niveaux.

Dans les tableaux ci-dessous, on présente la liste des soins actuels, sus-cités, de santé maternelle et néonatale en faisant la distinction entre les prestations recommandées dans les programmes nationaux et accessibles (Option 1 présentée par le code A1) et les prestations qui sont recommandées mais

²⁴ IMAN est un projet de renforcement de l'allaitement maternel à travers la promotion de la mise au sein précoce dans 4 gouvernorats du Nord-Ouest, de 2014 à 2016, dans le cadre d'un partenariat entre la DSSB, la STNN et l'UNICEF. Son objectif général était de contribuer aux efforts nationaux pour le renforcement de l'allaitement maternel en Tunisie à travers le contact peau à peau et la mise au sein précoce.

restent peu accessibles pour des considérations liées à l'accès géographique, organisationnel et/ou financier (Option 2 présentées par le code A1).

Tableau 2 : Les soins actuels de santé maternelle recommandés dans les programmes nationaux ²⁵

| Suivi | Consultation pré-conceptionnelle | Niveau de l'offre | 1ère consultation Entre 7- 11SA | Niveau de l'offre |
|-------------------------|---|-------------------|--|----------------------|
| Objectif | Prévenir les complications et le Handicap | | Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse | |
| Examen Clinique | Recherche de facteurs de risques, pathologies associés Anomalies génétiques Facteurs de risque de l'infertilité | A1 | Interrogatoire Examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; TA ; examen des seins ; | A1 |
| Examens complémentaires | Groupe sanguin | A1 | Groupe sanguin Toxoplasmose et rubéole- Recherche d'agglutinines irrégulières, Recherche de l'antigène HBs, HCV | A1 A2 A2 A2 |
| Examens à proposer | Toxoplasmose et rubéole HBS, HCV HIV | A2 | Sérologie VIH 1 et 2 ; NFS ECBU | A1 |
| Informations/ conseils | L'éducation nutritionnelle, sexuelle et reproductive | A1 | Alimentation Tabac (actif ou passif) Hygiène de vie | A1 |
| Prescriptions | | | Fer et folates | A1 |
| Suivi | 2ème Consultation 16 SA -18 SA | Niveau de l'offre | 3ème Consultation 23-26 SA | Niveau de l'offre |
| Objectif | Suivre le développement de la grossesse | | Vérification bien être maternel et fœtal | |
| Examen Clinique | PA ; TA ; poids ; hauteur utérine Vérification des examens complémentaires | A1 | Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du coeur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines Présentation, longueur col | A1 |

²⁵ Périmpartum normal. Module à l'usage des professionnels de santé. DSSB. 2015 - Paquet essentiel des services de santé sexuelle et reproductive. ONFP – UNFPA. 2013

| | | | | |
|-------------------------|--|-------------------|--|-------------------|
| Examens complémentaires | Toxoplasmose / rubéole si non immunisée ou si statut nécessite 2ème détermination RAI si Rh négatif Echographie morphologique entre 22- et 25 SA | A2 A2 | Proténuirie / glycosurie Dépistage d'infections urinaires à la bandelette urinaire et ECBU en cas de positivité Toxoplasmose si non immunisée Rattraper échographie morphologique si non faite échographie col si FR d'accouchement prématuré | A1 A2 |
| Informations/ conseils | Rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité ou violence | A1 | Rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité ou violence | A1 |
| Prescriptions | Supplémentation en fer/ folates fonction de l' NFS | A1 | Supplémentation en fer/ folates | A1 |
| Suivi | 4ème consultation 31 SA -33SA | Niveau de l'offre | 5ème Consultation 35 -37 SA | Niveau de l'offre |
| Objectif | Vérifier la croissance fœtale et le bien être maternel et fœtal | | Etablir un pronostic d'accouchement | |
| Examen Clinique | Examen clinique et obstétrical | A1 | Examen clinique et obstétrical | A1 |
| Examens complémentaires | Proténuirie / glycosurie Dépistage d'infections urinaires à la bandelette urinaire et ECBU en cas de positivité Toxoplasmose si non immunisée Faire échographie T3 Présentation, placenta, biométrie, quantité de liquide et échographie col | A1 A2 | Proténuirie / glycosurie NFS – TP-TCK Dépistage d'infections urinaires RCF en cas d'anomalies croissance fœtale ou autre condition imposant la surveillance du bien être fœtal Echographie en cas de doute sur la présentation ou si anomalies de croissance fœtale ou autre | A1 A2 |
| Informations / conseils | Informations pratiques et conseils sur l'accouchement et vérification des conditions de sécurité de la mère et de son enfant | A1 | Informations pratiques et conseils sur l'accouchement et vérification des conditions de sécurité de la mère et de son enfant | A1 |
| Prescriptions | | | Traitement d'une éventuelle infection au prélèvement vaginal | A1 |

| Suivi selon la situation | | Niveau de l'offre |
|--|---|-------------------|
| Mère présentant une grossesse à risque ou une grossesse pathologique | Evaluation initiale Transfert selon les recommandations nationales au niveau 2 ou 3 pour confirmation diagnostique, prise en charge efficace des dystocies et anomalies du travail ainsi que des anomalies du bien être fœtal | A1 |
| Suivi | Travail et accouchement « normal » | Niveau de l'offre |
| Evaluation du pronostic de l'accouchement | Revue des antécédents médicaux et obstétricaux de la mère Examen physique Surveillance du déroulement du travail (partogramme) RCF en cas de besoin (maternité niveau 2 et 3) Soins supplémentaires ou spécialisées en cas de besoins | |
| Accouchement assisté | Soins visant la prévention de la dystocie et du handicap ainsi que la gestion des situations d'urgence Accouchement normal, instrumental ou par césarienne | |
| Délivrance | Soins, toilette et surveillance | |
| Enregistrement à l'état civil | | |
| Suivi selon la situation pathologique | | Niveau de l'offre |
| Femmes présentant des complications, une grossesse gémellaire | Bilan maternel et fœtal Evaluation constantes Hémodynamiques durant le travail Transfert selon les recommandations nationales Prise en charge des complications maternelles et fœtales | |
| Suivi | Post-partum | Niveau de l'offre |
| Immédiat | Examen et soins généraux Surveillance en salle de naissance 2 heures dans le post partum Surveillance spécifique en cas de pathologie associée Allaitement précoce Soutien | A1 |
| Surveillance et soins au cours du séjour à la maternité | Soins et Surveillance minimale de 24 h sans facteurs de risque et de 2 jours en cas de césarienne sans complications Prévention thromboembolique selon les facteurs de risque Information et conseil (allaitement, soins de sa propre santé et celle de son nouveau-née à domicile soins thermiques, soins des seins, nutrition, hygiène, planification des naissances, signes de danger) | A1 |

| | | |
|-----------------------------------|---|----|
| Consultation du 8ème jour | Examen général et gynécologique Mise à jour de la vaccination antitétanique Renforcement de l'éducation sanitaire Adaptation du suivi au statut médical de la mère Prévention et traitement des IST Application continue des activités de PTME pour les mères vivant avec le VIH | A1 |
| Consultation du 40ème jour | Examen général et gynécologique Suivi des pathologies associées à la grossesse Renforcement de l'éducation sanitaire Adaptation de la surveillance au statut médical de la mère | A1 |

Tableau 3 : Les soins actuels de santé néonatale recommandés par les programmes nationaux

| La prestation | Les soins | Niveau de l'offre |
|---|--|-------------------|
| Prénataler | | |
| Surveillance de la santé du fœtus | Voir suivi prénatal de la mère | |
| Travail et accouchement | | |
| Accouchement assisté | Voir suivi de la mère en phase de « Travail et accouchement » | |
| Enregistrement à l'état civil | | |
| Post-partum | | |
| Immédiat | Soins systématiques immédiats évaluation initiale et classement de l'enfant, soins supplémentaires ou spécialisés en cas de besoins | A1 |
| Surveillance et soins au cours du séjour à la maternité | Soins généraux Surveillance rapprochée Glycémie Soutien particulier pour l'allaitement maternel exclusif Soins supplémentaires ou Soins spécialisés en cas de besoin Evaluation des signes fondamentaux En cas de besoin, référence vers une unité de NN de 2ème ou de 3ème niveau selon les critères « nationaux» | A1 |
| Visite avant la sortie | Réévaluation Vaccination (HBV1 – BCG1) et autres mesures (Vit D, ...) Soutien, Informations, conseils et accompagnement de la mère Notification des informations dans le carnet de santé et Enregistrement à l'état civil | A1 |
| Visite de contrôle pour les NN présentant des problèmes de santé | Contrôle médical au moins 1 fois/sem jusqu'à stabilisation | A1 |
| Consultation du 8^{ème} jour et du 40^{ème} jour | Evaluation de l'éveil psychomoteur Surveillance de la croissance staturo-pondérale Soins essentiels préventifs continus aux nouveau-nés, y compris assistance à l'allaitement exclusif à la demande, maintien de la température, soins du cordon ombilical, etc. Détection de signes de danger et référence en cas de besoin Détection de problèmes mineurs, traitement local si nécessaire, et suivi comprenant le référence Dépistage précoce | A1 |

3. Les acquis et les défis de l'offre des soins de santé maternelle et néonatale : « des fondations solides exposées à des risques déstabilisants »

La performance et l'efficacité des stratégies et programmes sanitaires, nutritionnels et éducatifs ciblant la femme et l'enfant à grande échelle dépendent du contenu, de la qualité et de la disponibilité en quantité suffisante de l'offre des soins. Elles dépendent également de la réponse apportée pour mieux contrôler les déterminants socio-sanitaires ainsi que de l'accessibilité géographique et économique aux services et des mécanismes mis en place pour leur organisation, régulation, coordination et suivi.

Il est incontestable que les stratégies et les programmes nationaux de SMNN, ayant intégré ces différentes dimensions, ont enregistré des performances indéniables comme en témoigne la constante amélioration de la santé de la mère et du NN avec la réduction significative de la charge de morbidité et de mortalité MNN et l'évolution favorable et continue des différents indicateurs de santé au cours de ces deux dernières décennies²⁶. Malgré ces résultats prometteurs, nombreuses évaluations nationales, synthétisées dans le rapport sur l'Etat des lieux de la SMNN en Tunisie²⁷ et dans l'analyse de la situation de développement de la petite enfance²⁸, ont relevé des faiblesses dans l'offre des soins essentiels de SMNN du fait du contexte socio-politique difficile, de la démotivation des professionnels, de la crise de confiance dans le secteur public et de la faiblesse des mécanismes de contrôle et de redevabilité. La plupart de ces faiblesses ont été ré-évoquées lors des entretiens avec les experts ou lors des ateliers interrégionaux dont la synthèse est présentée dans l'encadré ci-dessous. Parmi ces lacunes on note notamment :

En matière d'offre et de processus :

La faible conformité du système à assurer l'équité d'accès à des soins de qualité recommandés dans les programmes nationaux, à intégrer l'appropriation des avancées scientifiques, à résoudre les problèmes des disparités en matière de mortalité maternelle et de mortalité néonatale selon le milieu, le niveau socio-économique, la région et le niveau d'éducation de la femme ou à se conformer aux exigences de la qualité des soins.

²⁶ MICS4

²⁷ Etat des lieux de la santé maternelle et néonatale en Tunisie. O. Brixi. DSSB-FNUAP-OMS-UNICEF. 2017

²⁸ Analyse de situation du développement de la petite enfance en Tunisie. F. Ben Salah. DGE-MFFE. 2016

En effet, malgré l'investissement engagé pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures de première ligne en Tunisie et pour élargir les services mis à la disposition de la mère et de l'enfant :

- La disponibilité réelle, la continuité et la globalité de ces services font défaut. La gratuité n'est pas vraiment assurée pour le suivi prénatal et pour les grossesses à risques et les examens complémentaires ne sont pas tous remboursés. De même, il y a une inadéquation de l'offre des services par rapport aux besoins notamment en néonatalogie.

Conclusions de l'étude sur « la disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale de 1^{ère} ligne dans 4 régions de Tunisie. DSSB – ONFP. 2016 - Programme conjoint en santé maternelle et néonatale :

- Disponibilité restreinte de certains services, particulièrement dans les zones rurales
 - Inventaires incomplets (particulièrement dans les maternités périphériques)
 - Non-disponibilité de certains services prévus en première ligne (tests de toxoplasmose et de rubéole, échographie, etc.)
 - Difficultés de continuité avec les services de 2^{ème} ligne (transferts)
 - Mauvaise qualité perçue de l'accueil et méconnaissance des services par certaines utilisatrices
 - Insuffisance de planification et d'organisation des services
 - Insuffisance de supervision
 - Très faible gestion des ressources humaines
 - Insuffisance dans la formation tant des prestataires que des gestionnaires
- La stratégie de ciblage des zones défavorisées a certes donné ses fruits mais à un degré variable selon la région. Elle mérite d'être renforcée par l'adoption d'une approche holistique qui touche l'ensemble des facteurs pouvant intervenir pour améliorer directement ou indirectement l'offre de services de santé et renforce l'implication et la coordination de l'ensemble des partenaires²⁹.
- Le domaine de la promotion de la SMNN est peu ciblé, les examens complémentaires préconisés et les services de soins obstétricaux d'urgence (SOU) restent peu accessibles pour certains groupes de femme par indisponibilité de structures publiques de première ligne, de rupture de stocks de médicaments, d'indisponibilité de personnels qualifiés ou d'équipements.
 - L'absence de stratégie nationale et de normes pour la prise en charge de l'infertilité du couple.

²⁹ Promotion de la santé de la mère et de l'enfant : Documentation de l'approche ciblage des gouvernorats du Centre-ouest Tunisien. DSSB –UNICEF. 2009

- Le transfert médicalisé, qui concerne près de 25% des parturientes et qui est une fois sur cinq non justifié ³⁰, est souvent assuré dans des conditions peu sécurisées.
- L'approche qualité se heurte à des problèmes de gouvernance du processus de sa mise en œuvre dans les structures de SMNN et à la faible capacité du système à développer auprès des professionnels de santé une culture en faveur de la qualité et de la sécurité des soins. Les projets de normes « obstétrique et néonatalogie » élaborées en 2008 ³¹ ne sont pas encore opérationnalisées. Ces normes définissaient les différents niveaux et les missions spécifiques à chaque niveau en obstétrique, soins néonataux, dépistage, prévention, information, formation et recherche. Elles précisent également les activités et tâches et incluent les normes d'organisation architecturale et de fonctionnement et les normes en ressources humaines.
- Le système d'information de SMNN en général et celui de SSDM ³² en particulier sont peu réactifs et ne permettent pas d'analyser ou de contribuer à mettre en place les mesures correctives appropriées ni à assurer leur suivi. Dans le cadre du renforcement des systèmes de surveillance, une réflexion est engagée pour introduire l'approche « Nears Miss » (décès maternels évités de justesse ou échappées belles) dans le système d'information et de suivi de la morbi-mortalité maternelle ³³.

Les principales conclusions et propositions des ateliers et des entretiens

Les constats :

- Une large disparité s'observe dans les différents domaines de la SMNN selon le milieu au détriment du milieu rural et selon les régions au détriment des gouvernorats du Sud et de l'Est du pays. Ces écarts touchent aussi bien l'offre des services que leurs effets sur la santé et sur la survie.
- Une large disparité de l'offre de soins selon les secteurs. Dans le secteur privé, le couple mère enfant bénéficie de la quasi-totalité des prestations recommandées alors que nombreuses consultantes du secteur public n'ont pas accès à des prestations de « base » (glycémie à jeun, GS, etc.)
- La persistance de nombreuses barrières culturelles, géographiques et financières à l'accès aux services de SMNN.

³⁰ Les transferts en obstétrique : Étude analytique dans six maternités périphériques en Tunisie. DSSB – UNICEF. 2001

³¹ Normes « obstétrique et néonatalogie ». MSP. 2008

³² Evaluation du système de surveillance des décès maternels en Tunisie. DSSB – UNICEF. 2005

³³ Proposition d'intégration de l'approche « étude des Nears MISS » (échappées belles) dans le système d'information de la morbidité et la mortalité maternelles. DSSB – OMS. 2014

- L'absence de texte précisant la gratuité des soins essentiels.
- La mise en place des paniers des soins sans prise en considération des insuffisances en ressources humaines, des capacités techniques limitées des laboratoires de 1^{ère} ligne, des insuffisances en équipements ou des difficultés de gestion et de coordination des services.
- L'incohérence ou le manque de clarté des textes réglementaires concernant les prestations obligatoires et/ou recommandées, la gratuité des services, l'organisation des services, etc.
- Le problème de l'organisation des soins est encore non résolu et impacte négativement le devenir de la prise en charge des mères et des NN. Il contribue à la dégradation de la qualité des prestations du secteur public.
- Le nombre élevé des complications dues au manque de suivi régulier durant la grossesse, au problème de continuité des soins (le continuum de soins n'est pas assuré ni dans le temps ni dans l'espace), les prix des explorations complémentaires élevés pour les ménages et les le travail conjoint en matière de SMNN se heurte à des difficultés de leadership et de coordination
- Les interventions en matière de qualité sont nombreuses mais n'ont abouti qu'à des changements peu perceptibles. Cette « inefficacité relative » serait en rapport avec l'absence de continuité des interventions ; les contraintes liées au manque de moyens et à la mobilité du personnel ; les limites du système de suivi, d'évaluation et de redevabilité ; l'environnement socio-culturel peu favorable,
- Le système ne parvient pas à relever le défi de renforcer l'investissement dans les stratégies promotionnelles et préventives et assure en même temps le développement de l'infrastructure et des équipements notamment ceux des structures de 2^{ème} et 3^{ème} niveaux.
- Les dysfonctionnements du circuit du patient en obstétrique et particulièrement du réseau de périnatalité qui sont source de transferts abusifs vers les niveaux 2 et 3 et de difficulté à réaliser des transferts in utero (par défaut de place en néonatalogie, difficulté à joindre les interlocuteurs).
- Les difficultés d'accès physique aux soins de réanimation néonatale niveau 3 vu le nombre limité de lits (près de 250 lits pour toute la Tunisie tous situés au niveau des régions côtières).
- La mauvaise organisation des transferts maternels et néonataux et l'absence de SAMU pédiatriques.
- L'amélioration des compétences des divers professionnels se heurte aux contraintes de la mise en œuvre des programmes de formation continue, de supervision et d'évaluation des pratiques. Les documents des programmes, protocoles, guides, normes sont peu disséminés.

Les propositions :

Elles ont porté sur :

- Humanisation des structures de naissances (Généralisation de l'accouchement avec analgésie péridurale en cas de demande ; Respect de l'intimité dans les box d'accouchement avec charte de comportement du personnel ; Lutte contre la stigmatisation des populations vulnérables (mère célibataires, femmes battus, PVVIH, travailleuse du sexe) ;
- Uniformisation des protocoles de prise en charge en santé maternelle et néonatale ;
- Réhabilitation des structures de prise en charge des mères et des NN aux 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} niveaux. Une attention particulière doit-être accordée à la valorisation de la 1^{ère} ligne.
- Accélération de la mise en place des pôles et des réseaux de périnatalité ;
- Adoption de mécanismes efficaces pour aboutir à une vraie consultation prénuptiale et garantie de la gratuité des examens complémentaires ;
- Révision des partogrammes ;
- Renforcement des stratégies de promotion de l'allaitement maternel ;
- Elaboration des parcours de soins et éviter les transferts abusifs ;
- Renforcement de l'accès gratuit des adolescentes non scolarisées aux consultations gynécologiques
- Amélioration de la prise en charge psychosociale et médicale des grossesses en dehors du cadre du mariage
- Rajouter les conseils d'éducation au carnet de santé ;
- Intégration des activités de prévention et de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans le programme national de périnatalité ;
- Généralisation du dépistage prénatal des malformations congénitales et du dépistage de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie dans le prestations de dépistage néonatal ;
- Inclusion des explorations de l'infertilité de première intention, le dépistage des aneuploïdies dans les paniers des SESMNN ;
- Retrait du dépistage de la Syphilis des examens systématiques ;
- Introduction du Misoprostol et adoption d'un cadre légal pour son utilisation hors AMM ³⁴ pour mieux traiter les malformations intra-utérines ;
- Introduction du Methotrexate et adoption d'un cadre légal pour son utilisation hors AMM ³⁵ pour mieux traiter les grossesses extra-utérines ;
- Introduction de la contraception post-partum immédiate dans les niveaux 2 et 3 ;

³⁴ NICE 2012 Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management

³⁵ NNICE 2012 Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management

- Encouragement de la prise en charge en ambulatoire du diabète gestationnel pour réduire la surhospitalisation favoriser un meilleur suivi ³⁶ ;
- Renforcement des moyens de surveillance des boxs d'accouchements (scopes, échographes, sacs collecteurs, etc) ;
- Introduction d'une politique de réduction des épisiotomies par une meilleure formation des sages femmes ;
- Seniorisation des gardes en niveau II et III (à condition d'avoir un effectif minimum et que cela concerne toutes les spécialités impliquées et accompagnée d'une amélioration du plateau technique) ;
- Ciblage particulier des trois premières causes de la mortalité maternelle : l'hémorragie, l'HTA et ses complications et l'infection.
- **Alignement des consultations du post partum avec le calendrier vaccinal du nouveau-né ;**
- Introduction d'une politique de réduction des épisiotomies par une meilleure formation des sages-femmes ;
- Amélioration de la lutte contre l'infection au streptocoque chez la femme enceinte en Tunisie ;
- Encouragement du recrutement des techniciens en pédiatrie dans les services de néonatalogie et dans les maternités à tous les niveaux ;
- Rejet de la proposition d'intégration du HPV vu que le type viral qui existe en Tunisie n'est pas cancérogène et que l'étude médico-économique sur les priorités en matière de prévention pour la santé a classé ce vaccin dans la 5^{ème} position parmi les vaccins à introduire dans le calendrier national.
- Réactivation des unités mobiles pour mieux couvrir les zones rurales ;
- Faire favoriser les migrants des prestations des paniers de SESMNN ;
- Ne pas oublier de mentionner les migrantes ;
- Engagement d'une réflexion nationale sur les maternités qui assurent moins de 200 accouchements par an ;
- Réalisation d'une cartographie sur les lacunes, par rapport aux normes, en infrastructure, équipements et ressources humaines dans les maternités et les services/unités de néonatalogie. Un audit est mené actuellement par la DSSB et l'OMS sur la disponibilité des services 1^{ère} ligne et pour la 2^{ème} ligne. Il est pertinent de la généraliser sur la néonatalogie et sur le 3^{ème} niveau.

³⁶ American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2016. Diabetes Care. 2016;39(suppl 1):S1-S106

En matière de résultats :

La non résolution des problèmes de santé techniquement et socialement maîtrisables reste préoccupante. Les faiblesses couvrent particulièrement les champs de :

- La réduction des maladies de la mère et de leur impact sur la santé de la mère et de l'enfant ;
- La gestion des principales causes des décès maternels : hémorragies sévères, maladies hypertensives et cardiovasculaires et infections ;
- La gestion des principales causes de prématurité ou de malformations congénitales ;
- La réduction des causes de la mortalité néonatale ;
- Le manque d'encadrement du recours à la césarienne.

En effet, la morbidité maternelle, source de complications périnatales, de mortalité maternelle et de problèmes de développement fœtal, reste élevée. A ce propos, il est important de noter que :

- L'obésité constitue un vrai problème de santé publique en Tunisie. En 2004, les prévalences du surpoids et de l'obésité chez la femme âgée de 15 à 49 ans étaient respectivement de 25% et 16,6%³⁷.
- La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréation et les femmes enceintes reste élevée, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et n'a pu être réduite que d'un tiers depuis 1990. Elle est de 29% chez les FAR³⁸. Le déficit en fer est sa première cause (2/3 des cas)³⁹. Toutefois, l'adhésion de la femme reste faible à la surveillance de l'anémie et à la supplémentation en Fer malgré les nombreux efforts engagés dans le cadre du programme national de périnatalité (70 % des femmes bénéficient de la supplémentation en Fer et l'adhésion thérapeutique moyenne n'est que de quatre mois).
- L'épidémie des infections à VIH, qui était faible et peu active, est actuellement de type concentré. En 2014, 7 enfants sont nés de mères séropositives⁴⁰.
- La proportion de femmes qui fument est relativement faible, de l'ordre de 3 à 5,2%^{41 42}, mais le risque d'exposition à la fumée secondaire est important vu

³⁷ INS, 2004

³⁸ Santé des tunisiens : Tunisien Health Examination Survey 2016 ». INSP

³⁹ DSSB-INNTA-UNICEF. Les anémies en Tunisie – causes et mesures d'intervention. 2002

⁴⁰ DSSB. Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

⁴¹ MDCI, INS, UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes en Tunisie. 2011 – 2012. (MICS4)

⁴² R. Fakhfakh, M. Hsairi et al. Tabagisme en Tunisie : comportements et connaissances. Bulletin de l'OMS de la Santé 61, Recueil d'articles N° 7, 2002

- que 55,6 % des hommes âgés de 25 ans et plus sont des fumeurs¹⁰.
- Les données nationales sur la santé mentale sont rares. Les troubles mentaux toucheraient 37 % de la population adulte ⁴³ et la prévalence de la dépression diagnostiquée serait de 5% ⁴⁴
 - La prévalence des infections materno-fœtales à streptocoque B serait de 5% ⁴⁵.
 - La prévalence du diabète chez la femme en Tunisie est de 18,2% en 2016 (5,3% dans la tranche d'âge 25-34 ans et 21,7% dans la tranche d'âge de 35 à 70 ans). 30% étaient insulinodépendants ⁴⁶ .
 - La prévalence de l'HTA chez la femme tunisienne est de 38,2% dont seulement 81% étaient traitées ⁴⁷ .
 - La prévalence de la Toxoplasmose dans la population générale est estimée de 47 à 58% ^{48 49} . Elle varie significativement avec l'âge (52% à 20 ans et 70% à 30 ans) et selon le milieu (67% en milieu urbain vs 52% en milieu rural). en absence de programme de prévention bien structuré, la demande sérologique précoce chez les femmes enceintes et la surveillance régulière en cas de séronégativité restent primordiales pour la prévention des toxoplasmoses congénitales.
- La stratégie nationale de lutte contre la rubéole congénitale, adoptée depuis 2005, s'appuie sur la vaccination systématique des filles scolarisées âgées de 12 ans et des femmes séronégatives en post-partum immédiat. Elle a permis une diminution de la proportion de sexe féminin parmi les cas de rubéole confirmée (55 % en 2003 et 40 % en 2011). En dépit de cette vaccination, une flambée de rubéole a été observée dans tout le pays en 2011. Elle était caractérisée par un nombre élevé de cas sévères à type essentiellement d'encéphalites (69 cas en 2011 et 42 cas en 2012) ⁵⁰ .

⁴³ L'étude réalisée par H. Zouhaier, chef de service à l'hôpital des maladies psychiatriques de l'hôpital des maladies psychiatriques « Razi », n'a pas été publiée

⁴⁴ Santé des tunisiens : Tunisien Health Examination Survey 2016 ». INSP

⁴⁵ Épidémiologie des infections materno-fœtales à streptocoque du groupe B. E. Ben Hamida Nouaili, K. Abidi, S. Chaouachi, Z. Marrakchi, Médecine et maladies infectieuses 41 (2011) 123–125 le 30 septembre 2010

⁴⁶ Santé des tunisiens : résultats préliminaires de l'enquête : « Tunisien Health examination survey » 2016. INSP

⁴⁷ Santé des tunisiens : résultats préliminaires de l'enquête : « Tunisien Health examination survey » 2016. INSP

⁴⁸ N. Fakhfakh, K. Kallel et al. Facteurs de risques pour toxoplasma gondii et statut immunitaire des femmes parturientes : relation de cause à effet ? la Tunisie Médicale – 2013 ; Vol 91 (n°3) : 188-190

⁴⁹ A. Bouratbine, et al. Profil séro-épidémiologique de la toxoplasmose au Nord de la Tunisie. Parasite, 2001. 8. 61-66

⁵⁰ Réseau national de surveillance des fièvres éruptives. 2012

De même, la majorité des cas (plus de 60%) de mortalité maternelle, dont le ratio était de 44,8 / 10⁵ NV en 2008, sont évitables ⁵¹. A ce propos, O. Brixi souligne que la non maîtrise des hémorragies traduit souvent des problèmes d'organisation, celle des infections reflète le contexte épidémiologique et l'usage des antibiotiques alors que celle des toxémies éclairci sur le niveau de surveillance en amont et sur la qualité des interventions d'urgence ⁵².

En matière de mortalité néonatale (12.5 ‰ NV pour la période 2007 – 2011 ⁵³ 15,3 pour 1000 NV en 2015 ⁵⁴ soit les 2/3 de la mortalité infantile estimée à 16,3 pour 1000 NV ⁵⁵), l'étude couvrant toutes les naissances survenues à l'hôpital Charles Nicolle pendant la période 2007 – 2011 ⁵⁶ relève que les pathologies gravidiques étaient des facteurs de risque important de mortinatalité (dont le taux est estimé à 10,2‰ en 2015) et de mortalité néonatale et qu'il n'y avait pas de différence significative de ces différents taux selon le niveau de la conformité du suivi prénatal. Cette étude démontre l'urgence de l'amélioration de l'accès physique aux soins de réanimation néonatale qui est insuffisant pour le nouveau-né en général et particulièrement pour celui né dans les régions de l'intérieur du pays.

Pour la morbidité néonatale, il est important de souligner que :

- Le taux de prématurité de 8,2 % dont 65% était spontanée est élevé ⁵⁷. Ces principales causes sont la rupture prématurée des membranes, retard de croissance intra-utérin, toxémie gravidique, le diabète gestationnel et l'infection materno-fœtale.
- Les estimations de la prévalence des NN de faible poids à la naissance (FPN) variaient, selon les sources, de 5% ⁵⁸ à 6,9 % ⁵⁹ de l'ensemble des NV en 2012 ⁶⁰.

⁵¹ Enquête nationale sur la mortalité maternelle menée par l'INSP en 2008

⁵² Etat des lieux de la santé maternelle et néonatale en Tunisie. DSSB-FNUAP. 2017

⁵³ S. Bennani Ahmadi. Facteurs de risque de la morbi-mortalité néonatale : étude de 17446 naissances survenues à l'Hôpital Charles Nicolle. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2016.

⁵⁴ INS

⁵⁵ MICS 4

⁵⁶ S. Bennani Ahmadi. Facteurs de risque de la morbi-mortalité néonatale : étude de 17446 naissances survenues à l'Hôpital Charles Nicolle. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2016.

⁵⁷ H. Hajji. Prématurité : Facteurs de risque, morbidité et mortalité périnatales : étude cas témoin. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2014

⁵⁸ UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2012

⁵⁹ MDCl, INS, UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes en Tunisie. 2011 – 2012. (MICS4)

⁶⁰ MDCl, INS, UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes en Tunisie. 2011 – 2012. (MICS4)

- L'handicap d'origine périnatale représente 48% de tous les types d'handicap. Les principales déficiences rencontrées à la naissance sont les maladies géniques, les malformations congénitales (3,5% des naissances), les aberrations chromosomiques (1,22%) et les infirmités motrices cérébrales ⁶¹. Le taux des naissances présentant des anomalies congénitales majeures serait de 1,1% ⁶². Les causes retenues de ces anomalies sont la consanguinité parentale, le diabète gestationnel, la souffrance fœtale chronique et la souffrance fœtale aigue.

Par ailleurs, le taux de recours à la césarienne qui dépasse 26% est préoccupant. En effet, la déclaration de l'OMS sur le recours à la césarienne ⁶³ précise que les taux supérieurs à 10% ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale et que les césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès. Cet état justifie la mise en place de guidelines et d'un système d'évaluation et de surveillance de cette pratique dans les établissements de soins (classification de Robson) et la sécurisation du médecin sur la plan médico-légal.

Les indicateurs de SMNN en Tunisie : des performances et des défis

- Prévalence d'utilisation de méthodes contraceptives chez les femmes mariées en âge de reproduction : 63% en 2012 ⁶⁴ .
- Taux de couverture par au moins quatre visites prénatales : 82.4% ⁶⁵
- Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréation : 25 à 30%. 2/3 des cas sont en rapport avec le déficit en fer et les anémies par carence en acide folique ou en vitamine B12 sont très rares ⁶⁶ .
- Taux de couverture contre le tétanos des femmes enceintes : 93% (2008)
- Accouchement en milieu assisté : 98.5%
- Pourcentage de césariennes sur la totalité des NV : 26.7% ⁶⁷ en 2012
- Taux de natalité : 20‰ en 2015 ⁶⁸

⁶¹ Péripartum normal. Manuel à l'usage des professionnels de santé. DSSB. 2015.

⁶² S. Bennani Ahmadi. Facteurs de risque de la morbi-mortalité néonatale : étude de 17446 naissances survenues à l'Hôpital Charles Nicolle ; Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2016.

⁶³ apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf

⁶⁴ MICS4

⁶⁵ MICS 4

⁶⁶ Les anémies en Tunisie – causes et mesures d'intervention. DSSB-INNTA-UNICEF. 2002

⁶⁷ MICS4

⁶⁸ INS

- Proportion des nouveau-nés mis au sein pour la première fois dans l'heure suivant la naissance : 40%⁶⁹.
- Proportion des nouveau-nés allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois : 8.5%
- Ratio de mortalité maternelle : 44.83 pour 100 000 NV. 5% des décès concernaient des femmes non mariées.
- Taux de létalité de causes obstétricales directes⁷⁰ : 67.2% (2010)
- Taux de mortalité périnatale : 15.1‰ naissances totales en 2009⁷¹.
- Taux de mortinatalité : 10,2‰ en 2015⁷².
- Taux de mortalité néonatale: 12.5 ‰ NT NV pour la période 2007 – 2011⁷³.
- Les principales causes de la mortinatalité s : le retard de croissance intra utérin RCIU (40%), les syndromes malformatifs (8 %) et la prématurité (9.4%).
- Les principales causes de la mortalité néonatale : le RCIU (26 %) et la détresse respiratoire (58%)⁷⁴.
- Les affections périnatales seraient responsables de 47% de la mortalité infantile en 2006.
- Taux de prématurité : 8,2 %
- Taux de mortalité hospitalière chez les nouveau-nés prématurés : 18 %.
- Les principales pathologies en cas prématurité spontanée : la rupture prématurée des membranes (25%), le retard de croissance intra-utérin (22%) et le diabète gestationnel (17%).
- Les principales pathologies en cas prématurité induite : la toxémie gravidique (46%) et le retard de croissance intra-utérin (36%).
- Taux de NV à faible poids de naissance (de 2500 g) : 5%⁷⁵ à 6,9 %⁷⁶ de l'ensemble des NV en 2012
- Taux des naissances présentant des malformations congénitales majeures : 1,1%⁷⁷.

⁶⁹ Suivi de la situation des enfants et des femmes en Tunisie. MDCl, INS, UNICEF. 2011 – 2012. (MICS4)

⁷⁰ Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites des couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènement résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus. Exemple: hémorragie ; toxémie gravidique ; rupture utérine ; thrombo-embolie ; infection ; tentative d'avortement)

⁷¹ Rapport d'activité de la DSSB 2009

⁷² INS

⁷³ S. Bennani Ahmadi. Facteurs de risque de la morbi-mortalité néonatale : étude de 17446 naissances survenues à l'Hôpital Charles Nicolle. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2016.

⁷⁴ MSP. Santé en chiffres et état de santé des tunisiens – 2014 (rapport non publié)

⁷⁵ UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2012

⁷⁶ MDCl, INS, UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes en Tunisie. 2011 – 2012. (MICS4)

⁷⁷ S. Bennani Ahmadi. Facteurs de risque de la morbi-mortalité néonatale : étude de 17446 naissances survenues à l'Hôpital Charles Nicolle ; Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2016.

- Les principales causes retenues des malformations congénitales : la consanguinité parentale, le diabète gestationnel, la souffrance fœtale chronique et la souffrance fœtale aiguë.
- Incidence du tétanos néonatal : absence de cas depuis de nombreuses années comme le confirme le système de recherche active mis en place
- Nombre d'enfants nés de mères séropositives : 7 en 2014⁷⁸.
- L'handicap d'origine périnatale représente 48% de tous les types d'handicap. Les principales déficiences rencontrées à la naissance sont les maladies géniques, les malformations congénitales (3,5% des naissances), les aberrations chromosomiques (1,22%) et les infirmités motrices cérébrales⁷⁹. Le taux des naissances présentant des anomalies congénitales majeures serait de 1,1%⁸⁰. Les causes retenues de ces anomalies sont la consanguinité parentale, le diabète gestationnel, la souffrance fœtale chronique et la souffrance fœtale aiguë.
- (25 ‰ NV en milieu rural contre 12 ‰ NV en milieu urbain) et les variations selon le niveau socio-économique et les régions continuent.
- La rupture prématurée des membranes (25%), le retard de croissance intra-utérin (22%) et le diabète gestationnel (17%) sont les principales pathologies en cas de prématurité spontanée. La toxémie gravidique (46%) et le retard de croissance intra-utérin (36%) sont les principales causes de la prématurité induite.
- Des variations marquées ont été notées selon les régions et le niveau du bien-être économique.

4. Justifications du panier de soins essentiels de santé maternelle et néonatale

L'ensemble des données susmentionnées mettent l'accent sur le fait que bon nombre de décès maternel ou néonatal et nombreux cas de morbidité pourraient être évités si les soins essentiels sont assurés, les personnes les plus vulnérables mieux ciblées et si la continuité et la qualité des soins sont mieux contrôlées. Par ailleurs, l'offre des paniers de SMNN doit accorder davantage d'attention aux prestations de promotion de la santé maternelle et néonatale, de prévention et de détection précoce des affections et des complications touchant les mères et les nouveau-nés. La présente révision des services doit permettre de :

⁷⁸ DSSB. Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

⁷⁹ Périnatal normal. Manuel à l'usage des professionnels de santé. DSSB. 2015.

⁸⁰ S. Bennani Ahmadi. Facteurs de risque de la morbi-mortalité néonatale : étude de 17446 naissances survenues à l'Hôpital Charles Nicolle ; Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Tunis. 2016.

a. Concrétiser le droit constitutionnel des mères et du nouveau-né à la santé, assumer le devoir de protéger les populations vulnérables et répondre aux engagements nationaux et internationaux de l'Etat

Le droit à la santé est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé. Il est reconnu par la constitution tunisienne ⁸¹ et par plusieurs instruments juridiques internationaux ratifiés par la Tunisie dont l'adoption officielle des Objectifs du Développement Durable (ODD 2030). Dans ce cadre, les programmes de SMNN sont appelés à développer les stratégies et les interventions et à réviser les paniers des soins essentiels de SMNN visant :

- L'opérationnalisation des stratégies centrées sur l'intérêt supérieur de la mère et de l'enfant et fondées sur le principe d'accès universel des femmes et des nouveau-nés à la santé en renforçant l'accès à des prestations de soins équitables et de qualité de SMNN.
- L'intensification des efforts pour mieux répondre aux exigences de rationalisation et d'efficacité des programmes en :
 - Couvrant plus les mesures préventives, la promotion de la santé maternelle, fœtale et néonatale, la promotion de l'allaitement maternel ainsi que le renforcement des compétences parentales.
 - Accordant une attention particulière aux populations vulnérables.
 - Renforçant et veillant à l'amélioration du rendement du secteur public.
- La promotion, à une vaste échelle, de l'éducation pour la santé et sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive avec une attention particulière pour les adolescents et les femmes rurales notamment en matière de prévention des grossesses précoces, de prévention du handicap, de suivi périnatale et de lutte contre les IST y compris le VIH/Sida.
- L'accélération de l'appropriation et de la mise en œuvre, selon une approche intersectorielle, des composantes de SMNN de la « stratégie nationale de développement de la petite enfance » récemment adoptée en 2017 ainsi que ceux de la « stratégie nationale de prévention des comportements violents dans la famille et dans la société ».

⁸¹ L'article 38 de la Constitution adoptée en 2014 stipule que « Tout être humain a le droit à la santé. 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. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi ».

La prématurité, justifie la mise en œuvre d'interventions et de programmes en matière de naissances prématurées.

*Arrives trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurés.
OMS. 2012*

b. S'inscrire dans une politique de développement et de promotion de la santé et du bien-être de la mère et du nouveau-né pour atteindre les ODD 2030

Après l'adoption des Objectifs du Développement Durable (ODD 2030) qui touchent, à travers 17 objectifs et 169 cibles, les 3 domaines de développement durable (social, économique et environnemental), il appartient à l'Etat Tunisien, en tenant compte de l'expérience nationale dans la réalisation des objectifs millénaires 2015 et du contexte socioculturel et économique actuel, de fixer les cibles nationales à atteindre en 2030.

A ce propos, dans le domaine de la santé, l'agenda 2030 accorde une attention particulière à la réduction de la mortalité maternelle ; à l'élimination des décès évitables de nouveau-nés ; au renforcement de la lutte contre le sida, la tuberculose, l'hépatite ainsi que les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles et la promotion de la santé mentale et le bien-être. Il vise également l'offre d'une couverture sanitaire universelle à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels. 2 objectifs et 11 cibles concernent directement la SMNN dont l'égalité des sexes, l'élimination de toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles et la garantie de l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative (voir encadré). L'ensemble de ces préoccupations sont à prendre en considération dans les paniers des soins essentiels de SMNN objet du présent rapport.

Les objectifs et les cibles couvrant la santé maternelle et infantile dans les ODD 2030

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

3.1 *D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 105 NV*

3.2 *D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour*

1 000 NV au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 NV au plus

3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux

3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

3.9. a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

3.9.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement

Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

5.1 Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles

5.2 Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation

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

c. Renforcer l'efficacité des interventions de prévention des malformations congénitales

Les malformations congénitales provoquent, selon les estimations de l'OMS, 7 % de l'ensemble des décès néonataux ⁸² et deviennent la plus importante cause de mortalité lorsque le taux global de mortalité est faible. De même, environ 10% de la charge mondiale de morbidité est liée aux affections néonatales et congénitales ⁸³. Elles constituent un groupe de troubles variés d'origine prénatale qui peuvent être causés par des troubles chromosomiques, de multiples facteurs héréditaires, des agents tératogènes dans l'environnement et des carences en micronutriments. Elles peuvent être également causées par certaines maladies infectieuses maternelles comme la syphilis ou la rubéole, des maladies de la mère comme le diabète sucré, certains états pathologiques comme les carences en iode ou en acide folique ainsi que par l'exposition à des médicaments, à des drogues récréatives dont le tabac, à certains produits chimiques dans l'environnement ou à des radiations à forte dose. La prévention à travers l'éducation pour la santé, le contrôle sanitaire ainsi que le développement des programmes nutritionnels, des soins préconceptionnels et la vaccination contre la rubéole sont des moyens efficaces de prévention de ces malformations. De même, le dépistage et le diagnostic prénatals ainsi que l'identification et la gestion des risques pendant les grossesses sont fortement recommandés dans les programmes de prévention de ces malformations.

Ces domaines de succès, d'insuffisance et d'enjeux justifient le besoin de revisiter « la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle » et les programmes ciblant le NN pour consolider, enrichir et optimiser les choix retenus. Dans ce cadre, la révision du panier des services de soins essentiels de SMNN constitue une option primordiale afin de pouvoir répondre aux nouveaux défis et de pérenniser les acquis pour le bien être de la mère et du nourrisson. Un consensus sur ces soins essentiels basé sur l'évidence scientifique et tenant compte de la réalité du système de santé et du pays ainsi que de la perception des acteurs de la santé, y compris les bénéficiaires, constituera une étape obligatoire pour favoriser l'atteinte des objectifs escomptés.

⁸² Malformation congénitale. Rapport de la 63^{ème} assemblée mondiale de la santé. OMS. 2010

⁸³ Résolution de l'assemblée mondiale de l'OMS WHA63.17 sur les malformations congénitales.

d. S'approprier le concept d'investissement dans la santé

D'après les conclusions du Cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant, les investissements dans la santé des femmes et des enfants assureront des retombées sanitaires, sociales et économiques élevées. Un investissement supplémentaire de 5 dollars jusqu'à 2035 par personne et par an pour assurer la gamme complète des soins de santé génésique et des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (la SMNN, la santé infantile, la vaccination, la planification familiale, le VIH / sida et le paludisme) pourrait rapporter neuf fois plus que les avantages économiques et sociaux⁸⁴. Ces rendements comprennent une plus grande croissance du produit intérieur brut (PIB) grâce à l'amélioration de la productivité et la prévention des décès évitables d'enfants, de mortinaissances et de femmes. Ces gains pourraient être atteints par une augmentation de l'investissement de 2% par rapport aux dépenses courantes.

Par ailleurs, l'élaboration de paniers de services essentiels, sans solution de continuité entre le stade de la préconception, la grossesse et le post-partum, permettra d'engager une dynamique positive aussi bien à l'échelle nationale que locorégionale favorisant l'amélioration de l'accessibilité et l'utilisation des services de santé, la maîtrise de la procréation, le renforcement des services de santé et des hôpitaux de référence, le renforcement des capacités humaines qui prennent en charge la MNN, et l'instauration de mécanisme de supervision, de contrôle et de suivi. Il constituera une réponse à l'appel de l'OMS, lancé lors de la 66^{ème} assemblée mondiale de santé, de renforcer les plans d'action nationaux pour mettre fin aux décès évitables⁸⁵.

La Tunisie est reconnue pour ses politiques et programmes sanitaires, éducatifs et sociaux en faveur des femmes, de la santé maternelle et celle des enfants. Or la mortalité maternelle et, dans une moindre mesure la mortalité néonatale, ne suivent pas la même courbe d'évolution que celle de la mortalité générale, de la mortalité infanto juvénile, de l'allongement de la vie et de la baisse de la fécondité.

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

Omar Brix

⁸⁴ Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. The Lancet Volume 383, n°9925. 1333-54. 2014;

⁸⁵ Rapport A67/21 : Santé du nouveau-né : projet de plan d'action Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. 2 mai 2014. OMS

Chapitre III

1. Les champs, les objectifs, les principes, les caractéristiques et les options adoptés pour le choix des soins essentiels des paniers de santé maternelle et néonatale

A lumière des discussions et des débats menés lors des entretiens et des ateliers, les choix suivants ont été retenus pour guider la sélection des soins essentiels et le choix des paniers parmi les différentes alternatives envisageables :

1.1 Les champs couverts par la proposition des paniers

Le panier couvre pour la mère l'ensemble des étapes de la préconception au post-partum et pour le nouveau-né, **une attention particulière a été accordée au dépistage néonatal**, aux besoins en informations, conseils et en accompagnement de la mère ainsi qu'à l'enregistrement (à l'hôpital et à l'état civil) du nouveau-né et à l'établissement de son carnet de santé.

Un axe pour la prévention et la prise en charge de la violence physique ou sexuelle faite aux femmes a été ajouté vu que ces violences aboutissent à des grossesses non désirées et augmentent de deux fois la probabilité de se faire avorter et de 16% d'avoir un enfant de faible poids à la naissance ⁸⁶. En outre, il est démontré que les violences faites aux femmes peuvent être source de troubles gynécologiques (lésions traumatiques périnéales, infections génitales et urinaires, IST, stérilités secondaires, douleurs pelviennes chroniques inexplicables, etc.) ou des troubles obstétricaux. En Tunisie, la violence de genre est encore une réalité ⁸⁷ et les services de soins obstétricaux pour les femmes enceintes victimes de violence sont mal définis.

⁸⁶ Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes. OMS: 978 92 4 156462 – 2013

⁸⁷ Enquête nationale sur la violence faite aux femmes en Tunisie. ONFP 2010

| | |
|-------------------|--|
| Mère | <ul style="list-style-type: none">• Planification des naissances,• Interventions promotionnelles et préventives,• Surveillance prénatale,• Soins qualifiés lors de l'accouchement (y compris l'accès aux SOU)• Surveillance et soins postnatals,• Promotion de l'allaitement maternel et Prévention du handicap lié à la grossesse et à l'accouchement,• Prévention et prise en charge de la violence physique ou sexuelle faite aux femmes enceintes. |
| Nouveau-né | <ul style="list-style-type: none">• Surveillance du fœtus ,• Prévention et dépistage prénatal du handicap,• Suivi du travail en milieu assisté,• Evaluation initiale, Classement et Traitement de l'enfant dans l'heure qui suit la naissance,• Soins supplémentaires et soins spécialisés initiaux du post-partum immédiat au 28j ,• Dépistage néonatal,• Informations, conseils et accompagnement de la mère• Enregistrement (à l'hôpital et à l'état civil) et établissement du carnet de santé. |

1.2 Les objectifs des paniers de soins essentiels :

L'objectif général est de favoriser la SMNN et agir sur les causes directes et indirectes de mortalité maternelle et néonatale.

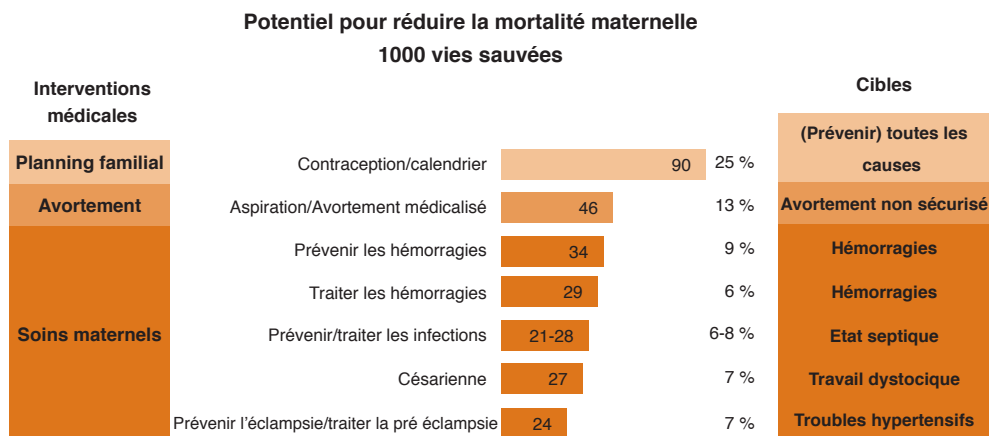
Les objectifs spécifiques sont :

- Réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables ;
- Prévenir les incapacités et le handicap d'origine périnatale ;
- Améliorer la nutrition des mères et des enfants ;
- Développer les prestations de SSR ;
- Lutter contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH ;
- Prévenir les complications obstétricales et néonatales et le cas échéant assurer des soins adéquats de qualité ;
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif ;
- Détecter rapidement les infections du nouveau-né ;
- Favoriser la participation des mères et des pères à la création d'un environnement favorable pour eux-mêmes et pour leurs nouveau-nés.

1.3 Les principes généraux

- Le paquet des services essentiels de SMNN sera centré sur l'intérêt suprême de la femme et du NN. La prévention, l'éducation pour la santé et la nutrition étant les domaines où les améliorations les plus importantes peuvent être attendues, bénéficieront d'autant d'attention que les soins.
- L'accès équitable à des services de SMNN de qualité, la non-discrimination, le respect de la vie privée et le droit à l'information sont des conditions majeures pour le respect du droit fondamental à l'égalité des chances des femmes en Tunisie dans l'accès aux prestations de planification familiale, de prise en charge dès le début de la grossesse, de la garantie d'un accouchement avec un bon degré de sécurité et dans le suivi des mères et des nouveau-nés pendant les jours suivant la naissance.
- Les orientations développées et les services proposés dans le cadre du panier des services essentiels en SMNN s'appuieront sur les récents consensus et recommandations des programmes nationaux ciblant la mère et le nouveau-né, mettront à profit les acquis nationaux dans ces domaines et intégreront les avancées scientifiques et technologiques, étayées par des preuves, dans les pratiques préventives et thérapeutiques d'obstétrique et de néonatalogie. Ils seront cohérents avec les engagements nationaux et internationaux de l'Etat en matière de SMNN et avec les fondements des politiques de santé publique relatives à l'amélioration de l'accès et de la couverture, l'amélioration de la qualité, la gestion des déterminants sociaux de santé, l'adoption de la logique fondée sur la prévention, etc.
- L'intégration des services, l'adoption d'une approche multisectorielle et l'adaptation des programmes aux besoins de la mère et du NN et à leurs spécificités sociales, sanitaires et culturelles sont parmi les clés de réussite du continuum des services proposés et permettront d'obtenir des résultats égaux pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés.
- L'approche communautaire, étant fondamentale pour développer les services de santé, doit intégrer un processus qui conduit à une implication réelle de la communauté dans la prise en charge de son état de santé à travers la participation aux décisions, à la mise en œuvre et à la gestion des programmes et projets de santé.

Efficacité relative des actions par rapport à l'étiologie



1.4 Les caractéristiques communes

Les services essentiels partageront les caractéristiques clés suivantes :

- Disponibilité en quantité et en qualité suffisantes pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés indépendamment de leur statut matrimonial ou socio-économique et de leur lieu de résidence ;
- Accessibilité physique et économique ;
- Adaptabilité au contexte socioculturel ;
- Application des principes des soins de qualité lors de tous les contacts avec les femmes et les nourrissons : respect des précautions universelles et règles d'hygiène, respect de l'intimité et de la confidentialité, communication efficace avec la mère et ses accompagnants pour favoriser sa satisfaction, sa compréhension et son observance des prescriptions ;
- Coordination avec les autres secteurs permettant aux femmes et aux nouveau-nés de bénéficier de services personnalisés, ponctuels et appropriés.

1.5 Les options pour le choix du panier

1. Proposer d'ajouter un 4^{ème} objectif à ceux du PNPN : « Promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né ».
2. Focaliser sur les prestations et non sur les protocoles qui feront l'objet de guide(s) ou de référentiel(s) en cas de besoin.
3. Intégrer la prise en charge de l'infertilité et les prestations de détection précoce des cancers du col de l'utérus et du sein dans les visites périnatales et préconceptionnelles.

4. Présenter les soins selon les situations dans lesquelles pourrait se présenter la mère ou le nouveau-né et non selon les pathologies ou les complications obstétricales ou néonatales.
5. Considérer l'ensemble des prestations faisant l'objet d'un texte réglementaire ou incluses dans un document de référence du PNPN ou du PNSSR comme une recommandation nationale à intégrer systématiquement dans les paniers.
6. Définir les options de panier de la manière suivante (fig. 3) :
 - a. « Option 1 » : Renforcer l'accessibilité et améliorer la qualité des soins du panier actuel qui sont pratiqués à une large échelle dans le secteur public (ex : visites périnatales, groupe sanguin, vaccination, etc...).
 - b. « Option 2 » : Intégrer dans le panier, l'ensemble des soins recommandés dans les programmes nationaux mais peu ou pas pratiqué dans le secteur public (échographie, examens complémentaires des visites périnatales, etc.).
 - c. « Option 3 » : Ajouter, en tenant compte du contexte national, les soins avérés mais non intégrés ni recommandés dans le panier actuel.
7. Intégrer le critère coût dans le choix de la proposition finale du panier.

Option 3 : Ajouter, en tenant compte du contexte national, les soins avérés mais non intégrés ni recommandés dans le panier actuel.

Option 2 : Intégration dans le panier, l'ensemble des soins recommandés dans les programmes nationaux mais peu ou pas pratiqués dans le secteur public.

Option 1 : Renforcer l'accessibilité et améliorer la qualité des soins du panier actuel qui sont pratiqués à une large échelle dans le secteur public.

2. Les paniers de soins essentiels de santé maternelle et néonatale

A la lumière de la revue des recommandations et des protocoles des programmes nationaux ciblant la mère et le nouveau-né et des recommandations et des propositions recueillies lors des entretiens et des ateliers, un consensus s'est dégagé pour investir de manière graduelle dans l'opérationnalisation, la généralisation et l'amélioration de la qualité des soins recommandés par les différents référentiels et guides nationaux (voir annexe 2). Ainsi, le panier proposé par l'option 2 a été retenu. Les 8 tableaux ci-dessous présentent les soins essentiels retenus en tenant compte des cibles et étapes de la prise en charge.

2.1 Panier des soins de santé maternelle

Afin de préciser les ajouts de l'option 2 par rapport à l'option 1 et différencier ainsi les soins recommandés dans les programmes nationaux mais peu ou pas pratiqués dans le secteur public, un astérisque a été accordé à ces soins (*). De même, conformément au consensus dégagé lors des ateliers, des propositions de référence de protocole de prise en charge ont été faites pour certains soins

Tableau I : Soins avant et entre les grossesses

| Soins préconceptionnels systématiques | | |
|---------------------------------------|--|--|
| N° | Cible | Nature |
| I.1 | Les FAR avec attention particulière aux adolescentes | <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination contre le tétanos et la rubéole selon le calendrier national ⁸⁸ - Education sexuelle et Planification familiale ⁸⁹ - Prévention des MST et du sida, y compris conseil, information et dépistage volontaire ⁹⁰ - Education nutritionnelle ⁹¹ - Conseils pour un mode de vie sain - Conseils et Test VIH (CTV) ciblés (UDI, HSH, PS) ⁹² |
| I.2 | Les futurs époux : | <p><u>Consultation médicale préuptiale</u> ⁹³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Education sanitaire et sexuelle (vaccination, contraception, prévention des MST, suivi périnatal, tabagisme, fertilité...), - Examen physique, - Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> • groupe sanguin phénotypé. • autres : sérologie de l'hépatite virale B ou C, la syphilis (selon orientation clinique), HIV*, • radiographie du thorax selon les signes d'appel* |
| I.3 | Les couples à risque (en situation de risque ou de forte présomption de risque) | <p><u>Consultation préconceptionnelle</u> pour maladie héréditaire, contagieuse ou chronique avec examen et bilan orienté</p> <p><u>Consultation pour Infertilité</u> (en dehors de tout facteur de risque ou signe patent) après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 mois de mariage pour les moins de 35 ans * - 6 mois de mariage pour les 35 ans et plus* <p>Bilan ⁹⁴ : Bilan hormonal, Spermogramme, Bilan réserve ovarienne, échographie, Hystérosalpingographie)</p> <p>Traitement (chirurgie - PMA)*</p> |

⁸⁸ Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 28 octobre 2005, fixant la liste des vaccinations obligatoires

⁸⁹ Programme national de santé sexuelle et reproductive. ONFP

⁹⁰ Plan stratégique national sur les IST et le Sida, 2012-2016, PNLS/DSSB - Approche syndromique dans la prise en charge des IST

⁹¹ Plan National d'Action pour l'Alimentation et la Nutrition

⁹² Stratégie nationale de PTME

⁹³ Loi 64-46 du 3 Novembre 1964 - arrêté du 28 juillet 1995, arrêté du 16 décembre 1995 et la circulaire N° 58/96 du 8 Mai 1996

⁹⁴ Paquet essentiel des services de santé sexuelle et reproductive. ONFP. 2013

Tableau II. Soins pendant la grossesse pour la mère et le fœtus

| Soins systématiques | | |
|---------------------|---------------|--|
| N° | Cible | Nature |
| II.1 | FAR enceintes | <u>Surveillance de la santé de la mère</u> : 5 consultations dont une est assurée obligatoirement par un médecin (1 ^{er} trimestre, 4 ^{ème} , 6 ^{ème} , 8 ^{ème} et 9 ^{ème} mois) ^{96, 95} |
| II.1.1 | | <ul style="list-style-type: none"> - Examens systématiques : <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation de la grossesse (test urinaire) • Examen médical (poids, taille, TA, examen des seins et examen cardio-pulmonaire,...) et gynécologique • Groupe sanguin avec Rhésus phénotypé • Albuminurie - Prescription systématique de Fer et folates - Conseil génétique (mariage consanguin, maladies héréditaires, femmes ayant des anomalies chromosomiques) - Diagnostic anténatal ⁹⁷ |
| II.1.2 | | <u>Dépistage et traitement systématique des problèmes compliquant la grossesse</u> ^{98, 99} : <ul style="list-style-type: none"> - Diabète gestationnel (HGPO 75) - Dépistage et prise en charge de l'anémie (NFS complète) - Syphilis (1^{er} trimestre selon orientation clinique) - VIH (CTV en début de grossesse (< 10 SA) et contrôle à 6 mois pour les séronégatives) ¹⁰⁰ - Toxoplasmose (taux d'IgG et Ig M) - Rubéole (recherche d'IgG spécifiques avec contrôle à 16SA chez les femmes enceintes séronégatives) - HVB (recherche de l'antigène HBs à la consultation prénatale du 6ème mois) et HVC - Bactériurie asymptomatique (ECBU en cas de positivité de l'examen aux bandelettes réactives) - Test de Coombs indirect en cas de rhésus négatif - Prélèvement Vaginal du 3^{ème} trimestre à la recherche de streptocoque - Risque d'accouchement prématuré (Echographie du col devant une situation à risque) |

⁹⁵ Circulaire 9 du 30 janvier 2015 relative au renforcement de la surveillance périnatale

⁹⁶ Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé ». DSSB. 2015

⁹⁷ Les anomalies chromosomiques : trisomie 21 et trisomie 18, trisomie 13, anomalies des chromosomes X et Y (le diagnostic est évoqué par l'échographie, les marqueurs sériques et confirmé par l'amniocentèse et/ou la biopsie du trophoblaste). Les malformations congénitales (échographie). Les hémoglobinopathies (Amniocentèse, Biopsie du trophoblaste). Les hyperplasies congénitales des surrénales. Péripartum normal –module à l'usage des professionnels de santé. DSSB. 2015

⁹⁸ Circulaire 9 du 30 janvier 2015 relative au renforcement de la surveillance périnatale

⁹⁹ Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé ». DSSB. 2015

¹⁰⁰ Après le consentement de la mère qui est obligatoire

| | | |
|--------|---------------|--|
| II.1.3 | FAR enceintes | <p><u>Surveillance de la santé du fœtus</u> ¹⁰¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpation abdominale ou mesure de la hauteur utérine - Trois échographies minimum : <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} (13 - 11 SA 6+ j) datation, Mini- morphologie, clarté nucale) • 2^{ème} (25 - 22 SA) morphologique + biométrie* • 3^{ème} (34 – 31 SA) biométrie, bien être fœtale, présentation, placenta* |
| II.1.4 | | <p><u>Contrôle du calendrier vaccinal de la mère</u> (Vaccination antitétanique et contre la rubéole conformément au calendrier national de vaccination) ¹⁰²</p> |
| II.1.5 | | <p><u>Informations et conseils sur</u> ¹⁰³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les moyens de prendre soin de sa santé à domicile ; - Des conseils en faveur d'une alimentation saine pendant la grossesse ; - Les rapports sexuels protégés ; - L'allaitement maternel ¹⁰⁴ ; - Un mode de vie sain (maintien d'une activité physique pendant la grossesse, tabac, alcool, etc.). |
| II.1.5 | | <p><u>Reconnaissance, soutien et prise en charge médicale et psychologique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des grossesses en dehors du cadre du mariage, - Des situations d'exposition à la violence ¹⁰⁵ ou de consommation de substances addictives <p><u>Préparation à l'accouchement et à une urgence éventuelle,</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseils pour repérer les signes d'entrée au travail ¹⁰⁶ et les signes de danger pendant la grossesse ¹⁰⁷ - Remise de documentation et de calendrier de la grossesse <p>Enregistrement et notification (chaque femme enceinte conservera avec elle les notes prises dans le carnet de santé)</p> |

¹⁰¹ Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé ». DSSB. 2015

¹⁰² Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 28 octobre 2005, fixant la liste des vaccinations obligatoires

¹⁰³ Programme nationale de périnatalité

¹⁰⁴ Loi n° 83-24 du 4 mars 1983, relative au contrôle de la qualité, à la commercialisation et à l'information sur l'utilisation des substituts du lait maternel

¹⁰⁵ Paquet essentiel des services de santé sexuelle et reproductive. ONFP. 2013

¹⁰⁶ Pertes vaginales sanglantes, Contractions douloureuses toutes les 20 minutes ou moins, Rupture de la poche des eaux

¹⁰⁷ «Saignement vaginal ; convulsions ; céphalées sévères associées à une vision floue ; fièvre et grande faiblesse pour quitter le lit ; douleur abdominale intense ; respiration précipitée ou difficile. visage et jambes enflés ». Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles. Oms 2003

| | | |
|---|--|--|
| II.1.8 | FAR enceintes | <u>Enregistrement et notification</u> ¹⁰⁸ (chaque femme enceinte conservera avec elle les notes prises dans le carnet de santé) |
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux – obstétricaux (femmes souffrant de maladies et de complications) | | |
| II.2 | Femmes présentant des complications légères à modérées | Traitement de : <ul style="list-style-type: none"> - L'anémie légère à modérée par le fer - La bactériurie asymptomatique (traitement antibiotique de sept jours) - L'infection vaginale à streptocoque B - Vomissements gravidiques |
| II.3 | Femmes présentant une grossesse multiple | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic précoce (échographie du premier trimestre) - Réduction d'activité maternelle au cours du 2ème trimestre - Suivi clinique et échographique mensuel au moins* - Supplémentation en fer Jumeaux prématurés ou d'autres complications <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation pour alitement - Réunir 2 équipes à la naissance - Préparation à la prise en charge d'un grand prématuré selon VII.6 |
| II.4 | Femme à risque d'accouchement prématuré ¹⁰⁹ | <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge prénatale des femmes à risque d'accouchement prématuré entre 24 et 34 semaines (Maturation pulmonaire fœtale) - Evaluation régulière du risque par des scores validés |
| II.5 | Femmes présentant des complications graves avant évacuation | <ul style="list-style-type: none"> - Soins de soutien - Premiers secours - Mise en condition et transfert au niveau 2 pour : <ul style="list-style-type: none"> • Bilan maternel et fœtal et prise en charge adaptée des complications maternelles et fœtales selon la situation : • <u>Grossesse extra-utérine,</u> • <u>Fausse couche / Grossesse arrêtée,</u> • <u>Pré-éclampsie</u> ¹¹⁰ (Forme Grave : Réanimation, Maturation pulmonaire fœtale au sulfate de magnésium ¹¹¹, Extraction quelque soit le terme), |

¹⁰⁸ Circulaire 9 du 30 janvier 2015 relative au renforcement de la surveillance périnatale

¹⁰⁹ Recommandations de l'OMS relatives aux interventions visant à améliorer la santé des nouveau-nés prématurés. WHO/RHR/15.2. 2015

¹¹⁰ **Recommandation de la STGO. 2016**

¹¹¹ Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 8 ;8 ;CD012077. Doj: 10.1002/14651858.CD012077.pub2.

| | | |
|-------------|--------------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Éclampsie</u>¹¹², • Infection, • <u>Pathologie chronique</u> (Diabète ancien, anémie congénitale, hypertension chronique, thrombophilie, maladie de système,...), • <u>Retard de croissance intra-utérin ou macrosomie</u>¹¹³ |
| | | Diabète gestationnel : Favoriser la prise en charge en ambulatoire ¹¹⁴ |
| | | <p>Malformation sévère diagnostiquée durant la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référence aux niveaux 3/2 - Information éclairée des parents sur les conséquences et le pronostic. - Proposition de l'interruption médicale de la grossesse après avis multidisciplinaire¹¹⁵ - Soutien et encadrement des mères - Soutien psychologique (attention particulière aux filles mères) |
| II.6 | Femme vivant avec le VIH/SIDA | <ul style="list-style-type: none"> - Traitement antirétroviral (PTME) - Soutien psycho-social¹¹⁶ |

¹¹² **Recommandation de la STGO. 2016**

¹¹³ Indications de la césarienne programmée à terme. HAS. 2012

¹¹⁴ **Recommandation de l'American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2016. Diabetes Care. 2016;39(suppl 1):S1-S106**

¹¹⁵ Ajouter au cadre réglementaire un texte précisant les modalités de prise en charge multidisciplinaire

¹¹⁶ Plan stratégique national sur les IST et le Sida, 2012-2016, PNLS/DSSB

**Tableau III. Soins pendant l'accouchement pour la mère
(travail, accouchement et immédiat post-partum)**

| Soins systématiques | | |
|---------------------|--|--|
| N° | Cible | Nature |
| III.1 | Rupture prématurée des membranes | <ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie systématique pour les femmes ayant une rupture prématurée des membranes avant terme ¹¹⁷ - Mise en condition et transfert immédiat vers le niveau 2 |
| III.2 | Terme avancé | Mise en condition et transfert après 41 SA plus 3j vers niveau 2 ou 3 |
| III.3 | Femme en stade de travail : | <p><u>Accouchement en milieu assisté avec Humanisation des salles d'accouchement</u> ¹¹⁸ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins visant la Prévention de la dystocie et du handicap ainsi que la gestion des situations d'urgence ¹¹⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Bilan sanguin minimal : GS, NFS, TP, glycémie • Diagnostic du travail (Clinique + enregistrement cardiocographique) • Recherche des situations d'urgence • Evaluation du pronostic de l'accouchement • Suivi du travail, surveillance de la santé de la mère et de l'enfant • Partogramme • RCF ¹²⁰ • Soins de soutien et soulagement de la douleur - Dépistage des problèmes et complications (Dystocie, Dysgravidie) <ul style="list-style-type: none"> • Transfert selon les recommandations nationales - Accouchement et soins immédiats au nouveau-né, mise en route de l'allaitement - Réanimation du nouveau-né - Prise en charge active du troisième stade du travail |
| III.4 | La mère tout de suite après l'accouchement : | <p><u>Contrôle et surveillance de l'état de santé de la mère, prévention et dépistage des complications</u> (hypertension, infections, hémorragie, anémie) ¹²¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance en salle de naissance 2 heures dans le post partum |

¹¹⁷ Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement des infections maternelles périnatales. WHO/RHR/16.01.2016

¹¹⁸ Box d'accouchement individuel, Prohibition des salles communes d'examen, Formation personnel au savoir être, respect de la dignité de la patiente, gestion des situations de stress, etc.

¹¹⁹ Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé». DSSB. 2015¹²⁰ Paquet essentiel des services de santé sexuelle et reproductive. ONFP. 2013

¹²⁰ RCF disponible en nombre au moins égal aux box d'accouchements dans les maternités. Recommandation de l'american college

¹²¹ Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé». DSSB. 2015

| | | <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance minimale de 24 h sans facteurs de risque - Surveillance de 2 jours en cas de césarienne sans complications - Surveillance spécifique en cas de pathologie associée <p><u>Informations, conseils et accompagnement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins de sa propre santé à domicile et soins du bébé, Hygiène, Nutrition, Allaitement maternel, - Soins thermiques, Rapports sexuels protégés, - Soins des seins, Planification familiale |
|--|--|--|
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux – obstétricaux (femmes souffrant de maladies et de complications) | | |
| N° | Cible | Nature |
| III.5 | Mère présentant des anomalies et des complications obstétricales ¹²² | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des constantes hémodynamiques durant le travail - Mise en condition et transfert selon les recommandations nationales - Echographie en salle de travail * - Diagnostic précoce et prise en charge efficace des dystocies et anomalies du travail ¹²³ * - Diagnostic précoce et prise en charge efficace des anomalies du bien être fœtal ¹²⁴ * |
| III.6 | Mère présentant des complications pendant l'accouchement et l'immédiat post-partum, y compris césarienne ¹²⁵ | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du saignement vaginal, de l'état de conscience, de la fièvre et des douleurs abdominales. - Soins généraux, prise en charge et traitement des complications ¹²⁶ * - Mise en condition et transfert au 2^{ème} ou 3^{ème} niveau _ |
| III.7 | Mère présentant un diabète gestationnel | <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance et contrôle en post-partum par HGPO75 |
| III.8 | Mère présentant une anémie post-hémorragique | <ul style="list-style-type: none"> - Traitement: <ul style="list-style-type: none"> • Supplémentation en Fer en cas d'anémie modérée • Fer par voie intra-veineuse en cas d'anémie sévère bien tolérée - Contrôle en post-partum |

¹²² Dystocie, Souffrance fœtale, RPM, Chorioamniotite, Procidence cordon, Rupture utérine, HRP, Prééclampsie/ eclampsie sévère

¹²³ Les recommandations méritent d'être actualisées

¹²⁴ Les recommandations méritent d'être actualisées

¹²⁵ Hémorragie post-partum, endométrite

¹²⁶ Les recommandations méritent d'être actualisées

| | | |
|--------|---|---|
| III.9 | Mère vivant avec le VIH/SIDA ¹²⁷ | <ul style="list-style-type: none"> - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH selon le mode d'accouchement, - Conseils et soutien selon l'option choisie par la mère pour l'alimentation de l'enfant, - Information et éducation |
| III.10 | Décès maternel | <ul style="list-style-type: none"> - Soutien à la famille en cas de décès de la mère - Enregistrement des décès maternels et périnataux ¹²⁸ |

Tableau IV. Soins pendant le post-partum pour la mère

| soins systématiques (Toutes les femmes) | | |
|--|-----------------------------|--|
| N° | Cible | Nature |
| IV.1 | La mère ¹²⁹ | <p><u>Suivi pendant le post-partum immédiat en salle de travail (voir C4) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance de la santé de la mère - Prévention, dépistage et prise en charge des complications (infections, hémorragie, anémie, globe vésical) |
| IV.2 | Terme avancé | <p>Surveillance pendant le séjour à la maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen général et obstétrical régulier - Toilette et soins - Assistance pour l'allaitement - Informations et conseils sur la nutrition, les rapports sexuels protégés et la planification familiale - Conseils pour repérer les signes de danger ¹³⁰ et préparation à une urgence éventuelle - Vaccination contre la rubéole si mère non immunisée ¹³¹ - Mise à disposition de méthodes contraceptives - Rappel du calendrier de dépistage du cancer du sein et du col* |
| IV.3 | Femme en stade de travail : | <p>Consultations au 8^{ème} et au 40^{ème} jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen général et gynécologique - Recherche de complications thromboemboliques |

¹²⁶ Les recommandations méritent d'être actualisées

¹²⁷ Les recommandations méritent d'être actualisées

¹²⁸ Décret n° 99-1043 du 17 mai 1999 (JORT n° 43 du 28 Mai 1999); Circulaire N°102 du 27 octobre 2008 du Ministre de la Santé

¹²⁹ Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé». DSSB. 2015

¹³⁰ Saignement vaginal, Convulsions, Respiration précipitée ou difficile, Fièvre, Douleur abdominale intense, Seins gonflés, rouges ou sensibles, ou mamelon douloureux, Miction goutte-à-goutte ou douloureuse, Douleur périnéale. (DSSB)

¹³¹ Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 28 octobre 2005, fixant la liste des vaccinations obligatoires – calendrier national de vaccination. DSSB 2014

| | | <ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des vaccinations antitétanique et de la vaccination contre la rubéole conformément au calendrier national - Renforcement de l'éducation sanitaire - Evaluation de la santé mentale : dépistage de la dépression du post-partum - Gestion des éventuels changements sexuels - Planification Familiale |
|---|--|--|
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux – obstétricaux | | |
| N° | Cible | Nature |
| IV.4 | Femmes présentant des complications modérément graves | <u>Traitement des complications</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Anémie légère à modérée ; - Dépression post-partum légère, ... <u>Rééducation du post partum*</u> |

Tableau V. Grossesses non désirées

| soins systématiques | | |
|----------------------------|--|--|
| N° | Cible | Nature |
| V.1 | Soins en cas de grossesse non désirée | <ul style="list-style-type: none"> - Education et counseling ; - Examen clinique, bilan sanguin et échographie ; - IVG ¹³² (chirurgicale ¹³³ ou médicale ^{134 *}) ; - Soins post-avortement et planification familiale. |

¹³² Article 214 du code pénal (Modifié par la loi n°65-24 du 1er juillet 1965 et par le décret-loi n°73-2 du 26 septembre 1973 ratifié par la loi n°73-57 du 19 novembre 1973).

¹³³ Manuel de Référence en santé de la reproduction pour les prestataires de la santé publique. ONFP 2004

¹³⁴ Manuel de référence en santé sexuelle et de la reproduction pour les prestataires de santé. ONFP. 2013

2.2 Panier des soins de santé néonatale

Tableau VI. Soins pendant la période prénatale

| Soins systématiques | | |
|---|--|---|
| N° | Cible | Nature |
| VI.1 | Fœtus | <p><u>Surveillance de la santé du fœtus, Prévention et dépistage du handicap (voir SESM II.1.1 et II.1.3) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - palpation abdominale et/ou mesure de la hauteur utérine - Identification des facteurs de risque - 3 échographies au minimum : <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} (11 - 13 SA +6 j) datation, Mini- morphologie, clarté nucale) • 2^{ème} (22 - 25 SA) morphologique + biométrie* • 3^{ème} (31 - 34 SA) biométrie, bien-être fœtale, présentation, placenta* - Diagnostic anténatal ¹³⁵ |
| VI.2 | FAR | <p><u>Surveillance de la santé de la mère</u> - voir panier SESM (II.1)</p> |
| VI.3 | FAR ayant un fœtus malformé | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en condition et référence aux niveaux 2-3 - Information éclairée des parents sur les conséquences et le pronostic - Proposition de l'interruption médicale de la grossesse après avis multidisciplinaire ¹³⁶ - Soutien psychologique et encadrement des mères (attention particulière aux filles mères) |
| VI.4 | Le père | <p><u>Programme d'éducation parentale ciblant le père</u> : intérêt de la visite préconceptionnelle, rôle en période périnatale, rôle en matière de développement du petit enfant, etc.</p> |
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux - néonataux | | |
| VI.5 | Femme à risque d'accouchement prématuré ¹³⁷ | Voir II.4 panier SESM |
| VI.6 | Femmes présentant des complications légères à modérées ou graves | <u>Dépistage et prise en charge</u> : Voir II.2 panier SESM |

¹³⁵ Les recommandations nationales sont à actualiser

¹³⁶ Ajouter au cadre réglementaire un texte précisant les modalités de prise en charge multidisciplinaire

¹³⁷ Recommandations de l'OMS relatives aux interventions visant à améliorer la santé des nouveau-nés prématurés. WHO/RHR/15.2. 2015

Tableau VII. Soins pendant le travail et l'accouchement et post-partum immédiat pour le nouveau-né et la mère

| Soins systématiques | | |
|---------------------|--|--|
| N° | Cible | Nature |
| VII.1 | Femme en stade de travail d'accouchement | Voir III.3 panier SESM |
| VII.2 | Nouveau-né | <p><u>Examen systématique</u> (Evaluation initiale, classement) et traitement de l'enfant) dans l'heure qui suit la naissance ¹³⁸ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation par le score APGAR - Recherche d'anomalie, de malformation congénitale ou de traumatisme - Recueil des antécédents maternels et familiaux et du déroulement de la grossesse <p><u>NN bien portant</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des pertes thermiques par le maintien de la chaîne de chaud (placer le NN sur une table chauffante, contact peau à peau) - Soins immédiats ¹³⁹ - Allaitement maternel précoce et exclusif ^{140, 141} - Vérification de la perméabilité des choanes, de l'œsophage et de l'anus - Réagir en cas d'anomalie (fréquence cardiaque, coloration, etc.) - Dépistage néonatal : Phénylcétonurie et Hypothyroïdie* <p><u>Hypothermie légère</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réchauffer le NN par un contact peau à peau ¹⁴², après vérification des contre-indications, ou une table chauffante ¹⁴³. |

¹³⁸ Soins systématiques et réanimation du nouveau-né à la naissance. DSSB – UNICEF. 2000

¹³⁹ Section et soins propres du cordon ombilical, Mensurations (poids, taille, PC, périmètre thoracique), Soins oculaires, Soins de l'ombilic, Propreté et prévention des infections, mise du NN à côté de sa mère, Administration de la Vit K

¹⁴⁰ Allaitement maternel : Manuel à l'usage du personnel de la santé. DSSB. 1995

¹⁴¹ Initiative Maternité Amie des Nouveaux-nés. DSSB – STN – INNTA - UNICEF

¹⁴² La méthode « mère-kangourou ».OMS. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/fr/

¹⁴³ Les contre-indications du peau-à-peau : Pathologie maternelle, pouvant affecter la vigilance de la mère et l'état de santé du nouveau né, en particulier chez la primipare, Absence de surveillance possible, Nouveau-né prématuré ou présentant des anomalies.

| | | <p><u>Evaluation, classement et traitement du NN avant sa sortie</u>¹⁴⁴ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination (HBV1 - BCG¹⁴⁵) et autres mesures (Vit D, ...) - Consigner les informations dans le carnet de santé. |
|--|--|--|
| | | <p><u>Informations, conseils et accompagnement de la mère</u> :</p> <p>Allaitement maternel - Soins à domicile de sa propre santé et celle de son bébé à domicile - Hygiène – Nutrition - Repérage des signes de danger et préparation à une urgence éventuelle - Soins des seins - Rapports sexuels protégés - Planification familiale</p> |
| | | <p><u>Enregistrement (à l'hôpital et à l'état civil)</u></p> |
| VII.3 | NN de mère n'étant pas en mesure de s'occuper de son enfant tout de suite après l'accouchement | <p><u>En plus des soins de base cités en VII.2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aider la mère à exprimer son lait - Choisir d'autres méthodes d'alimentation en cas de besoin |
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux – néonataux - | | |
| N° | Cible | Nature |
| VII.4 | Pour tous les groupes de NN cités ci-dessous (à la naissance et durant le séjour en maternité) | <p>Soins généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revue des antécédents prénatals, obstétricaux et maternels - Evaluation toutes les 15 mn avec attention particulière à la respiration, la coloration, la température (durant les 2 premières heures) - Soins thermiques (soins Kangourou)¹⁴⁶ - Soins de base du nouveau-né cités en VII.2 - Glycémie au talon - Recherche des signes de danger¹⁴⁷ - Soutien particulier pour l'allaitement maternel exclusif |

¹⁴⁴ Soins systématiques et réanimation du nouveau-né à la naissance. DSSB – UNICEF. 2000

¹⁴⁵ Calendrier vaccinal. DSSB. 2014

¹⁴⁶ Manuel OMS sur les mesures de protection thermique

¹⁴⁷ Respiration précipitée (> 60 / mn) ou lente (<30 / mn), Tirage intercostal sévère, Geignement expiratoire, Fièvre (température > 38°C), hypothermie (Température < 35°C ou n'augmentant pas après un réchauffement), Convulsions, Malaise ou raideur, Purulence ou rougeur diffuse de l'ombilic, plus de 10 pustules ou formations bulleuses, ou peau gonflée, rouge ou indurée, Saignement du bout du cordon ombilical ou Pâleur. Référence : Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles. OMS. 2003

| | | |
|-------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Si le nouveau-né ne tète pas, adaptation de la nutrition, des méthodes et horaires d'alimentation, du mode de soutien et de suivi à la situation du NN ¹⁴⁸ - Prévention, dépistage précoce et traitement des infections - Prévention de l'anémie carencielle - Allaitement maternel dès la stabilisation - Communication avec les parents et explication de ce qui s'est passé avec la réanimation du nouveau-né - Enregistrement des gestes effectués et des résultats de la réanimation - Au besoin référer selon les critères nationaux de référence¹⁴⁹ - Après sa sortie du milieu de soins, contrôle médical au moins 1 fois/semaine jusqu'à stabilisation. |
| VII.5 | NN prématuré (34-37 SA) ou de FPN (2000 – 2500 g) ¹⁵⁰ | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance étroite - Après sa sortie du milieu de soins, contrôle médical à 48 h puis au moins 1 fois/semaine jusqu'au moment où son poids dépasse 2,5 kilos - Mise en condition et transfert en cas d'anomalie clinique. |
| VII.6 | NN prématuré < 2000 g et <34 semaines | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des problèmes graves inhérents à la prématurité - Mise en condition et référence vers une unité de NN 3^{ème} niveau après la mise en condition - Après sortie de l'unité de néonatalogie, assurer le suivi hebdomadaire jusqu'à ce que le nouveau-né ait 2500g |
| VII.7 | NN en apnée à la naissance ¹⁵¹ | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulation respiratoire, s l'apnée dépasse les 10s : réanimation au ballon et au masque - Evaluation clinique - Mise en condition et transfert d'urgence à une unité de néonatalogie type B pour : <ul style="list-style-type: none"> • Explorations complémentaires • Surveillance cardiorespiratoire |

¹⁴⁸ Optimal feeding of low-birth-weight infant. OMS

¹⁴⁹ Soins systématiques et réanimation du nouveau-né à la naissance. DSSB – UNICEF. 2000

¹⁵⁰ Soins du nouveau-né prématuré et/ou de faible poids à la naissance. OMS http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/fr/

¹⁵¹ ILCOR 2015

| | | |
|--------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement du trouble sous-jacent ¹⁵² • Education de la mère pour la surveillance et la stimulation |
| VII.8 | NN en difficulté respiratoire ¹⁵³ | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la gravité de la difficulté respiratoire ¹⁵⁴ - Libération des voies aériennes supérieures - Administration contrôlée de l’oxygène ou réanimation au ballon et au masque selon le cas - Mise en condition et transfert d’urgence à une unité de néonatalogie type B pour : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de l’état hémodynamique, Gaz du sang, Bilan d’une infection materno-fœtale • Recherche et prise en charge des autres signes ou d’une anomalie cardiaque • Traitement étiologique et Surveillance étroite. - En cas de forme sévère : Mise en condition et transfert dans une unité de soins intensifs néonataux disposant d’une ventilation mécanique par voie endotrachéale. |
| VII.9 | NN de mère ayant des facteurs de risque d’infection materno-foetale ¹⁵⁵ | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des signes de septicémie toutes les 2 heures - CRP à 12 et à 24 heures de la naissance - NFS - Hémoculture - Evaluation quotidienne de l’état de santé du NN - Adaptation du calendrier de vaccination en fonction des pathologies - Mise en condition et transfert d’urgence à une unité de néonatalogie type B en cas de fièvre ou d’anomalie neurologique. |
| VII.10 | NN de mère infectée par un germe spécifique | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4,</u> les groupes de NN cités en VII.10 bénéficieront des prestations suivantes :</p> <p>Mère avec sérologie HVB positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immunoglobulines anti-HBs et 1^{ère} dose de vaccin contre le VHB dans 2 sites différents dans les premières 24 heures |

¹⁵² Maladies infectieuses ou métaboliques, perturbation de la thermorégulation, atteintes respiratoires, cardiaques ou gastro-intestines ou dysfonctionnement du SNC

¹⁵³ Respiration rapide (>60/min), respiration lente (<30/min), cyanose centrale, tirage intercostale, geignement expiratoire, apnée ou battement des ailes du nez

¹⁵⁴ grave (DRG), modérée (DRM) ou légère (DRL)

¹⁵⁵ Portage vaginal du streptocoque groupe B, infection urinaire, infection vaginale, rupture prématurée des membranes, prématurité spontanée, souffrance inexpliquée, etc.

| | | |
|--------|--------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Rappel dans 1 mois - Conseil pour l'allaitement maternel exclusif - Référence à un spécialiste. <p>Mère avec sérologie HVC positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de bilan à la naissance (Surveillance biologique : PCR VHC à 2 et 6 mois, sérologie à 15–18 mois) ; - Conseil pour l'allaitement maternel. <p>Mère avec Tuberculose évolutive bacillifère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Ne pas administrer le BCG à la naissance - Mise en condition et transfert d'urgence à une unité de néonatalogie type B pour exploration et prise en charge <p>Mère atteinte de syphilis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en condition et transfert d'urgence à une unité de néonatalogie type B pour exploration et prise en charge - PEC de la mère et de son partenaire. <p>Mère vivant avec le VIH ¹⁵⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH selon le mode d'accouchement - Test dès la naissance (PCR-ARN) et traitement selon le protocole national - BCG contre indiqués chez le nourrisson symptomatique - Poursuite du traitement antiviral pour la mère - Conseils et soutien selon l'option choisie par la mère pour l'alimentation de l'enfant - Référence de la mère et son nouveau-né à un spécialiste. |
| VII.10 | NN en hypothermie | <p>Hypothermie sévère (Température du corps < 35°) : En plus des soins prévus en VII.4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en condition et transfert d'urgence à une unité de néonatalogie type B ou A pour : <ul style="list-style-type: none"> • Réchauffement dans une couveuse ou sur une table chauffante • Traitement comme un état septique • Recherche de signes d'urgence vitale pendant toutes les heures • Si l'enfant ne peut être nourri au sein, lui donner par une autre méthode du lait tiré par la mère • Si l'enfant n'est pas du tout capable de s'alimenter, lui donner par sonde gastrique du lait tiré par la mère dès que sa température atteint 35°C |

¹⁵⁶ Stratégie nationale de PTME. PNLS-IST. DSSB. 2014

| | | |
|--------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Encouragement de la mère pour donner le sein plus fréquemment <p>Température du corps de 35-36,5° : <u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoir les signes de danger - Mise en condition et transfert à une unité de NN 2^{ème} niveau B. |
| VII.11 | NN en hyperthermie Température du corps > 37,5° | <p>En plus des soins prévus en VII.4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche des signes d'un état septique - Prise en charge générale de l'hyperthermie (Bain à température d'au moins de 2 à 3°C de la température du Nouveau-né - Prise de la température de l'enfant toutes les heures - Apports alimentaires ou liquidiens suffisants - Allaitement - Si le nouveau-né ne peut être nourri au sein, donner par une autre méthode du lait tiré par la mère - Traitement d'une éventuelle déshydratation - Mise en condition et transfert selon les signes de gravité à une unité de NN type B pour : <ul style="list-style-type: none"> • Examens paracliniques : NFS, CRP, Hémoculture, Analyse des urines, Radio thorax, Ponction lombaire • Prise en charge. |
| VII.12 | NN présentant des convulsions | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge initiale des convulsions et des signes associés selon le diagnostic¹⁵⁷ - Mise en condition et transfert à une unité de NN type B pour : <ul style="list-style-type: none"> • Bilan : glycémie, électrolytes, analyse du LCR, ECBU et hémocultures, EEG, Imagerie crânienne • Détermination du diagnostic probable¹⁵⁸, Traitement thérapeutique éventuel et Traitement préventif des rechutes |
| VII.13 | NN présentant un ictère | <p><u>En plus des soins prévus en VII.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimation clinique de la gravité de l'ictère ¹⁵⁹ - Mise en condition et transfert selon les signes de gravité à une unité de NN type B pour : |

¹⁵⁷ Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des problèmes du nouveau-né. OMS – FNUAP – UNICEF – BM. 2007

¹⁵⁸ Hypoglycémie, méningite, asphyxie ou autres lésions cérébrales, Hémorragie intra-ventriculaire, Encéphalopathie bilirubinique, tétanos néonatal

¹⁵⁹ Ictère grave : Un ictère visible sur une partie quelconque du corps au 1er jour ou sur les mains et pieds en plus des bras et jambes au 2ème jour.

| | | |
|--------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Bilan : bilirubinémie, NFS et réticulocytes, CRP et ECBU, groupe sanguin du nouveau-né et de sa mère, test de Coombs. Complété en cas d'ictère à bilirubine conjuguée par un bilan hépatique, une échographie abdominale, dosages enzymatiques et un bilan thyroïdien • Détermination du diagnostic probable¹⁶⁰ et prise en charge selon la gravité : • Traitement symptomatique (photothérapie) et exanguinotransfusion • Traitement thérapeutique éventuel. |
| VII.14 | NN présentant des signes multiples ¹⁶¹ | En plus des soins prévus en VII.4 <ul style="list-style-type: none"> - Classement des manifestations ¹⁶² - Evaluation des signes de danger - Mise en condition et transfert selon les signes de gravité à une unité de NN type B pour prise en charge appropriée ¹⁶³. |
| VII.15 | NN présentant une malformation congénitale ¹⁶⁴ | <u>En plus des soins prévus en VII.4</u> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en condition et transfert à une unité de NN pour traitement médical ou chirurgical suivant le cas |
| VII.16 | NN présentant une fracture | <u>En plus des soins prévus en VII.4</u> <ul style="list-style-type: none"> - Confirmation par un examen radiologique - Immobilisation du membre - Traitement antalgique pour réduire la douleur - Soutien et conseils à la mère - Visite de contrôle dans un mois. |
| VII.17 | Jumeaux | <u>En plus des soins prévus en VII.4 (voir II.3 SESM)</u> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminer un syndrome transfuseur-transfusé en cas de grossesse monochoriale. |
| VII.18 | NN de mère rhésus négatif ¹⁶⁵ | <u>En plus des soins prévus en VII.4</u> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe sanguin et test de coombs direct - Sérum anti-D aux mères dont les enfants sont Rh+ et test de coombs direct négatif - Mise en condition et transfert si test de coombs direct positif. |

¹⁶⁰ Ictères bénins (à bilirubine libre) : ictère simple, ictère du lait de mère ; Ictères pathologiques (à bilirubine libre ou à bilirubine conjuguée) : Hémolyses, Déficits constitutionnels de la glycoconjugaison, Atrésie biliaire, infection néonatale, hypothyroïdie congénitale, la mucoviscidose, autres causes

¹⁶¹ Observations multiples correspondant le plus souvent à un état septique ou à une asphyxie

¹⁶² Etat septique, Asphyxie, Méningite, etc.

¹⁶³ Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. OMS, FNUAP, UNICEF et BM. 2007

¹⁶⁴ Les malformations congénitales sont définies comme des anomalies de structure ou de fonction, dont les troubles métaboliques, présentes à la naissance. OMS (CIM-10)

¹⁶⁵ Soins systématiques et réanimation du nouveau-né à la naissance. DSSB – UNICEF. 2000

| | | |
|--------|----------------------------------|---|
| VII.19 | Gros bébé (4Kg) | <u>En plus des soins prévus en VII.4</u> <ul style="list-style-type: none">- Surveillance du bébé- Glycémie au talon- Détermination si la mère présente un diabète- Mise en condition et transfert en présence de symptômes ou de mère diabétique. |
| VII.20 | En cas d'Accouchement à domicile | <ul style="list-style-type: none">- Soins systématiques du nouveau-né |
| VII.21 | Mort-né ou décès | <ul style="list-style-type: none">- Bilan étiologique- Soutien psychologique à la mère et aux membres de la famille- Consultation de deuil périnatal- Conseil génétique au besoin- Traitement pour arrêter la montée laiteuse- Montrer le corps aux parents et les encourager pour accomplir l'enterrement |

Tableau VIII. Soins pendant le post-partum

| Soins systématiques | | |
|---------------------|--|--|
| N° | Cible | Nature |
| VIII.1 | Nouveau-né | <p>Consultations de la mère et de l'enfant au cours du 8^{ème} et 30^{ème} jour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des signes fondamentaux ¹⁶⁶ - Déroulement de l'allaitement - Evaluation de l'éveil psychomoteur - Surveillance de la croissance staturo-pondérale - Soins essentiels préventifs continus aux nouveau-nés, y compris assistance à l'allaitement exclusif à la demande, maintien de la température, soins du cordon ombilical, etc. - Détection de signes de danger et référence et recherche de soins adéquats - Détection de problèmes mineurs, traitement local si nécessaire, et suivi comprenant la référence - Conseils relatif au tabagisme passif |
| VIII.2 | Mère | Voir IV.1 et IV.2 SESM |
| N° | Cible | Nature |
| VIII.3 | NN ayant bénéficié de soins supplémentaires ou spécialisés | Surveillance adaptée selon le diagnostic et l'état de santé du NN |

¹⁶⁶ Cri vigoureux, Motilité, Angle poplité, Réflexe de Moro, Réflexe d'excitation plantaire, Réflexes toniques des membres supérieurs et du cou. (DSSB)

2.3 Matrice du panier des soins essentiels de santé maternelle selon le niveau de prestations

Comme le présent travail ne se propose pas de détailler les protocoles de prise en charge ni les parcours de soins, ont été retenues, la présente matrice présente juste le niveau de l'offre des prestations du panier présenté en orangé. Dans le cas, où pour les besoins de la continuité des soins, 2 ou 3 niveaux sont retenus, il est évident que la première case colorée représente la porte d'accès aux soins. Les transferts se feront alors conformément aux protocoles et au parcours qui seront retenus.

| I : Soins préconceptionnels systématiques | | | | Lieu | | |
|--|--|--|--|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| N° | Cible | Nature | | 1 ^{er} niveau | 2 ^{ème} niveau | 3 ^{ème} niveau |
| I.1 | Les FAR avec attention particulière aux adolescentes | Vaccination, Education sexuelle, Planification familiale, Prévention des IST et du VIH, Education nutritionnelle, Mode de vie sain. | | | | |
| I.2 | Les futurs époux | Consultation médicale pré-nuptiale: | | | | |
| I.3 | Les couples en situation de risque | Consultation préconceptionnelle Consultation pour Infertilité | | | | |
| II : Soins pendant la grossesse pour la mère et le fœtus | | | | Lieu | | |
| Soins systématiques | | | | | | |
| II.1 | FAR enceintes y compris les mères célibataires | Surveillance de la santé de la mère : 5 consultations dont une est assurée obligatoirement par un médecin (1^{er} trimestre, 4^{ème}, 6^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois) : | | | | |
| II.1.1 | | Examens systématiques, Prescription de Fer et de folates, Conseil | | | | |
| II.1.2 | | Diagnostic anténatal | | | | |
| Dépistage et traitement systématique des problèmes compliquant la grossesse : | | | | | | |
| | | Diabète gestationnel, Anémie, Syphilis | | | | |
| | | VIH, Toxoplasmose, Rubéole, HVB et HVC, présentation dystocique, bactériurie asymptomatique (BA), Grossesse multiple, Risque d'accouchement prématuré | | | | |
| | | Mère rhésus négatif | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------|
| II.1.4 | | Contrôle du calendrier vaccinal de la mère | | | |
| II.1.5 | | Informations et conseils | | | |
| II.1.6 | | Reconnaissance, soutien et prise en charge médicale et psychologique des grossesses en dehors du cadre du mariage et des situations d'exposition à la violence ou de consommation de substances addictives | | | |
| II.1.7 | | Préparation à l'accouchement et à une urgence éventuelle, | | | |
| II.1.8 | | Enregistrement et notification | | | |
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux – obstétricaux : (femmes souffrant de maladies et de complications) | | | | | Lieu |
| II.2 | Femmes présentant des complications légères à modérées | Traitement de l'anémie, la bactériurie asymptomatique, l'infection vaginale à streptocoque B. | | | |
| II.3 | Femmes présentant une grossesse multiple | Diagnostic précoce, Suivi clinique et échographique | | | |
| II.4 | Femme à risque d'accouchement prématuré | Suivi et soins | | | |
| II.5 | Femmes présentant des complications graves avant évacuation | Grossesse extra-utérine - Fausse couche / Grossesse arrêtée - Pré-éclampsie, Éclampsie, Prévention de hémorragie du post – Partum, Pathologie chronique, Retard de croissance ou macrosomie, Malformation sévère diagnostiquée durant la grossesse | | | |
| | | Diabète gestationnel | | | |
| II.6 | Femme vivant avec le VIH/SIDA | Traitement antirétroviral (PTME) - Soutien psycho-social | | | |

| III : Soins pendant l'accouchement pour la mère | | Lieu |
|--|--|------|
| Soins systématiques : (travail, accouchement et immédiat post-partum) | | |
| III.1 | Rupture prématurée des membranes Prise en charge | |
| III.2 | Terme avancé Suivi et prise en charge | |
| III.3 | Femme en stade de travail d'accouchement Soins visant la Prévention de la dystocie et du handicap ainsi que la gestion des situations d'urgence, Dépistage des problèmes et complications, Mise en route de l'allaitement | |
| III.4 | la mère tout de suite après l'accouchement Contrôle et surveillance, prévention et dépistage des complications, Informations, conseils et accompagnement | |
| Soins supplémentaires et soins spécialisés initiaux obstétricaux pendant l'accouchement pour la mère souffrant de maladies et de complications (travail, accouchement et immédiat post-partum) | | Lieu |
| III.5 | Mère présentant des anomalies et des complications obstétricales Evaluation, Mise en condition et transfert selon les recommandations nationales, Diagnostic et Prise en charge efficace | |
| III.6 | Mère présentant des complications pendant l'accouchement et l'immédiat post-partum Evaluation, Prise en charge et Traitement des complications | |
| III.7 | Mère présentant un diabète gestationnel Contrôle diabète | |
| III.8 | Mère présentant une anémie post-hémorragique Traitement | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------|
| III.9 | Mère vivant avec le VIH/sida | PTME, conseils et soutien | | | |
| III.10 | Décès maternel | Soutien à la famille, Enregistrement des décès maternels et périnataux | | | |
| IV. Soins en post-partum pour la mère | | | | | Lieu |
| Soins systématiques | | | | | |
| IV.1 | La mère | Suivi pendant le post-partum immédiat (salle de travail) | | | |
| IV.2 | | Surveillance pendant le séjour à la maternité | | | |
| IV.3 | | Consultation au 8 ^{ème} et au 40 ^{ème} jour | | | |
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux obstétricaux en post-partum | | | | | Lieu |
| IV.4 | Femmes présentant des complications modérément graves | Prise en charge et Traitement adapté | | | |
| v. Soins systématiques en cas de grossesse non désirée | | | | | Lieu |
| IV.5 | Soins en cas de grossesse non désirée | Education et counseling, Examen clinique, bilan sanguin et échographie IVG, Soins post-avortement et planification familiale | | | |

2.4 Matrice du panier des soins essentiels de santé néonatale selon le niveau de prestations

| | | VI : Soins pendant la période prénatale Soins systématiques | | | Lieu | | |
|---|--|--|---------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--|
| N° | Cible | Nature | 1 ^{er} niveau | 2 ^{ème} niveau | 3 ^{ème} niveau | | |
| VI.1 | Fœtus | surveillance de la santé du fœtus et prévention et dépistage du handicap | | | | | |
| VI.2 | FAR | Surveillance de la santé de la mère - voir panier SESM (II.1.3) | | | | | |
| VI.3 | FAR ayant un fœtus mal formé | Proposition de l'IMG - Soutien et encadrement des mères | | | | | |
| VI.4 | Le père | Programme d'éducation parentale | | | | | |
| Soins supplémentaires et spécialisés initiaux néonataux pendant la période prénatale | | | | | | | |
| VI.5 | Femme à risque d'accouchement prématuré | Voir II.4 panier SESM : | | | | | |
| VI.6 | Femmes présentant des complications | Dépistage et prise en charge : Voir SESM | | | | | |
| VII : Soins pendant le travail et l'accouchement et post-partum immédiat pour le nouveau-né et la mère - Soins systématiques | | | | | | | |
| VII.1 | Femme en stade de travail d'accouchement | Voir panier SESM (III.3) | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-------------|--|--|
| VII.2 | Nouveau-né | Evaluation initiale, classement et traitement dans l'heure qui suit la naissance ; Dépistage néonatal (Phénylcétonurie – Hypothyroïdie), Evaluation, classement et traitement du NN avant sa sortie, Informations, conseils et accompagnement de la mère Enregistrement (à l'hôpital et à l'état civil) et établissement du carnet de santé | | | |
| VII.3 | NN de mère n'étant pas en mesure de s'occuper de son enfant après l'accouchement | Soins systématiques et choix de l'alimentation et soutien à la mère | | | |
| Soins supplémentaires et Soins spécialisés initiaux néonataux pendant le travail et l'accouchement et post-partum immédiat | | | Lieu | | |
| VII.4 | Soins pour les groupes de NN cités ci-dessous (à la naissance et durant le séjour en maternité) | | | | |
| VII.5 | NN prématuré (34-37 SA) ou de FPN (2000 – 2500 g) | | | | |
| VII.6 | NN prématuré < 2000 g et <34 sem | | | | |
| VII.7 | NN en apnée à la naissance | | | | |
| VII.8 | NN en difficulté respiratoire | | | | |
| VII.9 | NN de mère ayant des facteurs de risque d'infection materno-foetale | | | | |
| VII.10 | NN de mère infectée par un germe spécifique : HVB, HVC, Tuberculose, Syphilis ? VIH | | | | |
| VII.10 | NN en hypothermie | | | | |
| VII.11 | NN en hyperthermie (Température du corps > 37,5°) | | | | |
| VII.12 | NN présentant des convulsions | | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| VII.13 | NN présentant un ictère | | |
| VII.14 | NN présentant des signes multiples | | |
| VII.15 | NN présentant une malformation congénitale | | |
| VII.16 | NN présentant une fracture | | |
| VII.17 | Jumeaux | | |
| VII.18 | NN de mère rhésus négatif | | |
| VII.19 | Gros bébé (4Kg) | | |
| VII.20 | En cas d'accouchement à domicile | | |
| VII.21 | Mort-né ou décès | | |
| H : Soins pendant le post-partum | | | |
| VIII.1 | Nouveau-né | Consultations de la mère et du nouveau-né au cours du 8 ^{ème} et 30 ^{ème} jour | |
| VIII.2 | Mère | Voir SESM (IV.1 et IV.2) | |
| Soins supplémentaires et spécialisés pendant le post-partum | | | |
| VIII.3 | Nouveau-né | Surveillance adaptée selon le diagnostic et l'état de santé du NN | |
| Lieu | | | |
| Lieu | | | |

3. Recommandations pour la mise en œuvre

Pour favoriser la mise en place, l'appropriation par les professionnels et l'efficacité des paniers de soins essentiels retenus, il est important de prendre en considération les observations suivantes :

3.1 Prise en considération des pré-requis pour la mise en place des paniers de soins essentiels à savoir :

- Gestion du panier fondée sur une coordination efficace et sur une base commune de financement ;
- Révision du cadre juridique et réglementaire ;
- Renforcement de l'approche intégrée de la prise en charge de la mère et du NN en tenant compte du contexte familial ;
- Engagement des activités d'appui dont notamment la garantie des examens de laboratoire de base, la bonne gestion des médicaments et la disponibilité des équipements en 1^{er} niveau ;
- Engagement des activités de soutien pour le renforcer le Système d'Information Sanitaire, perfectionner les outils de gestion et améliorer la coordination ;
- Identification des ressources nécessaires pour la pérennisation des paniers afin de se conformer aux normes d'infrastructures, d'équipements et de personnel ;
- La poursuite de l'approche de délégation des tâches (échographie par la sage-femme ou le médecin, soins néonataux systématiques et supplémentaires par des professionnels de 1^{ère} ligne, etc.) pour assurer l'accès aux soins à des femmes qui ne peuvent accéder au 2^{ème} niveau ;
- L'adoption d'une stratégie pour la rétention des ressources humaines incluant la formation continue.

3.2 Elargissement des activités du comité national et des comités régionaux de suivi des décès maternels et création des réseaux interrégionaux de SMNN en intégrant dans leur mission de surveillance des décès maternels, la surveillance des décès néonataux et le suivi des activités de SMNN. Dans certaines régions, il serait pertinent de regrouper, en fonction de critères de rendement et d'efficacité, certains comités régionaux dans un même réseau interrégional.

Au niveau national, le comité national s'appellera comité national de SMNN et veillera particulièrement à :

- L'adoption effective de l'approche centrée sur la mère et le nouveau-né en :
 - Redéfinissant et coordonnant l'élaboration et l'adoption des parcours de soins ;
 - Précisant et développant les mécanismes, la coordination entre les trois niveaux de soins du secteur public d'une part et entre les secteurs public et privé d'autre part pour améliorer la continuité des soins et réduire les délais d'attente et de rendez-vous aux 2^{ème} et 3^{ème} lignes ;
 - Améliorant l'information du patient et la communication dans tous les secteurs pour aider les bénéficiaires à mieux s'orienter dans ce système assez complexe.
- La mise en place de réseaux interrégionaux de SMNN couvrant l'ensemble du territoire et la généralisation des SAMU pédiatriques ;
- L'élaboration de protocole de transfert clair pour chaque situation ;
- L'amélioration de l'efficacité du système d'information par une meilleure observation et une meilleure analyse des indicateurs nationaux de SMNN ;
- Le renforcement de la recherche opérationnelle.

Au niveau régional et interrégional, le réseau de SMNN aura pour mission :

- La diffusion de l'approche centrée sur la mère et le nouveau-né en :
 - Adaptant et coordonnant le parcours de soins selon les spécificités loco-régionales ;
 - Assurant la coordination entre tous les acteurs loco-régionaux du système de santé ;
 - Adoptant des approches communautaires pour améliorer l'information de la population.
- La réorganisation des transferts maternels et néonataux en :
 - Redessinant la carte du réseau régional ou interrégional de SMNN et son fonctionnement ;
 - Encadrant la cellule régionale de transfert qui centralise les décisions de transfert de la mère et/ou du NN ;
 - Veillant à la connectivité parfaite des structures membres du réseau.
- La surveillance des indicateurs loco-régionaux de SMNN et la réadaptation du processus de planification, de programmation et de coordination loco-régionales.

3.3 Renforcement des approches qualité et mise à niveau des maternités et des services/unités de néonatalogie

selon des standards reconnus en terme de ressources humaines, plateau technique et acquisition des connaissances. A ce propos, une attention doit être accordé à (au) :

- La relance du programme de mise à niveau des maternités et des unités de néonatalogie engagé en 2008 afin d'assurer l'investissement approprié dans les structures, les équipements et les capacités de gestion ;

- La mobilisation des associations professionnelles concernées (gynécologie, pédiatrie, néonatalogie, anesthésie, médecine générale, sages-femmes) pour favoriser l'élaboration et l'appropriation des parcours de soins, des normes et référentiels nationaux ;
- La validation et la diffusion des référentiels et des documents auprès des professionnels et des bénéficiaires ;
- Le transport médicalisé et l'élaboration de la carte des réseaux de SMNN et de leur fonctionnement ;
- Le renforcement des capacités des ressources humaines à travers l'ouverture de lignes budgétaires spécifiques pour financer les activités de transfert efficace des connaissances et des compétences aux équipes de soins (formation de base et continue, supervision, information, coordination et mobilisation locale et régionale).

3.4 Mieux cerner les modalités et les limites de « la participation communautaire » en tant que moyen et en tant que processus dans la promotion de la SMNN et dans l'amélioration du rendement du système de santé notamment celui du secteur public. Il est évident qu'une telle approche ne pourrait aboutir à des résultats tangibles qu'en s'appuyant sur une communauté partageant une culture et des valeurs citoyennes ainsi que sur le développement du leadership aussi bien institutionnel que communautaire. A ce propos, il est important de noter que la société tunisienne, étant en phase de transition politique et socio-culturelle, est entrain de chercher sa voie dans ce domaine et les contours de la décentralisation ne sont pas encore définitivement établis. Par ailleurs, la relation entre les professionnels de santé et la population est également en plein bouleversement d'autre part. L'ensemble de ces éléments justifie l'engagement d'une réflexion approfondie sur le modèle et les mécanismes de l'approche communautaire à conduire en matière de SMNN.

3.5 Elaboration d'un plan d'action de mise en œuvre des paniers des SESMNN, intégrant les mécanismes proposés pour améliorer la qualité et l'accès à leurs prestations dont notamment ceux visant :

- Humanisation des structures de naissances ;
- Uniformisation des protocoles de prise en charge en santé maternelle et néonatale ;
- Réhabilitation des structures de prise en charge des mères et des NN aux 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} niveaux en accordant une attention particulière à la valorisation de la 1^{ère} ligne.

- Adoption de mécanismes efficaces pour aboutir à une vraie consultation prénuptiale ;
- Renforcement des stratégies de promotion de l'allaitement maternel ;
- Elaboration des parcours de soins ;
- Renforcement des moyens de surveillance des boxs d'accouchements ;
- Alignement des consultations du post partum avec le calendrier vaccinal du nouveau-né ;
- Encouragement du recrutement des techniciens en pédiatrie dans les services de néonatalogie et dans les maternités à tous les niveaux ;
- L'élargissement de la couverture aux migrantes ;
- Engagement d'une réflexion national sur les maternités qui assurent moins de 200 accouchements par an.

3.6 Accélération du processus de numérisation du secteur de la santé et de modernisation de ses Systèmes d'Information de Santé (SIS) et Hospitalier (SIH) conformément aux recommandations des rapports « E-Santé en Tunisie, vers un système de santé connecté - 2017 » et « Etude d'appui à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action opérationnel pour la modernisation du système d'information sanitaire en Tunisie - janvier 2017 ».

Dans ce cadre, il est pertinent d'opter pour :

- La généralisation du Dossier Médical Informatisé (DMI) actuellement disponible mais peu utilisé faute d'équipements dans les hôpitaux (ordinateurs, imprimantes etc..) ;
- La finalisation des projets actuels du ministère de la santé d'informatisation de quinze hôpitaux universitaires et régionaux et l'élaboration d'un plan d'action pour son extension dans les meilleurs délais à la deuxième puis à la première ligne ;
- Le suivi des projets réalisés dans le cadre d'Initiatives Territoriales E-Santé dont notamment :
 - Le réseau de Télé Périnatalité du sud, centré sur CHU Hédi Chaker de Sfax avec les sites partenaires de Tataouine, Médenine et Jerba.
 - Télé échographie obstétricale, centrée sur le Centre de Maternité de de Néonatalogie de Tunis (CMNT) avec les sites de Henchir Belkhir , Henchir Sned et Henchir Guettar.

Conclusion

A l'échelle internationale, ces dernières années les paniers de soins essentiels en Santé Maternelle et Néonatale se sont enrichis en fonction du développement du système de santé et de l'évolution des besoins des populations cibles ainsi que celle des concepts de SMNN. En parallèle, la santé des mères et des nouveau-nés se sont améliorées. Par ailleurs sur le plan national plusieurs évaluations ont démontré que la disponibilité des soins essentiels en Santé Maternelle et Néonatale est insuffisante et que leur utilisation est, en général, satisfaisante est faible surtout dans le milieu rural.

Par ailleurs, les disparités d'accès aux soins essentiels en SMNN sont en rapport avec l'offre de soins notamment en milieu rural, facteurs socio-économiques, culturels et individuels dépendants. En effet, plusieurs études soulignent qu'il n'y a pas de relation parfaite entre l'offre et la demande et particulièrement au niveau des régions dotées de ressources limitées, des barrières socio-culturelles limitant l'accès aux soins pour les femmes telle que le degré de l'autonomie de la femme, la place de la santé dans les priorités familiales et collectives, la variabilité de l'opinion sur les services de santé offert.

Ainsi, les paniers des soins essentiels en SMNN doivent offrir des prestations consolidant les acquis dans les domaines de communication, de prévention et de prise en charge en développant les mécanismes d'assurance continue de la qualité et de rattraper les lacunes socio-culturelles de l'offre pour assurer le bien-être des femmes et des nouveau-nés conformément aux objectifs nationaux de développement durable 2016-2030.

Le consensus national obtenu sur les paniers des soins essentiels en SMNN doit être poursuivi par l'adoption d'un plan d'action pour une mise en œuvre graduelle garantissant la dissémination de l'ensemble des soins retenus et l'amélioration de leur qualité et de leur accessibilité. A ce propos, une attention particulière doit être accordée au continuum des soins et à l'adoption des soins essentiels ciblant la prévention et la prise en charge des 3 principales causes de la mortalité maternelle et néonatale.

De même, les mesures d'accompagnement suivantes méritent une attention particulière :

- Encadrer les professionnels de santé afin de s'assurer de l'application des protocoles de prise en charge ;
- Veiller à la conformité des normes d'équipements au niveau des structures de prise en charge ;
- Renforcer et améliorer les capacités des structures du secteur public à travers le contrôle régulier de l'efficacité en adoptant les services fournis aux contextes loco-régionaux ;
- Enrichir les mécanismes de coordination entre tous les intervenants ;
- Renforcer les interventions communautaires et la mobilisation sociale.

Annexes 1 : Définitions adoptées

Amniocentèse ¹⁶⁷ : Procédure médicale utilisée pour retirer une petite quantité de liquide du sac amniotique qui entoure le fœtus dans l'utérus; le plus souvent, elle sert à : (i) faire le diagnostic d'anomalies chromosomiques ou d'autres anomalies génétiques au début du deuxième trimestre de la grossesse ou (ii) à déterminer la maturité des poumons du fœtus avant la naissance.

Carence martiale : Insuffisance en fer dans l'organisme, avec une ferritinémie basse et un taux de fer sérique limite ou diminué.

Dépistage prénatal : Recherche systématique d'une affection spécifique au sein d'une sous population de grande taille de femmes enceintes asymptomatiques sélectionnées en fonction de leurs antécédents personnels ou familiaux, ou en fonction des caractéristiques démographiques telles que l'âge ou l'origine ethnique; il permet généralement d'identifier les groupes à risque pour faire d'autres tests diagnostiques.

Enfant né vivant et mort-né : Tout nouveau-né qui respire ou manifeste tout autre signe de vie à la naissance.

Enfant né vivant et mort-né : Tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance. La limite adoptée est de 500 g à la naissance, ou si le poids est inconnu, un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhées.

Examen systématique du nouveau-né : Il comprend :

1. L'accueil de la mère et un interrogatoire portant sur les antécédents familiaux et les antécédents obstétricaux de la mère (anténataux et périnataux) ;
2. Un examen physique qui va comporter :
 - a. Un examen général pour apprécier, la coloration des téguments, la température, la posture et l'activité spontanée
 - b. Un examen physique à la recherche de troubles respiratoires, cardiaques ou neurologique, de malformations congénitales et de traumatisme ;
3. Des mensurations : Poids, Taille, Périmètre crânien et Périmètre thoracique ;

¹⁶⁷ Surveillance des anomalies congénitales « un manuel pour les administrateurs de programme ». OMS-CDC-ICBDSR. 2015

4. Des recommandations et conseils

Au terme de cet examen, le nouveau-né sera classé et éventuellement un processus de prise en charge est engagé. Des conseils seront prodigués à la mère pour favoriser le maintien de la température, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, les vaccinations et la reconnaissance des signes de danger.

Ictère grave : Un ictère visible sur une partie quelconque du corps au 1^{er} jour ou sur les mains et pieds en plus des bras et jambes au 2^{ème} jour

Indicateurs de maturité :

- a. Nouveau-né à terme : quand l'âge gestationnel est > 37 semaines d'aménorrhées (SA) ¹⁶⁸ .
- b. Prématuré : toute naissance avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée révolues (avant huit mois de grossesse), soit le 259^{ème} jour suivant le premier jour des dernières règles, mais après 22 semaines d'aménorrhée ou au moins 500 g ¹⁶⁹ .

La prématurité peut être spontanée ou induite. Elle est subdivisée en :

- Très grande prématurité : âge gestationnel < 29 SA
 - Grande prématurité : $29 \text{ SA} \leq \text{âge gestationnel} < 33 \text{ SA}$
 - Prématurité moyenne : $33 \text{ SA} \leq \text{âge gestationnel} < 37 \text{ SA}$
- c. Post maturité : une gestation dont la durée atteint ou dépasse 41SA.

Indicateurs de croissance fœtale :

- a. Faible poids de naissance : poids de naissance (PN) inférieur ou égal à 2500 g.
 - . Très faible poids de naissance : $\text{PN} < 1500 \text{ g}$.
 - . Très Très faible poids de naissance : $\text{PN} < 1000 \text{ g}$.
- b. Hypotrophie : poids inférieur au 10^{ème} percentile des courbes de référence pour un âge gestationnel donné.
- c. Macrosomie : poids de naissance dépasse 4000 g.
- d. Hypertrophie : poids de naissance supérieur au 90^{ème} percentile des courbes de référence pour un âge gestationnel donné.

¹⁶⁸ OMS

¹⁶⁹ OMS. Les naissances prématurées. Aide mémoire N° 363. 2015

Malformations congénitales ¹⁷⁰ : Anomalies de structure ou de fonction, dont les troubles métaboliques, présentes à la naissance. Le terme de troubles congénitaux a la même définition, et les deux expressions sont interchangeables.

Morbidité maternelle ¹⁷¹ : Etat pathologique chez une femme qui est ou a été enceinte, quels que soient la durée et le site de la grossesse, de toute cause en relation avec ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge; les causes accidentelle ou incidente étant exclues.

Mortalité périnatale : La somme de mortinaissance ou mortinatalité et de mortalité néonatale précoce (28 semaines de grossesse – 7^{ème} j).

Mortalité perinatale : Mortalité pendant l'accouchement

Mortinatalité : La mortinatalité parfois appelée mortinaissance est l'expulsion d'un fœtus mort après 22 semaines de gestation. Le calcul du taux de mortinatalité se fait en comptant le nombre de mortinaissances enregistrées durant une période donnée pour mille NV et mortinaissances (naissances totales) enregistrées durant la même période.

NN en difficulté respiratoire : Respiration rapide (>60/min), respiration lente (<30/min), cyanose centrale, tirage intercostale, geignement expiratoire, apnée ou battement des ailes du nez

Période Néonatale :

- Elle s'étend du premier au 28^{ème} jour de vie inclus et est classiquement subdivisée en :
- Période néonatale précoce : du premier au septième jour de vie inclus.
- Période néonatale tardive: du huitième aux vingt huitième jours inclus.

Santé maternelle : Prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu' au postpartum. Si la maternité est souvent une expérience positive et satisfaisante, elle est, pour trop de femmes, synonyme de souffrance, de maladie et même de mort.

¹⁷⁰ Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)

¹⁷¹ OMS, 1993

Santé néonatale :

Signes de danger pour la mère : Saignement vaginal, Convulsions, Respiration précipitée ou difficile, Fièvre, Douleur abdominale intense, Seins gonflés, rouges ou sensibles, ou mamelon douloureux, Miction goutte-à-goutte ou douloureuse, Douleur périnéale.

Signes de danger pour le NN : sont :

1. Difficulté ou refus de téter ;
2. Léthargie ;
3. Difficulté respiratoire : respiration rapide (>60/min), respiration lente (<30/min), cyanose centrale, tirage intercostale, geignement expiratoire, apnée ou battement des ailes du nez ;
4. Fièvre ou hypothermie ;
 1. Rougeur, enflure, pus ou mauvaise odeur de la base du cordon ombilicale ;
 5. Vomissements persistants et/ou distension abdominale ;
 6. Convulsions ;
 7. Faible ou absence de succion du sein ;
 8. Ictères atteignant la paume des mains et la plante des pieds ;
 9. Pustules ou infection cutanée et ;
 10. Paupières tuméfiées et purulentes

Soins immédiats du NN : l'ensemble des gestes et actes réalisés juste après la naissance (au cours des 6 premières heures de vie) pour améliorer la survie du nouveau-né. Ils comprennent les étapes suivantes :

1. Réception du nouveau-né dans un linge chaud, sec et propre ;
2. Evaluation initiale avec vérification des fonctions vitales du bébé (respiration, circulation, tonus et réactivité) :
 - a. la coloration du nouveau-né est normalement rosâtre
 - b. le cri du nouveau-né doit être fort et vigoureux
 - c. la fréquence respiratoire normale est de 30 à 60 mouvements par minute.
 - d. le tonus musculaire à travers les mouvements spontanés actifs et symétriques de tous les membres du nouveau-né. Le nouveau-né a tendance à garder ses membres en position de flexion.

3. Maintien de la température du nouveau-né ;
4. Dispensation soins de base : section et soins propres du cordon ombilical, soins des yeux par l'instillation de collyres antiseptiques, administrer de la Vitamine k1 systématique à tous les nouveau-nés ou au besoin aux nouveau-nés à risque ;
5. Pesée du nouveau-né ;

Identification et enregistrement du nouveau-né.

Soins MNN essentiels ¹⁷² : Sont constitués des services de soins que doivent recevoir toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés. Ils doivent être :

- Adaptés au contexte national ;
- Fondés sur des données probantes, ayant fait leurs preuves, ayant amélioré la santé et la survie des patientes et des nouveau-nés, et basés sur des solides justifications ;
- Parfaitement ciblés, par l'entremise d'une évaluation déterminée et des soins individualisés, sur les principaux problèmes affectant les femmes et leurs bébés.

Leurs buts sont :

- La promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- Le dépistage des maladies existantes et traitement ;
- Le dépistage et la prise en charge rapide des complications ;
- La préparation à la naissance et à la prise en charge en cas de complications.

Les 3 composantes des soins essentiels sont des soins systématiques, soins supplémentaires et spécialisés initiaux.

Soins prénatals essentiels ¹⁷³ : L'ensemble des actions éprouvées et appropriées de promotion, de prévention, de dépistage et de prise en charge que toutes les femmes et adolescentes enceintes devraient recevoir. Mis en œuvre au bon moment, ils permettent de :

- Diminuer les complications de la grossesse et de l'accouchement ;
- Réduire la mortinatalité et la mortalité périnatale ;
- Fournir une prise en charge intégrée tout au long de la grossesse

¹⁷² Soins maternels et néonataux de base : guide destiné au prestataire qualifié. USAID. 2004

¹⁷³ Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive (2016). WHO/RHR/16.12

Soins systématiques : Soins systématiques avec évaluation ciblée et soins individualisés pour maintenir un cycle normal de procréation et une période néonatale normale pour toutes les patientes et les nouveau-nés

Soins supplémentaires : Prestations fournis, le cas échéant, aux patientes avec des accouchements normaux qui connaissent des affections/ problèmes courants ou qui ont des besoins spéciaux ;

Soins spécialisés initiaux : Prestations fournis aux patientes et aux nouveau-nés connaissant des complications pouvant mettre leur vie en danger.

Suivi conforme : Est le suivi assuré selon les recommandations du programme national de périnatalité :

- Suivi prénatal est considéré adéquat lorsque, d'une part, les 5 consultations prénatales (1^{er} trimestre, 5^{ème}, 6^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois dont une est assurée par un médecin).
- Trois échographies : une échographie du premier trimestre entre 11 et 13 SA + 6 Jours, une échographie morphologique entre 22 et 24 SA, une échographie du troisième trimestre entre 32 et 34 SA.
- Dépistage du diabète gestationnel entre 24 et 28 SA, la prise de la tension artérielle, la bandelette urinaire, un bilan standard comprenant le groupe sanguin, une numération de la formule sanguine (NFS) et la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

Surveillance post-natale du nouveau-né : Elle met l'accent sur :

1. Interrogatoire : tétées, vomissements éventuels, aspect des selles/urines
2. Examen du nouveau-né: examen général, examen physique à la recherche de manifestations majeures ou mineures, ictère, cicatrisation ombilic
3. Evaluation de la tétée
4. Mensurations : pesée, taille, Périmètre crânien, périmètre thoracique
5. Vérification état vaccinal
6. Conseils pour la mère et le nouveau-né notamment l'allaitement maternel exclusif, a prévention des infections, l'hygiène, l'alimentation, les soins de base (maintien de la température, soins du cordon), la vaccination et les signes de danger du nouveau-né

Le nombre de visites postnatales est fixé à 2 visites :

- la première visite au 7^{ème} jour
- la deuxième visite au 28^{ème} jour

Taux de mortalité maternelle : Le nombre de femmes décédées pour 100 milles NV à la suite de conséquences obstétricales, directes ou indirectes, pendant leur grossesse ou lors des 42 jours après l'accouchement. Ce taux est calculé sur une année.

Taux de mortalité néonatale : nombre de décès du jour zéro au vingt huitième jour inclus, rapporté à 1000 NV (NV).

Taux de mortalité néonatale précoce : nombre de nouveau-nés décédés avant J7 de vie durant l'année sur le nombre de NV de la même année X 1000.

Taux de mortalité néonatale tardive : Nombre de nouveau-nés décèdes entre J7 et J28 de vie durant l'année sur le nombre de NV de la même année X 1000

Annexe 2 : Liste des références consultées pour l'élaboration de l'ébauche des paniers de SESMNN

Les références nationales :

- Module de formation sur la surveillance prénatale à l'intention des médecins et sages femmes ;
- Module de formation sur la surveillance de l'accouchement à l'intention des médecins et sages femmes ;
- Module de formation sur la surveillance postnatale à l'intention des médecins et sages femmes ;
- Module de formation sur les soins du nouveau-né et la réanimation néonatale à l'intention des médecins et sages femmes. DSSB – UNICEF. 2000 ;
- Péripartum normal ; « module à l'usage des professionnels de la santé ». DSSB. 2015 ;
- Stratégie de promotion de l'allaitement maternel : Manuel à l'usage du personnel de la santé. DSSB. 1995 ;
- Liste des indications de transfert. DSSB. 2006
- Manuel de référence en santé sexuelle et de la reproduction pour les prestataires de santé. ONFP. 2013 ;
- L'interruption volontaire de la grossesse médicamenteuse ;
- Paquet essentiel des services de santé sexuelle et reproductive. ONFP. 2013 ;
- Calendrier national de vaccination. DSSB. 2014 ;
- Guide de prénuptialité à l'intention des médecins ;
- Module de formation sur la prise en charge des IST par approche syndromique à l'intention des médecins et sages femmes ;
- Manuel de prise en charge de l'infection à VIH et des infections opportunistes ;
- Manuel de formation sur le conseil et le dépistage anonyme et volontaire du VIH ;

Les références internationales :

- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles. OMS-UNICEF-UNFPA-BM. 2003.
- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS-UNICEF-UNFPA-BM. 2004
- Soins maternels et néonataux de base : un guide destiné au prestataire qualifié. USAID – JHPIEGO/ programme de SMNN.2004
- Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. OMS-UNICEF-UNFPA-BM. 2007
- Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du

nouveau-né – WHO/MPS/07.05 - 2007

- Malformation congénitale. Rapport de la 63ème assemblée mondiale de la santé. 2010
- Le nouveau-né. Université virtuelle francophone. 2011-2012
- Les composantes des soins essentiels aux nouveau-nés.
- Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. guide méthodologique. HAS. 2014
- Soins obstétricaux et néonataux essentiels : guide pratique à l'usage des sages-femmes, médecins spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales. Médecins sans frontières. 2015.
- Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive. WHO/RHR/16.12. 2016
- Recommandation de l'American College
- Recommandations de l'OMS relatives aux interventions visant à améliorer la santé des nouveau-nés prématurés. WHO/RHR/15.2. 2015
- Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 8 ;8 ; CD012077.

Conception et Impression : Imprimerie ONFP
Tél.: 71 518 550 - Fax : 71 514 854
E-mail : pao.onfp@yahoo.fr