



Médecins du Monde

Stratégie Régionale d'Excellence en Périnatalité

2013

Version finale

Validé par : Pierre VERBEEREN (Directeur général) / Olivier CHENEBOON (Desk Tunisie et Haïti) / Mission

Date : 02/12/2013



Ce document a été rédigé par le **Groupe de Travail Périnatalité**, un des organismes participatifs de la **plateforme santé Gafsa**. Cette plateforme a été créée dans le cadre d'un projet pilote que **MdM** a initié dans la **région de Gafsa** ayant pour objectif l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de soins.

Comité de Rédaction

Dr. Slim ETLIJANI	chef Service CSB (coordinateur du groupe)
Mme Afifa BRAHMIA	Sage-femme Surveillante Moulares
Mme Zeira SALEM	Sage-femme Surveillante Belkhir
Mme Emma MABROUK	Sage-femme Surveillante Sened
Mme Sabiha ORNI	Sage-femme surveillante M'dhilla
Mme Alia BELTAYEF	Sage-femme Surveillante El Guettar
Mme Mahbouba SHIMI	Sage-femme Surveillante Metlaoui
Mme Amal DALY	Sage-femme Surveillante Gafsa
Mme Ines ZOUARI	Sage-femme Surveillante Redeyef
Mme Sonia HCHICH	Sage-femme Surveillante DRS
Mme Monia AYED	Sage-femme Surveillante ONFP
Dr. Aymen SOUA	Gynécologue Hôpital Gafsa
Dr. Hedi BENAMEUR	Pédiatre Hôpital Gafsa
Dr. Baderedine SMIDA	CSB Doualy - Gafsa
Dr. Youssef DLIGA	Pédiatre secteur privé
Mr Mohamed HAMROUNI	Tissu Associatif
Dr Saida AYACHI	Tissu Associatif
Mme Maria ABRIBI	Animatrice ONFP
Mr. Brahim MERKICH	Délégué ONFP
Mr Adel BORNJ	Administrateur hôpital régional Gafsa

Coordination de la rédaction :

Dr Taha MAATOUG	Coordinateur de projet - MdM
-----------------	------------------------------



Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui ont directement ou indirectement contribué à ce travail.

En particulier :

Comité de pilotage

Mr Brahim HAMDAR	Gouverneur Gafsa
Mr Ali FAJRAOUI	Directeur régional de santé Gafsa
Dr Slim ETLIJANI	Chef service CSB Gafsa
Mr Noomen ELADEB	Directeur hôpital régional de Gafsa
Dr Lotfi DALY	Représentant hôpital de Gafsa
Dr Mourad SANNOUCHI	Représentant hôpital régional de Metlaoui
Dr Said NAKHLI	Représentant du Syndicat de médecins publics
Dr Hichem HAMD	Médecin santé publique
Mr Chokri HAMD	Représentant du Syndicat des paramédicaux
Dr AbdelMoumen LACHKEM	Représentant des médecins du Secteur privé
Mme Amal DALY	Représentante des Sages Femmes
Mr Brahim MERKICH	Représentant ONFP
Mr Mohamed Hamrouni	Représentant tissu Associatif
Dr Saida Ayachi	Représentante tissu Associatif
Dr Taha Maatoug	Représentant MDM-B

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MON



Préambule

Sommaire

Introduction	8
A- Etat des lieux :	9
I - Principales caractéristiques du gouvernorat :	9
1. <i>Caractéristiques géographiques :</i>	9
2. <i>Structures sanitaires :</i>	9
II - Données périnatalités :	10
1. <i>Contexte national :</i>	10
2. <i>Contexte régional :</i>	10
3. <i>Les maternités du gouvernorat de Gafsa :</i>	12
3.1 <i>Maternité de l'Hôpital régional (HR) Gafsa :</i>	12
3.2 <i>Maternité de l'HR Metlaoui :</i>	13
3.3 <i>Les maternités des hôpitaux de circonscriptions :</i>	13
3.3.1 <i>Les maternités des zones minières :</i>	13
3.3.2 <i>Les maternités des zones rurales :</i>	15
3.4 <i>Secteur privé : Cliniques</i>	15
B- Analyse des faiblesses du système de santé materno-infantile dans la région :	17
1. Les maternités de la zone minière : activité limitée malgré la présence d'un médecin gynécologue	17
2. Personnel fatigué et stressé	17
3. Taux régional de césarienne très élevé	18
4. Manque de coordination entre les différentes structures et absence d'un trajet de soins clair pour la femme enceinte	18
5. Une grande disparité sous-régionale des indicateurs de la santé materno-infantile	18
6. système de statistique et d'épidémiologie non fiable (manuel)	18
7. Manque de formation continue	18
C- les défis et les mesures à prendre	20
Défi I : Améliorer les ressources humaines	20
1. Renforcer et rationaliser les ressources humaines	20
2. Améliorer l'attractivité de la région	20
Défi II : Améliorer les équipements et les infrastructures	20
Défi III : Améliorer la coordination entre les différents niveaux de soins	20
1. Mettre en place une gouvernance centralisée du système de santé materno-infantile régional :	20
1.1 Qu'est qu'un réseau de santé	21
1.2 qu'apporte le travail en réseau	21
1.3 objectif du réseau	21
2. Organiser et assurer la sécurité des transferts in-utéro et néonataux	22
3. Organiser un système d'information et d'articulation entre les structures	22
4. Améliorer la qualité de prise en charge des femmes enceintes	22
5. Renforcer les activités des PMI / CSB	23
Défi IV : Renforcer la formation / Recyclage des professionnels	23
Défi V : impliquer la population dans le programme de périnatalité et promouvoir l'éducation à la santé	23



C'est en associant nos idées, nos critiques, en coordonnant nos efforts et en partageant nos difficultés que nous arriverons à améliorer nos pratiques et la prise en charge de la femme



Abréviations

- AMA** : accouchement dans un milieu assisté
CDD : contrat de durée déterminée
CNAM : caisse nationale de l'assurance maladie
CPG : compagnie phosphate de Gafsa
CPN : consultation prénatale
CSB : centre de santé de base
DRS : direction régionale de la santé
HR : hôpital régional
INS : institut national de statistique
ONFP : office national de la famille et de la population
PMI : centre de protection materno-infantile
PNP : programme national de périnatalité
FAR : femme mariée en âge de reproduction.
FE : femme estimée enceinte.



Introduction :

Depuis le lancement du Programme National de Périnatalité en 1990, les indicateurs de périnatalité en Tunisie sont réputés être parmi les meilleurs des pays arabes et africains. Cependant, une grande disparité régionale caractérise l'accès aux soins surtout dans le domaine de la santé materno-infantile.

Compte tenu de cette vulnérabilité, depuis Mars 2013, MdM a initié un projet pilote dans la région de Gafsa s'appuyant sur une approche participative mettant l'accent sur le caractère démocratique et participatif de la méthode : elle consiste à stimuler les interrelations (débat, partenariats, réorganisations,...) entre les acteurs des structures de santé, les élus politiques et les acteurs de la société civile. L'objectif de ce projet est l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins avec un intérêt particulier pour la santé materno-infantile.

Le processus d'amélioration de l'accès aux soins de qualité dans la région de Gafsa vise tout d'abord à assurer le trajet global de soins octroyés à la femme enceinte, déjà inscrit dans le Programme National de Périnatalité de la République de Tunisie, tant au niveau des maternités des hôpitaux de circonscription que des hôpitaux régionaux.

Afin d'atteindre ce résultat, le **18 mai 2013** a été constitué, dans le cadre du lancement de la plateforme participative du projet, le **Groupe de Travail Périnatalité**, qui travaille spécifiquement sur le résultat 1.

Ce groupe est composé par de représentants des huit maternités de la Région, par l'ONFP, des membres des CSB, du tissu associatif et de MDM-B. Comme suggéré par le Responsable du programme périnatalité au niveau national, Dr. Chaouch, la Coordination du Groupe a été confié au Dr. Slim Etlijani (Chef de service des soins de santé de base de Gafsa) afin d'assurer une appropriation du projet de la part des structures de santé de la région et donc une meilleure durabilité du Groupe même après la conclusion du projet.

Le Groupe, qui dispose d'un budget participatif, a travaillé pour 6 mois afin de :

- analyser les problèmes liés à la mise en œuvre du programme de périnatalité
- proposer les objectifs à atteindre et les actions prioritaires
- formuler, avec MDM-B, les propositions pour l'utilisation du budget participatif
- transmettre les priorités au Comité Régional pour validation

Ce document présente donc le plan d'action défini dans le cadre de la structure participative ci-dessus. Il en est la déclinaison opérationnelle selon les 4 axes qui ont été définis par le Groupe de Travail Périnatalité en cohérence avec la stratégie nationale de périnatalité afin d'améliorer la situation des maternités dans la région.

A- Etat des lieux :

I - Principales caractéristiques du gouvernorat :

1. Caractéristiques géographiques et démographiques:

- Superficie de 7.807 km² (5% de la superficie de la Tunisie et 8,7% de la superficie de la région Sud) ;
- Carrefour reliant le nord et le sud situé au centre de 3 régions économiques entourées de 5 gouvernorats en forme de croissant ouvert d'environ 100 km de rayon.

Tableau 1 : Données démographiques du gouvernorat selon les délégations (Ministère du développement Régional et de la planification 2012)

Délégation	Nombre d'habitants en 2010	FMAR	FE	Superficie (Km ²)	Densité (habitant/km ²)
Gafsa Nord	10 016	1658 (16,55%)	213	500	20,03
Sidi Aich	8 381	1251 (14,92%)	161	702,1	11,94
El Ksar	35 203	5242 (14,89%)	674	332,8	105,78
Gafsa Sud	103 697	16960 (16,35%)	2181	426,1	243,37
Moulares	31 206	4722 (15,13%)	607	995,7	31,34
Redeyef	27 174	4047 (14,89%)	520	480,7	56,53
Metlaoui	37 894	6250 (16,49%)	804	1 113,4	34,04
Mdillah	13 802	2258 (16,35%)	290	680,4	20,29
El Guettar	18 658	3177 (17,02%)	408	910	20,29
Belkhir	14 242	2608 (18,31%)	335	839,5	16,96
Sened	36 315	5357 (14,75%)	689	827,1	43,91

FMAR : femme mariée en âge de reproduction (DRS 2012) ;

FE : femme estimée enceinte (DRS 2012).

2. Structures sanitaires :

En plus des structures sanitaires publiques mentionnées dans le tableau 2, il y a une seule clinique privée à Gafsa.

Tableau 2 : Structures sanitaires publiques (DRS 2011)

Délégation	Hôpitaux		Centre sante de base	Centre maternité et d'enfance	Centre de Planning Familial
	Régionaux	circonscription			
Gafsa Nord	0	0	7	0	0
Sidi Aich	0	0	7	0	0
El Ksar	0	0	5	0	0
Gafsa Sud	1	0	16	1	1
Moulares	0	1	11	1	0
Redeyef	0	1	6	1	0
Metlaoui	1	0	7	1	0
Mdillah	0	1	3	1	0
El Guettar	0	1	8	1	0
Belkhir	0	1	9	1	0
Sened	0	1	13	1	0
Total	2	6	92	8	1

II - Données périnatalités

1. Contexte national :

Un programme national de périnatalité (PNP) a été mis en place depuis 1990 ayant pour objectif général de « réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales et, en particulier, le handicap lié à une pathologie de la grossesse et/ou de l'accouchement ».

Depuis son lancement, les composantes du PNP ont été progressivement développées donnant naissance à des axes stratégiques pour ce programme :

- La standardisation de la surveillance périnatale.
- La formation/Recyclage des professionnels.
- L'éducation pour la santé.
- L'intégration des activités périnatales et de planification familiale dans les centres de santé de base.
- L'amélioration de la coordination entre différents niveaux de soins [1].

Le PNP a un grand impact sur la réduction de la mortalité maternelle. Ceci a été bien identifié lors des enquêtes nationales sur la mortalité maternelle (1993-1994, 2008).

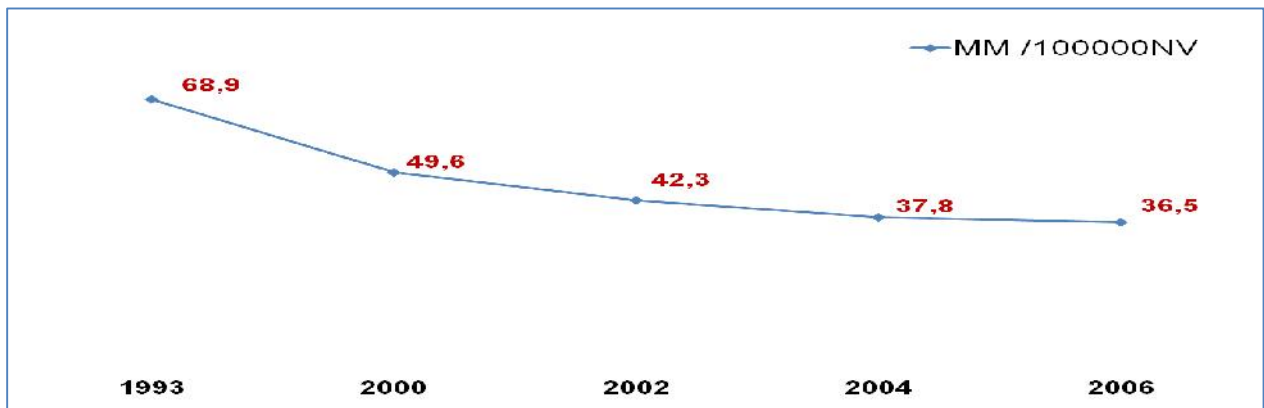


Figure 1 : Estimation de l'évolution de la mortalité maternelle en Tunisie [2]

Par ailleurs, malgré une réduction de 35% de la mortalité maternelle [2], qui est passé de 68,9 ‰ en 1994 à 44,8 ‰ en 2008, 84 % de ces décès ont été jugé évitables. En plus, 50 % des décès maternels sont liés à un défaut de prise en charge. Les facteurs liés aux femmes tendent vers la baisse [1].

Dans le volet néonatalogie, le PNP a aussi un impact important sur la mortalité néonatale ainsi que la mortalité infantile. En effet, l'institut national a montré une réduction respective de la mortalité néonatale et infantile de 34,9 ‰ en 1994 à 17,8 ‰ en 2010 et de 22,3 ‰ en 1994 à 12 ‰ en 2010 [1].

Cependant, beaucoup de travail reste à considérer pour atteindre les objectifs du PNP dans ce volet. A savoir un taux de mortalité infantile à 15 ‰ et une mortalité néonatale à 10 ‰.

2. Contexte régional :

Le taux régional de mortalité maternelle est estimé à 22/100.000 naissances vivantes [1]. Nous comptons environs 6200 naissances vivantes par an dans la région de Gafsa.

La prise en charge des femmes enceintes dans les structures sanitaires publiques dans cette région présente plusieurs défaillances liées essentiellement :

[1] : Dr Mohamed CHAOUCH « Mortalité Maternelles... jusqu'à quand » CARMMA Tunisie 2011,

[2] : Pr Habiba BEN ROMDHANE « enquête nationale sur la mortalité maternelle en Tunisie 2009-2010 » ONFP ; Nov. 2011

- aux manques des ressources humaines (manque de médecins gynécologues, manque de sages-femmes,...) et ressources matériels ;
- aux mauvaises conditions lors de l'organisation des transferts in-utéro et néonataux en plus de l'absence d'une communication efficace entre les différentes structures ;
- à l'absence d'une formation continue régulière des professionnels.

Par ailleurs, le secteur privé est bien riche par des compétences dans ce domaine. Cependant, l'accès à ce secteur reste limité par des contraintes financières malgré les prises en charge de la CNAM. En effet, ce secteur n'assure que 20 à 13 % des nombres de lits d'hospitalisation pour la population (80% à 87 %) [3, 4].

Tableau 3 : Données sur les ressources humaines dans la région de Gafsa (DRS /CSB 2013)

Délégations	Nombre de sages-femmes (maternités)	Nombre de médecins généralistes		Nombre de gynécologue		Nombre de pédiatre	
		privé	public	privé	public	privé	public
Gafsa (Gaf Sud, Gaf Nord, Ksar)	20	16	36	7	3	2	2
Metlaoui	9	3	12	0	1	0	0
Moulares	7	2	7	0	1	0	0
Redeyef	7	3	7	0	1	0	0
Mdillah	5	2	4	0	0	0	0
El Guattar	4	2	4	0	0	0	0
Belkhir	5	0	4	0	0	0	0
Sened	5	1	8	0	0	0	0

Le taux du suivi prénatal (au moins une consultation PN) et le taux des accouchements dans un milieu assisté (AMA) régionaux sont comparables aux taux nationaux.

Tableau 4 : Principaux indicateurs périnatalité (DRS 2011 - 2012)

Délégation	Centre planning familiale	Taux contrôle prénatal %		Taux AMA %		Taux contrôle post-natal %	
		2011	2012	2011	2012	2011	2012
Gafsa Nord	0	--	--	--		45	33
Sidi Aich	0	--	--	--		66	--
El Ksar	0	92	--	--		67	65
Gafsa Sud	1	--	--	--	--	--	88
Moulares	0	97	--	62	84	70	85
Redeyef	0	75	--	67	79	96	77
Metlaoui	0	60	--	70	59	48	32
Mdillah	0	--	--	76	56	94	87
El Guettar	0	--	--	46	45	75	64
Belkhir	0	95	--	48	39	66	50
Sened	0	85	--	60	64	48	40
Régional		95		93		90	
National		96		96		--	

[3] : Fethi Zhioua « Le système tunisien de surveillance de la mortalité maternelle » ; 2008

[4] : Chokri ARFA, Heba ELGAZZAR "Consolidation and Transparency :transforming Tunisia's health care for Poor" 2013.

3. Les maternités du gouvernorat de Gafsa :

3.1 Maternité de l'Hôpital régional (HR) Gafsa :

La maternité de l'HR de Gafsa est caractérisée par une activité importante. En effet, en 2012, le nombre de naissances vivantes était de 4047 nouveau-nés (Tableau 5). D'une part, elle est la maternité de premier recours pour 4 délégations (Gafsa Nord, Gafsa Sud, Ksar et Sidi Aich). D'autre part, cette maternité est le service de référence pour les autres maternités de la région.

Tableau 5 : Activité de la maternité de l'HR Gafsa (HRG 2012)

	2010	2011	2012
Nombre d'accouchement par voie basse	2475	2456	2637
Nombre de césarienne (taux césarienne)	1295 (31%)	1302 (32 %)	1179 (28 %)
Nombre d'accouchements gémellaires	72	70	76
Nombre de naissances vivantes	4098	3940	4047
Nombre de mort-nés	68	61	72
Nombre de nouveau-nés décédés	3	2	0
Nombre de décès maternels	1	2	2

En 2012, la maternité de Gafsa a reçu 892 transferts provenant d'autres établissements (figure 2).

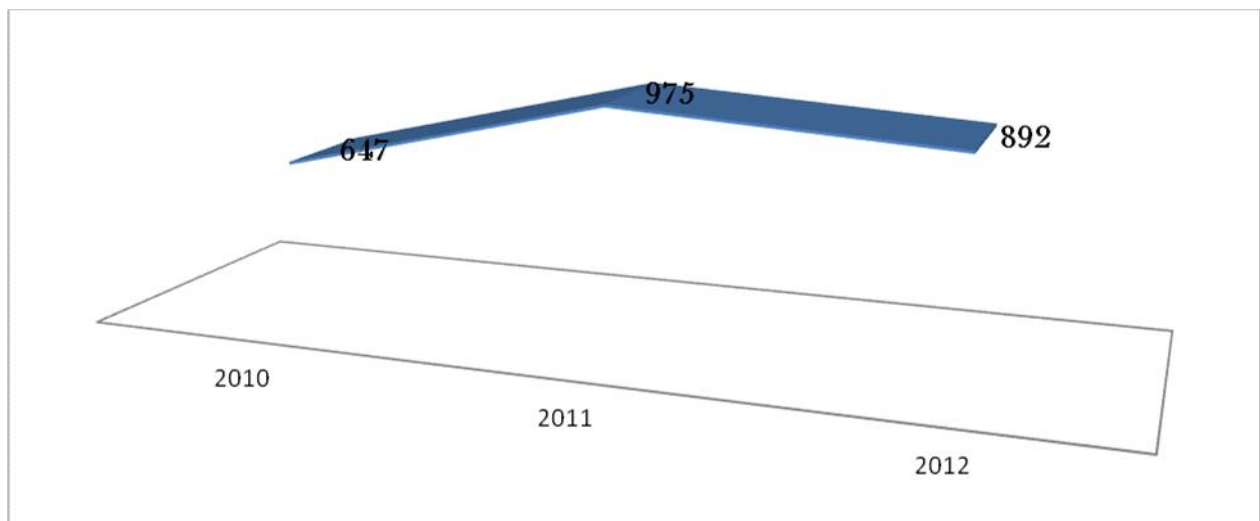


Figure 2 : Transferts provenant d'autres établissements vers la maternité de Gafsa (HRG 2012)

Le personnel de cette maternité est composé de :

- 3 gynécologues recrutés (dont un prêtant une activité limitée vu son âge et son état de santé) ;
- 20 sages-femmes ;
- 34 infirmières ;
- 8 ouvrières.

En plus des médecins recrutés, ce service bénéficie de l'aide de 2 gynécologues travaillant à l'HR de Tozeur et qui sont conventionnés de garde avec l'HR de Gafsa.

Des conventions de garde ont été établies entre l'HR de Gafsa et des médecins gynécologues privés pour une période courte.

Sur le plan structurelle, la maternité de Gafsa est composée de :

- 2 salles d'admissions et surveillance ;
- salle d'expectantes (salle de travail) ;
- salle d'accouchements (4 tables) ;
- salle de curetage ;
- salle d'échographie.

Un bloc opératoire est annexé spécifiquement à ce service.

3.2 Maternité de l'HR Metlaoui :

Malgré le fait que la ville de Metlaoui soit la deuxième ville de la région en nombre d'habitant, après Gafsa Sud, mais aussi que son hôpital régional soit le deuxième du gouvernorat, l'activité de sa maternité est de loin inférieure à celle de l'HR de Gafsa.

Le personnel de cette maternité est composé de :

- Un médecin gynécologue (coopérant) ;
- 9 sages-femmes ;
- 9 infirmières ;
- 3 ouvrières.

En 2012, **500** accouchements ont été enregistrés avec un taux de césarienne de **37,4%** soit 187 accouchements par césarienne (figure 3).

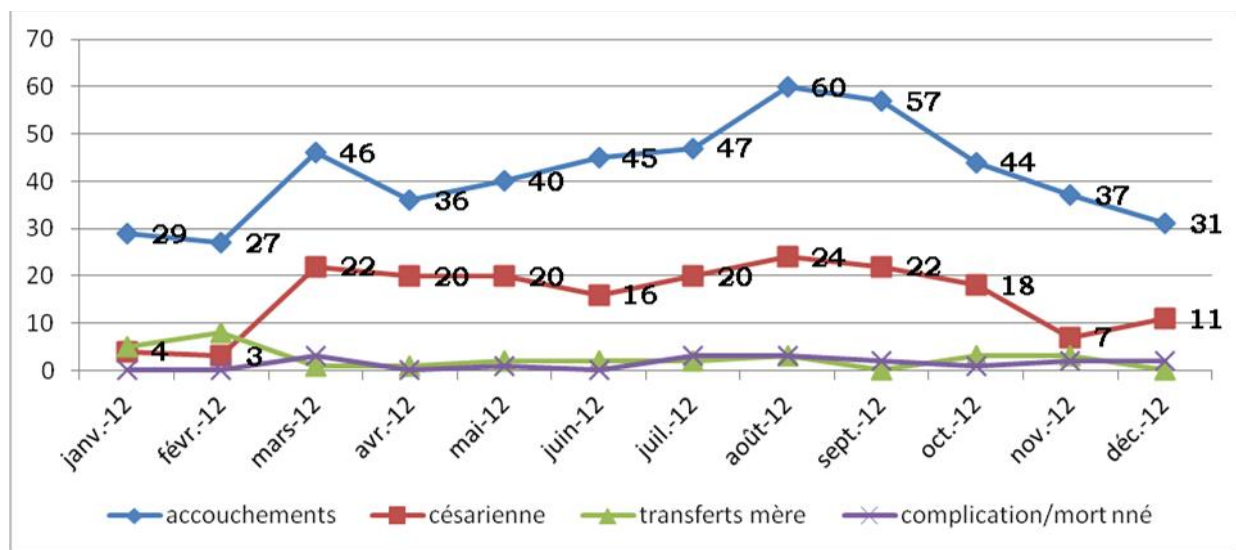


Figure 3 : *Activité de la maternité de Metlaoui en 2012 (HR Metlaoui 2012).*

3.3 Les maternités des hôpitaux de circonscriptions :

Ces maternités sont divisées en deux groupes : les maternités des zones minières (Redeyef, Moulares et Mdillah) avec médecins gynécologues et les maternités des zones rurales (Sened, Elguettar et Belkhir) sans médecin gynécologue.

3.3.1 Les maternités des zones minières :

Selon la loi du n°91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire, les hôpitaux de circonscription disposent des prestations de médecine générale, d'obstétrique et d'urgence.

Ces hôpitaux sont démunis des soins spécialisés à caractère médical et chirurgical qui relèvent des fonctions des hôpitaux régionaux. Cependant, vu la spécificité de la région (zone minière avec beaucoup d'accident du travail) et la pression faite par les syndicats de la Compagnie de Phosphate de Gafsa (CPG), des prestations de soins chirurgicaux ont été installées dans les hôpitaux de circonscription de ces zones (chirurgie générale, gynéco-obstétrique).

Et ainsi, on trouve un médecin gynécologue sur Redeyef (RDF) et un médecin gynécologue sur Moulares (MLS). Ces deux médecins coopérants sont dans la région depuis une dizaine d'années. Pour Mdhilla (MDA), le médecin gynécologue (qui était aussi coopérant) a résilié son contrat depuis 2011 et n'a pas été remplacé.

Ces maternités fournissent un service sanitaire de proximité pour les populations de ces villes (figure 4). En effet, les accouchements enregistrés dans les maternités de RDF et MLS sont environ **550** accouchements par an (2012) avec un taux de césarienne moyen de **32,7%**. Alors que le nombre d'accouchement à Mdhilla est de **300** accouchements par an (2012.). Nous avons constaté une complémentarité d'activité entre les deux maternités de RDF et MLS lors de la période des congés des médecins (juin-juillet). En effet, le médecin de MLS remplace celui de RDF lorsque ce premier est en congé et vice-versa.

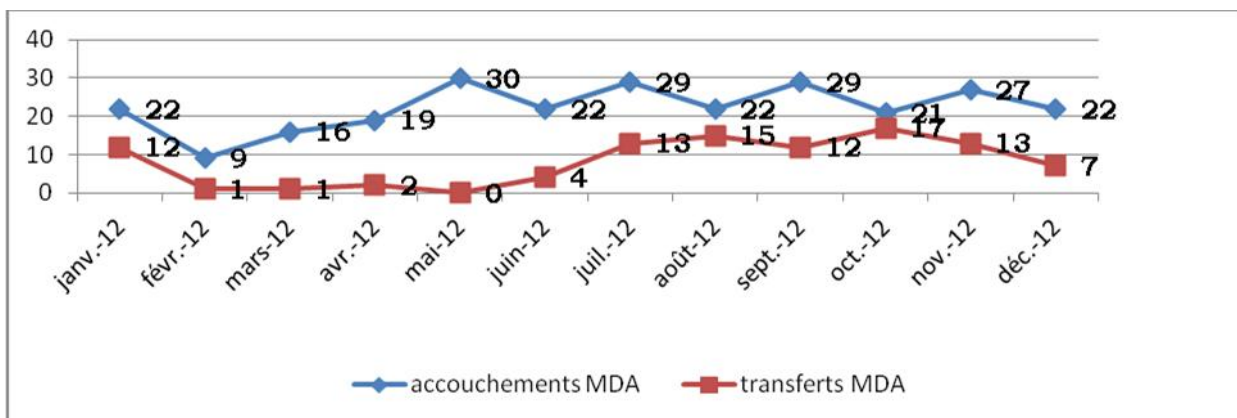
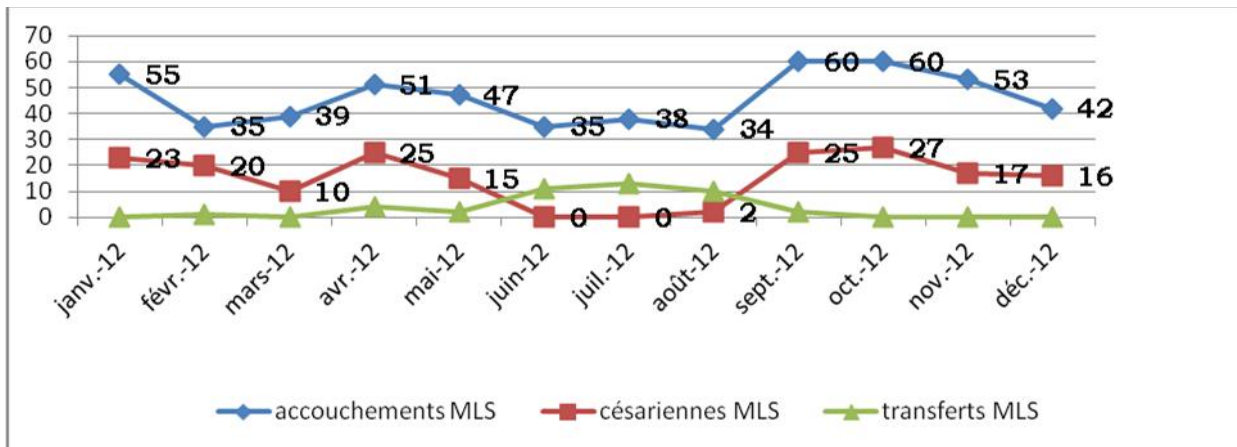


Figure 4 : Activités des maternités de Moulares (MLS) et Mdhilla (MDA)
(registre d'accouchements des maternités correspondantes 2012)

3.3.2 Les maternités des zones rurales :

Ce groupe de maternités inclut les maternités de Sened (SND), Elgeuttar (EGR) et Belkhir (BKR). Ces maternités rentrent dans le cadre national des maternités des hôpitaux de circonscription. Les soins fournis sont uniquement obstétricaux. Ils sont réalisés par des sages-femmes. En cas de besoin, ces sages-femmes transfèrent les femmes à risque, selon les indications des documents du PNP, vers la maternité de niveau II (dans ce cas c'est la maternité de Gafsa). L'activité dans les trois maternités est entre 350 et 500 accouchements par an (figure 5).

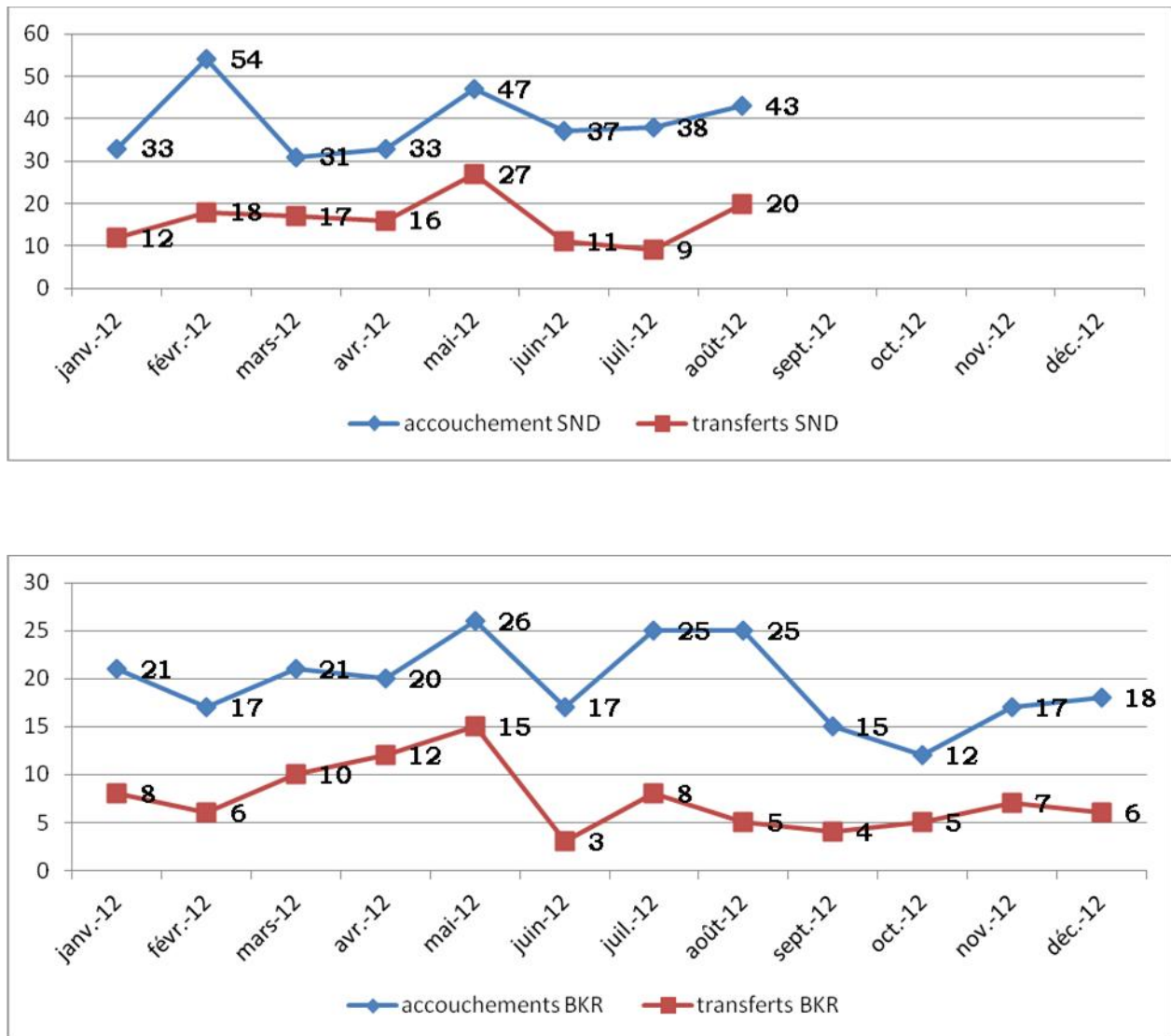


Figure 5 : Activité 2012 des maternités de Sened et Belkir (registre d'accouchement 2012)

3.4 Secteur privé : Cliniques

Sur Gafsa, on enregistre une clinique fonctionnelle depuis plusieurs années. Cette clinique, située sur la route de Tozeur, draine pour le moment les parturientes, souhaitant accoucher dans le secteur privé, de toute la zone de Tozeur, Gafsa et Sidi Bouzid.

Douze gynécologues du secteur privé installés dans ces 3 gouvernorats sont conventionnés avec cette clinique.

Son activité obstétricale a été marquée par une augmentation de 48,6% entre l'année 2011 et 2012. En effet, durant 2011 il y a eu **590** accouchements dont 405 par césarienne (68,6 %), en 2012 il y a eu **1213** accouchements dont 872 par césarienne (71,8%).

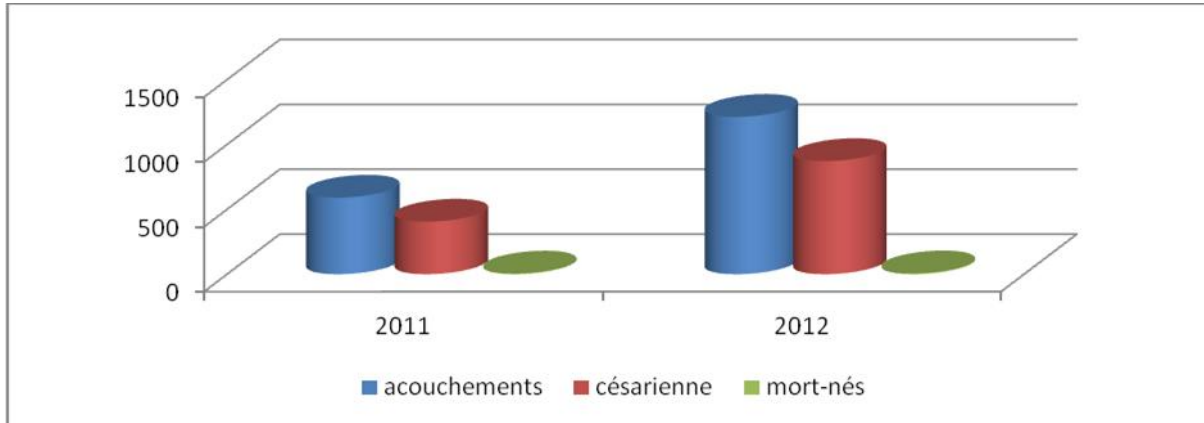


Figure 6 : Activité maternité privée

B- Analyse des faiblesses du système de santé materno-infantile dans la région :

Au terme de notre analyse des situations des différentes maternités du gouvernorat de Gafsa, nous avons pu constater que les acquis du PNP ont entraîné une baisse de la mortalité maternelle et augmenter le recours à la consultation prénatale.

Toutefois, plusieurs faiblesses sont encore présentes, à savoir :

1. Les maternités de la zone minière : activité limitée malgré la présence d'un médecin gynécologue :

Les maternités de la zone minière, y compris Metlaoui, ont plusieurs points communs. En effet, malgré l'existence d'un service gynéco-obstétrical, le bloc opératoire pour l'activité obstétrical est commun avec la chirurgie générale.

En suite, les prestations des soins médicaux en obstétrique sont assurées par un seul médecin coopérant par maternité. Ces médecins sont sur place depuis plus d'une dizaine d'années. Les conditions de vie dans les villes minières et le niveau bas de leurs hôpitaux font que les médecins spécialistes tunisiens refusent d'y travailler. Par conséquent, les médecins coopérants travaillent seuls dans leurs maternités et sont trop pris par leurs activités (garde 7j/7 avec un seul congé annuel de 45 jours) ce qui a des conséquences sur ces médecins (stress, fatigue, absence de mise à jour de leur connaissances médicales) et éventuellement sur les patientes (risque accru de faute médicale). En plus, si un de ces médecins part il ne sera pas remplacé (cas de la maternité de Mdhilla).

Par ailleurs, ces médecins travaillent en dehors d'un plateau technique adéquat (en absence de médecin réanimateur-anesthésiste, de l'absence de pédiatre, etc.). Ceci est à l'origine d'une fausse sécurité pour les patientes.

Les maternités des zones minières sont dans une situation critique. D'un côté, les citoyens de ces zones adhèrent fortement à leurs droits d'avoir des maternités avec des médecins gynécologues. De l'autre côté, ni le Ministère de la Santé ni les médecins gynécologues tunisiens veulent s'investir dans ces maternités.

Le premier aperçoit la présence médicale dans ces hôpitaux comme fragile, ce qui est tout à fait vrai (cas maternité Mdhilla), par conséquence les décideurs de santé pensent que ravitailler ces zones par du matériel utilisable uniquement par les médecins (échographie, matériels bloc opératoire, etc.) risque d'être un gaspillage du budget ministériel, lui-même limité. En plus, la loi de l'organisation sanitaire fait que ces hôpitaux n'ont pas le droit de fournir des prestations de soins spécialisés (sauf le cas de Metlaoui qui est un hôpital régional).

Les conditions de vie médiocres dans ces villes, l'absence d'un plateau technique adéquat et l'éloignement des centres universitaires n'encouragent pas les médecins tunisiens à travailler dans ces hôpitaux. En effet, ils préfèrent le travail avec une équipe médicale complémentaire (moins de risque médico-légale, moins de stress, bien sécurisé, etc.) et porter de l'attention à leur formation continue (assistance dans des congrès, inscription dans les mastères médicaux,...).

2. Personnel fatigué et stressé:

Pour assurer une activité régulière dans les maternités, le personnel de santé de certaines maternités, souffrantes du manque de personnel et de l'absentéisme (congé de maladie) doit travailler des heures supplémentaires au détriment de leur vie privée. Ceci pourrait être à l'origine d'un stress professionnel.

Par ailleurs, les sages-femmes dans les maternités rurales souffrent du stress plus qu'ailleurs puisqu'elles travaillent sous leur propre responsabilité. Et Les médecins qui les accompagnent durant la garde et qui sont les premiers à être sollicité en cas de complication ne sont pas qualifiée ni en gynécologie ni en réanimation néonatale.

3. Un taux régional de césarienne très élevé :

Nous avons été surpris par le taux élevé de césarienne qui est de 35% en moyenne dans les établissements publics et environ de 70 % dans le secteur privé. Parmi les conséquences de ce taux élevé l'augmentation de l'incidence de la morbidité respiratoire chez les nouveau-nés [5]. Les déterminants des taux élevés des césariennes pourraient être [5] :

- Dysfonctionnement et problème d'organisation des petites maternités. Manque de personnel anesthésiste.
- un déficit de dépistage précoce des grossesses à risque.
- Demande des parturientes.

Nous pensons nécessaire la mise en place d'études analytiques pour identifier les déterminants exactes de ce taux important de césariennes.

4. Manque de coordination entre les structures et absence d'un trajet de soins clair pour la femme enceinte :

Au cours de nos visites dans les maternités et suite aux interviews réalisées auprès les sages-femmes des maternités périphériques, nous avons pu mettre en évidence la tension entre les maternités périphériques et la maternité de référence lors des transferts des parturientes. Et notamment pour tout ce qui concerne la cause du référencement et l'accompagnement de la parturiente lors du transfert.

L'origine de cette tension est l'absence d'un trajet clair pour la parturiente, guidée par une coordination unique et centralisée.

5. Une grande disparité sous-régionale des indicateurs de la santé materno-infantile :

Il est important de mentionner la faiblesse de couverture et les disparités entre les régions surtout pour le taux d'accouchement en milieu assisté et la consultation post-natale. Ceci est expliqué en partie par les divers facteurs économiques et géographiques qui différencient les délégations. D'une part, la population des villes minières, dont la majorité est composée par des employés de la CPG, a un accès facile aux soins privés via une assurance maladie complémentaire (mutuelle). D'autre part, les femmes des villes proches de Gafsa (Mdillah et El Guettar) préférèrent les structures sanitaires de la ville de Gafsa sous prétexte que dans ces structures les soins sont plus sécurisés. Finalement le taux bas des indicateurs sanitaires des zones rurales est dû aux difficultés financières (pas de couverture médicale) et géographiques (éloignement des structures sanitaires) ce qui a pour conséquence l'augmentation des accouchements à domicile dans ces régions.

6. Système de statistique et d'épidémiologie non fiable (manuel) :

Nous avons noté la mauvaise tenue des registres d'accouchement et des dossiers obstétricaux rendant le recueil des données particulièrement difficile. En plus, l'absence d'un archivage organisé et fiable a compliqué l'accès aux données sanitaires.

7. Manque de formation continue :

En raison de l'éloignement des centres universitaires et de la charge de travail, la formation continue du personnel de santé n'est pas au point. En effet, beaucoup de sages-femmes déclarent qu'elles n'ont pas suivi une séance de formation continue depuis qu'elles sont en exercice.

Compte-tenu de cet état des lieux et de l'analyse des faiblesses du système de santé materno-infantile dans la région de Gafsa, le groupe de travail périnatalité a élaboré une stratégie d'intervention à mettre en œuvre dans les maternités, selon leur niveau (niveau I et niveau II) et leur activité. Celle-ci, en lien avec le PNP, se décline en 4 axes stratégiques.

Le 1^{er} axe est un préalable aux orientations du PNP :

[5] Emira Ben HAMIDA NOUAILI et al. « Morbidité respiratoire néonatale après césarienne élective à terme », La Tunisie médicale 2010, V88 : 912-927



- L'amélioration des ressources humaines et matérielles : la mise à niveau des maternités vise une meilleure qualité de la prise en charge des parturientes ainsi qu'une amélioration des indicateurs de périnatalité (consultation pré et post natales, taux d'accouchement en milieu assisté) ;

Les 3 autres sont des prérogatives de ce programme :

- L'amélioration de la coordination entre les différents niveaux de soins : Elle vise la sécurisation des transferts de la femme ou du nouveau-né et le renforcement du travail en réseau des maternités.
- La formation des professionnels : la formation continue et le recyclage des professionnels de santé contribuent à la qualité des soins et à la sûreté de la prise en charge des patients.
- L'éducation à la santé, la planification familiale, la PMI : Elles garantissent l'implication des usagers et le renforcement des soins de proximité.

C- Les défis et les mesures à prendre :

Défi I : Améliorer les ressources humaines :

1. Renforcer et rationaliser les ressources humaines :

Il n'existe pas des normes nationales concernant les ressources humaines dans le secteur public à l'image du cahier de charge des cliniques. Nous jugeons donc utile que le renforcement des ressources humaines, dans les structures sanitaires, prenne en compte les niveaux et l'activité des maternités. Et ce, afin d'assurer un environnement sécurisé pour l'accouchement des femmes dans les différentes maternités, quel que soit leur niveau.

Actions prioritaires planifiées :

- Mise en place de normes pour les ressources humaines.
- Appui au recrutement du personnel médical et paramédical nécessaire pour le bon fonctionnement des maternités et négociation avec le Ministère de la santé pour atteindre les normes définies en termes de ressources humaines.
- Renforcement des conventions avec le secteur privé.

2. Améliorer l'attractivité de la Région :

Pour attirer les médecins spécialistes, la Région doit développer un plan de développement régional. En ce qui concerne la santé, la Région doit construire et supporter à l'échelle nationale et internationale l'image d'une « Région expérimentale d'excellence en périnatalité ». Celle-ci doit contribuer à attirer l'attention des autorités et des bailleurs de fonds internationaux pour le développement.

Défi II : Améliorer les équipements et les infrastructures :

Actuellement, les normes d'hygiène, d'infrastructures, d'équipement et de disponibilité de consommables ne sont pas respectées faute de moyens et à cause d'obstacles administratifs. La Région s'engage à appliquer les normes de soins, institution par institution, et à les atteindre à 90 %, d'ici 2015, 95 % d'ici 2017 et 100 % d'ici 2020.

Action prioritaires planifiées :

- Un plan d'équipement précise le matériel et les infrastructures qui doivent être disponibles par institution de soin. Ce plan est revu tous les deux ans.
- Aide à l'achat du matériel manquant nécessaire au bon fonctionnement des maternités à travers le budget participatif, pour assurer un environnement sécurisé pour la femme enceinte et son nouveau-né.
- Mise en place un système de maintenance efficace.

Défi III : Améliorer la coordination entre différents niveaux de soins :

1. Mettre en place une gouvernance centralisée du système de santé materno-infantile régional :

Afin d'assurer la continuité des soins et fournir des prestations de qualité pour la femme enceinte, la Région devrait concentrer la gouvernance des services et des ressources



humaines liés à la périnatalité dans un seul réseau de santé. Ce réseau sera initié en 2014, crée en 2015 et pleinement opérationnel en 2016. A l'échéance 2020, l'ensemble de l'offre publique et privée de services périnataux sera régulé par ce réseau.

1.1 Qu'est qu'un réseau de santé :

Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations [5].

1.2 Qu'apporte le travail en réseau :

La complexité croissante des problèmes de santé et leur imbrication, l'éclatement de l'offre de soins et de services, la modification des relations professionnelles de santé/patient rendent nécessaire de repenser à l'offre de soins.

Travailler en réseau, en lien avec d'autres acteurs, assure une meilleure qualité de prise en charge médicale. Cela permet d'apporter des réponses aux difficultés médicales mais aussi sociales ou psychologiques tout en assurant la continuité des soins et l'amélioration des échanges entre professionnels d'une part, et avec leurs patients d'autre part.

1.3 Objectif du réseau:

L'objectif principal du réseau dans le cadre de la périnatalité et de la parentalité est de délivrer aux femmes et aux nouveau-nés l'accès à des soins appropriés ainsi qu'une prise en charge optimale en facilitant les interrelations entre les acteurs de santé, organisant les procédures de transfert vers les lieux de soins les plus adaptés dans un esprit d'optimisation et d'harmonisation des pratiques suivant 3 grands axes :

- Garantir la sécurité et la qualité des soins par un accès à un niveau de maternité justifié par la pathologie et des transports adaptés au besoins, en prenant en compte dans la mesure du possible, le critère de proximité ;
- Assurer l'égalité des chances devant la prise en charge obstétricale, mais aussi toute femme en âge de procréer, pour toute femme justifiant un suivi et pour toute prise en charge d'un nouveau-né ;
- Assurer la continuité et la globalité de la prise en charge en y intégrant : la prévention des conduites à risque, la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel, le suivi prénatal, la création d'un dossier de suivi obstétrical partagé, la bonne orientation des femmes enceintes préalablement à la naissance et la réorientation possible à tout moment de ce suivi.

Actions prioritaires planifiées :

- Initiation la mise en place d'un réseau de santé périnatale commun à tous les établissements privés et publics et ce en créant une association à but non lucratif qui aura pour mission le lancement de ce réseau et l'appui du système actuels moyennant un budget participatif,
- L'association négociera avec le ministère la mise en place des outils organisationnels et législatifs pour créer le réseau de périnatalité incluant tous les niveaux des maternités publiques : les maternités périphériques (niveau I), les maternités régionales (niveau II) et les maternités universitaires (niveau III) ainsi que celles du secteur privé,



- Elaboration d'un plan d'action biannuel de mise en œuvre de la SERP établi par un conseil régional de périnatalité formé par des représentants des prestataires de soins publics et privé ; de gouvernorat, des syndicats de santé, de la société civile, des acteurs économiques et de toutes autres personnes jugées nécessaires pour ce domaine.

2. Organiser et assurer la sécurité des transferts in-utéro et néonataux :

Comme toutes les maternités de la région ne disposent pas des mêmes moyens, les transferts in-utéro ainsi qu'en post-partum sont considérés comme un vécu au quotidien. Cependant, il n'existe pas de règlement clair qui régit ces transferts. Ceci peut mettre en péril la santé de la mère ou de son bébé. Ainsi l'existence d'un organisme permettant une organisation cohérente et adaptée du lieu d'accouchement serait d'une grande utilité.

Actions prioritaires planifiées :

- Mettre en place une cellule d'écoute (régulation) régional pour gérer les transferts et exploiter au moins les ressources (parc, disponibilité des lits, ...),
- Mettre des outils objectifs qui aident l'organisation des transferts :
 - Utilisation des échelles et organigramme claire pour indications des transferts,
 - Unifier les protocoles de prise en charge,
 - Unifier le dossier obstétrical, fiche de transfert, fiche de régulation,
 - Identifier les différents moyens de transferts disponibles (avec secouriste, avec sage-femme, avec technicien, SAMU) et mettre en place les critères du recours à un type donné.
- Mettre en place un réseau efficace et facilement accessible avec les centres universitaire et maternité niveau III et service de réanimation néonatale,
- Equiper les ambulances par le matériel nécessaire pour un transfert sécurisé pour la mère et son nouveau-né

3. Organiser un système d'information et d'articulation entre les structures :

Afin d'améliorer l'efficacité des soins et la qualité des données médicales, la mise en place d'un système d'information informatisé permettant de diffuser l'information : protocoles, résultats d'enquêtes, ainsi l'accès à un dossier médical partageable commun et informatisé s'avère d'une grande importance.

Actions prioritaires planifiées :

- Mettre en place un dossier médical périnatalité simple et fiable,
- Renforcer les outils et des moyens d'informatique nécessaire pour les échanges d'information entre les différents intervenants dans le système de santé materno-infantile de façon sécurisée et éthique.

4. Améliorer la qualité de prise en charge des femmes enceintes :

L'amélioration de la qualité des prestations des services s'avère d'une grande importance pour la sécurité maternelle et infantile.

Actions prioritaires planifiées :

- Publication des guides de prise en charge adaptés aux catégories professionnels et à la région,



- Concevoir, opérationnaliser et étudier les données issues du système d'information sanitaire en encourageant les recherches scientifiques.

5. Renforcer les activités des PMI / CSB:

Le service de PMI est un service public, territorialisé et accessible sans aucune condition. Les moyens, dont il dispose (consultations, visites prénatales, visites postnatales,...), lui permettent d'agir le plus en amont possible sur les facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques, notamment en facilitant l'accès aux soins. Il offre un service de proximité où les parents peuvent trouver l'occasion de se relier entre eux, et de se familiariser avec leur nouvelle fonction de parent.

Sa position privilégiée dans le système de suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants en fait également un relais indispensable pour la connaissance de l'état de santé, de l'environnement socioéconomique et des actions de prévention (vaccinations...).

Le renforcer l'activité de ces centres aura un impact positif sur le dépistage des grossesses à risque. Ceci à avoir 80 % des GAR accouchées dans un milieu d'accouchement adapté et faire descendre le taux de césarienne, actuellement très élevé (35 % en moyenne), des 15% des accouchements. Par conséquent, il faut les considérer dans tous les mesures mentionnées dans ce plan : mesures de coopération, de formation et essentiellement les mesures d'articulation entre les structures.

Défi IV : Renforcer la formation / recyclage des professionnels :

La formation continue permet aux personnels de santé qui sont déjà dans la vie active de pouvoir améliorer leurs compétences et s'adapter aux nouvelles technologies ainsi que d'accueillir de nouvelles connaissances. Cette formation doit être adaptée aux besoins de la région.

Actions prioritaires planifiées :

- Création trois clubs professionnels afin de favoriser la formation continue, l'échange d'expériences, la convivialité, les stages en maternités universitaires, la stimulation professionnelle, les échanges nationaux et internationaux :
 - Le cercle « Péri-EL » qui regroupe les sages-femmes ;
 - Le cercle « Péri-Med » qui regroupe les généralistes impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes ;
 - Le cercle « Péri-Spé » qui regroupe les spécialistes qui font la périnatalité.
- Organisation tous les deux ans, une biennale de périnatalité à Gafsa et réunir les plus grands spécialistes de la périnatalité nationaux et internationaux,
- Inscrire la maternité de Gafsa dans un réseau universitaire national et international qui peut délivrer des diplômes postuniversitaires à l'issue de cursus données à Gafsa.

Défi V : Impliquer la population dans le programme de périnatalité et promouvoir l'éducation à la santé :

Actuellement, la relation entre le système de santé périnatal et les femmes en âge de procréation est passive. Elle doit devenir interactive. Les femmes doivent connaître les services existants, s'inscrire dans un projet d'accompagnement périnatal, poser des questions. Via différents moyens audio-visuels, les 92000 femmes en âge de procréation seront informées de l'offre, des attitudes responsables et pourront s'informer sur leurs besoins de soins.



Actions prioritaires planifiées :

- Organisation des émissions interactives dans les radios régionaux sur le programme de périnatalité,
- Publication une newsletter « Périnatalité » chaque année et la diffuser dans la région via les CSB ou sur les marchés. Cette newsletter aura pour objectif de véhiculer les messages de surveillance, inviter les femmes enceintes à suivre le programme, les informer des risques, des conditions administratives de prise en charge financière,...
- Organisation et pilotage des campagnes de sensibilisation des femmes en âge de procréation.



Responsable du projet - MdM Belgique	Elodie RICHARD Mail : elodie.richard@medecinsdumonde.be
Coordinateur général - MdM Be en Tunisie	Francesco TROPEA Mail : medecinsdumonde.tunisie@gmail.com
Coordinateur de projet - MdM Be en Tunisie	Dr Taha Maatoug Mail : maatoug.taha@gmail.com