



# POLITIQUE ET NORMES EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION



Fonds des Nations Unies  
pour la Population



Organisation Mondiale  
de la Santé



Fonds des Nations  
unies pour l'Enfance

Mai 2010

## **REMERCIEMENTS**

Le Ministère de la Santé tient à remercier toutes les institutions, les personnes physiques ou morales qui ont contribué à la révision de ces documents de politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction.

Il tient particulièrement à adresser ses vifs remerciements à l'UNFPA, à l'OMS, à l'UNICEF, et à l'ensemble des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé pour leur appui constant.

Une mention spéciale est à faire pour l'appui décisif des associations professionnelles de santé (SOGOB, SOBPED, ABSF/ME et ABI) pour leur contribution technique remarquable au cours du processus de cette révision.

# **TABLES DE MATIERES**

<b>EQUIPE DE REDACTION.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>CONTEXTE.....</b>	<b>6</b>
<b>PREMIERE PARTIE : POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
Introduction.....	12
I.    Principes de base .....	13
II.   But et objectifs .....	13
III.  Concept de santé de la reproduction .....	14
IV.  Volets et composantes de la santé de la reproduction au Burkina Faso .....	14
V.   Politique par composante .....	18
<b>DEUXIEME PARTIE : NORMES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION .....</b>	<b>48</b>
Introduction.....	48
I.    Normes par composante.....	48
II.   Composantes d'appui .....	75

## **EQUIPE DE REDACTION**

**SOGO (gynécologues obstétriciens)** : Pr. KONE Bibiane, Pr. LANKOANDE Jean, Pr. DAO Blami, Pr. Agr. THIEBA Blandine, Dr OUEDRAGO Charlemagne, Dr OUEDRAOGO Ali, Dr KIEMTORE Sibraogo, Dr SOME Der Adolphe, Dr LILIOU Sabine

**SOBPED (Pédiatres)** : Pr. TALL François, Pr. KAM Ludovic, Pr. Agr. YE Diarra, Dr TRAORE Antoinette

**Association des sages femmes/ME** : COULIDIATI Claire, ZOUNGRANA A. Myriam

**Amicale des Infirmières** : Mme SARE Marie Joseph

**UFR/SDS** : Pr. Agr. THIEBA Blandine, Pr. Agr. OUEDRAOGO T. Laurent

**ENSP** : Mme OUEDRAOGO Kadidia, M. BIKABA Emmanuel, M. ZANZE Diadoma

**ABBEF**: Mme KONATE Hadissa

**FCI** : Mme DIALLO Diénéba

**Médecine interne** : Dr TRAORE René

**OMS** : Pr. Agr. OUANGO Jean Gabriel, Dr OUEDRAOGO Léopold (OMS)

**UNFPA** : Dr ZOUNGRANA Thomas, Dr SANKARA Olga

**UNICEF**: Dr BANGAGNE Yemdame

**Secrétariat général** : Pr. TRAORE Adama

**Directions générales et centrales du ministère de la santé**: SANOU Souleymane, ZAMPALIGRE Fatimata, NARE Narcisse, SANOU Zézouma Philippe, SANON Djénéba, OUEDRAOGO Elise, DOMO Yakouba, OUEDRAOGO W. Ernest SANKARA Salif, ZERBO Aoua, NOUGTARA Jeanne, M. MAIGA Fatimata, SAWADOGO Issaka, OUEDRAOGO Francine, KY André Yolland, TRAORE Augusta B, KABORE Ferdinand, BONKOUNGOU Gisèle Hortense, SAWADOGO Nobila, GNANGAO Karidiatou Carine.

**Personnes ressources** : BELEM Justine, KANGOYE L. Théodore

**Secrétariat** : DIAKITE Binta, ZIDOUEMBA Patoin Yalba, BANCE Sylvie

**Gestion financière de la révision** : NONGUIERMA Alfred, OUOBA Adjima, COMPAORE Pascal

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>ARV</b>	Anti-rétroviral
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CIPD</b>	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>CM</b>	Centre Médical
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
<b>CPNR</b>	Consultation Périnatale recentrée
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DEP</b>	Direction des Etude et de la Planification
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSF</b>	Direction de la Santé de la Famille
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>IEC</b>	Information- Education- Communication
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MEG</b>	Médicament Essentiel Générique
<b>MMR</b>	Maternité à Moindre Risque
<b>MPE</b>	Malnutrition protéino-énergétique
<b>ONG</b>	Organisation Non gouvernementale
<b>PCIME</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PvVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SONE</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## **CONTEXTE**

### **Contexte international**

#### ***Au plan mondial***

Au cours des années 1990, s'est tenue une série de conférences internationales qui ont inspiré un changement fondamental dans la façon dont le monde percevait les problèmes de population, de promotion de la femme et de l'enfant ainsi que la manière d'améliorer la santé de la population.

- En 1990, le sommet mondial pour les enfants à New York s'est fixé des objectifs pour la survie, la protection et le développement des enfants ;
- En 1994, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire a défini le concept de SR et les stratégies de mise en œuvre du plan d'action ;
- En 1995, le sommet mondial sur le développement social de Copenhague a mis l'accent sur la place centrale de l'homme dans le processus de développement social ;
- En 1995, le sommet mondial de Beijing sur la femme a insisté sur la promotion et l'autonomie de la femme.

#### ***Au plan régional***

- les conférences de Nairobi (1987) et de Niamey (1989) ont marqué le point de départ de l'initiative pour la maternité sans risque visant la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile ;
- en 1995, la conférence régionale sur la maximalisation de l'accessibilité et la qualité des services (MAQ) de Ouagadougou a défini le cadre logique de l'assurance de qualité et les critères de qualité des soins ;

- en 1996, le Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les facultés et les écoles de santé d'Afrique centrale et Occidentale (Forum SR/ACO) de Ouagadougou a permis l'élaboration d'une stratégie commune de formation en SR à travers des plans nationaux de formation ;
- en 1998 à Ouagadougou, la première conférence des pays francophones d'Afrique sur la participation des hommes à la santé de la reproduction a permis de situer de rôle de l'homme dans la SR en tant qu'acteur et bénéficiaire.

Toutes ces conférences ont permis de percevoir la santé et les droits des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes en matière de SR comme des questions essentielles ayant un impact sur le développement humain durable. Les orientations et recommandations issues de ces rencontres servent de guide au Burkina Faso dans l'élaboration de la politique et des normes de SR, dans le cadre global de la politique sanitaire nationale (PSN) et du plan national de développement sanitaire (PNDS).

### **Contexte national**

Pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso qui s'étend sur 274 200 km<sup>2</sup> est peuplé de 14 017 262 d'habitants (RGPH 2006). Cette population croît au rythme 3,1% par an et 77,3% vit en milieu rural. Les femmes représentent 51,7% de la population totale.

Au plan économique, le Burkina Faso reste confronté à un défi majeur qui est l'éradication de la pauvreté. En effet, en 2003, 46,4% de la population se trouvait en dessous du seuil de pauvreté absolu estimé à 82 672 F CFA (INSD 2003). La pauvreté a essentiellement un visage rural (52,3% de la population vit en deçà du seuil de pauvreté en milieu rural contre 19,9% en milieu urbain) et touche plus souvent les femmes (47,1%) que les hommes (46,4%).

Les barrières socioculturelles exposent la femme à la pauvreté et limitent son accès aux services sociaux de base, notamment en milieu rural.

Sur le plan sanitaire, malgré les progrès réalisés, la situation reste préoccupante comme le montrent les indicateurs suivants :

- taux de mortalité générale : 15,2 pour mille (EDS BF III, 2003)
- taux de mortalité maternelle : 484 pour 100 000 naissances vivantes (EDS BF II, 1998),
- taux de mortalité infantile : 81 pour mille (EDS BF III, 2003)
- taux de mortalité infanto-juvénile : 184 pour mille (EDS BF III, 2003)
- Taux de mortalité néonatale : 31 pour mille. (EDS BF III, 2003)

Les taux de mortalité élevés traduisent l'ampleur des problèmes de santé des femmes et des enfants.

Les principales causes chez l'enfant sont les maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, IRA, maladies diarrhéiques) et la malnutrition auxquelles est venue s'ajouter ces dernières années la pandémie du VIH/SIDA.

Les hémorragies, les infections, les dystocies, les avortements et les anémies constituent les principales causes de mortalité chez la femme.

Chez les adolescents et les jeunes, la problématique de la santé de la reproduction s'exprime en termes de sexualité précoce, de grossesses précoces et / ou non désirées, d'avortements clandestins, de VIH/SIDA/IST.

Les jeunes sont également victimes du tabagisme, de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies.

Les pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes et des filles telles que l'excision, le mariage forcé, le lévirat et le sororat sont encore très répandues dans le pays. Il en est de même des violences sexuelles et domestiques et la surcharge de travail de la femme.

Le mauvais état de santé des populations est lié à plusieurs facteurs souvent imbriqués qui contribuent à la faible utilisation des services de SR. Il s'agit entre autres de :

- la faible couverture en services SR, comme le montrent la faible couverture prénatale (61 %) et obstétricale (27 %) (EDS BF II, 1998-1999);

- la faible accessibilité financière et géographique des services de SR ;
- l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières
- la mauvaise qualité des soins ;
- les barrières socioculturelles, juridiques et médicales ;
- la faible implication communautaire.

Face à cette situation, le gouvernement a pris un certain nombre de mesures politiques et juridiques parmi lesquelles on peut citer :

- ratification de la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes en 1984
- adoption du code des personnes et de la famille en 1989
- adoption d'une politique nationale de population (PNP) en 1991 en vue d'améliorer la qualité de la vie des populations ;
- adoption d'un plan d'action national en faveur de l'enfant en 1991
- ratification de la charte africaine des droits de l'enfant en 1992
- adoption en 1993 d'une stratégie de renforcement des soins de santé primaires ou initiative de Bamako faisant une large place à la santé maternelle et infantile, à la planification familiale et à la participation communautaire ;
- décentralisation du système de santé faisant du district sanitaire l'entité opérationnelle ayant la capacité d'assurer entre autres les soins obstétricaux d'urgence ;
- adoption d'un code de la santé publique en 1994 ;
- l'adoption d'une politique pharmaceutique nationale en 1996 mettant l'accent sur les médicaments essentiels génériques (MEG) ;
- révision en 1996 du code pénal qui autorise l'extension de l'avortement thérapeutique aux cas de viol, d'inceste et de malformations congénitales et qui réprime l'excision, le viol et le lévirat ;
- adoption d'une politique nationale d'éducation à la vie familiale en 1997.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique sectorielle, le ministère de la santé a élaboré et mis en œuvre de nombreux projets, programmes et stratégies en faveur de la santé de la reproduction :

- le Programme national de santé maternelle et infantile (1994-1998),
- les stratégies d'intervention en IEC/MST-SIDA-VIH, Planification familiale ; Education à la vie familiale, novembre 1996 ;
- la Stratégie nationale de maternité sans risque (1998 – 2000).

Les différentes orientations politiques et les interventions en matière de SR tiennent compte de l'évolution internationale dans ce domaine.

**PREMIERE PARTIE : POLITIQUE EN MATIERE  
DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

# **PREMIERE PARTIE : POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

## **Introduction**

La politique en matière de Santé de la Reproduction définit les grandes orientations en matière de santé de la reproduction. Elle répond aux questions importantes sur des thèmes comme les droits en matière de santé de la reproduction, la nature des services qui doivent être disponibles et les règles générales de leur prestation.

La politique de SR sert de référence aux décideurs nationaux et aux partenaires du développement socio-sanitaire pour la planification et les interventions.

Elle est une composante de la politique sanitaire nationale et un élément de promotion de la santé des groupes vulnérables que sont entre autres les femmes, les enfants, les adolescents et les jeunes.

## **I. Principes de base**

La politique en matière de Santé de la Reproduction au Burkina Faso se fonde sur les principes suivants :

- tous les individus y compris les adolescents et les enfants sont égaux en droit et dignité en matière de santé de la reproduction ;
- le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu ;
- aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans discrimination aucune fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre considération ;
- la famille est l'unité de base de la société et un cadre d'épanouissement pour les hommes, les femmes et les enfants ;
- l'individu, la famille et la communauté ont droit à l'accès aux services de santé de la reproduction et à l'information objective ;
- les individus et les couples ont le droit de décider de façon libre et responsable de la taille de leur famille ;
- les choix en matière de santé de la reproduction doivent être guidés par l'éthique, l'équité, la justice sociale et la solidarité ;
- l'approche genre doit être prise en compte dans la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en matière de SR.
- les femmes et les hommes ont une égalité d'accès aux prestations de SR ;
- la petite fille et le petit garçon ont les mêmes droits à l'éducation, à l'alimentation et aux soins de santé ;
- une priorité est accordée aux soins de santé primaires et à la protection des groupes vulnérables : femmes, enfants, adolescents, personnes âgées.
- l'implication et la participation du secteur privé, des associations, des ONG sont des éléments fondamentaux de la politique de SR.

## **II. But et objectifs**

Le but visé par la politique en matière de SR est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement humain durable.

L'objectif général poursuivi est de réduire les taux de morbidité et de mortalité des groupes-cibles de la santé de la reproduction, notamment la mère et l'enfant.

Pour y parvenir, il s'agira :

- de créer un environnement social, économique et juridique favorable à la santé des groupes cibles, en prenant en compte l'approche genre ;
- d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des prestations des services de SR en vue d'une meilleure utilisation de ces services.

### **III. Concept de santé de la reproduction**

Selon la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD), on entend par santé de la reproduction le bien-être général tant physique, mental que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies et d'infirmités.

Le Burkina Faso a adopté ce concept et retenu des volets et des composantes essentiels qui tiennent compte de ses besoins et de ses priorités.

### **IV. Volets et composantes de la santé de la reproduction au Burkina Faso**

La Santé de la Reproduction comporte 5 volets :

- santé de la femme
- santé de l'enfant
- santé des jeunes
- santé de l'homme
- santé des personnes âgées

Pour les composantes, on distingue :

- des composantes spécifiques à chaque volet,
- des composantes communes aux volets,
- des composants d'appui.

## COMPOSANTES SPECIFIQUES

Les composantes spécifiques à chaque volet se présentent comme suit :

### SANTE DE LA FEMME

- Maternité à moindre risque
  - Consultations prénuptiale et préconceptionnelle
  - Soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE)
    - Consultation prénatale recentrée.
    - Surveillance du travail et de l'accouchement
    - Prise en charge des accouchements pathologiques
    - Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH)
    - Soins néonataux essentiels
    - Consultation postnatale
  - Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
    - Prise en charge des complications de la grossesse
    - Soins après avortement
    - Prise en charge des complications de l'accouchement
    - Soins néonataux d'urgence
    - Prise en charge des complications du post partum
  
- Prise en charge gynécologique
  - Prise en charge des infections du tractus génito – urinaire
  - Prise en charge gynécologique des PV/VIH
  - Dépistage et prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires
  - Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité
  - Dysfonctionnements sexuels de la femme
  - Prise en charge de la ménopause

### SANTE DE L'ENFANT

Les soins néonataux essentiels et d'urgence sont pris en compte dans le volet santé de la mère. Les autres activités en rapport avec la santé de l'enfant sont :

- Surveillance de la croissance
- Vaccination

- Alimentation
- Prise en charge des enfants malades

### **SANTE DES JEUNES**

- Consultation prénuptiale / préconceptionnelle ;
- Prise en charge de la santé des jeunes ;
- Lutte contre les grossesses non désirées, les avortements provoqués et les maternités précoces ;
- Soins préventifs, curatifs et promotionnels pour les jeunes y compris des comportements à risque (alcoolisme, toxicomanie, délinquance et prostitution) ;

### **SANTE DE L'HOMME**

- Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire
- Dépistage et prise en charge des tumeurs génitales
- Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité
- Dysfonctionnements sexuels de l'homme
- Prise en charge de l'andropause

### **SANTE DES PERSONNES AGEES**

- Les dysfonctionnements sexuels de l'homme
- Prise en charge de l'andropause.
- Les dysfonctionnements sexuels de la femme
- Prise en charge de la ménopause.
- Dépistage et prise en charge des tumeurs
- Prise en charge des affections dégénératives (arthroses, démence sénile, malnutrition)
- Prise en charge des maltraitances
- Soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs

## COMPOSANTES COMMUNES

- Information – Education – Communication / Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC).
- Planification familiale.
- Prévention de l'infection.
- Lutte contre les IST/VIH/SIDA.
- Lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes, les violences sexuelles et domestiques
- assurance qualité des soins et services de SR.

## COMPOSANTES D'APPUI

- Plaidoyer
- Gestion des services SR
  - Organisation des services
  - Coordination / concertation
  - Gestion des ressources
- Formation
- Recherche
- Supervision
- Suivi évaluation
- Système d'information sanitaire
- Audits
- Participation communautaire.

## V. Politique par composante

### 5.1 Santé de la femme

Au Burkina Faso la politique de Santé de la Reproduction a pour but d'assurer un état de bien- être général tant physique, mental que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.

Pour la santé de la femme, les composantes sont les suivantes :

- Maternité à moindre risque
  - Consultations prénuptiale et préconceptionnelle
  - Soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE)
    - Consultation prénatale recentrée.
    - Surveillance du travail et de l'accouchement
    - Prise en charge des accouchements pathologiques
    - La Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH)
    - Soins néonataux essentiels
    - Consultation postnatale
  - Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
    - Prise en charge des complications de la grossesse
    - Soins après avortement
    - Prise en charge des complications de l'accouchement
    - Soins néonataux d'urgence
    - Prise en charge des complications du post-partum
- Prise en charge gynécologique
  - Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire
  - Dépistage et prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires
  - Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité du couple
  - Dysfonctionnements sexuels de la femme
  - Prise en charge de la ménopause.

## **La maternité à moindre risque (MMR)**

La MMR a pour but d'améliorer la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso. Elle consiste à assurer aux femmes des services dont elles ont besoin pour traverser sans danger la période de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum afin de mettre au monde un bébé bien portant et continuent de jouir d'une bonne santé pour élever ce bébé.

La maternité à moindre risque contribue à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales à travers les stratégies suivantes :

- l'information et la sensibilisation de la communauté et du personnel de la santé sur l'ampleur du problème et l'urgence de l'action, sur leur rôle dans la réduction de la mortalité maternelle ;
- le renforcement des services de santé maternelle ;
- la formation des agents de santé et des agents d'autres secteurs ;
- l'amélioration des conditions des femmes sur le plan de l'éducation, de l'économie et du travail ;
- la promotion de la recherche opérationnelle.

Les services à offrir dans le cadre de la maternité à moindre risque sont :

- La consultation prénuptiale et préconceptionnelle
- les soins obstétricaux et néonataux essentiels :
  - Consultation prénatale recentrée,
  - Surveillance du travail et de l'accouchement,
  - la surveillance du post-partum,
  - Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH),
  - Consultation postnatale.
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
  - Prise en charge des complications de la grossesse
  - Soins après avortement
  - Prise en charge des complications de l'accouchement
  - Soins néonataux d'urgence
  - Prise en charge des complications du post-partum

### **5.1.1 La consultation prénuptiale et préconceptionnelle**

La consultation prénuptiale et préconceptionnelle ont pour objet de préparer l'individu ou le couple au mariage et à la procréation de façon à :

- prévenir les comportements à risques en matière de santé de la reproduction,
- dépister et traiter les maladies infectieuses et transmissibles y compris le VIH/SIDA,
- dépister et traiter les carences nutritionnelles
- dépister les maladies génétiques et donner des conseils.

***La consultation prénuptiale et préconceptionnelle est fournie à toute personne ou famille qui le désire.***

***La consultation prénuptiale et préconceptionnelle sont fournies par les structures habilitées et par un personnel formé à cet effet.***

Les services et les activités relatifs à cette composante sont :

Le dépistage, la prise en charge et les conseils en matière de

- maladies héréditaires,
- maladies transmissibles y compris le VIH /SIDA,
- vie sexuelle et de procréation ;
- carences nutritionnelles et certaines affections

#### **a) Soins Obstétricaux Essentiels (SOE)**

- **La consultation prénatale recentrée (CPNR)**

#### **LE PRINCIPE DE LA CPNR**

- Evaluation focalisée à chaque visite prénatale
- Soins individualisés
- Bon counseling et soutien
- Soins centrés sur la femme
- Soins assurés par un prestataire compétent

La CPNR a pour objectifs :

- Promouvoir et maintenir la santé de la mère et du nouveau-né par :
  - La détection et le traitement précoces des maladies et des complications
  - La prévention de l'infection des maladies et des complications
- Préparation à l'accouchement
- Détection des signes de danger
  - Elaboration d'un plan pour l'accouchement et en cas de complications
- IEC/CCC à l'endroit de la femme de la famille et de la communauté sur l'importance de la surveillance prénatale recentrée, de l'établissement d'un plan pour l'accouchement normal et d'un plan en cas de complications

***Il est important de comprendre que :***

***Le diagnostic d'une grossesse normale ne pourra être posé qu'après la grossesse.***

***Toute grossesse doit donc être considérée comme étant une grossesse à haut risque et doit être prise en charge avec le maximum de soins***

***Toute femme enceinte***

- ***doit bénéficier des soins prénatals recentrés fournis par un personnel formé***
- ***doit avoir un carnet de suivi de la grossesse qui servira pour le suivi de la croissance de l'enfant***

***Les soins prénatals recentrés doivent être axés sur la qualité des visites par opposition à leur quantité***

Les activités relatives à la consultation prénatale *recentrée* comprennent :

- La détection et le traitement précoces des maladies et des complications
  - De l'anémie sévère
  - Du VIH/SIDA
  - Des IST dont la syphilis
- le dépistage, la prise en charge ou la référence/évacuation des complications associées à la grossesse
  - La prévention de l'infection des maladies et des complications :
  - Paludisme
  - Tétanos maternel et néonatal
  - IST /VIH/SIDA
  - Anémie /malnutrition
- Préparation à l'accouchement
  - les examens médico-obstétricaux, de laboratoire et d'imagerie ;
  - la prophylaxie de certaines pathologies associées à la grossesse ;
  - l'établissement du pronostic d'accouchement par voie basse ;
  - le dépistage des femmes qui doivent accoucher en milieu chirurgical (césarienne antérieure, pré-éclampsie sévère, éclampsie) ;
  - le dépistage, la prise en charge ou la référence d'autres affections (paludisme, IST, VIH/SIDA, etc. ...) ;
  - l'élaboration d'un plan pour l'accouchement et pour la conduite à tenir en cas de complications.
- IEC/CCC à l'endroit de la femme, de la famille et de la communauté sur :
  - l'importance de la surveillance prénatale recentrée :
  - l'établissement d'un plan pour l'accouchement normal et d'un plan de conduite à tenir en cas de complications
  - les signes de danger,
  - l'hygiène et la nutrition,
  - la vaccination, la planification familiale et les autres services de SR.

### **5.1.2 L'accouchement assisté**

Les soins au cours de l'accouchement consistent à assister la parturiente en vue de permettre un accouchement en toute sécurité pour le couple mère/enfant.

Lors de la surveillance du travail et de l'accouchement, une attention particulière sera accordée à l'évolution du travail afin de détecter précocement les anomalies.

Le partographe doit être utilisé comme instrument de suivi et de décision lors de la surveillance du travail et de l'accouchement.

Les activités relatives à l'assistance qualifiée à l'accouchement sont :

- la surveillance du travail à l'aide du partographe,
- l'accouchement, la gestion active de la troisième période de l'accouchement et de la délivrance,
- le dépistage, la prise en charge ou la référence/évacuation en cas de complications,
- la réduction des interventions médicales invasives ( sondage de routine, épisiotomie systématique, etc.),
- les soins à l'accouchée et au nouveau-né
- La surveillance du post-partum immédiat
- la prévention des infections.

*Il est important de comprendre que le diagnostic d'un accouchement normal ne pourra être posé qu'après l'accouchement. Tout accouchement doit donc être considéré comme étant un accouchement à risque et doit être pris en charge avec le maximum de soins.*

- ***Toute femme en travail doit bénéficier d'une assistance appropriée en soins obstétricaux essentiels et d'urgence par un personnel qualifié.***
  
- ***Tout nouveau-né doit bénéficier des soins à la naissance par un personnel qualifié.***

### **5.1.3 Surveillance du post-partum**

Elle a pour but de :

- surveiller l'accouchée et le nouveau-né ;
- dépister les complications et donner des soins ;
- prévenir la survenue des infections.

Les activités de la surveillance post-partum sont :

- l'examen clinique et de laboratoire éventuellement ;
- les soins à l'accouchée et au nouveau-né ;
- la surveillance rapprochée pendant au moins 6 heures après l'accouchement ;
- l'IEC sur les signes de danger ,la vaccination, la nutrition, l'alimentation, la consultation post natale, , l'hygiène ;
- la prévention des infections ;
- la prophylaxie de certaines affections chez la femme ;

### **5.1.4 Soins immédiats au nouveau-né**

Ils ont pour but de :

- surveiller le nouveau-né,
- donner des soins essentiels (soins au cordon, soins aux yeux),
- encourager l'allaitement immédiat et exclusif au sein,
- réduire les interventions médicales intempestives
- dépister les complications éventuelles et donner des soins appropriés.

Les activités relatives aux soins immédiats au nouveau-né sont :

- l'examen clinique et de laboratoire,
- les soins au nouveau-né,
- l'IEC (allaitement maternel, hygiène, signes de danger, prévention de l'hypothermie, soins au cordon, utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide),
- la vaccination (polio orale, BCG, hépatite B, etc....),
- la prévention des infections.

### **5.1.5 La prévention de la transmission mère-enfant du VIH**

But

Contribuer à l'amélioration de la santé de la mère et de nouveau-né en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA

Les activités relatives à la PTME /VIH sont résumées dans les cinq (5) composantes qui sont :

- (i) la prévention primaire de l'infection à VIH,
- (ii) la prévention des grossesses non désirées surtout chez les femmes séropositives,
- (iii) la prévention de la transmission du VIH par des mères infectées à leurs nourrissons,
- (iv) les conseils et le soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant,
- (v) (v) les soins aux femmes, à leurs bébés, à leurs conjoints et à leurs familles.

Pour chaque composante, les interventions suivantes devront être mises en œuvre.

#### **Composante I : « La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les adolescent (s) et les jeunes »**

- IEC/CCC en matière de santé,
- Conseil dépistage VIH avec possibilité de refaire régulièrement le test de dépistage,
- Counseling dépistage VIH du couple,
- Promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection,
- Consultation prénuptiale et préconceptionnelle.

#### **Composante II : « La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH »**

- Conseils et services de planification familiale sur la santé de la reproduction
- Conseil/dépistage dans les services de planning familial et de SR

- Pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection (utilisation de préservatifs masculin ou féminin avec ou sans une autre méthode contraceptive).

**Composante III : « la prévention de la transmission du VIH par les mères infectées à leurs nourrissons ». (cf. chapitre C)**

- utilisation d'ARV pour réduire la TME,
- pratique d'accouchements à moindre risque,
- soins et prise en charge selon une approche familiale,
- conseil et dépistage du VIH : ils jouent un rôle majeur dans la mesure où une femme infectée qui est informée à temps de sa séropositivité peut tirer profit de ce paquet d'interventions.

**Composante IV : « Conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère de l'enfant »**

- conseils et soutien en matière d'alimentation du nourrisson pour la réduction de la transmission du VIH par le lait maternel,
- conseil et soutien pour une alimentation équilibrée de la mère infectée.

**Composante V : « Traitement approprié, soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants, leurs conjoints et leurs familles ».**

- prévention et traitement des infections opportunistes,
- traitements anti-rétroviraux (trithérapie),
- soutien psychosocial et nutritionnel,
- soins de santé génésique y compris la PF.

***Toute femme enceinte doit bénéficier de conseil dépistage volontaire du VIH/SIDA.***

***Toute femme enceinte séropositive doit bénéficier des services de PTME/VIH/SIDA.***

### **5.1.6 Consultation post -natale**

Elle a pour but de :

- surveiller l'accouchée pendant les 42 jours qui suivent l'accouchement
- prévenir les infections,
- dépister les complications et donner des soins,
- conseiller la nouvelle mère et encourager l'allaitement maternel,
- aider la femme à prendre sa reproduction en charge.

**La consultation postnatale est précoce à 6 jours et tardive à 6 semaines.**

Les activités relatives à la surveillance post-natale sont :

- la surveillance du post-partum à 6 jours et à 6 semaines,
- le dépistage et la prise en charge des complications du post-partum
- la prophylaxie de certaines maladies de la mère.
- la surveillance du nouveau-né et du nourrisson comprenant la surveillance nutritionnelle et pondérale, la vaccination,
- l'IEC sur la nutrition de la mère, l'hygiène, l'allaitement maternel, l'alimentation du nourrisson, la vaccination, la planification familiale.

***Toute accouchée et tout nouveau-né doivent avoir accès aux soins post natal.***

***Toute maternité qui assure les accouchements doit fournir les services du post-partum.***

***Toute femme doit bénéficier de soins essentiels assurant une maternité à moindre risque.***

***Les soins essentiels pour une maternité à moindre risque doivent être assurés à toute femme enceinte.***

### **5.1.7 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)**

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ont pour but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

Ils comprennent :

- la prise en charge des complications pendant la grossesse, l'accouchement, et la période du post-partum,
- la prise en charge des complications du nouveau-né,
- les soins post-abortum.

La sensibilisation des communautés et des prestataires de la santé, le renforcement des services de SR, la formation des agents de santé et autres intervenants, la mise en place d'un système performant de prise en charge contribueront à améliorer le dépistage, la prise en charge et l'évacuation des urgences obstétricales et néonatales.

Les activités relatives à cette prise en charge sont :

- l'examen clinique, ainsi que les examens paracliniques (laboratoire, imagerie) éventuellement,
- la prise en charge des complications associées à la grossesse (hypertension, pré-éclampsie et éclampsie, saignements, paludisme, grossesse molaire et extra-utérine, etc.) ;
- la prise en charge des complications de l'accouchement (hémorragies, éclampsie, dystocies, rupture utérine, infections) ;
- la prise en charge des complications pendant la période du post-partum (hémorragies, éclampsie, infections) ;
- la prise en charge des complications du nouveau-né (asphyxie, infections, ictère, etc.) ;
- la prise en charge des complications de l'avortement.

L'interruption volontaire de grossesse est illégale au Burkina Faso, à l'exception de l'avortement thérapeutique et les cas particuliers de grossesses survenues des suites de viol ou de rapports incestueux.

La prise en charge des complications d'avortements a pour but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles ainsi que les séquelles telle que l'infertilité.

Les activités relatives à la prise en charge des complications d'avortements sont :

- l'IEC,
- le bilan initial et la stabilisation : traitement de l'hémorragie, des infections locales, régionales ou générales, des complications liées à l'agent abortif ,
- l'évacuation utérine,
- la référence aux autres services de la SR,
- la planification familiale.

***Toute femme ayant eu un avortement et présentant des complications doit recevoir des soins appropriés par un personnel formé et respectueux et être informée sur les méthodes contraceptives.***

#### **5.1.8 Prise en charge gynécologique**

Elle a pour but d'assurer la prise en charge des infections et tumeurs génitales, du dysfonctionnement de l'appareil génital, de l'infertilité, de la ménopause et de troubles périménopausiques.

##### **a) La prise en charge des infections du tractus génito-urinaire**

La prise en charge précoce des infections génito-urinaires a pour but de :

- lutter contre les IST /VIH/SIDA,
- réduire l'incidence des séquelles telles que l'infertilité et l'infécondité.

Les activités relatives à la prise en charge des infections du tractus génito-urinaire sont :

- l'IEC (la prévention des IST/VIH/SIDA, les signes / symptômes des différentes I.S.T, les séquelles des IST, l'importance du traitement de tous/toutes les partenaires) ;
- élargir la distribution des préservatifs ;
- les examens de laboratoire ;
- les soins selon les germes en cause identifiés au laboratoire ou d'après l'approche syndromique ;
- la prise en charge des séquelles.

***Toute femme présentant une infection du tractus génito-urinaire a droit à une prise en charge rationnelle dans les établissements sanitaires par un personnel qualifié.***

b) *Le dépistage et la prise en charge des cancers génitaux et mammaires*

Le but visé est de réduire la morbidité et la mortalité dues aux cancers gynécologiques et du sein chez la femme.

Ces activités sont :

- l'IEC,
- les examens cliniques et paracliniques,
- le dépistage, les soins appropriés et/ou la référence.

***Toute femme a droit au dépistage des cancers du sein et du col utérin.***

***Toute femme présentant un cancer du sein ou génital doit bénéficier des services des structures spécialisées par du personnel formé.***

***Toute femme présentant un cancer génital ou mammaire a droit à une prise en charge adéquate dans les établissements sanitaires par un personnel qualifié.***

c) *Prise en charge de l'infertilité*

La prise en charge de l'infertilité /infécondité a pour but :

- d'offrir une assistance médico-psycho-sociale aux couples inféconds/infertiles,
- de mener la recherche étiologique appropriée,
- d'aider les couples en difficulté à assurer leur fonction de procréation.

Les activités à mener dans ce domaine sont :

- l'interrogatoire,
- les examens cliniques et paracliniques,
- le counseling,
- la prise en charge des cas.

***Toute personne, tout couple, a droit à l'information et à la prise en charge de l'infertilité /infécondité.***

d) *La prise en charge de la ménopause*

Son but est d'assurer la prise en charge des troubles psychosomatiques et autres pathologies de la période périménopausique et d'aider la femme à gérer les troubles fonctionnels et sociaux liés à la ménopause.

Les activités relatives à cette composante sont :

- l'IEC,
- les examens cliniques et para-cliniques,
- le dépistage et prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires
- le dépistage et prise en charge des troubles péri -ménopausiques,
- la référence.

***Toute femme en période de péri ménopause doit bénéficier d'une prise en charge adéquate par un personnel formé***

## **5.2 Santé de l'enfant**

La santé de l'enfant concerne la période qui s'étend de la naissance jusqu'à moins de quinze ans. La tranche d'âge de 0 à 5 ans représente la période de fortes morbidité et mortalité chez l'enfant.

A partir de 10 ans, selon la définition de l'OMS, on entre dans la période d'adolescence qui concerne la tranche d'âge de 10 à 19 ans.

La santé de l'enfant inclut :

- **Les soins néonataux**
- **La surveillance de l'enfant**
- **La prise en charge des maladies de l'enfant**
- ***La prise en charge des enfants de 6 à 9 ans***

### **5.2.1 Les soins néonataux**

Les soins néonataux visent à détecter précocement les facteurs de risque et à assurer une prise en charge précoce du nouveau-né.

Les activités relatives à cette composante comprennent :

- la réanimation du nouveau-né,
- les soins du nouveau-né,
- la vaccination,
- le suivi post natal précoce,
- le conseil nutritionnel (mise au sein précoce et allaitement maternel exclusif).

***Tout nouveau-né doit bénéficier des soins adéquats à la naissance délivrés par un personnel qualifié.***

### **5.2.2 Surveillance de l'enfant**

Le but de la surveillance de l'enfant est d'assurer le développement harmonieux de l'enfant.

Elle consiste à :

- surveiller la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant,

- détecter et assurer la prise en charge des facteurs de risques pouvant influencer sur la santé de l'enfant,
- assurer le suivi vaccinal et les autres soins spécifiques,
- donner des conseils à la mère sur :
  - la prévention de la malnutrition et des carences en micronutriments,
  - les signes de danger (fièvre, problèmes respiratoires, diarrhée/vomissements aigus, etc.),
  - la prise en charge à domicile de quelques maladies (paludisme, diarrhée),
  - le calendrier vaccinal de l'enfant,
  - la planification familiale.
- assurer la prise en charge des affections courantes de l'enfant.

**a) *La surveillance de la croissance***

Les activités relatives à cette composante sont :

- la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement psychomoteur ;
- la prévention des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles ;
- la prévention des carences nutritionnelles.

**b) *L'alimentation de l'enfant***

Les services de SR assureront la surveillance de l'état nutritionnel des groupes à risque, la prévention et la prise en charge des carences nutritionnelles par la promotion d'une alimentation équilibrée préférentiellement à base de produits locaux.

➤ **Allaitement maternel**

Pendant les 4 à 6 premiers mois, l'allaitement maternel exclusif est recommandé car il est bénéfique pour la santé de la mère et de l'enfant et favorise l'espacement des naissances.

***Tout service de SR doit faire la promotion de l'allaitement maternel***

Les activités comprennent :

- l'IEC sur la nécessité, les avantages et la conduite de l'allaitement maternel ;
- la prise en charge des problèmes liés à l'allaitement maternel (engorgement mammaire, crevasses et abcès du sein, etc...).

*L'allaitement est un droit pour la femme.*

*Etre allaité au sein est un droit pour le bébé.*

*Le code de commercialisation des substituts du lait maternel doit être connu et respecté par le personnel socio – sanitaire.*

➤ Alimentation de complément :

Entre le 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois, il faut en plus du lait maternel donner à l'enfant une alimentation complémentaire.

Le passage du lait maternel au régime alimentaire adulte doit se faire progressivement.

La prévention des carences nutritionnelles spécifiques (fer, iode, vit.A) est une nécessité pour certains enfants de 0 à 5 ans.

### **c) La vaccination**

La vaccination a pour but la réduction de l'incidence des maladies infectieuses susceptibles d'être prévenues.

Les activités relatives à cette composante sont :

- la vaccination selon le programme élargi de vaccination en vigueur,
- l'IEC,
- la mobilisation sociale.

Tous les établissements sanitaires doivent participer activement aux activités de vaccination. La communauté doit être impliquée.

***Tout enfant a le droit d'être vacciné par un personnel formé.***

### **5.2.3 La prise en charge des maladies de l'enfant**

#### *5.2.3.1 La prise en charge biomédicale des maladies de l'enfant*

Elle se fait sur la base d'un ordigramme disponible dans les formations sanitaires.

Elle est basée sur certains symptômes tels que :

- la fièvre,
- la toux,
- les convulsions,
- la diarrhée,
- la malnutrition et anémie,
- le sang dans les selles.

#### *5.2.3.2 La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)*

La PCIME a pour but de réduire la morbidité et la mortalité dues aux 5 maladies les plus courantes de l'enfant de 0 à 5 ans. Il s'agit du nouveau né à 0 7jours, du nourrisson de 7 jours à 2 mois et de l'enfant de 2 mois à 5 ans.

Elle contribue à réduire les invalidités et favorise ainsi la croissance et le développement harmonieux de l'enfant. Elle permet une meilleure prise en charge des maladies de l'enfant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les domaines d'activités de la PCIME sont :

- la nutrition,
- la vaccination,
- la prise en charge des 5 principales maladies :
  - les infections respiratoires aiguës,
  - les diarrhées,
  - la rougeole,
  - le paludisme,
  - la malnutrition.

#### *5.2.3.3 La prise en charge des enfants de 6 à 9 ans*

Les enfants de 6 à 9 ans doivent bénéficier d'une stratégie d'intervention spécifique. Une attention particulière devrait être accordée au groupe d'enfants de 6 à 9 ans, notamment dans le domaine de la prévention des carences nutritionnelles, du VIH/SIDA, des maladies bucco-dentaires, du rhumatisme articulaire aigu (RAA), des mutilations génitales féminines, etc....

La promotion de la santé scolaire devrait permettre la prise en charge adéquate des affections courantes de l'enfant de cette tranche d'âge.

***Tout enfant malade a droit à une prise en charge globale et adéquate par un personnel formé.***

### **5.3 Santé des jeunes**

#### **Introduction**

Le programme de santé des jeunes a pour but de :

Promouvoir un état de complet bien être physique, mental et social des jeunes, scolaires, universitaires et extra - scolaires.

L'OMS définit les adolescents comme le groupe d'âge de 10 à 19 ans, les jeunes comme celui de 15 à 24 ans et la population jeune comme celle comprenant les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans.

La santé des jeunes au Burkina Faso concerne les jeunes de 10 à 24 ans des deux sexes sexuellement actif ou non mais aussi la tranche d'âge de 6 à 9 ans dont les besoins ne sont couverts par aucun programme de santé en cours ; la cible est constituée de la tranche d'âge de 6 à 24 ans tant du milieu scolaire et universitaire que du secteur informel, des travailleurs au chômeurs.

En plus des problèmes de santé communs à la population globale, les jeunes sont les principales victimes des IST/VIH/SIDA, des grossesses non désirées, des avortements clandestins et des conséquences de certaines mauvaises habitudes de vie : consommation d'alcool, de tabac, de drogues ,traumatismes, carences alimentaires et nutritionnelles et les conséquences de certaines pratiques néfastes à la santé.

### **5.3.1 Objectifs**

Pour atteindre ce but, les objectifs suivants sont retenus :

- assurer la prévention et la prise en charge des pathologies, des dysfonctionnements sexuels et des troubles de la sexualité des jeunes et des adolescents ;
- assurer la prévention et la prise en charge des comportements à risque (alcoolisme, toxicomanie, délinquance, prostitution) ;
- assurer la prévention et la prise en charge des grossesses précoces et / ou non désirées ;
- assurer la prévention et la prise en charge des avortements provoqués et les IST / VIH / SIDA par l'offre de services adaptés;
- promouvoir la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes ;
- promouvoir la consultation pré-nuptiale/préconceptionnelle ;
- assurer l'encadrement sanitaire des activités sportives.

### **5.3.2 Services pour la santé des jeunes**

Les prestations relatives à la composante santé des jeunes sont :

- services conseils,
- les soins préconceptionnels,
- la consultation pré-nuptiale,
- la vaccination,
- la prise en charge des infections du tractus génito-urinaire et particulièrement les IST/VIH/SIDA,
- la prise en charge des complications des avortements et des pratiques traditionnelles néfastes,
- la prévention et la prise en charge des grossesses précoces et/ou non désirées,
- la visite médicale systématique,
- la planification familiale,
- la promotion et la surveillance de l'hygiène
- l'encadrement sanitaire des activités sportives,
- l'animation des centres pour jeunes.

***Les jeunes ont droit à l'éducation à la vie sexuelle et à la vie familiale***

***Tout jeune a droit aux soins de santé dispensés par du personnel formé***

Toute grossesse chez l'adolescente doit faire l'objet d'une surveillance particulière et d'une prise en charge en milieu approprié

Les services pour les jeunes sont offerts dans les structures sanitaires y compris les services de santé scolaire et universitaire ou tout autre structure fréquentée par les jeunes.

***La participation des jeunes à toutes les étapes de la planification est non seulement un droit mais une contribution essentielle à la promotion de leur santé reproductive.***

## **5.4 Santé de l'homme**

### **5.4.1 But**

Le volet santé des hommes a pour but d'offrir aux hommes l'information adéquate et les services nécessaires pour jouir d'une bonne santé sexuelle et exercer leurs devoirs et responsabilité en matière de santé reproductive.

### **5.4.2 Objectifs**

- assurer aux hommes l'information sur la Santé Reproductive
- offrir aux hommes des services de SR adaptés, avec un accent particulier sur les questions de genre, les dysfonctionnements et troubles sexuels de l'homme y compris les problèmes liés à l'andropause;

### **5.4.3 Activités**

Elles comprennent :

- IEC,
- dépistage et prise en charge des infections génito-urinaires y compris les IST/VIH/SIDA,

- dépistage et prise en charge des tumeurs génitales,
- prise en charge de l'infertilité / infécondité,
- prise en charge des dysfonctionnements sexuels,
- prise en charge des problèmes liés à l'andropause,
- dépistage et prise en charge des maladies dégénératives.

***Tout homme a droit à l'éducation à la vie familiale et l'éducation à la parenté responsable.***

***Tout homme a droit aux soins de santé de la reproduction.***

## **5.5 Composantes communes**

### **5.5.1 La planification familiale**

La planification familiale vise à aider les individus et les couples à assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées et les IST/Sida et à avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille.

Composante des soins de santé primaires, la planification familiale contribue au bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté.

***Toute personne en âge de procréer a droit aux services de planification familiale***

- toutes les structures sanitaires, sociales, éducatives et communautaires pourront être utilisées pour les activités de PF;
- les femmes et les hommes en âge de procréer pourront avoir accès aux méthodes contraceptives réversibles sans recours au consentement de leur conjoint. Toutefois, l'accent doit être mis sur l'importance du dialogue dans le couple pour l'adoption d'une méthode contraceptive ;
- Le ministère chargé de la santé veillera à la disponibilité, à la qualité et à l'accessibilité des services de SR.

### **5.5.2 L'Information, l'Education et la Communication (IEC)**

L'IEC en matière de santé de la reproduction a pour but d'amener l'individu, la famille et la communauté à l'adoption de comportements favorables au maintien et à l'amélioration de la santé reproductive.

***Toute personne a droit à l'information en matière de SR.***

- Tout programme de SR doit comporter un volet IEC,
- Toutes les structures socio-sanitaires pourront être utilisées pour les activités d'IEC.

Dans un souci de pertinence, les supports audio-visuels seront conçus à partir des connaissances, attitudes, pratiques et croyances des populations en matière de SR.

Le choix des messages se fera en fonction des problèmes identifiés avec les groupes cibles.

### **5.5.3 La lutte contre les IST/VIH/SIDA**

#### **5.5.3.1 But :**

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux VIH/SIDA/IST.

#### **5.5.3.2 Objectifs:**

Les objectifs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont :

- réduire la transmission du VIH/SIDA et des IST ;
- renforcer la prise en charge, la protection et le soutien aux personnes infectées et affectées ;
- renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources ;
- renforcer la surveillance de l'épidémie ;
- accroître les capacités de coordination et de suivi-évaluation ;
- développer la recherche sur le VIH/SIDA et les IST.

### *5.5.3.3 Axes prioritaires*

La lutte contre les IST/VIH/SIDA s'inscrit en droite ligne du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; elle s'appuie sur une approche multisectorielle et décentralisée intégrant la dimension genre. Cette approche s'est déjà traduite par la mise en place d'un cadre institutionnel approprié à la coordination et à l'exécution des interventions sur l'ensemble du territoire national. Les volets essentiels de cette lutte se rapportent à la prévention et à la prise en charge des cas.

Le volet prévention de la lutte devrait mettre l'accent sur les campagnes d'information, d'éducation, de communication pour le changement de comportement et le renforcement des activités de promotion du dépistage volontaire ; en outre, les mesures universelles de prévention devront être adoptées et mises en œuvre en milieu médical et dans les autres milieux où il existe un risque de contact avec du sang et autres liquides biologiques. Enfin, le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant devra être renforcé, de même que la sécurité transfusionnelle.

L'accessibilité de toutes les personnes infectées et affectées à une prise en charge globale constitue une dimension essentielle dans la mise en œuvre du cadre stratégique. Dans cette perspective, il s'agira de prendre en compte toutes les dispositions relatives à une meilleure prise en charge médicale, sociale, psychologique, juridique et économique des PVVIH ainsi que des groupes spécifiques et vulnérables.

### **5.5.4 La lutte contre les pratiques socioculturelles néfastes**

#### *5.5.4.1 But*

Le but visé est l'éradication de toutes pratiques socioculturelles nuisibles à la santé de la femme, de l'enfant, du jeune et de l'homme.

#### *5.5.4.2 Objectifs*

- 1) renforcer la prise de conscience des populations sur les conséquences néfastes de certaines pratiques traditionnelles ;
- 2) assurer la prise en charge précoce des complications liées à certaines de ces pratiques traditionnelles néfastes et aux violences sexuelles.

Ces pratiques sont entre autres :

- les mutilations génitales féminines,
- le mariage forcé,
- le mariage précoce,
- les tabous alimentaires,
- le lévirat et le sororat,
- les violences sexuelles et domestiques,

#### **5.5.4.3 Activités**

Les activités liées à cette lutte sont :

- le plaidoyer,
- l'IEC et le counseling,
- l'EMP dans les écoles,
- la prise en charge des complications de ces pratiques y compris la référence.

Le Ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres partenaires, prendra toute mesure, notamment en matière d'IEC/EVF, pour l'information et la sensibilisation des populations sur les conséquences néfastes de certaines pratiques socioculturelles en particulier les mutilations génitales féminines.

***Tous les hommes et toutes les femmes ont droit à l'information et à l'éducation sur les pratiques traditionnelles néfastes et les violences sexuelles et domestiques.***

Tous les services socio-sanitaires et leurs partenaires doivent décourager toute forme de pratiques socioculturelles néfastes pour la santé de la mère et de l'enfant.

#### **5.5.5 La prévention de l'infection**

La prévention de l'infection a pour but de rendre l'environnement de travail sain afin de minimiser les risques de transmission de maladies aux utilisateurs des services de SR et aux prestataires ainsi qu'à la communauté.

Le Ministère de la santé prendra toute mesure nécessaire pour assurer la protection des clients, des prestataires SR et de la communauté contre la transmission de maladies sur les lieux de travail.

L'élimination des déchets pour un environnement sain devrait tenir une place de choix dans ces mesures.

***Les prestataires et les clients ont droit à la protection contre les infections en milieu de soins.***

## **5.6 Composantes d'appui**

### ***5.6.1 Le plaidoyer***

La santé de la reproduction a enregistré d'importants progrès ces dernières années notamment au plan technique, administratif, politique et juridique; cependant des difficultés demeurent en rapport surtout avec l'insuffisance en ressources humaines, matérielles et financières et la persistance des pesanteurs socioculturelles.

Le Ministère chargé de la santé entreprendra des actions de plaidoyer auprès des cibles appropriées : responsables politiques et administratifs, les leaders d'opinion et partenaires de la SR.

### ***5.6.2 Gestion des services de Santé de la Reproduction***

Le Ministère chargé de la Santé développera les compétences gestionnaires des responsables de programmes et de services de santé. Il veillera à la sécurisation des produits de SR et assurera en outre la production et la mise en place d'outils de gestion.

- ***Organisation des services de Santé de la Reproduction***

Le système national de santé en cours de décentralisation servira de cadre au développement des activités SR.

Ces activités seront intégrées le plus possible entre elles et aux autres activités des services de santé dans le cadre du paquet d'activités à offrir par niveau.

Le niveau et la qualité des prestations de services SR étant tributaires des ressources existantes, le Ministère chargé de la santé s'attachera à :

- améliorer la couverture en services de SR ;
- doter les services SR en ressources humaines, matérielles en quantité et en qualité suffisantes conformément aux normes en vigueur.

- ***Coordination / collaboration intra et intersectorielle***

Du fait de son caractère multisectoriel et pluridisciplinaire, la santé de la reproduction fait intervenir plusieurs acteurs. Pour assurer une utilisation rationnelle des différentes contributions, la cohérence des interventions et un meilleur suivi évaluation des activités en matière de SR, le Ministère de la santé développera un partenariat avec les intervenants en SR.

. Aussi certaines interventions nécessitent la collaboration avec d'autres départements ministériels et les ONG/Associations. Il s'agit notamment des interventions en rapport avec :

- l'éducation en matière d'environnement et de population pour un développement humain durable,
- la promotion de la scolarisation des jeunes filles et de l'alphabétisation des femmes,
- la promotion de l'autonomisation financière des femmes,
- la prise en charge psychosociale des orphelins et des personnes âgées,
- la promotion d'un environnement physique, politique, juridique, social et économique favorable à la santé, dans un esprit d'équité entre les sexes.

Toute intervention dans le domaine de la SR doit être conforme à la politique en la matière.

- **Supervision du personnel**

En vue d'améliorer la qualité des services, le Ministère chargé de la santé veillera à l'efficacité de la supervision. Cette supervision se veut formative et intégrée, axée sur l'amélioration des performances du personnel.

- **Suivi et évaluation**

En vue de mesurer l'atteinte des objectifs fixés, un système de suivi et d'évaluation sera prévu dans tout projet ou programme de SR. Les différents intervenants évalueront périodiquement les activités sur la base des indicateurs retenus.

- **Système d'information sanitaire**

Le système d'information sanitaire sera organisé de manière à permettre le suivi de la qualité et de l'utilisation des services offerts. Il servira de banque de données à même d'orienter les enquêtes, études et recherches en matière de SR et les interventions sanitaires.

Les informations relatives à la SR seront intégrées au système national d'information sanitaire (SNIS).

### **5.6.3 Formation**

Les prestations de SR étant soutenues entre autres par des connaissances en pleine évolution, la formation en cours d'emploi et le recyclage des prestataires seront renforcés.

Toute formation continue du personnel socio-sanitaire en SR devra répondre à des besoins de formation identifiés.

L'enseignement des composantes de SR sera renforcé dans la formation de base et le recyclage du personnel de santé et des agents sociaux.

### **5.6.4 Recherche**

Le Ministère chargé de la santé devra promouvoir la recherche, notamment la recherche opérationnelle en santé, pour améliorer les prestations de services SR à tous les niveaux du système sanitaire. Il encouragera les initiatives de recherche et mobilisera les ressources nécessaires. Les thèmes de recherche en SR seront guidés par les priorités nationales de recherche en matière de SR.

### **5.6.5 Participation communautaire**

En vue d'améliorer l'accès aux services de SR, le Ministère de la Santé en collaboration avec les autres intervenants, créera un environnement propice à la participation active de la communauté au programme de SR.

La communauté à travers les différentes organisations et en partenariat avec le personnel de santé sera encouragée à prendre part aux activités de SR.

### **5.6.6 Financement des services de santé de la reproduction**

A l'instar des autres volets de la santé, la santé de la reproduction sera financée par plusieurs sources :

- l'Etat,
- les partenaires bilatéraux et multilatéraux,
- les collectivités locales,
- les ONG/associations,
- le secteur sanitaire privé,
- les communautés.

Dans le cadre de la décentralisation et pour assurer la pérennité des activités de SR, l'accent sera mis sur le financement local et plus particulièrement le financement communautaire à travers le recouvrement des coûts.

**DEUXIEME PARTIE**  
**NORMES DES SERVICES DE SANTE**  
**DE LA REPRODUCTION**

## **DEUXIEME PARTIE : NORMES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

### **Introduction**

La détermination des normes a pour but l'amélioration de la qualité des services.

Les normes définissent, pour chaque volet et composante retenus dans la politique des services de SR :

- le paquet de services à offrir à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- les bénéficiaires des services ;
- les prestataires en fonction de leur qualification et de leurs compétences ;
- l'équipement minimum acceptable.

Elles précisent en outre pour certains services ou activités quand et à quelle fréquence ils doivent être exécutés.

En d'autres termes, les normes répondent, pour chaque prestation, aux questions suivantes : par qui ? pour qui ? où ? quand ? combien ? avec quoi ?.

Le document de normes est destiné aux décideurs, aux planificateurs, aux gestionnaires de services ou de programmes, aux formateurs, aux superviseurs, aux prestataires de soins des structures publiques et privées et aux partenaires.

### **I. Normes par composante**

Pour faciliter l'utilisation du document, certaines normes sont présentées sous forme de tableaux.

Chaque tableau décrit et précise le niveau:

- des activités,
- des prestataires,
- du système de santé,
- des groupes cibles.

#### **1.1 Santé de la femme**

Les normes des services de santé de la femme précisent le niveau minimum acceptable de performance pour chaque activité relative à la santé de la femme.

## SANTE DE LA FEMME

### Tableau I

#### MATERNITE A MOINDRE RISQUE

##### 2.1.1. SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX ESSENTIELS (SONE)

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX					GROUPES CIBLES
	AI S	AA	AB	IB	ID E	SFE/ ME	AS	Méd. G.	Méd SP	Co m	CSPS	CMA	CHR	CHN	
1) Consultations préconceptionnelle	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes et hommes en âge de procréer
2) Consultations prénuptiale	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-		+	+	+	Femmes et hommes en age de procréer
3) Consultation prénatale recentrée	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes enceintes
4) Surveillance du travail et accouchement normal	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes en travail
5) Soins néonataux	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-					nouveaux nés sains
6) Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH)	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes enceintes VIH+, enfants nés de mères VIH+
7) Surveillance post-partum	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Accouchée
8) Consultation post natale	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Accouchée

**N.B** : La consultation prénatale recentrée se fera selon la périodicité suivante :

- . 1ère consultation : 1er trimestre
- . 2ème consultation : 2ème trimestre
- . 3ème consultation : 3ème trimestre

Les Attachés de Santé sont impliqués en fonction de leur profil de spécialisation (SIO, Aides opérateurs, Aides Anesthésie, Attachés en Pédiatrie)

- . 4ème consultation : avant l'accouchement

**Légende** : + = Prestataires et niveaux habilités  
 - = prestataires et niveaux non habilités.  
 R = Référence

## SANTE DE LA FEMME

### Tableau II

#### MATERNITE A MOINDRE RISQUE

#### 2.1.2. SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATAUX D'URGENCE (SONU)

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX					GROUPES CIBLES
	AIS	AA	AB	I B	ID E	SFE/ ME	AS	Méd G.	Méd SP	Com m	CSPS	CM A	CHR	CHN	
3) Prise en charge des complications de la grossesse	R	R	R	R	R	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes
Soins après avortement	R	R	R	R	R	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes
Prise en charge des complications de l'accouchement	R	R	R	R	R	+	+	+	+		-	+	+	+	femmes en travail
Soins néonataux d'urgence	R	R	R	R	R	+		+	+	-	-	+	+	+	Enfant de moins de 28 jours
Prise en charge des complications du post-partum	R	R	R	R	R	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes en post-partum

#### Légende

- + = Prestataires et niveaux habilités
- = Prestataires et niveaux non habilités
- DR = Dépistage et référence

## SANTE DE LA FEMME

Tableau III

### 2.1.3. PRISE EN CHARGE GYNECOLOGIQUE

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AI S	AA	AB	IB	ID E	SFE/ ME	AS	Méd G.	Méd SP	CSPS	CMA	CHR	CHN	
Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Femme à tout âge
Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité	R	R	R	R	R	R	R	+	+	-	+	+	+	
Prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires	R	R	R	R	R	R	R	R	+	-	+	+	+	
Prise en charge des dysfonctionnements sexuels de la femme	R	R	R	R	R	+	+	+	+	-	+	+	+	
Prise en charge de la ménopause	R	R	R	R	R	+	+	+	+	-	+	+	+	Femmes ménopausées

#### Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités.

R= Référence



## **1.2 Santé de l'enfant**

### **Introduction**

Pour une croissance et un développement harmonieux, l'enfant doit bénéficier :

- d'une alimentation appropriée,
- d'une surveillance régulière,
- d'une immunisation contre certaines affections mortelles ou invalidantes,
- d'une prise en charge des affections courantes,
- d'un environnement sain.

#### **1.2.1 Surveillance de la croissance**

##### **Les indicateurs de la croissance**

###### **a) *Le poids pour l'âge***

Cet indicateur est révélateur de l'état nutritionnel de l'enfant car toute malnutrition aiguë ou maladie aiguë influe rapidement sur la courbe de poids.

Les enfants dont le poids pour l'âge est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou sévère alors que ceux dont le poids pour l'âge est supérieur à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère.

###### **b) *La taille pour l'âge***

Cet indicateur est une mesure de la malnutrition chronique, Les enfants dont la taille pour l'âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et comme souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère. Le retard de croissance reflète une malnutrition chronique due à l'insuffisance d'une nutrition adéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes.

**c) Le poids pour la taille**

Les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme émaciés de façon modérée ou sévère. L'émaciation est en général la conséquence d'une insuffisance nutritionnelle récente. Cet indicateur peut présenter des variations saisonnières importantes associées à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou la prévalence des maladies.

**d) Le périmètre crânien pour l'âge**

Cet indicateur reflète la croissance du cerveau qui est très rapide durant la 1ère année de vie. Dans certains états pathologiques les dimensions du crâne peuvent être supérieures à la normale (ex : hydrocéphalie) ou inférieures à la normale (ex : microcéphalie).

**e) Le rapport périmètre brachial/périmètre crânien**

C'est un indicateur nutritionnel qui permet de dépister les états de malnutrition protéino-énergétique (MPE).

### **1.2.2 Vaccination**

Le groupe cible prioritaire est constitué par les enfants âgés de 0 à 11 mois révolus. Dans le cadre du PEV de routine, tous les antigènes du programme doivent être administrés avant l'âge d'un (1) an, en 5 contacts vaccinaux.

Ainsi le calendrier vaccinal se présente comme suit :

**Tableau IV:** Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois révolus

Contact	Age	Vaccins	Maladies cibles
1	Naissance	BCG	Tuberculose
		VPO <sub>0</sub>	Poliomyélite
2	8 semaines (à partir de 2 mois)	DTC-HepB-Hib, VPO <sub>1</sub>	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite virale B, Infections à Haemophilus influenzae type b, Poliomyélite
3	12 semaines (à partir de 3 mois)	DTC-HepB-Hib, VPO <sub>2</sub>	
4	16 semaines (à partir de 4 mois)	DTC-HepB-Hib3, VPO <sub>3</sub>	
5	A partir de 9 mois	Vaccin Anti-Rougeoleux,	Rougeole
		Vaccin Anti-Amaril	Fièvre jaune
6	16-18 MOIS	1 <sup>er</sup> rappel DTC-HepB-Hib, VPO	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite virale B, Infections à Haemophilus influenzae type b, Poliomyélite

**NB:**

1. L'intervalle minimal exigé entre les doses d'un même vaccin est de 28 jours
2. Selon l'OMS :
  - si le BCG ne peut pas être administré à la naissance, il devra être administré lors du premier contact du nourrisson avec les services de santé :
  - si la dose de VPO zéro n'est pas administrée dans les 14 jours suivant la naissance elle ne doit pas être administrée ultérieurement. On commencera alors la série de vaccins de base par la dose VPO<sub>1</sub>.
3. L'OMS recommande une dose préliminaire de polio à la naissance. Ne compter pas cette dose préliminaire comme la première de la série. L'enfant doit recevoir 3 doses à partir de 8 semaines d'âge (2 mois) pour être complètement vacciné.

### **1.2.3 L'alimentation**

L'allaitement maternel est conseillé jusqu'au 12 mois et au-delà. La diversification de l'alimentation de l'enfant commencera entre le 4ème et le 6ème mois.

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'aux 6 premiers mois.

Une supplémentation en vitamine A et en fer est recommandée à partir du 6ème mois. La supplémentation en iode concernera les régions d'endémie goitreuse.

## SANTE DE L'ENFANT

**Tableau V : Surveillance de la croissance de l'enfant**

### SURVEILLANCE DE L'ENFANT

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AI S	AA	AB	IB	ID E	SFE / ME	AS	Méd . G.	Méd . SP	CSP S	CMA	CH R	CHN	
• Surveillance croissance staturo-pondérale et psychomoteur	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Enfants de moins de 5 ans
• Conseils nutritionnels	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

**N.B:** Périodicité de surveillance de la croissance :

- un examen au cours des 8 premiers jours
- un examen mensuel au cours de la première année dont 5 intégrés au contact du PEV
- un examen trimestriel au cours de la 2<sup>e</sup> année
- un examen semestriel de la 3<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> année.

Légende

- + = Prestataires et niveaux habilités
- = Prestataires et niveaux non habilités.

## SANTE DE L'ENFANT

### 2.2.4 Prise en charge des enfants malades

Tableau VI :

#### PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS COURANTES DE L'ENFANT

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AIS	AA	AB	IB	ID E	SFE / ME	AS	Méd . G.	Méd . SP	CSP S	CMA	CH R	CHN	
Interrogatoire d'un enfant présentant un symptôme	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Enfants de 0 à 14 ans
Diagnostic	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge des cas simples	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge des cas compliqués ou des cas non diagnostiqués	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

### Légende

- + = Prestataires et niveaux habilités
- = Prestataires et niveaux non habilités.

## SANTE DE L'ENFANT

**Tableau VII :**

### 2.2.8. P.C.I.M.E

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AIS	AA	AB	IB	ID E	SFE / ME	AS	Méd . G.	Méd . SP	CSP S	CMA	CH R	CHN	
Interrogatoire lors de tout contact à la recherche de fièvre, toux, diarrhée	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<b>Enfants de 0 à 15 ans</b>
Prise en charge selon le symptôme ou ordinogrammes	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Examen de l'enfant malade	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Diagnostic des cas de paludisme, IRA, maladie diarrhéique, rougeole, malnutrition	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Identification et prise en charge des cas compliqués selon le protocole de la PCIME	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

### **1.3 Santé des jeunes**

Les normes de services de SR pour adolescents et jeunes précisent le niveau minimum acceptable de performance pour chaque service destiné à couvrir les besoins des jeunes.

#### **Services pour les jeunes**

Les services, les prestataires, les niveaux d'exécution et les groupes cibles figurent dans le tableau ci-après.

## SANTE DES JEUNES

**Tableau VIII :**

### 2.3 SERVICES DE SR POUR LES JEUNES

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES										NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AIS	AA	AB	IB	ID E	SFE/ME	AS	Méd G.	Méd SP	CSP S	CM A	CH R	CHN		
IEC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Personnes de 10-24 ans	
EVF	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Consultation pré-nuptiale/préconceptionnelle	-	-	-	-		+	+	+	+	+	+	+	+		
Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire y compris les IST/VIH/SIDA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Prise en charge des complications des avortements	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Prise en charge des complications de l'excision	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Visite médicale systématique	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+		
Consultation PF (cf tableau PF)	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Promotion et surveillance de l'hygiène	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Encadrement sanitaire des activités sportives	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Animation des centres d'accueil, des centres pour jeune et de prise en charge des jeunes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		

#### **N.B**

- les niveaux de prestation indiqués ci-dessus sont destinés à la prise en charge des problèmes de santé des jeunes
- pour les autres types d'activités à l'endroit des jeunes (CCC, activités récréatives, promotionnelles...) les structures habilitées à les accueillir sont les établissements scolaires, les centres jeunes, les centres culturels, etc...

#### **Légende :**

- + = Prestataires et niveaux habilités
- = Prestataires et niveaux non habilités. Référence

## SANTE DES HOMMES

### Tableau IX

#### 2.4 SERVICES DE SR POUR LES HOMMES

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAU				GROUPES CIBLES
	AIS	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	Méd. G.	Méd. SP	CSPS	CMA	CHR	CHN	
IEC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	HOMMES
Dépistage et prise en charge des infections génito-urinaires y compris les IST/Sida	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge de l'infertilité infécondité	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	
Prise en charge des tumeurs génitales	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	
Prise en charge des dysfonctionnements sexuels	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	
Prise en charge des problèmes liés à l'andropause	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	
dépistage et prise en charge des maladies dégénératives	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	

#### **N.B**

- Animateurs communautaires : animateurs des ONG, associations, clubs scolaires, agents de santé communautaires
- les niveaux de prestation incluent tout autre bien où l'on peut toucher, les jeunes (établissements scolaires, centres d'accueil, centres culturels, etc...)
- les activités seront menées par du personnel formé

#### **Légende**

- Prestataires et niveaux non habilités. Référence
- + Prestataires et niveaux habilités
- \* AC (agents communautaires) : animateurs des ONGs ; des associations et des groupements.

#### **1.4 Composantes communes**

Les composantes communes couvrent plusieurs volets de la SR qui sont les suivants :

- la planification familiale qui concerne à la fois les volets santé de la femme, santé de l'homme et santé des adolescents et jeunes
- l'IEC,
- les IST/VIH/SIDA,
- la lutte contre les pratiques socioculturelles néfastes à la santé
- la prévention des infections,
- l'assurance qualité des services.

## COMPOSANTES COMMUNES

**Tableau X :**

### **2.5.1. PLANIFICATION FAMILIALE**

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AI S	AA	AB	IB	ID E	SF E ME	AS	Méd G.	Méd SP	CSPS	CM A	CHR	CHN	
IEC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Consultation PF	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prescription/Administration des contraceptifs														
PF Naturelle	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
MJF(collier)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Barrière	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
COC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Injectable	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Implant	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
DIU	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
CCV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	
Gestion des effets secondaires	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Consultation de suivi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Infertilité														
Dépistage	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	

Femmes  
Hommes  
Jeunes

**N.B** :

- Les structures sanitaires privées se conformeront aux normes en fonctions de leur niveau de soins
- Les activités seront menées par du personnel formé
- En ce qui concerne les injectables, les implants et le DIU, leur prescription sera fonction de la situation (cf. protocole de PF)

**Légende**

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités. Référence

## **1.5 Information – Education – Communication**

### *1.5.1 Définition*

L'IEC se définit comme « un processus systématique et planifié ayant pour but de sensibiliser les gens, de promouvoir le changement volontaire de comportement considéré comme néfaste pour la santé grâce à la transmission d'informations nécessaires à la compréhension réciproque et à la motivation ». (OMS)

### *1.5.2 Les lieux de prestation*

- les formations sanitaires publiques et privées,
- les communautés,
- les lieux de pratiques sportifs et de loisirs,
- les centres d'accueil et de prise en charge des jeunes,
- tout autre lieu où l'on peut rencontrer les cibles.

### *1.5.3 Les supports d'IEC*

Pour transmettre les messages d'IEC, les supports suivants seront utilisés :

- les vidéo – cassettes,
- les radios cassettes,
- les films,
- les diapositives,
- les affiches,
- les dépliants,
- les autocollants,
- les boîtes à images etc...

### *1.5.4 Les canaux de communication*

Tous les canaux disponibles doivent être répertoriés et utilisés en fonction du contexte dans lequel se passe la communication:

- les canaux modernes : télé, radio, revues, journaux, Internet...
- les canaux de communication interpersonnelle : visite à domicile, entretien, théâtre forum discussion de groupe

- les canaux de communication institutionnelle : Décrets, Arrêté, Directives, Lettre circulaire...
- les canaux traditionnels : griots, crieurs publics, rassemblements dans les marchés...

#### *1.5.5 Les techniques de communication*

- le counseling,
- la causerie,
- la communication sociale (conférence, exposés, débats),
- le théâtre – forum,
- les jeux de rôles,
- etc..

Parmi ces techniques, le counseling et la causerie sont les plus utilisés par les prestataires de services de SR.

#### *1.5.6 Le contenu de l'IEC*

Pour chaque groupe cible, les messages porteront aussi bien sur les composantes communes que sur les aspects spécifiques.

#### **a) SANTE DE LA FEMME**

- Maternité à moindre risque
  - Consultations prénuptiale et préconceptionnelle
  - Soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE)
    - Consultation prénatale recentrée.
    - Surveillance du travail et de l'accouchement
    - Prise en charge des accouchements pathologiques
    - Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH)
    - Soins néonataux essentiels
    - Consultation postnatale
  - Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
    - Prise en charge des complications de la grossesse
    - Soins après avortement

- Prise en charge des complications de l'accouchement
- Soins néonataux d'urgence
- Prise en charge des complications du post partum
- Prise en charge gynécologique
  - Prise en charge des infections du tractus génito – urinaire
  - Prise en charge gynécologique des PV/VIH
  - Dépistage et prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires
  - Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité (du couple)
  - Dysfonctionnements sexuels de la femme
  - Prise en charge de la ménopause

#### **b) SANTE DE L'ENFANT**

Les soins néonataux essentiels et d'urgence sont pris en compte dans le volet santé de la mère. Les autres activités en rapport avec la santé de l'enfant sont :

- Surveillance de la croissance
- Vaccination
- Alimentation
- Prise en charge des enfants malades

#### **c) SANTE DES JEUNES**

- Consultation prénuptiale / préconceptionnelle ;
  - Prise en charge de la santé des jeunes ;
  - Lutte contre les grossesses non désirées, les avortements provoqués et les maternités précoces ;
  - Soins préventifs, curatifs et promotionnels pour les jeunes y compris des comportements à risque (alcoolisme, toxicomanie, délinquance et prostitution) ;
- (Prendre en compte promotion de la santé scolaire et universitaire, la prévention des carences nutritionnelles et des maladies bucco-dentaires dans le développement)

#### **d) SANTE DE L'HOMME**

- Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire
- Dépistage et prise en charge des tumeurs génitales

- Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité
- Dysfonctionnements sexuels de l'homme
- Prise en charge de l'andropause

**e) SANTE DES PERSONNES AGEES**

- Les dysfonctionnements sexuels de l'homme
- Prise en charge de l'andropause.
- Les dysfonctionnements sexuels de la femme
- Prise en charge de la ménopause.
- Dépistage et prise en charge des tumeurs
- Prise en charge des affections dégénératives ( arthroses, démences séniles, malnutritions)
- Prise en charge des maltraitances
- Soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs

**ACTIVITES D'IEC**

Les prestataires, les niveaux d'exécution et les groupes cibles de ces services sont précisés dans le tableau ci-dessous.



## COMPOSANTES COMMUNES

Tableau XI

### II.5.2 IEC

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AI S	AA	AB	IB	ID E	SF E M E	AS	Méd G.	Méd SP	CSP S	CM A	CHR	CHN	
Counseling	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Adolescents jeunes, hommes femmes
Discussion de groupe	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Causerie	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Théâtre forum	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Jeu de rôle	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Communication sociale	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

### Légende

+ : Prestataires et niveaux habilités

- : Prestataires et niveaux non habilités. Référence

## COMPOSANTES COMMUNES

Tableau XII

IST /VIH / SIDA															
SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES								NIVEAUX					GROUPES CIBLES	
	AIS	AA	AB	I B	ID E	SFE ME	Méd G.	Méd SP		SSJ	CSP S	CM A	CHR		CHN
1) IEC/IST/SIDA	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
2) Consultation IST : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage</li> <li>• Traitements selon l'approche syndrômique</li> </ul> Recherche + traitement du partenaire	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
Prise en charge des complications des IST	-	-	-	+	+	+	+	+		-	-	+	+	+	
Consultation VIH/Sida <ul style="list-style-type: none"> <li>• Counseling</li> <li>• Dépistage</li> <li>• Prise en charge des personnes infectées par le VIH</li> </ul> Traitement des infections opportunistes Traitement par les antirétroviraux Prise en charge psychosociale	-	-	-	+	+	+	+	+		-	+	+	+	+	

### Légende

+ : Prestataires et niveaux habilités

- : Prestataires et niveaux non habilités. Référence

## COMPOSANTES COMMUNES

Tableau XIII :

### II.5.4 PREVENTION DES INFECTIONS

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES									NIVEAU					MATERIEL NECESSAIRE	MOMENT
	AA	AIS	AB	IB	IDE	SF/ME	AS	Méd. G	Mé d. SP	Com	CSPS	CMA	CHR	CHN		
<b><u>LAVAGE DES MAINS</u></b> * Simple * Chirurgical	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Eau + savon + serviette individuelle Eau + solution antiseptique	Activité clinique
<b><u>PORT DE BARRIERES</u></b> * Gants * Bonnet, bavettes, tablier, bottes, lunettes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Gants stériles (DHN) Gants de ménage, bonnets, bavettes, tabliers, bottes, lunettes Eau chlorée à 0,5 % récipient adéquat	Nettoyage, Activité clinique et nettoyage après usage
<b><u>TRAITEMENTS DES INSTRUMENTS</u></b> * décontamination * Nettoyage	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Eau + savon+ brosse + récipient adéquat	Après décontamination

<b>DHN</b> * Ebullition Chimique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Formoldehyde durée 20' Glutaraldehyde, eau de javel à 0,5 % pendant 20 mn, marmite à couvercle, source d'énergie à partir de l'ébullition pendant 20 mn	Après nettoyage
<b>STERILISATION</b> * Chaleur sèche * Chaleur humide * Chimique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Poupinel 170 ° pendt 1 H Autoclave 121- cocotte à vapeur Formaldehyde 24 H Glutaraldehyde 12 H	Après nettoyage
<b>ELIMINATION DES DECHETS</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	Boîte à tranchant, poubelles couvertes, incinérateur, fosse	Après triage	

## COMPOSANTES COMMUNES

Tableau XIV :

### 2.5.5 LUTTE CONTRE LES PRATIQUES TRADITIONNELLES NEFASTES ET LES VIOLENCES

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES								NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	AA	AIS	AB	IB	IDE	SFE ME	Méd G.	Méd SP	CSP S	CMA	CH R	CHN	
Plaidoyer	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	<b>Femmes Enfants Jeunes</b>
IEC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge des complications des pratiques néfastes	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Référence	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

### N.B

Plaidoyer : Le plaidoyer sera mené auprès des décideurs, des leaders d'opinion, des enseignants qui constituent les cibles intermédiaires

Les lieux de prestation de services doivent comprendre aussi les formations sanitaires para – publiques et privées, les établissements scolaires, les écoles de formation, les centres sociaux, les centres pour jeunes, etc...

## **1.6 Normes de qualité de services**

Pour que les programmes de santé soient des programmes de qualité :

- Les services doivent être personnalisés,
- Les clients doivent être traités avec dignité,
- Les clients doivent être traités de manière confidentielle,
- Les clients ne doivent pas attendre longtemps avant d'être reçus,
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur les méthodes et services disponibles,
- Les prestataires de santé doivent pouvoir reconnaître leurs limites,
- les centres de prestation de services doivent être propres et avoir une circulation des clients bien organisée,
- les centres de prestation de services doivent offrir des services au moins pendant les heures normales de travail, essayer de se conformer aux besoins particuliers des clients,
- un équipement adéquat de médicaments, de matériel contraceptif et de matériel fongible doit être maintenu,
- la supervision doit être dynamique et refléter un travail de groupe : pour offrir des services de qualité, il est essentiel de travailler avec le personnel dans les cas problématiques,
- le personnel des formations sanitaires et des services doivent être en mesure de résoudre les problèmes inhérents à leur cadre de travail dans un processus de discussion démocratique (participatif) en utilisant des outils appropriés pour améliorer le système et les processus.

Des programmes réussis exigent un personnel bien formé qui démontre :

- attention, sensibilité et minutie lorsqu'il informe le client,
- connaissances, attitudes et compétences pour fournir les services de SR,
- connaissance des problèmes réels ou potentiels et capacité de les reconnaître,
- capacité de prendre des mesures cliniques appropriées en réponse à ces problèmes, y compris quand et où référer les clients qui ont des problèmes graves et bon jugement clinique,
- capacité de travailler avec les membres de la communauté et de les considérer comme des ressources et non pas des obstacles.

**« Un service de qualité est celui que l'on souhaite recevoir soi même »**

## II. Composantes d'appui

Les composantes d'appui concernent des activités de renforcement ou de coordination voire de gestion des autres composantes et volets de la SR. Il s'agit particulièrement de:

- Plaidoyer
- Gestion des services SR
  - Organisation des services
  - Coordination / concertation
  - Supervision
  - Gestion des ressources
  - Suivi évaluation
  - Système d'information sanitaire
  - Formation
  - Recherche
- Participation communautaire
- Financement des services de SR

### ***Le plaidoyer***

Le plaidoyer occupe une place importante au regard du caractère multisectoriel et pluridimensionnel de la SR. En tant que technique de communication, le plaidoyer sera mené à tous les niveaux du système de santé dans le but d'obtenir l'implication et l'engagement des différents acteurs à la mise en œuvre des activités en faveur de la SR

### ***La gestion des services SR***

#### *Organisation des services*

#### **Définition**

L'organisation des services est un processus systématique et complet de recherche d'amélioration. C'est un moyen systématique d'élimination de tous les travaux inutiles et de perfectionnement. L'organisation du travail consiste à structurer ou

mettre en œuvre des ressources en fonction des objectifs et des critères basés sur la rationalité, l'efficacité et la qualité de service.

### **But**

L'organisation des services de SR vise à rationaliser le travail en déterminant les activités nécessaires en vue d'un perfectionnement de celles-ci dans un souci d'efficacité.

### **Instruments de l'organisation du travail**

L'organisation du travail utilise comme instruments les éléments ci-dessous :

- la description ou spécification de poste
- les normes de rendement ou standards de performance
- l'organigramme
- la répartition des postes
- le planning des congés
- le calendrier de travail
- la carte d'identité de la structure

### *Coordination / concertation*

### **But**

La coordination vise à entretenir une coopération avec tous les partenaires en vue d'utiliser rationnellement les ressources et les compétences disponibles pour l'atteinte des objectifs de la SR.

### **Types de coordination**

On peut distinguer deux types de coordination :

- la coordination interne, au sein d'une organisation,
- la coordination externe, avec d'autres organisations.

Tous les deux types doivent s'appuyer sur une bonne répartition des responsabilités et une circulation régulière de l'information.

### **Avantages de la coordination**

Une coordination efficace :

- permet d'utiliser de la façon la plus efficace et la plus efficiente les ressources, les connaissances, les expériences et les capacités des intervenants pour la satisfaction des besoins des populations ;
- améliore les services en permettant à chaque partenaire de se concentrer dans son domaine de compétence ;
- crée un climat de confiance et permet de gérer les conflits entre prestataires de services de SR ;
- permet de partager l'information et les leçons tirées de l'expérience des autres ;
- élargit la gamme des activités ;
- permet d'uniformiser les politiques de SR.

#### **\* Niveaux et responsabilités**

La coordination des activités de SR se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et suivant des responsabilités bien définies.

Le niveau central, à travers la Direction de la Santé de la Famille, coordonne l'intervention des différents partenaires au niveau national. Il assure le partage des responsabilités et assure l'harmonisation :

- des activités de SR en veillant à l'application de la politique, des normes et protocoles de services de SR ;
- du système d'information en uniformisant les supports de collecte de données,
- des messages à diffuser sur les supports audio-visuels.

Le niveau intermédiaire (Direction régionale de la santé) et le niveau périphérique (district sanitaire) assurent la coordination des interventions des partenaires au niveau local, en veillant au respect des politiques, normes et protocoles de services de SR.

#### **\* Procédures**

La coordination des activités de SR sera assurée à travers des cadres appropriés : réunions de concertation périodiques, rencontres de travail.

Elle se fait également par des directives écrites ou des échanges d'informations.

### **\* Rôle des partenaires techniques financiers et autres intervenants**

Ils apporteront au Ministère de la santé l'appui financier, matériel et/ou technique nécessaire à la mise en œuvre de la politique nationale et des programmes de SR.

### *Supervision*

#### **\* Objet**

La supervision du personnel a pour objet :

- l'amélioration de la performance des agents de santé,
- l'amélioration des conditions de travail,
- la motivation et le soutien des prestataires.

#### **\* cibles**

Le personnel a besoin de supervision à tous les niveaux de l'administration à la prestation des services SR.

- responsables de services SR,
- gestionnaires de projets et programmes SR,
- prestataires de services.

#### **\* niveaux**

La supervision concerne tous les niveaux du système de santé. Chaque niveau assure la supervision de l'échelon inférieur. Ainsi :

- le niveau central supervise les régions sanitaires,
- la région sanitaire supervise les districts sanitaires,
- le district sanitaire supervise les agents des formations sanitaires périphériques. Eux ils supervisent à leur tour les agents de santé communautaire et les agents DBC au niveau communautaire.

#### **\* Périodicité**

La périodicité de la supervision par niveau sera la suivante :

- tous les 6 mois du niveau central vers les régions sanitaires,
- tous les 3 mois du niveau régional vers les districts sanitaires,
- tous les 2 mois du district sanitaire vers les formations sanitaires de base,
- chaque mois du niveau périphérique vers les agents de santé communautaire, les agents DBC et selon les besoins.

### **\* Profil des superviseurs**

A tous les niveaux, la supervision sera assurée par du personnel expérimenté et ayant reçu une formation en gestion et en supervision des services de santé de la reproduction.

### **\* domaines de supervision**

Chaque sortie de supervision doit aborder :

- les activités sanitaires de SR (PF, IEC, prise en charge des cas, etc....)
- les activités de management (conditions de travail, motivation et performances du personnel, gestion des ressources, etc....), organisation des services et activités d'appui.

### **\* Etapes**

La supervision comprendra les étapes suivantes :

- la planification technique et administrative,
- l'exécution,
- l'évaluation comportant un rapport et un feed back.

### **\* Outils de supervision**

Les superviseurs utiliseront au moins les outils suivants :

- des grilles de supervision pour les différents domaines à superviser,
- la description des postes des différentes catégories de personnel supervisé,
- les normes et procédures des services.

### *Gestion des ressources*

#### **- Ressources matérielles**

On entend par ressources matérielles, l'ensemble des objets, instruments et toutes autres matières dont dispose une personne morale ou physique.

Dans le cas spécifique des services de santé, il s'agit notamment des biens immobilisés, des équipements et autres fournitures mis à leur disposition pour optimiser leur fonctionnement et rendement.

Les biens des services de santé sont collectifs et publics. Leur utilisation ou leur consommation obéit à des règles bien définies.

### **\* Règles générales**

- Tout agent de santé chargé de la gestion des stocks doit veiller au respect des règles et principes du mouvement des médicaments et produits contraceptifs afin d'éviter les ruptures de stock et les péremptions ;
- Un stock de sécurité, fonction des difficultés d'approvisionnement, sera assuré au niveau national, régional et du district ;
- L'utilisation du stock de médicaments et produits contraceptifs obéira au principe FEFO (premier périmé, premier sorti) ;
- La gestion sera assurée à tous les niveaux du système de santé par du personnel formé à cet effet.

### **\* Documents de gestion**

Les médicaments, produits contraceptifs et matériels seront gérés en utilisant les documents de gestion standardisés en vigueur :

- les fiches de stock,
- les fiches de commande,
- les fiches de situation de stock,
- les cahiers de réception,
- les bordereaux de livraison,
- livre d'inventaire du matériel durable.

### **\* Rapports**

Les rapports sur la gestion du matériel des médicaments et des produits contraceptifs obéiront au même circuit et à la même périodicité que les rapports d'activités en matière de SR, avec un feed back à l'échelon inférieur.

### **- Ressources humaines**

Gérer efficacement les hommes est un défi dans le système de santé où l'élément humain est particulièrement fondamental. Cette gestion consiste en des mesures (politiques, procédures etc.) et des activités (recrutement) impliquant des ressources humaines et visant une efficacité et une performance optimales des individus et de l'organisation.

## *Suivi évaluation*

### Evaluation

#### **\* Objet**

L'évaluation d'un projet ou programme de SR a pour but de mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés et de prendre des mesures correctrices ou des décisions pour la suite du projet ou programme. Le suivi régulier des activités peut contribuer à l'évaluation des projets et programmes, à l'amélioration de la qualité des services.

#### **\* Type**

Les programmes de SR feront l'objet d'au moins une évaluation intermédiaire et une évaluation finale. Cette évaluation peut-être interne, externe ou mixte.

#### **\* Profil des évaluateurs**

Toute évaluation sera effectuée par des personnes qualifiées et ayant les compétences requises. Tout projet de programme doit faire l'objet d'un suivi régulier par ses responsables.

#### **\* Niveau**

Les évaluations se feront au niveau central, intermédiaire et périphérique aux périodes indiquées dans les documents de projets ou programme. Les mécanismes de suivi seront déterminés dans les documents de projet/programme.

#### **\* Diffusion des résultats**

Les résultats de toute évaluation feront l'objet d'un rapport écrit qui sera transmis aux responsables des programmes et à tous les partenaires concernés dans un délai de trois mois après l'évaluation.

### Suivi

Un mécanisme de suivi des activités SR par niveau sera mis en place :

#### **\* Niveau national**

- rapports d'activités des Directions régionales,

- réunions périodiques des CHR et CHN de coordination/concertation des partenaires de la SR,
- Supervision des Directions régionales.

**\* Niveau intermédiaire**

- rapports d'activités des districts sanitaires,
- réunions périodiques de coordination/concertation avec les partenaires,
- supervision des districts sanitaires,
- monitoring des activités.

**\* Niveau périphérique**

- rapports d'activités des formations sanitaires de base,
- réunions périodiques de coordination/concertation avec les partenaires,
- supervision du personnel des formations sanitaires de base,
- monitoring des activités des formations sanitaires,
- Monitoring des activités au niveau communautaire.

*Système d'information sanitaire*

Le système d'information sanitaire (SIS) a pour but de fournir en temps voulu et sous la forme appropriée l'information nécessaire à la prise de décision et à la gestion rationnelle des services et des programmes de santé et de SR.

Les activités relatives au SIS sont la collecte, le traitement, l'analyse et l'utilisation des données, la diffusion de l'information, la retro information.

Les données sur la santé de la reproduction seront intégrées au système national d'information sanitaire.

**\* Les supports de collecte de données**

Les données relatives à la SR seront collectées sur des supports standardisés suivants :

- le registre de consultations,
- le registre d'accouchement,
- les fiches de consultation.

Ces supports seront accompagnés de guides de procédures et de guides de remplissage.

### **\* Rapports**

Les données collectées feront l'objet de rapports périodiques :

- les rapports mensuels pour les formations sanitaires (CSPS, CM/CMA, CHR),
- les rapports trimestriels pour les chercheurs, DRS et district,
- les rapports annuels pour la DEP.

Une retroinformation vers le niveau immédiatement inférieur sera instituée.

### **\* Les niveaux**

Le SIS relatif à la SR se confond au système national d'information sanitaire (SNIS) et donc épouse la forme pyramidale à trois niveaux :

- le niveau périphérique avec les CSPS, CM/CMA,
- le niveau intermédiaire représenté par le DRS,
- le niveau central avec les directions centrales dont la DEP qui assure la coordination.

### **\* Indicateurs**

Des indicateurs essentiels et pertinents de SR sont intégrés aux indicateurs nationaux définis dans le cadre du système national d'information par niveau en fonction des PMA requis.

### **\* Circuit de l'information**

Il est le même que celui du SNIS et sera développé dans les protocoles.

### **\* Le système de contrôle des données**

Le contrôle de la fiabilité des données constitue un élément fondamental du système d'information. Il doit viser principalement les données de base collectées au niveau des points de prestation de services, celles contenues dans les synthèses des districts ou des régions n'étant que des compilations.

Par ailleurs, un enregistrement correct des données, une gestion quotidienne des fichiers constituent des garanties pour une bonne qualité des données.

La supervision régulière de ces éléments doit être le principal pilier du système de contrôle.

## *Formation*

- **Objet**

La formation continue vise à l'amélioration des compétences des gestionnaires de programmes et des prestataires de services du SR. Elle constitue un élément clé dans la résolution des problèmes de performances du personnel.

- **Cibles**

La formation concerne toutes les catégories d'intervenants :

- responsable de services SR,
- gestionnaires de programme,
- prestataires de services,
- superviseurs,

- **Types de formation**

La formation en SR comporte la formation de base et la formation continue.

- la formation de base est assurée dans les institutions de formation du personnel socio-sanitaire. Les programmes de formation doivent être adaptés à la politique en matière de SR ;
- la formation continue comprend :
  - . la formation formelle en cours d'emploi et les recyclages,
  - . la formation informelle lors des supervisions formatives.

La formation continue doit être dispensée aux prestataires des services SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Profil des formateurs**

La formation en SR (formation de base et formation continue) sera assurée par un personnel compétent. Les formateurs devront avoir subi une formation de formateurs dans leur domaine de compétence.

- **Domaines de formation**

La formation portera sur les domaines suivants :

- la prestation des services d'IEC,
- la prestation des services cliniques,

- la gestion des services,
- la gestion des programmes,
- la formation des formateurs,
- formation en approche genre,
- formation en qualité des services et approche communautaire.

- **Curricula de formation**

Les formations seront faites selon des curricula de formation en SR, en fonction des politiques et normes.

Pour chaque type de formation, il sera utilisé un curriculum national de référence qui devra avoir le contenu minimum suivant :

- le sommaire du curriculum,
- le but de la formation,
- les tâches post-formation des bénéficiaires,
- les objectifs en termes de comportements pour la formation théorique et pratique,
- les profils des participants et des formateurs,
- les outils évaluant les connaissances et les aptitudes,
- le niveau acceptable des performances,
- les approches méthodologiques,
- les plans des sessions indiquant les objectifs opérationnels, la durée de la session, le contenu et la méthodologie, les ressources nécessaires et le mode d'évaluation,
- la liste des matériels nécessaires pour le déroulement de la formation,
- la fiche de suivi du curriculum à l'intention des utilisateurs du curriculum.

- **Suivi de la formation**

Les participants à une session de formation bénéficieront d'un suivi au moins trois mois après la formation. Les agents sortis des écoles de formation de base bénéficieront d'un suivi en cours d'emploi et d'un recyclage / formation en SR tous les deux ans et selon l'évolution technologique.

## *Recherche*

- **Objet**

La recherche opérationnelle est un instrument essentiel d'aide à l'orientation des interventions en matière de SR.

- **Priorités de recherche**

Les recherches et études en SR devront s'inscrire dans le cadre des priorités nationales de recherche établies en fonction des problèmes prioritaires de SR.

- **Approche**

La recherche essentielle en santé, orientée vers les problèmes des communautés, notamment les plus déshéritées et les groupes vulnérables, sera encouragée.

La recherche se fera en équipe pluridisciplinaire et impliquer les principaux acteurs : décideurs, chercheurs et prestataires, communautés.

- **Profil du chercheur**

En matière de recherche opérationnelle essentielle, on peut considérer comme chercheur toute personne agréée ou non qui, dans l'exercice de ses fonctions organise et/ou dirige des activités de recherche. On distingue les chercheurs professionnels et ceux qui participent à la recherche.

- **Ethique**

Tout projet de recherche en SR doit comporter un volet éthique et être soumis à un comité d'éthique de la recherche ou toute autre structure équivalente compétente.

- **Diffusion des résultats**

Le ministère chargé de la santé assurera une large diffusion des travaux d'intérêt particulier. La diffusion des résultats de recherche dans les journaux spécialisés ou à tout forum sera soumise à autorisation préalable du Ministère de la santé.

### **2.6.1. Participation communautaire**

L'application des PNP s'inscrit en droite ligne de la mise en œuvre des soins de santé primaires à travers l'initiative de Bamako. Aussi, la participation communautaire revêt une importance capitale du point de vue de la

responsabilisation des communautés vis-à-vis de leur propre santé mais aussi de l'amélioration du système de recouvrement des coûts.

Elle est organisée à travers la mise en place des comités de gestion des formations sanitaires et la tenue des assemblées générales et renforcement du réseau des agents de santé communautaire. Elle contribue à l'amélioration de la couverture de l'offre et de l'utilisation.

### **2.6.2. Financement des services de SR**

Le financement des services de SR obéit aux principes de recouvrement des coûts et de l'autofinancement des services définis par l'initiative de Bamako.

Dans le cadre de l'amélioration de la santé de la reproduction, le Burkina Faso bénéficie de plusieurs sources de financement :

- le secteur privé à travers les prestations payées par les ménages auprès des services de soins ;
- les fonds publics constitués des fonds de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- les ressources extérieures à travers la coopération bilatérale et multilatérale ainsi que la contribution des ONG et Associations.