

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE

DE LA SANTE

**DIRECTION DE LA SANTE
DE LA FAMILLE**



BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

Plan d'Accélération de Réduction
de la Mortalité Maternelle et
Néonatale au Burkina Faso
(Feuille de Route)

Octobre 2006

AVANT PROPOS

Le Burkina Faso, dès 1998 (1987 à Nairobi et 1989 à Niamey), a adhéré à l'Initiative pour une maternité sans risque et le Gouvernement a, depuis cette date, continuellement élaboré et mise en œuvre des politiques et programmes de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, malgré les efforts déjà consentis par le pays et la communauté internationale, la mortalité maternelle et néonatale restent toujours très élevées (respectivement 484 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile de 81 pour 1000 naissances vivantes en 1998). Au rythme actuel, le Burkina Faso risque de ne pas atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015.

En vue d'appuyer les pays dans la Région, l'Union Africaine a proposé une « feuille de route » qui a pour but de guider les Gouvernements dans le développement des plans nationaux pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et infantile. L'innovation de cette approche est d'offrir une opportunité de mettre en commun des ressources provenant de tous les partenaires, de faire le choix pour les interventions à base factuelle, rentables, et réalisables même dans des situations de ressources limitées.

Le présent document doit concourir à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en contribuant à l'atteinte des OMD par le Burkina Faso. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique de maternité à moindre risque, du Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 du Burkina Faso et du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

Il constitue désormais le principal document de référence pour les actions de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Je souhaite en conséquence, que tous les acteurs du système de santé, tous les partenaires techniques et financiers, puissent s'en inspirer pour leurs interventions dans les dix prochaines années.

Le Ministre de la Santé

Alain Bédouma YODA

Commandeur de l'Ordre National

TABLE DE MATIERES

AVANT PROPOS	2
TABLE DE MATIERES	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	4
I- CONTEXTE	7
1.1 Données générales	7
1.2 Système de santé.....	8
II- ANALYSE DE LA SITUATION	10
2.1 Indicateurs de santé maternelle et néonatale	10
2.2 Causes de décès maternel et néonatal.....	11
2.3 Obstacles à la lutte contre la mortalité maternelle.....	12
FEUILLE DE ROUTE POUR L'ACCELERATION DE LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	15
1- But	15
2- Objectif général.....	16
3- Objectifs spécifiques.....	16
4- Stratégies Prioritaires.....	16
5. Planning des activités	19
6. Coûts des activités pour la mise en œuvre de la feuille de route	30
7. Cadre Institutionnel de mise en œuvre	35
8. Suivi et évaluation	36
9- Mécanismes de financement et pérennisation.....	41
Références	43

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASV	Agent de Santé Villageois
AV	Accoucheuse Villageoise
AWARE	Action for West Africa Region – Reproductive Health
BN	Budget National
CADSS	Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments essentiels Génériques
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNLPE	Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
DAF	Direction de l'Administration des Finances
DEP	Direction des Etude et de la Planification
DGHSP	Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux et du Sous-secteur Privé
DGIEM	Direction Générale des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DGS	Direction Générale de la Santé
DHPES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPV	Direction de la Prévention par les Vaccinations
DRED	Direction Régionale de l'Economie et du développement
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé

ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FS	Formation Sanitaire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information- Education- Communication
IGESS	Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
MESSRS	Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MFPRE	Ministère de la Fonction Publique et de la Reforme de l'Etat
MMN	Mortalité Maternelle et Néonatale
MMR	Maternité à Moindre Risque
MS	Ministère de la Santé
OBC	Organisations à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RAV	Responsable Administratif Villageois
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAA	Soins Après Avortement
SG	Secrétariat Général
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux de base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux complets

SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
UFR/SDS	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UO	Université de Ouagadougou
USAID	Agence Internationale Américaine pour le Développement
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I- CONTEXTE

1.1 Données générales

1.1.1 *Données démographiques*

Le Burkina Faso est un pays enclavé entre le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud. D'après les résultats du RGPH de 1996, la population du pays est estimée en 2005 à environ 12,5 millions d'habitants (source, selon le RGPH de 1996, 12 722 570 millions d'habitants) pour une superficie de 274 200 km². Elle croît au rythme de 2,38% par an. La population vit à 80% en milieu rural. La tendance actuelle est à l'urbanisation progressive due à l'exode rurale. La population est jeune car les moins de 15 ans représentent environ 47%. Les femmes représentent près de 52% de cette population.

1.1.2 *Données politiques et administratives*

Le pays est divisé en circonscriptions administratives et en collectivités territoriales ; il compte 45 provinces, 350 départements, 49 communes urbaines et 352 communes rurales. Depuis 1991 le pays s'est engagé dans un processus démocratique et un processus de décentralisation du territoire. Les départements sont érigés en communes rurales gérées par des conseils municipaux élus.

1.1.3 *Données socioéconomiques*

L'économie du pays est basée essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et le commerce. Avec un PIB par habitant de 300 dollars US, le Burkina fait partie des pays les plus pauvres de la planète. Cette pauvreté touche la majorité de la population, 46,5% (CSLP 2004) vivant en dessous du seuil de pauvreté. Cet indice est plus élevé en milieu rural (52,3%) qu'en milieu urbain (19,9%), chez les femmes (47,1%) que chez les hommes (46,4%).

L'étude « Pauvreté et santé au Burkina Faso » (INSD 2002) révèle que 31% des personnes interrogées et classées dans la catégorie des « pauvres » déclarent ne pas avoir consulté dans une formation sanitaire pour des raisons d'ordre financier. Cela prend en compte aussi le temps et le coût du déplacement à un service de santé. En effet, la majorité des personnes dans cette catégorie met entre 30 minutes à 2h pour se rendre dans le service de santé le plus proche.

1.1.4 Education

Le niveau d'instruction des femmes est faible, ce qui ne les permet pas d'accéder à une information suffisante en matière de santé sexuelle et reproductive. En 2003 le taux de scolarisation des filles était de 38,2% et celui de l'alphabétisation des femmes de 16%. L'analphabétisme touche plus les femmes que les hommes, le taux d'alphabétisation des femmes adultes est de 15,2 % alors qu'il est de 29,4 % en ce qui concerne les hommes.

1.1.5 Statut de la femme

Dans la société burkinabé la femme n'a souvent pas accès à la prise de décision concernant sa vie sexuelle et reproductive et par conséquent le recours au service de santé en cas de problème. Des pratiques telles que l'excision, le lévirat, les violences domestiques sont encore très répandues. Le taux de mutilations génitales féminines est de 76,6% (femmes de 15-49 ans) selon l'EDS 2003. On note fort heureusement l'existence de dispositions réglementaires et législatives visant à décourager ces pratiques.

1.1.6 Natalité et fécondité

Le fort taux de natalité de 46‰ avec un indice synthétique de fécondité de 6,2 (EDS 2003) révèlent le faible accès aux services de planification familiale lié au manque d'information des femmes et à la non disponibilité des services de planification familiale. L'EDS 2003 rapporte en effet 29% de besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Le taux de prévalence contraceptive était de 14% (EDS 2003).

1.2 Système de santé

1.2.1 Politique de santé

Au Burkina Faso, la réforme du système de santé a débuté au cours de 1978 par l'adoption de la stratégie de renforcement des soins de santé primaires et est devenue effective en 1992.

Ainsi, après l'adoption d'une Politique Sanitaire Nationale (PSN) en 2000, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré pour la période 2001-2010 sous recommandation de la 11^{ème} Conférence de Partenaires de 1997. Le PNDS est le document de référence pour le Ministère de la Santé et son objectif général est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations à travers

huit objectifs intermédiaires. La réduction de la mortalité maternelle est une priorité car elle est prise en compte au niveau de l'objectif intermédiaire N°3.

Aussi la Direction de la Santé de la Famille (DSF) qui a pour la mission est la conception, la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes de santé relatifs à la santé des femmes, des hommes, des enfants, des adolescents et des jeunes a élaboré et mis à la disposition des acteurs trois plans stratégiques de MMR couvrant les périodes de 1994-1998, 1998-2000 et 2004-2008. Les axes stratégiques de la période 2004-2008 sont les suivants : i) la promotion de l'assistance qualifiée à l'accouchement, ii) la promotion de l'assurance qualité des soins et des services, iii) la promotion du partenariat en faveur de la stratégie MMR, iv) le développement d'un plan intégré de communication, v) l'habilitation de la femme, vi) la coordination des interventions, vii) le développement des outils et des stratégies de suivi et la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, viii) la planification familiale et la recherche.

1.2.2 Système de santé en général et des structures de soins

Sur le plan administratif le système de santé du Burkina est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire, périphérique

Sur le plan opérationnel le système est aussi pyramidal, à quatre niveaux de soins:

- Le niveau de base : les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), maternité et dispensaires où sont offerts des soins de santé maternelle et infantile en rapport avec la prévention, la promotion; on dénombre 1148 CSPS, et 16 maternités isolées (rapport DEP /santé 2004)
- Le premier niveau de référence : les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) qui sont au nombre de 42 et où est réalisée la prise en charge des urgences obstétricales ;
- Le deuxième niveau de référence : les centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 9 au total
- Le troisième niveau de référence : les centres hospitaliers universitaires (CHU) ; 3 dont 2 à Ouagadougou et 1 à Bobo-Dioulasso.

1.2.3 Partenariat

Plusieurs partenaires (organisations multilatérales et bilatérales, organisations non gouvernementales) interviennent au Burkina Faso dans le domaine de la santé maternelle et néonatale y compris la santé de la reproduction en apportant un appui technique et/ou financier dans la mise en œuvre des programmes. Il s'agit de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale, le Fonds Global, l'Union Européenne, les Pays Bas....

II- ANALYSE DE LA SITUATION

2.1 Indicateurs de santé maternelle et néonatale

Le niveau de mortalité maternelle reste parmi les plus élevés de la sous région Ouest africaine. L'EDS de 1998-99 rapporte un ratio de mortalité maternelle de 484 pour 100.000 naissances vivantes. Selon d'autres sources (OMS 2000), ce ratio atteindrait 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Selon l'EDS de 2003, le taux de mortalité néonatale est de 31‰ et le taux de mortalité infantile de 81‰. Plus de la moitié des décès infantiles surviennent pendant la période néonatale. La mortalité infantile est essentiellement due au paludisme, à la rougeole, à la malnutrition, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et au sida.

L'étude des besoins obstétricaux non couverts réalisée en 2001 a montré un déficit en interventions obstétricales majeures au niveau national de 66% avec des disparités selon le milieu : 16% en milieu urbain contre 74% en milieu rural. Le taux de césarienne de 0,7% (EDS 2003) est très faible pour contribuer significativement à la réduction de la mortalité maternelle.

L'assistance qualifiée à l'accouchement reste faible surtout en milieu rural; selon l'EDS 2003, 59% des femmes continuent d'accoucher à domicile en absence de personnel qualifié.

Le personnel qualifié est insuffisant et mal reparti entre milieu urbain et rural. En 2004 le Burkina Faso comptait toujours 1 sage-femme pour 33 000 habitants. Dans la même année, le pays disposait de 42 gynécologues obstétriciens, 58 médecins formés en chirurgie essentielle.

Malgré les efforts faits par le Ministère de la Santé dans la formation du personnel, les normes minimales ne sont toujours pas atteintes dans beaucoup de formations sanitaires en zone rurale. Le bilan de la mise en œuvre du PNDS 2001-2005 révèle que 60 % des CSPS sont conformes aux normes.

2.2 Causes de décès maternel et néonatal

Les causes de décès maternels au Burkina Faso ne diffèrent pas de celles identifiées dans les autres pays africains. Selon l'EDS 98-99 les principales causes directes de ces décès maternelles au niveau des formations sanitaires sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), la rétention placentaire (11,40%), les ruptures utérines (10%), les complications des avortements (10%), les éclampsies (4%). Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80% des décès. Les hémorragies, les infections et les dystocies représentent à elles seules plus de deux tiers de ces causes directes. Parmi les causes indirectes qui représentent environ 20%, on peut citer le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies.

Les décès néonataux sont surtout liés à la détresse respiratoire, aux infections, l'hypothermie.

De nombreuses interventions faites sur le terrain ont donné des résultats très faibles en terme d'impact sur la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de :

➤ *la pratique de la consultation prénatale (CPN)*

La CPN constitue un des volets les plus mis en œuvre au niveau du PMA des formations sanitaires à tous les échelons de soins. Dans le contexte du Burkina la pratique de la CPN est caractérisée par un ensemble d'éléments qui en limite la qualité.

La capacité des acteurs à détecter les grossesses à risque est faible. Ainsi, dans de nombreux districts, la proportion de grossesses à risque dépistées est de 2 à 3 % pour une norme estimée à 5%; de nombreux cas de risques dépistés ne font pas l'objet d'une prise en charge adéquate, soit parce que la patiente refuse tout simplement la référence, soit alors parce que la structure de référence n'est pas capable d'offrir des soins de meilleure qualité. Tous ces éléments limitent l'efficacité de la CPN qui, même dans les meilleures conditions, présente une efficacité faible en terme de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

➤ ***l'offre des soins obstétricaux essentiels et d'urgence***

Les accouchements constituent aussi un des volets mis en œuvre dans le PMA des formations sanitaires. Les soins post-natals sont peu développés.

La disponibilité des soins obstétricaux essentiels et d'urgence dans les formations sanitaires est faible. Très peu de formations sanitaires de premier contact assurent les six fonctions essentielles¹ des soins obstétricaux d'urgence et peu de formations sanitaires de référence assurent en permanence les deux fonctions complémentaires que sont la césarienne et la transfusion sanguine. Cette situation s'explique par le faible niveau d'équipement, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, le coût des soins, l'insuffisance du système de référence et contre référence.

➤ ***l'utilisation des accoucheuses villageoises (AV)***

Cette stratégie continue d'être un axe central d'intervention de certains partenaires sur le terrain qui y consacrent des ressources. Il est cependant clairement admis que la contribution des AV dans la réduction effective de la MM est relativement faible.

➤ ***la normalisation et la standardisation des procédures et des pratiques***

Des efforts sont faits en ce qui concerne la conception des normes et des protocoles en matière de SR. Il existe des difficultés pratiques pour assurer une utilisation effective de ces normes par les différents acteurs du système (diffusion, formation, supervision).

2.3 Obstacles à la lutte contre la mortalité maternelle

Malgré ces efforts, les niveaux de mortalité maternelle et néonatale restent élevés. A côté des causes directes classiques, il existe de nombreux facteurs qui favorisent cette mortalité élevée chez les mères et les nouveaux nés. Une absence de contrôle de ces facteurs ne permettra pas de combattre ce fléau. Dans le contexte national, ces facteurs sont résumés sous le terminologie des trois (3) retards : le retard pour décider de consulter les services de santé, le retard pour arriver à l'établissement de santé et le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé. Le premier est lié à la communauté. Ainsi :

¹ Administration d'antibiotiques par voie parentérale, administration d'ocytociques injectables, administration d'anti-convulsivants injectables, délivrance manuelle du placenta, révision utérine, accouchement vaginal assisté par ventouse.

➤ ***Au niveau de la communauté***

L'absence de prise de conscience que la grossesse est un risque, la méconnaissance des signes de danger et l'insuffisance de planification familiale restent des obstacles majeurs à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Le faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation constitue un véritable handicap pour la promotion de la santé des mères et des enfants. L'EDSBF 93 relève que dans la première année de vie, la mortalité touche deux fois plus les enfants des mères n'ayant pas été à l'école que ceux dont la mère a fréquenté au moins le secondaire.

Outre le faible niveau d'instruction, le statut économique de la femme, de même que la forte méconnaissance des signes de complications d'une grossesse et les pratiques néfastes à la santé de la mère (MGF) sont autant de facteurs qui favorisent les décès maternels et néo-natals. Un grand travail d'information doit être entrepris auprès des communautés si on veut obtenir une réduction significative de cette mortalité.

➤ ***Au niveau du transport***

Les moyens de transport et de communication sont insuffisants et mal répartis. Le nombre de RAC disponibles est de 450 et le nombre de formations sanitaires avec téléphone est de 200. Le pays a mis en place des motos ambulances le système de référence contre référence mais celui-ci reste peu fonctionnel. Le rayon moyen d'action d'un service de santé est de 7 km, avec des disparités allant de moins d'1km à plus de 40 km.

➤ ***Au niveau des services de santé***

Les capacités opérationnelles globales du système de santé sont relativement faibles pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale : de nombreux accouchements ne sont pas assistés par du personnel qualifié du fait d'une insuffisance quantitative mais également du fait de la mauvaise répartition du personnel qui existe ; la prise en charge des complications liées à l'accouchement reste très faible car de nombreux hôpitaux de première référence (CMA) sont peu opérationnels et les CHR disposent de peu de personnel spécialisé. L'analyse situationnelle des services de SR en 2005 montre qu'il y a 11,3 SOUB pour 500 000 habitants et 2,04 SOUC pour 500 000 habitants. En exemple l'étude réalisée sur les besoins obstétricaux non couverts en mars 2001 révèle un déficit relatif de 65,83 % (IOM/IMA) . Les disparités entre milieu

rural et milieu urbain sont énormes, respectivement 74 % et 16 %. Les jeunes femmes de moins de 25 ans sont les plus touchées (56%), suivies de celles de 35 – 39 ans.

Par ailleurs, les coûts financiers liés à la référence sont généralement hors de portée des populations rurales très démunies.

A côté de ces facteurs favorisant, il faut ajouter l'insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités. C'est pourquoi le modèle REDUCE a été élaboré et est utilisé comme outil de plaidoyer auprès des décideurs politiques et partenaires financiers.

Du contexte décrit et de l'analyse de la situation il ressort ce qui suit :

- Une faible disponibilité des soins de santé maternelle et néonatale,
- Une faible accessibilité des bénéficiaires aux soins de santé maternelle et néonatale,
- Une faible qualité des prestations de soins,
- Une insuffisance d'implication des communautés dans les actions de santé maternelle et infantile,
- Une insuffisance d'engagement des acteurs à tous les niveaux

Tenant compte de cette analyse de situation et des obstacles décelés, le présent plan d'accélération met l'accent sur deux (2) éléments essentiels :

- rendre accessibles les soins maternels et néonataux de qualité,
- renforcer les capacités des communautés

FEUILLE DE ROUTE

1- But

Contribuer à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement par l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

2- Objectif général

D'ici 2015:

Réduire le ratio de mortalité maternelle de $\frac{3}{4}$ du niveau de 1990 et le taux de mortalité néonatale de $\frac{2}{3}$ du niveau de 1990. **En d'autres termes, il s'agira pour :**

- la mortalité maternelle de passer d'un taux de 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 121 pour 100 000 naissances vivantes en 2015.
- la mortalité néonatale de passer d'un taux de 43 pour 1 000 naissances vivantes en 1998 à 22 pour 1 000 naissances vivantes en 2015.

3- Objectifs spécifiques

Les objectifs suivants ont été retenus :

1. Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public ;
2. Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80%.
3. Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 20% à 30% ;
4. Accroître la participation des individus, de la famille et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays.

4- Stratégies Prioritaires

4.1. Assistance qualifiée à l'accouchement et mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence :

Les SONU font partie des soins obstétricaux essentiels et leur efficacité pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale est scientifiquement prouvée. Le développement des SONU vise l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'utilisation des SONU aussi bien au niveau des structures sanitaires de premier contact (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base) qu'au niveau de la référence (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets). Ainsi, toute formation sanitaire de premier contact doit être capable de réaliser les six fonctions

essentielles suivantes : l'administration d'antibiotiques par voie parentérale, l'administration d'ocytociques injectables, l'administration d'anti-convulsivants injectables, la délivrance manuelle du placenta, la révision utérine (évacuation des produits de conception retenus par aspiration manuelle intra utérine) et l'accouchement vaginal assisté par ventouse.

Au niveau des centres de référence, en plus de ces fonctions, il faut assurer : la césarienne et la transfusion sanguine.

L'ensemble de ces fonctions doit être disponible 24 heures sur 24 et être de qualité.

Les interventions principales sont :

1. le renforcement des compétences des prestataires en soins obstétricaux et néonataux y compris la CPN recentrée et en gestion des services.
2. la dotation des structures sanitaires en matériel médico-technique et en médicaments d'urgence pour l'offre des services de santé maternelle et néonatale de qualité
3. la développement/ réhabilitation des infrastructures sanitaires
4. le renforcement des capacités pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation à tous les niveaux du système de la mise en œuvre de la feuille de route en particulier et des programmes de SMI en général
5. le renforcement du système de référence et de contre référence
6. la promotion des mécanismes de financement (subventions, partages des coûts,)

4.2. Planification familiale

Il s'agit de rendre accessibles à tous des méthodes contraceptives pour prévenir les grossesses précoces, nombreuses et/ou non désirées. Selon les données scientifiques, la planification familiale, si elle est bien conduite et accessible à tous, en particulier aux jeunes et aux adolescentes, peut contribuer pour 30% à la réduction de la mortalité maternelle. L'accès à la contraception constitue également un droit en matière de santé reproductive. A ce niveau, l'intervention principale est la mise en œuvre du plan de sécurisation des contraceptifs

4.3. Renforcement de la participation communautaire en faveur de la santé maternelle et néonatale

Elle vise à augmenter l'utilisation des services et le recours à des services qualifiés par la sensibilisation des femmes sur la reconnaissance des signes de danger pendant la grossesse, la nécessité d'accoucher dans un environnement sécurisé. Cette démarche intègre les hommes, détenteurs de pouvoir dans les familles pour améliorer la prise en charge de la femme. Les interventions principales sont :

1. l'accroissement de la participation de la mobilisation communautaire des individus, des familles et des communautés
2. la mise en place de cellules de gestion des urgences par les communautés au sein des COGES (dans chaque village)

4.4. Engagement et le soutien du gouvernement, des partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

La lutte contre la mortalité maternelle et néonatale nécessite la mobilisation de ressources financières. Ainsi l'atteinte des objectifs du Gouvernement demande que tous les partenaires et acteurs mettent leurs ressources aussi bien techniques que financières à soutenir ce plan. Les interventions principales sont :

1. la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer
2. la coordination, le partenariat et la collaboration intra et intersectorielle dans les actions MMR

5. Planning des activités

Objectif 1 : Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public

Objectif 2 : Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80%.

Stratégie 1 : Assistance qualifiée à l'accouchement et mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Intervention 1 : Renforcement des compétences des prestataires en soins obstétricaux et néonataux y compris la CPN recentrée et en gestion des services

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Responsible	Collaborateurs de mise en œuvre	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
1	Diffuser les normes et protocoles en SR	Diffuser les normes et protocoles en SR	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	ENSP-UFR/SDS-PARTENAIRES
2	Former les prestataires à l'utilisation des normes et protocoles	Former les prestataires à l'utilisation des normes et protocoles		x	x	x	x	x	x	x	x			ECD	DRS- DSF - PARTENAIRES
3	Développer des outils d'IEC	Développer des outils d'IEC	x						x					DSF	PARTENAIRES DRS- DS
4	Renforcer les compétences des prestataires en SONE et en SONU (y compris les SAA*)	Réviser les modules de formation continue	x					x						DSF	ENSP-UFR/SDS-PARTENAIRES DRS-ECD=DLM
		Former des formateurs régionaux en SONE et SONU (y compris la CPN recentrée et à l'utilisation des normes et protocoles)	x			x			x				x	DSF	PARTENAIRES DRS

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution											Responsible	Collaborateurs de mise en œuvre
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
4 (suite)	Renforcer les compétences des prestataires en SONE et en SONU (y compris les SAA*)	Former les prestataires en CPN recentrée (chimio prophylaxie à la SP)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ECD	DRS-DSF PARTENAIRES
		Former les prestataires en SONE et en SONU dans les centres agréés et/ou par tutorat	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRS	DSF-CHR-CHU
		Organiser des supervisions formatives des prestataires a tous les niveaux	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRS-ECD	DSF-CADSS
5	Développer des approches d'amélioration de la performance	Diffuser les outils d'audits des décès maternels et néonataux et des 'near miss' (échappées belles)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	DRS-DG/hôpitaux- ECD
		Former /Recycler Les prestataires, les DRS et les ECD à la réalisation des audits de décès maternels		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRS	DSF-CHU- PARTENAIRES
		Organiser des revues/ audits des décès maternels et néonataux et des 'near miss' (échappées belles)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ECD	DSF-DRS DGHSP- PARTENAIRES
		Former/recycler les prestataires à l'AQS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DRS	DSF-CHR – CHU PARTENAIRES
		Mettre en place un système de recueil d'informations sur les décès maternels et néonataux dans toutes les formations sanitaires (TLHO)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ECD	DSF-DRS DEP
		Former /Recycler Les prestataires à la prévention des infections	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ECD	DRS PARTENAIRES

Intervention 2 : Renforcement des structures sanitaires en matériel médico-technique et en médicaments d'urgence pour l'offre des services de santé maternelle et néonatale de qualité

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
6	Évaluer les besoins en matériels medico-techniques, en matériels de communication et de transport, en réhabilitation d'infrastructures pour la SMN	Évaluer les besoins en ressources humaines, en matériels medico-techniques, en matériels de communication et de transport, en réhabilitation d'infrastructures pour la SMN	x											DSF	DRH, DAF, DGIEM, DRS, ECD PARTENAIRES
7	Equiper les formations sanitaires en matériel médico-technique pour l'offre de services de santé maternelle et néonatale	Commander le matériel médico-technique complémentaire requis	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DAF	DSF - DGIEM PARTENAIRES
		Doter les formations sanitaires en matériel medicotechnique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DGIEM	DAF- DSF –DRS- ECD
		Assurer la maintenance du matériel medicotechnique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DGIEM	DRS-ECD
8	Rendre disponibles les médicaments et outils SOE et SONU a tous les niveaux de soins	Réviser la liste des médicaments par niveau de soins	x											DGPML	DSF -CAMEG IGSS-CADSS
		Doter les formations sanitaires en vitamine A fer acide folique, sulfadoxine pyrimethamine, seringue MII et en outils pour les soins préventifs gratuits	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DAF	DSF-DN-DPV-DLM/PNLP
		Subventionner les accouchements et les urgences obstétricales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DAF	DSF-IGSS-CADSS-DRS-ECD-DG/Hôpitaux
		Assurer le suivi de la mise en œuvre de la subvention	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	DRS-ECD-DG/Hôpitaux-PARTENAIRES

Intervention 3 : Développement/ réhabilitation des infrastructures sanitaires

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Responsible	Collaborateurs de mise en œuvre	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
9	Elaborer un plan de réhabilitation des maternités	Elaborer un plan de réhabilitation de maternités		x										DAF	DEP DGIEM PARTENAIRES
10	Exécuter le plan de réhabilitation d'infrastructures de maternités	Exécuter le plan de réhabilitation d'infrastructures de maternités		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DAF	DEP- DGIEM PARTENAIRES

Intervention 4 : Renforcement des capacités pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation à tous les niveaux du système

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution											Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
11	Développer les capacités des DRS et des ECD en matière de planification des activités de santé maternelle, néonatale et infantile	Mettre en œuvre l'approche des besoins obstétricaux et néonataux non couverts	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	CADSS –DRS DRED
		Réviser les outils du système d'information sanitaire pour un meilleur suivi des indicateurs de SMN		x	x									DEP	DGS-CADSS- DSF-DRS-ECD
		Mettre en place un pool de superviseurs en SMI	x											DSF	ASSOCIATION S SOCIETES
		Renforcer les ECD en personnel	x	x	x									SG	DRH-DRS
		Renforcer les compétences des DRS et des ECD en suivi, monitoring et évaluation du programme SMI		x	x									DSF	DEP-CADSS
		Equiper les DRS et les districts sanitaires en matériels informatiques et roulants selon les besoins		x	x						x	x		DAF	PARTENAIRES
12	Apporter un appui institutionnel à la DSF pour la coordination, le suivi et l'évaluation du plan d'accélération de la réduction MMNN	Renforcer les compétences existantes en matière de planification, suivi et évaluation	x	x				x					DGS	DSF PARTENAIRES	
		Doter la DSF en matériels informatiques et roulants	x	x				x					DAF	PARTENAIRES	
		Assurer une connexion Internet efficace et permanente de la DSF	x										DAF	PARTENAIRES	

Intervention 5 : Renforcement du système de référence et de contre référence

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015				
13	Renforcer les capacités des districts sanitaires pour le transfert rapide et efficace des urgences obstétricales et néonatales.	Commander le matériel de communication et de transport	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		DAF	DGIEM-DSF	
		Doter les districts sanitaires et les formations sanitaires en équipement de communication		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		DAF	DSF- DGIEM
		Doter les districts sanitaires et les CHR en ambulances		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		DGIEM	DSF- ECD DG/CHR
		Assurer la maintenance des équipements et ambulances.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		DGIEM	DSF-ECD DG/CHR
		Sensibiliser le personnel de soutien a la riposte en cas d'urgence (chauffeurs d'ambulance, fille et garçon de salle)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ECD	DRS
		Faire le monitoring de la prise en charge des cas référés	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ECD	DSF-DEP-CHR CHU-DRS
14	Assurer une disponibilité pérenne du sang dans les centres de référence	Mettre en place des centres régionaux de transfusion sanguine au sein des CHR		x	x									CNTS	DSF, CHU, CHR, DRS, ECD PARTENAIRES	
		Mettre en place une unité de transfusion sanguine au niveau des CMA		x	x										CNTS	DSF, CHU, CHR, DRS, ECD PARTENAIRES

Intervention 6 : Promotion des mécanismes de financement (subventions, partages des coûts)

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Responsible	Collaborateurs de mise en œuvre	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
15	Appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de système de partage de coût ou de prépaiement	Appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de système de partage de coût ou de prépaiement	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	ECD ASSOCIATIONS PARTENAIRES

Stratégie 4 : Engagement et le soutien du gouvernement, des partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Intervention 1 : Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution											Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
16	Mettre en œuvre le plan de plaidoyer du modèle REDUCE	Mettre en œuvre le plan de plaidoyer du modèle REDUCE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	UNFPA, UNICEF, OMS
17	Célébrer la journée africaine de lutte contre la mortalité maternelle	Célébrer la journée africaine de lutte contre la mortalité maternelle	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	Partenaires

Intervention 2 : Coordination, le partenariat et la collaboration intra et intersectorielle dans les actions MMR

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution											Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
18	Renforcer la collaboration intra et intersectorielle	Inscrire les questions de réduction de la MMN dans l'agenda des cadres de concertation du secteur santé et autres	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	DRS DS UNFPA, UNICEF, OMS
		Tenir les sessions du comité de suivi programmes et stratégies de réduction de la MMN (vision 2010)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DSF	DRS DS UNFPA, UNICEF, OMS
		Assurer un rôle de veille et d'impulsion de la prise en compte de la SMN dans l'élaboration des politiques et programmes sectoriels	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Comité de suivi	

Objectif 3 : Porter le taux de prévalence contraceptive de 14% à 30%

Stratégie : Mise en œuvre du plan de sécurisation des contraceptifs

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
19	Assurer le financement pérenne des produits de PF	Obtenir des autorités une rubrique budgétaire pour l'achat des contraceptifs (loi de finances)	x	x	x									DSF	UNFPA, USAID, OMS
		Assurer le plaidoyer pour mobiliser la part contributive des partenaires pour le financement des produits contraceptifs	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x		DSF	UNFPA, USAID, OMS
		Prendre en compte l'achat des contraceptifs par l'Etat dans les documents de stratégies tels que le PNDS, le CSLP, le CSLS et le CDMT sectoriel	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x		DEP	DGS, DSF
20	Renforcer les prestations de PF à tous les niveaux du système de santé (disponibilité, accessibilité et qualité)	Former les prestataires en gestion de la logistique contraceptive	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CAMEG	DSF	
		Equiper les structures de prestations de services PF selon les normes SR	x	x			x		x		x		DAF	DSF	
		Assurer des prestations de PF de qualité y compris pour les adolescents et jeunes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ECD	DRS DSF DGHSP	

Objectif 4 : Accroître la participation des individus, de la famille et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays

Stratégie : Renforcement de la participation communautaire en faveur de la santé maternelle et néonatale

Intervention 1 : Accroissement de la participation de la mobilisation communautaire des individus, des familles et des communautés

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015				
21	Augmenter les connaissances des populations sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, la PF et les droits de la femme en matière de SR	Développer des supports éducatifs sur la santé maternelle et néonatale	x	x										DSF	DHPES, PARTENAIRES	
		Former les AV sur leur nouveau rôle et l'enseignement des signes de danger de la grossesse et de l'accouchement	x	x	x	x	x								ICP	COGES ECD DRS
		Organiser deux séances d'information par an des leaders religieux et des organisations de développement local (discussion, ciné- débat)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ICP	COGES ECD DRS
		Doter les personnes ressources au sein de la communauté de supports éducatifs (AV, ASV, leaders religieux, organisations de développement local)		x	x	x									ECD	DRS, DSF, PARTENAIRES
		Organiser des émissions radio sur les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement, la PF	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ECD	DRS, COGES PARTENAIRES
		Organiser des causeries au niveau des FS sur les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement, la PF	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ICP	ECD, DRS, COGES
		Organiser des activités d'information et sensibilisation (à domicile et projections vidéo) des chefs de ménage, des femmes, des jeunes sur les signes de danger, préparation à l'accouchement et la PF		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ICP	COGES, ECD, DRS, OBC et ONG

Intervention 2 : Mise en place de cellules de gestion des urgences par les communautés au sein des COGES (dans chaque village)

N°	Activités	Sous activités	Période d'exécution										Respon sable	Collaborateurs de mise en œuvre		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015				
22	Renforcer la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales par les communautés (réduction du 1 ^{er} retard)	Mettre en place des cellules de gestions des urgences obstétricales et néonatales (un représentant par COGES/ RAV/leaders communautaire)	x	x	x									ICP	COGES, ECD, DRS	
		Doter les cellules de gestion de motos ambulance	x	x	x	x	x									
		Développer des mesures incitatives pour les AV dans le recrutement et l'accompagnement des gestantes pour les accouchements dans les FS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ICP	ECD, COGES, DRS

6. Coûts des activités pour la mise en œuvre de la feuille de route

Objectif 1 : Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public

Objectif 2 : Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80%.

Stratégie 1 : Assistance qualifiée à l'accouchement et mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Interventions	Activités	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coût total
1- Renforcement des compétences des prestataires en soins obstétricaux et néonataux y compris la CPN recentrée et en gestion des services	Diffuser les normes et protocoles en SR	0	1500000	0	0	0	0	1500000	0	0	0	3000000
	Former les prestataires à l'utilisation des normes et protocoles	0	0	7734813	361350000	0	0	0	0	361350000	0	730434813
	Développer des outils d'IEC	0	14734813	0	0	0	0	14 734 813	0	0	0	29 469 626
	Renforcer les compétences des prestataires en SONE et en SONU (y compris les SAA*)	0	40875771	40875771	40 875 771	40875771	40875771	40875771	40875771	40875771	40875771	367881939
	Développer des approches d'amélioration de la performance	0	279993224	278493224	278493224	278493224	278493224	278493224	279993224	278493224	278493224	278493224

Interventions	Activités	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coût total
2- Renforcement des structures sanitaires en matériel médico-technique et en médicaments d'urgence pour l'offre des services de santé maternelle et néonatale de qualité	Évaluer les besoins en matériels medico-techniques, en matériels de communication et de transport, en réhabilitation d'infrastructures pour la SMN	0	29391355	0	0	0	0	29 391 355	0	0	0	58 782 710
	Equiper les formations sanitaires en matériel médico-technique pour l'offre de services de santé maternelle et néonatale	0	1932935 04	1763102492	1797903615	1836315937	1896095937	2135875937	2015655937	2075435937	2135215937	1758853713 3
	Rendre disponibles les médicaments et outils SOE et SONU a tous les niveaux de soins	1901 464 570	2845898384	3188752078	3554523876	3986003531	4125788308	4340865032	4600448450	4878072276	5316341000	3873815750 5
3- Développement/ réhabilitation des infrastructures sanitaires	Elaborer un plan de réhabilitation des maternités	0	12000000	0	0	0	0	12000000	0	0	0	24000000
	Exécuter le plan de réhabilitation d'infrastructures de maternités	0	296 574 971	302 893 295	308 791 618	315 109 942	325 609 942	336 109 942	346 609 942	357 109 942	367 609 942	2956419536

Interventions	Activités	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coût total
4- Renforcement des capacités pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation à tous les niveaux du système	Développer les capacités des DRS et des ECD en matière de planification des activités de santé maternelle, néonatale et infantile	0	586 388 516	170 831 250	171 181 250	633 642 656	171 706 250	171 706 250	666 492 656	171 706 250	171 706 250	2915361328
	Apporter un appui institutionnel à la DSF pour la coordination, le suivi et l'évaluation du plan d'accélération de la réduction MMNN	0	26 333 333	26 333 333	64 333 333	26 333 333	26 333 333	26 333 333	64 333 333	26 333 333	26 333 333	312999997
5- Renforcement du système de référence et de contre référence	Renforcer les capacités des districts sanitaires pour le transfert rapide et efficace des urgences obstétricales et néonatales.	57304 825	609 091 637	615 643 250	647 791 062	686 754 674	712 876 674	735 436 674	798 934 674	780 756 674	782 926 674	6427516818
	Assurer une disponibilité pérenne du sang dans les centres de référence	0	4378333333	4738000000	4881333333	5132833333	5132833333	5132833333	5132833333	5132833333	5132833333	4479466666 4
6- Promotion des mécanismes de financement (subventions, partages des coûts)	Appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de système de partage de coût ou de prépaiement	22750 00	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	22 750 000

Stratégie 4 : Engagement et le soutien du gouvernement, des partenaires au développement, de la société civile et du secteur privé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Interventions	Activités	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coût total
1- Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer	Mettre en œuvre le plan de plaidoyer du modèle REDUCE	0	81666667	66666667	66666667	81666667	66666667	66666667	81666667	66666667	66666667	645000 003
	Célébrer la journée africaine de lutte contre la mortalité maternelle	20000 000	20000000	20000000	20000000	20000 000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	200000 000
2- Coordination, le partenariat et la collaboration intra et intersectorielle dans les actions MMR	Renforcer la collaboration intra et intersectorielle	0	8250467	8250467	8250467	8250 467	8250467	8250467	8250467	8250467	8250467	74254 206

Objectif 3 : Porter le taux de prévalence contraceptive de 14% à 30%

Stratégie : Mise en œuvre du plan de sécurisation des contraceptifs

Interventions	Activités	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coût total
Mise en œuvre du plan de sécurisation des contraceptifs	Assurer le financement pérenne des produits de PF	167426465 8	176229259 7	177622737 5	182951419 6	1922 199622	1940 931 611	1999 159559	2096 934346	2120908 377	2184535 628	19306967970
	Renforcer les prestations de PF à tous les niveaux du système de santé (disponibilité, accessibilité et qualité)	0	583284597	324223 404	327930922	331902440	338502440	608135150	351702440	358302440	3649024 40	3588886273

Objectif 4 : Accroître la participation des individus, de la famille et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays

Stratégie : Renforcement de la participation communautaire en faveur de la santé maternelle et néonatale

Interventions	Activités	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coût total
1- Accroissement de la participation de la mobilisation communautaire des individus, des familles et des communautés	Augmenter les connaissances des populations sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, la PF et les droits de la femme en matière de SR	0	261 831 228	241 232 908	203 666 969	167 719 790	334 334 362	115 551 029	261769790	243 384 362	206 001 029	2 035 491 467
2- Mise en place de cellules de gestion des urgences par les communautés au sein des COGES (dans chaque village)	Renforcer la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales par les communautés (réduction du 1 ^{er} retard)	0	266 636 602	272 611 104	278 724 146	284 979 053	291 417 210	298 004 122	304743361	311 638 581	318 693 527	2 627 447 706
Total avec salaires		33455765077	44441444615	45510816886	47140367952	48871590993	51455031305	52791952678	54221271367	55087250210	55980 123397	471 883 595 090
Total sans salaires		3655309053	14010896544	13844146431	14843605449	13833155818	15712990529	16346306303	17072019391	17234392634	17423 660222	126 904 462 983
Total sans salaires personnel spécifiques MMR		29800456024	30430548072	31666670456	32296762504	35038435175	35742040775	36445646375	37149251975	37852857575	38556 463175	344 979 132 107

7. Cadre Institutionnel de mise en œuvre

Le plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle s'intègre dans la stratégie nationale de maternité à moindre risque qui prend en compte les objectifs du millénaire pour le développement. La mise en œuvre sera assurée à tous les niveaux du système de santé.

7.1. Niveau central

La Direction de la Santé de la Famille, assurera la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan. Ce travail se fera en étroite collaboration avec la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux Publics et du Sous-secteur Sanitaire Privé, le Secrétariat Technique du PNDS, la Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé, et l'Inspection Générale des Services de Santé. Un état de mise en œuvre sera régulièrement fait lors des sessions du Comité National de Suivi des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Les autres Départements Ministériels impliqués dans la mise en œuvre de ce plan d'accélération intégreront leurs résultats dans les bilans périodiques qui seront présentés aux sessions du comité national de suivi des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

7.2. Au niveau régional et opérationnel

Les Directeurs Régionaux de la Santé et les Equipes Cadre de District sont responsables de la mise en œuvre du plan. Les différentes équipes assureront la coordination des activités, la supervision des agents et le suivi des différents indicateurs. Elles travailleront en collaboration avec l'administration déconcentrée (Gouverneurs, Hauts-commissaires, Préfets et Maires) ainsi que les autres services décentralisés des autres ministères.

Les partenaires du Ministère de la santé impliqués dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant seront associés aux différents niveaux de l'exécution du plan.

8. Suivi et évaluation

Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux définis dans le tableau ci-dessus.

Les équipes cadres de districts (ECD) sont chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités dans leurs districts sanitaires respectifs. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs. Les différents cadres de concertation existant au niveau district seront mis à profit pour discuter de l'exécution du présent plan d'accélération pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Les équipes des Directions Régionales de la Santé sont chargées de la coordination au niveau régional de la mise en œuvre des activités de ce Plan. Elles veilleront à la prise en compte effective des activités dans les plans d'action des districts sanitaires. Elles sont chargées également de la synthèse des données au niveau régional pour le calcul des indicateurs de suivi. Les cadres de concertation tels que le comité technique régional de santé (CTRS) et les conseils de directions seront mis à profit pour discuter de la réalisation de la feuille de route et du niveau d'atteinte des indicateurs de suivi.

8.1. Le Suivi

Au niveau national, la coordination de la mise en œuvre du plan sera assurée par la Direction de la Santé de la Famille. Pour ce faire, cette direction, en rapport avec les autres directions techniques impliquées, collectera auprès des Directions Régionales de la santé et des autres intervenants, les données nécessaires au calcul des indicateurs. La rencontre des partenaires de la DSF et les sessions du Comité de Suivi des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale seront les cadres appropriés pour présenter l'état d'avancement du Plan de Réduction et discuter des problèmes et des difficultés rencontrées. Un rapport annuel de suivi sera élaboré et transmis au Ministre de la Santé.

L'INSD et les centres de recherche seront sollicités à travers les enquêtes démographiques et de santé (EDS) pour mesurer le ratio de mortalité maternelle, le taux de prévalence contraceptive, le taux de mortalité néonatale et les besoins non satisfaits en planification familiale.

8.2. L'évaluation

Enfin, trois évaluations seront réalisées durant la période d'exécution de la feuille de route : une première évaluation en 2009 pour laisser la stratégie MMR arriver à son terme, une évaluation en 2011 pour que le PNDS arrive à son terme ainsi que la vision 2010 et une évaluation en 2015, date de point pour les objectifs du millénaire pour le développement.

Ainsi, les objectifs suivants ont été retenus :

De 2006 à 2009

1. Rendre disponibles, accessibles et permanents les SONUB de qualité dans 40% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public ;
2. Augmenter le taux d'accouchements assistés de 33,5% à 50%.
3. Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 14% à 20% ;

De 2010 à 2014

1. Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public ;
2. Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80%.
3. Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 20% à 30% ;

En 2015

1. Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public ;
2. Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80%.
3. Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 20% à 30% ;
4. Accroître la participation des individus, de la famille et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays.

8.3 Indicateurs de suivi et d'évaluation du plan d'accélération pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

INDICATEURS	DEFINITION	PERIODICITE DE L'EVALUATION	MECANISMES DE RECUEIL
Objectif général : Réduire le ratio de mortalité maternelle de 484 à 121 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale de 43 à 22 pour 1000 naissances vivantes			
Ratio de mortalité maternelle	Nombre de femmes décédées au cours de la grossesse, de l'accouchement ou pendant la période post-partum / nombre de naissances vivantes	2008, 2015	Enquête
Taux de mortalité néonatale	Nombre des nouveaux nés décédés / nombre total de naissances vivantes	2008, 2015	Enquête
Objectif 1 : Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public.			
% de formations sanitaires selon le niveau qui répondent aux normes en personnel	Nombre de formations sanitaires selon le niveau disposant de personnel selon les normes / nombre total de formations sanitaires selon le niveau	Annuelle	Routine
% de formations sanitaires selon le niveau disposant de l'équipement adéquat pour les SONUB et SONUC	Nombre de formations sanitaires selon le niveau disposant de l'équipement adéquat pour les SONUB et SONUC / nombre total de formations sanitaires selon le niveau	Annuelle	Inventaire
Taux de létalité	Nombre de femmes qui présentent des complications obstétricales et qui décèdent dans une structure sanitaire de SONU / Nombre total de femmes qui présentent des complications obstétricales admises dans une structure sanitaire de SONU	Annuelle	Routine
Besoins en SOU satisfaits	Nombre de femmes ayant des complications traitées dans une structure SONU / Nombre de complications attendues au sein de la population, (estimé à 15 % des naissances attendues).	Annuelle	Routine

INDICATEURS	DEFINITION	PERIODICITE DE L'EVALUATION	MECANISMES DE RECUEIL
Besoins obstétricaux non couverts ²	Nombre IOM/ nombre IMA attendues (norme 1%)	Annuelle	Enquêtes
% de CMA, CHR, CHU offrant des SONUC	Nombre de CMA, CHR, CHU assurant SONUC / Nombre total de CMA, CHR, CHU	Annuelle	Enquêtes périodiques/revue à mi-parcours
% de districts, de CHR et CHU disposant une ambulance fonctionnelle	Nombre de districts, de CHR et CHU disposant d'une ambulance fonctionnelle / nombre total de districts	Annuelle	Inventaire
% de formations sanitaires équipées de moyen de communication (RAC, Téléphone fixe ou mobile)	Nombre de formations sanitaires équipées de moyen de communication (RAC, Téléphone fixe ou mobile) / Nombre total de formations sanitaires	Annuelle	Inventaire
Nombre de services de SOU disponibles	Nombre de structures sanitaires qui fournissent ces services de SONUB de base et SONUC ³	Annuelle	Inventaire
% villages disposant d'un comité de gestion des urgences obstétricales opérationnel	Nombre de village disposant d'un comité de gestion des urgences obstétricales opérationnel / Nombre total de village	Annuelle	Routine
% d'accouchements hors des formations sanitaires	Nombre d'accouchements réalisés hors d'une structure sanitaire / Nombre d'accouchements attendus	Annuelle	Routine
Niveau de connaissance des signes de danger de la grossesse et de l'accouchement au sein de la communauté	Nombre de personnes qui connaissent les signes de danger de la grossesse et de l'accouchement / Population à l'étude	Triennale	Enquête
% de villages disposant d'une moto ambulance fonctionnelle	Nombre de village disposant d'une moto ambulance fonctionnelle / Nombre total de villages	Annuelle	Inventaire

² Prendre en compte le nouveau-né

³ Minimum : 1 structure sanitaire de SOU complets pour 500 000 personnes
Minimum: 4 structures sanitaires de SOU de base pour 500 000 personnes

INDICATEURS	DEFINITION	PERIODICITE DE L'EVALUATION	MECANISMES DE RECUEIL
% de fonds alloué à la santé alloués à la santé maternelle et infantile dans le budget de la santé	Montant du budget de la santé allouée à la santé maternelle et infantile / Budget de la santé	Annuelle	Examen de la loi de finances
Part du budget de la santé dans le budget national	Montant du budget alloué à la santé / Budget national	Annuelle	Examen de la loi de finances
% de districts disposant d'un mécanisme de solidarité pour le financement des SONU	Nombre de districts disposant d'un mécanisme de solidarité pour le financement des SONU / Nombre total de districts sanitaires	Annuelle	Inventaire
% de césariennes réalisées	Nombre de césariennes réalisées sur nombre d'accouchements attendus	Trimestrielle	Routine
Objectif 2: Augmenter le taux d'accouchements assistés de 33,5% à 80%			
Couverture en CPN 2	Nombre de femmes enceintes vues en CPN 2/ sur les grossesses attendues	Trimestrielle	Routine
% d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les FS	Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les FS/ Nombre d'accouchements attendus	Trimestrielle	Routine
Objectif 3: Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 14% à 30%.			
Prévalence contraceptive	Nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive / Nombre de femmes en âge de procréer	Quinquennale	EDS
Besoins en PF non satisfaits	Femmes en union ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance et qui n'utilisent pas la contraception / Nombre de femmes en âge de procréer	Quinquennale	EDS
Taux de rupture de stocks de contraceptifs	Nombre de jours dans l'année où un produit contraceptif n'est pas disponible / 365 jours	Annuelle	Routine

9- Mécanismes de financement et pérennisation

Le présent plan de d'accélération pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale constitue désormais un cadre de mobilisation des ressources complémentaires pour renforcer le financement des activités de maternité à moindre risque. Aussi, les ressources pour le financement des activités proviendront des programmes et projets en cours et à venir qui devront intégrer ces activités.

Les nouveaux mécanismes de financement des activités de santé maternelle et infantile (subvention des soins obstétricaux d'urgence et des accouchements, gratuité des soins préventifs pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans) seront intégrés dans le financement du présent Plan.

Des efforts seront entrepris et poursuivis au niveau communautaire pour le développement des systèmes de partage de coûts.

Les partenaires traditionnels de la lutte contre la mortalité maternelle (UNFPA, OMS, Banque Mondiale, UNICEF) ainsi que les ONG et Associations qui interviennent dans le domaine de la maternité à moindre risque devront mobiliser des ressources complémentaires pour la mise en œuvre du présent document.

Afin d'assurer une pérennisation des acquis du programme, les activités seront inscrites dans les différents plans d'action tant au niveau national que régional et opérationnel.

Approche pour la mobilisation des ressources

A partir du moment où le plan stratégique de Maternité à moindre risque couvre la période de 2004 à 2008 nous proposons une mobilisation des ressources tous les trois ans basée sur les objectifs. Ainsi le plan de mobilisation des ressources assorti sous cette vision est représenté dans le tableau ci-dessous.

Planning de mobilisation des ressources

Objectifs	Interventions clés	2006 - 2008	2009 - 2011	2012- 2014	2015	Coût total
1- Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public	1- Renforcement des compétences des prestataires en soins obstétricaux et néonataux y compris la CPN recentrée et en gestion des services	664 207 616	1 319 456 985	1 337 191 798	319 368 995	3 640 225 394
	2- Renforcement des structures sanitaires en matériel médico-technique et en médicaments d'urgence pour l'offre des services de santé maternelle et néonatale de qualité	11 661 544 283	17 196 631 204	20 075 744 924	7451556 937	56 385 477 348
	3- Développement/ réhabilitation des infrastructures sanitaires	611 468 266	949 511 502	1 051 829 826	367 609 942	2 980 419 536
2- Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80%	4- Renforcement des capacités pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation à tous les niveaux du système	809 886 432	1 093 530 155	1 126 905 155	198 039 583	3 228 361 325
	5- Renforcement du système de référence et de contre référence	10 398 373 045	17 194 422 409	17 713 628 021	5915760007	51 222 183 482
	6- Promotion des mécanismes de financement (subventions, partages des coûts)	6 825 000	6 825 000	6 825 000	2275000	22 750 000
	7- Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer	20 833 3334	275 000 001	275 000 001	86 666 667	845 000 003
	8- Coordination, le partenariat et la collaboration intra et intersectorielle dans les actions MMR	16 500 934	24 751 401	24 751 401	8 250 467	74 254 203
3- Porter le taux de prévalence contraceptive de 14% à 30%	1- Mise en œuvre du plan de sécurisation des contraceptifs	6 120 292 631	5 044 381 231	7 535 142 312	2549438 068	21 249 254 242
4- Accroître la participation des individus, de la famille et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays	1- Accroissement de la participation de la mobilisation communautaire des individus, des familles et des communautés	503 064 136	705 721 121	620 705 181	206 001 029	2 035 491 467
	2- Mise en place de cellules de gestion des urgences par les communautés au sein des COGES (dans chaque village)	539 247 706	855 120 409	914 386 064	318 693 527	2 627 447 706

Références

1. Annuaire statistique 2004, Direction des Etudes et de la Planification / Santé
2. EDS 1993, Burkina Faso
3. EDS 1998, Burkina Faso
4. EDS 2003, Burkina Faso
5. Plan stratégique MMR 2004- 2008, Direction de la Santé de la Famille
6. Plan National de Développement Sanitaire du Burkina Faso: évaluation à mi parcours
7. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1996

ANNEXE : Coût des activités et des sous activités pour la mise en œuvre de la feuille de route

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Diffuser les normes et protocoles en SR (reproduction)		0	1 500 000	0	0	0	0	1 500 000	0	0	0	3 000 000
Former les prestataires à l'utilisation des normes et protocoles		0	0	7 734 813	361 350 000	0	0	0	0	361 350 000	0	730 434 813
Développer des outils d'IEC		0	14 734 813	0	0	0	0	14 734 813	0	0	0	29 469 626
Renforcer les compétences des prestataires en SONE et en SONU (y compris les SAA*)		0	8 600 771	8 600 771	8 600 771	8 600 771	8 600 771	8 600 771	8 600 771	8 600 771	8 600 771	77 406 939
	Tous les 5 ans		2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	23 204 439
	Tous les 5 ans		6 022 500	6 022 500	6 022 500	6 022 500	6 022 500	6 022 500	6 022 500	6 022 500	6 022 500	54 202 500

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Renforcer les compétences des prestataires en SONE et en SONU (y compris les SAA*)		0	32 275 000	32 275 000	32 275 000	32 275 000	32 275 000	32 275 000	32 275 000	32 275 000	32 275 000	290 475 000
	Continue		9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	86 625 000
	Continue		1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000	1 750 000	15 750 000
	Continue		20 900 000	20 900 000	20 900 000	20 900 000	20 900 000	20 900 000	20 900 000	20 900 000	20 900 000	188 100 000
Développer des approches d'amélioration de la performance		0	279 993 224	278 493 224	278 493 224	278 493 224	278 493 224	279 993 224	278 493 224	278 493 224	278 493 224	2 509 439 019
	Tous les 5 ans		1 500 000					1 500 000				3 000 000
												0
	Tous les 5 ans		2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	2 578 271	23 204 439
	semestriel		11 900 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	11 900 000	107 100 000
												0
	Tous les 5 ans		12 891 355	12 891 355	12 891 355	12 891 355	12 891 355	12 891 355	12 891 355	12 891 355	12 891 355	116 022 196
	Tous les 5 ans		155 985 397	155 985 397	155 985 397	155 985 397	155 985 397	155 985 397	155 985 397	155 985 397	155 985 397	1 403 868 575
												0
	Tous les 5 ans		1 546 963	1 546 963	1 546 963	1 546 963	1 546 963	1 546 963	1 546 963	1 546 963	1 546 963	13 922 664
	Tous les 5 ans		93 591 238	93 591 238	93 591 238	93 591 238	93 591 238	93 591 238	93 591 238	93 591 238	93 591 238	842 321 145

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Évaluer les besoins en ressources humaines, en matériels medico-techniques, en matériels de communication et de transport, en réhabilitation d'infrastructures pour la SMN		0	29 391 355	0	0	0	0	29 391 355	0	0	0	58 782 710
Equiper les formations sanitaires en matériel médico-technique pour l'offre de services de santé maternelle et néonatale		0	1 932 935 404	1 763 102 492	1 797 903 615	1 836 315 937	1 896 095 937	2 135 875 937	2 015 655 937	2075435 937	2 135 215 937	17 588 537 135
			200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	1 800 000
	Tous les 5 ans		180 000 000					180 000 000				360 000 000
	Tous les 5 ans		45 192 377	46 155 169	47 053 961	48 016 753	49 616 753	51 216 753	52 816 753	54 416 753	56 016 753	450 502 025
	Tous les 5 ans		56 490 471	57 693 961	58 817 451	60 020 941	62 020 941	64 020 941	66 020 941	68 020 941	70 020 941	563 127 531
	Tous les 5 ans		6 490 000	6 930 000	7 150 000	7 590 000	7 590 000	7 590 000	7 590 000	7 590 000	7 590 000	66 110 000
	Tous les 5 ans		28 245 235	0	0	0	0	0	0	0	0	28 245 235
	Tous les 5 ans		33 894 282	34 616 377	35 290 471	36 012 565	37 212 565	38 412 565	39 612 565	40 812 565	42 012 565	337 876 519
	Tous les 5 ans		5 649 047	5 769 396	5 881 745	6 002 094	6 202 094	6 402 094	6 602 094	6 802 094	7 002 094	56 312 753

	Tous les 5 ans		56 490 471	57 693 961	58 817 451	60 020 941	62 020 941	64 020 941	66 020 941	68 020 941	70 020 941	563 127 531
	Tous les 5 ans		84 735 706	86 540 941	88 226 177	90 031 412	93 031 412	96 031 412	99 031 412	102 031 412	105 031 412	844 691 296
	Tous les 5 ans		45 192 377	46 155 169	47 053 961	48 016 753	49 616 753	51 216 753	52 816 753	54 416 753	56 016 753	450 502 025
	Tous les 5 ans		169 471 412	173 081 883	176 452 353	180 062 824	186 062 824	192 062 824	198 062 824	204 062 824	210 062 824	1 689 382 593
	Tous les 5 ans		169 471 412	173 081 883	176 452 353	180 062 824	186 062 824	192 062 824	198 062 824	204 062 824	210 062 824	1 689 382 593
	Tous 5 ans		508 414 236	519 245 648	529 357 060	540 188 472	558 188 472	576 188 472	594 188 472	612 188 472	630 188 472	5 068 147 778
	Tous les 5 ans		112 980 941	115 387 922	117 634 902	120 041 883	124 041 883	128 041 883	132 041 883	136 041 883	140 041 883	1 126 255 062
	Tous les 5 ans		56 490 471	57 693 961	58 817 451	60 020 941	62 020 941	64 020 941	66 020 941	68 020 941	70 020 941	563 127 531
	Tous les 5 ans		106 766 990	109 041 586	111 164 983	113 439 579	117 219 579	120 999 579	124 779 579	128 559 579	132 339 579	1 064 311 033
	Tous les 5 ans		67 788 565	69 232 753	70 580 941	72 025 130	74 425 130	76 825 130	79 225 130	81 625 130	84 025 130	675 753 037
	Tous les 5 ans		5 649 047	5 769 396	5 881 745	6 002 094	6 202 094	6 402 094	6 602 094	6 802 094	7 002 094	56 312 753
	Tous les 5 ans		112 980 941	115 387 922	117 634 902	120 041 883	124 041 883	128 041 883	132 041 883	136 041 883	140 041 883	1 126 255 062
	Tous les 5 ans		22 596 188	23 077 584	23 526 980	24 008 377	24 808 377	25 608 377	26 408 377	27 208 377	28 008 377	225 251 012
	Tous les 5 ans		8 473 571	8 654 094	8 822 618	9 003 141	9 303 141	9 603 141	9 903 141	10 203 141	10 503 141	84 469 130
	Tous les 5 ans		19 771 665	20 192 886	20 586 108	21 007 329	21 707 329	22 407 329	23 107 329	23 807 329	24 507 329	197 094 636
	Continue		29 500 000	31 500 000	32 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	300 500 000

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Rendre disponibles les médicaments et outils SOE et SONU a ts les niveaux de soins		1 901 464 570	2 845 898 384	3 188 752 078	3 554 523 876	3 986 003 531	4 125 788 308	4 340 865 032	4 600 448 450	4878072 276	5 316 341 000	38 738 157 505
	Tous les 5 ans		7 734 813					7 734 813				15 469 626
	Continue		96 921 532	99 247 648	101 629 592	104 068 702	106 566 351	109 123 944	111 742 918	114 424 748	117 170 942	960 896 378
	Continue		328 815 091	336 706 653	344 787 613	353 062 515	361 536 016	370 212 880	379 097 989	388 196 341	397 513 053	3 259 928 152
	Continue		77 755 353	79 621 481	81 532 397	83 489 174	85 492 914	87 544 744	89 645 818	91 797 318	94 000 453	770 879 652
	Continue		40 873 031	41 853 984	42 858 480	43 887 083	44 940 373	46 018 942	47 123 397	48 254 358	49 412 463	405 222 113
	Continue		7 215 604	7 388 779	7 566 110	7 747 696	7 933 641	8 124 048	8 319 025	8 518 682	8 723 130	71 536 716
	Continue		217 223 364	222 436 725	227 775 206	233 241 811	238 839 615	244 571 765	250 441 488	256 452 084	262 606 934	2 153 588 992
	Continue	1 601 464 570	1 919 359 596	2 251 496 807	2 598 374 479	2 960 506 548	3 180 479 398	3 417 533 895	3 664 077 814	3920428 745	4 186 914 024	29 700 635 876
	Continue	300 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	200 000 000	100 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	200 000 000	1 400 000 000
Elaborer un plan de réhabilitation des maternités		0	12 000 000	0	0	0	0	12 000 000	0	0	0	24 000 000
			12 000 000					12 000 000				24 000 000
Exécuter le plan de réhabilitation des infrastructures des maternités		0	296 574 971	302 893 295	308 791 618	315 109 942	325 609 942	336 109 942	346 609 942	357 109 942	367 609 942	2 956 419 537
	3% de FS par an		296 574 971	302 893 295	308 791 618	315 109 942	325 609 942	336 109 942	346 609 942	357 109 942	367 609 942	2 956 419 537

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Développer les capacités des DRS et des ECD en matière de planification des activités de santé maternelle, néonatale et infantile		0	586 388 516	170 831 250	171 181 250	633 642 656	171 706 250	171 706 250	666 492 656	171 706 250	171 706 250	2 915 361 329
	tous les 3 ans		416 257 266			461 936 406			494 786 406			1 372 980 079
			29 225 000	29 225 000	29 225 000	29 225 000	29 225 000	29 225 000	29 225 000	29 225 000	29 225 000	263 025 000
	tous les 4 ans		48 750 000	48 750 000	48 750 000	48 750 000	48 750 000	48 750 000	48 750 000	48 750 000	48 750 000	438 750 000
	tous les 4 ans		29 656 250	29 656 250	29 656 250	29 656 250	29 656 250	29 656 250	29 656 250	29 656 250	29 656 250	266 906 250
	Annuelle		8 050 000	8 400 000	8 750 000	9 100 000	9 100 000	9 100 000	9 100 000	9 100 000	9 100 000	79 800 000
	Annuelle		1 750 000	2 100 000	2 100 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	19 600 000
	Annuelle		2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	20 475 000
	Annuelle		9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	86 625 000
	Tous les 3 ans		7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	70 200 000
	Tous les 3 ans		33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	297 000 000

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Apporter un appui institutionnel à la DSF pour la coordination, le suivi et l'évaluation du plan d'accélération de la réduction MMNN		0	26 333 333	26 333 333	64 333 333	26 333 333	26 333 333	26 333 333	64 333 333	26 333 333	26 333 333	313 000 000
	Annuelle		12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	108 000 000
	Annuelle		4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	36 000 000
	Tous les 4 ans				38 000 000				38 000 000			76 000 000
	Tous les 3 ans		7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	64 800 000
	Tous les 3 ans		2 533 333	2 533 333	2 533 333	2 533 333	2 533 333	2 533 333	2 533 333	2 533 333	2 533 333	22 800 000
	Continue		600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	5 400 000

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Renforcer les capacités des districts sanitaires pour le transfert rapide et efficace des urgences obstétricales et néonatales.		57 304 825	609 091 637	615 643 250	647 791 062	686 754 674	712 876 674	735 436 674	798 934 674	780 756 674	782 926 674	6 427 516 819
	tous les deux ans		100 000		100 000		100 000		100 000		100 000	500 000
	3% de FS par an	12 457 571	12 710 356	12 981 141	13 233 927	13 504 712	13 954 712	14 404 712	14 854 712	15 304 712	15 754 712	139 161 265
	2% de FS par an	8 305 047	8 473 571	8 654 094	8 822 618	9 003 141	9 303 141	9 603 141	9 903 141	10 203 141	10 503 141	92 774 177
	0,5% de FS par an	33 220 188	33 894 282	34 616 377	35 290 471	36 012 565	37 212 565	38 412 565	39 612 565	40 812 565	42 012 565	371 096 707
		3 322 019	3 389 428	3 461 638	3 529 047	3 601 256	3 721 256	3 841 256	3 961 256	4 081 256	4 201 256	37 109 671
	une ambulance tous les 4 ans (1/4 par an)		507 000 000	526 500 000	555 750 000	575 250 000	614 250 000	633 750 000	672 750 000	672 750 000	672 750 000	5 430 750 000
			6 500 000	6 750 000	7 125 000	7 375 000	7 875 000	8 125 000	8 625 000	8 625 000	8 625 000	69 625 000
	tous les 3 ans		15 184 000			17 228 000			20 148 000			52 560 000
			21 840 000	22 680 000	23 940 000	24 780 000	26 460 000	27 300 000	28 980 000	28 980 000	28 980 000	233 940 000

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Assurer une disponibilité é pérenne du sang dans les centres de références		0	4 378 333 333	4 738 000 000	4 881 333 333	5 132 833 333	5 132 833 333	5 132 833 333	5 132 833 333	5 132 833 333	5 132 833 333	44 794 666 667
			1 081 666 667	1 298 000 000	1 298 000 000	1 406 166 667	1 406 166 667	1 406 166 667	1 406 166 667	1 406 166 667	1 406 166 667	12 114 666 667
			3 296 666 667	3 440 000 000	3 583 333 333	3 726 666 667	3 726 666 667	3 726 666 667	3 726 666 667	3 726 666 667	3 726 666 667	32 680 000 000
Appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de système de partage de coût ou de prépaiement		2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	22 750 000
		2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	2 275 000	22 750 000
Mettre en œuvre le plan de plaidoyer du modèle REDUCE		0	81 666 667	66 666 667	66 666 667	81 666 667	66 666 667	66 666 667	81 666 667	66 666 667	66 666 667	645 000 000
	Tous les 3 ans		15 000 000			15 000 000			15 000 000			45 000 000
	en continue selon les besoins des DRS		21 666 667	21 666 667	21 666 667	21 666 667	21 666 667	21 666 667	21 666 667	21 666 667	21 666 667	195 000 000
			45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	405 000 000

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Célébrer la journée africaine de lutte contre la mortalité maternelle		20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	200 000 000
		20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	200 000 000
Renforcer la collaboration intra et intersectorielle		0	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	74 254 206
			8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	8 250 467	74 254 206
Assurer le financement pérenne des produits de PF		1 674 264 658	1 762 292 597	1 776 227 375	1 829 514 196	1 922 199 622	1 940 931 611	1 999 159 559	2 096 934 346	2120908 377	2 184 535 628	19 306 967 970
	Tous les 3 ans		15 000 000			15 000 000			15 000 000			45 000 000
	Tous les 3 ans		7 500 000			7 500 000			7 500 000			22 500 000
			100 000			100 000			100 000			300 000
			7 500 000			7 500 000			7 500 000			22 500 000
			100 000			100 000			100 000			300 000
			7 500 000			7 500 000			7 500 000			22 500 000
			100 000			100 000			100 000			300 000
		1 674 264 658	1 724 492 597	1 776 227 375	1 829 514 196	1 884 399 622	1 940 931 611	1 999 159 559	2 059 134 346	2120908 377	2 184 535 628	19 193 567 970

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Renforcer les prestations de PF à tous les niveaux du système de santé (disponibilité, accessibilité et qualité)		0	583 284 597	324 223 404	327 930 922	331 902 440	338 502 440	608 135 150	351 702 440	358 302 440	364 902 440	3 588 886 273
	tous les 5 ans		12 891 355					12 891 355				25 782 710
	tous les 5 ans		118 625 000					118 625 000				237 250 000
	tous les 5 ans mais en continue		66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	602 250 000
	Tous les 5 ans		56 490 471	57 693 961	58 817 451	60 020 941	62 020 941	64 020 941	66 020 941	68 020 941	70 020 941	563 127 531
			84 735 706	86 540 941	88 226 177	90 031 412	93 031 412	96 031 412	99 031 412	102 031 412	105 031 412	844 691 296
			45 192 377	46 155 169	47 053 961	48 016 753	49 616 753	51 216 753	52 816 753	54 416 753	56 016 753	450 502 025
	tous les 5 ans		12 891 355					12 891 355				25 782 710
	tous les 5 ans		118 625 000					118 625 000				237 250 000
	tous les 5 ans mais en continue		66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	66 916 667	602 250 000

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Augmenter les connaissances des populations sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, la PF et les droits de la femme en matière de SR		0	250 062 380	229 213 333	191 413 333	155 215 427	321 413 333	102 213 333	248 015 427	229 213 333	191 413 333	1 918 173 235
			50 000 000			50 000 000			50 000 000			150 000 000
				130 000 000			130 000 000			130 000 000		390 000 000
	Continue sur tout la période selon besoins		91 666 667	91 666 667	91 666 667	91 666 667	91 666 667	91 666 667	91 666 667	91 666 667	91 666 667	825 000 000
	Tous les 5 ans		7 546 667	7 546 667	7 546 667	7 546 667	7 546 667	7 546 667	7 546 667	7 546 667	7 546 667	67 920 000
	Tous les 2 ans		25 000 000		25 000 000		25 000 000		25 000 000		25 000 000	125 000 000
	Tous les 2 ans		65 000 000		65 000 000		65 000 000		65 000 000		65 000 000	325 000 000
	Tous les 2 ans selon besoins		2 200 000		2 200 000		2 200 000		2 200 000		2 200 000	11 000 000
			3 000 000					3 000 000				6 000 000
	2 boites par FS tous les 3 ans		5 649 047			6 002 094			6 602 094			18 253 235

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Augmenter les connaissances des populations sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, la PF et les droits de la femme en matière de SR		0	11 768 848	12 019 575	12 253 636	12 504 363	12 921 029	13 337 696	13 754 363	14 171 029	14 587 696	117 318 236
			11 768 848	12 019 575	12 253 636	12 504 363	12 921 029	13 337 696	13 754 363	14 171 029	14 587 696	117 318 236

Activité	Périodicité, fréquence dans l'année	COUT ANNUEL										COUT TOTAL
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Renforcer la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales par les communautés (réduction du 1er retard)		0	266 636 602	272 611 104	278 724 146	284 979 053	291 417 210	298 004 122	304 743 361	311 638 581	318 693 527	2 627 447 706
	Tous les 5 ans en continue par CSPS		5 097 047	5 265 396	5 433 745	5 602 094	5 802 094	6 002 094	6 202 094	6 402 094	6 602 094	52 408 753
	Tous les 5 ans en continue par CSPS		1 019 409	1 053 079	1 086 749	1 120 419	1 160 419	1 200 419	1 240 419	1 280 419	1 320 419	10 481 751
			240 520 145	246 292 629	252 203 652	258 256 540	264 454 697	270 801 609	277 300 848	283 956 068	290 771 014	2 384 557 203
	Continue sur 9 ans		20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	180 000 000
Total avec salaires		33 455 765 077	44441444 615	45 510 816 886	47 140 367 952	48 871 590 993	51 455 031 305	52791 952 678	54 221 271 367	5508725021 0	55980 123 397	471 883 595 090
Total sans salaires		3 655 309 053	14010896 544	13 844 146 431	14 843 605 449	13 833 155 818	15 712 990 529	16346 306 303	17 072 019 391	1723439263 4	17423 660 222	126 904 462 983
Total sans salaires personnel spécifiques MMR		29 800 456 024	30430548 072	31 666 670 456	32 296 762 504	35 038 435 175	35 742 040 775	36445 646 375	37 149 251 975	3785285757 5	38556 463 175	344 979 132 107