

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

**SÉCRETARIAT GÉNÉRAL**

**DIRECTION GÉNÉRALE DE  
LA SANTÉ**

**DIRECTION DE LA SANTÉ  
DE LA FAMILLE**



**BURKINA FASO**

**Unité – Progrès – Justice**

**PLAN STRATÉGIQUE  
POUR UNE MATERNITÉ À MOINDRE RISQUE  
2004 -2008**

**Mars 2004**

## TABLE DES MATIERES

SIGLES/ABREVIATIONS-----	3
PREFACE-----	5
INTRODUCTION-----	6
<b>PREMIERE PARTIE</b> : Données générales sur le Burkina Faso-----	7
I. Présentation du pays-----	7
II. Présentation du secteur de la santé-----	8
III. Point de la lutte contre la mortalité maternelle-----	9
3.1 Données épidémiologiques-----	9
3.2 Historique de la lutte-----	11
3.3 Bilan de la lutte-----	11
IV. Problèmes prioritaires-----	14
<b>DEUXIEME PARTIE</b> : Plan Stratégique Maternité à Moindre Risque-----	15
I. But-----	15
II. Objectif général-----	15
III. Objectifs intermédiaires-----	15
IV. Objectifs spécifiques-----	15
V. Les axes stratégiques-----	17
VI. Les domaines d'action prioritaire-----	19
VII. Répartition des domaines d'action selon les acteurs-----	20
VIII. Les suppositions importantes-----	23
IX. La mise en œuvre des axes stratégiques-----	23
X. Les indicateurs de suivi/évaluation de la maternité à moindre risque-----	26
XI. Le financement de la stratégie-----	31
<b>TROISIEME PARTIE</b> : Annexes	
ANNEXE I : Glossaire	
ANNEXE II : Organigramme du Ministère de la Santé	
ANNEXE III : Organigramme de la Direction de la Santé de la Famille	

## SIGLES/ABRÉVIATIONS

<b>AA</b>	Accoucheuse Auxiliaire
<b>AQS</b>	Assurance Qualité des Services
<b>AV</b>	Accoucheuse de Village
<b>CADSS</b>	Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DEP</b>	Direction des Études et de la Planification
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSF</b>	Direction de la Santé de la Famille
<b>ECD</b>	Équipe Cadre de District
<b>EDS/BF</b>	Enquête Démographique de Santé/ Burkina Faso
<b>ENSP</b>	École Nationale de Santé Publique
<b>FS</b>	Formation Sanitaire
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>IDHD</b>	Indice de Développement Humain Durable
<b>IMMPACT</b>	Initiative for Maternal Mortality Program Assessment
<b>IOM/IMA</b>	Intervention Obstétricale Majeure /Indication Maternelle Absolue
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MGF</b>	Mutilation Génitale Féminine
<b>MMN</b>	Mortalité Maternelle et Néonatale
<b>MMR</b>	Maternité à Moindre Risque
<b>MNH</b>	Maternal and Neonatal Health
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PN/PTME</b>	Programme National/Prévention de la Transmission Mère Enfant
<b>PPTE</b>	Pays Pauvre Très Endetté
<b>RAC</b>	Réseau Autonome de Communication
<b>RHS</b>	Ressources Humaines en Santé
<b>SFE</b>	Sage Femme d'État
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>SOE</b>	Soins Obstétricaux Essentiels
<b>SOU</b>	Soins Obstétricaux d'Urgence
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SP/CNLS-IST</b>	Secrétariat Permanent Comité National de Lutte contre le Sida
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>TOD</b>	Textes d'Orientation de la Décentralisation
<b>UFR/SDS</b>	Unité de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé
<b>UIDH</b>	Union Internationale des Droits de l'Homme
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## **PREFACE**

Chaque année, des millions de femmes dans le monde attendent un enfant. La plupart des grossesses se terminent par la naissance d'un enfant vivant sans qu'il ne pose de problème pour la mère. Cependant, il arrive que la naissance d'un enfant ne soit pas, comme elle devrait l'être, un événement heureux pour la famille et la communauté. Quelque fois en effet, la femme perd sa vie en voulant donner la vie. Dans ces cas, c'est tout un drame pour cette mère, mais aussi pour la famille, les autres enfants, la communauté entière.

Au Burkina Faso, le ratio de mortalité maternelle fait partie des plus élevés au monde. Cette situation est socialement et politiquement inacceptable. C'est pourquoi, après les conférences de Nairobi (1987) et de Niamey (1989) sur la maternité sans risque, notre pays s'est engagé fermement dans la recherche de solution au problème de la mortalité maternelle. Cet engagement s'est traduit par l'adoption en 1998 d'une stratégie nationale pour une maternité sans risque couvrant la période 1998-2000. La mise en œuvre de cette stratégie devait permettre de réduire de 20% le ratio de mortalité maternelle et de 30% le taux de mortalité néonatale.

Malgré les importants efforts consentis avec l'appui des partenaires (formation du personnel, construction et équipement de centres médicaux avec antenne chirurgicale, organisation des soins d'urgences, etc.) l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale révèle la persistance de problèmes importants qui maintiennent le niveau de mortalité maternelle et néonatale élevé dans notre pays.

Tirant leçon des expériences acquises et de l'évolution des connaissances dans le monde, mon département a élaboré ce plan stratégique dans le but de réduire de 30% le niveau actuel de la mortalité maternelle et néonatale à l'horizon 2008. Il s'agit d'un document d'orientation stratégique qui doit contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le plan national de développement sanitaire en cours d'exécution. Il s'adresse à tous les acteurs de la promotion de la santé de la reproduction et vise à leur offrir un cadre général d'organisation de leurs efforts selon des axes stratégiques définis.

La réussite de cette stratégie nécessite l'engagement ferme de tous les acteurs pour que les femmes ne meurent plus au Burkina Faso en donnant la vie. En mettant un accent particulier sur le partenariat et la collaboration intersectorielle, le Ministère de la Santé invite ainsi tous les secteurs du développement social et économique à participer pleinement dans la mise en œuvre de la présente stratégie, car les déterminants de la mortalité maternelle sont multiples et multifformes.

Je saisis l'occasion pour remercier tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce document, et qui sont engagés d'ores et déjà, pour sa mise en œuvre. J'exhorte le personnel de santé à donner le meilleur de lui-même pour des soins de qualité, disponibles et accessibles, afin de faire reculer la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso.

**Bédouma Alain YODA**  
Officier de l'Ordre National

## **INTRODUCTION**

La morbidité et la mortalité maternelles et néonatales ont préoccupé, depuis plusieurs années, les gouvernements et les partenaires au développement en Afrique car elles constituent un problème majeur de santé publique. En effet, selon l'OMS et l'UNICEF, en Afrique de l'Ouest et du Centre, près de 120 000 femmes décèdent chaque année en voulant donner la vie et 50 à 60% des décès infantiles surviennent pendant la période néonatale. Pour chaque femme qui meurt, 30 à 100 autres souffriront de complications graves, douloureuses et débilitantes liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

Plusieurs initiatives ont été entreprises, au plan mondial, pour faire face aux situations précaires vécues par la majorité des femmes et des enfants. Parmi celles-ci, il faut citer le lancement en 1987 de l'initiative pour une maternité sans risque, l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route par un groupe de travail régional pour répondre sous forme de politique internationale au taux élevé de mortalité maternelle dans les pays en développement.

Le Burkina Faso a adhéré à l'initiative pour une maternité sans risque et a toujours élaboré des politiques de réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui sont parmi les plus élevés du monde, se situant respectivement à 484 pour 100.000 naissances vivantes et 41 p 1000 (EDS 98/99).

En effet, dès 1998 le Ministère de la Santé a élaboré et mise en œuvre un programme national pour une maternité sans risque (1998-2000). Après l'adoption d'une Politique Sanitaire Nationale (PSN) en 2000, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a aussi été élaboré couvrant la période 2001-2010. Dans le cadre de ce PNDS, il est prévu de réduire la mortalité maternelle et néonatale de 40% d'ici 2010 et de porter le taux de couverture en consultation prénatale à 90%, celui des accouchements assistés à 60% et la prévalence contraceptive à 17%.

Le présent document d'orientation stratégique en matière de lutte contre la mortalité maternelle doit contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS. Il s'adresse à tous les acteurs de la Santé de la Reproduction (SR) et de la lutte contre la Mortalité Maternelle et Néonatale (MMN) aux différents niveaux du système de santé ainsi qu'aux partenaires et aux autres secteurs ministériels pour les informer des actions menées par le Ministère de la Santé dans le domaine de la Maternité à Moindre Risque et susciter leur implication. Il contient essentiellement :

- Les éléments de justification de la poursuite de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans notre pays ;
- Les axes prioritaires dans lesquels les différents acteurs doivent s'inscrire chacun en fonction de ses ressources et de ses compétences;
- Les stratégies de mise en œuvre ;
- Les indicateurs pouvant aider chaque acteur à mesurer les effets de ses interventions en matière de maternité à moindre risque.

Le plan stratégique tire son fondement du plan national de développement sanitaire 2001-2010 et des résultats atteints après la mise en œuvre du programme de maternité sans risque 1998-2000. Il prend en compte les cibles visées dans la stratégie décennale en santé de la reproduction de l'OMS pour la région africaine à l'horizon 2007, les objectifs du forum « Vision 2010 » et ceux du millénaire, la déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale en faveur de la réduction de la mortalité maternelle. Il tient aussi compte des actions mises en œuvre par les autres secteurs de développement.

## **PREMIÈRE PARTIE : DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO**

### **I. PRESENTATION DU PAYS**

#### **Données géographiques**

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat est tropical et de type soudanien.

#### **Données administratives**

Les Textes d'Orientation de la Décentralisation (TOD) définissent les structures politico administratives comme suit :

- Les circonscriptions administratives sont les régions (13), les Provinces (45), les départements (350) et les villages (8000).
- Les collectivités locales sont les communes (49) et les régions (13).

#### **Données démographiques**

La population du Burkina Faso est de 10 312 609 habitants (RGPH'96) ; elle croît à un rythme de 2,37% l'an et en 2010, elle atteindra environ 14 718 647 habitants.

Le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans en 1996 (RGPH 1996). L'EDS en 1998-99 indique que les femmes en âge de procréer représentent 22,8% avec un indice synthétique de fécondité de 6,8 enfants par femme et un intervalle inter génésique de 34,8 mois (soit 2 ans 8 mois).

La population vit à près de 90 % en milieu rural. Les femmes représentent 51,8 % de la population. Cette population est essentiellement jeune, la tranche d'âge de 0 à 14ans représentant 47,92 %.

#### **Données socioculturelles**

Le taux brut de scolarisation (TBS) national est de 43,60 % pour l'année 2001-2002 ; il est de 33,4 % chez les filles et 47,1 % chez les garçons. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible, 28 % en 2001, avec de fortes disparités d'une part entre hommes et femmes, et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

#### **Données économiques**

Le Burkina Faso est un pays en développement dont 45,3 % de la population totale vit en dessous du seuil absolu national de pauvreté estimé à 72 690 FCFA par adulte et par an (INSD, 2000). Les femmes constituent la majorité de cette population. L'Indice de Développement Humain Durable (IDHD) estimé à 0,303 en 2000, se situait en dessous de la moyenne des autres pays d'Afrique au sud du Sahara.

Le Burkina Faso est parmi les pays éligibles à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés et s'est en outre porté candidat pour l'initiative 20/20 adoptée comme mesure concrète de lutte contre la pauvreté. Il s'agit d'un engagement des États lors du sommet mondial sur le développement à Copenhague, pour affecter progressivement 20% de l'aide publique au développement et 20% des ressources propres aux secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation.

## Données sur les infrastructures routières et moyens de communication

La faiblesse du réseau routier est l'une des principales contraintes à l'accessibilité des formations sanitaires. Cette situation entrave profondément l'utilisation des services de santé et le développement de la référence / évacuation. Un effort de développement de ce réseau est cependant en cours et environ 12212km de pistes rurales ont été réhabilités en 2002.

La couverture des formations sanitaires en téléphone et en Radio Autonome de Communication (RAC) est également très faible en dépit des grands progrès qui ont été réalisés ces dernières années avec le soutien des partenaires au développement. En 2002, seulement 43% des formations sanitaires disposaient de téléphone ou de RAC.

## **II. PRESENTATION DU SECTEUR DE LA SANTE**

### Politique de santé

La période avant 1990 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de la Programmation Sanitaire Nationale qui était axée sur la stratégie des soins de santé primaires. A partir de 1990, le système de santé a connu de nouvelles réformes:

- La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako
- L'adoption par le Gouvernement d'une politique de médicaments essentiels génériques et la création d'une centrale d'achat de médicaments (CAMEG)
- La mise en place des districts sanitaires a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation
- La réforme hospitalière, engagée en 1997, pour améliorer la performance des hôpitaux nationaux et régionaux et assurer une motivation du personnel hospitalier.

### Organisation du système de santé

L'organisation administrative du système public de santé s'articule autour de trois niveaux. Le niveau central, organisé autour du cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat Général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires chargées de la coordination et de l'appui aux districts. Le niveau périphérique comprend 55 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux : les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), niveau de premier contact entre les services et la population et les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) sont les deux échelons du premier niveau; les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont respectivement les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveau. La création des CMA traduit la volonté politique de rapprocher la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales des populations.

Le Service de Santé des Forces Armées Nationales, l'Office de Santé des Travailleurs et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale contribuent à l'offre de soins à travers leurs propres institutions.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé. Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif qui sont en pleine expansion, les institutions de soins relevant d'associations et d'ONG à but non lucratif ainsi qu'un secteur pharmaceutique privé. La médecine et la pharmacopée traditionnelles jouent aussi un rôle important, notamment en zone rurale.

## Le profil sanitaire

La morbidité générale de la population est de 15,8 % en 1996 (RGPH 96).

Selon le SP/CNLS-IST, le taux de séroprévalence du VIH en 2002 est de 4,2 % dans la population générale et de 4,8% chez les femmes enceintes.

On observe des flambées épidémiques d'ampleur variable dues aux maladies telles la rougeole, la méningite cérébro-spinale et le choléra.

Les taux de mortalité générale et spécifique sont également élevés :

- Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle;
- La mortalité néonatale reste élevée. La probabilité de mourir avant le premier mois est de 41 ‰ et 65 ‰ entre le premier et le douzième mois (EDSBF 98-99);
- Le taux de mortalité infantile est passé de 94 pour mille en 1993 à 105,3 pour mille en 1998;
- Le taux de mortalité infanto-juvenile est passé, sur la même période, de 187 pour mille à 219,1 pour mille due essentiellement aux maladies transmissibles ;
- La mortalité des jeunes de 15 à 40 ans est due essentiellement au SIDA.

A cela s'ajoute de nombreuses incapacités liées à l'accouchement dont les fistules vesico - vaginales.

Les problèmes de santé des jeunes sont dominés par les grossesses précoces des adolescentes (14,4% en milieu urbain et 28,4% en milieu rural). Ces grossesses se soldent souvent par des avortements clandestins avec des conséquences médicales graves et des décès maternels.

## **III. POINT DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE**

### 3.1 Données épidémiologiques

La mortalité maternelle, bien qu'ayant passée de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 reste cependant très élevée au Burkina Faso et 22% des décès de femmes de 15- 49 ans seraient dus à des causes maternelles (EDS/BF 98-99).

#### 3.1.1 Les Causes de la mortalité maternelle

Selon l' EDS/BF 98-99 les principales causes 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%) et les anémies. Certaines causes souvent inconnues représentent 11,6%.

Outre ces causes, il y a d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et/ou rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'insuffisance de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé de reproduction.

#### 3. 1 .2 Les déterminants de la mortalité maternelle

A côté des causes directes classiques, il existe dans le contexte national de nombreux facteurs qui favorisent cette mortalité élevée chez les mères et les nouveaux nés :

##### *- Les facteurs liés aux 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. En exemple l'étude réalisée sur les besoins obstétricaux non couverts en mars 2001 révèle un déficit relatif de 65,83 % (IOM/IMA)<sup>1</sup>. 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.

- *Facteurs liés à la communauté*

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.

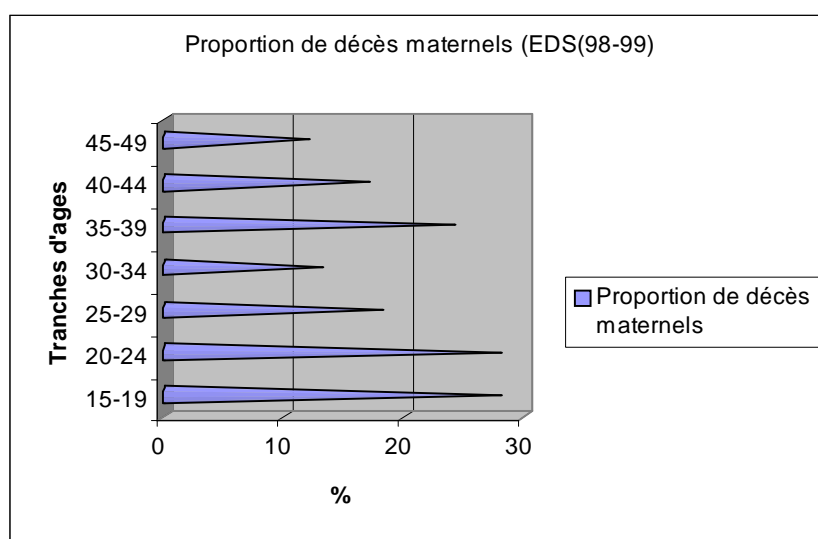
Outre le faible niveau d'instruction, le statut économique de la femme, de même que la forte méconnaissance des signes de complications d'une grossesse et les pratiques néfastes à la santé de la mère (MGF) sont autant de facteurs qui favorisent les décès maternels et néo-natals.

- *Les facteurs politiques*

La prise de conscience de l'ampleur du phénomène ne semble pas être suffisamment grande aussi bien au niveau des décideurs politiques que de la communauté. Ainsi, certaines stratégies ayant pourtant des limites objectives dans la lutte contre la mortalité maternelle continuent d'être fortement recommandées et soutenues (cas des AV). Par ailleurs les CPN, largement pratiquées bien que de qualité technique médiocre (en terme de détection des grossesses à haut risque) ne bénéficient pas d'une attention particulière.

Par contre, certaines approches très pertinentes, n'ont pas le soutien politique nécessaire pour réussir. C'est le cas des CMA dont la mise en place n'a pas fondamentalement modifié le taux de réalisation des césariennes car très peu sont opérationnels de manière durable.

Selon l'EDS 98-99, la répartition des décès par tranche d'âge est la suivante :



<sup>1</sup> Interventions obstétricales majeures pour Indications maternelles absolues

Depuis l'émergence de la pandémie du VIH, on observe une prépondérance des cas de SIDA chez les femmes en âge de procréer. Au Burkina Faso, 6 à 7 femmes enceintes sur 100 sont infectées par le VIH et 2 à 3 d'entre elles le transmettront à leurs bébés en l'absence de mesures de prévention (PN-PTME/VIH).

### **3.2 Historique de la lutte au Burkina Faso**

Les pays développés ont réussi à réduire progressivement la mortalité maternelle en se basant sur des facteurs techniques et des facteurs politiques.

**Sur le plan technique**, il s'est agi d'une plus grande maîtrise des données et informations sur l'ampleur du problème. Des stratégies basées sur la professionnalisation des soins obstétricaux, la surveillance de l'accouchement par un personnel qualifié et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital ont permis ensuite d'avoir un impact sur la réduction de la mortalité maternelle

**Sur le plan politique**, la prise de conscience par la population et une pression politique ont été déterminant pour s'attaquer au problème.

Le Burkina Faso a pris des mesures spécifiques pour réduire de manière significative les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale à partir du lancement de l'initiative pour la maternité sans risque en 1987 à Nairobi et en 1989 à Niamey suivis du sommet mondial pour l'enfance en 1990. Il a depuis lors participé à plusieurs rencontres internationales et régionales en faveur de la santé maternelle et néonatale parmi lesquelles :

- La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994,
- Le sommet mondial de Beijing sur la femme en 1995,
- 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) à Ouagadougou en 1996 et à Cotonou en 2002.
- Le forum sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre à Bamako en 2001 (Forum Vision 2010).

Le Gouvernement a pris un certain nombre de mesures politiques et juridiques parmi lesquelles :

- La transformation de la Direction de la Santé de la mère et de l'enfant en Direction de la Santé de la Famille (DSF) chargée de planifier, organiser, coordonner, superviser, évaluer les programmes relatifs à la Santé de la Reproduction,
- L'adoption du code des personnes et de la famille en 1989,
- L'adoption d'un plan d'action national en faveur de l'enfant en 1991,
- La décentralisation du système de santé faisant du district sanitaire l'entité opérationnelle ayant la capacité d'assurer entre autres les soins obstétricaux d'urgence,
- La révision en 1996 du code pénal qui autorise l'extension de l'avortement thérapeutique aux cas de viol, d'inceste et de malformation congénitale et qui réprime l'excision, le viol et le lévirat,
- L'élaboration et la mise en œuvre de nombreux projets, programmes et stratégies en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

### **3.3 Bilan de la lutte au Burkina Faso**

Au Burkina Faso la promotion de la santé de la mère et de l'enfant a toujours fait partie du paquet d'activités développé par les services de santé. L'efficacité de nombreuses interventions reste cependant très faible surtout en terme d'impact sur la mortalité maternelle et néonatale. En effet on peut citer :

### La pratique de la consultation prénatale (CPN)

La CPN constitue un des volets les plus mis en œuvre au niveau du PMA de l'ensemble des 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; très peu de femmes suivent régulièrement les visites de CPN dont la norme est fixée à trois visites. En général, elles viennent assez tardivement après le premier trimestre de la grossesse et ne suivent en moyenne que deux visites.

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'organisation de la prise en charge des urgences obstétricales

L'organisation de la référence/évacuation et de la contre référence a été toujours évoquée comme essentielle pour lutter contre la mortalité maternelle et néo-natale. Elle continue de souffrir de nombreuses imperfections dont la prise en compte est essentielle pour avoir un impact.

Au niveau des districts sanitaires, de nombreux CMA ne sont pas opérationnels dans la prise en charge des urgences obstétricales. Le système de communication entre les centres de santé et ces hôpitaux de district est souvent inexistant. Au point de vue de la logistique, les ambulances sont souvent défectueuses, malgré les efforts développés par l'État. Le coût des évacuations reste élevé. Enfin, les capacités transfusionnelles des CMA sont très limitées.

Quand aux CHR, plusieurs d'entre eux ne disposent pas d'unités fonctionnelles pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Le coût élevé des actes médicaux au sein de ces structures constitue un facteur limitant pour l'accès à ces soins.

On note cependant des initiatives en cours pour le renforcement des hôpitaux en matière de SONU. Par ailleurs, un programme est en cours de mise en œuvre en ce qui concerne le renforcement des capacités transfusionnelles des HD, des CHR et des CHU.

### La planification familiale

Le taux de prévalence contraceptive est en croissance mais reste bas, 14,48 % en 2002 (cf. tableau). Des besoins énormes en planification familiale ne sont pas encore couverts. En effet environ 26 % des femmes en union ont des besoins non couverts soit pour la limitation (7 %), ou pour l'espace des naissances (19%). Avec la pandémie du VIH/SIDA de nouveaux besoins restent à couvrir notamment ceux de la double protection contre le VIH/SIDA et contre les grossesses non désirées surtout dans les milieux des jeunes et des professionnels du sexe.

### L'utilisation des accoucheuses villageoises (AV)

Cette stratégie continue d'être un axe central d'intervention de nombreux 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,).

### Autres actions

Diverses autres actions ont été menées par d'autres secteurs partenaires de la santé pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. On peut citer :

- Les mesures prises pour l'amélioration des conditions de la femme et l'éducation des jeunes filles
- La réforme agraire et foncière pour un meilleur accès des femmes à la terre
- La prise en compte de «l'approche genre» dans tous les programmes de développement
- La lutte contre la pratique de l'excision dont la prévalence est passée de 90% à 66%
- L'adoption d'une politique nationale en matière de population.

Avec ces approches stratégiques, les résultats suivants ont été obtenus de 1997 à 2001.

Evolution de quelques indicateurs de la Santé de la mère de 1997 à 2002

<b>Indicateurs</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
% CPN 1	59.16	58.06	64.26	61.05	60.75	54,08
% GR	5.69	5.08	3.75	4.96	5.6	6,21
% Accouchement assisté	29.23	31.75	33.89	36.28	36.09	39,9
Prévalence contraceptive	9,11	10,20	11,84	10,67	12,64	14.48
Ratio Mortalité. Mat. Dans les FS	450.14	314.34	262.55	261.83	464.27	164,08

Source : Synthèse données DEP santé (CHU/CHR+ districts sanitaires)

## **IV. PROBLEMES PRIORITAIRES**

### **1-L'accessibilité des prestations des soins de santé maternelle et néonatale est limitée**

La couverture en structures sanitaires délivrant les prestations de santé maternelle et néonatale est insuffisante. Le coût de ces prestations reste élevé au regard de la pauvreté des groupes cibles. Sur le plan culturel, le faible niveau d'instruction/alphabétisation des populations favorise la persistance de certains comportements limitant l'utilisation des services de santé.

### **2- La qualité des prestations de soins est faible**

L'offre et la demande des soins maternels et néonataux ne sont pas adéquates, beaucoup de prestations n'étant pas disponibles dans certaines formations sanitaires par manque de ressources humaines en quantité et qualité surtout en zones rurales. Les documents de Politique Normes et Protocoles ainsi que d'autres documents référentiels en matière de SR sont insuffisamment disséminés et utilisés. La référence/contre référence/ évacuation des urgences obstétricales est mal organisé. La compétence du personnel soignant en néonatalogie est insuffisante à tous les niveaux. Les services sont sous-équipés pour la prise en charge du nouveau né.

### **3- Les pratiques traditionnelles néfastes à la santé maternelle et néonatale persistent**

Les mariages et grossesses précoces persistent, de même qu'une culture anti-scolarisation/alphabétisation de la jeune fille. Bien que sensiblement réduite, la prévalence des mutilations génitales féminines reste préoccupante. La mère et l'enfant restent confrontés à des conditions socio-économiques défavorables empruntes de discriminations dans diverses domaines.

### **4- La capacité de coordination des interventions et de collaboration intra et extra sectorielle est insuffisante**

De nombreux acteurs interviennent dans l'offre de prestations de SR tandis que les cadres de concertations ne fonctionnent pas de façon satisfaisante et l'approche contractuelle n'est pas suffisamment développée dans le domaine. La capacité des structures déconcentrées et décentralisées n'est pas suffisante pour planifier, exécuter suivre et évaluer les services de SMI/PF.

Une approche multi-sectorielle est nécessaire pour réduire la mortalité maternelle alors que la collaboration avec les autres secteurs n'est pas suffisamment organisée.

### **5- L'engagement des acteurs à tous les niveaux est insuffisant**

Les ressources humaines et financières allouées aux activités de lutte contre la mortalité maternelle ne sont pas suffisantes. Le code juridique et réglementaire de la santé maternelle et néonatale n'est pas adapté et /ou appliqué.

Les informations collectées dans le domaine de la santé maternelle et néonatale (naissances, décès) ne sont pas toujours fiables et les professionnels de santé sont peu responsabilisés par rapport aux décès maternels et néonataux.

Les communautés elles mêmes n'ont pas suffisamment pris conscience des problèmes liés à la maternité sans risque.

## **DEUXIÈME PARTIE : PLAN STRATEGIQUE MATERNITE A MOINDRE RISQUE**

### **I. BUT DE LA STRATEGIE**

*Améliorer la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso*

### **II. OBJECTIF GENERAL**

Réduire de 30% la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso d'ici 2008

### **III. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES**

**3.1.** Développer les SOE et SOU à travers un paquet d'interventions (préventives, curatives et promotionnelles) accessibles et de qualité en faveur de la santé de la mère et du nouveau né au sein de la communauté et dans les formations sanitaires.

**3.2.** Promouvoir un engagement politique et des pratiques communautaires favorables à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

**3.3.** Améliorer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

**3.4.** Développer le plaidoyer en faveur d'un plus fort engagement des acteurs dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

### **IV. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

#### **4.1. Mettre en œuvre dans les formations sanitaires publiques les normes et protocoles permettant le dépistage précoce des principaux facteurs de risque de mortalité maternelle et néonatale**

Il s'agit de rendre disponible l'information et les soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement. Cela comprend l'amélioration de la qualité de la CPN qui passe par la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos, la prescription d'une moustiquaire imprégnée pour se protéger contre le paludisme, le dépistage de l'anémie, l'enrôlement des femmes dans le programme de PTME, l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes et le conseil pour l'accouchement dans de bonnes conditions par du personnel qualifiés (Médecins, Sage Femmes, Accoucheuses Auxiliaires ou tout autre agent de santé d'un niveau de compétence équivalent, capable de déceler et de prendre en charge les complications de l'accouchement). La proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié doit être porté à 80% au niveau national. Cet objectif vise aussi le dépistage et la prise en charge de 80% des complications liées à la grossesse et à l'accouchement et à ce que tous les nouveaux nés bénéficient d'une prise en charge efficace en fonction des besoins à tous les niveaux.

#### **4.2. Améliorer le plateau technique des CMA pour la prise en charge efficace des urgences obstétricales**

C'est rendre disponible dans au moins 50% des CMA et 100% des CHR une équipe complète qualifiée et équipée pour les actes de chirurgie d'urgence. Cela suppose aussi la disponibilité dans l'ensemble des hôpitaux de référence d'unités de réanimation fonctionnelles et de kits pour la prise en charge des urgences obstétricales.

L'amélioration de la qualité des services avec l'utilisation des outils d'assurance qualité et le renforcement des compétences d'au moins 80% des prestataires pour l'offre de soins obstétricaux et néonataux essentiels sont aussi visés.

#### **4.3. Mettre en place dans les districts sanitaires un mécanisme efficace de transfert des grossesses compliquées vers les centres de référence appropriés**

Il s'agit de doter au moins 80% des CSPS ruraux, 100% des CSPS urbains et les hôpitaux de référence de moyen de communication et de transport de malades adaptés.

Ceci comprend aussi l'existence d'un système de référence fonctionnel liant de façon efficace les niveaux de soins dans le but d'assurer une gestion appropriée des complications maternelles et néonatales.

#### **4.4. Réduire le coût des prestations de soins de santé maternelle et néonatale au niveau des bénéficiaires**

Le renforcement / mise en place d'un système de partage des coûts des soins dans tous les districts est prévue dans ce cadre. Cela doit s'accompagner d'une rationalisation de la prise en charge des urgences obstétricales.

#### **4.5. Élaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication en faveur de la MMR**

Il s'agit de sensibiliser la communauté, la société civile et les décideurs afin d'élever leur niveau de prise de conscience sur la problématique de la mortalité maternelle et néonatale et augmenter l'allocation des ressources pour la santé maternelle et néonatale. Plus spécifiquement informer les femmes et les familles sur l'espacement des naissances, sur les risques et symptômes indicateurs d'un danger, sur les risques pendant le travail et l'accouchement.

#### **4.6. Renforcer le cadre juridique et réglementaire en faveur de la santé maternelle, néonatale et de la promotion de la femme**

C'est la contribution à l'adaptation, l'élaboration, la diffusion et l'application des textes juridiques et réglementaires en faveur de la femme et du nouveau né. Il en est de même pour le renforcement des activités en faveur de la promotion de la femme.

#### **4.7. Développer le partenariat avec l'ensemble des acteurs de la santé de la reproduction**

Il s'agit d'assurer une lutte intégrée contre la mortalité maternelle et néonatale en impliquant l'ensemble des partenaires de SR dans les cadres de concertation aux différents niveaux du système de santé.

#### **4.8. Mettre en place un système de suivi et d'évaluation adapté et efficace**

Il s'agit d'assurer une disponibilité permanente des informations utilisables en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Un appui est aussi apporté dans ce cadre aux niveaux intermédiaire et périphérique pour améliorer la qualité du processus de planification en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

#### **4.9. Développer la recherche**

C'est renforcer la recherche-action et appliquer les approches novatrices en santé maternelle et néonatale dans les formations sanitaires.

## V. LES AXES STRATEGIQUES

Le choix des axes stratégiques prioritaires a été dicté par l'analyse précédente. Ainsi huit axes sont retenus pour servir de base d'actions aux différents acteurs.

**1. La promotion l'assistance qualifiée à l'accouchement** est apparue comme l'axe stratégique majeur sur lequel la lutte contre la MMN devra se fonder. Il s'agit de faire en sorte que l'essentiel des accouchements et leurs complications soient pris en charge par des professionnels de la santé. Cela est possible, mais suppose des actions à trois niveaux : i) Au niveau communautaire : susciter une plus grande prise de conscience sur les risques liés à l'accouchement et le recours aux services de santé. Une réorientation du rôle des AV pourrait aider à améliorer cette prise de conscience de même que l'action concertée des autres secteurs ministériels dont celui de l'Action Sociale et la Solidarité Nationale et celui de la Promotion de la femme ; ii) Au niveau des services de santé : **renforcer le système de référence** et assurer la disponibilité du personnel qualifié aux différents échelons ; iii) Au niveau des acteurs politiques : un engagement politique plus fort non seulement dans les investissements (**infrastructures et équipement**) mais aussi dans la **formation** et la meilleure utilisation des ressources humaines en santé.

Cet axe devra être développé de concert avec sept autres axes jugés prioritaires car complémentaires.

**2. La promotion de l'assurance qualité des soins et des services.** La qualité des soins offerts est insuffisante. Un processus d'amélioration continue de la qualité contribuera à la hausse de la qualité des services de santé de la reproduction et par conséquent à leur utilisation par les populations;

**3. La promotion du partenariat en faveur de la stratégie de la M.M.R.** Il est important de renforcer les capacités des districts et DRS dans la planification et la prise en charge de la santé maternelle et infantile, y compris la PF. Cependant l'action des autres secteurs est essentielle car de nombreux déterminants échappent au secteur de la santé d'où la nécessité de *promouvoir une collaboration intersectorielle active.*

**4. Le développement d'un plan intégré de communication pour la stratégie Maternité à Moindre Risque (M.M.R.).** Ce plan est un support pour le plaidoyer dans la lutte contre la MMN. Il est un outil indispensable pour une meilleure prise de conscience de la communauté, faciliter l'engagement politique et accroître les ressources pour les actions de santé maternelle et néonatales y compris la PF.

**5. L'habilitation de la femme** pour lui assurer un meilleur statut juridique, socio-économique et éducationnel. La lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé maternelle et néonatale s'inscrit dans ce cadre. Tout cela permettra à la femme de pouvoir gérer tous les aspects de sa santé reproductive. Le développement de cet axe se fera grâce à l'apport des autres départements ministériels collaborateurs;

**6. La promotion de la recherche.** De nombreux domaines doivent être mieux compris pour rendre les décisions plus rationnelles. Aussi, dans le domaine de la *recherche*, les initiatives en cours (IMMPACT) doivent être soutenues et renforcées;

7. L'insuffisance des ressources commande une plus ***grande coordination des interventions***. Aussi il est essentiel que le Ministère de la Santé assure le leadership de cette coordination pour d'une part, promouvoir la complémentarité des interventions et d'autre part s'assurer de leur harmonisation. Cela nécessite un renforcement institutionnel de la structure de coordination en moyens logistiques et équipements pour l'amélioration des compétences des gestionnaires de programmes.

8. Enfin, des outils et ***des stratégies de suivi et d'évaluation*** doivent être développés afin de valoriser les expériences positives, corriger les insuffisances et mieux conscientiser les acteurs sur l'évolution du problème.

Un neuvième axe a été identifié en rapport avec la ***prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant***. Cet axe n'est pas développé dans le présent document étant donné qu'il existe un programme spécifique PTME/VIH.

## VI. LES DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRE

<b>Axes stratégiques</b>	<b>Domaines d'action prioritaire</b>
1. Promotion de l'assistance qualifiée à l'accouchement	1.1. Renforcement des compétences du personnel de santé dans le domaine obstétrical et de la planification familiale
	1.2. Augmentation de la disponibilité des ressources humaines pour la prise en charge des accouchements normaux et des complications.
	1.3. Amélioration de l'accès géographique et financier aux services de qualité (PF, soins pré et postnatals, accouchement, SAA, prise en charge des complications liées MGF)
	1.4. Renforcement du système de référence/évacuation
2. Promotion de l'Assurance Qualité des Services	2.1. Promotion de l'application et de l'évaluation des normes et protocoles en matière de M.M.R.
	2.2. Amélioration de la qualité des services y compris les SONU
	2.3. Implication de la communauté dans le processus d'Assurance Qualité des Services (AQS)
3. Promotion du partenariat en faveur de la stratégie de la M.M.R.	3.1. Renforcement de la collaboration intersectorielle en faveur de la MMR
	3.2. Renforcement de la collaboration intra sectorielle en faveur de la MMR
	3.3. Développement des capacités nationales pour une MMR
4. Le développement d'un plan intégré de communication pour la stratégie Maternité à Moindre Risque (M.M.R.)	4.1. Renforcement des activités de promotion de la SR au plan national à travers les médias
	4.2. Promotion des changements de comportements au niveau communautaire en faveur d'une demande plus grande des soins obstétricaux et néonataux en impliquant les organisations locales et les autorités locales
	4.3. Renforcement de la prise de conscience des décideurs politiques (nationaux et locaux) en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.
5. Habilitation de la femme	5.1. Lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme
	5.2. Scolarisation/Alphabétisation
	5.3. Promotion socio- économique et juridique
6. Promotion de la recherche dans le domaine de la MMR	6.1. Identification et vulgarisation des meilleures pratiques dans le domaine obstétrical et néonatal
	6.2. Initiation de nouvelles recherches
7. Développement de la coordination des interventions	7.1. Promotion d'un cadre d'échange entre acteurs intervenant dans le domaine de la MMR
	7.2. Développement d'outils de communication entre les acteurs du domaine
8. Amélioration du suivi et de l'évaluation dans le cadre de la MMR	8.1. Élaboration et diffusion d'indicateurs de suivi des activités et effets de la lutte contre la MMN
	8.2. Développement d'une stratégie d'appui aux ECD pour l'élaboration et l'évaluation et de leurs plans d'action (volet SR)
	8.3. Promotion de la mise en place d'un comité national de suivi des programmes et stratégies de réduction de la MMN

## VII. RÉPARTITION DES DOMAINES D'ACTION SELON LES DIFFÉRENTS ACTEURS

Domaines	DSF	DEP	CADSS	DRH	DRS	ECD	Autres Ministères	UFR/SDS ENSP	CHR/ CHU	Partenaires
A.1 1.Renforcement des compétences du personnel de santé dans le domaine obstétrical	+++		+++	+++	++	++		+++	++	++
A.1.2 Augmentation de la disponibilité des ressources humaines pour la prise en charge des accouchements normaux et des complications.	+		++	+++	++	++		+++	+	
A.1.3.augmentation de l'accès géographique et financier aux services de qualité ci après : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La planification familiale</li> <li>- Les soins prénatals</li> <li>- L'accouchement</li> <li>- Les soins postnatals</li> <li>- La prise en charge des complications liées aux violences faites aux femmes ( MGF, ...)</li> <li>- Les soins après avortement</li> </ul>	+++		+++	++	+++	+++		++	+++	
A. 1.4. Renforcement du système de référence/évacuation	++		+++	+++	+++	+++		++	++	++

<b>Domaines</b>	<b>DSF</b>	<b>DEP</b>	<b>CADSS</b>	<b>DRH</b>	<b>DRS</b>	<b>ECD</b>	<b>Autres Minist</b>	<b>UFR/SDS ENSP</b>	<b>CHR/CHU</b>	<b>Partenaires ONG/Ass</b>
A.2.1. Promotion de l'application et de l'évaluation des normes et protocoles en matière de M.M.R.	+++	+	+		++	++				+
A.2.2. Amélioration de la qualité des services y compris les SONU	++		++		+++	+++			+++	
A.2.3. Implication de la communauté dans le processus d'AQS						+++			+++	
A.3.1. Renforcement de la collaboration intersectorielle en faveur de la MMR	+++	++			+++	+++				+
A.3.2. Renforcement de la collaboration intra sectorielle en faveur de la MMR	+++	+++	+					+	++	
A.3.3. Développement des capacités nationales pour une MMR	+++	+	+	++				++	+	++
A.4.1. Renforcement des activités de promotion de la SR au plan national à travers les médias	+++						++			+++
A.4.2. Promotion des changements de comportements au niveau communautaire en faveur d'une demande plus grande des soins obstétricaux et néonataux en impliquant les organisations et les autorités locales	+				+++	+++	+		+	++
A.4.3. Renforcement de la prise de conscience des décideurs politiques (nationaux et locaux) en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.	+++				+++	+++	++			++

<b>Domaines</b>	<b>DSF</b>	<b>DEP</b>	<b>CADSS</b>	<b>DRH</b>	<b>DRS</b>	<b>ECD</b>	<b>Autres Minist</b>	<b>UFR/SDS ENSP</b>	<b>CHR/CHU</b>	<b>Partenaires ONG/Ass</b>
A.5.1. Lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme	++				++	++	+++			
A.5.2. Scolarisation/Alphabétisation							+++			
A.5.3. Promotion socio- économique et juridique							+++			
A.6.1. Identification et vulgarisation des meilleures pratiques dans le domaine obstétrical et néonatal	+++	+++	+++		+	+			++	+
A.6.2. Initiation de nouvelles recherches	+++	+++	+++		+++	+		+++	++	+++
A.7.1. Promotion d'un cadre d'échange entre acteurs intervenant dans le domaine de la MMR	+++	+	+		+++	+++			+	++
A.7.2. développement d'outils de communication entre les acteurs du domaine	+++	+			++	++				++
A.8.1. Élaboration et diffusion d'indicateurs de suivi des effets de la lutte contre la MMN	+++	+++	+		++	++			+	+
A.8.2. Développement d'une stratégie d'appui aux ECD pour l'élaboration et l'évaluation de leurs plans d'action (volet SR)	++	+	+		+++	++			++	++
A.8.3. Promotion de la mise en place d'un comité national de suivi des programmes et stratégies de réduction de la MMN	+++	+++	++		+	+	++	+	++	+

## VIII. SUPPOSITIONS IMPORTANTES

La présente stratégie est une contribution du secteur de la santé à la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle. Sa réussite est conditionnée par une implication effective des autres départements ministériels tels que :

*Le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN)* pour la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement afin de réduire certaines barrières socioculturelles qui influencent l'utilisation des services de santé et favorisent certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la mère et de l'enfant.

*Le Ministère de la promotion de la Femme* pour accroître la qualité de vie des jeunes filles et de la femme en améliorant les possibilités qui leurs sont offertes sur le plan du travail.

*Le Ministère des Droits Humains* chargé de l'adaptation et de l'application des textes législatifs et réglementaires en matière de droit de Santé de la Reproduction. Il travaillera à supprimer les discriminations à l'égard des femmes sur le plan de l'éducation, de l'information et de l'emploi.

*Le Ministère de l'Économie et celui des Finances* chargés de la lutte contre la pauvreté en général pourront susciter des activités génératrices de revenus pour la femme et rechercher d'autres alternatives de financement des prestations de santé.

*Le Ministère de l'Enseignement de base et de l'alphabétisation* poursuivra l'amélioration de l'alphabétisation et la scolarisation de la jeune fille et de la femme.

*Le Ministère de l'Agriculture* pour appliquer la réforme agraire et foncière qui autorise l'accès des femmes à la terre.

## IX. LA MISE EN ŒUVRE DES AXES STRATÉGIQUES

### **8.1 Processus de dissémination.**

Le document de stratégie étant un outil de travail pour les différents acteurs du système de santé, un accent doit être mis pour assurer son appropriation par ces derniers.

- La validation du document

Le plan stratégique est validé par le ministère de la santé et constitue donc un document officiel de référence en matière de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

- La dissémination

Chaque acteur du système de santé est tenu de faire connaître le contenu du document aux différents échelons du système dont il a la charge et s'assurer que le contenu du plan est utilisé pour la planification opérationnelle. Il s'agira donc de procéder à une dissémination active du document afin de s'assurer que les acteurs ont compris non seulement sa pertinence mais également que des stratégies de prise en compte des axes sont clairement identifiées.

## **8.2 L'appropriation du plan stratégique par les différentes cibles.**

Outre la participation aux différents ateliers, chaque acteur devra définir une stratégie d'intégration des axes stratégiques dans son plan d'action ou dans son programme d'intervention. La DSF pourra ainsi élaborer chaque année un plan d'action qui s'inspire essentiellement des domaines d'intervention portant sur la production des normes et standard, leur application au plan national, leur révision, leur évaluation.

Les DRS et les Districts sanitaires s'orienteront davantage vers la mise en œuvre des directives en fonction des spécificités de chaque localité.

Quant aux partenaires de la santé, la formulation de leurs projets ou programmes se fondera sur les axes prioritaires définis par le plan stratégique.

L'organisation des ateliers de dissémination peut offrir un cadre pour de telles réflexions.

La DSF devra formuler des directives chaque année en guise de rappels au moment de l'élaboration des plans d'action opérationnels.

## **8.3 Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre**

Le suivi de la mise en œuvre doit être envisagé à deux niveaux

### **8.3.1 Le suivi du processus de mise en œuvre**

Il s'agit de s'assurer d'une prise en compte effective des différents axes stratégiques par les différents niveaux du système de santé. Les rapports des ateliers de dissémination, les directives de même que le contenu des plans et programmes devront attester de la mise en œuvre du plan stratégique.

### **8.3.2 L'évaluation des résultats et des effets**

Il s'agit de s'assurer à long terme, que la mise en œuvre des axes stratégiques produit des effets en terme d'amélioration de l'état de santé des femmes et des nouveaux nés.

Les différents indicateurs de processus/résultats/d'impact ci-dessous serviront à chaque niveau pour apprécier cette situation en plus des indicateurs objectivement vérifiables cités plus haut.

Il est suggéré que chaque niveau puisse identifier et analyser les indicateurs de base au moment de l'élaboration de son plan d'action 2004. Cet exercice devra être réalisé chaque année avant l'élaboration des différents plans d'action..

L'évaluation devra être annuelle en ce qui concerne le niveau opérationnel. La DSF élaborera un rapport statistique annuel sur la MMR et MNN et réalisera une évaluation finale du plan stratégique. Il ne s'agira pas de mettre en place un système parallèle à celui de la DEP (SIS) mais de procéder à une analyse plus fine des données disponibles et spécifiques à la MMR. Les principaux indicateurs que sont les ratio de mortalité maternelle et mortalité néonatale seront mesurés de façon périodique à travers l'EDS.

### **8.3.3 Le Comité National de Suivi de la mise en œuvre des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale**

Le rôle de ce comité est de suivre la mise en œuvre de tous les programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que les recommandations issues des rencontres nationales et internationales y afférentes. Il pourra faire des suggestions en vue du renforcement des différentes interventions pour réduire la mortalité maternelle et néonatale ainsi que le suivi des activités de plaidoyer.

## X. LES INDICATEURS DE SUIVI/EVALUATION DE LA MATERNITE A MOINDRE RISQUE

### INDICATEURS DE LA MMR DANS LE DISTRICT SANITAIRE

DETERMINANTS	INDICATEURS	DEFINITION	PERIODICITE DE L'EVALUATION	MECANISMES DE RECUEIL
<b>Disponibilité des services</b>	<b>Ratio Population/ personnel qualifié</b>	Nombre de personnel qualifié par rapport à la population	Annuelle	Routine
	<b>Taux de rupture en médicaments* par niveau de distribution</b>	Nombre de jours dans l'année ou la période où une molécule donnée n'était pas disponible par rapport au nombre de jours de la période	Mensuelle ; trimestrielle	Routine
	<b>Taux de disponibilité en Kits d'urgence</b>	Nombre de jours dans l'année ou la période où les kits d'urgence était disponible par rapport au nombre de jours de la période	Mensuelle, trimestrielle	Routine
	<b>Besoins obstétricaux non couverts</b>	Nombre IOM/ nombre IMA attendues (norme 1%)	Tous les deux ans	Enquêtes
	<b>Besoins transfusionnels non couverts</b>	Nombre de femmes n'ayant pas obtenu une transfusion indiquée/ Nombre de femmes pour qui l'indication de transfusion a été posée	Dossier Enquête	Annuel
	<b>% de CMA offrant des SONU complets au cours de l'année</b>	Nombre de CMA assurant au cours d'une année de façon continue des SONU complets / Nombre total de CMA	Rapport de supervision  Rapport d'activités du CMA	annuel

\* Médicaments concernés : Fer, Acide folique, Chloroquine

<b>DETERMINANTS</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>DEFINITION</b>	<b>PERIODICITE DE L'EVALUATION</b>	<b>MECANISMES DE RECUEIL</b>
<b>Accessibilité des services</b>	<b>Taux d'accessibilité géographique</b>	Proportion des habitants dans un rayon de moins de 4 km, de 5 à 9 km et de plus de 10 km	Annuelle	Routine
	<b>Ratio CSPP/Population</b>	Nombre de CSPP par rapport à la population	Annuelle	Routine
	<b>Pourcentage de district ayant une ambulance</b>	Nombre de district disposant d'une ambulance fonctionnelle sur le nombre total de district	Supervision Rapport d'activités	annuel
	<b>Pourcentage de district disposant d'un RAC</b>	Nombre de district disposant d'un RAC fonctionnel sur le nombre total de district	Supervision Rapport d'activités	annuel
<b>Utilisation/ Couverture adéquate</b>	<b>Nombre d'avortements provoqués</b>	Nombre total d'avortements provoqués vus dans les FS	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	<b>Proportion de césariennes réalisées</b>	Nombre de césariennes réalisées sur nombre d'accouchements attendus (à comparer à la norme internationale)	Trimestrielle	Routine
	<b>Taux de couverture en VAT 2</b>	Nombre de femmes en âge de procréer ayant reçu deux doses de VAT selon les normes par rapport aux femmes en âge de procréer	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	<b>Proportion d'accouchements assistés dans les FS</b>	Nombre d'accouchements effectués sous assistance d'un personnel qualifié dans les structures de santé par rapport aux accouchements attendus ;	Annuelle	Routine
	<b>Taux d'emploi des contraceptifs</b>	Nombre de couples sous méthodes contraceptives par rapport aux objectifs des programmes	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	<b>Taux de couverture de la CPN selon la norme nationale</b>	Nombre de femme en grossesse ayant suivi la CPN selon les normes par rapport au nombre de grossesses attendues dans la période	Mensuelle et trimestrielle	Routine

<b>Qualité des services</b>	<b>% d'accouchement assisté à l'aide d'un partographe</b>	Nombre d'accouchement assisté à l'aide d'un partographe / Nombre total d'accouchement	Dossier	Annuel
	<b>Taux de grossesses à risque dépistées</b>	Nombre de grossesses à risque dépistées par rapport aux grossesses risque attendues*	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	<b>Proportion de grossesses à risque référées</b>	Nombre de grossesses à risque dépistées et référées par rapport aux grossesses à risque attendues	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	<b>Taux de couverture en consultation postnatale</b>	Nombre de femmes ayant accouché et vues en consultation post natale par rapport aux femmes ayant accouché	Mensuelle et trimestrielle, Annuelle	Routine
	<b>Taux d'évacuations réalisées</b>	Nombre de cas évacués sur nombre de cas reçus CSPP → CMA CMA → CHR	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	<b>Nombre de cas de tétanos néonatal</b>		Continu	Routine
	<b>Nombre de cas de tétanos maternel</b>		continu	Routine
	<b>Nombre de cas d'IST dépistées</b>		continu	Routine
	<b>Proportion de faible poids de naissance</b>	Nombre Nnés faible poids de naissance sur nombre total de Nouveaux nés	continu	Routine
	<b>Taux mortalité néonatale précoce</b>	Nombre de décès de nouveaux nés de 0 à 7 jours après la naissance sur nombre total nouveaux nés	Mensuelle et trimestrielle	Routine

\*Taux de grossesses à risque attendues selon les normes : 5% des grossesses

## INDICATEURS DE LA MMR AU NIVEAU CHU ET CHR

DETERMINANTS	INDICATEURS	DÉFINITION	MÉCANISMES DE RECUEIL	PÉRIODICITÉ DE L'ÉVALUATION
Disponibilité des services	% de CHR offrant des SONU complets au cours de l'année	Nombre de CHR assurant au cours d'une année de façon continue des SONU complets / Nombre total de CHR	Rapport de supervision  Rapport d'activités du CHR	annuel
	% de CHR dotés en kits d'urgence	Nombre de CHR doté en Kit d'urgence/ Nombre total de CHR	État de répartition de la DSF Procès verbal de réception	annuel
	Taux de rupture en Kits d'urgence par CHR, CHU	Nombre de jours de rupture divisés / 365 jours	Supervision	annuel
Accessibilité des services	Pourcentage de CHU/CHR disposant d'une ambulance	Nombre de CHR/CHU disposant d'une ambulance fonctionnelle sur le nombre total de CHR/CHU	Supervision Rapport d'activité	annuel
	Pourcentage de CHU/CHR disposant d'un RAC	Nombre de CHR/CHU disposant d'un RAC fonctionnel sur le nombre total de CHR/CHU	Supervision Rapport d'activité	annuel
Utilisation/ Couverture adéquate	Proportion de césariennes réalisées	Nombre de césariennes réalisées sur nombre d'accouchements attendus (à comparer à la norme internationale)	Trimestrielle	Routine
	Nombre d'avortements provoqués	Nombre total d'avortements provoqués vus dans les FS	Mensuelle et trimestrielle	Routine
	Proportion d'accouchements assistés dans les CHR/CHU	Nombre d'accouchements effectués sous assistance d'un personnel qualifié dans les structures de santé par rapport aux accouchements attendus ;	Annuelle	Routine

<b>Qualité des services</b>	<b>% d'accouchement assisté à l'aide d'un partographe</b>	Nombre d'accouchement assisté à l'aide d'un partographe / Nombre total d'accouchement	Dossier	Annuel
	<b>% de grossesse à risque prise en charge selon les normes</b>	Nombre de grossesse à risque prise en charge selon les normes/Nombre total de grossesse à risque admis dans la structure	Supervision	Annuel
	<b>Besoins transfusionnels non couverts</b>	Nombre de femmes n'ayant pas obtenu une transfusion indiquée/ Nombre de femmes pour qui l'indication de transfusion a été posée	Dossier Enquête	Annuel
	<b>Pourcentage de CHR disposant d'une unité transfusionnelle fonctionnelle</b>	Nombre de CHR disposant d'une unité transfusionnelle fonctionnelle sur Nombre total de CHR	Rapport	annuel
	<b>Nombre de décès maternels par tranche d'âge en milieu hospitalier</b>	Nombre de décès maternels par tranche sur 100.000 naissances vivantes.	Dossiers Enquête	annuel
	<b>Taux de létalité par cause de complication</b>	Nombre de décès pour une cause de complication./Nombre total de cas admis pour cette complication	Dossiers	Annuel
	<b>Taux de létalité des complications</b>	Nombre de décès chez les cas compliqués / Nombre total de cas de complication	Dossiers Enquête	Annuel
	<b>Pourcentage de femmes référées parmi l'ensemble des accouchements</b>	Nombre de femmes référées pour complications d'accouchement/ Nombre d'accouchement	Dossiers Enquête	Annuel
	<b>Proportion de référence injustifiée dans les CHR et CHU</b>	Nombre de référence injustifiée/ Nombre total de référence	Dossiers des patients Enquête	Annuel
	<b>Proportion de morti - naissance</b>	Nombre total de morts nés / Nombre total d'accouchement	Dossiers Rapports	Annuel
	<b>Taux de mortalité périnatale</b>	Nombre total de décès périnatals/ Nombre total d'accouchement	Rapport Dossiers	Annuel
	<b>Taux de létalité chez les femmes césariées</b>	Nombre de décès chez les femmes césariées / Nombre de femmes césariées	Rapports Dossiers Enquête	Annuel

## **XI. LE FINANCEMENT DE LA STRATEGIE**

Les sources de financement du plan stratégique sont le budget de l'état et ses démembrements, les ressources des partenaires au développement (organismes multilatéraux et bilatéraux, ONG nationales et internationales) ainsi que celles de la communauté.

Etant dans un processus de décentralisation du système de santé, l'approche décentralisée du financement des interventions de la maternité à moindre risque sera privilégiée.

Les ressources couvriront le fonctionnement, les investissements, la recherche en santé maternelle et infantile, la mise en œuvre des activités inscrites dans les plans d'action, le suivi et l'évaluation de la stratégie.

**ANNEXES :**

I- Glossaire

II- Organigramme du Ministère de la Santé

III- Organigramme de la Direction de la Santé de la Famille

## ANNEXE I : GLOSSAIRE

**Assistance Qualifiée à l'Accouchement :** C'est un processus à travers lequel une femme enceinte et son nouveau né reçoivent des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et la période du post-partum immédiat. Les soins sont dispensés par un accoucheur qui dispose de compétence nécessaire dans un environnement favorable.

**Maternité à Moindre Risque (MMR) :** C'est une initiative lancée à Nairobi en 1987 pour un effort mondial visant à réduire de moitié le nombre de décès maternel d'ici l'an 2000. Il s'agit d'assurer aux femmes des services dont elles ont besoin pour traverser la période de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum afin qu'elles mettent au monde un bébé bien portant et continuent à jouir d'une bonne santé pour élever ce bébé dans la joie.

**Mortalité Maternelle:** Selon l'OMS, la mort maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite.

**Mortalité Néonatale :** Tout décès d'un nouveau né dont l'âge est compris entre zéro et 28 jours après la naissance.

. Mortalité Néonatale précoce : Naissance au 7<sup>ème</sup> jours de la vie

. Mortalité Néonatale tardive : 8<sup>ème</sup> au 28<sup>ème</sup> jour après la naissance

**Santé de la Reproduction (SR) :** Bien être général tant physique mental que social de la personne humaine pour ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

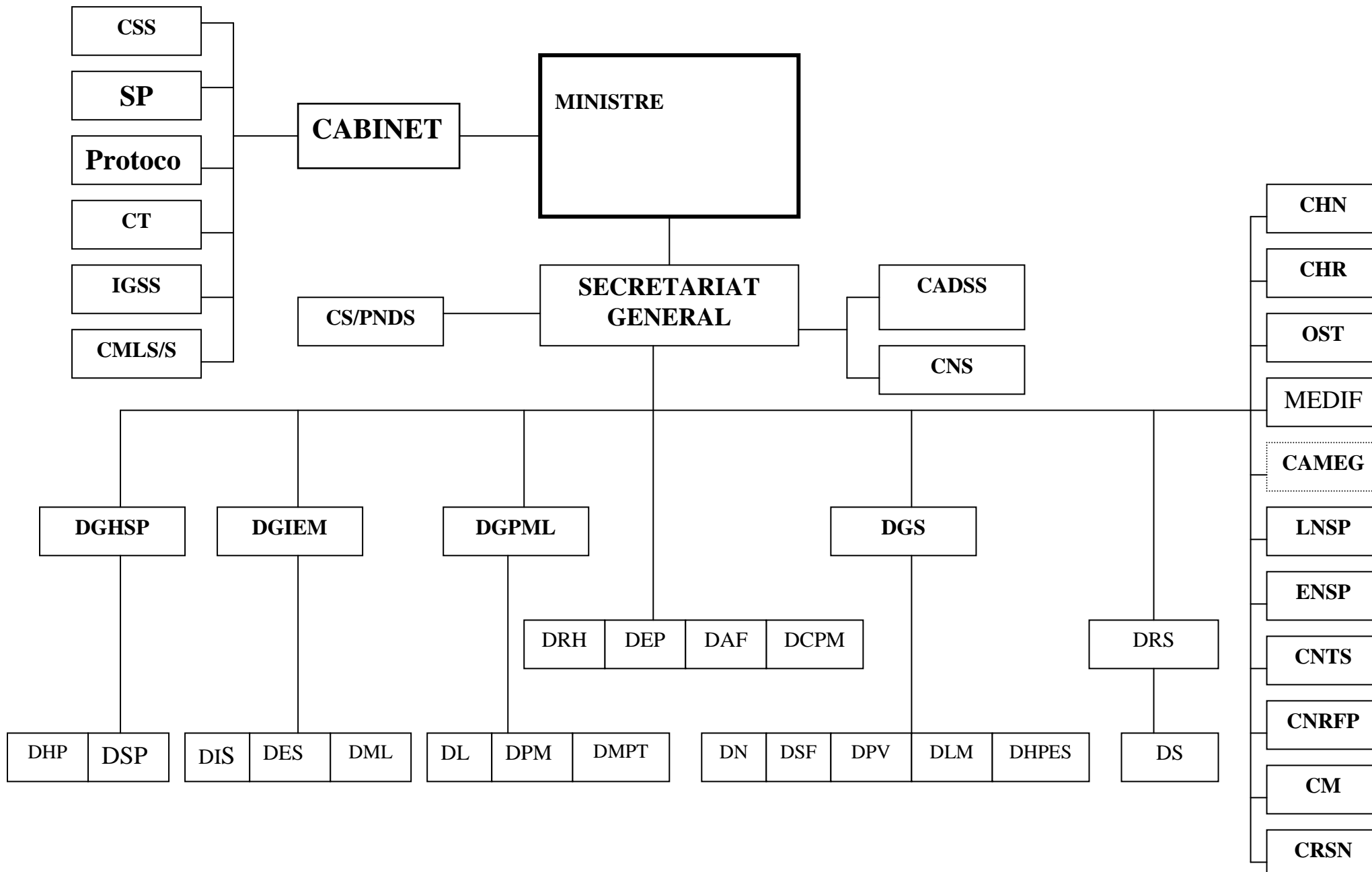
**Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) :** C'est un ensemble de soins de santé minimum nécessaires pour la prévention et la prise en charge des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement.

**Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC) :** C'est un ensemble de soins de santé nécessaires pour la prévention et la prise en charge des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement auquel s'ajoute la transfusion sanguine et la césarienne.

**Soins Obstétricaux Essentiel (SOE) :** Le minimum d'interventions pour promouvoir une grossesse, un accouchement. Ceci inclus les consultations préconceptionnelles, prénatales, la planification des naissances, le dépistage et la prise en charge/référence des grossesses pathologiques, l'accouchement normal, les soins au nouveau né et la surveillance du post-partum

**Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) :** Ce sont des soins offerts en urgence à toute femme et à son nouveau né présentant des complications pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

**ANNEXE II : ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE**



**ANNEXE III : ORGANIGRAMME DE LA DSF**

