

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice



POLITIQUE ET NORMES EN MATIERE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Décembre 2018

REMERCIEMENTS

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

Il tient particulièrement à adresser ses vifs remerciements à l'ensemble des partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé, les associations, les sociétés savantes, les ordres professionnels pour leur appui constant.

Ses remerciements vont particulièrement à l'UNFPA, à Jhpiego, à HP+, à Pathfinder, à Intrahealth International et à l'Unicef qui ont apporté leur soutien financier.

SOMMAIRE

Liste des Tableaux.....	4
EQUIPE DE REDACTION	5
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	7
CONTEXTE	9
PREMIERE PARTIE : POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	19
Introduction.....	19
I. Principes de base	20
II. But et objectifs.....	20
III. Concept de santé de la reproduction	21
IV. Volets et composantes de la santé de la reproduction au Burkina Faso 21	
V. Politique par composante.....	25
5.1 Santé de la femme	25
5.2 Santé de l'enfant.....	38
5.3 Santé des adolescents(es) et des jeunes	42
5.4 Santé de l'homme.....	43
5.5 Santé des personnes âgées	44
5.6 Composantes communes	44
5.7 Composantes d'appui	48
DEUXIEME PARTIE : NORMES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	55
Introduction.....	56
I. Normes par composante	56
1.1. Santé de la femme	56
1.2. Santé de l'enfant.....	61
1.3. Santé des adolescents (es) et jeunes	68
1.4. Santé des hommes.....	72
1.5. Santé des personnes âgées	73
1.6. Composantes communes	74
II. Composantes d'appui	86
2.1. Plaidoyer	86
2.2. Gestion des services de SR	86
2.3. Formation.....	89
2.4. Recherche	91
2.5. Supervision	92
2.6. Suivi/ évaluation	93
2.7. Gestion de l'information sanitaire.....	95
2.8. Participation communautaire	97
2.9. Financement des services de SR.....	98

Liste des Tableaux

Tableau I : Soins obstétricaux et néonataux essentiels.....	57
Tableau II: Maternité a moindre risque	59
Tableau III: Prise en charge gynécologique.....	60
Tableau IV: Calendrier vaccinal pour les enfants de 0 à 18 mois révolus	63
Tableau V: Surveillance de la croissance de l'enfant	65
Tableau VI: Prise en charge des enfants malades	66
Tableau VII: P.C.I.M.E.....	67
Tableau VIII :Services de SR pour les adolescents (es) et jeunes	69
Tableau IX: Services de SR pour les hommes	72
Tableau X: Services de SR pour les personnes âgées	73
Tableau XI: Planification familiale.....	74
Tableau XII : IEC/CCSC	80
Tableau XIII: IST /VIH / Sida.....	81
Tableau XIV: Prévention et contrôle des infections associées aux soins	82
Tableau XV: Lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes et les violences.....	84

EQUIPE DE REDACTION

Groupe thématique Politique et normes

- Dr Isaïe MEDAH, DGSP
- Dr SANOU Souleymane, ITSS
- Dr KY André Yolland, DSF
- Dr BICABA Isabelle, DGSP
- Dr ZAN Souleymane, OMS
- Dr Adama OUATTARA, Chargé de Mission
- Dr NASSA Sawadogo Michel, UNFPA
- M. SAWADOGO Issaka, DSF
- Dr HIEN Albert, DSF
- Dr MASSIMBO Blaise Pascal, DSF
- M. TOE Simplicie Séraphin, GT/SR
- Pr. SANDOUIDI Alfred, Ordre des pharmaciens
- M. OUEDRAOGO Robert, Ordre des infirmiers
- Mme YELBEOGO / TRAORE Mariam DSF

Groupe thématique Santé de la femme

- Pr THIEBA/BONANE Blandine, UFR/SDS
- Dr ZAMANE Hyacinthe, SOGOB
- Dr LILIOU K Sabine, SOGOB
- Dr SANON Djeneba, UNFPA
- Mme BARGO Aminata, EdM Suisse
- Mme ZERBO Aoua, UNFPA
- Dr DADJOARI Moussa, DSF
- Mme ZERBO Georgette, DSF
- Dr SAWADOGO Ramatou, DSF
- Dr CAMARA Tiécoura, PNL
- M. OUEDRAOGO Moussa, ENSP
- Dr OUEDRAOGO Oumarou, SOBUPED
- M. OUERECE Mathieu, DSF
- Mme COMPAORE Judith, DSF
- Dr SANOU Philippe, Intrahealth International

- Mme SARAMBE Habibou, DSF
- Dr PODA Clarisse, DSF

Groupe thématique Santé de l'enfant

- Pr YE / OUATTARA Diarra, CHUP-CDG
- Dr NAGALO Kisito, SOBUPED
- Dr ZOMBRE Valérie, DSF
- Dr BANGAGNE Yemdame, UNICEF
- M. KABORE Ferdinand, DSF
- Dr KABORE William, DPV
- Dr THIOMBIANO Nana, DN
- Dr KONSIMBO Sandrine, DSF
- Dr GUIBLEWEOGO Parfait, UNFPA
- Mme THIOMBIANO /YOUGBARE Cécile, MdM France
- Dr DAO Fousséni, OMS
- M. SANA Salam, DSF
- Dr BARRO Seydou, DRS du Centre-ouest

Groupe thématique Composantes communes

- Dr BIDIGA Aimé Joseph, PSSLS-IST
- Dr OUEDRAOGO Cheick Oumar, Jhpiego
- Dr BADIEL Emile, DSF
- Dr KAFANDO Awa, DPES
- Mme KABORE Zeïnab, DPES
- Mme NONGUERMA Mariam, ABSFM
- M. SAWADOGO Nongma, MSH
- Dr BOUGMA S Mathieu, DSF
- M. SARI Serges, UNFPA
- Dr ZOUNDI Michel, MSB
- Dr YAMEOGO Nadia, DSF
- Dr CISSE Mireille, UNICEF
- M. OUEDRAOGO Boureihiman, ABBEF
- Mme PARE Célestine, DSF

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AELB	Accident d'exposition au liquide biologique
AMIU	Aspiration Manuelle, Intra Utérine
ARV	Antirétroviral
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ATCD	Antécédents
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUR	Centre Hospitalier Universitaire Régional
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CRP	C- Réactive Protein
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DDR	Date des Dernières Règles
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DIU	Dispositif Intra-Utérin
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
FSH	Follicule Stimulating Hormon
GEU	Grossesse Extra Utérine
IEC	Information- Education- Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVA/IVL	Inspection Visuelle à l'Acide acétique/ Inspection Visuelle au Lugol
LH	Lutenyl Hormon
MEG	Médicament Essentiel Générique

MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
MMR	Maternelle à Moindre Risque
NFS-VS	Numération Formule Sanguine - Vitesse de Sédimentation
ONG	Organisation Non gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification familiale
PSA	Prostate Specific Antigen
PSC	Poste de Santé Communautaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
TA	Tension Artérielle
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

CONTEXTE

Contexte international

Le Burkina Faso au regard des défis sanitaires et de développement en général, a adhéré à de nombreuses déclarations internationales dont certaines sont spécifiquement en rapport avec la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant. Il s'agit entre autres :

- ✓ Du sommet mondial pour les enfants à New York qui s'est fixé des objectifs pour la survie, la protection et le développement des enfants (1990);
- ✓ De la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire qui a défini le concept de SR et les stratégies de mise en œuvre du plan d'action (1994) ;
- ✓ Du sommet mondial sur le développement social de Copenhague qui a mis l'accent sur la place centrale de l'homme dans le processus de développement social (1995);
- ✓ Du sommet mondial de Beijing sur la femme qui a insisté sur la promotion et l'autonomie de la femme (1995) ;
- ✓ Du document sur la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994) ;
- ✓ De la Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide au développement notamment au secteur de la santé en général et celui de santé de la reproduction en particulier (2005) ;
- ✓ Du Programme d'action d'Accra (2008) ;
- ✓ De la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008) ;
- ✓ Du Plan d'action de Maputo « Accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique » pour la période 2007-2010 y compris le plan d'action révisé 2016-2030 ;
- ✓ Ratification le 19 mai 2005 du protocole de MAPUTO relatif aux droits des femmes adopté le 11 juillet 2003 sous l'égide de l'Union africaine ;
- ✓ De la Feuille de route de l'Union africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le cadre de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour la période 2004-2015 ;
- ✓ Objectifs 3 et 5 du développement durable (ODD) 2016 - 2030

- ✓ La Stratégie du Secrétaire Général des Nations Unies, pour la Santé et bien-être des Femmes, Enfants et Adolescents pour la période 2016-2030
- ✓ Sommets de Londres sur la planification familiale en 2012 et 2017 ;
- ✓ De la Résolution sur « la Promotion des Bonnes Pratiques en matière de délégation de Taches dans la mise en œuvre des programmes de santé familiale et reproductive des Etats Membres de la CEDEAO » du 16 juin 2017.

Le Burkina Faso a aussi pris part aux différentes conférences sur la Planification Familiale (PF) dont celle de Sally Mbour au Sénégal sur « l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale » en Septembre 2011, celle de Dakar en Novembre 2011, celle de Londres tenue en Juillet 2012, celle d'Addis-Abeba en Novembre 2013 et tout récemment à la seconde édition du sommet de Londres tenue en Juillet 2017. L'engagement du gouvernement du Burkina Faso a également été porté au plus haut niveau lors du Sommet sur la Planification Familiale à Londres en juillet 2012.

Au-delà de cette adhésion aux initiatives spécifiques en faveur de la santé de la mère, de l'enfant, du nouveau-né, des jeunes et des adolescents, le Burkina Faso a participé à l'élaboration du plan d'action en faveur des personnes âgées (PA) adopté à Madrid sur le vieillissement en 2002 et qui fait suite à la résolution 58.16 « Vieillir en restant actif et en bonne santé » lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1999. Le Burkina Faso a également participé à la Consultation mondiale lancée par l'OMS sur le Vieillissement en bonne santé pour contribuer à la stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé, à Genève, en 2016.

Pour traduire ses engagements en faveur de la santé des mères, des nouveaux nés, des enfants, des jeunes, des adolescents ainsi que des personnes âgées, le Burkina Faso a développé différents plans stratégiques au fil des années ciblant plusieurs thématiques. C'est ainsi que le gouvernement a décidé d'instaurer la gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso. Cette décision a été encadrée par un décret n° 2016- 311-PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID signé le 02 juin 2016.

Toutes ces conférences ont permis de percevoir la santé et les droits des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes en matière de SR comme des questions essentielles ayant un impact sur le développement humain durable. Les orientations et recommandations issues de ces rencontres servent de guide au Burkina Faso

dans l'élaboration de la politique et des normes de SR, dans le cadre global du plan national de développement économique et social (PNDES 2016-2020), de la politique sanitaire nationale (PNS 2011), et du plan national de développement sanitaire (PNDS 2016-2020),).

Contexte national

Pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, s'étend sur une superficie de 274 200km². Le pays est divisé en circonscriptions administratives et en collectivités territoriales avec 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales). Depuis 1991 le pays s'est engagé dans un processus démocratique et un processus de décentralisation du territoire. A partir de 2006, les départements ont été érigés en communes rurales gérées par des conseils municipaux élus au suffrage universel.

Au plan démographique, la population était estimée en 2016 à 19 034 399¹ d'habitants avec 51,7% de femmes². En 2017, cette population est estimée à 19,6 millions d'habitants et il est projeté qu'elle atteindra les 21,5 millions en 2020. Selon la même source, le rythme de croissance est de 3,1% /an avec un indice synthétique fécondité de 5,4 pour l'ensemble du pays. 77,3% de la population³ est rurale. Elle est en majorité jeune avec un âge moyen de 21,8 ans.

Pour 2014, la proportion estimée de jeunes âgés de :

- 6 à 9 ans est de 12,56% dont 48,32% de sexe féminin ;
- 10 à 19 ans est de 24,28% dont 49,49% de sexe féminin ;
- 15 à 24 ans représentent 19,28% dont 51,33% de sexe féminin ;
- 10 à 24 ans représentent 43,55% dont 51,31% de sexe féminin.
- Les plus de 60 ans représentent 4% de la population totale selon les projections du RGPH reprises dans le PS PA 2016-2020.

Au plan économique, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés et classé 183^{ème} sur 188 pays avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,402 en 2015⁴. Selon l'Enquête Multisectorielle Continue (EMC) de 2014⁵ sur le profil de pauvreté et d'inégalités, la pauvreté au Burkina est essentiellement rurale avec une incidence de 47,5% contre 13,7% en milieu urbain. Par ailleurs, on observe de nombreuses inégalités entre régions du pays avec une concentration de 60% des

¹MS/DGESS/DSS : Annuaire Statistique 2016.

²PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES DE 2007 A 2020. Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. Aout 2009

³ RAPPORT ENQUÊTE MULTISECTORIELLE CONTINUE (EMC), PHASE 1 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION. Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. Février 2015.

⁴ Rapport sur le développement humain 2015. Le travail au service du développement humain. PNUD 2015.

⁵ EMC 2014, INSD, nov. 2015

pauvres dans cinq régions (le Nord, la Boucle du Mouhoun, le Centre-Ouest, le Centre-Nord et l'Est) qui ne représentent que 43% de la population du pays.

Le taux net de scolarisation était de 62,2%. Les indices de parité filles/garçons étaient de 0,98 pour le niveau d'admission et de 0,96 pour le niveau de scolarisation⁶. Selon la même source, le taux d'achèvement scolaire est de 55,1%. Quant au taux d'alphabétisation, il est de 28,7%⁷. La majorité de la population reste analphabète (71,3%). Quant au taux brut de scolarisation au secondaire, il a connu une hausse de 15,5 points de pourcentage passant de 10,5% (7,6% pour les filles et 13,4% pour les garçons) en 1997/1998 à 25,7% (22,4% pour les filles et 29,1% pour les garçons) en 2011/2013.

Le processus de décentralisation au Burkina Faso a réellement pris ses marques avec l'adoption de la loi n°055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant code général des collectivités territoriales (CGCT). Cette loi a consacré deux niveaux de collectivités couvrant l'ensemble du territoire, la commune et la région. Le transfert des compétences et des ressources à la commune en matière de santé et d'hygiène est dès lors opéré par le décret n°2014-938/PRES/PM/MATD/MEF/MS/-MFPTSS du 10 octobre 2014. Tout comme pour les autres domaines, le transfert des compétences et des ressources à la région en matière de santé et d'hygiène est seulement annoncé par les décrets de 2014, notamment par le décret n°2014-920/PRES/PM/MATD/MEF/MS/MFPTSS du 10 octobre 2014.

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

Depuis plusieurs décennies, le pays dispose de référentiels politiques en matière de santé. Le pays s'est ainsi doté d'une politique nationale de santé (PNS) en 2000 et révisée en 2011. Cette politique nationale de santé se fonde sur les cadres de références nationaux définis par le Gouvernement à savoir : l'étude nationale prospective (ENP) 'Burkina 2025' ; la stratégie de croissance accélérée de développement durable (SCADD), le Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT) et plus récemment le plan national de développement économique et sociale (PNDES) dont l'adoption induit des ajustements de planification au niveau des différents secteurs de développement dont la santé. L'adoption de la PNS a servi de

⁶MENA, *Annuaire statistique de l'éducation nationale*. Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation (MENA), Burkina Faso, 2012

⁷INSD, Recensement général de la Population et de l'Habitat 2006: Rapport général. Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso 2006.

référentiel au Ministère de la santé pour élaborer un premier plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2001-2010 et un second plan en cours d'exécution pour la période 2011-2020 (deuxième phase 2016-2020).

A l'instar de nombreux autres pays d'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires (SSP) ainsi qu'à l'Initiative de Bamako et aux systèmes de santé de district. De ce fait, un certain nombre de principes guident l'organisation et la gestion du système de santé. Il s'agit entre autres de la mise en œuvre d'un paquet d'activités intégrées adapté par niveau de soins et de la participation communautaire.

Au plan administratif, le Ministère de la santé est organisé en trois niveaux :

- (i) Niveau central, autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général
- (ii) Niveau intermédiaire avec 13 directions régionales de la santé animées par les directeurs régionaux de la santé et enfin
- (iii) au niveau périphérique avec 70 districts sanitaires animés par médecins chefs de districts.

En ce qui concerne l'offre de soins, le secteur public est organisé en trois niveaux : le poste de santé communautaire (PSC) qui constitue le premier niveau de contact avec la population avec le dispositif d'offre de soins en milieu rural ; l'hôpital de district encore appelé centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) est le premier niveau de référence pour les CSPS. Il offre un paquet complémentaire d'activités (PCA) en soutien au réseau de CSPS ; le centre hospitalier régional constitue le deuxième niveau de référence et enfin les hôpitaux nationaux à vocation universitaires représentent le dernier niveau de soins. Ce dispositif public cohabite avec une offre privée (lucratif et non lucratif) de soins de plus en plus croissants mais a forte concentration urbaine.

Le système public d'offre de soins fait l'objet d'un renforcement continue notamment en termes de mise en place de nouvelles infrastructures et des équipements.

Malgré les progrès réalisés, la situation reste préoccupante comme le montrent les indicateurs suivants :

- Taux de mortalité générale : 11,8 pour mille (INSD 2006)

- Taux de mortalité maternelle : 330 pour 100 000 naissances vivantes (EMDS 2015),
- Taux de mortalité infantile : 42,7 pour mille (EMDS 2015)
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 81,7 pour mille (EMDS 2015)
- Taux de mortalité néonatale : 23,2 pour mille. (EMDS 2015)
- Indice synthétique de fécondité : 5,4 enfants par femme (INSD 2006)
- Taux global de fécondité générale (TGFG) adolescents : 117 pour mille (INSD 2006)
- Taux de prévalence contraceptive moderne : 30,7 pour cent (PMA 2020 Round 6 2018)

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

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

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

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

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

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

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

- De la faible couverture en services SR;
- De la faible accessibilité financière et géographique des services de SR ;
- De l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
- De la mauvaise qualité des soins ;

- Des barrières socioculturelles, juridiques et médicales ;
- De la faible implication communautaire.

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

- Ratification de la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes en 1984 ;
- Adoption du code des personnes et de la famille en 1989 ;
- Adoption d'une politique nationale de population (PNP) en 1991 ;
- Adoption d'un plan d'action national en faveur de l'enfant en 1991 ;
- Ratification de la charte africaine des droits de l'enfant en 1992 ;
- Adoption en 1993 d'une stratégie de renforcement des soins de santé primaires ou initiative de Bamako ;
- Loi N°23/94/ADP portant code de la santé publique ;
- Adoption d'une politique pharmaceutique nationale en 1996 mettant l'accent sur les médicaments essentiels génériques (MEG), révisé en 2012 ;
- Loi N°025-2018/AN portant code pénal notamment en ses articles 513-13, 513-14, 513-15 et 513-16 qui traitent de l'interruption volontaire de grossesse et des conditions d'accès ;
- Adoption de la loi 061-2015/CNT portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et prise en charge des victimes ;
- Adoption d'une politique nationale d'éducation à la vie familiale en 1997 ;
- Loi N° 049-2005/AN portant santé de la reproduction.

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

- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011 – 2020 ;
- Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 ;
- Plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020 ;
- Document d'orientation national All In portant sur la lutte contre le VIH, les grossesses précoces et la toxicomanie chez les adolescents(es) et jeunes 2018-2020 ;

- Plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH 2017-2020 ;
- Plan stratégique santé des adolescents et jeunes 2016-2020 ;
- Plan stratégique santé des personnes âgées 2016-2020 ;
- Plan stratégique de survie de l'enfant 2015-2020 ;
- Plan stratégique pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2004-2008.

Les différentes orientations politiques et les interventions en matière de SR tiennent compte de l'évolution internationale dans ce domaine. En plus des plans stratégiques ci-dessus, il existe des mesures d'accompagnement en l'occurrence la politique de gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de 0-5ans, et les efforts pour rendre la planification familiale gratuite. Par ailleurs le pays s'est lancé dans un processus de couverture maladie universelle.

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

PREMIERE PARTIE : POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Introduction

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

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

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

I. Principes de base

La politique en matière de SR au Burkina Faso se fonde sur les principes suivants :

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

II. But et objectifs

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

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

Pour y parvenir, il s'agira :

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

III. Concept de santé de la reproduction

Selon la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD), on entend par santé de la reproduction le bien-être général tant physique, mental que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies et d'infirmités liées au sexe. Elle prend aussi en compte la santé sexuelle dont le but est d'améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles.

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

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

La Santé de la Reproduction comporte 5 volets :

- Santé de la femme ;
- Santé de l'enfant ;
- Santé des jeunes ;
- Santé de l'homme ;
- Santé des personnes âgées.
- Pour les composantes, on distingue :
 - Des composantes spécifiques à chaque volet ;
 - Des composantes communes aux volets ;
 - Des composants d'appui.

COMPOSANTES SPECIFIQUES

Les composantes spécifiques à chaque volet se présentent comme suit :

POUR LE VOLET SANTE DE LA FEMME :

- Maternité à moindre risque (MMR)
 - Consultations prénuptiales et préconceptionnelles,
 - Soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) :
 - Interruption sécurisée de la grossesse ;
 - Surveillance prénatale ou Soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse
 - Surveillance du travail et de l'accouchement ;
 - Prise en charge des accouchements pathologiques ;
 - Élimination de la transmission Mère-Enfant du VIH (eTME / VIH) ;
 - Soins néonataux essentiels ;
 - Soins post partum y compris la PF
 - Consultation postnatale.
 - Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) :
 - Prise en charge des complications de la grossesse ;
 - Soins après avortement (y compris le PF) ;
 - Prise en charge des complications de l'accouchement ;
 - Soins néonataux d'urgence ;
 - Prise en charge des complications du post partum.
- Prise en charge gynécologique
 - Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire,
 - Prise en charge gynécologique des PV/VIH,
 - Dépistage et prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires,
 - Prise en charge des fistules obstétricales
 - Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité,
 - Dysfonctionnements sexuels de la femme,
 - Prise en charge de la ménopause,

POUR LE VOLET SANTE DE L'ENFANT :

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

- Surveillance de la croissance ;
- Vaccination (Pev et HPV) ;
- Alimentation ;
- Prise en charge des nouveau-nés et enfants malades.

POUR LE VOLET SANTE DES ADOLESCENTS (ES) ET JEUNES :

- Consultation prénuptiale / préconceptionnelles ;
- Prise en charge de la santé des adolescents(es) et jeunes ;
- Lutte contre les grossesses non désirées, les avortements à risque et les maternités précoces ;
- Soins préventifs, curatifs et promotionnels pour les adolescents et les jeunes sur la SSR, la santé mentale, promotion des activistes physiques, conseils Nutrition et des comportements à risque (alcoolisme, toxicomanie, délinquance, des accidents de la voie publique et prostitution).

SANTE DE L'HOMME

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

POUR LE VOLET SANTE DES PERSONNES AGEES

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

COMPOSANTES COMMUNES

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

COMPOSANTES D'APPUI

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

V. Politique par composante

5.1.1 Santé de la femme

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

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

- Maternité à moindre risque ;
- Consultations prénuptiales et préconceptionnelles ;
- Soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) ;
 - Interruption sécurisée de la grossesse ;
 - Soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse ;
 - Surveillance du travail et de l'accouchement ;
 - Prise en charge des accouchements pathologiques ;
 - La Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH) ;
 - Soins néonataux essentiels ;
 - Soins post partum y compris la PF ;
 - Consultation postnatale ;
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
 - Prise en charge des complications de la grossesse ;
 - Soins après avortement ;
 - Prise en charge des complications de l'accouchement ;
 - Soins néonataux d'urgence ;
 - Prise en charge des complications du post-partum ;
- Prise en charge gynécologique ;
- Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire ;
- Dépistage et prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires ;
- Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité du couple ;
- Prise en charge des fistules obstétricales ;
- Prévention et prise en charge des mutilations génitales féminines (MGF) et les violences basées sur le genre (VBG) ;
- Dysfonctionnements sexuels de la femme ;
- Prise en charge de la ménopause.

La maternité à moindre risque (MMR)

La MMR a pour but d'améliorer la santé maternelle et néonatale au Burkina Faso.

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

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

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

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

- La consultation prénuptiale et préconceptionnelle
- Les soins obstétricaux et néonataux essentiels :
 - L'interruption sécurisée de grossesse ;
 - Les soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse ;
 - La surveillance du travail et de l'accouchement ;
 - La surveillance du post-partum ;
 - L'élimination de la transmission Mère-Enfant du VIH (eTME / VIH) ;
 - La Consultation postnatale.
- Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
 - La prise en charge des complications de la grossesse,
 - Les soins après avortement,
 - La prise en charge des complications de l'accouchement,
 - Les soins néonataux d'urgence,
 - La Prise en charge des complications du post-partum.

5.1.1 Consultation prénuptiale et préconceptionnelle

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

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

La consultation prénuptiale et préconceptionnelle sont fournies à toute personne ou famille qui le désire.

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

Les services et les activités relatifs à cette composante sont :

- Le dépistage ;
- La prise en charge ;
- Et les conseils en matière de :
 - Maladies héréditaires ;
 - Maladies transmissibles y compris le VIH /Sida ;
 - Vie sexuelle et de procréation ;
 - Carences nutritionnelles et certaines affections.

Soins Obstétricaux Essentiels (SONE)

- **Interruption sécurisée de la grossesse** dans le cadre du code pénal 2018 à ses articles : 513-13 et 513-14

L'interruption volontaire de grossesse peut à tout âge gestationnel être pratiquée si un médecin atteste après examens que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie ou d'une infirmité d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

En cas de viol ou d'inceste, si la matérialité de la détresse est établie par le ministère public, la femme enceinte peut demander à un médecin dans les quatorze premières semaines, l'interruption de sa grossesse.

Les soins prénatals (SPN) pour

Le principe des SPN

- Evaluation focalisée à chaque visite prénatale,
- Soins individualisés,
- Bon counseling et soutien,
- Soins centrés sur la femme, avec au moins 8 contacts pendant la grossesse,
- Soins assurés par un prestataire compétent.

Les SPN ont pour objectifs :

- Promouvoir et maintenir la santé de la mère et du nouveau-né par :
 - La détection et le traitement précoces des maladies et des complications ;
 - Prévenir l'infection des maladies et les complications.
- Préparer la femme à l'accouchement ;
- Détecter les signes de danger ;
- Élaborer un plan pour l'accouchement et en cas de complications ;
- Détecter les malformations fœtales (échographie obligatoire) ;
- Faire l'IEC/CCSC à la femme, sa famille et la communauté sur l'importance de des soins prénatals, de l'établissement d'un plan pour l'accouchement normal et d'un plan en cas de complications.

Il est important de comprendre que :

Le diagnostic d'une grossesse normale ne pourra être posé qu'après la consultation. Toute grossesse doit donc être considérée comme étant une grossesse à haut risque et doit être prise en charge avec le maximum de soins

Toute femme enceinte

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

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

Les activités relatives aux **soins prénatals** comprennent :

- La détection et le traitement précoces des maladies et des complications :

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

5.1.2 L'accouchement assisté

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

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

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

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

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

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

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

5.1.3 Surveillance du post-partum

Elle a pour but de :

- Surveiller l'accouchée et le nouveau-né ;
- Dépister les complications et donner des soins ;
- Prévenir la survenue des infections.

Les activités de la surveillance post-partum sont :

- L'examen clinique et de laboratoire éventuellement ;
- Les soins à l'accouchée et au nouveau-né ;

- La surveillance rapprochée pendant au moins 24 heures après l'accouchement ;
- La surveillance du post partum se poursuit au 3^{ème} jour, 7^{ème} jour, 14^{ème} jour et 6^{ème} semaine ;
- L'IEC/CCSC sur les signes de danger, la PF y compris la PFPP immédiat, la vaccination, la nutrition, l'alimentation de la mère et l'Allaitement Maternel Exclusif, la consultation post natale, l'hygiène ;
- La prévention et le contrôle des infections ;
- La prophylaxie de certaines affections chez la femme.

5.1.4 Soins essentiels au nouveau-né

Ils ont pour but de :

- Surveiller le nouveau-né ;
- Donner des soins essentiels ;
- Encourager l'allaitement immédiat et exclusif au sein ;
- Réduire les interventions médicales intempestive ;
- Dépister les complications éventuelles et les malformations congénitales et donner des soins appropriés.

5.1.5 L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME)

Elle a pour but de :

Contribuer à l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH/Sida.

Les activités relatives à l'eTME /VIH sont résumées dans les cinq (5) composantes qui sont :

1. La prévention primaire de l'infection à VIH ;
2. La prévention des grossesses non désirées surtout chez les femmes séropositives ;
3. La prévention de la transmission du VIH par des mères infectées à leurs nourrissons ;
4. Les conseils et le soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant ;
5. Les soins aux femmes, à leurs bébés, à leurs conjoints et à leurs familles.

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

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

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

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

- Conseils et services de planification familiale et la SR,
- Dépistage /Conseil dans les services de planning familial et de SR,
- Pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection (utilisation de préservatifs masculin ou féminin avec ou sans une autre méthode contraceptive).

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

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

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

- Conseils et soutien en matière d'alimentation de la mère et du nourrisson pour la réduction de la transmission du VIH par le lait maternel,

- Conseil et soutien pour une alimentation équilibrée de la mère infectée.

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

- La prévention et traitement des infections opportunistes,
- Les traitements anti-rétroviraux,
- Le soutien psychosocial et nutritionnel,
- Les soins de santé génésique y compris la PF.

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

Toute femme enceinte séropositive, et sa famille doivent bénéficier des services d'eTME/VIH/Sida.

Tout nouveau-né né de mère séropositive au VIH doit bénéficier d'une prophylaxie ARV de six semaines.

Tout enfant né de mère séropositive au VIH doit bénéficier d'un dépistage précoce à partir de six semaines de vie et d'un test de dépistage rapide à dix-huit mois.

5.1.6 Suivi post -natal

Il a pour objectifs de :

- Surveiller l'accouchée pendant les 42 jours qui suivent l'accouchement ;
- Prévenir et contrôler les infections ;
- Dépister les complications et donner des soins ;
- Conseiller la nouvelle mère et encourager l'allaitement maternel exclusif ;
- Aider la femme à adopter une méthode de PF.

Le suivi post-natal est précoce à 3, 7 et 14 jours et tardif à 6 semaines.

Les activités relatives à la surveillance post-natale sont :

- La femme accouchée doit être gardée en maternité pendant au moins 24 heures ;
- La surveillance du post-partum pendant la mise en observation et à 3,7, 14 jours et à 6 semaines ;
- Le dépistage et la prise en charge des complications du post-partum ;

- La prophylaxie de certaines maladies de la mère ;
- La surveillance du nouveau-né et du nourrisson comprenant la surveillance nutritionnelle et pondérale, la vaccination ;
- L'IEC/CCSC sur la nutrition de la mère, l'hygiène, l'allaitement maternel, l'alimentation du nourrisson, la vaccination, la planification familiale.

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

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

5.1.7 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

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

Ils comprennent :

- La prise en charge des complications pendant la grossesse, l'accouchement, et la période du post-partum ;
- La prise en charge des urgences néonatales ;
- Les soins post-abortum.

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

Les activités relatives à cette prise en charge sont :

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

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

Au Burkina Faso, l'interruption volontaire de la grossesse peut à tout âge gestationnel être pratiquée si un médecin atteste après examens que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie ou d'une infirmité d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

En cas de viol ou d'inceste, si la matérialité de la détresse est établie par le ministère public, la femme enceinte peut demander à un médecin dans les quatorze premières semaines, l'interruption de sa grossesse selon le code pénal 2018 à son article 513-14.

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

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

Toute femme ayant eu un avortement et présentant des complications doit recevoir des soins appropriés par un personnel formé et respectueux.

Toute femme en post abortum doit avoir accès à une méthode de PF.

5.1.8 Prise en charge des affections et troubles gynécologiques

Elle a pour but d'assurer la prise en charge des infections et tumeurs génitales, de l'infertilité, troubles du climatère (troubles péri-ménopausiques) et des troubles de la ménopause et de l'andropause.

La prise en charge des infections du tractus génito-urinaire

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

- Lutter contre les IST /VIH/Sida/ Hépatites B & C : réduire l'incidence des séquelles telles que l'hypofertilité.

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

- L'administration des soins selon l'approche syndromique ou selon les germes en cause identifiés au laboratoire ;

- La réalisation des examens de laboratoire ;
- La prise en charge des séquelles ;
- L'IEC/CCSC (la prévention des IST/VIH/Sida et Hépatite B, les signes / symptômes des différentes I.S.T, les séquelles des IST, les voies de contamination, l'importance du dépistage et du traitement de tous/toutes les partenaires).

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

Le dépistage et la prise en charge des cancers génitaux et mammaires

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

Les activités sont :

- L'IEC/CCSC ;
- La réalisation des examens cliniques et paracliniques ;
- Le dépistage, les soins appropriés et/ou la référence.

Toute femme a droit au dépistage des lésions précancéreuses du col utérin et du cancer de sein.

Toute femme présentant des lésions précancéreuses du col de l'utérus ou un cancer génital ou un cancer du sein doit bénéficier d'une prise en charge dans un centre de santé ayant un personnel formé et un équipement adapté.

Prise en charge de l'hypofertilité

La prise en charge de l'hypofertilité a pour but d'offrir une assistance médico-psycho-sociale aux couples hypofertiles.

Les activités à mener dans ce domaine sont :

- L'interrogatoire ;
- La réalisation des examens cliniques et paracliniques ;
- Le counseling ;
- La prise en charge des cas.

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

La prise en charge des troubles de la ménopause

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

Les activités relatives à cette composante sont :

- L'IEC/CCSC ;
- La réalisation des examens cliniques et paracliniques ;
- Le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Le dépistage et la prise en charge des troubles péri –ménopausiques ;
- La référence.

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

5.2 Santé de l'enfant

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

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

La santé de l'enfant inclut :

- Les soins néonataux ; la surveillance de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant ;
- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de moins de cinq ans ;
- La prévention et prise en charge des maladies des enfants de 6 à 9 ans.

5.1.9 Les soins néonataux

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

Les activités relatives à cette composante comprennent :

- La prise en charge des urgences néonatales ;
- La prise en charge du nouveau-né malade

- Les soins essentiels du nouveau-né ;
- La vaccination ;
- Le suivi post natal précoce à J3, J7 et 14 ;
- Le conseil nutritionnel (mise au sein précoce, allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et sevrage progressif).
- Prise en charge des nouveau-nés à faible poids, méthode Kangourou

Tout nouveau-né doit bénéficier des soins adéquats à la naissance délivrée par un personnel formé.

5.1.10 Surveillance de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant

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

Elle consiste à :

- Surveiller la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant selon les Normes de l'OMS (taille pour l'âge, poids pour l'âge, poids pour la taille) ;
- Détecter et assurer la prise en charge des facteurs de risques pouvant influencer sur la santé de l'enfant ;
- Assurer le suivi vaccinal et les autres soins spécifiques ;
- Donner des conseils à la mère sur :
 - La prévention de la malnutrition, des carences en micronutriments et des parasitoses ;
 - Le recours aux soins devant les signes suivant fièvre, problèmes respiratoires, diarrhée/vomissements aigus, etc. ;
 - La prise en charge à domicile de certaines maladies (paludisme, diarrhée, problèmes respiratoires, ...) ;
 - Le suivi du calendrier vaccinal de l'enfant,
 - La planification familiale
- Proposer à la mère le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Proposer à la mère séropositive le test VIH pour son enfant (si pas fait)
- Assurer la prise en charge des affections courantes de l'enfant.

5.1.10.1. La surveillance de la croissance

Les activités relatives à cette composante sont :

- La surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement psychomoteur ;
- La prévention des principales causes de morbidité et de mortalité infantile ;
- La prévention des carences nutritionnelles y compris de l'anémie et le déparasitage.

5.1.10.2. L'alimentation de l'enfant

Les services de SR assureront la surveillance de l'état nutritionnel des groupes à risque, la prévention et la prise en charge des carences nutritionnelles par la promotion d'une alimentation équilibrée préférentiellement à base de produits locaux. L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, est recommandé car il est bénéfique pour la santé de la mère et de l'enfant et favorise l'espacement des naissances. L'introduction progressive de l'alimentation pour permettre à l'enfant d'avoir un développement harmonieux, tout en poursuivant l'allaitement **pendant 24 mois au moins.**

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

Les activités comprennent :

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

L'allaitement est un droit pour la femme.

Être allaité au sein est un droit pour le bébé.

Le code de commercialisation des substituts du lait maternel doit être connu et respecté.

Alimentation de complément :

A partir de 6 mois, il faut, en plus du lait maternel, donner à l'enfant une alimentation complémentaire.

Le passage de l'allaitement maternel exclusif au régime alimentaire adulte doit se faire progressivement.

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

5.1.10.3. La vaccination

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

Les activités relatives à cette composante sont :

- La vaccination selon le calendrier vaccinal national en vigueur ;
- L'IEC/CCSC ;
- La mobilisation sociale.

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

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

5.1.11 La prise en charge des maladies de l'enfant

5.1.11.1. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

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

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

La stratégie comporte trois composantes :

- Amélioration de la PEC par le personnel de santé (PCIME clinique) ;
- Amélioration du système de santé ;
- Amélioration des pratiques familiales et communautaires (PCIME communautaire).

Les domaines d'activités de la PCIME sont :

- La nutrition ;
- La vaccination ;

- La prise en charge des 5 principales maladies :
 - Les infections respiratoires aiguës ;
 - Les diarrhées ;
 - La rougeole ;
 - Le paludisme ;
 - La malnutrition.

La prise en charge se fait sur la base d'un ordinogramme type disponible dans les formations sanitaires. Elle est basée sur certains symptômes que sont :

- La fièvre ;
- La toux ;
- Les convulsions ;
- La diarrhée ;
- La malnutrition et anémie ;
- Le sang dans les selles.

5.1.11.2. La prise en charge des enfants de 6 à 9 ans

Les enfants de 6 à 9 ans ne bénéficient d'aucune stratégie d'intervention spécifique pour répondre à leur besoin de santé. Une attention particulière doit être accordée à cette tranche d'âge, notamment dans le domaine de la prévention des carences nutritionnelles, du VIH/SIDA, des maladies bucco-dentaires, du rhumatisme articulaire aigu (RAA), des mutilations génitales féminines, violences faites aux enfants etc....

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

5.3 Santé des adolescents(es) et des jeunes

But

Les interventions de santé des adolescents(es) et jeunes visent à promouvoir un état de complet bien-être physique, mental et social des adolescents(es) et jeunes, scolaires, universitaires et extra-scolaires.

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

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

En plus des problèmes de santé communs à la population globale, les jeunes sont les principales victimes des IST/VIH/Sida, des grossesses non désirées, des avortements clandestins, des conséquences de certaines mauvaises habitudes de vie (dépression, accidents de route, alcoolisme, tabagisme, de drogues, traumatismes, carences alimentaires et nutritionnelles) et les conséquences de certaines pratiques néfastes à la santé.

Les prestations

Les prestations relatives à la santé des adolescents(es) et jeunes sont :

- Soins préventifs ;
- Soins promotionnels ;
- Soins curatifs.

Les adolescents(es) et jeunes ont droit à des prestations à caractère préventif, promotionnel et curatif dispensées par du personnel formé.

Tout adolescent(e) et jeune a droit à une éducation sexuelle complète.

La participation des adolescents(es) et jeunes à toutes les étapes de la planification des interventions en leur faveur est un droit et une contribution essentielle à la promotion de leur santé reproductive.

5.4 Santé de l'homme

But

Les interventions en matière de la santé de l'homme ont pour but d'offrir aux hommes l'information adéquate et les services nécessaires pour jouir d'une bonne santé sexuelle, d'exercer ses devoirs et responsabilité en matière de SR.

Domaines

Elles comprennent :

- Prise en charge des dysfonctionnements et pathologies sexuels ;
- Prévention et prise en charge des IST /VIH
- Lutte contre les cancers génitaux et l'hypofertilité ;
- Prise en charge de l'andropause.

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

5.5 Santé des personnes âgées

But :

Elle contribue au bien être des personnes âgées

Domaines :

Elles comprennent :

- Prise en charge des dysfonctionnements et pathologies sexuels ;
- Prévention et prise en charge des IST /VIH
- Lutte contre les cancers génitaux ;
- Prise en charge de l'andropause.

Toute personne âgée a droit à des services de SR.

5.6 Composantes communes

5.6.1. La planification familiale

But

La PF est une composante des soins de santé primaires, et contribue au bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté.

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

Délégation des tâches

La délégation des tâches consiste à permettre à des catégories supplémentaires d'agents formés de mettre en œuvre et sans risques des interventions spécifiques de santé. Dans le domaine de la PF, la délégation des tâches (DT) consiste à autoriser les infirmiers (ères) brevetés (IB), accoucheuses brevetées (AB), accoucheuses auxiliaires (AA) et agents itinérants de santé (AIS) à offrir les méthodes de longue durée (implants et DIU) et aux agents de santé à base communautaire (ASBC) d'initier et d'administrer les injectables et les pilules et de distribuer les autres produits contraceptifs relevant de leurs compétences.

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

5.6.2. L'Information, l'Education et la Communication ; la communication pour le changement social et comportemental (IEC/CCSC)

L'IEC/CCSC en matière de SR a pour but d'amener l'individu, la famille et la communauté à l'adoption de comportements favorables au maintien et à l'amélioration de leur santé dans le domaine de la reproduction.

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

5.6.3. La lutte contre les IST/VIH/Sida

But

La lutte contre les IST/VIH/Sida contribue à réduire la morbidité et la mortalité liées à ces affections.

Axe des interventions prioritaires

La lutte contre les IST/VIH/Sida s'inscrit en droite ligne du cadre stratégique de lutte contre le VIH/Sida et les IST pour la période 2016 - 2020 ; elle s'appuie sur une approche multisectorielle et décentralisée intégrant la dimension genre. Ainsi trois axes d'intervention prioritaires sont retenus :

- La prévention de la transmission du VIH et des IST ;
- Les soins, traitements, protection et soutien des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- La gouvernance, financement de la réponse et gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST.

5.6.4. La lutte contre les pratiques socioculturelles néfastes

But

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

Ces pratiques sont entre autres :

- Les mutilations génitales féminines ;
- Le mariage forcé ;
- Le mariage précoce ;
- Les tabous alimentaires ;
- Le lévirat et le sororat.
- Les violences sexuelles et domestiques

Ils ont trait à :

- Le plaidoyer ;
- L'IEC/CCSC ;
- L'éducation en matière de population (EMP) dans les écoles ;
- La prise en charge des complications de ces pratiques.

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

5.6.5. La prévention et le contrôle de l'infection en milieu de soins

La prévention et le contrôle de l'infection a pour but de rendre l'environnement de travail sain afin de minimiser les risques de transmission de maladies aux utilisateurs des services de SR et aux prestataires ainsi qu'à la communauté. Pour se faire les lignes directrices sont retenues :

- Les précautions standards ;
- Les précautions complémentaires (ou basées sur la transmission) ;
- Des mesures spécifiques de prévention contre les principales infections associées aux soins en termes de fréquence et /ou de gravité ;
- Des mesures spécifiques de prévention dans certaines zones à très haut risque des établissements de santé.

Les précautions standard comprennent :

- L'hygiène des mains ;
- L'utilisation d'équipement de protection personnelle (EPP) ;
- La stérilisation et décontamination du matériel médical ;
- La gestion sécurisée du linge et buanderie ;
- La gestion des déchets biomédicaux ;
- Le placement du patient ;
- L'hygiène respiratoire et étiquette toux ;
- Le nettoyage de l'environnement ;
- Les principes d'asepsie 37 ;
- La prévention des blessures par instruments piquants ou tranchants et prise en charge post exposition.

Les précautions complémentaires comprennent celles contre :

- La transmission par contact ;
- La transmission par gouttelettes ;
- Et la transmission par voie aérienne.

La prévention des principales IAS concernent :

- L'infection du site opératoire ;
- Les IAS associées au cathéter vasculaire ;
- Les IAS associées au cathéter urinaire ;
- La pneumonie nosocomiale et les IAS chez la mère et le nouveau-né.

La prévention dans les zones spécifiques peut comprendre :

- Le bloc opératoire,
- Le laboratoire médical et la banque de sang,
- Les Urgences/tri, les soins intensifs, la néonatalogie, l'unité de stérilisation centrale ...

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

5.6.6. Gestion de la logistique des produits SR

But

Améliorer la disponibilité et l'accès à des produits de santé de la reproduction, essentiels, de qualité, efficaces et de sécurité d'emploi à l'ensemble de la population.

Étapes du système logistique

Le système logistique est le processus de planification, de mise en œuvre et de contrôle de qualité des mouvements de stocks depuis le fabricant jusqu'au consommateur final. Il se compose des étapes suivantes :

- La sélection des produits ;
- La prévision et l'acquisition des produits ;
- L'emmagasinage et la distribution des produits ;
- L'utilisation des produits par les clients

- ❖ A toutes ces étapes du système logistique, un contrôle de qualité doit être systématiquement effectué.
- ❖ De même, la pharmacovigilance et la résistance microbienne devront être assurées pour veiller à l'innocuité et l'efficacité des produits pour les utilisateurs.

Le Système d'approvisionnement des structures en produits SR

Deux (02) systèmes d'approvisionnement existent : l'allocation et la réquisition :

Le **système d'allocation** est un système dans lequel les quantités à expédier sont déterminées par le personnel du niveau administratif qui envoie les produits.

Le **système de réquisition** signifie que, les quantités à commander sont déterminées par le personnel du niveau de la chaîne d'approvisionnement qui reçoit les produits.

NB : Le système d'approvisionnement utilisé au Burkina Faso est la réquisition.

Toute personne a le droit de choisir, d'obtenir, et d'utiliser des produits de santé de la reproduction de qualité à chaque fois qu'elle en manifeste le besoin.

5.7 Composantes d'appui

5.7.1. Plaidoyer

Le plaidoyer est défini comme un ensemble d'actions cohérentes menées, dans un domaine quelconque d'intérêt public (par exemple, en matière de SR) par un individu, un groupe ou une communauté auprès d'un ou de plusieurs décideurs et de ceux qui influencent, directement ou indirectement, les mécanismes de prise de décision en vue d'initier, de changer ou d'assurer la mise en application ou la mise en œuvre des politiques, des lois, des règlements, des procédures, des normes, des programmes dans le sens souhaité par l'individu, le groupe ou la communauté qui entreprend ces actions.

But

Il contribue à améliorer l'adhésion des populations aux interventions en matière de SR et de créer des conditions favorables à leurs mises en œuvre.

Étapes du plaidoyer

Nous avons les étapes suivantes :

- Le constat- analyse de la situation ;

- L'identification des problèmes, choix du problème prioritaire ;
- La formulation et analyse du problème prioritaire ;
- La formulation des objectifs ;
- La détermination des stratégies de communication ;
- La détermination des activités ;
- La détermination des ressources ;
- La mise en œuvre ;
- La mise en place d'un mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation.

5.7.2. Gestion des services de Santé de la Reproduction

But

La gestion des services de santé de la reproduction contribue à améliorer l'accès aux prestations de SR de qualité.

Domaines

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

L'organisation des services est un processus systématique et complet de recherche d'amélioration. L'organisation du travail consiste à structurer et utiliser les ressources en fonction des objectifs et des critères basés sur la rationalité, l'efficacité et la qualité de service. L'organisation des services de SR privilégie l'intégration tant verticale qu'horizontale des interventions.

Au plan vertical, vise à permettre le développement d'un PMA et d'un PCA qui prend en compte l'ensemble des cibles visées. Cela impose une revue des normes aussi bien en prestation qu'en ressources à mettre en place (humaines, infrastructures, équipements)

Au plan horizontal, l'intégration vise à renforcer l'utilisation des différentes opportunités offertes par chaque prestation pour les mêmes cibles. Ainsi, les SPN, les périodes d'accouchement, de même que les consultations post natales, y compris la consultation du nourrisson sain doivent être mises à profit pour une prise en charge plus globale. Il en est de même pour les soins en milieu hospitalier. Les interventions spécifiques (PF, eTME) doivent intégrer de manière spécifique toutes les prestations pertinentes pour ces cibles. De même, la prise en charge de la santé des enfants, des jeunes et adolescents aussi bien en milieu scolaire qu'en milieu informel doit être holistique autour des problèmes prioritaires de santé de cette cible.

L'intégration des services et les interventions de santé de la reproduction doivent être le principe directeur au niveau des structures déconcentrées de gestion telles que les directions régionales de la santé et au niveau des structures de prise en charge.

- **Coordination/collaboration intra et intersectorielle**

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

Aussi certaines interventions nécessitent la collaboration avec d'autres départements ministériels et les ONG/Associations

Une coordination efficace :

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

Ressources matérielles

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

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

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

Il convient de quantifier les besoins en équipement, définir les gaps non couverts et prévoir leur acquisition dans les plans annuels ainsi que la mobilisation des ressources dans ce sens.

Ressources humaines

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

5.7.3. Supervision

Cette supervision se veut formative, axée sur l'amélioration des performances du personnel et des conditions de travail.

5.7.4. Suivi et évaluation

Le **suivi** est un procédé par lequel l'on scrute l'état d'avancement d'un programme/projet quant à la réalisation des objectifs définis, et ce par le suivi des activités menées, l'utilisation des ressources et les résultats obtenus.

Ensemble de mesures visant à s'assurer que le personnel réalise les activités avec efficacité et devient plus performant dans son travail.

L'**évaluation** est « une démarche qui consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes dans le but de porter un jugement sur les différentes composantes des programme ou projet de SR, tant au stade de la conception que de la mise en œuvre, ainsi que sur les étapes du processus de planification qui sont préalables à la programmation ».

En vue de mesurer l'atteinte des objectifs fixés, un système de suivi et d'évaluation sera prévu dans tout projet ou programme de SR.

5.7.5. Gestion de l'information sanitaire

La gestion de l'information sanitaire en matière de SR consiste à collecter, gérer, stocker et distribuer la bonne information à la personne qui a besoin d'être informée et au bon moment.

La gestion des données SR relève de la responsabilité de tous les acteurs du système de santé et à tous les niveaux, selon le SNIS. Il est important d'orienter les acteurs sur l'utilisation effective de ces données statistiques dans la planification et prise de décisions.

5.7.6. Formation

Les prestations de SR étant soutenues entre autres par des connaissances en pleine évolution, la formation en cours d'emploi et la mise à niveau des prestataires sont essentiels.

Le personnel des formations sanitaires et des services doit être bien formé et en mesure de résoudre les problèmes inhérents à leur cadre de travail dans un processus de discussion démocratique (participatif) en utilisant des outils appropriés pour améliorer le système et les processus.

5.7.7. Recherche

C'est un processus systématique et rigoureux, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigation.

Plusieurs types de recherche sont rencontrés :

- La recherche fondamentale ;
- La recherche appliquée ;
 - La recherche opérationnelle ;
 - La recherche action.

Pour améliorer les prestations de services SR à tous les niveaux du système sanitaire la promotion de la recherche opérationnelle en SR est nécessaire. A cet effet, des initiatives de recherche et mobilisation des ressources nécessaires sont encouragées.

5.7.8. Participation communautaire

La participation communautaire en SR, se définit comme étant le processus dans lequel des individus et famille d'une part, prennent en charge leur propre santé de la reproduction et leur propre bien être comme ceux de la communauté et, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté.

Les différents domaines sont :

- La participation à la prise de décision (processus de planification, le mode de paiement et tarification) ;
 - La participation à l'action ;
 - La participation au financement ;
 - L'adoption de comportements favorables à la santé ;
- Le renforcement des capacités de la population à se soigner (collaboration avec les tradipraticiens).

5.7.9. Financement des services de santé de la reproduction

Il s'agit à ce niveau d'accroître le financement en faveur des programmes de la SR pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux services.

Faire le plaidoyer pour l'accroissement de la part du budget de l'Etat alloué à la SRMNIA (pour le respect des engagements pris à Abuja et au niveau de la CEDEAO pour la santé reproductive. Aussi, mettre les collectivités territoriales à contribution pour une mobilisation des ressources à travers leurs ressources propres dans le cadre de la décentralisation

Sources de financement

Les principales sources de financement sont :

- L'Etat ;
- Les partenaires bilatéraux et multilatéraux ;
- Les collectivités territoriales ;
- Les ONG/associations ;
- Le secteur privé ;
- Les communautés.

Mécanismes/Modalités de financement

Les mécanismes/modalités de financement des services de SR sont :

- La tarification des actes et des soins ;
- La subvention des coûts de prestations et des produits.

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

Introduction

La norme est un référentiel qui détermine le niveau de qualité souhaité. Elle constitue un outil d'évaluation. Son application a pour but d'améliorer la qualité des services de SR.

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

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

Elles précisent en outre pour certains services ou activités quand et à quelle fréquence ils doivent être exécutés. En d'autres termes, les normes répondent, pour chaque prestation, aux questions suivantes : par qui ? Pour qui ? Où ? Quand ? Combien ? Avec quoi ?

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

I. Normes par composante

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

Chaque tableau décrit et précise le niveau :

- Des activités ;
- Des prestataires ;
- Du système de santé ;
- Des groupes cibles ;
- Des plateaux techniques..

1.1. Santé de la femme

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

SANTE DE LA FEMME

Tableau I : Soins obstétricaux et néonataux essentiels

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAUX					GROUPES CIBLES	
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ ME	AS/ISIO	CS	G. Méd.	Méd.SP	Com	PSC	CSPS	HD	CHR		CHN
1) Consultation préconceptionnelle	R	R	-	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	Femmes et hommes en âge de procréer
2) Consultation prénuptiale	R	R	-	-	-	-	-	-		+	+	-	-		+	+	+	Femmes et hommes en âge de procréer
3) Interruption sécurisée de la grossesse	R	R	-	-	-	-	*	*		+	+	-	-	+	+	+	+	Femmes enceintes
4) Soins prénatals (SPN)	R	R	+	+	+	+	+	+		+	+	+	-	+	+	+	+	Femmes enceintes
5) Surveillance du travail à l'aide du partogramme	-	-	+	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	Femmes en travail
6) Accouchement normal	R	-	+	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	Femmes en travail
7) Gestion active de la troisième période de l'accouchement	-	-	+	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	Accouchée
8) Soins néonataux essentiels,	R	-	+	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	Nouveaux nés sains
9) Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH (PTME / VIH)	R	-	+	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	Femmes enceintes VIH+, enfants nés de mères VIH+
10) Surveillance post-partum jusqu'à la 24 ^{ème} heure	R	-	+	+	+	+	+	+		+	+	-	+	+	+	+	+	Accouchée, Nouveau-né
11) Consultation post natale J3, J7, J14 et 6 ^{ème} semaine	+	-	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	Accouchée Nouveau-né

N. B Les Soins Prénatals (SPN) se fera selon la périodicité suivante :

- Contact 1 : jusqu'à la 12^{ème} semaine de grossesse
- Contact 2 : 20^{ème} semaine ;
- Contact 3 : 26^{ème} semaine ;
- Contact 4 : 30^{ème} semaine
- Contact 5 : 34^{ème} semaine
- Contact 6 : 36^{ème} semaine
- Contact 7 : 38^{ème} semaine
- Contact 8 : 40^{ème} semaine.

Les Attachés de santé (ou Ingénieurs en sciences infirmières et obstétricales (ISIO)) sont impliqués en fonction de leur profil de spécialisation (ASSOG, SIO, Aides opérateurs, Aides Anesthésie, Attachés en Pédiatrie).

Les conseillers de santé sont impliqués en fonction de leur profil de spécialisation.

Les nouvelles familles d'emplois de la santé humaine retenues dans le cadre de l'élaboration du Répertoire interministériel des métiers de l'État ont mis les emplois d'AA, d'AB et d'IB en voie d'extinction. Ce faisant, les prestations dévolues à ces derniers seront dans les années à venir du ressort exclusif des SF/ME et IDE.

Les ASBC sont habilités à faire les visites du post natal par délégation.

Légende : + = Prestataires et niveaux habilités

- = prestataires et niveaux non habilités

* = par délégation et sous supervision d'un médecin (NB : seul, le médecin pose l'indication d'ISG)

R = Référence

Tableau II : Maternité à moindre risque

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAUX							GROUPES CIBLES
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	CS	G. Méd	Méd Sp	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	N CHU/CH	
1) Bilan initial rapide	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	Femmes en grossesse, en travail ou dans le post partum
2) Prise en charge des complications de la grossesse	R	-	D et R	+	D et R	D et R	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	Femmes enceintes
3) Soins après avortement	-	-	D et R	+	D et R	D et R	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	Femmes en situation d'avortement
4) Prise en charge des complications de l'accouchement	R	-	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	Femmes en travail
5) Soins néonataux d'urgence	R	-	D et R	D et R	D et R	D et R	+		+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	Nouveaux nés de 0 à 28 jours
6) Prise en charge des complications du post-partum	R	-	D et R	+	D et R	D et R	+	+	+	+			-	+	+	+	+	+	Femmes en post-partum

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités

D = Dépistage

R = Référence

Tableau III : Prise en charge gynécologique

SERVICES/ ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAUX						GROUPES CIBLES	
	ASBC	AIS	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	CS	Méd. G	Méd. SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR		CHU
Prise en charge des infections du tractus génito-urinaire	-	D et R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	Femme à tout âge
Prise en charge de l'hypofertilité	-	R	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	-	-	-	+	+	+	+	
Prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus et les nodules du sein	-	-	-	D et R	R	D et R	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	
Prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires	-	-	-	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	D et R	+	*	*	-	+	+	+	+	
Prise en charge des dysfonctionnements sexuels de la femme	-	-	-	D et R	D et R	D et R	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	
Prise en charge de la ménopause	-	-	D et R	D et R	D et R	D et R	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	Femmes ménopausées
Prises en charge des MGF	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	*	+	+	+	+	+	Femme à tout âge
Prise en charge des fistules	R	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités ; D = Dépistage ;

- = Prestataires et niveaux non habilités ; R =Référence

NB : En ce qui concerne les cas de nodules du sein, les ASBC, AIS/ASC et AA doivent référer.

1.2. Santé de l'enfant

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

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

1.2.1. Surveillance de la croissance

Les indicateurs de la croissance les plus souvent rencontrés sont :

a) Le poids pour l'âge

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

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

b) La taille pour l'âge

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

c) Le poids pour la taille

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

saisonnères importantes associées à l'évolution de la disponibilité de la nourriture ou la prévalence des maladies.

d) Le périmètre crânien pour l'âge

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

e) Le périmètre brachial

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

f) L'examen psychomoteur

L'examen psychomoteur permet d'apprécier les acquisitions psychomotrices suivantes :

- La tenue de la tête
- Le développement du langage
- La capacité à s'asseoir, marcher
- L'intérêt aux jeux

1.2.2. Vaccination

Le groupe cible prioritaire est constitué par les enfants âgés de 0 à 18 mois révolus. Dans le cadre du PEV de routine, tous les antigènes du programme doivent être administrés avant l'âge de deux (2) ans, en 6 contacts vaccinaux.

Ainsi le calendrier vaccinal se présente comme suit :

Tableau IV: Calendrier vaccinal pour les enfants de 0 à 18 mois révolus

Age	Vaccins	Maladies contre lesquelles l'enfant doit être immunisé	Observations
Naissance	VPO 0	Poliomyélite	
	BCG	Tuberculose	
02 mois	DTC-HepB-Hib 1	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, infections à <i>Hémophilus influenzae b</i> ,	
	VPO 1	Poliomyélite	
	Pneumo 1 (PCV13)	Infections à Pneumocoques (13 sérotypes)	
	Rota 1	Diarrhée à Rota virus	
03 mois	DTC-HepB-Hib 2	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, <i>Hémophilus influenzae b</i> ,	
	VPO 2	Poliomyélite	
	Pneumo 2	Infections à Pneumocoques	
	Rota 2	Diarrhée à Rota virus	
04 mois	DTC-HepB-Hib 3	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, <i>Hémophilus influenzae b</i> ,	
	VPO 3	Poliomyélite	
	Pneumo 3	Infections à Pneumocoques	
	Rota 3	Diarrhée à Rota virus	
	VPI	Poliomyélite	
09 mois	RR1	Rougeole + Rubéole	
	VAA	Fièvre jaune	
15 à 18 mois	RR2	Rougeole, Rubéole MenAfriVac	<i>La 2^{ème} dose peut s'administrer jusqu'à 18 mois si l'enfant ne l'a pas reçu à 15 mois</i>
Autres vaccins conseillés			
Age	Vaccins	Maladies contre lesquelles l'enfant doit être immunisé	Date de la vaccination
16 à 18 mois	DTC--Hib, Polio (Pentaxim®) DTCPolioHibHepB (Hexaxim®) Vaccin contre Hépatite B (Euvax®, Engerix ®b, Genhévac®...)	Diphtérie Tétanos Coqueluche, <i>Hémophilus influenzae b</i> , Poliomyélite, Diphtérie Tétanos Coqueluche, <i>Hémophilus influenzae b</i> , Poliomyélite Hépatite B Hépatite B	<i>1^{er} rappel</i>
24 mois	Typhim ®Vi, Pneumo 23®, Mencevac ®	Fièvre Typhoïde, Infections à pneumocoques (23 sérotypes), Méningites à méningocoques ACYW	<i>Tous les 3 ans</i>

NB :

- L'intervalle minimal exigé entre les doses d'un même vaccin est de 28 jours
- Si le BCG ne peut pas être administré à la naissance, il devra être administré lors du premier contact du nourrisson avec les services de santé :
- Une dose préliminaire de polio (VPO zéro) doit être administrer à la naissance. Si la dose de VPO zéro n'est pas administrée dans les 14 jours suivant la naissance, elle ne doit pas être administrée ultérieurement. On commencera alors la série de vaccins de base par la dose VPO₁.
- Ne compter pas cette dose préliminaire comme la première de la série. L'enfant doit recevoir 3 doses à partir de 8 semaines d'âge (2 mois) pour être complètement vacciné.

1.2.3. L'alimentation

L'allaitement maternel est conseillé jusqu'à 24 mois. La diversification de l'alimentation de l'enfant commencera à partir du 6ème mois.

L'allaitement maternel exclusif est recommandé dans les six (6) premiers mois avec la mise au sein précoce dans l'heure qui suit l'accouchement

Une supplémentation en vitamine A et le déparasitage sont exigés à partir du sixième (6ème) mois.

La prévention des carences en micronutriment se fait à travers la fortification des aliments, la promotion des aliments riches en vitamine A et le fer et la consommation du sel iodé.

SANTE DE L'ENFANT

Tableau V: Surveillance de la croissance de l'enfant

SERVICES/ ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAUX							GROUPE S CIBLES		
	ASBC	AIS/AS C	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	CS	G. Méd.	Méd. SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU			
Surveillance croissance staturo-pondérale et psychomoteur	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	Enfants de moins de 5 ans	
Conseils nutritionnels	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Visite à Domicile (VAD)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-		

N.B: Périodicité de surveillance de la croissance :

- Un examen à J3, J7 et J14
- Un examen mensuel au cours de la première année soit 12 dont 5 intégrés au contact du PEV
- Un examen Bimensuel au cours de la 2^e année dont un intégré au 6^{ème} contact du PEV
- Un examen semestriel de la 3^e à la 5^e année.

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités ;

R = Référence

Tableau VI : Prise en charge des enfants malades

SERVICES/ ACTIVITES	PRESTATAIRES														NIVEAUX				GROUPES CIBLES
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	Méd G.	Méd. SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU		
Interrogatoire d'un enfant présentant un symptôme	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Enfants de 0 à 14 ans	
Diagnostic	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Prise en charge des cas simples	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Prise en charge des cas compliqués ou des cas non diagnostiqués	R	R	R	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+		

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités ;

R = Référence

Tableau VII : P.C.I.M.E

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES										NIVEAUX						GROUPES CIBLES
	ASBC	C AIS/AS	AA	AB	IB	IDE	ME SFE/	AS	MédG.	Méd SP	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU/C HN	
Interrogatoire lors de tout contact à la recherche de fièvre, toux, diarrhée	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Enfants de 0 à 15 ans
Prise en charge selon le symptôme ou ordiogrammes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Examen de l'enfant malade	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Diagnostic des cas de paludisme, IRA, maladie diarrhéique, rougeole, malnutrition	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Identification et prise en charge des cas compliqués selon le protocole de la PCIME	R	R	R	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	

1.3. Santé des adolescents (es) et jeunes

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

Afin de répondre aux besoins des adolescents(es) et jeunes, les standards suivants ont été définis :

- Tout adolescent ou tout jeune a accès aux informations et conseils dont il a besoin concernant son état de santé et son développement. ;
- Tout point de prestation de services est organisé pour offrir à tout adolescent ou tout jeune, des prestations de qualité adaptées à ses besoins ;
- Tous les prestataires ont les connaissances, les aptitudes, les attitudes et la motivation nécessaires pour offrir les services adaptés aux besoins des adolescents/jeunes ;
- Le système de gestion des services de santé prend en compte de façon appropriée, les aspects liés à la santé des adolescents/jeunes ;
- Les membres de la communauté y compris les adolescents/jeunes, les organisations communautaires, facilitent l'utilisation des services de santé par les adolescents/jeunes ;

Services pour les adolescents(es) et jeunes

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

SANTE DES ADOLESCENTS (ES) ET JEUNES

Tableau VIII : Services de SR pour les adolescents (es) et jeunes

SERVICES/ ACTIVITES	PRESTATAIRES												NIVEAUX						GROUPES CIBLES		
	ASBC	AIS ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ ME	AS	CS	Méd G.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU			
IEC/CCSC concernant tous les problèmes prioritaires de santé ;	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	Adoles- cents (es) et jeunes	
Les conseils en rapport avec les problèmes de santé des adolescents et jeunes (SSR, SPA, Droits et Genre, bonne hygiène de vie, incivisme, menstruation...)	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±		
Les tests de dépistage pour le VIH ;	R	R	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	-	±	±	±	±	±		
Le diagnostic de la grossesse ;	R	R	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	±	±	±	±	±	±		
Le diagnostic et la prise en charge des IST ;	R	R	±	±	±	±	±	±	±	±	±	-	-	±	±	±	±	±	±		
Interruption sécurisée	R	R	R	*	R	R	*	*	±	±	±	-	-	-	±	±	±	±	±		

SERVICES/ ACTIVITES	ASBC	PRESTATAIRES											NIVEAUX						GROUPES CIBLES
		AIS ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ ME	AS	CS	Méd G.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU	
de la grossesse																			
Soins prénataux y compris l'eTME ;	R	R	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Les consultations postnatales ;	V	R	±	±	±	±	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Les soins après avortement (SAA) ;	R	R	R	±	R	R	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
La prise en charge des adolescents/ jeunes vivant avec le VIH ;	R	R	±	±	±	±	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
La contraception y compris la contraception d'urgence ;	R	R	±	±	±	±	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Le diagnostic et la prise en charge des carences nutritionnelles ;	±	±	±	±	±	±	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Le diagnostic et la prise en charge du surpoids et de l'obésité	R	R	R	R	R	±	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Le diagnostic et la prise en charge des autres problèmes liés	±	±	±	±	±	±	±	±		±	±	±	±	±	±	±	±	±	±

SERVICES/ ACTIVITES	ASBC	PRESTATAIRES											NIVEAUX						GROUPES CIBLES
		AIS ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ ME	AS	CS	Méd G.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU	
à la promotion de la santé ou à la référence.																			
Le soutien psychologique	R	R	R	R	R	±	±	±		±	±	-	-	±	±	±	±	±	±
La prise en charge des addictions (tabac, alcool, drogue)	R	R	R	R	R	±	±	±		±	±	-	-	±	±	±	±	±	±
La prise en charge des traumatismes par accident de la voie publique (AVP)	R	R	±	±	±	±	±	±		±	±	-	-	±	±	±	±	±	±

Légende :

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités ;

* = par délégation et sous supervision du médecin (NB : seul, le médecin pose l'indication d'ISG)

R = Référence

N.B : les niveaux de prestation indiqués ci-dessus sont destinés à la prise en charge des problèmes de santé des adolescents (es) et jeunes.

Les centres de santé scolaires/universitaires, certains centres jeunes offrent les mêmes services de prestation. Cependant, d'autres centres jeunes et les centres culturels offrent les activités de CCSC et récréatives

1.4. Santé des hommes

Tableau IX: Services de SR pour les hommes

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAU						GROUPES CIBLES	
	ASBC	AIS/A SC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	CS	Méd.G	Méd.SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR		CHU
IEC/CCSC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Dépistage et prise en charge des infections génito-urinaires y compris les IST/Sida	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge de l'hypofertilité	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge des tumeurs génitales	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	+	-	-	-	+	+	+	+	HOMMES
Prise en charge des dysfonctionnements sexuels	R	R	R	R	R	R	R	R	R	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge des problèmes liés à l'andropause	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Dépistage et prise en charge des maladies dégénératives	R	R	R	R	R	R	R	R	R	+	+	-	-	-	+	+	+	+	

Légende

- = Prestataires et niveaux non habilités ;

+ = Prestataires et niveaux habilités

R = Référence

1.5. Santé des personnes âgées

Tableau X: Services de SR pour les personnes âgées

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAU						GROUPES CIBLES	
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE/ME	AS	CS	Méd.G	Méd.SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR		CHU
IEC/CCSC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge de l'hypofertilité	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge des tumeurs	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge des dysfonctionnements sexuels	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	Personnes âgées
Prise en charge des problèmes liés à l'andropause chez l'homme	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge de la ménopause chez la femme	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge des affections dégénératives (arthroses, démence sénile, malnutrition)	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	
Prise en charge des maltraitances	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	
Soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

1.6. Composantes communes

Les composantes communes de la SR sont les suivantes :

- La planification familiale qui concerne à la fois les volets santé de la femme, santé de l'homme et santé des adolescents et jeunes ;
- L'IEC/CCSC ;
- Les IST/hépatite B/VIH/Sida ;
- La lutte contre les pratiques socioculturelles néfastes à la santé ;
- La prévention et le contrôle des infections associées aux soins (PCIAS);
- L'assurance qualité des services.

Tableau XI : Planification familiale

SERVICES/Prestations	PRESTATAIRES														NIVEAUX			GROUPE S CIBLES		
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE ME	AS	CS	MédG.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR		CHU	
IEC/CCSC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Hommes, Femmes, Adolescents (es) Jeunes
Consultation PF	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prescription/Administration des contraceptifs Collier	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	
Préservatif	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	
COC/COP	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	
Injectable	+*	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+*	+	+		+	+	+	+	
Implant	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+		+	+	+	+	
DIU	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	+		+	+	+	+	
CCV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-		+	+	+	+	
Contraception d'urgence	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+		+	+	+	+	
Gestion des effets secondaires	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	+	
Consultation de suivi	R	R	+	+	+	+	+	+		+	+		-	+	+	+	+	+	+	
Dépistage et prise en charge de l'hypofertilité	R	R	R	R	R	R	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités ;

- = Prestataires et niveaux non habilités ;

R = Référence

N. B :

- Les structures sanitaires privées doivent se conformer aux normes en fonctions de leur niveau de soins
- Les activités seront menées par du personnel formé
- Avec la délégation des tâches, les ASBC administrent les injectables, initie les pilules et distribuent les pilules ainsi que les préservatifs.

1.6.1. Information – Education – Communication/ Communication pour le Changement Social et Comportemental (IEC/CCSC)

1.6.1.1. Définitions

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

La Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) :

C'est un processus interactif avec les communautés pour la transmission de messages à travers des approches adaptées, en utilisant des canaux de communication variés en vue de créer des comportements positifs.

1.6.1.2. Les lieux de prestation

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

1.6.1.3. Supports d'IEC

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

- Supports audio-visuels,
- Affiches,
- Dépliants,
- Autocollants,
- Boîtes à images, etc...

1.6.1.4. Canaux de communication

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

- Les canaux modernes/mass médias : télé, radio, revues, journaux, réseaux sociaux... ;
- Les canaux de communication de proximité : visite à domicile, entretien, théâtre forum, discussion de groupe ;
- Les canaux de communication institutionnelle : Décrets, Arrêtés, Directives, Lettres circulaires ;
- Les canaux traditionnels : griots, crieurs publics, rassemblements dans les marchés, les lieux de culte...

1.6.1.5. Techniques de communication

- Le counseling,
- La causerie éducative,
- La discussion de groupe dirigée (focus group)
- La communication sociale (conférence suivie de débats, exposés),
- Le théâtre – forum,
- Les jeux de rôles,
- La projection de film/ diaporama suivi de débats, etc.

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

1.6.1.6. Le contenu de l'IEC/CCSC

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

1.6.2. SANTE DE LA FEMME

- Maternité à moindre risque
- Consultations prénuptiales et préconceptionnelles
- Planification familiale : counseling équilibré +
- Soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) :
 - Interruption sécurisée de la grossesse ;
 - Soins prénatals ;
 - Surveillance du travail d'accouchement ;
 - Prise en charge des accouchements ;
 - Élimination de la transmission Mère-Enfant du VIH (eTME / VIH) ;
 - Soins néonataux essentiels ;
 - Consultation postnatale ;
 - Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
 - Prise en charge des complications de la grossesse ;
 - Soins après avortement ;
 - Prise en charge des complications de l'accouchement
 - Soins néonataux d'urgence
 - Prise en charge des complications du post partum ;
 - Prise en charge gynécologique ;
 - Prise en charge des mutilations génitales féminines (MGF),
 - Prévention et prise en charge des cas de Fistules,
 - Détection et Prise en charge de violence ;
 - Prise en charge des infections du tractus génito – urinaire ;
 - Prise en charge gynécologique des PV/VIH ;
 - Dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses et des nodules de seins ;
 - Dépistage et prise en charge des tumeurs gynécologiques et mammaires ;
 - Prise en charge de l'infécondité et de l'infertilité (du couple) ;
 - Prise en charge des dysfonctionnements sexuels de la femme ;
 - Prise en charge des troubles de la ménopause.

1.6.3. SANTE DE L'ENFANT

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

- Surveillance de la croissance, détection de la malformation
- Vaccination
- Alimentation
- Prise en charge des enfants malades
- Détection de la violence.

1.6.4. SANTE DES ADOLESCENTS(ES) ET JEUNES

- **Soins préventifs :**

- Les tests de dépistage pour le VIH/hépatite B ;
- La surveillance prénatale y compris la eTME ;
- Les consultations postnatales ;
- Soins curatifs :
 - Interruption sécurisée de la grossesse ;
 - Le diagnostic de la grossesse ;
 - Le diagnostic et la prise en charge des IST ;
 - Les soins après avortement (SAA) ;
 - La prise en charge des adolescents/jeunes vivant avec le VIH ;
 - Le diagnostic et la prise en charge des carences nutritionnelles ;
 - Diagnostic et la prise en charge du surpoids et de l'obésité ;
 - Diagnostic et la prise en charge des autres problèmes liés à la promotion de la santé ou à la référence ;
 - Soutien psychologique ;
 - Prise en charge des addictions (tabac, alcool, drogue, moto et TIC) ;
 - Diagnostic et prise en charge des maladies métaboliques et affections cardiovasculaires ;
 - Prise en charge des traumatismes par accident de la voie publique (AVP).

- **Soins promotionnels :**

- Informations et counseling concernant tous les problèmes prioritaires de santé ;
- Les conseils en rapport avec les problèmes de santé des adolescents et jeunes (SSR, SPA, Droits et Genre, bonne hygiène de vie, civisme...)

- La contraception y compris la contraception d'urgence ;
- La consultation prénuptiale
- La consultation préconceptionnelle.

1.6.5. SANTE DE L'HOMME

- L'IEC/CCSC
- La prise en charge des infections du tractus génito-urinaire
- Le dépistage et prise en charge des tumeurs uro génitales
- La prise en charge de l'hypofertilité
- La prise en charge des dysfonctionnements sexuels de l'homme
- La prise en charge de l'andropause

1.6.6. SANTE DES PERSONNES AGEES

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

1.7. Mobilisation sociale

C'est un processus qui consiste à rassembler tous les partenaires et alliés sociaux intersectoriels possibles en vue de déterminer les besoins ressentis, de sensibiliser à un objectif de développement particulier et d'accroître la demande les concernant. Cela consiste à gagner l'engagement des acteurs tels que des institutions, des réseaux et des communautés à l'identification, à la mobilisation et à la gestion de ressources humaines, matérielles et financière augmentant et renforçant la durabilité des résultats obtenus.

ACTIVITES D'IEC/CCSC

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

COMPOSANTES COMMUNES

Tableau XII : IEC/CCSC

SERVICES/Prestataires	PRESTATAIRES											NIVEAUX							GROUPES CIBLES
	ASBC/An imateurs	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SFE ME	AS	CS	MédG.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU/CH N	
Le counseling,	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	Adolescents (es), jeunes, hommes, femmes et personnes âgées
La causerie éducative,	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	
La discussion de groupe dirigée (focus group)	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	
La communication sociale (conférence suivie de débats, exposés)	R	+	+	+	+	+	+	+		+	+	-	-	+	+	+	+	+	
Le théâtre – forum	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	
Les jeux de rôles	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	
La projection de film/ diaporama suivi de débats	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités

R = Référence

Tableau XIII : IST /VIH / Sida

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAUX							GROUPES CIBLES	
	ASBC	AIS	AA	AB	IB	IDF	SFE/ME	AS/SIO	CS	Méd G.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	CHU		
IEC/CCSC/IST/VIH/SIDA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	Adolescents (es), jeunes, hommes, femmes et personnes âgées
Consultation IST :																				
• Dépistage	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	
• Traitements selon l'approche syndromique	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	
Recherche et traitement du partenaire	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	
Prise en charge des complications des IST	R	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	
Consultation VIH/Sida																				
• Counseling	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	
• Dépistage		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	
• Prise en charge des personnes infectées par le VIH	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	
Traitement des infections opportunistes	R	R	R	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	
Traitement par les antirétroviraux	R	R	R	R	R	R	R	R	R	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	
Prise en charge psycho-sociale	R	R	R	R	R	R	R	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	

Légende

+ : Prestataires et niveaux habilités

- : Prestataires et niveaux non habilités.

R : Référence

NB : En matière d'eTME, la prise en charge est faite à tous les niveaux sauf le niveau communautaire.

Tableau XIV : Prévention et contrôle des infections associées aux soins

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAU						MATERIEL NECESSAIRE	MOMENT
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SF/ME	AS	CS	Méd.G	Méd.SP	Com	PSC	CS/PS	CM	HD	CHR		
HYGIENE DES MAINS																			
* lavage Simple	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Eau + savon + serviette individuelle
Lavage antiseptique	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Eau + solution antiseptique	
*Lavage Chirurgical	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+		
PORT DE BARRIERES																			
* Gants	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Gants stériles (DHN)	
* Bonnet, bavettes, tablier, bottes, lunettes	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	Gants de ménage, bonnets, bavettes, tabliers, bottes, lunettes	
TRAITEMENTS DES INSTRUMENTS																			
* pré désinfection	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Eau + savon+ brosse + récipient adéquat	
*Nettoyage	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+		
DHN																			
* Ebullition Chimique	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	Glutaraldehyde, eau de javel à 0,5 % pendant 20 mn,	
Vapeur																		Après nettoyage	

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAU						MATERIEL NECESSAIRE	MOMENT	
	ASBC	AIS/ASC	AA	AB	IB	IDE	SF/ME	AS	CS	Méd.G	Méd.SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR			CHU
<u>STERILISATION</u> * Chaleur humide * Chimique	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	Autoclave 121- Glutaraldehyde 12 H	Après nettoyage
	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+		
	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+		
<u>ELIMINATION DES DECHETS</u>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Boîte à tranchant, poubelles couvertes, incinérateur, fosse	Après triage

Tableau XV : Lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes et les violences

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES											NIVEAUX						GROUPES CIBLES
	ASBC	AA	AI/ASC	AB	IB	IDE	SFE ME	AS	CS	MédG.	Méd SP	Com	PSC	CSPS	CM	HD	CHR	
Plaidoyer	R	R	R	R	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+
IEC/CCSC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Détection et Prise en charge des complications des pratiques néfastes	R	+	-	+	R	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+

Légende

+ : Prestataires et niveaux habilités

- : Prestataires et niveaux non habilités.

R : Référence

N.B

Les lieux de prestation de services doivent comprendre aussi les formations sanitaires publiques et privées, les établissements médicaux scolaires, les centres d'accueil et de prise en charge des adolescents (es) et Jeunes, etc...

Normes de qualité de services

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

- Les services doivent être personnalisés ;
- Les clients doivent être traités avec dignité ;
- Les clients doivent être traités avec confidentialité ;
- Les clients ne doivent pas attendre longtemps avant d'être reçus ;
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur les méthodes contraceptives et services disponibles ;
- Les prestataires de santé doivent pouvoir reconnaître leurs limites ;
- Les centres de prestation de services doivent être propres et avoir une circulation des clients bien organisée ;
- Les centres de prestation doivent offrir aux clients des services continus, intégrés, globaux, permanents et spécifiques. Les centres de prestation de soins doivent avoir un équipement en matériel médico technique adéquat et en produits SR accessibles ;
- La supervision doit être formative et conduite par une personne ayant un gradient de compétences plus élevée dans le domaine relatif que l'agent supervisé et selon la périodicité ci-dessous :
 - Du CSPS vers les ASBC, tous les deux mois ;
 - Au sein du CSPS tous les mois (supervision interne) ;
 - Du DS vers le CSPS tous les trois mois ;
 - Du niveau régional vers les DS tous les six mois ;
 - Du niveau central vers les DRS et DS tous les six mois.

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

II. Composantes d'appui

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

- Plaidoyer
- Mobilisation sociale
- Gestion des services SR
 - Organisation des services
 - Coordination / collaboration intra et intersectorielle
 - Gestion des ressources
- Supervision
- Suivi évaluation
- Gestion de l'information sanitaire
- Formation
- Recherche
- Participation communautaire
- Financement des services de SR

2.1. Plaidoyer

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

2.2. Gestion des services de SR

2.2.1. Organisation des services

Instruments de l'organisation du travail

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

- Description ou spécification de poste ;
- Normes de rendement ou standards de performance ;
- Organigramme ;
- Répartition des tâches ;

- Planning des congés ;
- Calendrier de travail ;
- Carte d'identité de la structure ;
- Cadres de concertation (staff : hebdomadaire, réunions : mensuelle, assemblées générales : semestrielle.)

2.2.2. Coordination / collaboration intra et intersectorielle

Types de coordination

On peut distinguer deux types de coordination :

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

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

Niveaux et responsabilités

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

Le niveau central, à travers la Direction de la Santé de la Famille, coordonne les interventions des différents partenaires au niveau national. Il veille à :

- L'application de la politique, des normes et protocoles de services de SR ;
- La gestion de l'information sanitaire en SR, en uniformisant les supports de collecte de données,
- La documentation et capitalisation de bonnes pratiques en matière de SR,
- L'harmonisation des messages à diffuser sur les supports audio-visuels
- L'identification des besoins en formation.

Le niveau régional est chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale en matière de SR dans l'espace régional selon les politiques, normes et protocoles de services de SR définis par le niveau central.

Le niveau provincial (DPS) est l'entité opérationnelle d'administration des services de santé de la reproduction. Les DPS sont chargées de planifier et de coordonner les programmes de SR dans les DS.

Le niveau opérationnel (district sanitaire) est chargé de fournir à la population des soins en matière de SR dans son aire sanitaire selon les politiques, normes et protocoles.

Procédures

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

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

Rôle des partenaires techniques financiers et autres intervenants

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

2.2.3. Gestion des ressources

❖ Ressources matérielles

Sont l'ensemble des objets, instruments et toutes autres matières dont dispose une personne morale ou physique pour son bien-être ; il s'agit d'un patrimoine ;

Cas spécifique des services de santé : meubles, fournitures, équipements, infrastructures, médicaments, etc.

Règles générales

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

Outils de gestion

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

- Les fiches de stock,
- Les bons de commande,

- Les fiches d'inventaires,
- Les fiches de transfert/ retour,
- Les bordereaux de livraison,
- Les cahiers de vente ou de dispensation ;
- Le registre des pertes et périmés ;
- Les logiciels de gestion.

Les inventaires du matériel et des produits SR doivent être systématique selon la périodicité ci-dessous :

- CSPS tous les mois ;
- DS trimestriellement ;
- DRS trimestrielle ;
- Niveau central semestrielle.

Les rapports sur la gestion du matériel, des médicaments et des produits contraceptifs sont élaborés et transmis selon le même circuit et à la même périodicité que les rapports d'activités en matière de SR. Un feed back doit être fait à différents niveaux.

Les rapports sur les produits contraceptifs sont validés lors des sessions semestrielles des tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC) pour la quantification et la planification des approvisionnements.

❖ **Ressources humaines**

Les normes en personnel par structure et par profil selon l'OMS est 23 personnels qualifiées pour 10 000 habitants

- 1SFE pour 5000 habitants,
- 1infirmier pour 3000 habitants
- 1 médecin pour 10000 habitants

Au Burkina, il faut se référer au document portant sur les normes en personnel et structures sanitaires publiques. Par ailleurs, dans le domaine de la santé communautaire chaque village dispose de deux ASBC.

2.3. Formation

Cibles

La formation concerne toutes les catégories d'intervenants :

- Les responsables de services SR,

- Les gestionnaires de données au niveau DRS et DS,
- Les gestionnaires de programme,
- Les prestataires de services,
- Les superviseurs,
- Les étudiants/élèves des institutions de formation de base.

Types de formation

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

La formation de base est assurée dans les institutions de formation du personnel socio-sanitaire. Les programmes de formation doivent être adaptés à la politique en matière de SR.

La formation continue comprend les formations reçues en cours d'emploi. Elle doit être dispensée aux prestataires des services SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et autres secteurs.

Profil des formateurs

La formation en SR (formation de base et formation en cours d'emploi) est assurée par un formateur compétent et qualifié.

Les formateurs devront avoir subi une formation de formateurs dans leur domaine de compétence.

Domaines de formation

La formation portera sur les domaines suivants :

- La prestation des services d'IEC,
- La prestation des services cliniques,
- La gestion des services,
- La gestion des programmes,
- La formation des formateurs,
- La formation en approche genre,
- La formation en qualité des services et approche communautaire ;
- La recherche ; etc.

Curricula et modules de formation

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

Pour chaque domaine de formation, il faut disposer des documents suivants :

- Le guide du participant ;
- Le manuel du formateur ;
- Le manuel de référence.

Suivi de la formation

Les participants à une session de formation bénéficieront d'un suivi aux plus trois mois après la formation. Les agents sortis des institutions de formation de base bénéficieront d'un suivi en cours d'emploi et d'une mise à niveau sur la formation en SR tous les deux ans et selon l'évolution des connaissances et de la technologie.

2.4. Recherche

Priorités de recherche

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

Approche

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

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

Profil du chercheur

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

Éthique

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

Diffusion des résultats

Le ministère chargé de la santé assurera une large diffusion des travaux d'intérêt particulier. La diffusion des résultats de recherche est fortement encouragée dans les journaux spécialisés ou à tout forum.

2.5. Supervision

Cibles

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

- Les responsables de services SR ;
- Les gestionnaires de projets et programmes SR ;
- Les prestataires de services.

Niveaux

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

- Le niveau central supervise les régions sanitaires,
- La région sanitaire supervise les districts sanitaires,
- Le district sanitaire supervise les agents des formations sanitaires périphériques.
- Les agents des formations sanitaires périphériques supervisent à leur tour les agents de santé à base communautaire.

Périodicité

La périodicité de la supervision par niveau sera la suivante :

- Du CSPS vers les ASBC, tous les deux mois ;
- Au sein du CSPS tous les mois (supervision interne) ;
- Du DS vers le CSPS tous les trois mois ;
- Du niveau régional vers les DS tous les six mois ;
- Du niveau central vers les DRS et DS tous les six mois.

Profil des superviseurs

A tous les niveaux, La supervision doit être formative et conduite par une personne ayant un gradient de compétences plus élevée dans le domaine relatif que l'agent supervisé.

Domaines de supervision

Chaque sortie de supervision doit aborder :

- Les activités cliniques de SR (motivation et performances du personnel : prestations de PF, IEC /CCSC, prise en charge des cas, etc....) ;
- Les activités de management (organisation des services, conditions de travail, gestion des ressources, etc....) ;
- Les activités d'appui.

Etapas

La supervision doit respecter les étapes suivantes :

- La planification technique et administrative ;
- L'exécution ;
- L'évaluation comportant un rapport et un feed-back.

Outils de supervision

Les outils suivants doivent être utilisés :

- Des grilles de supervision pour les différents domaines à superviser (check-list, liste de vérification,) ;
- La description des postes des différentes catégories de personnel supervisé ;
- Les normes et procédures des services.

2.6. Suivi/ évaluation

2.6.1. Évaluation

Les programmes/projets de SR doivent être périodiquement évalués. Il existe trois catégories et différents types d'évaluation.

Les catégories d'évaluation sont :

- L'évaluation initiale ;
- L'évaluation à mi-parcours ou intermédiaire ;

- L'évaluation finale.

Les types d'évaluation sont :

- L'évaluation des besoins ;
- L'évaluation de la pertinence ;
- L'évaluation du processus ;
- L'évaluation de l'efficacité ;
- L'évaluation de l'impact ;
- L'évaluation de l'efficacité.

Ces trois catégories et types d'évaluations sont utilisées en fonction de la nature ou de la durée du projet/programme de SR et des besoins.

Cette évaluation peut être interne, externe ou mixte.

Profil des évaluateurs

Toute évaluation doit être effectuée par des personnes qualifiées et ayant les compétences requises.

Niveau

Les évaluations doivent être faites au niveau central, intermédiaire et périphérique aux périodes indiquées dans les documents des projets ou programmes. Les mécanismes d'évaluation doivent être déterminés dans les documents des projets/programmes.

Diffusion des résultats

Les rapports écrits de toute évaluation sont transmis aux responsables des programmes, et à tous les partenaires dans un délai de trois mois après l'évaluation. Les résultats doivent faire l'objet de dissémination aux autres acteurs concernés à travers les supervisions, rencontres et conférences...

2.6.2. Suivi

Le suivi des programmes/projets de SR doit être systématique.

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

Au niveau national

- L'analyse des rapports d'activités des Directions régionales,

- La tenue des différents cadres de concertation avec les partenaires (comités de pilotages : semestrielle, comité national de suivi de la mise en œuvre des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile : annuelle) avec des PV ;
- La supervision des Directions régionales, CHR et CHU/CHN.

Au niveau régional

- L'analyse des rapports d'activités des DS,
- La tenue des réunions périodiques de coordination et de concertation (CODI : trimestrielle, CTRS : semestrielle)
- La supervision des DS,
- La tenue des conseils d'administration des CHR, CHU : semestrielle,
- Le monitoring des activités.

Au niveau district sanitaire

- L'analyse des rapports d'activités des formations sanitaires de base,
- Les réunions périodiques de coordination et de concertation (ECD/ ICP/ coordonnateurs des unités de soins, des responsables de CM et les CSD : semestrielle)
- La supervision du personnel des formations sanitaires de base,
- Le monitoring des activités des formations sanitaires,
- Le monitoring des activités au niveau communautaire.

2.7. Gestion de l'information sanitaire

Le circuit de la transmission des données sur la santé de la reproduction suit le même que le système national d'information sanitaire.

Les supports de collecte de données

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

- Le registre de consultations journalier ;
- Le registre de consultation post natal ;
- Le registre de consultation infantile ;

- Le registre d'accouchement ;
- Le registre d'hospitalisation ;
- Les fiches de consultation ;
- Le registre de référence/évacuation sanitaire ;
- Le registre de contre référence ;
- Le registre de soins après avortement ;
- Le registre de PF ;
- Le registre de eTME ;
- Le registre de conseil dépistage ;
- Le registre de mise en observation ;
- Le registre de CPN(SPN) ;
- Le registre de consultations de l'ASBC ;
- Le registre de collecte de données de l'ASBC ;
- Les fiches de référence et de contre référence des ASBC.

Ces supports sont accompagnés de guides de procédures et de guides de remplissage. Ils doivent être révisés tous les trois ans.

Les données collectées doivent faire l'objet de rapports périodiques :

- Les rapports mensuels d'activités communautaires (RMA) pour les ASBC ;
- Le télégramme lettre officiel hebdomadaire (TLOH) ;
- Les rapports mensuels d'activités (RMA) pour les formations sanitaires (CSPS, CM/HD, CHR, CHU) ;
- Les rapports trimestriels pour les DRS et district ;
- L'annuaire statistique du Ministère de la santé ;
- Le bulletin épidémiologique hebdomadaire ;
- Le bulletin épidémiologique d'information sanitaire trimestriel ;
- Les rapports annuels pour la DGESS.

Une retro-information doit être faite de façon systématique à tous les niveaux du système.

Les niveaux

- Le niveau périphérique avec les PSC, CSPS, CM/CMA, DS, DPS ;
- Le niveau intermédiaire représenté par la DRS ;

- Le niveau central avec la DGESS et les autres directions centrales qui assurent la coordination.

Les indicateurs

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

Le circuit de l'information

Il est le même que celui du SNIS.

Le système de contrôle des données

L'assurance qualité constitue un élément fondamental de la gestion des données. Elle concerne tous les niveaux du système. La vérification de la qualité des données se fait mensuellement au niveau des registres, RMA des points de prestation et Endos.

Cette vérification se fait aussi trimestriellement et semestriellement avec un feedback aux différents échelons.

Les audits de la qualité des données est fait annuellement.

2.8. Participation communautaire

L'application des PNP-SR s'inscrit en droite ligne de la mise en œuvre des soins de santé primaires à travers l'initiative de Bamako. Aussi, la participation communautaire revêt une importance capitale du point de vue de la responsabilisation des communautés vis-à-vis de leur propre santé mais aussi de l'amélioration du système de recouvrement des coûts.

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

2.9. Financement des services de SR

Le financement des services de SR obéit aux principes de subvention, de gratuité et de recouvrement des coûts des services.