

**PLAN D'ACCELERATION DE LA
REDUCTION DE LA MORTALITE
MATERNELLE ET NEONATALE
AU BF**



PLAN

- DEFINITION
- JUSTIFICATION
- OBSTACLES
- PROBLEMES
- OBJECTIFS
- STRATEGIES
- LECONS APPRISES ET DEFIS
- CONCLUSION

DEFINITION

- Document de référence pour toute intervention dans le domaine de la réduction de la MMN au BF
- Dénommé **feuille de route** et élaboré en 2006 et couvre de 2006 à 2015
- Document indiquant toutes les interventions ciblant l'atteinte des OMD 4 et 5

Pourquoi la feuille de route?

- Ratios de MM NI élevés dans les pays africains
- Conférences Nairobi (Kenya) en 1987, puis à Niamey (Niger) en 1989 qui ont abouti au lancement de l'initiative pour la Maternité à sans risque (MSR)
- Au BF: ratio MM= 484 pour 100 000 NV (EDS 98), MN=31‰; MI: 81‰ Mortalité infanto-juvénile= 184 ‰(EDS, 2003)

Pourquoi la feuille de route?

- L'étude des besoins obstétricaux non couverts réalisée en 2001 a montré un déficit en interventions obstétricales majeures
- Faible connaissance de la communauté sur les risques liés à la grossesse, les signes de danger
- **Faible implication de la communauté et surtout des hommes dans la SR**

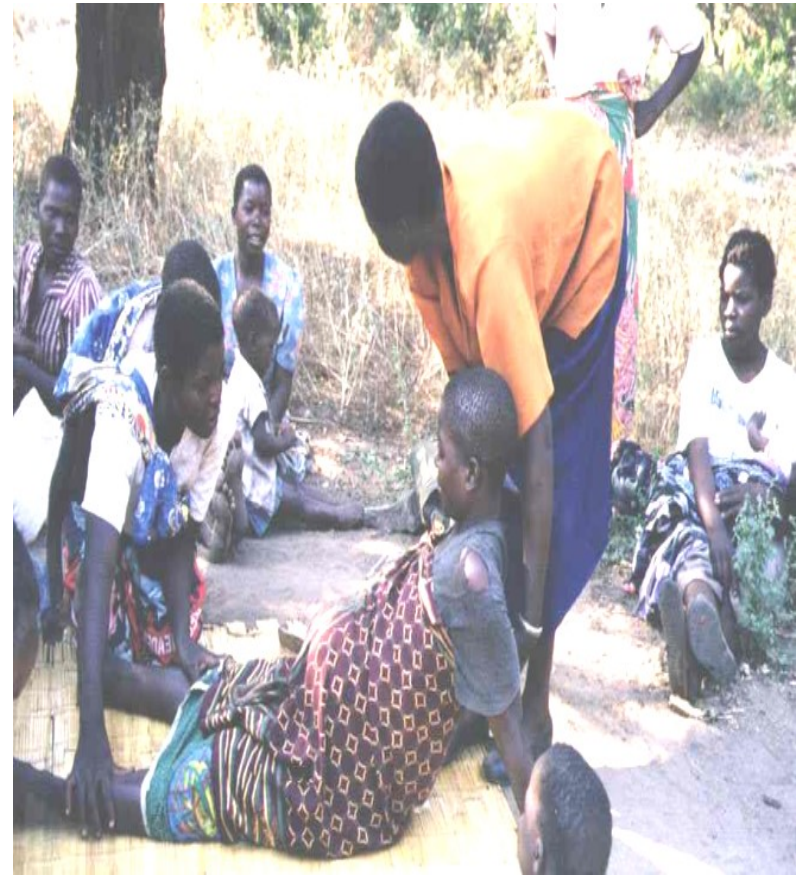
Obstacles à la lutte contre la MMN

Résumé sous la terminologie des 3 retards:

- Le retard pour décider de consulter les services de santé
- **Le retard pour arriver à l'établissement de santé**
- Le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé.

Le retard pour décider de consulter les services de santé

- **Non connaissance des complications**
- **Acceptation du décès maternel (fatalité)**
- **Faible statut de la femme**
- **Faible pouvoir d'achat**
- **Perceptions socioculturelles.**



Le retard pour arriver à l'établissement de santé

- **Barrières géographiques**
- **Manque de moyen de transport**
- **Mauvais état des routes**
- **Faibles réseaux de communication**
- **Faible pouvoir d'achat**



Le retard pour recevoir un traitement

- **Non application des protocoles de soins**
- **Insuffisance d'équipements, de médicaments, de consommables et de personnels qualifiés**



Le retard pour recevoir un traitement

- **Mauvaise répartition/gestion du personnel qualifié**
- **Mauvais fonctionnement du système de référence**
- **Inaccessibilité financière aux soins**



PROBLEMES IDENTIFIES

- Une faible disponibilité des soins de santé maternelle et néonatale,
- Une faible accessibilité des bénéficiaires aux soins de santé maternelle et néonatale,
- **Une faible qualité des prestations de soins,**

PROBLEMES IDENTIFIES

- **Une insuffisance d'implication des communautés dans les actions de santé maternelle et infantile,**
- Une insuffisance d'engagement des acteurs à tous les niveaux

PROBLEMES IDENTIFIES

Face à ces problèmes, la feuille de route met l'accès sur deux éléments:

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

OBJECTIFS

Objectif général

D'ici 2015 réduire le ratio de mortalité maternelle de $\frac{3}{4}$ du niveau de 1990 et le taux de mortalité néonatale de $\frac{2}{3}$ du niveau de 1990.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

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

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 20% à 30% ;
- **Accroître la participation des individus, de la famille et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays.**

Evaluation à mis parcours

- La revue réalisée en juin 2012 cible l'IFC comme un objectif d'accélération de la réduction de la MMNN
- Elle a permis de mesurer les progrès, d'identifier les insuffisances et les défis à relever.

QUELQUES RESULTATS OBTENUS

- La baisse du ratio de MM : 566 en 1993 , 484 en 1998 et 341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010.
- Mortalité néonatale de 45 pour 1000 en 1993 à 47 pour 1000 en 1998 puis à 31 pour 1000 en 2003 et à 28 pour 1000 en 2010
- L'indice synthétique de fécondité est de 6,0 enfants par femme en 2010 (6,2 en 2003)
- Le tétanos néonatal a été éliminé sur le territoire depuis 2009.

QUELQUES RESULTATS OBTENUS

- La baisse de la séroprévalence du VIH a moins de 2% accompagne l'augmentation de l'accès au dépistage du VIH
- Baisse des besoins non satisfaits en planification familiale de 29% en 2003 à 23,8% en 2010 avec cependant une légère hausse chez les adolescentes de 15-19 ans
- Augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives de 18,6% en 2006 à 34,2% en 2011

QUELQUES RESULTATS OBTENUS

- Une augmentation de la CPN4 de **16,9%** en 2008 à **25,5%** en 2011
- Une amélioration du pourcentage de femmes vues au 1^{er} trimestre de **16,25%** en 2003 à **27,5%** en 2011
- Le taux d'adhésion à la PTME est passé de **42%** en 2005 à **67%** en 2011.
- L'accouchement assisté est passé de **42,9%** en 2004 à **78,3%** en 2011

QUELQUES RESULTATS OBTENUS

- Le pourcentage de femmes enceintes connaissant deux signes de danger liés aux complications obstétricales et néonatales pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum est passé de **19,2%** en 2003 à **52,6%** en 2010.

QUELQUES RESULTATS OBTENUS

- Le taux de césarienne s'est accru de **0,8%** en 2005 à **1,8%** en 2011
- La proportion de cellules de gestion des urgences obstétricales et néonatales au niveau village fonctionnelle est de **60,64%**
- La mise au sein en l'espace d'1 heure après la naissance est passée de **33,3%** en 2003 à **42,1%** en 2010
- L'allaitement maternel exclusif de **18,8%** en 2003 à **24,8%** en 2010.

QUELQUES RESULTATS OBTENUS DANS LA REGION

- Accouchement assisté: **71.5%** en 2010 à **78.9%** en 2011;
- CPN 4: **15.5%** en 2010 à **19.7%** en 2011;
- Femmes enceintes vue au premier trimestre de la grossesse: **33.5%** en 2010 à **35%** en 2011;

QUELQUES RESULTATS OBTENUS DANS LA REGION

- PF: taux d'utilisation: **30%** en 2011 contre **27.5%** en 2010;
- Taux couverture CPoN: de **30%** en 2010 et **35.4%** en 2011;
- Décès maternel : **33** en 2010, **42** en 2011 et **25** en 2012.

LECONS APPRISES

Focaliser sur des interventions prouvées efficaces

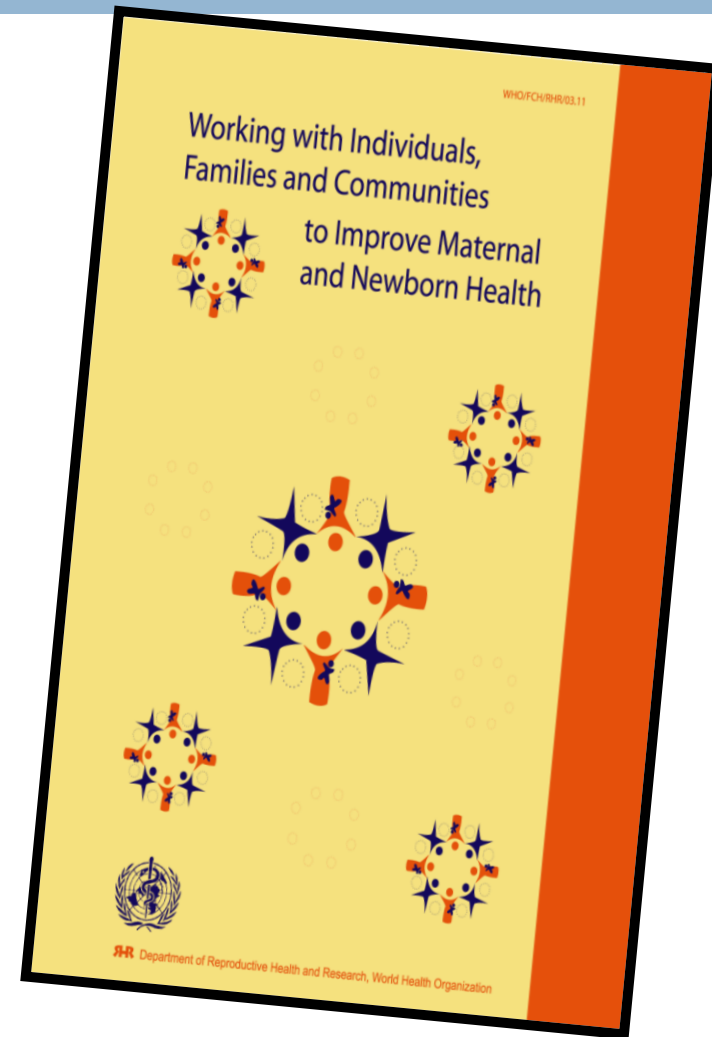
- Assistance qualifiée à l'accouchement
- SONU, PF
- CPN recentrée, PTME, Nutrition
- Soins post-nataux
- Institutionnalisation des audits de décès maternel et néonataux



LECONS APPRISES

Travailler avec les individus, les familles et les communautés: une approche de santé communautaire basée sur un réel partenariat entre les services de santé et les communautés.

Travailler **avec** et non **en lieu et place** des communautés



DEFIS

- L'insuffisance de coordination;
- Non fonctionnalité des cellules villageoises de gestion des urgences obstétricales et comités de lutte contre la MMN non fonctionnels
- Insuffisance dans le financement des activités du secteur de la santé
- Faible implication de la communauté dans les activités
- Analphabétisme
- Faible statut social et économique de la femme.

CONCLUSION

- Le Burkina Faso a adopté la Feuille de Route comme cadre de référence pour la mise en œuvre des interventions visant à réduire les niveaux très élevés de mortalité maternelle et néonatale
- **Besoin de porter à l'échelle les interventions prioritaires**

CONCLUSION

- Défi majeur: la mobilisation des ressources (humaines, matérielles et financières) pour la mise en œuvre
- Nécessité d'investir dans la SMN, facteur de développement
- Besoin de bâtir des partenariats stratégiques et opérationnels en faveur de la SMN.
- Approche IFC en tant qu'une stratégie de réduction de la MMN est une opportunité



MOBILISONS NOUS POUR SAUVER LA SR

CONTINUONS A AGIR POUR SAUVER LES MERES ET LES ENFANTS

