

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



STANDARDS, NORMES ET PROCEDURES EN SOINS REPRODUCTIFS, MATERNELS, NEONATALS, INFANTILES ET DE L'ADOLESCENT



Bujumbura, Janvier 2021



PREFACE

L'amélioration de la santé de la population en général, de la santé la mère, de l'enfant et de l'adolescent en particulier, constitue une priorité du Gouvernement burundais, garant du respect des droits de la population à jouir de sa santé sexuelle et reproductive.

En 2012, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida s'est doté du document des normes de Santé de la Reproduction afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des services de qualité. Dès lors, des progrès significatifs dans l'offre de services de qualité ont été réalisés dans le domaine de la santé de la reproduction en général, de la santé maternelle, néonatale et infantile en particulier.

Par ailleurs, des documents de référence nationale notamment les documents de politique (la politique nationale de santé de la reproduction) et les documents de planification (le Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération 2019-2023, PNDSIII, le plan stratégique national de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, infantile et de l'adolescent 2019-2023 (SRMNIA) ont été élaborés et validés.

Ces documents donnent de nouvelles orientations de politique et stratégique en matière de santé de la reproduction et il s'avère donc nécessaire de mettre en place des documents techniques permettant d'atteindre les résultats escomptés. C'est dans ce cadre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de mettre à jour le document des normes, standards et procédures en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent. Son élaboration s'est référée aux standards de soins et chartes de qualité tels que proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé aux différents pays tout en les adaptant au contexte national.

Ce document des normes, standards et procédures constitue donc un outil d'orientations pour l'offre des services de qualité en vue d'atteindre des cibles fixées dans le cadre de performance de la stratégie nationale de Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent.

Il est alors destiné aux gestionnaires de programmes et projets de santé, planificateurs, responsables des formations sanitaires, professionnels de santé ainsi qu'aux partenaires financiers et techniques du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

J'exhorte donc tout un chacun de s'en servir afin de parvenir à la réduction de la morbidimortalité maternelle et périnatale et améliorer la santé des enfants et des adolescents.

Le Ministre de la Santé Publique et la Lutte contre le Sida

Dr Thaddée NDIKUMANA



SIGLES ET ABREVIATIONS

AM	Allaitement Maternel
AME	Allaitement maternel exclusif
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
ARV	Anti Retro Viral
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASLO	Associations locales
BERCER	Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour
BUMEREC	Burundi Medical Research Clinic
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDS	Centre de Santé
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHUK	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CIP	Contraception Injectable aux Progestatifs
CME	Carnet Mère-Enfant
CNTS	Centre Nationale de Transfusion Sanguine
COC	Contraceptif Oral Combine
COP	Contraceptif Oral aux Progestatifs
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Prénatale
CPNr	Consultation prénatale recentrée
CPoN	Consultation Post Natale
CV	Charge virale
DHIS_2	District Health Information Software
DIU	Dispositif Intra utérin
DM	Décès Maternel
DOT	Direct Observatory Treatment
DS	District Sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FOSA	Formation Sanitaire
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase du Travail
GE	Goutte Epaisse
HD	Hôpital de District
HMK	Hôpital Militaire de Kamenge
HN	Hôpital National
HP	Hôpital Provincial
IEC	Information Education Communication
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVA	Inspection Visuelle après application de l'Acide Acétique
IVL	Inspection Visuelle après application du Lugol
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide a Longue Durée d'Action
MSPLS	Ministère de la Sante Publique et de Lutte contre le SIDA
NN	Nouveau-né
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
ORL	Oto-rhino Laryngologie
PB	Périmètre Brachial

PC	Périmètre Crânien
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en Charge
PEIGS	Planification et Espacement Idéale des grossesses pour la Sante
PF	Planification Familiale
PFPA	Planification Familiale Post Avortement
PFPP	Planification Familiale du Post Partum
PNSR	Programme National de Sante de la Reproduction
POLYCEB	Polyclinique Centrale de Bujumbura
PPE	Prophylaxie Post Exposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SDAJ	Sante et Développement des Adolescent et des Jeunes
SF	Sage- Femme
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMK	Soins Maternels Kangourou
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SPA	Soins Post Avortement
SRMNIA	Sante de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TETU	Triage, Évaluation, Traitement, Urgence
TIDC	Traitement d'Ivermectine Sous Directives Communautaires
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPIG	Traitement Préventif Intermittent Pendant la Grossesse
TPI-SP	Traitement Prophylactique Intermittent a la Sulfadoxine Pyrimetamine
TPS	Technicien de Promotion de la Sante
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Acquise

TABLE DES MATIERES

I. CONTEXTE	1
I.1. Introduction	1
I.2. Priorités pour réduire la mortalité maternelle néonatale et infantile	2
I.3. Justification de la révision des normes SRMNIA	2
I.4. Public cible	3
II. METHODOLOGIE	3
III. STANDARDS DE LA QUALITE DES SOINS EN SRMNIA	3
III.1. Enoncé des standards.....	3
III.2. Portée des standards.....	7
IV. CADRE DE REFERENCE POUR LA QUALITE DES SOINS	7
IV.1. Organisation du Réseau de Soins au Burundi	7
IV.1.1. L'échelle communautaire.....	7
IV.1.2. Le Centre de Santé	8
IV.1.3. L'Hôpital de District	8
IV.1.4. L'Hôpital Régional.....	8
IV.1.5. L'Hôpital National	9
IV.1.6. Le transfert	9
V. NORMES DES SOINS EN SRMNIA	10
V.1. Santé Maternelle	10
V.1.1. La consultation pré conceptionnelle	10
V.1.2. La Consultation Prénatale Recentrée	13
V.1.4. Consultation Post Natale	27
V.1.5. Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	34
V.1.6. Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels	39
V.1.7. Soins Post Avortement	40
V.1.8. Planification Familiale.....	43
V.1.9. Santé et Développement des Adolescents et Jeunes.....	47
V.1.10. Prise en charge de l'Infertilité	51
V.1.11. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du col utérin	53
V.1.12. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du sein.....	56
V.1.13. Prévention et traitement des IST/VIH/SIDA/Hépatites Virales	58
V.1.14. Les violences basées sur le genre	62
V.1.15. Prise en Charge de la Ménopause.....	66
V.1.17. Prise en charge de l'andropause	68
V.2. Santé Néonatale et Pédiatrique	70

V.2.1. Soins Essentiels du Nouveau-né.....	70
V.2.2. Soins du Nouveau-né malade	75
V.2.3. Surveillance de la Croissance de l'Enfant de 0 à 5 ans	79
V.2.4. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	82
VI. ELABORATION DES CHARTES ET DES MESURES DE QUALITE	88
VII. OPERATIONNALISATION DES STANDARDS ET NORMES DE SOINS	88
VII.1. Le cadre.....	88
VII.2. Diffusion et mise en œuvre	88
VIII. SUIVI ET EVALUATION.....	89
IX. BIBLIOGRAPHIE	90
X. ANNEXES.....	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Standards et charte de qualité selon l'OMS.....	4
Tableau 2. Procédure de la Consultation Pré conceptionnelle par niveau et par type d'intervenants ...	12
Tableau 3. Procédure de la CPN recentrée par niveau et par type d'intervenants.....	15
Tableau 4. Procédure de la surveillance du travail, du post partum par niveau et par type d'intervenants	23
Tableau 5. Procédure de la consultation post natale par niveau et par type d'intervenants	29
Tableau 6. Procédure des soins obstétricaux et néonataux d'urgence par niveau et par type d'intervenants	36
Tableau 7. Procédure des soins post avortement par niveau et par type d'intervenants.....	41
Tableau 8. Procédure de la Planification Familiale par niveau et par type d'intervenants.....	45
Tableau 9. Procédure en Santé et Développement des Adolescents par niveau et types d'intervenants	48
Tableau 10. Procédure de la prise en charge de l'infertilité par niveau et par type d'intervenants.....	52
Tableau 11. Procédure de la prévention et de la prise en charge du cancer du col utérin par niveau et par type d'intervenants.....	55
Tableau 12. Procédure de la prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du sein par niveau et par type d'intervenants	57
Tableau 13. Procédure de prévention et traitement des IST/VIH/SIDA/Hépatites Virales par niveau et par type d'intervenants.....	60
Tableau 14. Procédure de la prévention et prise en charge des violences basées sur le genre par niveau et par type d'intervenants.....	64
Tableau 15. Procédure de la prise en charge de la ménopause par niveau et par type d'intervenants ..	67
Tableau 16. Procédure de la prise en charge de l'andropause par niveau et par type d'intervenant	69
Tableau 17. Procédure en Santé Néonatale et Pédiatrique par niveau de soins et par type d'intervenants	72
Tableau 18. Procédure de prise en charge du Nouveau-né Malade par niveau et par type d'intervenants.....	76
Tableau 19. Procédure de la surveillance de la croissance de l'enfant de 0 à 5 ans par niveau et par type d'intervenants.....	81
Tableau 20. Procédure de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par niveau et par types d'intervenants.....	84

PREFACE

L'amélioration de la santé de la population en général, de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent en particulier, constitue une priorité du Gouvernement burundais, garant du respect des droits de la population à jouir de sa santé sexuelle et reproductive.

En 2012, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida s'est doté du document des normes de Santé de la Reproduction afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des services de qualité. Dès lors, des progrès significatifs dans l'offre de services de qualité ont été réalisés dans le domaine de la santé de la reproduction en général, de la santé maternelle, néonatale et infantile en particulier.

Par ailleurs, des documents de référence nationale notamment les documents de politique (la politique nationale de santé de la reproduction) et les documents de planification (le Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération 2019-2023, PNDSIII, le plan stratégique national de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, infantile et de l'adolescent 2019-2023 (SRMNIA) ont été élaborés et validés.

Ces documents donnent de nouvelles orientations de politique et stratégique en matière de santé de la reproduction et il s'avère donc nécessaire de mettre en place des documents techniques permettant d'atteindre les résultats escomptés. C'est dans ce cadre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de mettre à jour le document des normes, standards et procédures en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent. Son élaboration s'est référée aux standards de soins et chartes de qualité tels que proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé aux différents pays tout en les adaptant au contexte national.

Ce document des normes, standards et procédures constitue donc un outil d'orientations pour l'offre des services de qualité en vue d'atteindre des cibles fixées dans le cadre de performance de la stratégie nationale de Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent.

Il est alors destiné aux gestionnaires de programmes et projets de santé, planificateurs, responsables des formations sanitaires, professionnels de santé ainsi qu'aux partenaires financiers et techniques du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

J'exhorte donc tout un chacun de s'en servir afin de parvenir à la réduction de la morbidimortalité maternelle et périnatale et améliorer la santé des enfants et des adolescents.

Le Ministre de la Santé Publique et la Lutte contre le Sida

Dr Thaddée NDIKUMANA

I. CONTEXTE

I.1. Introduction

L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de la santé sexuelle et génésique a toujours été considérée comme une priorité de premier ordre par la République du Burundi. L'affirmation de cette volonté s'est traduite d'une part par l'élaboration d'un nouveau Plan National de Développement (2018-2027), la Politique Nationale de Santé (2016-2025) et le Plan National de Développement Sanitaire (2019-2023) d'autre part par la souscription aux engagements internationaux notamment la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant, et de l'adolescent (2016-2030) et les Objectifs pour le Développement Durable (ODD).

L'adoption des textes législatifs et réglementaires comme le plan national de développement et le plan national de développement sanitaire ainsi que la mise en œuvre des documents stratégiques en vue d'un accès universel aux services de santé comme le plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA) est une matérialisation de cette volonté.

Selon les données des EDS 2010 et 2016-2017, le Burundi a réalisé des progrès en matière de santé de la reproduction qui ont abouti à l'amélioration des indicateurs sociodémographiques clés : l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 6,4 à 5,5; la prévalence contraceptive est passée de 22 à 29% chez les femmes de 15 à 49 ans en union; les accouchements assistés en milieu de soins de 60 à 85 %; la couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés) de 83 à 85% ,et la mortalité néonatale est passée de 31 à 23/1000 naissances vivantes. La mortalité maternelle est passée de 500 à 334/100.000 naissances vivantes.

Cependant, le Burundi fait partie de la catégorie des pays qui n'ont pas atteint la cible des OMD 4 et 5 ; cela fait que la nouvelle cible pour les ODD en matière de réduction de la mortalité maternelle de 2015 à 2030 est de 140 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes alors que pour les pays ayant atteint la cible des OMD en 2015, leur cible est de 70/100.000 naissances vivantes.

Le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA vient de se doter du plan stratégique SRMNIA et du plan de Développement du Réseau National des Maternités SONU. Ces documents de référence vont permettre la mise en œuvre des interventions prioritaires visant à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile, à améliorer l'accès universel de la santé génésique et l'intégration de l'offre des services SRMNIA.

Le présent document des standards, normes et procédures en soins reproductifs maternels, néonataux infantile et de l'adolescent est une révision des normes et protocoles en santé de la reproduction de 2012 en s'inspirant des standards internationaux et en s'alignant au plan stratégique intégré de la SRMNIA. En effet, des innovations, des meilleures pratiques, des nouvelles stratégies et approches ont été identifiées et adaptées au contexte national.

Par définition, les normes en SRMNIA précisent le niveau minimum acceptable de performance attendu pour la mise en œuvre des activités de SRMNIA dans un environnement défini par la politique tandis que les procédures décrivent les instructions étape par étape et les séquences nécessaires pour exécuter une tâche ou une activité en précisant si possible les équipements et les fournitures nécessaires. L'actualisation de ce document sur les normes et protocoles en santé de la reproduction est donc plus que pertinente pour l'offre des services SRMNIA de qualité.

Les normes nationales en SRMNIA se fondent sur les recommandations internationales et reflètent l'idéal des services à offrir dans le contexte national du moment et pour ce faire, ne peuvent en aucun cas être statiques. C'est pourquoi il est indiqué de les réviser périodiquement en tenant compte de l'évolution du contexte international et de l'évolution des options politiques et du système de santé du Burundi.

I.2. Priorités pour réduire la mortalité maternelle néonatale et infantile

À l'échelle mondiale, plus de 70 % des décès maternels sont principalement dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement tels que l'hémorragie, l'hypertension gestationnelle, la septicémie et l'avortement. Les décès néonataux sont principalement dus aux complications telles que la prématurité, l'asphyxie périnatale et les infections néonatales qui représentent plus de 85 % des décès. Les études montrent que des soins de qualité peuvent réduire de façon significative les décès maternels et périnataux. De ce fait, l'accouchement et la période postnatale sont des moments particulièrement critiques pour la survie de la mère, du fœtus et du nouveau-né. La forte implication pour ces moments aura pour conséquence une amélioration des retours sur les investissements consentis pour améliorer les soins ; c'est-à-dire la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Par conséquent, l'amélioration de la qualité des soins promotionnels, préventifs et curatifs au cours de la période critique (fin de la grossesse, lors de l'accouchement et au début de la période néonatale) pourrait avoir un impact majeur sur la survie de la mère, du fœtus et du nouveau-né. Sur la base des données factuelles disponibles relatives à la charge de morbidité et de mortalité, les domaines thématiques suivants ont été identifiés comme hautement prioritaires pour les pratiques fondées sur les preuves concernant les soins promotionnels, les soins essentiels et les soins d'urgence (2) :

- ✓ Les soins essentiels pendant et après l'accouchement comprenant la surveillance du travail ainsi que les soins du nouveau-né de la naissance à la première semaine de vie;
- ✓ Les soins post avortement
- ✓ La prise en charge de la pré éclampsie et de l'éclampsie ainsi que ses complications ;
- ✓ La prise en charge des dystocies au moyen des techniques médicales sûres et appropriées ;
- ✓ La prise en charge de l'hémorragie du post partum ;
- ✓ La réanimation du nouveau-né ;
- ✓ La prise en charge des menaces d'accouchement prématuré et des nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance ;
- ✓ La prise en charge des infections maternelles et néonatales.
- ✓ La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

I.3. Justification de la révision des normes SRMNIA

La qualité des soins, de plus en plus reconnue au niveau international comme un aspect crucial de la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent n'est pas encore suffisamment développé.

Il est reconnu qu'une large couverture de soins ne suffit pas à elle seule pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. En effet, l'amélioration de la couverture doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité dans toute la gamme des soins.

Les soins postnatals de haute qualité doivent faire partie intégrante de toute stratégie d'amélioration de la qualité des soins SRMNIA. Les normes en matière de droits humains, l'éthique médicale et les standards de qualité des soins recommandent l'intégration de soins

post natales entant qu'élément fondamental de la qualité des soins, soit directement ou par l'intermédiaire d'un système de référence contre référence efficace.

I.4. Public cible

Les standards de soins et les mesures de la qualité des soins sont destinés à être utilisés principalement par les décideurs politiques, les responsables de la planification, des programmes, des institutions de formation et de recherche, des formations sanitaires et les professionnels de santé. Ces standards serviront aussi comme un document de référence pour les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la SRMNIA.

II. METHODOLOGIE

L'élaboration de ce document s'est échelonnée sur plusieurs étapes : (i) une revue documentaire a été faite, (ii) une ébauche du plan de rédaction du document des standards et normes pour l'amélioration des soins SRMNIA a été soumise à une équipe du PNSR et de l'UNICEF pour amendement, enrichissement et adoption, (iii) une équipe de consultants a rédigé le document de base qui a servi d'outil de travail pour une équipe multidisciplinaire incluant les gestionnaires des programmes, les représentants des partenaires techniques et financiers et les prestataires, (iv) retraites de revue et d'analyse du document ont été organisées pour l'enrichissement du document.

III. STANDARDS DE LA QUALITE DES SOINS EN SRMNIA

III.1. Enoncé des standards

L'OMS envisage un monde dans lequel «chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de qualité tout au long de la grossesse, au cours de l'accouchement pendant la période postnatale». Cette déclaration va de pair avec deux autres éléments du programme d'action à l'échelle mondiale: les stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables ¹ et le Plan d'action pour la santé du nouveau-né ².

L'OMS affirme qu'en assurant l'accès aux soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence de qualité, il est possible de réduire la morbidité et la mortalité chez les mères et les nouveau-nés.

Les standards de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux reposent sur des interventions hiérarchisées, fondées sur des données factuelles, relatives à la période de soins critique à savoir la fin de la grossesse, lors de l'accouchement et la période postnatale.

En vue de l'amélioration de la qualité des soins pour la mère et le nouveau-né, l'OMS détermine 8 standards et 31 chartes de qualité de soins³.

¹Strategies toward ending preventable maternal mortality

²Chaque nouveau-né : Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables

³Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, WHO 2017: ISBN 978-92-4-251121-5

Tableau 1. Standards et charte de qualité selon l'OMS

Standard1 : Chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent bénéficient, sur base de données factuelles, des soins essentiels et services et d'une prise en charge des complications au cours du travail, de l'accouchement, de la période postnatale, de l'enfance et de l'adolescence.	
<i>Charte de qualité</i>	
1.1a	L'état de santé des femmes fait l'objet d'un examen systématique au moment de leur admission dans l'établissement de santé, pendant le travail et l'accouchement, et elles bénéficient rapidement de soins appropriés.
1.1b	Les nouveau-nés bénéficient des soins essentiels immédiatement après la naissance
1.1c	Les mères et les nouveau-nés bénéficient des soins postnatals essentiels.
1.2	Les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie bénéficient rapidement des interventions appropriées,
1.3	Les femmes présentant une hémorragie du post partum bénéficient rapidement des interventions appropriées,
1.4	Les femmes dont le travail est dystocique bénéficient des interventions appropriées ;
1.5	Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont réanimés selon les étapes du protocole national
1.6a	En cas de travail prématuré, les femmes bénéficient des interventions appropriées à la fois pour elles -mêmes et pour leur nouveau-nés;
1.6b	Les nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance bénéficient des soins appropriés ;
1.7a	Les femmes atteintes d'une infection ou exposées au risque d'infection pendant le travail, l'accouchement ou la période postnatale immédiate bénéficient rapidement des interventions appropriées ;
1.7b	Les nouveau-nés présentant une suspicion d'infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d'infection bénéficient rapidement d'un traitement antibiotique ;
1.8	Toutes les femmes et nouveau-nés bénéficient de soins conformes aux précautions standards pour prévenir les infections nosocomiales
1.9	Aucune femme et aucun nouveau-né n'est soumis à des pratiques inutiles ou dommageables au cours du travail, de l'accouchement ou dans la période qui suit immédiatement la naissance
1.10	Tous les enfants sont triés, évalués et traités d'urgence selon les directives nationales (PCIME).
1.11.	Les prestataires de soins assurent aux adolescents une éducation sanitaire appropriée à l'âge et au développement, leur prodiguent des conseils et les informent à propos des services sanitaires, sociaux et autres disponibles.
Standard 2 : Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de permettre la prise rapide de mesures appropriées pour améliorer la prise en charge de chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent	
<i>Chartes de qualité</i>	
2.1	Chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent disposent d'un dossier médical complet, précis et standardisé pendant la phase de travail, l'accouchement, la période postnatale, l'enfance et l'adolescence à tous les niveaux du système de soins.

- 2.2 Chaque établissement de santé dispose d'un mécanisme de collecte, d'analyse et de retour des données dans le cadre de ses activités de suivi et d'amélioration de la performance pendant la période périnatale, l'enfance et l'adolescence à tous les niveaux du système de soins.

Standard 3 : Chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent présentant une ou plusieurs pathologies qui ne peuvent pas être pris en charge efficacement avec les ressources disponibles, sont correctement réorientés.

Chartes de qualité

- 3.1 Chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent est correctement examiné au moment de son admission, pendant la phase de travail et la période postnatale, l'enfance et l'adolescence pour déterminer s'il doit être réorienté et une décision est prise sans délai.
- 3.2 Chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent devant être réorienté, la référence suit un plan pré établi qu'il est possible d'adopter à tout moment sans délai
- 3.3 Chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent orienté au sein d'un établissement de santé ou réorienté dans un autre établissement de santé, les soignants échantent des informations pertinentes.

Standard 4 : La communication avec les femmes, les adolescents et leur famille est effective et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.

Chartes de qualité

- 4.1 Toutes les femmes, les adolescents et leur famille ou l'accompagnant de leur choix reçoivent des informations sur les soins et ont une bonne communication avec le personnel.
- 4.2 Toutes les femmes, les adolescents et leur famille ou le compagnon de leur choix bénéficient des soins encadrés et d'un échange d'informations claires et précises avec les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.
- 4.3 Tous les enfants / adolescents et leur accompagnant reçoivent des informations appropriées en rapport avec la maladie courante, la prévention et la promotion du bien-être social de l'enfant /adolescent toujours en tenant compte de leur capacité de compréhension.
- 4.4 Tous les enfants et leurs accompagnants participant activement dans l'offre des soins à l'enfant, dans la prise de décision, et jouissent du droit d'être informé, de consentir et celui de choisir le type de soins en fonction de leur capacité intellectuelle.
- 4.5 L'établissement de santé entreprend régulièrement des activités destinées à identifier les attentes des adolescents concernant les services et à évaluer leur expérience de soins et il fait participer les adolescents à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé.

Standard 5 : Les femmes, enfants et adolescents bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité, leur droits et sans discrimination

Chartes de qualité

- 5.1 L'intimité de toutes les femmes, enfants et adolescents pendant la période périnatale, l'enfance et l'adolescence est respectée et la confidentialité est assurée.
- 5.2 Aucune femme, enfant et adolescent n'est victime de maltraitance telle que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination, de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.
- 5.3 Les services dont bénéficient les femmes, les enfants et les adolescents font l'objet de choix et les motifs des interventions et leurs résultats sont clairement expliqués

Standard 6 : Chaque femme, enfant et adolescent et leur famille bénéficient d'un soutien psychologique adapté à leurs besoins et qui renforce leurs capacités.

Chartes de qualité

- 6.1 Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement.
- 6.2 Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.
- 6.3 Chaque enfant doit être accompagné par un ou ses deux parents ou un tuteur le cas échéant et chaque adolescent a la possibilité d'être accompagné par la personne de son choix pendant la phase de soins.
- 6.4 Chaque enfant et chaque adolescent bénéficient d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant les soins

Standard 7 : Pour chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent, du personnel compétent et motivé est toujours disponible pour prodiguer les soins essentiels et prendre en charge les complications.

Chartes de qualité

- 7.1 Chaque femme a un accès en permanence à au moins un prestataire qualifié et au personnel de soutien pour les soins essentiels et la prise en charge des complications
- 7.2 Les prestataires qualifiés et le personnel de soutien ont des compétences requises pour répondre aux besoins pendant la phase de travail, l'accouchement et la période postnatale.
- 7.3 Les prestataires de soins fournissent des services à tous les adolescents sans discrimination, conformément aux politiques et procédures nationales.
- 7.4 Chaque nouveau-né, chaque enfant et chaque adolescent a accès en permanence à au moins un prestataire de soins qualifié et compétent et à du personnel de soutien pour les soins essentiels et la prise en charge des soins d'urgence le cas échéant.
- 7.5 La direction administrative chargée des soins de chaque établissement de santé est collectivement responsable de la mise en place et de l'application des politiques appropriées et crée des conditions propices à l'amélioration continue de la qualité par le personnel de l'établissement

Standard 8 : L'établissement de santé dispose d'un environnement physique approprié avec l'hygiène et l'approvisionnement suffisant en eau, énergie, en médicaments, en consommables, en équipement et matériel pour les soins essentiels dispensés aux mères, aux nouveau-nés, enfants et adolescents et pour la prise en charge des complications.

Chartes de qualité

- 8.1 Les dispositifs pour l'approvisionnement en eau, en énergie, l'assainissent, l'hygiène et la gestion des déchets sont fonctionnels, fiables, sécurisés et suffisants pour répondre aux besoins du personnel, des patients et des familles.
- 8.2 Les salles de travail, d'accouchement et des suites des couches sont conçus, organisées et entretenues pour répondre aux besoins de chaque femme et chaque nouveau-né, assurer l'intimité et le continuum des soins.
- 8.3 Des stocks suffisants de médicaments, de consommables et de matériels sont disponibles pour assurer les soins essentiels et la prise en charge des complications.
- 8.4 Des équipements appropriés, adorés par les enfants, et consus pour répondre à leur besoins, en fonction de leur âge sont disponibles à tout moment.

III.2. Portée des standards

Ces standards de soins portent sur les soins essentiels au cours de la période pré conceptionnelle, durant la grossesse, pendant l'accouchement, chez le nouveau-né, le nourrisson, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Ils portent également sur la prise en charge des complications chez les femmes et leurs nourrissons, au cours du travail, de l'accouchement et de la période postnatale précoce, y compris les soins aux bébés de faible poids au cours de la première semaine de vie. Ces standards sont centrés sur la femme, le nouveau-né, la famille et sont applicables à tous les établissements de santé qui offrent les soins et les services de maternité.

Les standards de soins fournissent une base pour ce qui est attendu et requis ; ils permettent le suivi et l'évaluation des résultats par rapport aux meilleures pratiques afin d'identifier les priorités dans la perspective d'une amélioration. Ils permettent de fournir des informations sur la manière dont les meilleures pratiques peuvent être utilisées pour des soins ou des prestations de services de haute qualité. Ils définissent des priorités pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux à l'usage des planificateurs, des gestionnaires et des prestataires de soins pour:

- ✓ Etablir des standards de soins fondés sur des données factuelles aux niveaux national et local pour assurer des services de santé maternelle et pédiatrique efficaces, de haute qualité pendant la période de toute l'enfance et de toute l'adolescence.
- ✓ Introduire les standards attendus en matière de soins et de prestation afin d'identifier les composantes des soins qui nécessitent une amélioration pour assurer des services de qualité.
- ✓ Utiliser les ressources disponibles pour obtenir des résultats optimaux en matière de soins et améliorer l'utilisation des services de santé maternels et pédiatriques ainsi que la satisfaction des individus, des familles et des communautés ;
- ✓ Assurer le suivi de l'amélioration des services, montrer que des soins ou services maternels pédiatriques de qualité sont fournis et mettre en évidence les domaines à améliorer.
- ✓ Etablir des critères nationaux pour l'évaluation, l'accréditation des formations sanitaires et la performance des prestataires.

Pour assurer l'offre de services de santé maternelle et néonataux de qualité, ces standards doivent être adoptés et intégrés aux stratégies et cadres nationaux relatifs à la qualité des soins.

IV. CADRE DE REFERENCE POUR LA QUALITE DES SOINS

IV.1. Organisation du Réseau de Soins au Burundi

Au Burundi le système de Santé est organisé en trois niveaux selon les recommandations de l'OMS auquel s'ajoute le niveau communautaire.

IV.1.1. L'échelle communautaire

Le MSPLS a réorganisé le système de soins au niveau de santé communautaire et il est essentiellement orienté vers les prestations de soins préventifs et promotionnels. Il est composé d'acteurs communautaires diversifiés comme les agents de santé communautaires (ASC), les comités de santé (COSA), les associations locales (ASLO), les réseaux communautaires, les collectifs de groupements, etc.

Pour une implantation effective de certaines prestations curatives auprès de la communauté, certains acteurs pourront être mobilisés de manière sélective et ciblée. Il s'agit entre autres du traitement antituberculeux sous observation directe (DOTS communautaire), le traitement

antipaludique à base communautaire, le traitement à l'Ivermectine sous directive communautaire (TIDC), le déparasitage au Mébendazole ou à l'Albendazole, etc.

Il en est de même de certains traitements préventifs qui peuvent être effectués par les acteurs communautaires de santé comme la supplémentation en fer et/ou en acide folique pour les femmes enceintes, la supplémentation en vitamine A, etc. Les acteurs communautaires sont coordonnés par un TPS basé au centre de santé pour renforcer continuellement leurs capacités et maintenir des liens étroits avec le CDS.

IV.1.2. Le Centre de Santé

Il est la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi et offre le paquet de soins de première ligne pour les cas simples de maladie. Il offre également les soins préventifs comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel.

Le Burundi compte actuellement autour de 641 centres de santé et 80% des ménages du Burundi vivent à moins de 5 km de marche du CDS. Les cas compliqués sont référés à l'hôpital de district.

IV.1.3. L'Hôpital de District

Il est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé. Il dessert une aire de responsabilité de 10 à 15 CDS, soit une population moyenne estimée à 150.000 habitants. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic biomédical. Les services médicaux doivent comprendre les urgences, la médecine interne, la chirurgie d'urgence, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie.

Pour assurer une bonne fonctionnalité minimale et compte tenu de la disponibilité limitée des ressources humaines compétentes, un hôpital de district doit avoir au moins cinq médecins généralistes avec compétences chirurgicales pour prendre en charge les cas d'urgence comme les césariennes, les hernies étranglées et les interventions chirurgicales mineures.

Les cas qui dépassent les compétences de médecine générale sont référés à l'hôpital régional.

IV.1.4. L'Hôpital Régional

Il constitue le niveau de deuxième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Il va desservir une aire de responsabilité comprenant 3 à 4 provinces sanitaires, soit entre 9 et 12 districts sanitaires. Cet espace correspond à une population d'environ 1.350.000 habitants au moins et 1.800.000 habitants au plus.

Il doit comporter des services spécialisés avec une allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer une bonne fonctionnalité. Faute de données factuelles sur les consultations spécialisées, il est difficile de faire une évaluation des besoins pour déterminer les ressources nécessaires de manière objective.

Cependant un consensus peut être trouvé sur les nécessités de services spécialisés en :

- ✓ Chirurgie viscérale-chirurgie traumatologique et orthopédique
- ✓ Médecine interne (principalement gastroentérologie, cardiologie et pneumologie)
- ✓ Pédiatrie avec service de néonatalogie
- ✓ Gynécologie-obstétrique
- ✓ Ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Stomatologie et Dermatologie, ...

Les cas qui nécessitent une intervention hyperspécialisée seront dirigés vers les hôpitaux nationaux surtout le CHU Kamenge et les autres centres spécialisés tant publiques que privés. C'est l'exemple du CNPK, HMK, KIRA HOSPITAL, POLYCEB, BUMEREC, etc.

IV.1.5. L'Hôpital National

Il constitue le sommet du réseau des soins et comporte les services spécialisés pointus. Il s'occupe des cas de maladies qui dépassent les compétences et la technologie disponibles dans les hôpitaux régionaux.

Il s'agit entre autres des services suivants:

- ✓ Pour la chirurgie : chirurgie cardiaque, pulmonaire, rénale chirurgie pédiatrique et gériatrique
- ✓ Pour la médecine interne : néphrologie/urologie, oncologie, hépatologie, cardiologie,...
- ✓ Pour la gynécologie-obstétrique : traitement des cas de stérilité, prise en charge in utero des risques de malformations fœtales
- ✓ Pour la pédiatrie : prise en charge de la grande prématurité, pneumologie pédiatrique
- ✓ Pour l'ophtalmologie : chirurgie ophtalmique (cataracte, greffe de cornée, etc.), chirurgie correctrice, etc.
- ✓ Pour la stomatologie : chirurgie maxillo-faciale, greffe de gencive
- ✓ Pour l'ORL : traitement des cavités ORL, chirurgie ORL
- ✓ Pour la dermatologie : traitements de complications, dermatologiques, greffes dermiques,...

IV.1.6. Le transfert

Le terme transfert regroupe les mouvements des patients intra-établissements ou inter-établissements en considérant qu'il s'agit, pour le patient, de changer de discipline pour être soigné, de changer de lieu, de changer d'équipe médicale ou d'équipe paramédicale et également de changer d'habitude de séjour pour bénéficier de soins ou investigations non disponibles sur place .

Au Burundi, le réseau de référence et contre-référence est presque le même que dans d'autres Pays et est implanté dans toutes les provinces sanitaires du pays et fonctionne 24/24h, des CDS vers l'hôpital de district puis l'hôpital régional et en cas de besoin vers les hôpitaux de référence nationale.

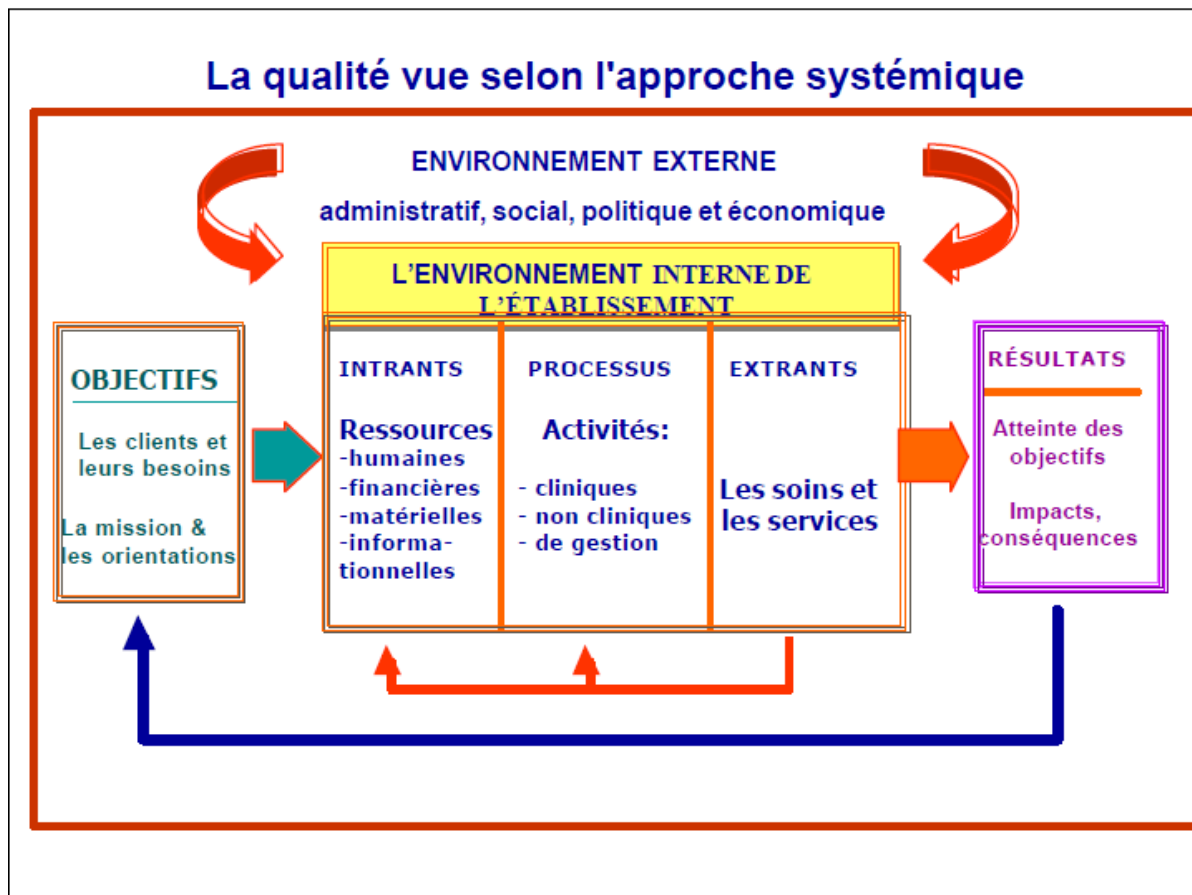


Figure 1. Cadre conceptuel de la qualité des soins selon Donabedian

V. NORMES DES SOINS EN SRMNIA

V.1. Santé Maternelle

V.1.1. La consultation pré conceptionnelle

Norme

Définition

La consultation prénuptiale/pré-conceptionnelle est une consultation que tout couple doit faire avant le mariage ou avant toute conception.

But

Améliorer la Santé de la Reproduction du couple en préparant l'individu ou le couple à la prise de décision éclairée par rapport à leur vie conjugale et leur projet de procréation.

Objectifs

- ✓ Identifier les maladies génétiques pouvant influencer la santé de la reproduction du couple (Drépanocytose, Incompatibilité sanguine Rhésus, Daltonisme, hémophilie...)
- ✓ Dépister certaines infections et les prendre en charge (IST/VIH SIDA, Toxoplasmose, Rubéole, Hépatites B et C,)
- ✓ Dépister certaines malformations génitales et séquelles traumatiques pouvant influencer leur vie sexuelle
- ✓ Sensibiliser le couple sur la prévention des comportements à risque et la planification familiale (PF).
- ✓ Permettre au couple de faire un choix éclairé quant à la conduite de leur vie sexuelle

Prestataires formés

- ✓ Gynéco-obstétricien, Médecin Généraliste, Sage-femme, Infirmiers, Psychologue clinicien, Assistant sociaux
- ✓ Technicien de promotion de la sante, Agent de Sante communautaire

Lieu de Prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA Publiques, FOSA privées et Associatives/confessionnelles

Moment/périodicité

- ✓ Avant le mariage/ Conception

Bénéficiaires

- ✓ Couple ou Individu désirant se marier ou désirant procréer.

Intégration

- ✓ Ces services sont intégrés avec les services de prévention, dépistage et de prise en charge.

Tableau 2. Procédure de la Consultation Pré conceptionnelle par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC, Pairs éducateurs	CDS: SF, infirmiers, Assistant sociale	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers, Psychologue (Assistant a défaut)	HN/HR : Gynécologue- Obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, Psychologue (Assistant a défaut)
Communication pour le changement de comportement			
Séances de sensibilisation sur l'importance de la consultation prénuptiale, des examens prénuptiaux, sur la prévention des comportements à risque et la disponibilité des services dans les Structures Sanitaires	✓ Séances de sensibilisation sur l'importance de la consultation prénuptiale, et sur la prévention des comportements à risque. ✓ Faire des examens prénuptiaux (IST/VIH/ SIDA), ✓ orientation vers HD pour d'autres examens	Séances de counseling sur le dépistage: -Certaines infections transmissibles (IST/VIH/ SIDA, Toxoplasmose, Rubéole, Hépatite B et C) ; -Malformations visibles et séquelles de traumatisme. -Maladies génétiques	Même procédure que l'HD
Consultation pré nuptiale/pré conceptionnelle			
Orienter les individus et les couples vers les FOSA pour la consultation prénuptiale/pré conceptionnelle	Evaluer le niveau de risque des clients ; -Informer le client/cliente sur son état de santé, les complications, les conséquences possibles, et le traitement. Informer le ou la client (e) que le couple est apte à procréer ou non - Prendre en charge des pathologies rencontrées selon le niveau de compétence - Informer le client de ses risques et la nécessité de changer de comportement ; - Aider le client/couple à adopter un comportement sain	Même procédure que le niveau CDS -Faire les examens cliniques et para cliniques et prise en charge de cas pathologique dépisté - Effectuer la prise en charge des cas référés	Même procédure que le niveau HD/CDS - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés

Communautés : TPS, ASC, Pairs éducateurs	CDS: SF, infirmiers, Assistant sociale	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers, Psychologue (Assistant a défaut)	HN/HR : Gynécologue- Obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, Psychologue (Assistant a défaut)
	- Conseiller sur la contraception, selon le choix de la femme et de son partenaire ; - Informer la cliente sur les services disponibles pour la femme enceinte ; - Référer si nécessaire		

V.1.2. La Consultation Prénatale Recentrée

Norme

Définition

La Consultation prénatale (CPN) recentrée est l'ensemble des services et soins de qualité axés sur les besoins des femmes enceintes et fournis pendant la période allant du premier trimestre de la grossesse jusqu'au début du travail d'accouchement afin d'assurer une surveillance adéquate de la grossesse. Les soins prénatals se focalisent donc sur l'assurance, le soutien et le maintien du bien-être maternel et fœtal durant toute la grossesse.

But

Garantir une issue favorable de la grossesse pour la mère et le nouveau-né

Objectifs

- ✓ Promouvoir la santé de la mère et du fœtus en réalisant des séances de sensibilisation sur le rythme et les avantages de la CPN recentrée,
- ✓ Sensibiliser les femmes enceintes sur l'utilisation de la MIILDA, le TPIG, la Vaccination, les VBG, les fistules obstétricales et les maladies à potentiel épidémique,
- ✓ Reconnaître les signes de danger, la nutrition, l'hygiène personnelle, l'accouchement assisté, l'allaitement, la PF, la prévention des IST/VIH SIDA y compris la PTME,
- ✓ Prévenir les maladies et complications qui peuvent survenir au cours de la grossesse et de l'accouchement,
- ✓ Dépister les maladies et les complications survenant chez la femme enceinte,
- ✓ Prendre en charge les maladies et les complications pendant la grossesse qu'elles soient médicales, chirurgicales ou obstétricales,
- ✓ Elaborer un plan individualisé de préparation à l'accouchement

Prestataires formés

- ✓ TPS, ASC, Paires éducateurs
- ✓ Infirmiers, SF, Médecin Généraliste, Gynéco-Obstétricien

Lieu de prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, FOSA privées et Associatives/Confessionnelles

Moment/Périodicité

- ✓ Première visite (premier trimestre) : dès le moment où la femme pense qu'elle est enceinte jusqu'à la 14ème semaine ;
- ✓ Deuxième visite (deuxième trimestre) : Entre le 5ème et le sixième mois (24ème et la 28ème semaine)
- ✓ Troisième visite : Dernier trimestre, du 7ème au 8ème mois (entre la 29ème semaine et la 32ème semaine)
- ✓ Quatrième visite : 9ème mois (dès la 36ème semaine)

Les femmes ayant des problèmes particuliers peuvent bénéficier d'autres séances de consultation ; les recommandations de l'OMS de 2017 précisent la nécessité de 8 contacts⁴ pour un suivi optimal. Le prestataire de service doit encourager la gestante à revenir à la structure sanitaire chaque fois qu'elle en ressent le besoin ou si le prestataire le recommande.

Bénéficiaires

Toutes les femmes enceintes

Intégration :

Les services de CPN sont intégrés avec la prévention et la PEC du paludisme, la prévention, le dépistage et la PEC des IST/VIH / SIDA y compris l'ÉTME, la prévention, le dépistage, la PEC des VBG, la prévention, le dépistage et la PEC des fistules obstétricales et la promotion de la PF.

⁴Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive 2017

Tableau 3. Procédure de la CPN recentrée par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Communication pour le Changement de comportement			
• Mener des séances de sensibilisation sur - L'importance et les avantages de la CPN recentrée, - Le rythme de la CPN recentrée, - Le choix du lieu d'accouchement - L'accouchement avec un prestataire qualifié - Les effets du paludisme sur la grossesse - L'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MILDA) - Le TPI (SP) du paludisme suivant les procédures en vigueur • Prodiguer des conseils sur - La nutrition, - L'allaitement, - La supplémentation en micronutriments (selon les procédures en vigueur) - La puériculture, - La vaccination, - L'hygiène mère et futur nouveau-né - La Planification Familiale (PF), - La prévention des IST/VIH et la prévention de la transmission mère	Mener des séances de sensibilisation sur L'importance et les avantages de la CPN recentrée, - Le rythme de la CPN recentrée, - Le choix du lieu d'accouchement - L'accouchement avec un prestataire qualifié - Les effets du paludisme sur la grossesse - L'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MILDA) - Le TPI (SP) du paludisme suivant les procédures en vigueur • Prodiguer des conseils sur - La nutrition, - L'allaitement, - La supplémentation en micronutriments (selon les procédures en vigueur) - La puériculture, - La vaccination, - L'hygiène mère et futur nouveau-né - La Planification Familiale (PF), - La prévention des IST/VIH et la prévention de la transmission mère	Mêmes procédures que le niveau CDS	-Mêmes procédures que le niveau HD

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
– enfant du VIH (éTME) - La reconnaissance des signes de danger de la grossesse et la conduite à tenir - La prévention, dépistage et prise en charge des VBG et Fistules obstétricales -La prévention des maladies à potentiel épidémique le choléra et la dysenterie. - La prévention, le dépistage et la PEC des cancers Gynécologiques et mammaires - Recherche et Education sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques	– enfant du VIH (éTME) - La reconnaissance des signes de danger de la grossesse et la conduite à tenir - La prévention, dépistage et prise en charge des VBG et Fistules obstétricales -La prévention des maladies à potentiel épidémique tel le choléra et la dysenterie. - La prévention, le dépistage et la PEC des cancers Gynécologiques et mammaires - Recherche et Education sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques		
Consultation Prénatale recentrée du premier trimestre (CPN 1, Trimestre 1)			
Accueillir la femme et la mettre en confiance -Informer les femmes enceintes, la communauté sur les signes de danger que peut encourir une grossesse -conseiller une alimentation riche en Micro- nutriments - Faire la promotion du sel iodé et des aliments riche en fer, en vitamine A, en Calcium... -Orienter vers la formation sanitaire	Préparer le kit CPN - Accueillir la femme, la mettre en confiance - Suivre les recommandations de l'OMS⁵ - Utiliser la fiche de CPN et le carnet de santé comme référence pour identifier les problèmes et complications éventuels à travers l'interrogatoire et l'examen physique (général et obstétrical) - Faire les examens de laboratoire	Préparer le Kit de CPN - Accueillir la femme, la mettre à en confiance - Utiliser la fiche de CPN et le carnet de Santé comme référence pour identifier les problèmes et complications éventuels à travers l'interrogatoire et l'examen physique (général et obstétrical) - Faire les examens de laboratoire recommandés, -Prévenir, dépister et prendre en	En complément des prestations offertes au niveau de l'Hôpital de District, assurer une prise en charge des complications Spécifiques de façon appropriée (patientes référées ou venue d'elles-mêmes).

⁵ Nouvelles recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
les femmes présumées enceintes, -Donner des conseils sur l'utilité et les avantages du test VIH. - Recherche et éducation sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques	disponibles, -Prévenir, dépister et prendre en charge les VBG -Assurer l'éTME si nécessaire selon le protocole national - Développer avec la femme un plan de soins général, un plan pour l'accouchement et en cas de complications -Prendre en charge les complications ou les problèmes identifiés ou référer la femme de façon appropriée si nécessaire vers une FOSA SONUB ou SONUC ou le niveau supérieur en fonction des besoins. - Initier le TPI-SP pour le paludisme, Suppléments de Fer Acide Folique, VAT -Fourniture de MIILDA et expliquer le mode d'utilisation - Donner une éducation sanitaire/un counseling individualisés - Donner le prochain rendez – vous et rassurer la gestante qu'elle peut revenir à n'importe quel moment selon ses besoins -Remplir les outils de gestion de manière adéquate -Référer la patientes vers un autre service dans le cadre du paquet	charge les VBG -Assurer l'éTME si nécessaire selon le protocole national - Développer avec la femme un plan de soins général, un plan pour l'accouchement et en cas de complications -Prendre en charge les complications ou les problèmes identifiés ou référer la femme de façon appropriée si nécessaire vers une FOSA de niveau HR/HN. - Initier le TPI-SP pour le paludisme, Suppléments de Fer Acide Folique, -Fourniture de MIILDA et expliquer le mode d'utilisation - Donner une éducation sanitaire/un counseling individualisés (cf. CCC) - Donner le prochain rendez – vous et rassurer la gestante qu'elle peut revenir à n'importe quel moment selon ses besoins -Remplir les outils de gestion de manière adéquate -Gestion des Complications Obstétricaux d'Urgences le cas échéant -Référer la patientes vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés	

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	de services intégrés Recherche et Education sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques		
Consultation Périnatale recentrée du deuxième trimestre (CPN 2, Trimestre 2 ; 5eme mois au 6^{eme} mois)			
- Poursuivre les séances de sensibilisation pour la promotion de la santé de la mère et du NN ; -Faire des visites à domicile -Si la gestante ne présente pas de signes de danger, rappeler les éléments du plan individuel de l'accouchement tout en prévoyant la prise en charge d'éventuelles complications. -Orienter les femmes enceintes vers les FOSA pour la CPN -Rechercher les signes de danger et référer le cas échéant - S'assurer que la femme a suivi les instructions du prestataire (Fer Acide Folique, MIILDA, VAT....) -Faire la mobilisation sociale pour les stratégies avancées (SA) -Donner des conseils sur l'utilité et les avantages du test VIH	Préparer le kit CPN - Accueillir la femme, la mettre en confiance - Poursuivre les séances de sensibilisation pour la promotion de la santé de la mère et du NN - Si la gestante ne présente pas de signes de danger, identifier les problèmes et complications éventuels à travers l'interrogatoire et l'examen physique (général et obstétrical) - Faire les examens de laboratoire disponibles - Donner le TPI-SP pour le paludisme, s'il y a au moins un mois depuis la première prise de la SP, la supplémentation en Fer Acide Folique - Donner une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MIILDA) si non reçu au premier contact et expliquer le mode d'utilisation - Faire le déparasitage systématique - Vérifier l'état vaccinal et	- En complément des prestations offertes au niveau du CDS - Faire les examens de laboratoire - Gestion des Complications obstétricaux d'Urgences le cas échéant	En complément des prestations offertes au niveau de l'hôpital de District, Assurer une prise en charge des complications Spécifiques de façon appropriée (patientes Référées ou venue d'elles-mêmes) notamment les grossesses pathologique

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	compléter en cas de besoin - Assurer l'éTME selon le protocole en vigueur - Prévenir, dépister et PEC les VBG - Effectuer le Counseling PF Post Partum et mentionner le choix de la méthode sur le Carnet mère enfants - Dépister et Traiter les IST selon le protocole national en vigueur - Traiter le paludisme selon le protocole National si nécessaire - Revoir et compléter le plan d'accouchement et de PEC des complications -Référer les cas de complications vers les FOSA SONUB ou SONUC ou le niveau supérieur en fonction des besoins - Donner le prochain rendez – vous et rassurer la gestante qu'elle peut revenir à n'importe quel moment selon ses besoins -Remplir correctement les outils de gestion -Référer la patientes vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés		

Consultation Prénatale recentrée du troisième trimestre (CPN 3, Trimestre 3 ; 7eme au 8eme mois)			
Mêmes procédures que CPN2 -Référence rapide des patientes si des signes de danger sont détectés	Mêmes procédures que CPN2	Mêmes procédures que CPN2	-Mêmes procédures que CPN2 -Surveillance des grossesses pathologique
Consultation Prénatale recentrée du 9eme mois (CPN 4, au 9eme mois, dès 36 semaines)			
Mêmes procédures que CPN2 -Référence rapide des patientes si des signes de danger sont détectés	La même procédure que CPN 2 et -Revoir et rappeler les éléments du plan individuel de l'accouchement tout en prévoyant la prise en charge d'éventuelles complications. -Etablir le pronostic de l'accouchement -En cas de problèmes prendre en charge selon le protocole et le plateau technique -Référer les complications obstétricales de façon appropriée vers les FOSA SONUB ou SONUC le cas échéant - Favoriser les transferts in utero -Référer les patientes vers d'autres services dans le cadre du paquet de soins intégrés	En complément des prestations offertes au niveau du CDS : -Prendre en charge les complications obstétricales -Référer les complications obstétricales de façon appropriée vers les FOSA HR/HN (complications spécifiques) Référer les patientes vers d'autres services dans le cadre du paquet de Soins intégrés	En complément des prestations offertes au niveau du HPD Mêmes procédures que la CPN2 -assurer la surveillance des grossesses pathologiques

V.1.3. Surveillance du Travail et du Post partum Immédiat

Normes

Définition

La surveillance du travail d'accouchement est l'ensemble des soins et des gestes effectués au cours de ses trois phases (le travail, l'expulsion, la délivrance).

La surveillance du post-partum immédiat est l'ensemble des soins et des gestes effectués au cours des 24 premières heures suivant l'accouchement.

But

Cette surveillance vise à garantir une issue favorable de l'accouchement pour la mère et le nouveau-né.

Objectifs

- ✓ Soutenir la parturiente et sa famille et répondre à leurs besoins a travers l'application des soins respectueux a la parturiente
- ;
- ✓ Surveiller l'évolution du travail d'accouchement à l'aide du partogramme ;
- ✓ Surveiller les paramètres maternels et fœtaux au cours du travail d'accouchement et du post partum immédiat ;
- ✓ Identifier précocement les anomalies du travail, de l'accouchement et du post partum immédiat
- ✓ Assurer la prise en charge en fonction des anomalies identifiées (mère et nouveau-né).

Prestataires formés

- ✓ TPS, ASC , paires éducateurs
- ✓ Infirmiers A2, Infirmiers licenciés, Sage-femme, Médecin généraliste, Gynéco-Obstétricien

Type de prestations

- ✓ Communication pour un changement de comportement
- ✓ - Surveillance du travail, direction de l'accouchement et surveillance du postpartum immédiat.

Lieu de la prestation

- ✓ FOSA publiques, privées et Associatives/confessionnelles, infirmeries des camps Militaires, Cliniques Médico-Chirurgicales,
- ✓ FOSA des entreprises (Hôpitaux, Dispensaires des Entreprises)

Moment périodicité

- ✓ Pendant le travail ;
- ✓ Pendant l'accouchement ;
- ✓ Pendant le Post partum immédiat :
 - 24 premières heures après l'accouchement (ou avant de quitter la FOSA)
 - Toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures
 - Toutes les 30 minutes pendant la troisième heure
 - Toutes les heures jusqu'à la sixième heure
 - Toutes les deux heures jusqu'à la 24e heure.

Intégration

Les services de surveillance du travail, de l'accouchement et du post partum immédiat sont intégrés avec le dépistage et PEC des IST y compris le VIH/SIDA (éTME), prévention et PEC des VBG et fistules obstétricales, les SONU, la PF du post partum et les autres services SRMNIA.

Tableau 4. Procédure de la surveillance du travail, du post partum par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC, paire éducateurs	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Surveillance du travail d'accouchement, Soins essentiels à la Femme pendant le travail			
-Promouvoir l'accouchement dans les FOSA - Informer sur les risques de l'accouchement a domicile et distribuer le Misoprostol pour la prévention de l'hémorragie du post-partum -Sensibiliser sur la PF Post Partum et la L'ÉTME du VIH -Reconnaitre les signes de dangers maternels pendant le travail, -Aider la famille et la communauté à organiser la référence si nécessaire	- Appliquer les procédures de PI - Appliquer les principes des soins respectueux pendant le travail, - Revoir la fiche CPN et le Carnet de Santé pour évaluer le suivi prénatal - Poser le diagnostic du travail et de la présentation - Faire l'ÉTME de rattrapage si non fait -Faire le Counseling PF Post Partum, -confirmer/mentionner le choix de la méthode sur le dossier si la parturiente est en phase de latence - Apporter un soutien psychologique à la parturiente et au parent - Suivre le travail systématiquement à l'aide du partogramme - Prendre en charge les complications selon les protocoles - Informer la femme et sa famille sur le progrès du travail et/ ou la nécessité de référence vers une FOSA SONUB ou SONUC - Impliquer les parents à la PEC - Organiser la référence si nécessaire	- Mêmes procédures que le niveau des CDS -Suivre systématiquement le travail a l'aide du Partogramme si possible avec un Doppler fœtal.	- Mêmes procédures que le niveau des HD - Transférer vers d'autres services selon le problème identifié

Communautés : TPS, ASC, paire éducateurs	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	(préférer un transfert in utero)		
Surveillance du travail d'accouchement, Soins essentiels à la femme pendant l'accouchement			
- Informer sur la nécessité d'accoucher dans une FOSA et distribuer le Misoprostol pour la prévention de l'hémorragie du post-partum - Sensibiliser sur la PF Post Partum et la PTME du VIH - Orienter toutes les femmes en travail vers les structures sanitaires - Reconnaître des signes de dangers maternels pendant le travail, - Aider la famille et la communauté à organiser la référence vers les FOSA - Aider à Déclarer les naissances	- Appliquer les procédures de PI - Préparer le matériel nécessaire à l'accouchement et aux soins essentiels du NN - Appliquer les principes des soins respectueux pendant l'accouchement, - Accepter la présence d'un accompagnant choisi par la parturiente - Apporter un soutien psychologique à la parturiente et à l'accompagnant - Effectuer l'accouchement selon les standards de performance⁶ - Faire la GATPA - Assurer un clampage retardé du cordon (1-3mn) - Examiner soigneusement le placenta et les membranes - Faire les soins essentiels pour le nouveau-né et la recherche des malformations congénitales - Examiner les parties molles et le périnée - Réparer une éventuelle épisiotomie ou déchirure des parties molles	- Mêmes procédures que les CDS - Poser l'indication de la Césarienne - Réaliser une césarienne si indiquée - Poser l'indication d'une transfusion - Réaliser une transfusion si indiquée - Réaliser une laparotomie pour rupture utérine - Prise en charge des cas référés, - Référer de façon appropriée en cas de situation compliquée vers les FOSA HR/HN - Référer vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés - Réaliser une prise en charge en cas de malformation congénitales ou référer s'il n'y pas lieu.	- Mêmes procédures que l'Hôpital de District - Gérer les complications Obstétricales et néonatales - Gérer les cas référés des HD et CDS

⁶ Nouvelles recommandations de l'OMS sur les soins intra partum pour que l'accouchement soit une expérience positive 2017

Communautés : TPS, ASC, paire éducateurs	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	- Compléter le partogramme et le dossier médical - Référer en cas de malformation, de signe de danger ou de complication maternelle ou fœtales/ néonatales		
Surveillance du post partum immédiat (< 24H)			
- Informer et sensibiliser sur la PF Post Partum et l'ÉTME du VIH - Orienter les femmes vers les FOSA, - Reconnaître les signes de dangers maternels et du nouveau-né, - Rechercher les malformations visibles et référer - Aider à Déclarer les naissances - Aider à assurer la vaccination du NN - Encourager l'utilisation des MIILDA par la mère et l'enfant, - Aider la communauté à organiser la référence vers les FOSA	- Appliquer les procédures de prévention des infections - Appliquer les principes des soins humanisé pendant le post partum - Accepter la présence d'un accompagnant choisi par l'accouchée - Apporter un soutien psychologique à l'accouchée et à la famille - Surveiller les paramètres vitaux de la mère, le globe de sécurité, le saignement vulvaire selon la périodicité recommandée. - Mettre le nouveau-né au sein et surveiller son état clinique - Continuer les soins essentiels pour le nouveau-né - Faire l'ÉTME de rattrapage si non fait, - Faire le counseling PF en Post Partum et fournir la méthode choisie selon les critères d'éligibilité, - Encourager l'utilisation des	En complément des prestations offertes au niveau du CDS - Réaliser la prise en charge des cas Référés - Réaliser le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés ou dans le cadre du paquet de services intégrés	- En complément des prestations offertes au niveau du HPD - Réaliser la prise en charge des malformations congénitales et des cas référés - Réaliser le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés ou dans le cadre du paquet de services intégrés.

Communautés : TPS, ASC, paire éducateurs	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	MIILDA par la mère et l'enfant, - Organiser la prise en charge ou la référence en cas de signe de danger ou de complication maternelle ou néonatale en fonction des protocoles en vigueur - Donner des conseils sur l'allaitement à la mère et/ou son accompagnant		

V.1.4. Consultation Post Natale

Normes

Définition

C'est l'ensemble des services et des soins offerts à l'accouchée et à son enfant pendant la période allant des premières 24 heures jusqu'à 42 jours après accouchement (6 semaines du post partum) en vue d'assurer leur bien-être.

But

Les soins post natals visent à prévenir et à assurer la prise en charge des complications pouvant survenir chez la mère et le nouveau-né durant la période du post-partum.

Objectifs

- ✓ Vérifier les caractères physiologiques des suites de couches ;
- ✓ Dépister les anomalies du post - partum y compris les incontinences/fistules urinaires et anales ;
- ✓ Prendre en charge les anomalies dépistées ;
- ✓ Donner des conseils pour la promotion de l'allaitement maternelle exclusif (AME), l'utilisation des MIILDA et la prévention de l'anémie
- ✓ Dépister et traiter les complications liées à l'allaitement ;
- ✓ Offrir des méthodes de contraception ;
- ✓ Prévenir et traiter les IST ;
- ✓ Dépister et prendre en charge les complications chez le nouveau-né ;
- ✓ Vérifier le statut vaccinal du couple mère - enfant et le compléter si nécessaire ;
- ✓ Vérifier le statut sérologique (VIH) de la mère et assurer la prise en charge si nécessaire

Prestataires

- ✓ ASC, TPS, Infirmier A2, Sage-Femme, Infirmier Licencié
- ✓ Médecin généraliste
- ✓ Gynéco-obstétricien

Type de prestations

- ✓ Communication pour le changement de comportement ;
- ✓ Soins préventifs et curatifs de la mère
- ✓ Soins préventifs et curatifs du nouveau-né

Lieu de la prestation

- ✓ Communautaire
- ✓ FOSEA publiques, privées et Associatives/confessionnelles, infirmeries des camps militaires, cliniques Médico chirurgicales,
- ✓ Structure sanitaires des entreprises (Hôpitaux, Dispensaires des Entreprises)

Moment périodicité

- ✓ Premier jour (24 heures)
- ✓ Dans les 1eres 24 heures (Dispenser les soins post-natals pour toute naissance)
 - Garder la mère et le nouveau-né dans la structure sanitaire pendant au moins 24 heures
 - En cas d'accouchement à domicile prévoir une visite dans les 1eres 24 heures
- ✓ Troisième jour (48 -72 heures)

- ✓ Entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour
- Jusqu'à 42 jours post natus (6^{ème} semaine)

Bénéficiaires

Toute accouchée et les nouveau-nés

Intégration

Les soins post natus seront intégrés avec :

- ✓ La PF du post-partum,
- ✓ La vaccination,
- ✓ Le dépistage et la PEC des IST y compris le VIH,
- ✓ La PEC des VBG ;
- ✓ La prévention et la prise en charge des cancers gynécologiques.

Tableau 5. Procédure de la consultation post natale par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Soins post natals dans les 1eres 24 heures après l'accouchement			
Informé et sensibiliser sur la PF Post Partum et l'éTME du VIH - Orienter les femmes vers les FOSA, - Reconnaître les signes de dangers maternels et du nouveau-né, - Rechercher les malformations visibles et référer - Aider à Déclarer les naissances - Aider à assurer la vaccination du NN - Encourager l'utilisation des MIILDA Parla mère et le nouveau-né, - S'assurer que la mère prend le Fer Acide Folique, - Aider la communauté à organiser La référence vers les FOSA	- Appliquer les procédures de prévention des infections - Appliquer les principes des soins respectueux pendant le post partum - Accepter la présence d'un accompagnant choisi par l'accouchée - Apporter un soutien psychologique à l'accouchée et à la famille - Surveiller les paramètres vitaux de La mère, le globe de sécurité, le saignement vulvaire selon la périodicité recommandée. - Mettre le nouveau-né au sein et surveiller son état clinique - Continuer les soins essentiels pour Le nouveau-né - Faire l'éTME de rattrapage si non fait, - Faire le counseling PF en Post Partum et fournir la méthode choisie selon les critères d'éligibilité, - Encourager l'utilisation des MIILDA	- En complément des prestations offertes au niveau du CDS, Assurer la prise en charge des cas Référés - Réaliser le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés ou dans le cadre du paquet de services intégrés	En complément des prestations offertes au niveau du HD - Réaliser la prise en charge des malformations congénitales et des cas référés - Réaliser le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés ou dans le cadre du paquet de services intégrés.

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	par la mère et l'enfant, en CPN - Organiser la prise en charge ou la référence en cas de signe de danger ou de complication maternelle ou néonatale en fonction des protocoles en vigueur - Donner des conseils sur l'allaitement à la mère et/ou son accompagnant		
Consultation post natale du troisième jour après l'accouchement			
○ Mener des séances de sensibilisation sur l'importance de la consultation post-natale et sur la reconnaissance des signes de danger chez la mère et le nouveau-né ○ Donner des conseils sur la vaccination, l'allaitement maternel exclusif (AME), la Planification familiale (PF), l'utilisation des MIILDA, la nutrition de la mère ○ Faire la recherche active des femmes souffrant de fistules obstétricales Informer sur l'existence des centres de prise	○ Accueillir la femme, la mettre à l'aise et en confiance ; ○ Vérifier : - les paramètres vitaux de la mère et du nouveau - né - le saignement vaginal - les lochies - l'involution utérine - les seins et la montée laiteuse - l'état de l'ombilic du nouveau né ○ Rechercher les signes de danger chez la mère et le nouveau-né ; ○ Rechercher les fistules obstétricales et référer ; ○ Prendre en charge les pathologies maternelles et néonatales ;	Mêmes procédures qu'au niveau des CDS -Prendre en charge les cas référés de CDS	Même procédure que le niveau des HD et CDS - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	○ Pour les femmes séropositives, vérifier la prise des ARV par la mère et le nouveau-né ; ○ Donner des conseils sur : - la vaccination, - la PF du post partum - l'allaitement Maternelle exclusif, - l'utilisation des MIILDA - la nutrition spécifique ; ○ Vacciner le nouveau-né et la mère au besoin ; ○ Référer si nécessaire.		
Consultation post natale du 7^{ème} au 14^{ème} jour après l'accouchement (2^{ème} semaine post partum)			
○ Mener des séances de sensibilisation sur l'importance de la consultation post-natale et sur la reconnaissance des signes de danger chez la mère et le nouveau-né ○ Donner des conseils sur la vaccination, l'allaitement maternel exclusif (AME), la Planification Familiale (PF), l'utilisation des MIILDA, la nutrition de la mère ○ Faire la recherche active des femmes souffrant de fistules obstétricales ○ Informer sur l'existence des	○ Accueillir la femme, la mettre à l'aise et en confiance ; ○ Vérifier : - les paramètres vitaux de la mère et du nouveau-né - le saignement vaginal - les lochies - l'involution utérine - les seins et la montée laiteuse - l'état de l'ombilic du nouveau-né ○ Rechercher les signes de danger chez la mère et le nouveau-né ; ○ Rechercher les fistules	En complément des prestations offertes au niveau du CDS - Prendre en charge des cas référés des CDS	En complément des prestations offertes au niveau du HD/CDS - Prendre en charge les cas référés - Référer vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés dans le cadre de l'intégration des services.

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
centres de prise en charge gratuit ○ Référer	obstétricales et référer; ○ Prendre en charge les pathologies maternelles et néonatales ; ○ Pour les femmes séropositives, vérifier la prise des ARV par la mère et le nouveau-né ; ○ Donner des conseils surs : - la vaccination, - la PF du post partum - l'allaitement maternel exclusif (AME), - l'utilisation des MILDA - la nutrition spécifique ; ○ Vacciner le nouveaux- né et la mère au besoin ; Référer si nécessaire.		
Consultation post natale du 36^{ème} au 42^{ème} jour après l'accouchement (6^{ème} semaine post partum)			
○ Mener des séances de sensibilisation sur l'importance de la consultation post-natale et sur la reconnaissance des signes de danger chez la mère et le nouveau-né ○ Donner des conseils sur la vaccination, l'allaitement maternel exclusif (AME), la Planification Familiale (PF), l'utilisation des MIILDA, la nutrition de la mère	○ Accueillir la femme, la mettre à l'aise et en confiance ; ○ Vérifier : - les paramètres vitaux de la mère et du nouveau - né - le saignement vaginal - les lochies - l'involution utérine - les seins et la montée laiteuse - l'état de l'ombilic du nouveau - né	Même procédure que le niveau CDS - Prendre en charge des cas référés des CDS	Même procédure que le niveau HD/CDS - Prendre en charge les cas référés - Référer vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés dans le cadre de l'intégration des services.

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue- obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
○ Faire la recherche active des femmes souffrant de fistules obstétricales ○ Informer sur l'existence des centres de prise en charge gratuit Référer	○ Rechercher les signes de danger chez la mère et le nouveau-né ; ○ Rechercher les fistules obstétricales et référer; ○ Prendre en charge les pathologies maternelles et néonatales ; ○ Pour les femmes séropositives, vérifier la prise des ARV par la mère et le nouveau-né ; ○ Donner des conseils sur : - la vaccination, - la PF du post partum - l'allaitement maternel exclusif (AME), - l'utilisation des MILDA - la nutrition spécifique ; ○ Vacciner le nouveaux- né et la mère au besoin ; ○ Référer si nécessaire.		

V.1.5. Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

Normes

Définition

Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont des soins prodigués à la femme et au nouveau-né qui présentent des complications obstétricales sévères pouvant mettre leur vie en danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

But

Le but est de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

Objectif

L'objectif est d'offrir des soins de qualité à la mère et au nouveau-né au cours de la prise en charge des complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Fonctions essentielles des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base :

SONUB

- ✓ Utilisation d'antibiotiques par voie parentérale
- ✓ Utilisation des ocytotiques par voie parentérale
- ✓ Utilisation des anticonvulsivants par voie parentérale
- ✓ Délivrance artificielle du placenta
- ✓ Evacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine
- ✓ Accouchement instrumental par voie basse (ventouse obstétricale)
- ✓ Réanimation néonatale de base

Fonctions essentielles des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes :

SONUC

En plus des fonctions essentielles de base SONUB s'ajoutent

Pour la mère :

- ✓ Transfusion sanguine
- ✓ Chirurgie obstétricale : Césarienne, laparotomie (rupture utérine, GEU, Kystectomies)

Pour le nouveau-né :

- ✓ Réanimation du nouveau-né
- ✓ Intubation et ventilation, transfusion sanguine,
- ✓ Prise en charge des malformations néonatales.

Lieu de prestation

SONUB

- ✓ FOSEA publiques, privées, associatives/confessionnelles, Cliniques médico-chirurgicales, CDS faisant partie du réseau SONUB, Hôpital Militaire

SONUC

- ✓ HD publiques, Privées, Associatives/Confessionnelles, Cliniques médico-chirurgicales, faisant partie du réseau SONUC, Hôpital Militaire, HR/HN

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers, Sages-femmes
- ✓ Médecins Généralistes, Gynécologues-Obstétriciens, Pédiatres, Anesthésistes

Moment/Périodicité

Les SONU sont prodigués en situation d'urgence pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat tous les jours et à tout moment (24h/24 et 7jours/7)

Intégration

Les services des SONU sont intégrés avec ceux de la surveillance de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat et avec la prévention et PEC du paludisme,, dépistage et PEC des IST/VIH y compris l'éTME, , dépistage et PEC des VBG et Fistules obstétricales et la Planification Familiale.

Tableau 6. Procédure des soins obstétricaux et néonataux d'urgence par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC	CDS non SONUB: SF, Infirmier, TPS	CDS SONUB : SF, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Communication pour le changement de comportement				
-Sensibiliser sur les signes de dangers (mère et fœtus/ Nouveau- né) au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum - Informer la femme, la famille, la communauté sur l'importance de la référence des cas de complication - Discuter et lever les Equivoques sur les croyances et pratiques préjudiciables à la santé de la mère et du nouveau-né - Informer la femme et la Famille sur la nécessité d'assurer la prise en charge d'urgence dans une structure sanitaire SONUB -Sensibiliser sur le don de sang et sur l'importance de la transfusion sanguine - Informer sur la disponibilité	-Sensibiliser sur les signes de dangers (mère et fœtus/ nouveau-né) au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum - Informer la femme, la famille, la communauté sur l'importance de la référence des cas de complication Discuter et lever les équivoques sur les croyances et pratiques préjudiciables à la santé de la mère et du nouveau-né. - Informer la femme et la famille sur la nécessité d'assurer la prise en charge d'urgence dans une structure sanitaire SONUB -Sensibiliser sur le don de sang et	Même procédure que le niveau CDS non SONU	Même procédure que le niveau CDS SONU	Même procédure que l'Hôpital de District

Communautés : TPS, ASC	CDS non SONUB: SF, Infirmier, TPS	CDS SONUB : SF, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
des services 24h/24 et 7j/7	sur l'importance de la transfusion sanguine - Informer sur la disponibilité des services 24h/24 et 7j/7 référer de façon appropriée vers les CDS SONUB ou HD SONUC			
Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence				
- Identifier les signes de Danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couches - Référer vers les FOSA	Accueillir, rassurer et mettre en confiance la femme et son accompagnant, - Lui demander (ou à son accompagnant) les symptômes et leur moment d'apparition - Faire l'évaluation clinique initiale rapide et stabiliser la patiente si nécessaire selon les protocoles/standards de performance SONE - Faire le bilan para clinique nécessaire à la prise en charge ; - En présence d'un ou de	Mêmes procédures que les CDS non SONUB Faire l'évaluation clinique initiale rapide et stabiliser la patiente si nécessaire selon les protocoles /standards de performance SONUB - Faire le bilan para Clinique d'urgence nécessaire à la prise en charge ; - En présence d'un ou de plusieurs signes anormaux, faire la prise en charge immédiate selon les protocoles/standards de performance des SONUB correspondant	Mêmes procédures que les CDS SONUB - Faire le bilan para clinique d'urgence nécessaire à la prise en charge ; - Prendre en charge les patientes référées par les CDS SONUB et non SONUB - Réaliser la césarienne et la chirurgie Obstétricale d'urgence dans le cadre des SONUC (laparotomie pour rupture utérine, grossesse extra utérine, pelvi péritonite et kystectomie) - Référer de façon appropriée les situations	Mêmes procédures que les CDS SONUB et les HD et les autres FOSA SONUC - Faire le bilan para clinique d'urgence nécessaire à la prise en charge; - Prendre en charge les patientes dans le cadre des SONUC - Référer les patientes vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés.

Communautés : TPS, ASC	CDS non SONUB: SF, Infirmier, TPS	CDS SONUB : SF, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers.	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
	plusieurs signes anormaux, référer de façon appropriée vers la FOSA SONUB/ SONUC après la stabilisation de la patiente.	au cas -Prendre en charge les patientes référées pour les SONUB -Référer de façon appropriée les patientes vers les HD/HR/HN pour la césarienne ou chirurgie obstétricale (FOSA SONUC)	très compliquées. - Référer vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés	

V.1.6. Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels

Normes

Définition

Les Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) sont des soins prodigués à la femme et au nouveau-né qui ne présentent pas de complications obstétricales pouvant mettre leur vie en danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

But

Le but est d'assurer une maternité à risque et un bon accueil du nouveau-né lorsque la mère et le nouveau-né ne présentent pas de complications (cf. chapitres spécifiques). □

Objectif

L'objectif est d'offrir des soins humanisés et de qualité à la mère et au nouveau-né qui ne présentent pas de complications mettant en danger leur vie au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum

Les Soins obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) comprennent notamment :

- ✓ La consultation pré conceptionnelle
- ✓ Les 4 consultations prénatales (consultation du premier, deuxième, troisième trimestre et une consultation avant l'accouchement)
- ✓ La surveillance du travail à l'aide du partogramme
- ✓ L'accouchement non compliqué
- ✓ La Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA)
- ✓ Les Soins Néonataux Essentiels
- ✓ Les Soins Maternels Kangourou
- ✓ L'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA (éTME)
- ✓ La surveillance du post partum jusqu'à 24H
- ✓ La consultation post natale intégrée

Lieu de prestation

Les Soins Obstétricaux et Néonataux essentiels (SONE) sont offerts dans les FOSA non SONU à tous les niveaux de prestation y compris le niveau communautaire.

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS (Soins maternels Kangourou)
- ✓ Infirmiers A2, Infirmier Licencié, Sage-femme (SONE au CDS, HD, HR/HN)
- ✓ Médecin Généraliste, Gynécologue Obstétricien (HR/HN), Pédiatre (SMK)

Bénéficiaires

- ✓ Toute femme et homme avant la conception, femme enceinte et femme en post partum
- ✓ Tout nouveau-né qui ne présente pas de complications y compris les petits prématurés, les hypotrophes, jumeaux et triplets.

Moment/Périodicité

- ✓ Avant la conception, au cours de la grossesse (au moins 4 consultations prénatales)
- ✓ Au cours du travail et en post partum et post natale au moins 2 CPoN

Intégration

Les SONE sont intégrés avec les services de PF, vaccination, dépistage des cancers gynécologiques, nutrition

V.1.7. Soins Post Avortement

a) Normes

Définition

Les soins post avortement (SPA) sont un ensemble de services fournis aux femmes qui ont eu un avortement spontané ou provoqué. Les SPA sont constitués de 3 composantes (prise en charge de l'urgence, counseling et offre des méthodes de PF et liens avec les autres services de SR et la communauté) qui devraient être mises en œuvre de manière systématique.

But

Réduire la morbidité et la mortalité résultant de l'avortement et des complications qui en découlent.

Objectifs

- ✓ Prévenir et Prendre en charge les complications éventuelles de l'avortement ;
- ✓ Prévenir les récurrences d'avortement.
- ✓ Assurer la planification familiale après avortement.
- ✓ Assurer les liens avec les autres services de SR et avec la communauté

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers.
- ✓ Sages-femmes
- ✓ Médecins Généralistes, Psychologues
- ✓ Gynécologues-Obstétriciens, Anesthésistes

Type de prestation

Communication pour le changement de comportement

Traitement de l'avortement : Traitement d'urgence pour les complications de l'avortement spontané et de l'avortement provoqué ;

Planification familiale post - abortum

Prise en charge des autres problèmes de SR identifiés

Référence

Lieux de Prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSEA publiques, privées et Associatives/confessionnelles, infirmeries des camps
- ✓ militaires, cliniques Médico chirurgicales, Hôpitaux Militaires
- ✓ Structures sanitaires des entreprises (Hôpitaux, Dispensaires des Entreprises)

Moment/Périodicité

- ✓ Pour tout avortement observé

Bénéficiaires

- ✓ Les femmes se présentant avec un avortement, quel que soit le stade, le type et les complications,
- ✓ Les femmes ayant des antécédents d'avortement à répétition,

Intégration

Les soins post avortement (SPA) sont intégrés avec les activités de planification familiale (PF), de prise en charge de CPN recentrée, de prévention et prise en charge des IST/VIH/SIDA, des cancers gynécologiques et mammaires et des VBG.

Tableau 7. Procédure des soins post avortement par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC	CDS non SONUB: SF, Infirmiers, TPS	CDS SONUB : SF, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Communication pour le changement de comportement				
Sensibiliser pour l'utilisation des structures de santé - Sensibiliser sur les dangers des avortements, notamment les avortements provoqués -Sensibiliser sur l'importance de la PF et en particulier après un avortement spontané Reconnaître les signes et symptômes de l'avortement et des complications après avortement - Référer les cas vers les FOSA où le traitement est disponible - Mener les prestations de PF après avortement	Sensibiliser pour l'utilisation des structures de santé - Sensibiliser sur les dangers des avortements, notamment les avortements provoqués -Sensibiliser sur l'importance de la PF et en particulier après un avortement spontané	Même procédure que le niveau des CDS non SONUB	Même procédure que le niveau des CDS SONUB	Même procédure que le niveau des Hôpitaux de District
Prise en charge des avortements				
Référer systématiquement les patientes vers les FOSA	Identifier les cas - Effectuer le counseling concernant la prise en charge	Identifier les cas - Effectuer le counseling concernant la prise en charge	En complément des prestations offertes au niveau du CDS	En complément des prestations offertes au niveau du HPD/CDS

	et stabiliser la patiente avant le transfert vers un CDS SONUB -Référer de façon appropriée vers un CDS SONUB	et faire le traitement d'urgence selon le protocole en vigueur -Faire les tests para-cliniques nécessaires - Appliquer la procédure de prévention des infections - Assurer l'évacuation utérine du premier trimestre pour les cas sans complications (AMIU, Misoprostol) si indiqué et si possible -Assurer un antiobiophylaxie systématique Assurer le counseling pour la Planification Familiale Post Avortement (PFPA) et offrir une méthode de contraception en fonction du choix de la cliente et des critères d'éligibilité OMS, - Si indiqués et si possibles, faire les tests para cliniques - Prendre en compte les autres composantes des SPA : - Faire le counseling, évaluer et traiter les IST/VIH, prévenir /prendre en charge les VBG - Référer si avortement compliqué ou tardif ou VBG	- Prendre en charge les patientes référées des CDS SONU ou non SONU - Prendre en charge les situations de VBG	- Prendre en charge les Patientes référées des HD ou les CDS SONUB ou non SONUB - Prendre en charge les situations de VBG -Prendre en charge chirurgicalement les complications des avortements provoqués
--	---	---	---	--

V.1.8. Planification Familiale

Normes

Définition

La planification familiale est une approche pour la fourniture de moyens contraceptifs en prenant en compte les besoins des clients/clientes en matière de soins de santé sexuelle et génésique et suivant un ensemble de critères leur permettant de choisir et d'utiliser une méthode de Planification Familiale.

But

Programmer les naissances au meilleur moment afin d'éviter les grossesses non désirées et en assurer un espacement convenable ou une limitation des naissances.

Objectifs

- ✓ Sensibiliser la communauté sur l'importance et les avantages de la Planification Familiale ;
- ✓ Donner aux clients/clientes les informations correctes sur les méthodes de contraception ;
- ✓ Aider la cliente/le client ou le couple à faire un choix éclairé en matière de contraception ;
- ✓ Vérifier si la cliente/le client présente des conditions médicales qui puissent causer un problème, ou qui demandent un suivi plus fréquent pour une méthode contraceptive quelconque ;
- ✓ Fournir des méthodes de contraception en tenant compte du choix et des critères d'éligibilité de l'OMS ;
- ✓ Donner des conseils sur l'utilisation de la méthode choisie ;
- ✓ Assurer le suivi et la prise en charge des effets secondaires liés à la méthode.

Lieux de Prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, privées et Associatives/confessionnelles, infirmeries des camps militaires, cliniques Médico chirurgicales, Hôpitaux Militaires
- ✓ Structures sanitaires des entreprises (Hôpitaux, Dispensaires des Entreprises)

Prestataires formés

- ✓ ASC, paires éducateurs TPS, Infirmiers
- ✓ Sages-femmes
- ✓ Médecins Généralistes
- ✓ Gynécologues-Obstétriciens

Moment/ Périodicité

- ✓ A chaque opportunité dans ou en dehors de la FOSA.

Bénéficiaires

- ✓ Adolescent (e)s et jeunes,
- ✓ Femmes en âge de procréer
- ✓ Femmes en période de post-partum, de post-abortionum,
- ✓ Hommes

Intégration

- ✓ Le service de PF est intégré aux activités de CPN recentrée, consultation curatif ,Soins Après Avortement, de consultation prénuptiale, de vaccination, stabilisation thérapeutique nutritionnel de consultation post natale avant la sortie de la maternité , de prise en charge des IST/VIH, de VBG, dans les services de la SDAJ.

Tableau 8. Procédure de la Planification Familiale par niveau et par type d'intervenants

Communauté: TPS, ASC, paires éducateurs	CDS: SF, Infirmiers Licenciés InfirmierA2, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Communication pour le changement de comportement			
Donner des informations sur : - les avantages de la PF -La Planification et Espacement Idéale des grossesses pour la Santé (PEIGS) ; -l'utilisation des méthodes contraceptives ; - les services de PF à base communautaire disponibles, - les autres services de PF disponibles dans les Structures sanitaires.	Donner des informations sur : - les avantages de la PF -La Planification et Espacement Idéale des grossesses pour la Santé (PEIGS) ; -l'utilisation des méthodes contraceptives ; - les services de PF à base communautaire disponibles, - les autres services de PF disponibles dans les Structures sanitaires.	- En complément des prestations offertes au niveau du CDS - Sensibiliser sur l'offre de la CCV	- En complément des prestations offertes au niveau du HD - Sensibiliser sur l'offre de la CCV
Première consultation			
En utilisant les supports IEC/CCC/PF - Donner des informations sur toutes les différentes méthodes contraceptives disponibles - Donner des informations sur les différentes méthodes contraceptives offertes dans les formations sanitaires selon le programme national (méthodes naturelles, COC, COP, CIP seul, DIU, implants, CCV...), - Référer une éventuelle IST - Aider le/la client(e) à choisir la méthode qui lui convient	En respectant les étapes du BERCER et en utilisant les supports IEC/CCC/PF - Donner des informations sur toutes les méthodes contraceptives disponibles -Donner des informations sur les différentes méthodes contraceptives offertes dans les formations sanitaires selon le programme national (méthodes naturelles, COC, COP, CIP seul, DIU, implants, CCV...), - Faire le bilan clinique de la cliente	Même procédure que le niveau CDS	Même procédure que le niveau Hôpital de District

- Faire le counseling spécifique - Expliquer quand les autres consultations auront lieu ; - Fixer la date du prochain rendez-vous avec des repères qui permettent aux clients de se rappeler ; - Référer/transférer si la méthode choisie n'est pas disponible au niveau de l'ASC	- Dépister, prendre en charge une éventuelle IST - Aider le/la client(e) à choisir la méthode qui lui convient - Faire le counseling spécifique - Expliquer quand les autres consultations auront pu avoir lieu en dehors des rendez-vous ; - Fixer la date du prochain rendez-vous avec des repères qui permettent aux clients de se rappeler ; - Référer/transférer si la méthode choisie n'est pas livrée dans la FOSA - Référer vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés		
Consultations suivantes			
- En respectant les étapes du BERCER et en utilisant les supports IEC/CCC/PF, réaliser le counseling de suivi; - En cas de problèmes, référer le(la) client(e) - Réapprovisionner éventuellement le (la) client(e) - Négocier un rendez-vous précis pour le suivi. - Faire la recherche active des perdus de vue	- En respectant les étapes du BERCER et en utilisant les supports IEC/CCC/PF, réaliser le counseling de suivi; - Prendre en charge les effets secondaires - S'informer sur d'autres éventuels problèmes et y apporter des solutions ; - Réapprovisionner éventuellement le (la) client(e) - Négocier un rendez-vous précis pour le suivi. - Référer la patiente vers un autre service intégré à la PF	Même procédure que le niveau CDS	Même procédure que le niveau Hôpital de District

V.1.9. Santé et Développement des Adolescents et Jeunes

Normes

Définition

La santé et le développement des adolescents et jeunes (SDAJ) est définie comme un état de bien-être général et dynamique tant physique que mental et social de l'adolescent et jeune pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmité. L'adolescence et le jeune âge englobent le groupe d'âge de 10 à 24 ans.

Elle est considérée comme étant une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, période pendant laquelle la société ne considère plus l'adolescent comme un enfant sans pour autant lui accorder ni le statut ni le rôle, ni la fonction d'un adulte. Cette période fait intervenir des changements importants d'ordre physiologique, cognitif, social, économique et psychologique.

But

Le but de la prise en charge de l'adolescent/jeune est d'améliorer l'état de santé et le bien-être de ce groupe de population afin de le préparer à la vie familiale.

Objectifs

- ✓ Préparer les adolescents et jeunes à la vie familiale ;
- ✓ Prévenir et prendre en Charge les grossesses précoces,
- ✓ Prévenir et prendre en charge de la toxicomanie (tabagisme, alcoolisme, stupéfiants)
- ✓ Offrir les services de santé de qualité adaptés aux adolescents et aux jeunes ;

Prendre en charge les problèmes médicaux et psychosociaux des adolescents et jeunes (IST, mariage et grossesses précoces et /ou non désirées, violences sexuelles, viol, harcèlement sexuel)

Prendre en charge les complications liées aux avortements non hygiéniques.

Préparer les adolescents à la gestion de l'hygiène mensuel

Lieux de Prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, privées et confessionnelles, Cliniques Médico Chirurgicales
- ✓ Formations scolaires (écoles) et les Centres Jeunes,
- ✓ Centres Associatifs pour les jeunes
- ✓ **Prestataires qualifiés**
- ✓ ASC, TPS, les parents, Enseignants/Pairs Educateurs, Personnel de santé, Infirmiers A2, Infirmiers licenciés, Sage femmes, Médecin Généraliste, Gynécologue, Pédiatre.
- ✓ Membres des associations, organisations publiques, confessionnelles
- ✓ Les assistants sociaux, les psychologues, les sociologues, les médias, les communicateurs et Para Juristes

Moment/Périodicité

- ✓ A chaque contact avec un adolescent ou un jeune
- ✓ A chaque regroupement d'adolescents ou de jeunes
- ✓ A chaque regroupement des parents et des enseignants ou lors des séances d'IEC

Tableau 9. Procédure en Santé et Développement des Adolescents par niveau et types d'intervenants

Communauté : TPS, ASC, les parents, Enseignants/Pairs Educateurs,	CDS: SF, Infirmiers Licenciés, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers Psychologue (assistant social à défaut), les sociologues	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers Psychologue (assistant social à défaut), les sociologues
Communication pour le changement de comportement			
- Organiser des séances d'information et de sensibilisation pour les adolescents, jeunes scolarisés ou non, les déscolarisés, les parents, la communauté et les éducateurs en utilisant tous les canaux de communication existants sur: - la préparation à la vie familiale, risques liés à l'activité sexuelle précoce. - la puberté et la sexualité - les grossesses précoces - les grossesses non désirées - le problème des fistules obstétricales et leur prévention, - les troubles de la puberté - l'avortement - les IST/VIH/SIDA - les violences sexuelles -la délinquance juvénile - les toxicomanies, - La nutrition -Les activités physiques -l'infécondité -les consultations pré conceptionnelle (les examens	Même procédure que le niveau communautaire	Même procédure que le niveau communautaire	Même procédure que le niveau même procédure que le niveau communautaire

prénuptiaux) - la législation et la réglementation en vigueur -la planification familiale			
Consultation médicale de l'adolescent/ jeune			
-Accueillir convenablement L'adolescent(e) le / la jeune ; -Ecouter attentivement -Conseiller et orienter vers la FOSA de référence	-Accueillir convenablement l'adolescent(e) le / la jeune ; - Mener l'interrogatoire en prêtant une attention particulière sur les habitudes alimentaires, le développement physique et psychologique, Le déroulement de la puberté, les comportements à risque (la consommation des drogues, de l'alcool, du tabac, et leurs effets sur l'organisme, les addictions à l'internet, les accidents de la voie publique), les activités sexuelles, l'état vaccinal - Examiner: l'état général, le développement morphologique, examen de l'appareil urogénital, examen des autres appareils ; - Communiquer le diagnostic probable à l'adolescent(e)/ au jeune - Faire les examens complémentaires nécessaires. - Prendre en charge selon les résultats cliniques et para cliniques en respectant les protocoles en vigueur	En complément des prestations offertes au niveau du CDS -Examiner l'adolescent si besoin et proposer d'autres examens complémentaires appropriés -Prendre en charge la complication selon le protocole en vigueur - traiter les adolescents référés -référer a l'HR/HN de façon appropriée	-En complément des prestations offertes au niveau du HD -Traiter les cas si besoin -Prendre en charge les adolescents référés
Prise en charge des grossesses précoces			

-Aider l'adolescente et sa famille à surmonter les problèmes éventuels dus aux conséquences possibles de la grossesse sur sa vie future - Assurer un accompagnement psychosocial - Informer l'adolescente sur l'importance des soins prénatals -Conseiller à faire le dépistage des IST/VIH/SIDA, et à l'utilisation de la CPN -Référer	En complément des prestations offertes au niveau communautaire - Effectuer les CPN - Assurer le dépistage et prise en charge des IST/VIH/SIDA - Assurer le dépistage et prise en charge des autres problèmes de santé éventuels - Référer si nécessaire	En complément des prestations offertes au niveau du CDS -Examiner à l'échographie -Prendre en charge de façon appropriée les cas -Référer/transférer si nécessaire à l'Hôpital : HR/HN ou référer vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés	En complément des prestations offertes au niveau du HD - Examiner à l'échographie - Prendre en charge de façon appropriée les cas - Référer/transférer si nécessaire vers un autre service dans le cadre du paquet de services intégrés
Prévention et prise en charge de la Toxicomanie (tabagisme, alcoolisme, stupéfiants)			
- Conseiller sur la prévention des substances psycho actives - Conseiller et référer vers les centres sociaux éducatifs et les structures sanitaires de référence(CDSAJ, Centre jeunes, associations de jeunes, les écoles Club santé) pour les besoins de prise en charge	- En complément des prestations offertes au niveau communautaire - Référer vers des milieux spécialisé	En complément des prestations offertes au niveau du CDS - Prendre en charge les complications liées sevrage -Conseiller et orienter vers un centre socio-éducatif pour adolescents et les jeunes à problèmes - Référer vers un centre spécialiser	- En complément des prestations offertes au niveau du HD - Référer vers un autre centre spécialisé dans le cadre du paquet de services intégrés

V.1.10. Prise en charge de l'Infertilité

Normes

Définition

L'infertilité est l'incapacité à procréer ou à mener une grossesse à terme chez un couple ayant des rapports sexuels réguliers et complets sans contraception, pendant au moins un an ou plus. Pour les femmes mariées au-delà de 35 ans cette durée est d'au moins 6 mois ou plus (OMS)

But

Aider les couples en difficulté à assurer leur fonction de procréation et offrir une assistance Médico-psycho-sociale aux couples infertiles.

Objectifs

- ✓ Informer sur les facteurs de risque
- ✓ Dépister les causes de l'infertilité
- ✓ Prendre en charge le couple infertile

Lieux de prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, privées et Associatives/confessionnelles,
- ✓ Structures sanitaires des entreprises

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers A2, Infirmiers Licenciés
- ✓ Sages-femmes
- ✓ Médecins Généralistes
- ✓ Gynécologues-Obstétriciens
- ✓ Psychologues cliniciens et radiologues

Moment et périodicité

- ✓ Désir et retard de conception

Bénéficiaires

- ✓ Femmes, hommes et Couples infertiles

Intégration

Les services de prise en charge de l'infertilité seront intégrés avec les services de dépistage des infections sexuellement transmissibles y compris l'infection à VIH, le service d'imagerie médicale

Tableau 10. Procédure de la prise en charge de l'infertilité par niveau et par type d'intervenants

Communauté : TPS, ASC, infirmier	CDS: SF, Infirmiers Licenciés, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers
Communication pour le changement de comportement			
- Informer sur les facteurs de risque d'infertilité (comportement sexuel et pratiques à haut risque, IST et avortement non sécurisé, non hygiénique) et les possibilités de prise en charge	- Informer sur : - les facteurs de risque d'infertilité : comportement sexuel à haut risque, IST, - La période idéale de fécondité - Les possibilités de prise en charge	Même procédure que le niveau CDS	Même procédure que le niveau HD
Prise en charge de l'infertilité			
- Orienter la femme, homme ou le couple vers les structures sanitaires	-Référer la femme ou le couple vers les structures sanitaires appropriées	Effectuer des investigations cliniques et para cliniques nécessaires pour : s'assurer qu'il s'agit d'une infertilité, et pour identifier la cause ; - Prendre en charge les causes de l'infertilité si possible Orienter vers un autre service dans le cadre d'un paquet de services intégrés -Référer/transférer vers l'Hôpital de 2eme référence /HR/Centre spécialisé pour Infertilité - Référer vers un autre service dans le cadre d'un paquet de services intégrés	-Même procédures que le niveau HD - Prendre en charge de façon appropriées les couples infertiles - Référer vers un Centre spécialisé Référer vers un autre service dans le cadre d'un paquet de services intégrés.

V.1.11. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du col utérin

Normes

Définition

Le cancer du col utérin est une tumeur maligne qui se développe à la jonction de l'endocol et de l'exocol. C'est un cancer qui survient chez une femme (entre 25-50/60 ans), le plus souvent dans les catégories sociales peu favorisées. Il évolue lentement. L'évolution vers le cancer du col de l'utérus peut être évitée par une prise en charge précoce des lésions précancéreuses apparaissant plusieurs années avant la maladie. La prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l'utérus permettent de réduire l'incidence du cancer invasif du col utérin à 80%.

But

Le but des interventions est de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité dues au cancer du col utérin.

Objectifs

- ✓ Amener l'individu à adopter des comportements sexuels responsables
- ✓ Assurer la prévention primaire (Vaccination)
- ✓ Faire un dépistage et un traitement précoce des IST
- ✓ Assurer la prévention secondaire (dépistage et traitement des lésions précancéreuses)
- ✓ Prendre en charge les cas de cancer du col dépistés
- ✓ Assurer les soins palliatifs en cas de cancer avancé.

Types de Prestation

- ✓ Communication pour le changement de comportement
- ✓ Vaccination contre HPV des filles entre 9 et 13 ans
- ✓ Prévention et traitement des IST
- ✓ Dépistage des lésions précancéreuses par Inspection Visuelle utilisant l'acide acétique
- ✓ Prise en charge des lésions précancéreuses
- ✓ Prise en charge des cas de cancer du col dépistés
- ✓ Soins palliatifs en cas de cancer avancé.

Lieux de Prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, privées et Associatives/confessionnelles,

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers, Sages-femmes
- ✓ Psychologue
- ✓ Médecins formés généralistes
- ✓ Médecins généralistes formés en oncologie
- ✓ Oncologue
- ✓ Radiothérapeute
- ✓ Gynécologue-obstétriciens

Moment/ Périodicité

- ✓ Lors des séances de sensibilisation (CCC)
- ✓ Prévention primaire (vaccination) : les filles 9-14 ans
- ✓ Prévention secondaire (Dépistage des lésions précancéreuses) : Femmes 25 à 50 ans
- ✓ Dépistage tous les 3 ans pour les femmes séropositives au VIH et tous les 5 ans chez les femmes séronégatives au VIH sexuellement actives.

Bénéficiaires

- ✓ Jeunes filles 9-14 ans
- ✓ Femmes 25 à 60 ans
- ✓ Femmes présentant un Cancer

Intégration

Les services de prévention, dépistage et prise en charge des cancers du col sont intégrés à ceux de Planification Familiale, CPN, Accouchement, consultations post natales, consultation gynécologique, prise en charge IST/VIH, soins après avortement (SPA), service oncologie, Vaccination et Nutrition.

Tableau 11. Procédure de la prévention et de la prise en charge du cancer du col utérin par niveau et par type d'intervenants

Communauté: TPS, ASC, infirmier	CDS: SF, Infirmier, médecin, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, médecin formés en oncologie Médecin Généraliste, psychologue, SF, infirmier	H 2^{me} référence /HR : oncologues, radiothérapeute, Gynécologues, Médecin formés, psychologues, SF, infirmiers
Communication pur le changement de comportement			
○ Donner des informations sur : les facteurs de risque de cancer du col utérin : - le comportement sexuel à haut risque, les IST, -le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus - la vaccination contre le HPV ○ Orienter les Jeunes filles et les femmes vers les FOSA de référence	Même procédure que le niveau communautaire	Même procédure que le niveau CDS	Même procédure que le niveau Hôpital de District
Dépistage et Prise en charge des cas des lésions précancéreuses et de cancer dépisté			
○ Orienter vers les FOSA pour le dépistage	Faire un dépistage systématique chez toute femme de 25 à 50 ans par Inspection Visuelle (IVA), en utilisant l'acide Acétique En cas d'IVA positif : Prise en charge selon le protocole en vigueur	Mêmes Procédures CDS plus : prise en charge selon le protocole en vigueur Si cancer avéré, référer à l'Hôpital de 2eme référence /HN	Mêmes Procédures niveau HD plus : Prise en charge selon le protocole national Assurer un suivi médical et un soutien psychologique

V.1.12. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du sein

Normes

Définition

Prolifération maligne primitive intéressant la glande mammaire et ayant tendance à se disséminer.

But

Le but des interventions est de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité dues au cancer du sein

Objectifs

- ✓ Amener toute femme à faire une autopalpation pour dépister les nodules mammaires à temps
- ✓ Faire un examen systématique des seins pour toutes les femmes au cours des CPN et autres consultations
- ✓ Faire une mammographie si possible tous les deux ans entre 50 et 69 ans
- ✓ Faire un dépistage et un traitement précoce
- ✓ Prendre en charge les cas de cancer du sein dépistés
- ✓ Assurer les soins palliatifs en cas de cancer avancé.

Types de Prestation

- ✓ Sensibilisation pour l'autopalpation des seins
- ✓ Dépistage de nodules et des lésions cutanées
- ✓ Confirmation du cancer du sein
- ✓ Prise en charge des cas de cancer du sein dépistés
- ✓ Soins palliatifs en cas de cancer avancé.

Lieux de Prestations

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, privées et Associatives/confessionnelles,

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers, Sages-femmes
- ✓ Psychologues
- ✓ Médecins formés en oncologie
- ✓ Oncologue
- ✓ Radiothérapeute
- ✓ Gynécologues

Moment/ Périodicité

- ✓ A tout moment propice chez toute femme à partir de la puberté

Bénéficiaires

- ✓ Toute femme à partir de la puberté.

Intégration

Les services de prévention, dépistage et prise en charge précoce des cancers du sein sont intégrés à ceux de PF, CPN, Accouchement, consultations post natales, Consultation Gynécologique, Prise en charge IST/VIH, SPA, Vaccination, et Nutrition.

Tableau 12. Procédure de la prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du sein par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC, Paire éducateur	CDS : Médecin, SF, Infirmier, TPS	HD: Médecin Généralistes, Médecin formé en oncologie, psychologue, SF, infirmiers	HR/HN: Oncologue, radiothérapeute, Gynécologue-obstétricien, Médecin généraliste formé en oncologie Médecin Généraliste, psychologue, SF, infirmiers
Communication pour le changement de comportement			
- Faire des causeries éducatives sur les facteurs de risque liés au cancer de sein et les signes de la maladie - Eduquer sur l'autopalpation des seins.	Procédure niveau communautaire plus: -Encourager la mammographie tous les deux ans entre 50 et 69 ans	Procédure niveau communautaire plus: -Encourager la mammographie tous les deux ans entre 50 et 69 ans	Même procédure que le niveau communautaire -Encourager les femmes a la mammographie tous les 2 ans.
Dépistage précoce et prise en charge du cancer du sein			
-Encourager l'auto palpations des seins -Orienter vers la FOSA en cas de besoin	- Encourager l'auto palpations des Seins -Examen clinique systématique des seins de toute femme reçue en CPN ou en consultation - référer vers la FOSA de référence en cas de besoin (suspicion notamment)	Procédure niveau CDS plus : -mammographie de dépistage tous les deux ans - en cas de lésion suspecte ou douteuse référer la femme vers (HR/HN)	Même procédure CDS, HD plus : ○ En cas de lésion douteuse ou suspecte ○ Prise en charge selon le protocole national en vigueur ○ Traitement chirurgical selon le protocole existant ○ Examen histologique de la pièce opératoire ○ Suivi médical selon le protocole et un soutien psychologique ○ Réaliser les soins palliatifs

V.1.13. Prévention et traitement des IST/VIH/SIDA/Hépatites Virales

Normes

Définition

Ce sont des infections qui sont transmises par contact sexuel et/ou liquides biologiques avec une personne infectée sans aucune protection ou par transmission verticale.

But

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité dues aux IST/VIH/SIDA et aux hépatites virales

Objectifs

- ✓ Amener la communauté et les personnes à avoir un comportement sexuel sain/responsable
- ✓ Assurer le dépistage et la PEC des cas d'IST/VIH/SIDA et les Hépatites Virales.
- ✓ Réduire la transmission du d'IST/VIH/SIDA et les Hépatites Virales.
- ✓ Faire la promotion des pratiques médicales à moindre risque

Types de Prestation

- ✓ Sensibilisation pour un comportement sexuel sain/responsable
- ✓ Sensibilisation sur les modes de transmission d'IST/VIH/SIDA et des hépatites virales.
- ✓ Promotion du dépistage d'IST/VIH/SIDA et les Hépatites Virales.
- ✓ Conseils et dépistage à l'initiative du prestataire
- ✓ Application des mesures de Prévention et contrôle des Infections
- ✓ Prise en charge des cas dépistés

Lieux de Prestation

- ✓ Communauté, pour les situations d'extrême urgence
- ✓ FOSA publiques, privées et Associatives/confessionnelles, infirmeries des camps Militaires, infirmeries Universitaires, Cliniques médico-chirurgicales, Cabinets médicaux, les lieux de détentions et les orphelinats
- ✓ FOSA des entreprises

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Pairs éducateurs
- ✓ Infirmiers, Sages-femmes,
- ✓ Médecins Généralistes, Gynécologues,
- ✓ Pharmaciens, Biologistes, Laborantins
- ✓ Membres des associations de PVVIH
- ✓ Assistants sociaux
- ✓ Psychologues

Bénéficiaires

- ✓ Tout le monde

Moment/Périodicité

- ✓ A chaque contact avec un client lors d'une prestation de santé
- ✓ A chaque regroupement communautaire

Intégration

Avec les services de CPN, Accouchement, Consultations post natales, Vaccination, Nutrition, SPA, VBG, PF, Préparation a la vie familiale, Consultation de l'enfant, dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin.

Tableau 13. Procédure de prévention et traitement des IST/VIH/SIDA/Hépatites Virales par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC, paires éducateurs	CDS : SF, Infirmiers, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers, Psychologues Cliniciens	HR/HN : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, psychologues cliniciens
Communication pour le Changement de comportement			
Donner des informations et des conseils aux différentes composantes de la communauté et aux clients des services sur : - les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention des IST/VIH SIDA et les hépatites virales - l'importance de se faire traiter en cas d'IST - la notification du ou des partenaires et leur prise en charge - les méfaits de l'automédication en cas d'IST. Conseiller : - le préservatif pour la prévention des IST /VIH Sida, grossesse non désirée et hépatite virale - la fidélité dans le couple - le dépistage - L'adhérence et l'observance du traitement	Mêmes procédures que le niveau communautaire	Mêmes procédures que le niveau CDS	Mêmes procédures que le niveau CDS
Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles			
Identifier les cas des IST - Encourager à se faire soigner et à notifier leurs partenaires - Référer vers les FOSA les cas pour la prise en charge	Pour les IST : ○ accueillir les clients de manière adéquate ○ Prendre en charge les cas d'IST en utilisant l'approche syndromique/traitement spécifique selon les protocoles existants.	Mêmes procédures que les CDS	Mêmes procédures que les HD

	○ Encourager la prise en charge du client ou des partenaires ○ Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention des IST, sur la prévention des risques de récurrence, de complications et séquelles ○ Conseiller et démontrer le mode d'utilisation des préservatifs (masculin et féminin) ○ Référer /transférer au besoin		
Prise en charge du VIH/SIDA et des hépatites virales			
Pour l'Infection à VIH/SIDA -Encourager la communauté à se faire dépister - Pour les personnes séropositives, les soutenir pour l'adhésion/observance aux ARV, - Rappeler l'importance du suivi des enfants née de mère séropositive -Respecter la confidentialité - Eviter la stigmatisation - Orienter/assurer le suivi à long terme	Pour l'Infection à VIH/SIDA : - Conseil et dépistage selon le protocole national, - Si positif, évaluer la situation de la cliente et entamer le traitement immédiatement, - Discuter d'une éventuelle référence, - Sélectionner le régime de traitement aux ARV approprié et en discuter avec le client, - Parler de l'adhésion/ observance aux ARV, assurer la dispensation selon le protocole en vigueur. - Rendez-vous réguliers : - Soutenir pour adhésion aux ARV, -Respecter la confidentialité - Eviter la stigmatisation et la discrimination - S'assurer de la bonne prise en charge selon le protocole en vigueur, - Référer/transférer au besoin Assurer l'indexation de tout cas positif Chercher toute coinfection du VIH avec une hépatite virale Assurer le suivi des enfants né d'une mère séropositive ou d'une hépatite virale	En complément des prestations offertes au niveau du CDS - - Assurer le suivi à long terme (clinique, biologique et psychologique) - PEC psychosociale et nutritionnelle - Dépistage du Cancer du Col - Prise en charge des patientes ayant une Hépatite virale	Même procédure que le niveau HD Examens complémentaires non disponibles à l'Hôpital de District dont la charge virale.

V.1.14. Les violences basées sur le genre

Normes

Définition

Selon l'OMS la violence basée sur le genre (VBG) est tout acte dirigé contre un individu en fonction de son sexe biologique, son identité. Elle comprend les mutilations génitales féminines, les abus physiques, sexuels, psychologiques, les menaces, la coercition, la privation arbitraire de liberté et la privation économique, qu'ils se produisent dans la vie publique ou privée.

La VBG prend de nombreuses formes et peut se produire pendant l'enfance, l'adolescence, les années de procréation et la vieillesse. Elle peut affecter les femmes et les filles, les hommes et les garçons et autres identités du genre.

But

Le but est de réduire l'incidence de la violence basée sur le genre y compris les mutilations génitales féminines.

Objectifs

- ✓ Sensibiliser la communauté sur la prévention, l'identification et la lutte contre les VBG;
- ✓ Contribuer à l'humanisation de la prise en charge des violences basées sur le genre ;
- ✓ Participer de façon appropriée à l'application des lois relatives aux VBG par les services concernés (fonctionnaires, agents sociaux et personnel de santé) ;
- ✓ Assurer la collecte à tous les niveaux et la remontée des données relatives aux VBG ;
- ✓ Réduire l'incidence des IST/VIH SIDA, des grossesses non désirées, d'avortements suite aux VBG;
- ✓ Assurer la prise en charge psychosociale des survivants de violences basées sur le genre ;
- ✓ Assurer la prise en charge médicale des cas y compris les complications et les séquelles,
- ✓ Assurer la réinsertion socio-économique, scolaire et professionnelle des survivants de VBG

Types de Prestation

- ✓ Prévention, sensibilisation,
- ✓ Identification,
- ✓ Prise en charge psycho-sociale,
- ✓ Prise en charge médico-chirurgicale,
- ✓ Prise en charge médico-légale,
- ✓ Prise en charge juridique et judiciaire.

Lieux de Prestation

- ✓ Famille,
- ✓ Communauté,
- ✓ Services juridiques, judiciaire et pénitentiaire,
- ✓ Les milieux sociaux professionnels,
- ✓ FOSA publiques, privées, confessionnelles et associatives,
- ✓ Structures/Organisations spécialisées.

Prestataires

- ✓ ASC, TPS, les prestataires des soins membres des associations des femmes, des jeunes, des hommes, des leaders communautaires et religieux,
- ✓ Fonctionnaires parajudiciaires,
- ✓ Assistants sociaux,
- ✓ Autres intervenants

Moment / Périodicité

- ✓ A l'occasion des séances de sensibilisation à tous les niveaux et particulièrement devant un cas de violence basée sur le genre en profiter pour sensibiliser la population.

Bénéficiaires

- ✓ Enfants
- ✓ Adolescents et jeunes
- ✓ Hommes et Femmes
- ✓ Personnes du 3^{ème} âge
- ✓ Handicapés, infertiles, albinos, veuf (ve) s...

Intégration

Les services de prévention, dépistage et prise en charge des VBG sont intégrés à ceux de PF, CPN, accouchement, consultations post natales, consultations curatives, vaccination, Nutrition, santé scolaire

Tableau 14. Procédure de la prévention, et prise en charge des violences basées sur le genre par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC, infirmiers	CDS : SF, Infirmiers, TPS, assistants sociaux	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers, Psychologues cliniciens	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, psychologues cliniciens
Communication pour le changement de comportement			
Donner des informations et des conseils sur : - La prévention et la lutte contre les VBG, - Les lieux de prise en charge - Les lois en vigueur contre toutes les formes de violence - Les droits de l'homme, de la femme et de l'enfant, handicapés, albinos, infertiles, veufs ...	Mêmes procédures que le niveau communautaire	Mêmes procédures que le niveau communautaire	Mêmes procédures que le niveau communautaire
Prévention, détection et prise en charge psycho-sociale			
○ Rechercher les signes de VBG ○ Etablir des mesures d'accompagnement : disponibilité, soutien moral continu, confidentialité, discrétion, sensibilité ; ○ Orienter les survivants vers les autres services concernés	○ Rechercher les signes de VBG ○ Etablir des mesures d'accompagnement : disponibilité, soutien moral continu, confidentialité, discrétion, sensibilité, ○ Dépistage traitement des signes et des complications ○ Orienter les survivants vers les autres services concernés ○ Apporter un soutien psycho social aux survivants et leurs familles	Même procédure que le niveau CDS	Même procédure que le niveau HD
Prise en charge médico-chirurgicale			
○ Apporter un soutien moral aux survivants ○ Référer les survivants vers les FOSA ○ Accompagner les survivants	- Traiter d'urgence toutes les lésions corporelles si possible - Administrer une contraception d'urgence en cas de viol - Assurer la prophylaxie post	Même procédure que le niveau CDS Faire le prélèvement vaginal et cervical pour rechercher des germes, des spermatozoïdes en cas de violence	- Même procédure que le niveau HD -Prendre en charge les complications et les séquelles

Communautés : TPS, ASC, infirmiers	CDS : SF, Infirmiers, TPS, assistants sociaux	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers, Psychologues cliniciens	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, psychologues cliniciens
	exposition (PPE) au VIH ; - Administrer le VAT et le vaccin contre VHB si nécessaire ; - Dépister et traiter les IST selon l'approche syndromique ; - Dépister et prendre en charge l'infection à VIH ; - Faire si possible le prélèvement vaginal et cervical pour rechercher des germes, des spermatozoïdes en cas de violence sexuelle ; - Dépister les signes de dépression mentale et référer à l'Hôpital de District ou au service spécialisé; - Assurer le suivi médical ; - Référer les cas compliqués ;	sexuelle ; Référer si nécessaire	
Prise en charge médico-légale			
Conseiller au survivant: - de conserver les vêtements tâchés pour les remettre à la police en cas de plainte ; - de ne pas se laver avant le contact avec les prestataires; -déclarer les cas aux autorités compétentes -Orienter dans la structure de santé la plus proche -Dénoncer et décourager les cas de règlement à l'amiable	Conseiller au survivant à la victime de conserver les vêtements tâchés pour les remettre à la police en cas de plainte ; Recueillir, étiqueter et conserver en toute sécurité les preuves médico-légales; Déclarer les cas aux autorités compétentes; Elaborer un rapport médical et établir un certificat médical si possible Proposer un plan de suivi aux survivants	Mêmes procédure que le CDS	Même procédure que le niveau HD

V.1.15. Prise en Charge de la Ménopause

La prise en charge de la ménopause fait partie de la santé de la reproduction des personnes du 3^{ème} âge.

Normes

Définition

La ménopause est un phénomène naturel, ce n'est pas une maladie. Elle désigne la période qui survient au moment où les ovaires arrêtent de sécréter les hormones de la reproduction : l'œstrogène et la progestérone. Les règles disparaissent, la femme ne peut plus avoir d'enfants.

But

Aider la femme à supporter les modifications physiques et physiologiques qui accompagnent la ménopause.

Objectifs

- ✓ Informer les femmes sur la ménopause,
- ✓ Renforcer les connaissances de la population sur les différents troubles physiques, physiologiques et psychologiques associés à la ménopause,
- ✓ Conseiller sur la conduite à tenir et les mesures hygiéno-diététiques à adopter,
- ✓ Prise en charge des femmes ménopausées.

Types de prestations

- ✓ Information/Education/Communication sur la ménopause
- ✓ Conseils pour dépistage des Cancers du Col utérin et du Sein
- ✓ Prise en charge médicale et psychologique

Lieu des prestations

- ✓ Communauté,
- ✓ FOSA publiques et privées, associatives/confessionnelles.

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers, Sage femmes, psychologues cliniciens,
- ✓ Médecins Généralistes, Gynécologue et autres prestataires.

Moment/ Périodicité

- ✓ A tout moment propice chez toute femme adulte (consultations, séances d'IEC)

Bénéficiaires

- ✓ Toute femme adulte avec ou sans symptômes

Intégration

Les services de prise en charge de la ménopause sont intégrés aux services de consultations gynécologiques, PF, prévention, dépistage et prise en charge des VBG, dépistage et prise en charge des IST/VIH, troubles de statique pelvienne, dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin.

Tableau 15. Procédure de la prise en charge de la ménopause par niveau et par type d'intervenants

Communautés : TPS, ASC, infirmiers, pairs éducateurs	CDS : SF, Infirmiers, TPS, assistants sociaux	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, psychologues cliniciens	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, psychologues cliniciens
Communication pour le changement de comportement			
Sensibiliser les femmes sur les troubles associées à la ménopause - Informer sur la sexualité de la femme ménopausée - Informer sur les mesures hygiéno-diététiques (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/marche)	Même procédure que le niveau le niveau communautaire	Même procédure que le niveau CDS -Suivre le protocole en vigueur	Même procédure que le niveau HD
Prise en charge médicale et psychologique de la ménopause			
- Ecouter et rassurer - Informer sur la ménopause et ses symptômes - Soutenir la patiente par rapport aux événements de vie difficile - Aider la patiente à identifier de nouvelles activités pour s'adapter à la nouvelle situation	Même procédure que le niveau communautaire plus Prise en charge psychologique et prise en charge médicale selon le protocole - Référer si persistance de la Symptomatologie	Même procédure que le CDS : Prise en charge selon le protocole en vigueur, -Vitaminothérapie ; -Supplémentation en Calcium -Prise en charge des autres troubles du climatère - Référer si persistance de la symptomatologie	Même procédure que le niveau HD

V.1.17. Prise en charge de l'andropause

La prise en charge de l'andropause fait partie de la santé de la reproduction des personnes du 3^{ème} âge.

Norme

Définition

L'andropause est la période de la vie de l'homme caractérisée par un déficit androgénique, en particulier la baisse de sécrétion de testostérone lié à l'âge et qui est responsable d'une altération de la qualité de vie et d'un impact sur la fonction de plusieurs organes. L'andropause intervient en dehors de tout contexte pathologique pouvant expliquer les troubles physiologiques.

But

Aider l'homme âgé à supporter les modifications physiques et physiologiques qui accompagnent l'andropause.

Objectifs

- ✓ Informer les hommes sur l'andropause,
- ✓ Renforcer les connaissances de la population sur les différents troubles physiques, physiologiques et psychologiques associés à l'andropause,
- ✓ Conseiller sur la conduite à tenir et les mesures hygiéno-diététiques à adopter,
- ✓ Faire une prise en charge des hommes en cas d'andropause.

Types de prestations

- ✓ Information/Education/Communication sur l'andropause,
- ✓ Conseils pour le dépistage et la prise en charge des cancers de la prostate et des autres affections courantes du troisième âge,
- ✓ Prise en charge médicale et psychologique.

Lieu des prestations

- ✓ Communauté,
- ✓ FOSA publiques et privées, associatives/confessionnelles.

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, infirmiers, les psychologues cliniciens,
- ✓ Sages-femmes,
- ✓ Médecins Généraliste, Gynécologues, Urologues.

Moment/ Périodicité

- ✓ A tout moment propice chez tout homme adulte (Consultations, séances d'IEC)

Bénéficiaires

- ✓ Tout homme adulte avec ou sans symptômes.

Intégration

Ce service est intégré aux services de consultations de médecine générale et d'urologie, prévention, dépistage et prise en charge des tumeurs de la prostate, prise en charge de tous les dysfonctionnements sexuels du 3^{ème} âge.

Tableau 16. Procédure de la prise en charge de l'andropause par niveau et par type d'intervenant

Communautés : TPS, ASC	CDS : SF, Infirmier, TPS	HD: Gynéco-obstétricien, Médecin Généralistes, SF, infirmiers, psychologues cliniciens	HN/HR : Gynécologue-obstétricien, Médecin Généraliste, SF, infirmiers, psychologues cliniciens
Communication pour le changement de comportement			
- Sensibiliser les hommes sur les troubles associés à l'andropause; - Informer sur les facteurs favorisant l'apparition rapide des troubles (obésité, sédentarité, alcoolisme, maladies chroniques..) et les mesures hygiéno-diététiques (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/marche); - Conseiller le suivi médical régulier	Même procédure que le niveau communautaire	Même procédure que le niveau CDS	Même procédure que le niveau HD
Prise en charge Médico psychologique de l'andropause			
- Ecouter et rassurer - Informer sur l'andropause et ses symptômes - Soutenir le patient par rapport aux événements de vie difficile - Aider le patient à identifier de nouvelles activités pour s'adapter à la nouvelle situation - Orienter vers les structures sanitaires	Même procédure que le niveau communautaire plus : Prise en charge selon le protocole en vigueur - Référer en cas de troubles importants	-Même procédure que le niveau CDS plus : Prendre en charge selon le protocole en vigueur -Référer en cas de troubles importants si persistance de la symptomatologie	Même procédure que le niveau HD, Plus : -Référer/transférer au besoin vers un service spécialisé

V.2. Santé Néonatale et Pédiatrique

V.2.1. Soins Essentiels du Nouveau-né

Normes

Définition

C'est l'ensemble des interventions réalisées avant la conception, durant la grossesse et immédiatement après la naissance, ainsi que durant la période postnatale (28 premiers jours de vie) visant à améliorer la santé et la survie des nouveaux-nés. La prise en charge des problèmes du nouveau-né exige un continuum des soins de la structure de santé au domicile.

But

Le but des soins essentiels du nouveau-né est de sauver les nouveau-nés immédiatement après la naissance et dans les 28 premiers jours de vie, en recourant à des interventions qui ne nécessitent qu'une technologie simple.

Objectifs

- ✓ S'assurer que le nouveau-né est bien portant (à savoir un bon score d'APGAR et qu'il maintient une température normale, qu'il s'alimente bien, et gagne normalement du poids) ;
- ✓ Détecter et prendre en charge les signes généraux de danger et les malformations congénitales ;
- ✓ Conseiller la mère et la famille sur les soins à apporter au nouveau-né ;
- ✓ Planifier et réaliser les soins continus.

Types de prestation

- ✓ Information, Education, Communication pour le changement de comportement;
- ✓ Faire un contact peau à peau et promouvoir les soins maternels kangourou;
- ✓ Examen systématique du nouveau-né;
- ✓ Prévention des pathologies néonatales y compris la vaccination et la Supplémentation en micronutriments;
- ✓ Mise au sein précoce et conseils pour l'alimentation du nouveau-né;
- ✓ Suivi de la croissance du nouveau - né;
- ✓ Dépistage précoce des infections y compris le VIH et leurs prises en charge.

Lieux de prestation

- ✓ Communauté;
- ✓ FOSA publiques, privées, associatives et confessionnelles. .

Prestataires

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers. Kinésithérapeute, Psychologues cliniciens, Sage femmes, Anesthésistes;
- ✓ Médecins Généralistes, Pédiatres, gynécologues.

Moment/ Périodicité

- ✓ Avant la conception, pendant la grossesse, l'accouchement et à chaque visite post natale jusqu' au 28^{ème} jour de vie.

Bénéficiaires

- ✓ Tout nouveau-né en institution ou dans la communauté,
- ✓ Toute femme en âge de procréer;

- ✓ Toute femme enceinte;
- ✓ Toute femme en post-partum.

Intégration

Les Soins Essentiels du Nouveau-né sont intégrés aux activités de Santé Maternelle (Consultation pré conceptionnelle, CPN, Accouchement, CPoN), Planification familiale, Vaccination, Nutrition, activités de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA et des VBG et les services de PCIME.

Tableau 17. Procédure en Santé Néonatale et Pédiatrique par niveau de soins et par type d'intervenants

Communauté (ASC, TPS, infirmiers)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District/Cliniques privée ou associative (Infirmiers, Sages -femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional/ National Clinique privée spécialisée (Infirmiers, Sages- femmes, Pédiatres)
Soins essentiels du Nouveau-né			
-Organiser les séances de sensibilisation sur : l'utilisation des services de santé, l'accouchement et les soins au nouveau-né ; - Orienter les mères vers les FOSA, - Rechercher les signes de danger chez le nouveau-né ; - Organiser la référence des NN vers les structures de santé ;	- Respecter les précautions de PCI - Sécher le nouveau-né avec un linge propre et sec et le placer sur l'abdomen de sa mère pour le contact peau à peau ; - Aspirer doucement au pingouin ou à la poire les sécrétions au niveau du nez et de la bouche si nécessaire; - Aider au démarrage précoce de l'allaitement ; -Examen complet du nouveau-né ; - Faire les soins du cordon avec un antiseptique (Chlorhexidine à 7% comme recommandé par l'OMS) ; - Instiller un collyre antibiotique dans les yeux du nouveau-né. ; - Injecter la vitamine K1 ; - Peser et mesurer le nouveau – né - Promouvoir la méthode kangourou ; - Mettre le nouveau-né sous ARV si la mère est séropositive selon le protocole national en vigueur ; - Faire l'enregistrement de la naissance dans les outils de gestion ; - Compléter la partie certificat de	-Mêmes procédures que le niveau CDS ; -Effectuer la prise en charge des cas référés ; - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.	-Même procédure que le niveau le HD - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.

Communauté (ASC, TPS, infirmiers)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District/Cliniques privée ou associative (Infirmiers, Sages -femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional/ National Clinique privée spécialisée (Infirmiers, Sages- femmes, Pédiatres)
	naissance du carnet santé mère enfant ; - Référer immédiatement si nécessaire ; - Reporter toutes les informations et actes dans le carnet de santé mère-enfant		
Soins essentiels du nouveau-né en post natal immédiat et durant les 28 premiers jours			
Organiser les séances de sensibilisation sur l'utilisation des services de santé, pour l'accouchement, pour les soins du nouveau-né et sur les signes de danger; - Orienter les mères vers les structures sanitaires ; - Rechercher les signes généraux de danger chez le nouveau-né - Organiser la référence des nouveau-nés vers les structures de santé si besoin	Respecter les précautions de PCI avant de toucher le nouveau-né et aussi après l'avoir nettoyé ○ Evaluer toutes les 15 minutes : - la respiration - la couleur de la peau - le moignon du cordon - la température - les mouvements et les réflexes ○ Ne pas baigner le nouveau-né (sauf après 24h et si l'état est bon) ○ Conseiller à la mère l'AME, la propreté du cordon, l'hygiène de la mère, les vaccins recommandés, l'utilisation de MIILDA, la PF PP immédiate et CPoN ○ Vacciner le nouveau-né ○ Fournir la MIILDA ○ Référer vers HD/Transférer immédiatement si nécessaire ○ Reporter les informations et actes dans	-Même procédure que le niveau CDS - Effectuer la prise en charge des cas référés	- Même procédure que le niveau HD -Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire

Communauté (ASC, TPS, infirmiers)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District/Cliniques privée ou associative (Infirmiers, Sages -femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional/ National Clinique privée spécialisée (Infirmiers, Sages- femmes, Pédiatres)
	le carnet de santé		

V.2.2. Soins du Nouveau-né malade

Normes

Définition

C'est l'ensemble des gestes et actes fournis au nouveau-né malade pour augmenter sa chance de survie.

But

Améliorer la survie du nouveau-né.

Objectifs

- ✓ Assurer la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance et des prématurés ;
- ✓ Assurer la prise en charge des nouveaux nés présentant une asphyxie, un ictère, une infection bactérienne locale ou générale, banale ou grave ;
- ✓ Assurer la sensibilisation des familles et des communautés sur les pratiques familiales essentielles en faveur de la santé du nouveau-né.

Prestataires

ASC, TPS, Infirmiers Psychologues cliniciens, kinésithérapeutes, anesthésistes, Sages - Femmes, Médecins généralistes, Médecins Pédiatres.

Types de prestation

- ✓ Evaluer le risque infectieux en période néonatale
- ✓ Prise en charge de/du :
 - l'infection bactérienne locale et grave,
 - nouveau-né de faible poids de naissance,
 - la conjonctivite du nouveau-né,
 - l'ictère du nouveau-né,
 - la convulsion,
 - la détresse respiratoire chez le nouveau-né,
 - Autres pathologies.

Lieux de prestation

- ✓ Communauté
- ✓ FOSA publiques, privées, associatives et confessionnelles

Moment/ Périodicité

A la naissance et durant les 28 premiers jours de vie.

Bénéficiaires

Tout nouveau-né malade et/ou à risque d'avoir une infection

Intégration

Les soins du nouveau-né malade sont intégrés aux services de PCIME, PFPP, CPN, accouchement, consultations post natales, vaccination, nutrition, prévention, dépistage et prise en charge des VBG, circoncision masculine, dépistage et prise en charge IST/VIH.

Tableau 18. Procédure de prise en charge du Nouveau-né Malade par niveau et par type d'intervenants

Communauté (ASC, TPS, infirmier du CDS)	Centre de Santé (Infirmiers, Sage-Femme)	Hôpital de District, Cliniques privées ou Associatives (Infirmiers, Sages -Femmes , Médecins généralistes)	Hôpital Régional/National, Cliniques privées ou associatives (Infirmiers, Médecins spécialistes, psychologues cliniciens,)
Evaluer le risque infectieux chez le nouveau-né			
○ Rechercher les signes d'infection maternelle : -Infection urinaire ou vaginale connue, surveillée ou traitée -Liquide amniotique teinté et/ou fétide -Rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures -Fièvre maternelle - Pertes vaginales ○ Référer	○ Rechercher les signes d'infections maternelles : -Infection urinaire ou vaginale connue surveillée ou traitée -Liquide amniotique jaunâtre et/ou fétide -Rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures -Fièvre maternelle -Pertes vaginales ○ Traiter (cf. protocole) ○ Référer si nécessaire	-Même procédure que le niveau CDS - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés	-Même procédure que le niveau le HD - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.
Prise en charge de l'Infection bactérienne locale			
-Respecter la PCI - Rechercher une Infection bactérienne locale - Référer	-Respecter la PCI -Rechercher une Infection bactérienne locale -Traiter (cf. protocole) -Référer si nécessaire	-Même procédure que le niveau CDS - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés	-Même procédure que le niveau le HD
Prise en charge de l'infection bactérienne sévère			
Evaluer : - Enfant petit ou très petit - chercher les signes de gravités	Rechercher les signes de gravité -Traiter selon les protocoles en vigueur	-Même procédure que le niveau CDS - Effectuer la prise en charge des cas référés selon le protocole en vigueur	-Même procédure que le niveau de l' HD - Effectuer la prise en charge des cas référés

- Conseiller la mère garder le NN au chaud pendant la référence pour Soins Maternels Kangourou (SMK) - Alimenter toutes les deux ou trois heures (éviter l'hypoglycémie) -Référer d'urgence le nouveau-né en le gardant au chaud pendant la référence (SMK).	-Soins maternels, SMK - Référer immédiatement	au niveau de l'Hôpital	- Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.
Prise en charge de la conjonctivite du nouveau-né			
- Respecter la PCI - Rechercher les signes conjonctivite (Paupières rouges purulentes, gonflées, écoulement visible) - Référer	- Rechercher : - écoulement au niveau des yeux au cours des deux premières semaines de vie -paupières rouges purulentes, gonflées -Traiter le nouveau-né, la mère et son partenaire	-Même procédure que le niveau CDS -Effectuer la prise en charge des cas référés	-Même procédure que le niveau le HD - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.
Prise en charge de l'ictère néonatal			
- Rechercher la Coloration jaune de la peau et des muqueuses -Conseiller la mère -Encourager l'allaitement pour prévenir l'hypoglycémie -Référer d'urgence -garder le bébé au chaud pendant la référence (Soins M Kangourou)	- Même procédure que le niveau communautaire -Effectuer la prise en charge des cas référés - Référer si nécessaire	-Rechercher la Coloration jaune de la peau et des muqueuses - Traiter l'ictère pathologique selon protocole - Prélèvement sanguin pour analyse - photothérapie - Prise en charge étiologique - Conseiller la mère : garder le bébé au chaud (soins Kangourou), encourager l'allaitement - Référer si complications	-Même procédure que le niveau de l' HD - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.
Prise en charge des convulsions néonatales			
○ Rechercher : -Mouvements anormaux avec ou sans fièvre - Regard fixe;	○ Rechercher : - Mouvements anormaux avec ou sans fièvre	○ Rechercher : -Mouvements anormaux avec ou sans fièvre - Regard fixe	-Même procédure que le niveau de l' HD - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre

○ Conseiller la mère puis ; Référer	- Regard fixe - Convulsions, ○ Traiter (cf. protocole) ; Référer	- Convulsions ○ Administrer un anticonvulsivant ○ Rechercher l'étiologie ○ Traiter (cf. protocole) Référer si nécessaire	service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.
Prise en charge de la détresse respiratoire néonatale			
-Rechercher un NN qui ne respire pas ou respire mal à la naissance Référer	-Même procédures que le niveau communautaire - Dégager les voies respiratoires -Ventiler au ballon avec masque (cf. protocole) - Traitement pré transfert et référer en urgence	Identifier un NN qui ne respire pas ou respire mal à la naissance - Dégager les voies respiratoires -Réaliser une ventilation au masque - Oxygénothérapie - Traitement approprié - Référer si nécessaire	-Même procédure que le niveau le HD - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications

V.2.3. Surveillance de la Croissance de l'Enfant de 0 à 5 ans

Normes

Définition

La surveillance de l'enfant de 0 à 5 ans est l'ensemble des moyens et des techniques que l'on utilise pour assurer le suivi de la croissance staturo-pondérale, du développement intégré du jeune enfant, les conseils nutritionnels, la vaccination et la supplémentation en Vitamine A et aux autres micro nutriments ainsi que le déparasitage.

But

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

Objectifs

- Dépister précocement les pathologies,
- Suivre le calendrier vaccinal de l'enfant,
- Suivre la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant,
- Conseiller les parents sur l'AM et l'alimentation de complément des enfants de 0 à 5ans.

Prestataires

ASC, TPS, Infirmiers, kinésithérapeutes, anesthésistes, psychologues cliniciens, Médecins généralistes, Sages -Femmes, Pédiatres et autres intervenants.

Autres intervenants

Types de prestation

- ✓ Examen systématique du nouveau-né et de l'enfant ;
- ✓ Mise au sein précoce, Conseils sur l'allaitement et l'alimentation de complément ;
- ✓ Dépistage précoce des infections y compris le VIH ;
- ✓ Suivi de la croissance (poids/ taille/PC/PB), dépistage de la malnutrition ;
- ✓ Suivi du développement psychomoteur ;
- ✓ Suivi du calendrier vaccinal de l'enfant ;
- ✓ Supplémentation en vitamine A et en micronutriments ;
- ✓ Déparasitage.

Lieux de prestation

Communauté, Centres de Santé, Hôpital, Cercles préscolaires.

Moment/ Périodicité

De la naissance jusqu'à 5 ans :

A la naissance

- Au moment des CPoN (CPON avant la sortie, CPON dans les 15 jours, CPON entre 15 et 42 jours après l'accouchement),
- Au moment des séances de vaccination,
- Lors des visites de suivi de la croissance,

- Lors des consultations pour tout enfant malade,
- Lors des visites a domicile par les ASC,
- Pendant la période préscolaire,
- Séance d'IEC.

Bénéficiaires

Nouveau-nés et Enfants de moins de cinq ans

Intégration

La surveillance des enfants de 0 à 5ans est intégrée aux services : de CPN lors des séances d'IEC, de l'accouchement, de consultations post-natales, de vaccination, de nutrition, de prévention, de dépistage et de prise en charge des VBG, de dépistage et de prise en charge IST/VIH.

Tableau 19. Procédure de la surveillance de la croissance de l'enfant de 0 à 5 ans par niveau et par type d'intervenants

Communauté/ pré scolaire (ASC, TPS , Infirmier)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District (Infirmiers Médecins Généraliste, Sage -Femme)	HR/HN (Infirmiers, Sages - Femmes, Médecins Spécialistes, Pédiatres)
○ Conseiller la mère sur : -La PCI et sa propre santé -L'allaitement /alimentation du NN et de l'enfant - La vaccination -Le suivi de l'enfant ○ Assurer la mobilisation sociale pour la vaccination ○ Vérifier l'état vaccinal des enfants ○ Suivre la croissance des enfants ○ Suivre le développement psychomoteur de l'enfant ○ Rechercher Les signes généraux de danger et/ou de gravité ○ Dépister les cas de malnutrition (PB) ○ Faire des démonstrations culinaires ○ Faire la promotion de la sante de l'Enfant ○ Référer si nécessaire	○ Conseiller la mère sur : - La PCI et sa propre santé - L'allaitement /alimentation du NN et de l'enfant sur sa propre santé ○ Vérifier et suivre l'état vaccinal ○ Assurer la vaccination, la supplémentation en vitamine A, en micronutriment et le déparasitage ○ Suivre la croissance de l'enfant : - dépister les cas de malnutrition (PB, PC, pesée) ○ Suivre le développement psychomoteur de l'enfant ○ Rechercher les signes de danger et/ou de gravité ○ Faire le dépistage de la malnutrition et autres pathologies ○ Traiter (cf. protocole) ○ Faire la promotion de la santé de l'enfant ○ Faire des démonstrations culinaires Référer si nécessaire et selon les protocoles en vigueur	-Même procédure que le niveau le CDS -Effectuer la prise en charge des cas référés -Référer vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.	- Même procédure que le niveau le HD - Effectuer la prise en charge des cas référés - Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.

V.2.4. Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

Normes

Définition

Les soins préventifs, curatifs et promotionnels des enfants de 0 à 5 ans concernent essentiellement :

- ✓ Les soins au nouveau-né malade âgé de 0 à 2 mois
- ✓ Les soins de l'enfant de 2 mois à 59 mois
- ✓ Prise en charge de la malnutrition.

But

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé et les communautés en créant un environnement favorable à la survie et au développement de l'enfant.

Objectifs

- ✓ Assurer la prise en charge de la fièvre/paludisme, la diarrhée, la toux/difficultés respiratoires, les infections de l'oreille, anémie/drépanocytose, VIH/Tuberculose, le dépistage et la prise en charge intégrée de la malnutrition,
- ✓ Assurer la prise en charge du nouveau-né
- ✓ Donner des conseils nécessaires pour la prévention des maladies chez les enfants,

Types de prestation

La PCIME comporte deux composantes : une Clinique et une autre communautaire. Elle dispense des soins promotionnels, préventifs et curatifs :

- ✓ Prise en charge du nourrisson âgé de 0 à deux mois,
- ✓ Prise en charge de la fièvre/paludisme,
- ✓ Prise en charge de la diarrhée,
- ✓ Prise en charge des infections de l'oreille,
- ✓ Prise en charge de l'anémie/drépanocytose,
- ✓ Prise en charge du VIH/tuberculose,
- ✓ Prise en charge de la toux/ difficultés respiratoires,
- ✓ Prise en charge de la malnutrition,
- ✓ Promotion des pratiques familiales clés.

Prestataires formés

- ✓ ASC, TPS, Infirmiers, Médecins Généralistes, Sages-femmes, Pédiatres, kinésithérapeute, psychologue et anesthésistes, nutritionnistes.

Lieux de prestation

Communauté, CDS, HD, HR/HN, Cliniques spécialisées

Moment/ Périodicité

A chaque épisode de maladie chez tout enfant de 0 à 5 ans

Bénéficiaires

Enfants malades de 0 à cinq ans.

Intégration

La PCIME est intégrée aux services : de CPN lors des séances d'IEC, de l'accouchement, de consultations post-natales, de vaccination, de nutrition, de prévention, de dépistage et de prise en charge des VBG, de dépistage/ prise en charge des IST/VIH et de consultations curatives.

Tableau 20. Procédure de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par niveau et par types d'intervenants

Communauté (ASC, infirmiers, TPS)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District (infirmiers, Sages-femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional / National (infirmiers, Sages-femmes, Médecins Généralistes, Pédiatres)
Prise en Charge de la Fièvre d'antécédent d'un corps chaud au toucher			
○ Rechercher les signes généraux de danger ou les signes de gravité : - si présence de signes généraux de danger, faire le traitement pré transfert selon le protocole national et référer, ○ Si Absence de signes généraux de danger ou de gravité, laver l'enfant avec de l'eau à température ambiante ○ Rechercher le paludisme ○ Faire le TDR - Si TDR négatif référer - si TDR positif donner un traitement pré-transfert selon le protocole - conseiller la mère ○ Assurer le suivi : - Suivi des soins - Visite à domicile ○ Référer si nécessaire	○ Rechercher les signes généraux de danger ou les signes de gravité : - si présence de signes de gravité ○ Traitement pré transfert puis référer - Si Absence de signe de gravité : - laver l'enfant avec de l'eau à température ambiante ○ faire le TDR/ GE. - Si TDR/GE négatif rechercher autres causes et faire un traitement étiologique - si TDR positif traiter selon le protocole national -Suivi des soins ○ Rechercher les autres signes ○ Référer si nécessaire	○ Examiner l'enfant malade - Rechercher les signes de gravité -Demander des examens complémentaires ○ Prendre en charge selon le protocole ○ Faire le TDR /GE - Si TDR /GE positive, donner un antipaludique selon le protocole national ; - Si GE négative, rechercher d'autres étiologies - Si ponction lombaire positive donner un antibiotique approprié pour une méningite purulente. - Si septicémie, donner antibiotique approprié -Conseiller la mère ○ Suivi des soins (cf. protocole hospitalier) ○ Référer /transférer si nécessaire	- Même procédure que le niveau District. - TETU (Trier, Evaluer, Traiter en Urgence)
Prise en charge de la diarrhée			
○ Rechercher les signes généraux de danger et les signes de gravité liés à la diarrhée.	○ Rechercher les signes généraux de danger et les signes de gravité liés à la diarrhée	○ Examiner et rechercher les signes généraux de danger et de gravité en rapport	-Même procédure que le niveau District. - TETU (Trier, Evaluer, Traiter en Urgence)

Communauté (ASC, infirmiers, TPS)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District (infirmiers, Sages-femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional / National (infirmiers, Sages-femmes, Médecins Généralistes, Pédiatres)
- si présence de signes généraux de danger ou de gravité : Traitement pré transfert puis référer, - Si absence de signes généraux de danger ou de gravité -donner le SRO /Zinc. - conseiller la mère - suivi des soins - visite à domicile -Référer si nécessaire	- si présence de signes généraux de danger ou de gravité : Traitement pré transfert puis référer, - Si absence de signes généraux de danger ou de gravité - Donner le SRO /Zinc. - Faire un traitement étiologique selon le protocole - Conseiller la mère - Suivi des soins -Référer si nécessaire	- avec la diarrhée -Traiter la déshydratation -Donner du zinc -Demander - Des examens complémentaires si nécessaire - Faire un traitement étiologique selon le protocole - Conseiller la mère - Suivi des soins - Référer/transférer si nécessaire	
Prise en Charge de la Toux ou difficultés Respiratoires			
Rechercher les signes généraux de danger et les signes de gravité liés à la toux et aux difficultés respiratoires -si présence de signe de danger ou de gravité : Traitement pré transfert et référer immédiatement, - Si absence de signes généraux de danger ou de gravité : Traiter la toux ; - si toux de 2 semaines ou plus, référer immédiatement au CDS - conseiller la mère - Suivi des soins (cf. manuel de l'ASC)	- Examiner et Rechercher les signes généraux de danger et les signes de gravité liés à la toux et aux difficultés respiratoires - si présence de signes généraux de danger ou de gravité : Traitement pré transfert selon le protocole et référer, - Si absence de signes généraux de danger ou de gravité : Traiter la Pneumonie selon le protocole national, - Si toux de 2 semaines ou plus,	Examiner et rechercher les signes généraux de danger et de gravité liés à la toux ou aux difficultés respiratoires -demander les examens complémentaires si nécessaire - traiter la pneumonie grave (antibiothérapie, oxygénothérapie si nécessaire) - conseiller la mère - suivi des soins (cf. protocole hospitalier) - référer/transférer si nécessaire	-Même procédure que le niveau District. -TETU (Trier, Evaluer, Traiter en Urgence)

Communauté (ASC, infirmiers, TPS)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District (infirmiers, Sages- femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional / National (infirmiers, Sages -femmes, Médecins Généralistes, Pédiatres)
-Référer si nécessaire	appliquer le protocole national Conseiller la mère - suivi des soins -référer si nécessaire		
Prise en charge de l'anémie			
-Conseiller la mère sur l'alimentation de compléments a base d'aliment riche en Fer -Conseiller la mère sur la prévention du paludisme -Si Pâleur palmaire : Référer vers une FOSA	Rechercher la pâleur palmaire : Doser l'hémoglobine -Si anémie légère tester le paludisme ; si positif donner anti paludiques selon le protocole national -Si diagnostic de paludisme négatif : donner du fer et de l'Acide folique -Donner de l'Albendazole si l'enfant a 9 mois ou plus et s'il n'en a pas reçu au cours de 6 deniers mois Anémie sévère : référer à l'Hôpital de District	- Si anémie légère Même procédure que le CDS, -Si anémie sévère : test diagnostic du paludisme si positif antipaludiques injectables selon le protocole national ; si test négatif rechercher les autres cause d'anémie en particulier la drépanocytose et transfuser. Si pas de produits sanguins : Référer à l'HR/HN	Même procédure que le niveau Hôpital de District plus : -Si anémie sévère, fièvre et test diagnostic du paludisme négatif et antécédents de transfusion sanguine faire un test d'Emmel, transfusion sanguine et antibiothérapie selon le protocole en vigueur - Faire d'autres investigations appropriées selon la situation clinique
Prise en charge du VIH chez l'enfant			
-Conseiller et le couple sur la prévention du VIH -Encourager le dépistage du VIH avant et au cours de la grossesse pour les couples -Pour les couples VIH + les soutenir pour l'adhésion aux ARV ainsi que le	Même procédure que le niveau communautaire plus -prélèvement pour PCR selon le protocole -initier le traitement ARV -Assurer le suivi des enfants sous	Même procédure que le niveau CDS plus suivi biologique -Traitement ARV -Prise en charge psycho sociale et nutritionnelle	Même procédure que le niveau Hôpital de District -PCR pour le diagnostic du nourrisson expose de moins de 18 mois -Examens complémentaires dont la charge virale

Communauté (ASC, infirmiers, TPS)	Centre de Santé (Infirmiers, TPS)	Hôpital de District (infirmiers, Sages- femmes, Médecins Généralistes)	Hôpital Régional / National (infirmiers, Sages -femmes, Médecins Généralistes, Pédiatres)
dépistage des autres enfants de la famille -Suivi de la croissance des enfants infectes et exposes et conseils nutritionnels	ARV -Rechercher et traiter les infections opportunistes -Référer en cas de complications		
Prise en charge des problèmes de l'oreille			
Conseiller la mère sur les maladies de l'enfance en générale et sur celles de l'oreille en particulier -Si l'enfant a mal a l'oreille et présente un écoulement : Référer vers la FOSA	Si l'enfant a mal à l'oreille et à un écoulement de pus de moins de 14 jours : Traitement antibiotique et antalgique selon le protocole en vigueur et méchage de l'oreille. Si écoulement de pus de plus de 15 jours ; méchage de l'oreille puis référer Si gonflement derrière l'oreille ; traitement pré transfert puis référer	Même procédure que le niveau CDS plus -Si gonflement derrière l'oreille : Traitement antalgique et antibiotique -Si signes de méningite : Référer	Même procédure que l'Hôpital de District plus -En cas de Méningite : Traitement antibiotique selon le protocole en vigueur -Si complications traitement antibiotiques selon le protocole en Vigueur plus prise en charge en ORL

VI. ELABORATION DES CHARTES ET DES MESURES DE QUALITE

Les mesures relatives aux ressources, aux processus et résultats sont essentiellement celles qui peuvent être utilisées pour évaluer de manière fiable la qualité des soins SRMNIA et permettre des comparaisons entre établissements sanitaires de même niveau ou une évolution au cours du temps au sein d'un même établissement de santé.

Les équipes des établissements de santé peuvent utiliser les mesures de qualité pour identifier les lacunes dans la qualité des soins et pour améliorer les prestations des soins et la perception des patients sur les soins offerts en fonction du standard et de la charte de qualité appropriée.

Les responsables des établissements de santé, les planificateurs, les gestionnaires et les prestataires vont utiliser ces mesures de qualité pour s'auto évaluer et assurer le suivi de la disponibilité des ressources, l'efficacité des processus, les domaines où des améliorations sont nécessaires et l'impact des interventions.

Les mesures doivent être adaptées à chaque contexte, mais les standards doivent être appliqués de manière cohérente pour garantir l'amélioration de la qualité.

Les mesures de qualité incluent un paquet d'indicateurs de qualité sur les intrants, les produits ainsi que les résultats.

Les mesures relatives aux intrants incluent les ressources matérielles, humaines, les politiques, les protocoles et les directives.

Les mesures relatives aux processus portent sur la couverture des pratiques essentielles et sont pour la plupart exprimées sous forme de proportions.

Les mesures relatives aux résultats ont trait aux résultats centrés sur la personne et à son environnement sanitaire.

VII. OPERATIONNALISATION DES STANDARDS ET NORMES DE SOINS

Pour atteindre la qualité des soins SRMNIA; les modalités de mise en œuvre des standards évoluent par étapes.

VII.1. Le cadre

Les standards et les mesures de qualité sont décrits dans le présent document technique de référence qui peut être intégré dans des documents stratégiques au niveau national. Ils font partie d'un ensemble d'outils normatifs destinés à favoriser l'amélioration de la qualité des soins SRMNIA.

VII.2. Diffusion et mise en œuvre

Afin d'améliorer l'accès aux standards et aux mesures de qualité et d'en accroître l'utilisation, des ateliers d'orientation et de renforcement des capacités seront organisés à l'endroit de toutes les parties prenantes du pays en collaboration avec les partenaires techniques et financiers.

Le ministère ayant la santé publique dans ses attributions, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers va mettre en place une plateforme d'apprentissage pour échanger sur les meilleures pratiques au sein du pays et entre pays.

Dans un premier temps, une équipe de formateurs nationaux sera constituée. Dans un deuxième temps, des renforcements de capacités seront organisés à tous les niveaux.

Pour réussir cette approche de l'amélioration continue de la qualité et assurer sa pérennité, d'autres stratégies supplémentaires seront mises en place. La figure suivante résume ladite approche.

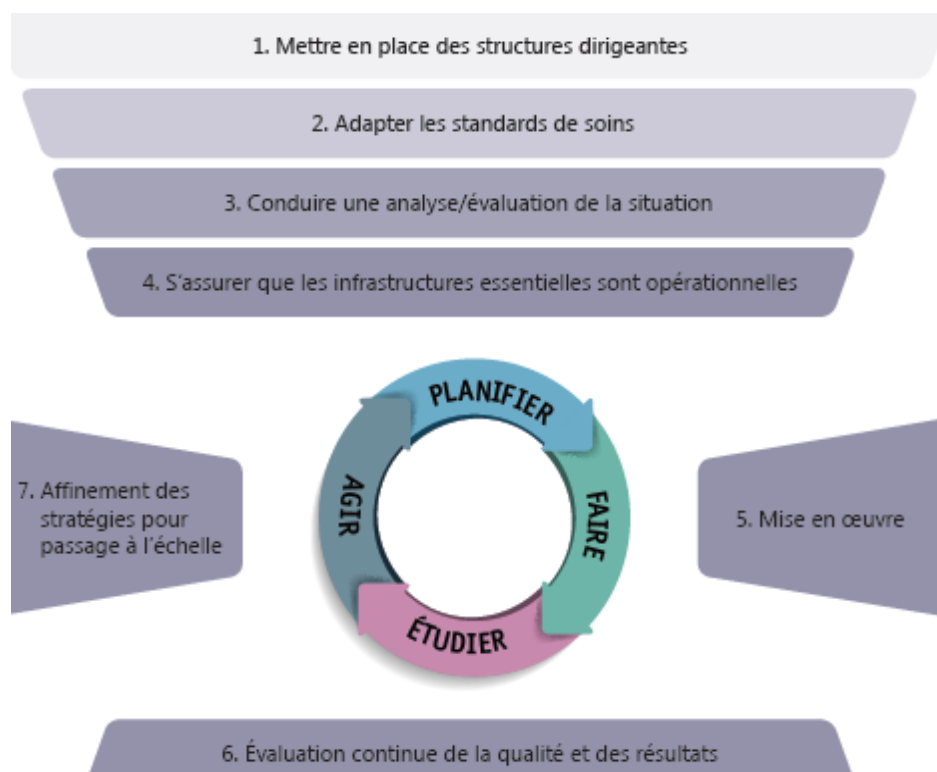


Figure 2 : Approche pour la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité des soins SRMNIA

VIII. SUIVI ET EVALUATION

L'évaluation de la qualité des soins de santé est un jugement de la qualité des soins à partir des résultats obtenus selon les indicateurs clés par niveau de soins.

L'opérationnalisation de ces standards s'accompagnera d'un plan de suivi et d'évaluation internes et externes. Les résultats du suivi et de l'évaluation internes suggèrent de nouvelles orientations pour l'amélioration continue de la qualité des soins SRMNIA.

Le suivi et l'évaluation externes serviront à évaluer de façon rigoureuse la mise en œuvre de standards et normes SRMNIA suivant diverses méthodes, à partir de différentes sources et selon diverses structures d'étude afin de garantir l'efficacité, le processus et l'efficacité économique.

Les résultats du suivi et des évaluations internes et externes serviront à améliorer les orientations sur la mise en œuvre et la plateforme d'apprentissage. Des outils d'évaluation seront élaborés à partir de l'Outil intégré de l'OMS relatif à l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins maternel, néonatal et infantile.

Les meilleures pratiques rapportées sur la plateforme d'apprentissage, les évaluations de la mise en œuvre ainsi que les nouvelles connaissances et technologies appliquées à la santé seront rassemblées et utilisées pour revoir et actualiser les standards et les mesures de qualité, le cas échéant .

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Plan stratégique National SRMNIA 2019
2. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de Sante OMS 2017
3. Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023 du Burundi Tome 1. Sept 2019
4. Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023 du Burundi Tome 2 . Sept 2019
5. Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023 du Burundi tome 3. Sept 2019
6. Normes des Services de Santé de la Reproduction du Burundi. 2012
7. Evaluation de l'intégration de la SRMNIA et du VIH/SIDA au Burundi, Contexte EAC 2019
8. Directives Nationales sur l'utilisation des ARV dans la prévention et le traitement du VIA/SIDA du Burundi
9. Plan de Mise en œuvre des directives Nationales sur l'utilisation des ARV
10. Plan stratégique National VIH 2018-2022
11. Protocoles de prise en charge de la malnutrition aigüe au Burundi
12. Protocole de prise en charge des maladies de l'enfant au Burundi
13. Rapport de priorisation des ODD au Burundi 2016- 2030
14. Protocoles Sante de la Reproduction : Composantes communes 2012
15. Améliorer la qualité des soins aux Mères et aux Nouveau-nés dans les pays à faibles revenus et a revenus intermédiaires Déclaration Conjointe ICM ICN FIGO IPA 2017
16. Bilan du Programme National de Sante de la Reproduction du Burundi 2018
17. Enquête démographique et de Sante de 2016-2017
18. Recommandations de l'OMS pour que la grossesse soit une expérience positive OMS 2017
19. Recommandations de l'OMS sur les soins intra partum pour que l'accouchement soit une expérience positive OMS 2017
20. Normes et procédures en Sante de la Reproduction de la Guinée 2016
21. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in Health Facilities
22. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels néonataux dans les établissements de Santé.
23. Paquet de bonnes pratiques pour la mise en œuvre de la liste de contrôle pour un accouchement sécurisé USAID Mali 2017
24. Plan National de Sante du Burundi 2016-2025
25. Plan National de développement du Burundi 2018-2027
26. Vision du Burundi 2015

X. ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

	NOM ET PRENOM	INSTITUTION	FONCTION
1	Dr BIGAYI Théophile	PNSR	Conseiller
2	Dr BIGIRINDAVYI Dismas	DGSSLS	Conseiller
3	Dr BISHINGA Aristide	JICA	Expert SME
4	Dr BIZIMANA Jean Claude	MSPLS/Formation	Chef de Service
5	Dr DJUMO Clément	UNICEF	Health Specialist
6	Ir GAHUNGERE Olivier	PNSR	Chef de Service Suivi Evaluation
7	Mme GIRUKWISHAKA Bénigne	PRONIANUT	Service de Prévention
8	Mr HABONIMANA Daniel	PNSR	Cadre du service suivi évaluation
9	Mme HARUSHIMANA Julie	PNSR	Service des Prestations Cliniques
10	Dr HAVYARIMANA Bonite	CPLR	Médecin Directeur
11	Mr IVYIZIGIRO Eric	PNSR	DAAF
12	Mme KAE Furukawa	JICA	Coordinatrice SMI JICA -MSPLS
13	Dr KAKUNZE Fabrice	PMC-SNBDI	Coordinateur
14	Mme KARIYO Léonide	DPPS/PCIME	Conseillère
15	Dr MANIRAMBONA Samuel	PNLIPMCNT	PFN
16	Mr MBONIMPA Félix	PNSR	Chef de Service
17	Mme MBONINDAVYI Régine	ABUBEF	Cadre du Service
18	Mme MIBURO Joselyne	DPSHA	Chef de Service
19	Dr MUGISHA Sylvie Olga	PEV	Service de Suivi Evaluation
20	Dr NAHIMANA Elysée	HOP KIBIMBA	Médecin Directeur
21	Pr NDABASHINZE Pontien	CHUK	Médecin Directeur Général
22	Dr NDACAYISABA Ananie	PNSR	Médecin Directeur du Programme
23	Dr NDAYIRAGIJE Norbert	HOP BUTEZI	Service de Maternité
24	Mme NDAYIZIGA Rose Simone	PNLS/IST	Service de PTME
25	Dr NDAYONGEJE Pascal	DBCAI/MSPLS	Médecin Directeur
26	Dr NDEREYE JUMA	PNSR	Ancien Directeur du PNSR
27	Mr NIYONKURU Sadique	PNSR	Chef de service IEC
28	Mme NKANIRA Bernadette	PNSR	Prestations Cliniques
29	Dr NKENGURUTSE Nestor	UNICEF	Health Specialist
30	NSABIMANA Bernard	HOP GASHOHO	Médecin Directeur
31	Dr NSENGIYUNVA Jonas	PNILMINCNT	Chef de Service
32	Dr NTAKIRUTIMANA Dorothée	UNICEF	Spécialiste Santé
33	Mr NZOBONIMPA Jean Bosco	PNSR	IEC/SSRAJ
34	Mr RURIHAFI Jérôme	PNLIP	Prise en charge
35	Ir SOTA Pierre	UNFPA	Chargé du Suivi Evaluation

ANNEXE 2. FICHES TECHNIQUES

Fiches technique n° 1 : Prévention et prise en charge de la Pré éclampsie/Eclampsie

Introduction

En Afrique et en Asie, près d'un dixième des décès maternels sont associés à des troubles hypertensifs au cours de la grossesse. En Amérique latine, ce chiffre est porté à un quart. Parmi les troubles hypertensifs constituant des complications gravidiques, la Pré Eclampsie et l'éclampsie représentent des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales. Toutefois, la majorité des décès dus à ces complications sont évitables si les femmes qui en sont atteintes reçoivent en temps utile des soins efficaces, fondés sur des données factuelles.

Critères de diagnostic d'une Pré éclampsie/ Eclampsie

Pré éclampsie :

Apparition d'un nouvel épisode d'hypertension artérielle au cours de la grossesse, caractérisé par :

- Une hypertension artérielle persistante (pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg) et
- Une protéinurie importante (**>0,3 g/24 heures**, ou albuminurie fortement positif > ++)

Éclampsie : Convulsions généralisées, souvent ajoutées aux critères de diagnostic de la pré éclampsie.

Objectif principal :

Améliorer la qualité des soins et l'issue chez les femmes enceintes présentant l'un de ces deux dangereux troubles hypertensifs.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉÉCLAMPSIE ET DE L'ÉCLAMPSIE ⁷	
Pratiques recommandées	Implication pour la pratique
SOINS PRENATALS	
✓ Supplémentation en calcium pendant la grossesse dans les zones où les apports alimentaires en calcium sont faibles (<900 mg/jour).	Supplémenter en calcium toutes les femmes enceintes ayant un faible apport alimentaires en calcium et administrer une faible dose d'acide acétylsalicylique chez certains groupes de femmes enceintes en prévention de la pré éclampsie et de l'éclampsie. Bien qu'une supplémentation vitaminique puisse s'avérer utile pour d'autres affections, ne pas intégrer de supplémentation en vitamines C, D, ou E chez les femmes enceintes dans une stratégie de prévention de la pré éclampsie et de l'éclampsie. Administration d'antihypertenseurs, mais pas de diurétiques, chez les femmes enceintes présentant une hypertension artérielle sévère.
✓ Administration d'une faible dose d'acide acétylsalicylique (aspirine, 75 mg) en prévention de	
✓ la pré éclampsie chez les femmes à haut risque pour cette affection.	
✓ Traitement par antihypertenseurs chez les femmes	
✓ présentant une hypertension artérielle sévère.	

⁷ Pour plus d'informations, contactez reproductivehealth@who.int.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉÉCLAMPSIE ET DE L'ÉCLAMPSIE ⁷	
Pratiques recommandées	Implication pour la pratique
✓ Chez les femmes présentant une pré éclampsie sévère et un fœtus viable de moins de 37 semaines d'âge gestationnel, une attitude d'expectative peut être envisagée, sous réserve de l'absence d'hypertension artérielle non maîtrisée ou d'aggravation des dysfonctionnements organiques chez la mère, de l'absence de souffrance fœtale, et de pouvoir surveiller ces paramètres.	Ne pas recommander le repos ou la restriction des apports alimentaires en sel durant la grossesse en prévention de la pré-éclampsie et de ses complications. Chez une femme présentant une pré éclampsie sévère à moins de 37 semaines de grossesse, les cliniciens peuvent surveiller si : (1) la tension artérielle de la femme est maîtrisée ; (2) il n'y a pas de souffrance fœtale ; et (3) il n'y a aucun signe de dysfonctionnement organique maternel. Une surveillance continue s'avère nécessaire au cours de cette période d'attente d'expectative.
PENDANT LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT	
✓ Induction du travail chez les femmes présentant une pré éclampsie sévère à un âge gestationnel où le fœtus n'est pas viable ou a peu de chance d'atteindre la viabilité en l'espace d'une ou deux semaines.	Déclencher l'accouchement chez les femmes encore loin du terme qui présentent une pré éclampsie sévère, que le fœtus soit viable ou non. Le sulfate de magnésium est l'anticonvulsivant de choix pour traiter les femmes présentant une pré éclampsie sévère ou une éclampsie. Si possible, administrer un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium chez les femmes présentant une éclampsie ou une pré éclampsie sévère. Si cela n'est pas possible, ces femmes devraient recevoir une dose d'attaque de sulfate de magnésium et être immédiatement transférées vers un établissement de soins de niveau supérieur pour poursuivre le traitement.
✓ Déclenchement de l'accouchement chez les femmes à terme présentant une pré éclampsie sévère.	
✓ Administration de sulfate de magnésium, de ✓ préférence à d'autres anticonvulsivants, en prévention de l'éclampsie chez les femmes présentant une pré éclampsie sévère.	
✓ Administration de sulfate de magnésium, de préférence à d'autres anticonvulsivants, pour traiter les femmes présentant une éclampsie.	
✓ Administration d'un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium par voie intraveineuse ou intramusculaire pour la prévention et le traitement de l'éclampsie.	
✓ En cas d'impossibilité d'administrer un schéma thérapeutique complet de sulfate de magnésium chez les femmes présentant une pré éclampsie sévère ou une éclampsie, administration d'une dose d'attaque de sulfate de magnésium puis transfert immédiat dans un établissement de soins de niveau supérieur.	

PENDANT LES SOINS DU POST PARTUM	
✓ Poursuite pendant le post-partum du traitement antihypertenseur chez les femmes traitées par antihypertenseurs avant l'accouchement.	Traiter les femmes par antihypertenseurs pendant le post-partum si elles : (1) présentent une hypertension artérielle sévère pendant le post-partum ; ou (2) ont été traitées par antihypertenseurs durant la grossesse.
✓ Traitement par antihypertenseurs des femmes présentant une hypertension artérielle sévère pendant le post-partum.	

Actions à entreprendre

Le but ultime de ces recommandations est d'améliorer la qualité des soins et les résultats en matière de santé maternelle et néonatale en cas de pré éclampsie et d'éclampsie. Afin de diffuser et mettre en œuvre ces recommandations, et notamment de celles qui impliquent un changement de pratique, des actions doivent être entreprises à l'échelle nationale :

1. Réviser les directives ou les protocoles nationaux pour y intégrer les pratiques fondées sur les données factuelles.
2. Promouvoir les éléments essentiels permettant de favoriser la mise en œuvre.
3. Recourir à des processus participatifs pour changer le comportement des prestataires de soins vis-à-vis des pratiques fondées sur les données factuelles.
4. Surveiller et évaluer la mise en œuvre des recommandations.

Fiche technique no 2 : Prévention et Prise en charge de l'Hémorragie du Post Partum

Introduction

L'Hémorragie du Post Partum (HPP) touche environ 2 % des femmes qui accouchent : près de 30% de tous les décès maternels dans le monde lui sont imputables et elle constitue également la première cause de mortalité maternelle dans la plupart des pays à revenu faible. L'HPP contribue de manière significative à la morbidité maternelle sévère et à l'incapacité à long terme ainsi qu'à un certain nombre d'autres maladies graves généralement associées à une perte sanguine plus substantielle tel que le choc et les dysfonctionnements d'organes chez la mère.

Il est généralement admis que la prévention et le traitement de l'HPP peuvent permettre l'éviter la plupart des décès associés à cette affection. La prévention et le traitement de l'HPP représentent donc des étapes cruciales vers l'amélioration des soins de santé aux femmes pendant l'accouchement.

Critères de diagnostic de l'hémorragie du post partum

- Pertes sanguines > 500 ml (1000ml) issues des voies génitales maternelles survenant après l'accouchement, pouls filant, hypotension voire choc hypovolémique.
- HPP grave >1000 ml (voie basse), > 1500 ml (voie haute),
- HPP immédiate < 24 H et hémorragie du post partum tardive (> 24H).

Objectif principal :

Améliorer la qualité des soins et l'issue chez les femmes dans le post partum immédiat en cas d'hémorragie du post partum

RECOMMANDATIONS CLINIQUES POUR LA PRÉVENTION de l'HPP ⁸	
Pratiques recommandées	Implication pour la pratique
RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION DE L'HPP	
✓ L'utilisation d'utéro toniques en prévention de l'HPP durant la délivrance est recommandée pour tous les accouchements	La prévention et la prise en charge de l'HPP fondées sur des données factuelles requiert des médicaments relativement peu onéreux. Les femmes ne devraient pas être laissées seules pendant les premières heures qui suivent l'accouchement et l'expulsion du placenta. Dans les milieux où l'ocytocine est utilisée, il convient de bien veiller à respecter la chaîne du froid du médicament (à savoir les exigences de contrôle de la température de la chaîne d'approvisionnement). Les services de santé qui décident d'adopter le clampage tardif du cordon ombilical devraient également se doter de stratégies visant à diagnostiquer (et traiter si nécessaire) l'ictère néonatal. Le comité d'élaboration des recommandations recommande fortement d'utiliser l'administration prophylactique d'utéro toniques comme indicateur de procédure pour la surveillance et la prévention de l'HPP. Ces recommandations ont pour objectif principal de jeter les bases de la mise en œuvre de politiques et de programmes stratégiques d'interventions ayant fait leurs preuves en matière de réduction de la charge mondiale de l'HPP. Elles s'adressent en tout premier lieu aux professionnels de santé responsables de l'élaboration des politiques de santé et des protocoles locaux et nationaux. Sont également visés les obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes et les responsables des soins de santé en particulier ceux qui exercent dans les milieux défavorisés. Les recommandations sont fondées sur des données factuelles et traitent de questions liées à la prise en charge de l'HPP sélectionnées et classées par ordre de priorité par un groupe international et pluridisciplinaire composé d'agents de santé, de consommateurs,
✓ L'ocytocine (10 UI par voie IV/IM) est l'utéro tonique recommandé en prévention de l'HPP	
✓ Dans les milieux où il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée ni d'ocytocine, l'administration de Misoprostol (600 µg par voie orale) par les agents de santé communautaires et le personnel non médical est recommandée en prévention de l'HPP	
✓ Dans les milieux où des accoucheuses qualifiées sont disponibles, la traction contrôlée du cordon est recommandée dans les accouchements par voie basse si le prestataire de soins et la parturiente considèrent une légère réduction de la perte sanguine et de la durée de la délivrance comme importantes.	
✓ Le massage utérin prolongé n'est pas une intervention recommandée en prévention de l'HPP chez les femmes ayant reçu une prophylaxie par ocytocine	
✓ L'évaluation du tonus utérin par la palpation abdominale après l'accouchement en vue de l'identification précoce d'une atonie utérine est recommandée chez toutes les femmes.	
✓ En cas de césarienne, l'ocytocine (par voie IV ou IM) est l'utéro tonique recommandé en prévention de l'HPP.	
La traction contrôlée du cordon est la méthode d'extraction du placenta recommandée en cas de césarienne.	
L'ocytocine seule administrée par voie intraveineuse est l'utéro tonique	

⁸ WHO recommendations for preventing and treating HPP: evidence base (www.who.int/Reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en).

recommandé en traitement de l'HPP	d'usagers et d'autres parties prenantes. Cette publication définit les principes généraux de la prise en charge de l'HPP et vise à étayer l'élaboration de politiques et de protocoles relatifs à cette complication.
L'administration de cristalloïdes isotoniques par voie intraveineuse est recommandée de préférence aux colloïdes, pour la réanimation liquidienne initiale des femmes qui présentent une HPP.	
Si l'hémorragie se poursuit malgré l'administration d'utéro toniques et d'autres interventions conservatrices (telles que le massage utérin et le tamponnement par ballonnet), le recours à des interventions chirurgicales est recommandé.	
Si le placenta n'est pas expulsé spontanément, l'administration supplémentaire de 10 UI d'ocytocine par voie IV ou IM associée à la traction contrôlée du cordon est recommandée	
L'administration d'une dose unique d'antibiotiques (ampicilline ou céphalosporine de première génération) est recommandée en cas d'extraction manuelle du placenta.	
L'adoption par les centres de soins de protocoles officiels pour la prévention et le traitement de l'HPP est recommandée	
L'adoption par les centres de soins de protocoles officiels pour l'orientation des femmes vers un niveau de soins supérieur est recommandée.	

Le but ultime de ces recommandations est d'améliorer la qualité des soins et les résultats en matière de santé maternelle et néonatale en cas d'hémorragie du post-partum. Par conséquent, leur diffusion et leur mise en œuvre constituent des étapes essentielles qui relèvent de la responsabilité de la communauté internationale et des services de soins de santé au niveau local.

Actions à entreprendre

La réussite de l'introduction de politiques fondées sur des données factuelles relatives à la prévention et la prise en charge de l'HPP dans les programmes et les services de soins de santé nationaux passe par des processus d'adaptation et de mise en œuvre bien conçus,

participatifs et basés sur le consensus. Ces processus peuvent inclure l'élaboration de directives et de protocoles nationaux ou la révision des directives et protocoles existants sur la base de ce document.

Les recommandations formulées ici devraient être transposées dans des documents adaptés au contexte local capables de répondre aux besoins spécifiques de chaque pays et de chaque service de santé. Si des modifications sont nécessaires, elles devraient se limiter aux recommandations faibles. Tout changement devrait s'accompagner d'une justification explicite et transparente.

- ✓ Surveillance et évaluation de la mise en œuvre des recommandations
- ✓ Mise à jour des recommandations

Fiche technique n°3 : Prise en charge de l'infection néonatale sévère

Définition : Tout nouveau-né présentant des signes d'infection bactérienne grave à savoir : incapacité de téter (ou a cessé de se téter correctement), des convulsions, un rythme respiratoire accéléré (≥ 60 cycles/min), un tirage sous-costal sévère, de la fièvre (≥ 38 °C) ou une température corporelle basse (< 35 °C), un état de léthargie ou il ne bouge que lorsqu'il est stimulé, voire pas du tout.

NB : Tout nouveau-né né de mère présentant des signes d'infection est considéré comme présentant une infection néonatale.

Justification :

Les nouveau-nés sont exposés à un risque élevé d'infection du fait de l'immatunité de leur système immunitaire. Les infections chez les nouveau-nés peuvent être mortelles ou entraîner des incapacités à long terme chez ceux qui survivent. Une bonne hygiène des mains, des soins du cordon ainsi que d'autres précautions appropriées sont des éléments primordiaux de la prévention des infections néonatales. Aussi, le dépistage précoce du sepsis néonatal en fonction des symptômes et/ou de la présence des facteurs de risque et un traitement approprié par antibiotiques sont essentiels pour prévenir l'infection généralisée ainsi que réduire la morbi-mortalité qui lui sont associées.

Cible : Nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours.

Objectif global :

Réduire la morbi-mortalité néonatale et les handicaps liés aux infections néonatales

Objectifs spécifiques :

- Assurer une prise en charge précoce et adéquate des infections néonatales ;
- Prévenir les infections et les handicaps néonataux.

Norme: Les nouveau-nés présentant une suspicion d'infection ou pour lesquels il existe des facteurs de risque d'infection bénéficient rapidement d'un traitement antibiotique, conformément aux lignes directrices nationales.

Caractéristiques de structure/ressources

L'hôpital de district dispose de :

- Une infrastructure, équipements y compris une source d'oxygène;

- antibiotiques injectables (de première et deuxième intention contre la septicémie néonatale et la méningite au moins) en quantité suffisante à tout moment pour le nombre de cas attendus ;
- directives et protocoles cliniques actualisés de prise en charge de l'infection néonatale dans les unités de néonatalogie et de la maternité ;
- personnel qualifié et formé sur la prise en charge des infections néonatales ;
- une infrastructure, des équipements et des outils de la gestion de l'information de la sanitaire.

Caractéristiques de processus

Le prestataire doit:

- effectuer une démarche diagnostique précoce chez le nouveau-né infecté en conformité avec les directives et protocoles en vigueur ;
- instaurer un traitement de l'infection néonatale adéquat et dans les délais selon le protocole national en vigueur ;
- assurer un suivi néonatal selon le protocole national en vigueur ;
- enregistrer les actes offerts au nouveau- ne dans les outils de gestion des données ;
- réaliser systématiquement les audits des cas de décès néo-natals survenus à l'hôpital.
- outils de gestion des données (registres standards, dossiers médicaux, fiches de surveillance,).

Caractéristiques de résultats

- La prise en charge précoce et adéquate des infections néonatales est assurée en conformité avec les protocoles en vigueur ;
- Les infections et les handicaps néonatales sont prévenus ;
- Des visites de suivi sont régulièrement réalisées pour tout nouveau-né traité pour une infection néonatale ;
- Les outils de gestion et de suivi des cas d'infection néonatales sont correctement et régulièrement remplis ;
- Tous les cas de décès néo-natals survenus à l'hôpital sont audités.

Fiche technique n° 4: Prise en charge de l'asphyxie périnatale

Définition:

Tout nouveau-né présentant des difficultés d'adaptation à la vie extra utérine caractérisées par:

- Absence de respiration spontanée ou une tachypnée ;
- Absence de cri ;
- Une détresse respiratoire ;
- Un arrêt cardiaque ou une bradycardie ;
- Un manque de tonus musculaire ;
- Une cyanose persistante et/ou une hypotension artérielle.

Justification :

L'asphyxie néonatale est l'une des causes majeures de décès au cours de la première semaine de la vie et est aussi responsable de troubles neurologiques et de handicap à long terme. Il est possible de la prévenir moyennant une réanimation appropriée et efficace des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance.

Cible :

Tout nouveau-né présentant une asphyxie néonatale.

Objectifs :

Objectif global :

Réduire la mortalité néonatale et les séquelles liées à l'asphyxie et à l'anoxie périnatale

Objectifs spécifiques :

- Prévenir les séquelles liées à l'anoxie du nouveau-né ;
- Assurer une prise en charge précoce et adéquate de l'asphyxie périnatale pour améliorer la survie du nouveau-né.

Norme : Les nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément sont réanimés au moyen d'une ventilation par ballon et masque, dans un délai d'une minute (minute d'or) après la naissance, conformément aux lignes directrices du MSPLS.

Caractéristiques de structure/ressources

L'Etablissement de sante doit disposer de:

- infrastructures suffisantes adaptées pour l'accouchement et l'accueil du nouveau-né un matériel et un équipement pour la réanimation du nouveau-né conformément aux normes en vigueur (appareil d'aspiration, au moins deux tailles de masque néonatal, un ballon auto remplisseur,...) ;
- médicaments essentiels et autres intrants en quantité suffisante pour la prise en charge des nouveau-nés en état de détresse vitale ;

- protocoles cliniques actualisés et affichés pour la prise en charge des nouveau-nés qui ne respirent pas spontanément, conformes aux lignes directrices du MSPLS ;
- personnel qualifié et formé sur la réanimation du nouveau-né ;
- outils de gestion des données (registres standards, dossiers médicaux, fiches de surveillance,).

Caractéristiques de processus:

- effectuer une démarche diagnostique précoce chez le nouveau-né avec asphyxie périnatale en conformité avec les directives et protocoles en vigueur ;
- réaliser une réanimation adéquate dans les délais (dans la minute qui suit la naissance) chez le nouveau-né qui ne respire pas spontanément selon le protocole national en vigueur ;
- assurer un suivi néonatal selon le protocole national en vigueur ;
- enregistrer les actes offerts au nouveau-né dans les outils de gestion des données ;
- Assurer la formation continue de tout le personnel travaillant à la maternité/Pédiatrie /urgence.

Caractéristiques de résultats

- La prévention des séquelles liées à l'anoxie du nouveau-né est assurée correctement
- Une prise en charge précoce et adéquate de l'asphyxie périnatale pour améliorer la survie du nouveau-né est assurée conformément aux protocoles en vigueur ;
- Les outils de gestion et de suivi sont correctement et régulièrement remplis.

Fiche technique n°5 : prise en charge de la prématurité

Définition :

Toute naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée, soit le 259^{ème} jour suivant le premier jour des dernières règles mais après 22 semaines d'aménorrhée.

Justification :

Les nouveau-nés prématurés sont exposés non seulement à un risque beaucoup plus élevé de décès au cours de la période néonatale mais aussi à des problèmes de santé à long terme ou d'incapacités permanentes.

Cible :

Tout nouveau-né prématuré (avant 37 semaines d'aménorrhée).

Objectifs :

Objectif global :

Réduire la mortalité néonatale et les séquelles liées à la prématurité

Objectifs spécifiques :

- Prévenir les séquelles liées à la prématurité ;
- Assurer une prise en charge précoce et adéquate du nouveau-né prématuré pour améliorer sa survie.

Norme :

Les nouveau-nés prématurés bénéficient de soins appropriés, conformément aux directives nationales.

Caractéristiques de structure/ressources

L'Etablissement de sante dispose de :

- infrastructures suffisantes adaptées pour l'accueil du nouveau-né prématuré
- un matériel et équipement pour l'accueil et l'élevage du nouveau-né conformément aux normes en vigueur (couveuses, matelas chauffants, bouillottes,...) ;
- médicaments essentiels et autres intrants en quantité suffisante pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés ;
- protocoles cliniques actualisés et affichés pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés, conformes aux lignes directrices du MSPLS ;
- personnel qualifié et formé sur la prise en charge du nouveau-né prématuré ;
- outils de gestion des données (registres standards, dossiers médicaux, fiches de surveillance).

Caractéristiques de processus

Le prestataire doit:

- effectuer une démarche diagnostique précoce chez le nouveau-né prématuré en conformité avec les directives et protocoles en vigueur ;
- réaliser une prise en charge adéquate chez le nouveau-né prématuré selon le protocole national en vigueur ;
- assurer un suivi néonatal selon le protocole national en vigueur ;
- enregistrer les actes offerts au patient/clients dans les outils de gestion des données ;
- Assurer la formation continue de tout le personnel travaillant à la maternité/Pédiatrie /urgence;

Caractéristiques de résultats

- La prévention des séquelles liées à la prématurité est assurée correctement
- Une prise en charge précoce et adéquate de la prématurité pour améliorer la survie du nouveau-né est assurée conformément aux protocoles en vigueur ;
- Les outils de gestion et de suivi sont correctement et régulièrement remplis.

ANNEXE 3 : LISTE DES INDICATEURS DE QUALITE DES SOINS PRIORISES

1. Parmi tous les nouveau-nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont bénéficié d'un examen clinique complet avant leur sortie de la maternité.
2. Parmi toutes les femmes en soins post-partum dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont adhéré aux méthodes de planification familiale avant leur sortie de la maternité.
3. Parmi toutes les femmes dans un centre de santé présentant une pré éclampsie ou une éclampsie, la proportion de celles qui ont reçu la dose de charge de sulfate de magnésium avant le transfert.
4. Parmi toutes les femmes dans un établissement de soins présentant une hypertension gravidique, la proportion de celles qui ont reçu les antihypertenseurs recommandés.
5. Parmi toutes les femmes dans hôpitaux présentant dans un hôpital une pré éclampsie ou une éclampsie, la proportion de celles qui ont reçu la dose complète de sulfate de magnésium.
6. Parmi toutes les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui en sont décédées.
7. Parmi toutes les femmes présentant une pré éclampsie ou une éclampsie dont le fœtus était vivant à leur arrivée dans l'établissement de santé, la proportion de celles dont le fœtus ou nouveau-né est décédé au cours de la période périnatale (morts naissances ou décès néonataux précoces).
8. Parmi toutes les femmes présentant une hémorragie du post-partum dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont reçu des utéro toniques.
9. Parmi toutes les femmes présentant une hémorragie du post-partum du fait d'une rétention placentaire dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles la délivrance artificielle a été effectuée par un personnel qualifié.
10. Parmi toutes les femmes présentant une hémorragie du post-partum dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui en sont décédées.
11. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une hémorragie du post-partum sévère (saignements anormaux > 1000 ml ou tout saignement avec hypotension ou nécessitant une transfusion sanguine).
12. Parmi toutes les femmes dans l'établissement de santé pour lesquelles le travail prolongé, la proportion de celles qui ont accouché par césarienne.
13. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles pour lesquelles l'accouchement a eu lieu par voie basse avec assistance instrumentale
14. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une rupture utérine au cours du travail.
15. Parmi tous les nouveau-nés nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui présentaient des traumatismes à la naissance (paralysie du plexus brachial, fractures, céphalématome).

16. Parmi tous les décès survenus au cours de la période périnatale dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont dus à un travail prolongé ou difficile (dystocie)
17. Parmi tous les nouveau-nés qui ne respiraient pas spontanément dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été réanimés par ballon et masque dans la minute qui a suivi la naissance.
18. Parmi tous les nouveau-nés nés vivants à terme (≥ 37 semaines) dans l'établissement de santé sans malformations congénitales majeures, la proportion de ceux qui sont décédés dans les sept jours qui ont suivi la naissance (mortalité néonatale précoce).
19. Parmi tous les nouveau-nés nés vivants à terme (≥ 37 semaines) dans l'établissement de santé qui ne respiraient pas spontanément, la proportion de ceux qui ont respiré cinq minutes après avoir été réanimés.
20. Parmi tous les nouveau-nés prématurés nés entre 28 et 34 semaines de gestation dans l'établissement de santé, la proportion de ceux dont les mères ont reçu au moins une dose de corticostéroïdes prénatals quand cela était indiqué.
21. Parmi toutes les femmes ayant présenté une rupture des membranes avant terme et avant le travail dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques à titre prophylactique.
22. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé exposés au risque de naissance prématurée entre 28 et < 34 semaines de gestation, la proportion de ceux ayant été exposés à des corticostéroïdes prénatals.
23. Parmi tous les nouveau-nés de faible poids nés dans l'établissement de santé et dont le poids à la naissance est ≤ 2000 g, la proportion de ceux qui ont reçu des soins quasi continus selon la méthode mère kangourou au cours de la première semaine de vie.
24. Parmi tous les nouveau-nés ayant un poids ≤ 2000 g dont l'état de santé est instable et qui ne peuvent pas bénéficier des soins selon la méthode mère kangourou dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui ont été pris en charge dans un environnement thermique neutre, soit sous des lampes chauffantes ou dans des couveuses, selon les besoins.
25. Parmi tous les nouveau-nés prématurés (28–31 semaines et 32–37 semaines d'âge gestationnel) nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont décédés au cours de la première semaine de vie.
26. Parmi tous les nouveau-nés prématurés nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui présentaient une morbidité néonatale grave (syndrome de détresse respiratoire).
27. Parmi tous les nouveau-nés de faible poids à la naissance nés dans l'établissement de santé, la proportion de ceux dont le décès dans l'établissement est attribué à une possible infection bactérienne grave ou à une septicémie.
28. Parmi toutes les femmes ayant subi une césarienne dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques à titre prophylactique avant la césarienne.
29. Parmi toutes les femmes ayant présenté lors de l'accouchement dans l'établissement de santé une rupture des membranes avant terme et avant le travail, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques.

30. Parmi toutes les femmes ayant accouché ou en soins post-partum dans l'établissement de santé qui présentaient des signes d'infection, la proportion de celles qui ont reçu des antibiotiques.
31. Parmi toutes les femmes ayant subi une césarienne dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont une infection systémique sévère ou une septicémie après la césarienne.
32. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une infection systémique sévère ou une septicémie dans la période du post-partum.
33. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé qui présentent des signes d'infection, la proportion de ceux qui ont reçu des antibiotiques injectables
34. Parmi tous les nouveau-nés de l'établissement de santé dont les mères présentent des signes d'infection, la proportion de ceux qui ont reçu des antibiotiques injectables
35. Parmi tous les nouveau-nés traités pour une infection néonatale sévère dans l'établissement de santé, la proportion de ceux qui sont décédés (taux de mortalité)
36. La proportion de nouveau-nés présumés atteints d'une infection bactérienne sévère ayant reçu une antibiothérapie selon le protocole.
37. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une infection systémique ou une septicémie sévère au cours de la période postnatale, y compris lors d'une réadmission dans l'établissement après l'accouchement.
38. Parmi toutes les femmes ayant accouché dans l'établissement de santé, la proportion de celles qui ont présenté une infection nosocomiale avérée.
39. Proportion de mères et de nouveau-nés présents dans l'établissement de santé qui possèdent un dossier médical et carnet santé mère enfant complet et bien rempli. disponible
40. Proportion des décès maternels et des échappées belles survenant dans l'établissement de santé ayant été revus.
41. Proportion des décès périnatals survenant dans l'établissement de santé ayant été revus.
42. Proportion des décès maternels survenant dans l'aire de responsabilité d'un district ayant été revus.
43. Proportion des décès périnatals survenant dans l'aire de responsabilité d'un district ayant été revus.
44. Proportion de femmes enceintes ou venant d'accoucher qui n'ont pas pu être prises en charge dans l'établissement de santé et qui ont été transférées dans un établissement de plus haut niveau pour y accoucher ou y être prises en charge sans délai, accompagnées d'un professionnel de la santé, après rédaction d'une note expliquant les raisons du transfert.
45. Proportion de nouveau-nés malades, prématurés ou de faible poids de naissance qui n'ont pas pu être pris en charge dans l'établissement de santé et qui ont été transférés dans une structure de soins de niveau adapté dans l'heure suivant la prise d'une décision,

accompagnés d'un professionnel de la santé, après rédaction d'une note expliquant les raisons du transfert.

46. Proportion de nouveau-nés décédés avant ou pendant leur transfert vers un établissement de niveau supérieur pour la poursuite de leur prise en charge.
47. Proportion de femmes enceintes ou venant d'accoucher décédées avant ou pendant leur transfert vers un établissement de niveau supérieur pour la poursuite de leur prise en charge.
48. Proportion de femmes enceintes ou venant d'accoucher et de nouveau-nés ayant été référées sans transport d'urgence adapté.
49. Proportion de femmes et de nouveau-nés envoyés à l'établissement de référence qui y ont reçu des soins en temps utile.
50. Proportion de femmes pour qui un partogramme a été réalisé pendant la phase de travail et l'accouchement.
51. Proportion d'actes chirurgicaux et de transfusion pratiqués dans l'établissement de santé pour lesquels un consentement écrit et enregistré est requis, signé par la patiente ou son époux ou un membre de sa famille en l'absence de son époux.
52. Proportion de femmes ayant accouché dans l'établissement de santé par césarienne et qui savaient pourquoi la césarienne était préconisée.
53. Proportion de prestataires qualifiés ayant bénéficié d'une formation continue en SRMNIA, d'une séance de remise à niveau ou d'un tutorat dans l'établissement au cours des 12 derniers mois.
54. Nombre supervisions formatives intégrées pour soutenir la compétence clinique et l'amélioration des performances (au cours des trois derniers mois).
55. Nombre trimestriel d'interactions avec des mentors professionnels pour garantir la compétence clinique et améliorer les performances.
56. Disponibilité de médicaments qui sauvent la vie des femme et nouveau-nés (ocytocine, sulfate de magnésium, Misoprostol, Hydralazine, Dexaméthasone, Vitamine K, Ampicilline injectable, Gentamicine, Céftriaxone, Métronidazole, Gluconate de calcium, Oxygène, G10%, G5%, Adrénaline, contraceptifs) au cours des trois derniers mois.
57. Proportion de césariennes nécessaires non pratiquées faute de fournitures ou de personnel qualifié ou pour autres raisons.
58. Proportion des adolescents et jeunes ayant fréquenté les CDS amis des jeunes qui ont reçu une sensibilisation sur la prévention des grossesses précoces.
59. Proportion des adolescents et jeunes ayant été pris en charge après consommation des produits psycho actifs dans les FOSA.