



**POLITIQUES ET NORMES
DE SERVICES DE SR**

POLITIQUES ET NORMES DE SERVICES DE SR

PREFACE

Le Sénégal, à l'instar des autres pays de la communauté internationale, vise à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) surtout, les OMD 4 & 5.

Pour ce faire, il est fondamental de standardiser la prise en charge des cibles pour améliorer la qualité et la disponibilité des services de Santé de la Reproduction.

Ces documents de politiques, normes et protocoles (PNP) en Santé de la Reproduction sont le fruit d'un travail d'équipe multidisciplinaire comprenant tous les acteurs évoluant dans le domaine. Il s'agit des prestataires de services SR, des décideurs, des universitaires et des partenaires au développement.

Au vu des avancées rapides de la science, les documents de politique normes et protocoles ne doivent pas être figés mais plutôt dynamique en tenant compte des nouvelles évidences.

Cela a été bien compris par les acteurs de la SR qui viennent pour la troisième fois de réviser les PNP en Santé de la Reproduction incluant les concepts et les besoins nouveaux des personnels.

Ainsi afin de permettre aux prestataires de faire face aux différentes situations rencontrées dans leur pratique quotidienne et aux exigences des utilisateurs des services SR de nouveaux sujets sont abordés avec la plus grande attention.

Que toutes les institutions et les personnes ressources du département, des ONG et des universitaires, qui de par leur contribution ont permis la réalisation de ces documents de référence, veuillent trouver l'expression de mes remerciements.

Le Ministre de la Santé de l'Hygiène publique et de la Prévention

MODOU DIAGNE Fada

LISTE DES ABREVIATIONS

AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ATCDS	Antécédents
ATB	Antibiotique / Antibiothérapie
ASP	Abdomen Sans Préparation
ASPF	Association Sénégalaise pour la Promotion de la Famille
ASC	Agent de Santé Communautaire
BCG	Vaccin BCG
BPS	Bonnes Pratiques de Sevrage
BW	Réaction de Bordet et Wassermann
CAT	Conduite à tenir
Cf	Confère
CGO	Clinique Gynécologique et Obstétricale
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CES	Certificat d'Études Spécialisées
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contre-indication
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
Cp	Comprimés
COPE	Client Oriented Provider Efficient
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Contraceptifs à Progestatifs Seuls
CR	Centre Régional
CS	Centre de Santé
CS 1	Centre de Santé de type 1 = Centre de Santé sans bloc Chirurgical fonctionnel
CS 2	Centre de Santé de type 2 = Centre de Santé avec bloc Chirurgical fonctionnel
CU	Contractions Utérines
DDR	Date des Dernières Règles
DHN	Désinfection à Haut niveau
DIU	Dispositif Intra-utérin
DMPA	Dépôt Médroxy Progestérone Acétate
DSW	Dextran
FT	Fiches Techniques
FR	Facteur de Risque
GG	Grossesse Gémellaire
GEU	Grossesse Extra Utérine
GSRH	Groupe Sanguin Rhésus
HB	Hémoglobine
HCG	Human Chorionic Gonadotrophine
HU	Hauteur Utérine
HTA	Hypertension artérielle
HR	Hôpital Régional
HRP	Hématome rétro-placentaire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information, Education, Communication
IM	Intramusculaire
ITG	Infection du Tractus Génital
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVD	Intra Veineuse Directe
JH PIEGO	John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health
KG	Kilogramme

LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
LNG	Levonorgestrel
LT	Ligature des Trompes
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MAO	Méthode d'Auto-Observation
MIP	Maladie Inflammatoire du Pelvis
MN	Mort-Né
N/A	Non Applicable
NET-EN	Norethindrone Enanthate
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARTO	Partogramme
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDC	Produit de Conception
PDE	Poche des Eaux
PFN	Planification Familiale Naturelle
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PL	Ponction lombaire
PF	Planification Familiale
PO	Par voie Orale
PP	Pilule Progestative /Placenta Pravia
PPS	Point de Prestation de Services
PS	Poste de Santé
PU	Prélèvement Urétral
PV	Prélèvement Vaginal
RAM	Rupture Artificielle des Membranes
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
RV	Rendez vous
RX	Radiographie
SAA	Soins Après Avortement
SAT	Sérum Antitétanique
SFE	Sage femme d'Etat
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
SIG	Système d'Information à des fins de Gestion
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNG	Sonde Naso-Gastrique
SNAN	Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
TA	Tension Artérielle
TC	Temps de coagulation
TV	Toucher Vaginal
TE	Test d'Emmel
TS	Temps de Saignement
TTT	Traitement
VS	Vitesse de sédimentation
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience Acquise
VME	Version par manœuvre externe
VMI	Version par manœuvre interne

TABLE DES MATIERES

PARTIE I : POLITIQUES DES SERVICES DE SR

I INTRODUCTION

- I.1 Définition
- I.2 Composantes
- I.3 Axes stratégiques
- I.4 Conditions de mise en œuvre

II ELEMENTS GENERAUX DE POLITIQUES

- II.1 Cible
- II.2 Accessibilité et décentralisation des services
- II.3 Qualité des services
- II.4 Système d'Information et de gestion
- II.5. Système de référence recours
- II.6 Recherche opérationnelle et formation
- II.7 Coordination

III ELEMENTS DE POLITIQUES SPECIFIQUES PAR COMPOSANTE

- III.1 Politiques pour la santé maternelle, périnatale et néonatale
- III.2 Politiques pour la santé de la reproduction des adolescents et jeunes
- III.3 Politiques pour les IST/VIH/Sida
- III.4 Politiques pour les Services à Base Communautaire de SR
- III.5 Politiques pour la prise en charge des Mutilations génitales féminines
- III.6 Politiques pour la prise en charge des affections génitales non infectieuses de l'homme et de la femme
- III.7 Politiques pour la qualité des services
- III.8 Politiques pour la Communication pour le changement de comportement

PARTIE II LES NORMES DE SERVICES DE SR

I DROITS DES CLIENTS EN SR

- I.1 Droit à l'information
- I.2 Droit à l'accès aux services
- I.3 Droit au choix
- I.4 Droit à la sécurité
- I.5 Droit à la l'intimité et à la confidentialité
- I.6 Droit à la dignité et au confort
- I.7 Droit à la continuité

II BESOINS DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SR

- II.1 Besoins en information, formation et développement individuel
- II.2 Besoins en gestion et supervision

III NORMES DE SERVICES PAR COMPOSANTES

- III.1 Normes pour la santé maternelle, péri et néonatale
- III.2 Normes pour la sante de la reproduction des adolescents et jeunes
- III.3 Normes pour les IST/VIH/Sida
- III.4 Normes pour les Services a Base Communautaire de SR
- III.5 Normes pour la prise en charge des Mutilations génitales féminines
- III.6 Normes pour la prise en charge des affections génitales non infectieuses de l'homme et de la femme
- III.7 Normes pour la qualité des services
- III.8 Normes pour la Communication pour le changement de comportement

POLITIQUES DES SERVICES DE SR

I. INTRODUCTION À LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

I.1. Définition

Le Sénégal a adopté le concept de Santé de la Reproduction tel que défini par la Conférence Mondiale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire. La Santé de la Reproduction (S.R) est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui touche l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.

La Santé de la Reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et « sans risque », qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi. Ceci va de pair, pour les hommes et les femmes, avec le droit à l'information sur la régulation de la fécondité.

I.2. Composantes

La conférence du Caire a permis de mettre en évidence neuf (9) composantes minimales :

1. Contraception et Santé Sexuelle
2. Surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum
3. Surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel du nourrisson, promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif et des bonnes pratiques de sevrage et la vaccination
4. Lutte contre les IST y compris le SIDA
5. Lutte contre la stérilité
6. Prévention des avortements et prise en charge de leurs complications
7. Prévention et prise en charge des affections de l'appareil génital, y compris les cancers
8. Lutte contre les mutilations génitales et les sévices sexuels
9. Santé reproductive des adolescents*

Au Sénégal la plupart de ces composantes ont été prises en charge à travers différents programmes ou structures (PNPF, DSMI, PNLS, SANAS...). La naissance du concept SR et les besoins émergents ont conduit à une réorganisation et à une redéfinition des priorités, à savoir :

- la maternité à moindre risque
- la sante péri et néonatale
- la planification familiale
- la santé sexuelle et reproductive des adolescents
- l'élimination des pratiques néfastes à la santé
- la prise en charge des agressions sexuelles
- la prévention des grossesses non désirées
- la lutte contre les IST y compris le SIDA
- la prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital.

D'autres domaines de programmation pourront être ajoutés en fonction des besoins et priorités nouveaux.

I.3. Les axes stratégiques

La mise en œuvre du programme Santé de la Reproduction repose sur :

I.3.1. Vision et Mission

a) Vision

L'accès universel et équitable à des services de Santé de la Reproduction de qualité est assuré à tous les individus, familles et communautés.

b) Mission

Servir de cadre de référence et d'orientation pour le développement de la SR au Sénégal

* Cette composante a été individualisée pour bien mettre en exergue la cible particulière constituée par les adolescents et jeunes. Mais il importe de souligner que les Adolescents ont des problèmes de SR en rapport avec les 08 composantes précitées.

1.3.2. Objectifs

a) Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la santé de la reproduction, en particulier la santé maternelle et néonatale

b) Objectifs spécifiques

- Assurer des soins de qualité durant la grossesse, l'accouchement, le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau né
- Accroître le niveau d'utilisation des services de SR y compris les services de planification familiale et la santé des adolescents / jeunes
- Améliorer les capacités de gestion des programmes relatifs à la Santé de la Reproduction

1.3.3. Principes directeurs

- Equité et accessibilité
- Approche participative
- Transparence et responsabilité
- Respect des droits du client
- Genre

1.3.4. Axes Stratégiques et interventions

Objectif spécifique 1 : Assurer les soins de qualité durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né

Des efforts seront faits pour améliorer aussi bien la couverture que la qualité des soins offerts pour la mère, le nouveau né.

Stratégie 1 : Plaidoyer pour une mobilisation de ressources financières suffisantes et nécessaires pour la mise en œuvre des programmes de SR

Il s'agit de :

- Réviser /diffuser les outils de plaidoyer
- Elaborer et mettre en oeuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- Développer un système de maîtrise des coûts de prestations de la SR
- Mettre en oeuvre un système d'allocation des ressources
- Faire la cartographie de l'offre de services SR

Stratégie 2 : Développement et gestion adéquate des ressources humaines qualifiées en SR

Il faudra :

- Renforcer les capacités des prestataires dans l'offre de services en SR
- Plaidoyer pour renforcer l'effectif du personnel à tous les niveaux selon les normes
- Renforcer le personnel en compétence SOU
- Réviser et diffuser les normes et protocoles de services en SR
- Mettre en oeuvre la politique de maintien du personnel qualifié dans les postes difficiles

Stratégie 3 : Renforcement des infrastructures, des équipements, des médicaments et de la maintenance

- Augmenter la couverture en blocs SONU
- Renforcer /renouveler la logistique et les équipements SR au niveau des structures
- Mettre en place un système de maintenance des équipements et infrastructures à tous les niveaux
- Mettre en oeuvre le plan de sécurisation des produits SR

Stratégie 4 : Promotion de l'approche qualité dans l'offre de services de SR

- Appliquer et suivre la mise en oeuvre des normes et protocoles en SR
- Institutionaliser les audits de décès maternels et néonataux , l'accréditation et la supervision formative /COPE
- Systématiser les enquêtes de perceptions
- Évaluer les SONU

Stratégie 5 : Promotion de l'offre de services à base communautaire

- Mettre à l'échelle les expériences communautaires en SR réussies
- Continuer à développer des expériences pilotes à l'échelle communautaire
- Renforcer les capacités du personnel communautaire

Stratégie 6 : Renforcement du système d'orientation –recours.

- Augmenter le parc d'ambulances et les moyens de communication
- Renforcer les capacités du personnel dans la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales
- Mettre en place un système de gestion de la référence au niveau des communautés

Objectif spécifique 2 : Accroître le niveau d'utilisation des services de SR y compris la planification familiale

Stratégie 1 : Augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé maternelle et néonatale (SMN) de qualité

- Diffuser et mettre en œuvre le paquet minimum de soins en santé maternelle et néonatale d'urgence et les soins essentiels du nouveau né à chaque niveau du système de santé y compris les soins après avortement, la prévention et la prise en charge du VIH, du paludisme et des fistules obstétricales.
- Intégrer le secteur privé, parapublic et confessionnel dans l'offre de services de santé maternelle et néonatale
- Faire le plaidoyer pour réduire et harmoniser les tarifs des services et des produits de SR
- Mise en place d'un système de financement alternatif de la santé (mutuelles de santé, caisse de solidarité, subvention des accouchements et des césariennes autres systèmes de prise en charge)
- Renforcer les stratégies avancées

Stratégie 2 : Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés, des organisations de la société civile et du gouvernement dans la promotion de la santé maternelle et néonatale

- Entreprendre la recherche sociale et opérationnelle afin de recenser les obstacles à l'utilisation des services
- Communication pour un changement de comportement
- Mobilisation sociale et communautaire

Stratégie 3 : Promotion services de PF

- Promouvoir les méthodes longue durée
- Elargir la gamme des méthodes contraceptives
- Elargir la gamme des produits contraceptifs du marketing social
- Renforcement de l'offre de service PF au niveau communautaire

Stratégie 4 : Promotion de la santé des adolescents et jeunes

- Intégration de la prise en charge de la santé des adolescent(e)s/jeunes dans l'offre de services des Points de prestations de services
- Instauration d'un environnement législatif et réglementaire favorable à la santé des adolescent(e)s et jeunes
- Développement de la communication interpersonnelle et de la communication de masse sur la santé des adolescents

Objectif spécifique 3 : Améliorer le leadership et les capacités de gestion des programmes de la santé de la reproduction

Stratégie 1 : Renforcement de la volonté politique

- La volonté politique s'est bien manifestée et existe à travers déclarations ou autres actions. Il s'agit de la rendre plus effective par des interventions qui permettront d'améliorer l'environnement juridique et le niveau de financement des activités de santé de la reproduction.

Stratégie 2: Développement du partenariat

- Renforcement du partenariat avec les associations et ordres professionnel et la société civile
- Partenariat public – privé

Stratégie 3: Renforcement de la multi sectorialité

- Plaidoyer pour la mise en place d'un cadre formel de concertation
- Mise en place d'un cadre formel qui favorise la participation de tous les acteurs concernés

Stratégie 4 : Développer la surveillance, l'évaluation et la responsabilité

- Renforcement du système d'information sanitaire pour la gestion du programme
 - o Mettre en place un système d'évaluation basée sur les résultats
- Mettre en place un système (au niveau national ou local) qui augmente la responsabilité des prestataires
- Promouvoir la recherche opérationnelle

I.4. Les conditions de la mise en œuvre

Au Sénégal il faut noter :

I.4.1. La volonté politique matérialisée :

Avant la Conférence du Caire par :

1. Les décisions prises suite à la déclaration de Mexico de 1975, concernant « l'Alphabétisation Fonctionnelle et l'IEC, pour amener les femmes à adopter une attitude et un comportement favorables à la santé maternelle et à la planification familiale.
2. La déclaration de Politique de Population (Avril 1988) qui place la santé de la mère et de l'enfant au premier rang de ses objectifs et de ses stratégies.
3. L'élaboration en Décembre 1990 d'un Programme National de Planification Familiale approuvé en 1991 par le Président de la République.
4. L'élaboration en 1990 d'un Programme National de Prévention de la Mortalité Maternelle.
5. L'élaboration de nouveaux projets et programmes concernant différentes des composantes de la santé de la reproduction dont les contrats ont été signés ; et auxquels le Gouvernement a consenti une contrepartie non négligeable (PSFP, PBEF, PNPF, PNLS).

Après la conférence du Caire, par :

6. L'adoption par le Ministère de la Santé de nouvelles orientations dites « Politique de santé et d'action sociale qui ont fait l'objet d'un rapport important établi en Juin 1995, et dans lequel la santé de la reproduction apparaît comme l'un des axes fondamentaux de cette politique.
7. L'actualisation en 2002 de la Déclaration de Politique de Population pour être conforme au programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement notamment dans les domaines de la santé de la reproduction, de la famille, de la pauvreté etc....
8. La conception d'un Programme National de SR dans le cadre du PNDS
9. L'élaboration en 2005 de la feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire 4 et 5 relatifs à la sante de la mère et de l'enfant
10. L'adoption en 2006 de la stratégie nationale de Sante des adolescents et Jeunes

I.4.2. La définition d'un cadre approprié marqué par :

- l'élaboration d'un programme national de Santé de la Reproduction, visant l'intégration des différents volets, et centré sur les cibles que sont les femmes, les enfants, les adolescents /adolescentes et les hommes ;
- l'élaboration par chaque niveau (district, région, central) de son plan d'action en Santé de la Reproduction ;
- la mise en place d'un cadre institutionnel adapté, à savoir la réorganisation de la Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique, avec la création du Service National de Santé de la Reproduction puis de la Division de la Sante de la Reproduction ;
- la création de Centres Régionaux de Référence en Santé de la Reproduction ;
- le développement de stratégies avancées et mobiles pour l'ensemble des composantes de la Santé de la Reproduction et des Services à Base Communautaire (SBC) de SR ;
- le monitoring de la surveillance nutritionnelle et pondérale, de la consultation prénatale et de la planification familiale au niveau des postes de santé ;
- l'introduction des soins obstétricaux d'urgences (S.O.U.) au niveau du Centre de Santé de district et des postes de santé ;
- le renforcement de la participation individuelle et collective de la population

I.4.3. Le renforcement de la compétence du personnel à tous les niveaux à travers :

- l'application des politiques, normes et protocoles de S.R
- l'utilisation de fiches techniques et ordinogrammes
- l'utilisation de modules intégrés de formation en S.R pour les niveaux districts et poste de santé
- l'intégration de l'enseignement de la SR à la Faculté de Médecine, à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et dans les autres structures de formation professionnelles privées et publiques nationales et régionales
- l'instauration de la supervision formative intégrée en SR avec utilisation effective des grilles et de la formation continue du personnel par pallier.

II. ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DE POLITIQUES

II.1. Cible

Tous les individus depuis la naissance jusqu'au décès sont concernés par la SR. Cependant pour des raisons pratiques et programmatiques cette population sera subdivisée en sous-groupes :

a. 0 4 ans : *Enfants*

Les enfants sont essentiellement concernés par la sante péri et néonatale, le PEV, la SNP, l'AME ainsi que la lutte contre les mutilations génitales féminines.

b. 5 -9 ans : *Grands enfants*

Les grands enfants sont surtout concernés par la lutte contre les mutilations génitales et les violences sexuelles, l'éducation pour la santé et l'éducation à la Vie Familiale et les questions de genre.

c. 10 24 ans : *Adolescents/jeunes*

Les adolescents et les jeunes : Ce groupe mérite une attention particulière à cause des multiples risques auxquels ils sont exposés : IST/SIDA, drogue, grossesse non désirée, délinquance, agressions sexuelles...

d. 25 -59 ans : *Adultes hommes et femmes*

Les adultes : les hommes particulièrement devraient être amenés à s'impliquer davantage dans les activités de SR du fait de leur double rôle d'utilisateurs mais aussi de décideurs par rapport à la SR des femmes.

e. Femmes âgées de 15 à 49 ans : *Femmes en Age de Reproduction (FAR)*

Les FAR sont spécialement ciblés par les stratégies pour une Maternité à moindre Risque, les IST/SIDA et les cancers génitaux

f. 60 ans et plus : *Personnes âgées*

Les personnes âgées sont surtout confrontées aux problèmes de ménopause, andropause, IST et leurs séquelles, ainsi que les cancers.

II.2. Accessibilité et décentralisation des services

Afin de garantir la disponibilité des services pour tous, il convient de :

- Rendre les activités accessibles sur le plan géographique et financier acceptable sur le plan socioculturel et religieux par :
 - la multiplication des points de prestation de services
 - l'offre d'un paquet minimum de services de SR de qualité au niveau des postes de santé
 - la promotion des stratégies avancées et mobiles et des Services à Base Communautaire de SR
 - la promotion de l'information et l'offre de services SR par les pairs
 - la promotion des mutuelles pour la prise en charge des coûts liés aux activités de SR.
 - l'adaptation des coûts au niveau de vie des populations
 - l'assainissement de la gestion des structures en veillant à une meilleure application des textes organisant l'initiative de Bamako (IB).
 - l'implication des leaders locaux dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action
- Assurer la décentralisation par :
 - un transfert de compétences techniques et gestionnaires soutenu par une supervision régulière et une meilleure coordination
 - le renforcement des ressources humaines et la formation permanente du personnel
 - un renforcement des équipements
 - une responsabilisation accrue des acteurs y compris la communauté
 - un appui des hôpitaux régionaux par le CHU, et des districts par le niveau régional et le CHU

II.3. Qualité des services

II.3.1. Définition

La qualité des services de SR se définit comme un ensemble de caractéristiques attendues des services de la santé de la reproduction en vue de satisfaire les droits des clients et les besoins des prestataires. Il s'agit de délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

II.3.2. Les composantes

La qualité des services regroupe les éléments suivants :

- L'information
- L'accessibilité des prix
- Le libre choix
- La sécurité
- La confidentialité
- La dignité, l'opinion et le confort
- La formation continue des prestataires
- La supervision formative
- Les infrastructures, le matériel, les produits et les équipements
- La prévention des infections

II.3.3. Objectif

L'objectif de la qualité des services est d'améliorer de manière continue la satisfaction des droits des clients et des besoins des prestataires.

II.3.4. Cible

Les cibles sont les bénéficiaires, les prestataires et les services à tous les niveaux.

II.3.5. Organisation du travail

Le personnel

Afin que le personnel puisse assurer des services de qualité il est nécessaire de disposer des éléments suivants :

- La compétence et la polyvalence du personnel pour assurer l'intégration.
- L'existence de description des postes et leur respect pour l'affectation du personnel.
- Une bonne répartition des tâches.
- Une bonne collaboration intra et intersectorielle.
- Un personnel disponible et en nombre suffisant, accueillant et bienveillant.
- L'instauration de la supervision formative et de la formation continue du personnel par paliers.

Le lieu de travail

Pour des services de qualité, le lieu de travail doit garantir :

- l'intimité,
- le confort,
- la sécurité,
- la bonne circulation des bénéficiaires.

L'emploi du temps

Pour des services de qualité il faut :

- Minimiser le temps d'attente des bénéficiaires.
- Aménager le calendrier de travail en tenant compte des réalités de la localité.
- Prendre le temps qu'il faut en vue d'assurer des services de qualité.
- L'intégration des activités et des services

Il s'agit de garantir les 2 volets suivants :

- L'intégration de la qualité des services dans toutes les activités menées, à tous les niveaux et par tout le personnel,

et

- L'intégration de l'enseignement de la SR et sa composante qualité de services à la Faculté de Médecine, à l'Ecole Nationale de Développement socio-sanitaire et dans les écoles de formation en santé.

II.3.4. Offre de services de qualité

Pour une offre de services de qualité, ces derniers doivent être efficaces, globaux et intégrés.

Le personnel de santé doit être :

- disponible
- polyvalent, qualifié,
- compétent et bénéficiant d'une formation continue
- accueillant, bienveillant et respectueux du secret professionnel
- périodiquement supervisé
- motivé
- respectant les règles et principes de prévention des infections (voir annexes)

II.3.5. Evaluation de la qualité des services

C'est un processus permettant d'identifier les points faibles, les points forts, les problèmes et les besoins d'un établissement ou l'un des secteurs dans le but d'apprécier dans quelle mesure il atteint les objectifs fixés, prédéterminés et spécifiés.

Elle doit se faire au moins tous les six (06) mois au niveau des PPS en utilisant :

l'approche COPE (y compris analyse du flux des clients) ou toute approche méthodologique d'amélioration de la qualité

la supervision formative intégrée de SR

les rapports d'activités

II.3.6. Supervision des services de SR

C'est un élément indispensable à la qualité des services. Il s'agit d'une supervision formative intégrée qui a les objectifs suivants :

Etablir une communication entre les différents acteurs et les différents niveaux du système de santé

Veiller à l'application des normes et procédures des prestations de services

Assurer la formation continue du personnel de santé

Améliorer continuellement la compétence des agents de santé en complément de la formation initiale et en mettant à jour les connaissances

Améliorer la performance du système de santé (motivation des agents, satisfaction des besoins de la population)

II.4. Systeme d'information et de gestion

Il doit comprendre :

1. L'harmonisation des procédures de collecte, d'exploitation et d'analyse des données ;
2. La mise en place et l'utilisation de supports de recueil de données révisés à tous les niveaux ;
3. La disponibilité permanente des supports
4. L'exploitation et l'analyse des données à des fins de gestion à tous les niveaux
5. La transmission des rapports avec le respect de la voie hiérarchique et selon la périodicité indiquée
6. La rétro-information du niveau supérieur envers le niveau supervisé comme moyen de supervision indirecte et de formation continue.

II.5. Systeme de référence-recours

Il doit permettre d'assurer la continuité et la qualité des services à travers les différents échelons de la pyramide sanitaire.

La structure qui réfère doit :

- accompagner toute référence d'une fiche de liaison dûment remplie suivant les normes et standards ;
- mettre en place un registre d'évacuation ;
- médicaliser l'évacuation avec :
 - voie veineuse
- ambulance équipée
 - accompagnement par un agent de santé
- avertir (par téléphone, si possible) le niveau qui reçoit
- participer aux coûts des prestations des cas référés
- faire la promotion des mutuelles de santé ou de toute stratégie de solidarité communautaire

La structure d'accueil doit :

- posséder un plateau technique capable de prendre en charge les cas référés ;
- remplir et collecter les fiches de liaison
- analyser les cas et faire le feed-back individuel et collectif

II.6. Recherche opérationnelle et formation

II.6.1. La Recherche opérationnelle

Elle doit viser la résolution des problèmes de Santé de la Reproduction qui ont été identifiés avec la pleine participation de la communauté, des partenaires et des prestataires.

Pour cela, il faut promouvoir la recherche opérationnelle dans le domaine de l'accès de la qualité des services et des comportements de la cible en s'appuyant sur les résultats issus de l'analyse des données.

II.6.2. La Formation

Les besoins en formation du personnel déjà en fonction doivent être comblés par une formation continue et permanente à la fois théorique et pratique, en adéquation avec les problèmes et les besoins réels de la communauté.

Les Curricula de formation doivent tenir compte des documents de référence : Politique, Normes, Fiches techniques et Ordinogrammes et des questions émergentes.

Les Ecoles de Formation de base doivent intégrer les préoccupations en SR dans leur programme, et mettre à jour leurs enseignements conformément aux données scientifiques les plus récentes.

II.7. Coordination

La coordination des activités devra être assurée aux différents niveaux du système de santé :

II.7.1. Niveau district

En partant des PDDS, chaque année, le district élabore un plan opérationnel impliquant tous les acteurs (ECD, ONG, collectivités locales, représentant de la région médicale, Comités de Santé).

C'est l'occasion d'assurer une coordination et une évaluation de la planification des différentes activités qui vont être menées au sein du district. Les réunions de coordination mensuelle permettent d'assurer également la coordination et le suivi de l'exécution des activités dans le temps

II.7.2. Niveau régional

Chaque région médicale organise un atelier de synthèse des plans de district en impliquant tous les acteurs régionaux ainsi permettant une coordination de la planification des activités au niveau régional. Les réunions de coordination trimestrielles réunissent ECR, ECD, ONG, ICP, COS, autorités administratives, les représentants des collectivités locales.

II.7.3. Niveau central

La Division de la Santé de la Reproduction initie chaque année un atelier d'élaboration d'un plan d'opération des activités SR qui intègre les plans des régions et du niveau central et impliquant tous les acteurs (responsables de programmes liés à la SR, médecins chefs de région, les partenaires au développement, les ONGs intervenant dans ce domaine, les réseaux, les écoles de formation...).

Cet atelier est suivi de réunion de coordination semestrielle assurant la coordination de l'exécution des activités de SR menées au niveau national et régional.

III.

ASPECTS DE POLITIQUES SPECIFIQUES PAR COMPOSANTE

La composante santé maternelle périnatale et néonatale comprend :

- La maternité à moindre risque regroupant les volets suivants :
 - I. La planification familiale
 - II. La surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum
 - III. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
 - IV. Les Soins Apres Avortements (SAA)
 - V. La prise en charge des fistules obstétricales
- La santé périnatale et néonatale comprenant :
 - I. Les Soins essentiels du nouveau né
 - II. La réanimation néonatale
 - III. La prise en charge du nouveau -né de faible poids de naissance
 - IV. La prise en charge du nouveau né malade

En plus des politiques précédentes, la mise en œuvre de ces composantes nécessite des politiques plus spécifiques.

COMPOSANTE 1 :

**SANTE MATERNELLE,
PERINATALE ET NEONATALE**

I.1.

MATERNITE A MOINDRE RISQUE

I.1.1.

Planification familiale

I. DÉFINITION

La Planification Familiale est une composante de la SR qui vise à aider les couples et les individus à espacer les naissances, à prévenir les grossesses précoces, tardives et non désirées et à prendre en charge l'infertilité et l'infécondité.

II. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PF

La politique nationale de PF vise à améliorer l'état de santé de la population en général et la réduction de la mortalité maternelle et infantile en particulier, par la maîtrise de la fécondité pour la prévention des grossesses à risque et non désirées et la prise en charge de l'infertilité et l'infécondité.

III. COMPOSANTES DES SERVICES DE PF

III.1. IEC/CCC

L'IEC/CCC dans le domaine de la PF englobe la fourniture d'informations sur l'infécondité/infertilité et l'espacement des naissances. Les prestataires de services de PF doivent pouvoir donner l'information sur toutes les méthodes de PF disponibles au Sénégal mais également sur les moyens de prévention et de prise en charge de l'infertilité /infécondité.

Cette information doit permettre une bonne compréhension de l'efficacité des méthodes contraceptives. Elle doit permettre au client de bien comprendre comment les utiliser correctement, de quelle manière elles agissent, quels en sont les effets secondaires courants, quels sont les risques et les avantages pour la santé, quels sont les signes et symptômes nécessitant de revenir consulter, des informations sur le retour à la fécondité après arrêt des méthodes et des informations sur la protection des IST. Les prestataires ne doivent pas imposer à un client l'adoption d'une quelconque méthode.

III.2. La Fourniture de contraceptifs et autres médicaments

Les produits contraceptifs et autres médicaments de PF doivent être offerts aux clients selon les techniques approuvées et les directives spécifiques pour chaque niveau, par des prestataires formés et dans des locaux adéquats.

III.3. Le Suivi et le système de référence

Tous les clients qui adoptent une méthode de PF doivent être informés des exigences de suivi appropriés et être encouragés à revenir auprès du prestataire pour tout problème lié à l'utilisation de la méthode. En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

III.4. Gestion du fichier

Tout client de PF doit avoir un dossier et les prestataires sont tenus de les conserver de façon adéquate. Dans le but de pouvoir identifier chaque client, et d'assurer un suivi, le prestataire doit veiller au classement adéquat et à la mise à jour du fichier.

III.5. Supervision

La supervision des services de PF doit être partie intégrante de la supervision formative intégrée de SR

III.6. Logistique

La gestion de la logistique permet aux PPS d'éviter les ruptures de stocks ou les surplus de contraceptifs et médicaments de PF. Les prestataires doivent également veiller au respect des normes de stockage des contraceptifs et autres produits de SR.

IV. CIBLES DE LA PF

Il s'agit des femmes en âge de reproduction, des hommes et des adolescents et des jeunes.

V. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

V.1. Les prestataires

Les dispensateurs de services de PF sont :

- Les agents de santé à base communautaire
- Les infirmiers ayant reçu une formation en technologie contraceptive et prise en charge de l'infertilité et l'infécondité
- Les sages femmes
- Les pharmaciens
- Les médecins généralistes et compétents ayant reçu une formation en technologie contraceptive et prise en charge de l'infertilité et l'infécondité
- Les gynécologues-obstétriciens
- Les chirurgiens

V.2. Le lieu de travail

Les prestataires doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité dans l'offre de services de PF. L'organisation des locaux et des services doit permettre de garantir cette confidentialité depuis la consultation, l'achat des produits, jusqu'à l'administration de la méthode.

V.3. L'emploi du temps et l'intégration avec les autres services de SR

Le service de PF doit être offert dans le cadre de l'intégration des services en particulier lors de la consultation pré et post natale et la surveillance du nourrisson et cela tous les jours ouvrables.

VI. DÉCENTRALISATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE PF

L'offre de services de PF doit être disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle doit l'être également au niveau communautaire par le biais des ASBC, en particulier, pour la fourniture de condoms, spermicides et le réapprovisionnement de pilules ainsi que la référence pour les cas suspects d'infertilité ou d'infécondité.

Elle doit être également intégrée aux stratégies avancées et mobiles intégrées de SR dans le but d'améliorer l'accessibilité de certaines zones aux services de PF.

VII. QUALITÉ DES SERVICES DE PF

Pour que les services de planification familiale soient de qualité, les éléments suivants sont indispensables :

- Les soins doivent être personnalisés.
- Les clients doivent être traités avec dignité
- Les clients doivent être traités de manière confidentielle.
- Les clients ne doivent pas attendre longtemps avant d'être reçus.
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur les méthodes disponibles
- les points de prestations de services (PPS) doivent être propres et avoir un circuit des clients bien organisé.
- Les PPS doivent offrir des services pendant les heures normales de travail, et si possible, essayer de se conformer aux besoins particuliers des clients.
- Le matériel contraceptif et le matériel fongible doivent être maintenus.
- La supervision doit être une dynamique de groupe : pour offrir des services de qualité, il est essentiel de travailler avec le personnel dans les cas problématiques.

Pour cela, il faut un personnel bien formé, avec les atouts suivants :

- avoir un jugement clinique approprié à chaque cas lors de la sélection des acceptants;
- être attentif, sensible et consciencieux lorsqu'il informe le client sur la méthode choisie;
- avoir la compétence nécessaire pour exécuter les procédures;
- avoir la connaissance et la capacité de reconnaître des problèmes réels ou potentiels; et
- avoir la capacité de prendre des actions cliniques appropriées, en réponse à ces problèmes, y compris où/et quand référer les clients qui ont des problèmes graves.

VIII. SYSTÈME D'INFORMATION

Dans le cadre du monitoring des activités de PF les indicateurs de disponibilité, d'accessibilité, d'utilisation et de couverture (prévalence contraceptive) seront calculés et transmis selon le mécanisme de transmission des rapports d'activités.

IX. RÉFÉRENCE EN PF

Lorsque les services de PF choisis par le client à l'issue du counseling ne sont pas disponibles au niveau du PPS ou lorsque la gestion des effets secondaires nécessite une prise en charge particulière non disponible, le prestataire devra assurer la référence selon la pyramide sanitaire.

I.1.2.

**Surveillance de la grossesse,
de l'accouchement et du post
partum**

I. OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum est d'aider la femme à mener une grossesse jusqu'à terme dans les meilleures conditions et d'assurer un bon déroulement de l'accouchement et de la période post partum.

II. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Il s'agit d'offrir les services permettant de prévenir, dépister et prendre en charge toute pathologie de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, plus particulièrement :

- déterminer l'âge de la grossesse et surveiller son évolution
- dépister les pathologies liées ou associées à la grossesse, l'accouchement et le post partum et les prendre en charge;
- dépister et prendre en charge les différents facteurs de morbidité et de mortalité;
- mener des activités de prévention et d'éducation pour la santé.

III. COMPOSANTES

III.1. IEC/CCC

L'IEC/CCC dans le domaine de la surveillance de la grossesse, l'accouchement et le post partum englobe la fourniture d'informations sur ces différents événements, leurs signes de danger, les lieux de prestations de services, la préparation à l'accouchement et la planification familiale.

Cette information doit permettre une bonne compréhension des bénéficiaires des services ainsi que leur adhésion.

III.2. L'offre de services

Les services de surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum doivent être offerts selon les techniques approuvées et les directives spécifiques pour chaque niveau, par des prestataires habilités à fournir ces services, formés à cet effet et dans des locaux adéquats.

III.3. Le Suivi et le système de référence

Les utilisatrices des services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum doivent être informés des exigences de suivi régulier conformément aux normes et être encouragés à revenir auprès du prestataire pour tout problème de santé survenant pendant la grossesse et le post partum. En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

III.4. Gestion des données

Toute utilisatrice des services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum doit avoir un carnet de santé et un dossier d'accouchement avec partogramme que les prestataires et les utilisatrices sont tenus de conserver de façon adéquate.

III.5. Supervision

La supervision des services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum doit être partie intégrante de la supervision formative intégrée SR.

III.6. Logistique

La gestion de la logistique permet aux PPS d'éviter les ruptures de stocks ou les surplus de produits de SR nécessaires à la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Les prestataires doivent également veiller au respect des normes de stockage de ces produits de SR.

IV. CIBLES

La cible du suivi prénatal est toute femme enceinte quelque soit l'âge de la grossesse. Le suivi post partum concerne également toute femme ayant accouché dans un délai de 42 jours ainsi que son nouveau-né et son conjoint.

V. ORGANISATION DU TRAVAIL

V.1. Prestataires

Les dispensateurs de services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum sont :

- Les agents de santé à base communautaire
- Les infirmiers
- Les sages femmes

- Les pharmaciens
- Les médecins généralistes et compétents
- Les gynécologues-obstétriciens

V.2. Le lieu de travail

Les prestataires doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité dans l'offre de services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum

V.3. L'emploi du temps et l'intégration avec les autres services de SR

Le service de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum doit être offert dans le cadre de l'intégration des services de SR et cela tous les jours ouvrables

VI. ACCESSIBILITÉ ET DÉCENTRALISATION DES SERVICES

L'offre de services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum doit être disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle doit l'être également au niveau communautaire par le biais des ASBC, en particulier, pour l'information sur les signes de danger et la promotion de l'accouchement assisté, ainsi que la référence et la recherche des perdues de vue.

Ce service doit être également intégré aux stratégies avancées et mobiles de SR dans le but d'améliorer l'accessibilité de certaines zones aux services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum.

VII. QUALITÉ DES SERVICES

Pour que les services de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum soient de qualité, les éléments suivants sont indispensables :

- Les soins doivent être personnalisés
- Les clients doivent être traités avec dignité
- Les clients doivent être traités de manière confidentielle.
- Les clients ne doivent pas attendre longtemps avant d'être reçus.
- Les prestataires de service doivent informer les clients sur les services offerts
- les points de prestations de services (PPS) doivent être propres et avoir un circuit des clients bien organisé.
- Les PPS doivent offrir des services pendant les heures normales de travail, et si possible, essayer de se conformer aux besoins particuliers des clients.
- Le matériel et les équipements doivent être maintenus.
- La supervision doit être une dynamique de groupe : pour offrir des services de qualité, il est essentiel de travailler avec le personnel dans les cas problématiques.

Pour cela, il faut un personnel bien formé, avec les atouts suivants :

- avoir un jugement clinique approprié à chaque cas;
- avoir la compétence nécessaire pour exécuter les procédures;
- avoir la connaissance et la capacité de reconnaître des problèmes réels ou potentiels; et
- avoir la capacité de prendre des actions cliniques appropriées, en réponse à ces problèmes, y compris où/et quand référer les clients qui ont des problèmes graves.

VIII. SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION

Dans le cadre du monitoring des activités de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post partum, des indicateurs seront collectés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit des indicateurs sur l'utilisation, la disponibilité et la qualité pour les CPN, l'accouchement et le post partum.

IX. SYSTÈME DE RÉFÉRENCE RECOURS

Les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

I.1.3.

Soins obstetricaux et neonatals d'urgence SONU

I. DÉFINITION

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sont des soins réservés aux femmes enceintes, aux parturientes, aux accouchées et aux nouveau-nés présentant des pathologies ou complications gravido-puerpérales nécessitant un traitement immédiat sans délai et fourni 24h sur 24.

II. JUSTIFICATIFS DE LA POLITIQUE DE SONU

Toute femme peut souffrir de complications durant la grossesse. En effet, des recherches ont montré que, même bien conduit, le suivi prénatal ne peut identifier toutes les femmes qui présenteront des complications. Ces complications représentent environ 15% des grossesses et c'est parmi celles-ci que l'on comptera les décès maternels. Cependant pratiquement toutes les complications obstétricales peuvent être traitées. D'où l'intérêt de mettre un accent particulier sur la prise en charge de ces complications par le biais des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. La réduction de la mortalité maternelle nécessite que les complications soient identifiées de bonne heure et traitées par un personnel compétent.

Le modèle des "trois retards" s'est avéré utile dans la conception des programmes visant à gérer les complications obstétricales. Ces 3 retards sont :

- Retard pris pour décider de consulter les services de santé
- Retard pris pour arriver à l'établissement de santé
- Retard pris pour recevoir un traitement adéquat à l'établissement de santé

Venir à bout des retards dans la décision de rechercher des soins, dans l'arrivée aux centres de santé appropriés et dans les soins à ces centres exige de suivre des procédures en ordre séquentiel – depuis les soins prénatals et la préparation à l'accouchement jusqu'à l'assistance durant l'accouchement et à la capacité d'aiguillage.

Les soins obstétricaux d'urgence permettent de réduire le 3ème retard.

III. COMPOSANTES

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont divisés en 2 types selon l'offre des services : les soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux complets (SONUC). Les SONUB consistent en la disponibilité des fonctions suivantes :

1. Administration d'antibiotiques par voie injectable
2. Administration d'ocytociques par voie injectable
3. Administration des sédatifs/anticonvulsivants par voie injectable
4. Extraction des débris intra utérins dans le cadre des SAA
5. Révision utérine
6. Accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps
7. Réanimation de base du nouveau-né (aspiration, ventilation à l'ambu, stimulation tactile, lutte contre l'hypothermie)

Les SONUC associent, en plus des 7 fonctions des SONUB,

1. La pratique de la césarienne
2. La transfusion sanguine
3. Réanimation néonatale complète (aspiration, intubation, réanimation métabolique)
4. L'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né
5. L'administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né

Fonctions fondamentales définissant les SONUB et les SONUC	
SONUB	SONUC
1. Administration des antibiotiques par voie parentérale	1-6. Toutes les fonctions comprises dans les SONUB
2. Administration d'ocytociques par voie injectable	8. Pratique de la césarienne
3. Administration des sédatifs/anticonvulsivants par voie injectable	9. Administration de la transfusion sanguine
4. Extraction des débris intra utérins dans le cadre des SAA	10. Réanimation néonatale complète (TARCIIM y compris l'intubation trachéale)
5. Révision utérine	11. l'administration parentérale d'antibiotiques au nouveau-né
6. Accouchement par voie basse assistée par ventouse ou forceps	12. l'administration parentérale d'anticonvulsivants au nouveau-né
7. Réanimation de base du nouveau-né (TAR)	

IV. OBJECTIFS

Les objectifs de la politique nationale en matière de SONU sont les suivants :

- Uniformiser à l'échelle nationale les attitudes et diagnostics et thérapeutiques vis-à-vis des SONU ;
- Identifier selon les urgences obstétricales et néonatales les femmes et les nouveau-nés à traiter ou à référer, après mise en condition, dans les meilleurs délais vers des centres plus structurés pour leur prise en charge ;
- Intégrer les règles de prise en charge des complications obstétricales et néonatales dans toute structure s'occupant d'accouchement ;
- Introduire les éléments de ces standards dans la formation de base des personnels de santé et étudiants en médecine.

La qualité des soins obstétricaux d'urgence est la clef du succès. Les services doivent être disponibles 24 heures par jour et sept jours par semaine et assurés par un personnel bien formé et motivé, avec les fournitures essentielles et la logistique en place, des systèmes de transport et communication en état de fonctionnement et un suivi permanent.

La décentralisation des SONU par niveau jusqu'au Poste de Santé permet d'améliorer l'accessibilité et la rapidité de la prise en charge des complications obstétricales.

V. ORGANISATION DU TRAVAIL

V.1. Prestataires

Les dispensateurs des SONU sont :

- Les sages femmes
- Les infirmiers ayant reçu une formation en SONU
- Les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation
- Les instrumentistes
- Les aides opérateurs
- Les médecins généralistes ayant reçu une formation en SONU
- Les médecins compétents en SONU Les médecins anesthésistes réanimateurs
- Les pédiatres
- Les spécialistes : chirurgiens et gynécologues-obstétriciens

V.2. Emploi du temps

Les services de SONU doivent être disponibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

VI. SYSTEME D'INFORMATION ET DE GESTION

Dans le cadre du monitoring, les indicateurs de disponibilité, d'utilisation et de qualité des SONU seront collectés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire offrant ces services (PS, CS, Hôpitaux).

I.1.4.

**Soins Apres Avortements
SAA**

I. DEFINITION

L'avortement se définit comme toute interruption (volontaire ou non) de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée quelle que soit la cause.

II. JUSTIFICATIFS DE LA POLITIQUE DE SAA

Dans le cadre de la santé de la reproduction, les soins après avortement contribuent au bien être en matière de procréation, par la prévention et la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine.

II.1. Diagnostic de la situation

Bien que les soins d'urgence des complications d'avortement soient nécessaires, pratiquement d'une structure sanitaire à une autre, leur qualité et accessibilité varient beaucoup. Les soins d'urgence des complications d'avortement sont souvent offerts dans les hôpitaux. Les services offerts n'incluent pas toujours la PF. Le premier contact des patientes présentant des complications d'avortement sont les structures sanitaires de premier niveau (maternités, postes de santé). Les moyens de transport manquent le plus souvent, ce qui fait que les centres hospitaliers ne sont malheureusement pas accessibles aux femmes du milieu rural. Cette lacune dans les services fait que souvent même les avortements spontanés peuvent devenir la source de complications graves.

II.2. Stratégies

Ils nécessitent la décentralisation des services et l'amélioration de la qualité et de la portée des soins à chaque niveau. Ces étapes doivent être soutenues par l'établissement de protocoles clairs pour la prestation des services et une formation intégrale et systématique des agents de santé impliqués dans la prise en charge.

III. COMPOSANTES DES SAA

Les SAA visent à augmenter la disponibilité des services d'urgences de traitement des complications d'avortement et des services PF a travers tout le système sanitaire.

III.1. Soins d'urgence

Le traitement de l'avortement complet selon l'âge de la grossesse ou la taille de l'utérus dépend des équipements disponibles et de la qualification du personnel.

Il peut être fait par l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. L'aspiration manuelle intra utérine ne nécessite pas un équipement important ni une anesthésie générale ou par des médicaments.

Au-delà de 14 semaines, on aura recours au curage, au curetage, ou aux traitements médicamenteux : ocytotiques, misoprostol.

Plus l'âge de la grossesse est avancé, plus le traitement nécessite une équipe plus spécialisée et un équipement plus important. La possibilité de survenue de complications hémorragiques, infectieuses, rénales et hépatiques impose que soit incluse dans la prise en charge une réanimation adéquate avec possibilité de référer la patiente vers un établissement approprié.

III.2. Counseling après avortement

Le soutien psychologique et le counseling se situent à toutes les étapes et constituent le pilier de la prise en charge des soins après avortement.

III.3. PF

Après tout avortement, il y a nécessité d'une prise en charge immédiate en planification familiale à la suite d'un bon counseling, d'où la nécessité impérieuse d'intégrer des services de PF aux soins d'urgence après avortement

III.4. Liens avec les autres services de SR

En conséquence, les services de soins d'urgence après avortement seront liés avec les autres services en matière de SR notamment les services de PF, IST/SIDA, infertilité, dépistage du cancer du col.

Les besoins de toute femme reçue pour SAA doivent être identifiés afin de lui offrir un éventail de services aussi divers que possible.

III.5. Liens avec la Communauté

L'implication de la communauté est fondamentale pour la prévention des urgences par la reconnaissance des signes de complications, la promotion de la PF, la mise en place de mécanismes pour la prise en charge des urgences sur le plan des transports (caisses de solidarité, mutuelles..).

IV. LES BÉNÉFICIAIRES

On entend par bénéficiaire toute patiente qui se présente dans un service avec un avortement quelle qu'en soit la cause et le type.

Toute bénéficiaire a droit à des services de qualité qu'elle ait eu un avortement spontané ou qu'elle ait eu recours à un avortement provoqué.

Toutes femmes qui sont traitées pour complications post-abortum ont droit à l'information médicale sur leur état de santé.

Les patientes ont le droit de discuter de leurs préoccupations et de leur état de santé dans un environnement où elles se sentent en confiance et avec un technicien de santé. Mais dans aucune circonstance, on ne devrait retarder les traitements d'urgence nécessaires pour sauver la vie d'une femme.

VI. LES PRESTATAIRES

Un personnel dûment qualifié selon les normes définies dans le présent document est habilité à dispenser des SAA. Ce personnel doit être informé et motivé à travers une supervision formative régulière, un approvisionnement continu en produits consommables et une coordination renforcée des interventions.

Tous les prestataires doivent disposer des documents de référence nationaux suivants :

- les politiques et les normes en SAA
- les protocoles en SAA
- les protocoles en PF
- le guide pour la prévention des infections

Toute nouvelle information disponible sur les SAA doit parvenir aux prestataires pour leur mise à niveau.

VII. SIG-RECHERCHE

Le système de gestion sera régulièrement tenu de manière à permettre le suivi de la qualité des services offerts et à constituer une banque de données pour les enquêtes, études et recherches en matière de SAA.

Il faudra préciser dans les rapports d'activités de routine le nombre d'avortements types et selon les techniques de soins utilisées, ainsi que le nombre de patientes ayant bénéficié de l'AMIU et celles qui ont adopté une méthode de PF et quelle méthode.

VIII. LA FORMATION

Le paquet de services de SAA (technologie AMIU, counselling et offre de services de PF) doit être intégré dans les curricula de formation des écoles médicales et paramédicales.

IX. SUPERVISION ET COORDINATION

Les services de soins après avortement s'intègrent aux soins obstétricaux d'urgence et sont supervisés dans le cadre de la supervision formative intégrée des services de SR.

La politique de SAA est sous la responsabilité de la Division de la Santé de la Reproduction qui en assure la supervision et la coordination avec l'appui technique de la C.G.O./CEFOREP.

Au niveau régional la coordination s'effectue sous la tutelle du médecin-chef de région avec l'appui de la coordinatrice SR, du superviseur SR et du gynécologue obstétricien régional.

I.1.5.

Fistules obstetricales

I. DÉFINITION

La fistule obstétricale est une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum survenant au décours d'un accouchement dystocique et entraînant un écoulement permanent d'urines et/ou de selles(OMS). Elle est due à la nécrose entre le 4ème et le 14ème jours du post partum, des tissus mous de la vessie, du vagin et ou du rectum du fait de la longue pression exercée par le fœtus sur ces organes et causée par la dystocie.

Si la communication est située entre la vessie et le vagin on parle de fistule vésico-vaginale (FVV), et si elle est située entre le rectum et le vagin on parle de fistule recto-vaginale (FRV).

La survenue d'une fistule obstétricale entraîne des conséquences psychologiques et sociales graves à type de dépression liée à l'isolement et à la stigmatisation du fait de l'incontinence urinaire et ou fécale. Elle peut également se compliquer d'infections fréquentes urinaires voire rénales, de calculs des voies urinaires, d'irritation de la peau du fait de l'urine, d'atteintes nerveuses responsables de troubles de la marche (le pied tombant « foot drop») d'aménorrhée, d'infertilité...

II. CAUSES ET FACTEURS FAVORISANTS

Causes Physiques

- La cause principale de la fistule obstétricale est la dystocie responsable d'un travail prolongé.

Causes institutionnelles

- Il s'agit de la faiblesse de l'accès aux soins de santé maternelle :
- Insuffisance du suivi prénatal pour le dépistage et la référence des patientes présentant des bassins dystociques
- Accouchement non assisté par un personnel qualifié
- Faiblesse de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et à la césarienne en particulier

Facteurs socioculturels

- Il s'agit de toutes les pratiques socio culturelles pouvant favoriser la survenue de fistules obstétricales
- mariages et grossesses précoces
- faible pouvoir de décision de la femme y compris pour l'utilisation des services de santé
- pratiques traditionnelles néfastes telles que certains rites et pratiques sociales autour de l'accouchement pouvant retarder le recours aux soins et les MGF du fait des séquelles tissulaires périnéales pouvant être responsables d'une dystocie de dégagement

III. OBJECTIFS ET STRATEGIES

L'objectif visé est l'éradication de la fistule obstétricale dans le cadre de la maternité à moindre risque. Pour cela les axes stratégiques s'articulent autour de la prévention, la prise en charge des femmes porteuses et leur réinsertion sociale.

III.1. La prévention

Primaire

Elle vise à travers la mobilisation sociale et le plaidoyer à retarder l'âge à la première grossesse, à promouvoir l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la planification familiale, l'amélioration de l'état nutritionnel et l'abandon des pratiques néfastes.

Secondaire

Il s'agit de la mise à disposition de services de soins obstétricaux essentiels de qualité (incluant la consultation prénatale (CPN), la reconnaissance des signes de danger, l'assistance qualifiée à l'accouchement), et la prise en charge des urgences obstétricales en particulier l'accès à la césarienne.

Tertiaire

Il s'agit du renforcement de la qualité de la gestion du travail par une surveillance correcte de l'accouchement grâce au respect des mesures de prévention conformément aux protocoles définis par niveau pour l'identification des femmes présentant une dystocie. Il s'agit également de la référence de ces femmes pour la réalisation de la césarienne mais aussi la prise en charge post partum adéquate de toute femme ayant présenté un travail dystocique selon les protocoles établis.

III.2. Le traitement

Le traitement consiste à la cure chirurgicale des fistules obstétricales et la prise en charge post opératoire par une équipe pluridisciplinaire comprenant entre autres :

- un Chirurgien, ou Urologue ou Gynécologue ou « Médecin Compétent »
- un anesthésiste
- des infirmiers (es)
- assistante sociale

III.3. La réinsertion sociale

La réinsertion sociale doit concerner toutes les femmes opérées, et vise à améliorer leur qualité de vie. Cette réinsertion doit démarrer dès le début du traitement avec une prise en charge psychologique et sociale. Une éducation sanitaire, en particulier pour ce qui concerne les activités sexuelles et de la santé de la reproduction en général doit leur être offerte. Il s'agit également d'assurer en plus du soutien psychosocial, de l'éducation, de la formation professionnelle et/ou des activités génératrices de revenus. Les stratégies de réinsertion sociale doivent veiller au partage d'expériences du vécu de la maladie entre les patientes et avec les patientes guéries ainsi qu'à assurer une réintégration familiale selon une modalité adaptée au contexte spécifique de chaque femme.

IV. ORGANISATION DU TRAVAIL

IV.1. Prestataires

Les prestataires impliqués dans la prise en charge des fistules obstétricales sont :

- les ASBC
- Les infirmiers
- Les sages femmes
- Les médecins anesthésistes et les techniciens supérieurs en anesthésie réanimation
- Les instrumentistes
- Les aides opérateurs
- Les médecins compétents en SONU
- Les spécialistes : urologues, chirurgiens, et gynécologues-obstétriciens

IV.2. Intégration avec les autres services

Les services de prise en charge préventive et curative des fistules obstétricales doivent être intégrés aux services de maternité à moindre risque : PF, suivi prénatal, Accouchement, suivi post natal et de chirurgie ou de gynécologie pour les fistules simples et les services d'urologie pour les fistules compliqués.

V. ACCESSIBILITE ET DECENTRALISATION DES SERVICES

Afin de garantir l'accessibilité de l'offre de services de prise en charge des fistules obstétricales, ceux-ci doivent être disponibles au niveau de chaque région conformément aux protocoles définis par niveau.

VI. SYSTEME D'INFORMATION ET DE GESTION

Afin d'assurer un suivi et une évaluation des stratégies de prise en charge des fistules obstétricales, les éléments suivants devront être collectés au niveau des structures de prise en charge :

- Nombre de femmes porteuses de fistules dépistées dans la zone de responsabilité
- % des femmes porteuses de fistules dépistées et prise en charge dans la zone de responsabilité
- % des femmes porteuses de fistules traitées avec succès dans la zone de responsabilité

VII. FORMATION

La formation à la prise en charge des fistules obstétricales doit être intégrée dans les curricula de formation des chirurgiens, des gynécologues obstétriciens et des médecins compétents en SONU, ainsi les sages femmes et les infirmiers selon les protocoles définis par niveau, en plus de la formation des urologues qui sont les personnes ressources.

VIII. COORDINATION

Le multi partenariat et la synergie des interventions sont indispensables pour la bonne prise en charge des fistules obstétricales. En particulier entre le système de santé les structures capables d'appuyer la réinsertion sociale des femmes porteuses ou guéries. Pour cela il est nécessaire de mettre en place des cadres de concertation entre les différents acteurs au niveau national et régional. La coordination des activités devra être assurée aux différents niveaux du système de santé sous la responsabilité du ministère de la santé.

I.2.

**SANTE PERINATALE
ET NEONATALE**

I. DEFINITIONS

I.1. Période périnatale

Elle va de la 22^{ème} semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale (les sept premiers jours de la vie).

I.2. La Période néonatale :

Elle va du premier au 28^{ème} jour de vie.

Elle est divisée en deux parties :

- la période néonatale précoce qui concerne les sept premiers jours de la vie
- la période néonatale tardive qui va du 8^{ème} jour jusqu'à la fin du 28^{ème} jour après la naissance

II. JUSTIFICATIONS ET INTERET DE L'INTERVENTION EN SANTE NEONATALE

Au Sénégal le taux de mortalité néonatale reste toujours élevé (35 pour mille naissances vivantes (EDS IV, 2005) malgré les efforts consentis. Ce taux représente environ 57 % du taux de mortalité infantile qui est de 61 pour mille naissances (EDS IV, 2005). Ceci est dû à une insuffisance d'informations sur la santé néonatale au niveau des structures périphériques et communautaires, à un taux d'accouchements à domicile encore élevé (37% au niveau national selon l'EDS IV, 2005), à l'insuffisance de personnel formé. Le système d'orientation recours peu performant, ainsi que les connaissances, attitudes, pratiques de la communauté parfois inadéquates pendant la période de l'accouchement et post natale (soins du nouveau-né pas souvent appropriés) sont également des facteurs favorisant cette mortalité néonatale élevée.

Les causes les plus courantes de la mortalité néonatale sont :

- les infections telles que le tétanos et autres infections bactériennes (32 %)
- L'asphyxie périnatale et les traumatismes (29 %).
- Le faible poids de naissance : 40 à 80 % des nouveau-nés qui meurent ont un faible poids à la naissance.

Des stratégies simples et peu coûteuses basées sur l'administration de soins de base du nouveau-né à tous les niveaux (structures et communautés) peuvent être mises en place pour lutter contre ces causes de décès des nouveaux-nés.

IV. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE EN SANTE NEONATALE

La politique nationale de santé néonatale vise à :

- Rendre disponible les services de soins essentiels du nouveau-né de qualité au niveau des structures sanitaires et au niveau communautaire ;
- Améliorer les connaissances des populations en soins essentiels du nouveau-né pour une meilleure utilisation des services et une meilleure implication dans la prise en charge du nouveau-né

V. COMPOSANTES DU PAQUET DE SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NE

La santé du nouveau-né étant intimement liée à la santé maternelle, des stratégies doivent être menées tout au long du cycle de la vie et à tous les niveaux du système de santé y compris les communautés :

- Avant conception : Il s'agit de la planification familiale, du dépistage et de la prise en charge des IST/VIH, de la santé des adolescents, de la prévention des maladies héréditaires (ex : administration d'acide folique) et des infections congénitales, des mesures hygiéno-diététiques (y compris la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme), la vaccination correcte contre le tétanos.
- Pendant la grossesse : le paquet comprend le suivi prénatal, les suppléments, la prévention du paludisme, le plan d'accouchement, la reconnaissance des signes de danger et la recherche précoce de soins appropriés ;
- Lors de la naissance, il s'agit des soins essentiels du nouveau né et la recherche de soins précoces ;
- Pendant la période postnatale, le paquet de services comprend la consultation post natale, la vaccination, le suivi promotion de la croissance, les soins essentiels et la recherche de soins précoces.

VI. LES CIBLES

Il s'agit de :

- Nouveau-né de 0 – 28 jours
- Au-delà de 28 jours pour les nouveau-nés à risque
- Femme en âge de procréer
- Adolescentes jeunes

- Femmes enceintes et femmes allaitantes
- Famille (grands mères, belles -mères, hommes)
- Communauté : Bajenu Gox

VII. ORGANISATION DU TRAVAIL

La prise en charge de la sante périnatale et néonatale nécessite :

- une équipe multidisciplinaire centrée sur le couple obstétrico –pédiatrique : obstétricien, Pédiatre généraliste, Pédiatre Néonatalogiste, Médecin généraliste, Sage-femme, infirmiers, sage-femme et aide infirmier, travailleurs sociaux, psychologue, relais communautaires, agents de santé communautaire, matrones, Bajenu Gox
- une description précise des tâches de chaque prestataire,
- la présence d'une deuxième personne pour aider à un besoin éventuel de réanimation
- d'aménager un coin du nouveau-né
- d'anticiper la préparation de l'accouchement incluant un matériel de réanimation fonctionnel
- la coordination des activités cliniques, de supervision, de formation, de conseils et du SIG
- le transfert de compétence et l'appui des acteurs du niveau opérationnel
- l'implication indispensable des acteurs communautaires dans la prise en charge du nouveau-né

VIII. L'OFFRE DE SERVICES DE SANTE PÉRINATALE ET NÉONATALE

Elle doit comprendre les paquets de soins essentiels du nouveau-né. Les services doivent être accessibles, disponibles et respectant les normes de qualité des services de SR.

Un circuit de la mère et du nouveau -né doit être organisé dans chaque structure en prenant en compte, la communication, l'accueil et l'orientation.

Les services de santé péri et néonatale incluent aussi la mobilisation sociale et la CCC.

IX. LE SYSTÈME D'INFORMATION

Le système d'information et de gestion doit intégrer les indicateurs de santé péri et néonatale et prendre en compte les aspects relatifs au nouveau né dans les supports de gestion des données et les rapports d'activités.

X. PERSONNEL

La mise en œuvre de la politique de services de santé péri et néonatale nécessite un personnel qualifié ayant des compétences basées sur l'exécution des tâches bien codifiées, suffisant avec une répartition géographique appropriée et motivé.

XI. RÉFÉRENCE RECOURS

Elle est basée sur :

- la communication verbale et écrite à travers la disponibilité et l'utilisation de fiches de liaison harmonisées
- la médicalisation du transfert des patients et la disponibilité et l'utilisation de protocoles de soins au cours du transport par un personnel de transport formé
- la disponibilité et l'utilisation de registres d'évacuation
- la disponibilité de mécanismes de financement des évacuations
- un feed-back régulier entre els différents acteurs

XII. COORDINATION DES ACTIVITÉS

Les activités de santé péri et néonatale doivent faire l'objet d'évaluations périodiques et de réunion de coordination dans le cadre d'un réseau obstétrico pédiatrique.

COMPOSANTE 2 :

**POLITIQUES EN FAVEUR
DE LA SANTE SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE DES
ADOLESCENT(E)S ET DES
JEUNES**

I. DÉFINITIONS

Les Nations Unies définissent les adolescent(e)s comme les personnes âgées de 10 à 19 ans, c'est-à-dire qui se trouvent dans la deuxième décennie de leur vie.

Selon l'assemblée générale des Nations Unies, les jeunes gens représentent la tranche d'âge allant de 15 à 24 ans et les jeunes celle de 10-24 ans.

L'adolescence est une période spécifique située entre l'enfance et l'adulte, qui mène l'individu vers une maturation physique, émotionnelle, sociale et sexuelle.

Cette tranche de vie se caractérise par un fort sentiment « d'invulnérabilité » et des attitudes de défi. Ainsi, elle requiert une attention et une protection particulières.

L'environnement de l'adolescent(e) varie suivant les sociétés ou les cultures, de même entre filles et garçons. Néanmoins, un certain nombre d'indices comportementaux reste commun à la cible.

Les jeunes, âgés de 20 à 24 ans sont également pris en compte dans les différentes interventions à mener dans ce domaine.

II. JUSTIFICATIONS ET INTERET DES INTERVENTIONS EN SRAJ

L'adolescence et la jeunesse constituent des étapes cruciales dans la vie d'un individu.

Plus de la moitié de la population mondiale est composée de jeunes de moins de 25 ans dont 4 sur 5 vivent dans les pays en développement et les 23% en Afrique. C'est pendant l'adolescence que d'importants changements d'ordre physique, biologique, psychologique et social s'opèrent. Ainsi, l'adolescent (e) se trouve confronté(e) à une quête d'identité, d'indépendance et de créativité. Tout ceci concourt à la vulnérabilité de cette cible qui mérite une prise en charge particulière à cause des multiples risques auxquels elle est exposée tels que:

- Les rapports sexuels non protégés,
- Les grossesses précoces et/ou non désirées conduisant le plus souvent à des infanticides ou à des avortements clandestins effectués dans des conditions déplorables,
- Les accouchements prématurés ou difficiles
- Les complications ou les séquelles permanentes liées aux grossesses précoces
- Les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA ;
- les violences et abus sexuels,
- les pratiques traditionnelles néfastes (mutilations génitales féminines/excision, mariages précoces),
- la malnutrition,
- les troubles mentaux,
- l'utilisation de substances nocives (tabac, alcool, drogues) qui augmentent les risques de cancers, de maladies cardiovasculaires et de troubles respiratoires.

Les adolescent(e)s et jeunes se caractérisent aussi par :

- leur poids démographique (EDS IV): adolescent(e)s : 24,4% jeunes (20-24 ans): 8,4%
- Leur diversité sur les plans de la santé, de l'éducation, du genre, et de l'environnement socioculturel
- La variabilité de leur vulnérabilité.

En effet, certains groupes d'adolescent(e)s/jeunes tels que les réfugiés, les détenus, les orphelins, les enfants de la rue, les porteurs de handicaps, les talibés, les toxicomanes, les personnes vivant avec le VIH etc. ont des besoins spéciaux qui méritent d'être pris en considération.

Des enquêtes ont montré que les adolescent(e)s/jeunes ne:

- peuvent pas toujours accéder aux services de santé pour des raisons économiques et des contraintes sociales;
- sont pas toujours capables de prendre les bonnes décisions concernant leur santé;
- reçoivent pas l'accueil et les soins dont ils ont besoin dans les services de santé

Aussi, il est important de souligner la nécessité d'une approche multisectorielle pour promouvoir la santé et le développement des adolescent(e)s/jeunes. A cet effet, le Ministère en charge de la Santé et ses partenaires doivent faire en sorte que l'adolescent(e)/jeune reçoive l'information, acquiert les capacités, bénéficie des services de santé et vive dans un environnement favorable lui permettant d'exprimer son plein potentiel.

III. DOCUMENTS DE POLITIQUE

La politique nationale pour la santé et le développement des adolescent(e)s /jeunes a pour but de contribuer à améliorer la santé en général, la santé de la reproduction en particulier et le bien-être des adolescent(e)s/jeunes. Elle inclut l'engagement et la participation d'un groupe interdisciplinaire et multisectoriel qui travaille pour et avec les adolescent(e)s /jeunes. A cet effet, des documents ont été élaborés pour définir la Politique Nationale de la santé des adolescent(e)s et des jeunes dont la Stratégie Nationale en Santé des Adolescent(e)s/Jeunes et les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes.

III.1. Stratégie nationale en sante des adolescent(e) s/jeunes

La Stratégie Nationale est un cadre de référence pour la promotion et le développement de la santé des adolescent(e)s/jeunes. Son action se justifie par la nécessité d'harmoniser les interventions, de renforcer le partenariat et d'impulser les actions à l'échelon national.

Sa mise en œuvre se fera dans le respect de certains principes directeurs.

Sur le principe d'une démarche globale de pluridisciplinarité et de multisectorialité, les interventions se feront dans une collaboration de différents professionnels et selon une synergie d'action.

III.1.1. Principes directeurs

- Le respect des droits humains et en particulier le droit des adolescent(e)s/jeunes à l'accès aux services de santé de qualité sans discrimination aucune liée à leur âge, sexe, religion ou conditions sociales ;
- La prise en compte du Genre et des valeurs socioculturelles ;
- Le respect des politiques, stratégies et programmes nationaux existants;
- Le respect des règles d'éthique médicale ;
- La garantie de la confidentialité dans le respect de la vie privée des adolescent(e)s et des jeunes ;
- L'assurance que les interventions reposent sur des bases scientifiques prouvées ;
- L'appropriation par la communauté et l'implication de toutes les parties prenantes y compris les adolescent(e)s et les jeunes eux-mêmes ;
- L'intégration de la SRAJ dans les autres secteurs du développement dans le respect de la multisectorialité.
- Le respect des besoins et du droit des prestataires ;
- La rationalisation des ressources humaines et matérielles en tenant compte des priorités de la cible.

3.1.2. Objectifs

Les objectifs en matière de SRAJ sont les suivants :

- Améliorer l'accès des adolescent(e)s/jeunes à des services adaptés à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive
- Aider les adolescent(e)s/jeunes à adopter des comportements responsables et à prendre des décisions adéquates
- Créer un environnement social, législatif et réglementaire favorable à la promotion de la santé des adolescent(e)s/jeunes en général et de la santé sexuelle et reproductive en particulier

III.2. Standards des services de sante adaptes aux adolescent(e) s/jeunes

Les Standards ont été élaborés à la lumière des leçons tirées de la mise en œuvre des lignes d'action déclinées dans la Stratégie Nationale. Ces standards opérationnels qui constituent une base de référence ont été conçus en vue d'améliorer la performance et la qualité des services de santé offerts aux adolescent(e)s et jeunes. Pour démontrer leur efficacité, ils doivent être utilisés de façon systématique et continue. En effet, les standards rendent explicite la définition de la qualité requise pour un produit ou un service et fournissent des bases claires en vue de l'évaluation et de la comparaison des performances.

3.2.1 Définitions

- Le standard est un état requis de qualité considéré par une autorité ou par un consentement général comme base de référence ou de comparaison.
- Le standard est un niveau de performance approuvé par une autorité ou par consensus pour garantir une qualité optimale des services à offrir, c'est une base de référence.

3.2.2. Standards SRAJ

Cinq (5) standards clés ont été retenus pour la SRAJ au Sénégal. Chaque standard correspond à un problème de qualité de services identifié pour être résolu.

Standard 1 : Au niveau du PPS, tout(e) adolescent(e) ou tout(e) jeune, quelles que soient les circonstances, a accès aux informations et aux conseils appropriés à son état de santé, son développement et ses droits.

Raisons d'être :

- déficit d'informations appropriées aussi bien au niveau familial, scolaire, extra scolaire que sanitaire.
- non respect des droits des adolescent(e)s / jeunes en dépit des nombreuses conventions ratifiées dans ce sens (CIPD, Convention des droits de l'enfant)

Standard 2 : Tout point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à tout(e) adolescent(e)/ jeune des services de qualité adaptés à ses besoins.

Raisons d'être :

- insuffisance des PPS offrant des services de qualité aux adolescent(e)s / jeunes
- Le mode de fonctionnement des services de santé n'est pas adapté aux attentes des adolescent(e)s / jeunes

Standard 3 ; Tous les prestataires ont les connaissances, les compétences, et les attitudes positives (requis) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.

Raisons d'être :

- Déficit de formation des prestataires y compris le personnel de soutien
- Non disponibilité d'un curriculum de base dans les écoles de formation sanitaire et sociales
- Insuffisance de motivation pour une prise en charge de qualité des besoins des adolescent(e)s/jeunes

Standard 4 : Les membres de la communauté y compris les adolescent (e) s/jeunes facilitent la mise en place et l'utilisation des services de santé par les adolescent (e)s/ jeunes ;

Raisons d'être

- Faible implication de la communauté dans la promotion des services de SRAJ.
- Le poids de la stigmatisation des adolescent(e)s/jeunes qui fréquentent les PPS de SR
- Les adolescent(e)s et les jeunes ne sont pas informés sur la disponibilité des services de SRAJ dans leur communauté

Standard 5 : Le système de gestion des services de santé prend en compte de façon appropriée les aspects liés à la SRAJ.

Raisons d'être

- Interventions disparates souvent isolées
- Faiblesse du système de suivi-évaluation des activités de SRAJ.
- Insuffisance des ressources allouées aux activités de SRAJ

IV. COMPOSANTES DE LA SRAJ

Les éléments suivants sont pris en compte en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s/jeunes :

- Le Renforcement des valeurs et de l'estime de soi
- La connaissance et le fonctionnement du corps (anatomie, physiologie)
- La sexualité
- L'élimination des pratiques néfastes à la santé
- La planification familiale
- La maternité à moindre risque chez les adolescentes
- La lutte contre les IST y compris le VIH/SIDA
- La prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital
- La nutrition et l'alimentation des adolescent(e)s (malnutrition, obésité et anémie)
- La lutte contre les violences et abus sexuels
- La lutte contre les avortements à risque
- La lutte contre l'utilisation de substances nocives (tabac, alcool, drogues)
- Les traumatismes et les accidents de la voie publique
- L'IEC/CCC

Il s'agit de doter les adolescent(e)s et les jeunes d'aptitudes leur permettant de faire face aux défis de la vie, de faire des choix, de prendre des décisions responsables et appropriées.

V. CIBLE

Il s'agit de :

- Adolescent(e)s
- Jeunes
- Adolescentes enceintes ou allaitantes
- Famille élargie (parents, grands mères, autres membres)
- Prestataires
- Aides-ados/jeunes
- Partenaires intervenant dans la SSRAJ
- Communauté : Pairs éducateurs, Bajenu Gox, ASC, Enseignants/Maîtres coraniques, Leaders communautaires

VI. ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail relative aux adolescent(e)s/jeunes doit reposer sur :

- l'existence et le respect de la description des postes du personnel
- une bonne répartition des tâches
- un personnel en nombre suffisant, disponible, accueillant et bienveillant à l'égard des adolescent(e)s/jeunes
- un emploi du temps adapté

VI.1. Personnel

La prise en charge des besoins des adolescent(e)s/jeunes nécessite une équipe multidisciplinaire et multisectorielle.

Le personnel impliqué dans la SRAJ est composé de:

- Personnel des services de SRAJ
 - Le personnel de santé (Infirmiers d'état et brevetés, Sages femmes, Médecins généralistes et Spécialistes)
 - Les travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs spécialisés et aides sociaux),
 - les psychologues et les sociologues,
 - Le personnel de soutien dans les structures sanitaires (gardiens, techniciens de surface, vendeurs de tickets, ...)
 - Les aides ados dans les structures sanitaires
 - Les pairs éducateurs dans la communauté
- Personnel d'appui
 - Les éducateurs et enseignants
 - Les professionnels de la communication (chargés d'IEC)
 - Les agents de santé communautaires
 - Les agents des ONG/Associations

VI.2. Lieu de travail

Les services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes peuvent être assurés dans les:

- Structures sanitaires publiques et privées en respectant la pyramide sanitaire,
- ONG,
- Pharmacies,
- Etablissements scolaires,
- Lieux de travail,
- Maisons des jeunes,
- Lieux de rassemblement des jeunes,
- Communauté.

Les structures sanitaires doivent se réorganiser et aménager des espaces ados/jeunes adaptés à la cible.

Caractéristiques d'un Espace Ado/Jeune

Aménagé dans la structure sanitaire, l'Espace Ado/Jeune comporte au moins une salle attrayante, conviviale et sécurisante tenue par les aides-ados/jeunes qui y reçoivent les adolescent(e)s et les jeunes en quête de services et d'informations. Les attentes de ces derniers sont prises en compte : le confort et le respect de l'intimité, de l'anonymat, de la confidentialité. Ils ont la possibilité de discuter librement de leurs problèmes en toute discrétion visuelle et auditive et de recevoir éventuellement des soins dispensés par le prestataire.

Cet espace est équipé de tables, de chaises, de bibliothèques, de matériels/supports IEC et d'outils informatiques.

L'aménagement des Espaces Ados/Jeunes respectera tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

VI.3. Emploi du temps

Les structures offrant des services de SRAJ doivent :

- Aménager un calendrier de travail tenant compte des réalités de la localité ;
- Adapter des horaires de travail en conformité avec la disponibilité des adolescent(e)s/jeunes
- Minimiser le temps d'attente des adolescent(e)s/jeunes et si nécessaire favoriser la référence précoce
- Assurer des consultations avec ou sans rendez-vous

VI.4. Intégration des activités et des services

Une bonne collaboration doit être assurée entre le Ministère de la Santé, les autres départements ministériels (en charge de l'éducation, de la jeunesse, des sports, du développement social, de la justice) et les acteurs communautaires y compris les adolescent(e)s/jeunes.

VII. ACCESSIBILITE ET DECENTRALISATION DES SERVICES

Il s'agit de :

- Rendre les activités accessibles sur le plan géographique et financier par:
 - la multiplication des points de prestation de services en intégrant les services de santé des adolescent(e)s/jeunes en mettant à profit tous les endroits généralement fréquentés par les adolescent(e)s/jeunes (infirmières scolaires et d'entreprises, espaces jeunes, centres socioculturels etc.)
 - l'offre d'un paquet minimum de services SR de qualité au niveau des EPS types 1, 2 et 3, des centres de santé, des postes de santé, des centres conseils pour Ados et de la communauté.
 - la promotion des stratégies avancées et mobiles et des Services à Base Communautaire de SR pour les adolescent(e)s/jeunes
 - la promotion de l'information et l'offre de services SSR par les acteurs des autres secteurs et de la communauté notamment les pairs
 - la subvention des activités et la promotion du système de parrainage pour la prise en charge des coûts
- Assurer la décentralisation par :
 - la responsabilisation des acteurs concernés y compris les adolescent(e)s/jeunes, les parents, la communauté...
 - mise en place d'un cadre de concertation fonctionnel regroupant tous les intervenants pour une synergie d'action
 - l'implication des adolescent(e)s/jeunes, des parents, des leaders locaux dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action de santé des adolescent(e)s/jeunes

VIII. QUALITE DES SERVICES

Les services offerts doivent être attrayants, conviviaux et privilégier une approche globale et intégrée.

Il est avéré que de nombreux adolescent(e)s et jeunes considèrent les services de santé existants inappropriés à leurs besoins. Ils les évitent ou n'y ont recours que lorsqu'ils sont désespérés. Pour rendre ces services de santé adaptés aux adolescent(e)s et jeunes, les structures sanitaires doivent être réorganisées, en collaboration avec les adolescent(e)s/jeunes.

7.1. Caractéristiques des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes (SSAAJ)

- Les services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes ou SSAAJ doivent répondre aux critères de qualité suivants:
- Accessibles : au bon endroit, au bon moment et abordables
- Acceptables: Ils répondent à leurs attentes et garantissent la confidentialité dans l'enregistrement, la consultation, l'archivage et la divulgation des informations
- Équitables : Ils sont offerts à tous sans distinction de sexe, d'âge, de religion, d'appartenance ethnique, de handicap, de statut social ou de toute autre nature.
- Appropriés : Les soins essentiels sont fournis d'une manière idéale et acceptable pour l'adolescent(e)/jeune
- Complets : La prestation de soins couvre tous les aspects de la prise en charge des maladies et la référence est favorisée
- Efficaces : Ils sont assurés par des prestataires disponibles, compétents, polyvalents, accueillants, respectueux du secret professionnel, de l'intimité, et de la confidentialité de l'adolescent(e)s/jeune, périodiquement supervisé.
- Efficaces : Les soins de qualité sont dispensés au coût le plus faible possible.
- Les services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes :
- enregistrent les informations pour assurer le suivi des performances.
- impliquent la participation de la communauté.
- impliquent les adolescent(e)s/jeunes dans la planification et le suivi
- Un paquet de services essentiels est offert et les équipements sont sur place.
- Un circuit approprié de l'adolescent(e)/jeune est défini et organisé au sein de la structure.
- L'anonymat peut être améliorée par la tenue de consultations spéciales en dehors des heures d'ouverture normales, en créant une entrée séparée pour les adolescent(e)s/jeunes ou en améliorant la confidentialité une fois à l'intérieur.
- Ces services doivent bénéficier d'un suivi et d'une évaluation périodiques de la qualité des services par le monitoring, la supervision formative et toute autre méthodologie d'évaluation de la qualité des services.

7.2. Les 6 bons des SSAAJ

- La bonne écoute
- La bonne information
- Les bons soins
- Au bon moment
- Au bon endroit
- A un bon prix

IX. SYSTEME DE REFERENCE/CONTRE REFERENCE

Pour assurer la continuité et la qualité des services, un système de référence doit être établi entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et entre ces derniers, les structures des autres secteurs et la communauté d'autre part. Ainsi, les ados/jeunes pourront bénéficier de toute la gamme de services selon leurs besoins.

COMPOSANTE 3 :

IST/VIH/Sida

I. DEFINITIONS

Les IST sont des infections transmises d'une personne à une autre par contact sexuel.

Le SIDA ou syndrome d'immunodéficience acquise est causé par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Sa transmission se fait par contact sexuel, sanguin, ou de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement

II. LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

II.1 Les objectifs

La politique nationale de lutte contre les IST y compris le VIH vise à assurer la prévention et la prise en charge basée sur l'approche syndromique des patients présentant des IST ainsi que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un continuum de soins. Cette prise en charge comporte l'accès aux services de dépistage, aux ARV, à la prise en charge psychosociale, nutritionnelle et communautaire.

II.2 La vision

La prise en charge de l'infection aux IST/VIH est basée sur une approche intégrée dans un continuum. Il s'agit d'assurer les meilleures conditions pour le dépistage, le suivi biomédical, psychosocial et nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH.

Ainsi, le dispositif de prise en charge du VIH doit offrir des prestations de service de qualité et respecter la dignité, la confidentialité des usagers de soins en vue de:

- la prise en charge des IST selon l'approche syndromique
- le dépistage précoce du VIH, les soins biomédicaux aux personnes vivant avec le VIH, des OEV
- l'appui à l'observance, le soutien nutritionnel et psychosocial
- la mise en place d'un continuum de soins avec référence vers des structures spécialisées pour divers services : médiation sociale, renforcement professionnel, assistance juridique...

II.3 Les Principes directeurs

Le programme de prévention et de prise en charge des IST/VIH repose sur les principes suivants :

- Accessibilité financière et géographique aux services de dépistage, de prise en charge et de suivi des IST/VIH
- Approche multidisciplinaire de la prise en charge prenant en compte les dimensions médicales et psychosociales liées aux IST/VIH
- Intégration des services offerts dans les structures de soin préexistantes
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- Implication des communautés dans la prise en charge et l'accompagnement des PvVIH : articulation des services hospitaliers et communautaires (ONG, associations de PvVIH...)
- Le respect des droits des PvVIH
- Collaboration avec les secteurs ministériels, les ONG et le secteur privé dans une perspective multisectorielle

III. COMPOSANTES DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH

III.1 IEC/CCC et promotion du condom

Les informations doivent être fournies sur les modes de transmission, les manifestations cliniques et les complications des IST, les liens entre les IST et le VIH/SIDA, les méthodes préventives (IST, VIH, PTME, SDV), l'accompagnement et le soutien psycho social aux PVVIH.

III.2. Fourniture de condoms et médicaments IST et ARV

Les condoms masculins et féminins doivent être disponibles et les médicaments de prise en charge des IST ainsi que les ARV disponibles selon les directives par niveau.

III.3 Prise en charge syndromique des IST

Les prestataires sont tenus d'assurer la prise en charge des IST et des affections opportunistes liées au VIH/Sida sur la base des algorithmes de prise en charge disponibles.

III.4 Services de PTME

Ils doivent englober le counseling, l'offre de dépistage de la femme enceinte, la chimio prophylaxie à l'AZT pendant la grossesse et la prise en charge du nouveau né et du nourrisson.

III.5 Dépistage du VIH

Le dépistage est la porte d'entrée de la prise en charge du VIH. Il peut être volontaire ou prescrit par un prestataire de santé. Le dépistage volontaire est effectué au niveau des CDV ou des services de dépistage au niveau des structures sanitaires. Lorsque le test VIH est positif, les patients doivent être référés vers une structure sanitaire (centre de santé ou hôpital) capable d'assurer une prise en charge conforme à la politique nationale.

L'offre de dépistage du VIH est composée de 2 services suivants :

III.5.1. Counseling

Tout dépistage du VIH doit être précédé d'un counseling pré-test. L'annonce de résultat du test VIH est effectuée après un counseling post-test.

Le counseling est une technique de communication qui renforce les capacités des soignants et améliore la qualité de la prise en charge du VIH. Il permet au prestataire de soin, d'identifier les comportements à risque chez des patients, de donner des informations sur le VIH, ainsi que les avantages de la connaissance du statut sérologique. Cette technique prône une relation soignant-soigné symétrique et la responsabilisation individuelle du client qui est encouragé à « faire face » pour l'adoption de comportement à moindre risque.

Le counseling est effectué par tout prestataire de soin (médecin, pharmacien, assistant social, infirmier, agent de santé...) ayant été formé.

III.5.2. le diagnostic biologique du VIH

La demande de test VIH doit être effectuée par les prestataires de soins formés au sein de la structure disposant de l'équipement requis selon la stratégie nationale de dépistage.

La proposition de test doit être effectuée le plus précocement possible avant que les patients ne soient à un stade avancé du VIH

La sérologie VIH doit être proposée par les prestataires de soins devant :

- patient présentant une tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire, une IST, des signes clinique d'immunodépression (candidose, zona, herpes cutanéomuqueux, diarrhée chronique, prurigo généralisé, fièvre au long cours, amaigrissement important, lymphadénopathie généralisée persistante, manifestation)
- Patient présentant une infection opportuniste : cryptococose neuro-méningée, toxoplasmose cérébrale, maladie de Kaposi, rétinite à CMV
- patient ayant eu des comportements sexuels à risque
- patient désirant
- Algorithme de prise en charge

III.6 Prise en charge du VIH

Elle prend en compte les volets suivants :

la prévention et la prise en charge médicale des infections opportunistes

la prévention des infections opportunistes se fait par la chimio prophylaxie au Cotrimoxazole et doit être proposée aux adultes répondant aux critères définis par les protocoles de prise en charge.

La prise en charge des infections opportunistes selon les protocoles définis par niveau comprend :

- la prise en charge médicale par les ARV
- la prise en charge des enfants
- le soutien à l'observance
- les soins palliatifs
- le soutien accompagnement

IV. PRESTATAIRES

Les prestataires assurant la lutte contre les IST/VIH sont :

- Les agents de santé à base communautaire
- Les infirmiers
- Les sages femmes
- Les médecins
- Le personnel social
- Les Biologistes
- Les pharmaciens et dépositaires

V. ORGANISATION DU TRAVAIL

Les activités de lutte contre les IST/VIH doivent être intégrées aux activités promotionnelles et curatives des structures de santé.

Les prestataires doivent veiller à l'organisation du travail afin de garantir la confidentialité dans l'offre de services de prévention et de prise en charge des IST/VIH. En particulier, dans le cadre de la PTME, une organisation des services conformément aux directives doit être mise en place.

VI. DÉCENTRALISATION ET L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

La lutte contre les IST/VIH/Sida, doit être faite à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En particulier au niveau communautaire où la prévention doit être assurée pour un changement de comportement et la distribution de condoms, ainsi que l'accompagnement psychosocial des PVVIH et la référence des cas suspects d'IST/VIH/Sida.

VII. QUALITÉ DES SERVICES

En plus de l'organisation des services assurant la confidentialité pour la prévention et la prise en charge des cas d'IST/VIH, la prise en charge des partenaires est avec le respects des directives et protocoles, une exigence de la qualité des services de prise en charge des IST/Vih/Sida.

VIII. SYSTÈME D'INFORMATION

Liste restreinte des indicateurs de suivi IST/VIH/Sida :

Distribution de Préservatifs			
	Préservatifs distribués gratuitement/vendus	# distribués:	# vendus:
	Points de distribution/vente de préservatifs	# points distribution:	# points vente:
Contrôle des IST			
	Nombre de patients traits pour les IST	# femmes:	# hommes:
		# femmes:	# hommes:
	Prestataires de service formés	# médecins:	# para médicaux # travailleurs sociaux
Contrôle de Syphilis (Services Périnataux)			
	Proportion de structures qui assurent le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte	# femmes enceintes attendues:	# femmes dépistées pour la syphilis:
Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH			
	Prestataires de service formés	# médecins:	# sages femmes # travailleurs sociaux
	Femmes enceintes attendu / acceptées et fait le test VIH	# femmes enceintes attendues:	# femmes enceintes dépistées pour le VIH:
	Femmes enceintes sensibilisées sur la PTME	Adultes	Jeunes (15-24 ans)
	Femmes enceintes infectées par le VIH / reçues un traitement ARV complet pour réduire le risque de TME (FG)*	# infectées par VIH:	# infectées et reçues traitement antirétroviral complet:

Conseils et Dépistage Volontaire				
	Prestataires formés sur la PTME	# médecins:	# sages femmes	# travailleurs sociaux
	Personnes sensibilisés sur le Dépistage Volontaire	# femmes:	# hommes:	# jeunes (15-24)
	Personnes bénéficiant du conseil pré-test	# femmes:	# hommes:	# jeunes (15-24)
	Personnes faisant le dépistage après le conseil pré-test	# femmes:	# hommes:	# jeunes (15-24)
	Personnes qui reviennent chercher le résultat après un dépistage volontaire	# femmes:	# hommes:	# jeunes (15-24)
Prise en Charge Médicale				
	Prestataires formés sur la PEC médicale	# médecins prescripteurs	# personnel paramédical	
	PVVIH qui reçoivent de la prophylaxie pour les IO	# femmes:	# hommes:	
	PVVIH bénéficiant d'une prise en charge à domicile	# femmes:	# hommes:	
	PVVIH bénéficiant d'un traitement palliatif	# femmes:	# hommes:	
	PVVIH présentant une IO pris en charge selon les normes nationales	# de PVVIH présentant une IO	# de PVVIH avec IO pris en charge :	
	Nombre de malades mis sous traitement ARV	# de personnes dépistés au cours du mois:	# de personnes ayant commencé le traitement au cours du mois : (1)	
		# de personnes recevant une thérapie antirétrovirale au début du mois : (2)	# de personnes recevant une thérapie antirétrovirale à la fin du mois : (1+2)	
		# de personnes sous thérapie antirétrovirale au début du mois qui sont décédées au cours du mois :	# de personnes dont le traitement a été interrompu pour d'autres raisons	

IX. SUIVI ET RÉFÉRENCE

Les patients présentant des IST/VIH doivent bénéficier d'un suivi du fait de la possibilité de séquelles et complications pouvant mettre en jeu le pronostic génésique et vital. En ce qui concerne la référence, les prestataires doivent se conformer au système de référence national selon la pyramide sanitaire.

COMPOSANTE 4 :

**SERVICES A BASE
COMMUNAUTAIRE DE SR**

I. DÉFINITION :

Les services à base communautaire sont une approche d'offre de services de santé qui s'appuie sur des personnes issues de la communauté, choisies par la communauté et formées pour offrir des services à ses membres.

II. COMPOSANTES :

L'approche d'offre de services à base communautaire est une stratégie transversale aux 4 domaines identifiés par la CIPD (1994) à savoir :

- 1. la santé de la femme
- 2. la santé de l'enfant
- 3. la santé des jeunes
- 4. la santé des hommes

Elle couvre les composantes suivantes :

- Maternité à moindre risque y compris les SOU et les fistules obstétricales
- Planification familiale
- Santé de la reproduction des adolescents
- IST et SIDA
- Survie de l'enfant : Immunisation, AME et Bonnes Pratiques de Sevrage, Surveillance de la croissance et la nutrition, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), santé péri et néonatale
- Pratiques néfastes à la santé
- Capacitation et amélioration du statut de la femme
- Prévention des affections de l'appareil génital (y compris les cancers).

III. OBJECTIFS:

- 1) Améliorer l'accessibilité des services
- 2) Améliorer le niveau des connaissances des populations en matière de santé
- 3) Augmenter la demande des services
- 4) Accroître l'utilisation des services
- 5) Nouer un partenariat avec les communautés.

IV. CIBLES

- 1) Femmes (FAR, femmes enceintes, femmes allaitantes, femmes âgées)
- 2) Enfants
- 3) Jeunes, adolescent/es
- 4) Hommes,
- 5) Leaders communautaires (religieux, élus locaux, enseignants...),

V. ORGANISATION DU TRAVAIL

V.1 Prestataires

Les dispensateurs de services à base communautaire de SR sont le personnel communautaire répondant aux critères définis dans les normes de services de SBC et formés à cet effet. Il peut s'agir des ASBC, des matrones et des ASC

V.2 Lieu de travail :

Il s'agit du niveau communautaire et plus précisément des sites suivants:

- Les villages
- Le domicile de l'ASBC
- Les quartiers périphériques en milieu urbain
- La case de santé,
- La maternité rurale

V.3 Emploi du temps :

Les ASBC dispensent les services à temps partiel et sur la base d'un plan de travail préétabli avec l'ICP superviseur.

V.4 Intégration des activités et des services :

Ces relais polyvalents doivent prendre en compte les différents domaines de la santé de la reproduction des populations sus cités.

VI. ACCESSIBILITE DES SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE

Les SBC doivent être géographiquement, financièrement accessibles et culturellement acceptables grâce à :

- la formation d'un personnel communautaire suffisant
- l'offre d'un paquet de services de qualité au niveau communautaire
- le renforcement de la mobilité de l'ASBC et du relais
- la promotion de l'information et de l'offre de services par les pairs
- la promotion des mutuelles de santé et des caisses de solidarité
- l'adaptation des coûts au niveau de vie des populations
- l'implication des leaders locaux dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action communautaires
- le renforcement de l'équipement du personnel
- Le renforcement de l'implication des ONG dans l'offre de services
- la responsabilisation accrue des communautés.

VII. OFFRE DE SERVICES

Elle porte sur les composantes suivantes :

- Planification familiale :
- Maternité à moindre risque y compris l'information et la référence pour les SONU et les fistules obstétricales
- Santé de la reproduction des adolescents/jeunes :
- IST et SIDA :
- Survie de l'enfant :
- Pratiques néfastes à la santé :
- Capacitation et amélioration du statut de la femme :
- Prévention des affections de l'appareil génital (y compris les cancers)

VIII. QUALITE DES SERVICES

Elle passe par :

- Une bonne formation de base et un recyclage périodique
- Un système de suivi adéquat
- Une disponibilité des produits
- L'existence d'une structure de référence performante
- Une supervision régulière suivie de feed-back
- Des services en adéquation avec les besoins exprimés par la communauté
- L'organisation de réunions périodiques de planification et de coordination
- Le respect des normes
- L'évaluation périodique de la qualité

IX SYSTEME D'INFORMATION

- Indicateurs clés :
- Nbre de clients servis en PF
- Nbre de clientes réapprovisionnées en pilule
- Nbre de personnes référées en PF
- Nbre de femmes enceintes orientées
- Nbre de femmes présentant des signes de complications liées à la grossesse à l'accouchement et au post partum orientées vers les structures sanitaires,
- Nbre d'enfants présentant des signes de gravité de maladies de l'enfant orientés
- Nbre d'adolescents/jeunes informés sur la SR
- Nbre d'adolescents/jeunes référés vers une structure sanitaire
- Nbre de personnes présentant une IST référées vers une structure sanitaire
- Nbre d'enfants suivis en SNP
- Nbre d'enfants orientés pour le PEV
- Nbre de cas de malnutrition dépistés
- Nbre de cas de malnutrition modérée récupérés
- Nbre de cas de malnutrition sévère orientés
- Quantité de produits distribués (condoms, spermicides, pilule, moustiquaires imprégnées, fer, SRO...)
- Nbre de visites à domicile (VADI) effectuées
- Nbre de causeries réalisées
- Nbre d'entretiens effectués
- Supports de collecte de données
- Le formulaire de rapport mensuel
- La fiche de référence
- Le cahier de référence
- Le cahier IEC
- Le cahier de commande
- Le cahier de vente de produits
- La fiche d'inventaire de matériel reçu
- Mécanismes de collecte

La périodicité est mensuelle et le système d'information doit comprendre :

- Des supports de collecte standardisés et adaptés à la cible (traduits en langue locale utilisant au besoin la technique pictographique)
- La disponibilité permanente des supports
- La transmission des rapports
- L'exploitation et l'analyse des données
- Le feed back

X. LE SYSTEME DE REFERENCE-RECOURS

Il doit permettre d'assurer la continuité et la qualité des services vers la structure sanitaire de référence.

L'ASBC qui réfère doit remplir la fiche de référence et l'enregistrer sur le cahier de référence.

Par ailleurs l'ASBC doit faire la promotion des caisses de solidarité qui pourraient faciliter la prise en charge de la référence.

XI. LE SYSTEME DE MOTIVATION

La motivation des ASBC peut se faire à partir des éléments suivants :

- La marge bénéficiaire provenant de la vente des produits mis à sa disposition.
- Le reversement par les comités de santé de 50% des tickets de prise en charge des personnes référées
- Les projets générateurs de revenus, prêts remboursables au profit d'amicales ou d'associations d' ASBC.
- La contractualisation avec les collectivités locales ou autres partenaires
- Les moyens de déplacement mis à la disposition de l'ASBC
- La gratuité du ticket de consultation pour l'ASBC
- La récompense des ASBC les plus performants
- Le badge en tant qu'élément d'identification.
- Le soutien de la communauté (travaux champêtres)
- La supervision

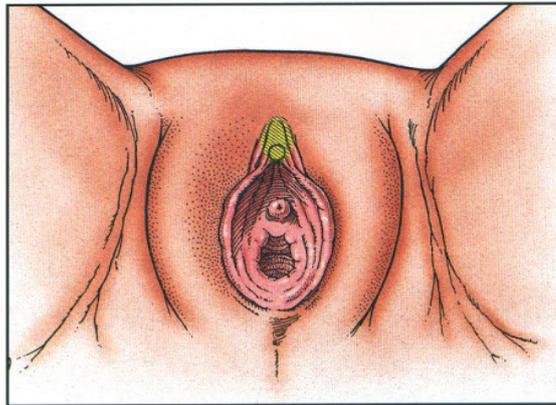
COMPOSANTE 5 :
MUTILATIONS GENITALES
FEMININES

I. DÉFINITION

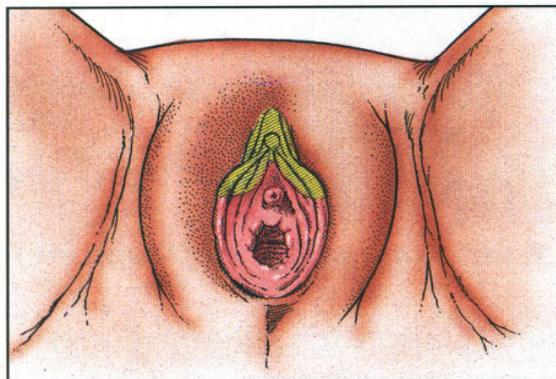
La mutilation génitale féminine est l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins ou toute autre lésion des organes génitaux pratiqués pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique (OMS). Le terme d'excision, plus utilisé en français, relève d'une terminologie médicale occidentale.

II. CLASSIFICATION DES MGF(OMS)

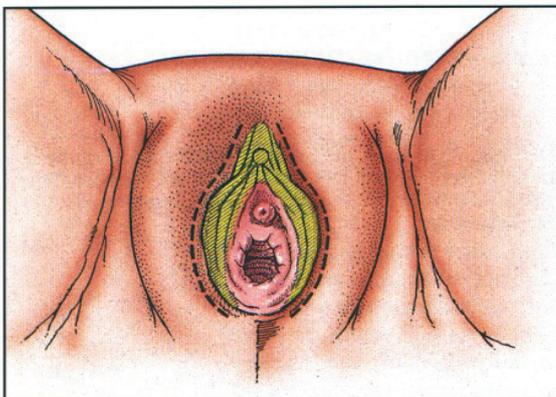
- Type 1 : Ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris
- Type 2 : Ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris et des petites lèvres
- Type 3 : Infibulation = Ablation du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres avec fermeture de l'orifice du vagin
- Type 4 : Formes non classées (cautérisation du clitoris, incision du vagin...)



Type I: Clitoridectomie (la section en jaune indique la peau qui doit être enlevée)



Type II: Excision (la section en jaune indique la peau qui doit être enlevée.)



Type III: Infibulation (la section en jaune indique la peau qui doit être enlevée, les lignes pointillées indiquent des incisions pratiquées dans les grandes et petites lèvres.)

III. OBJECTIFS

La lutte contre les mutilations génitales féminines est une des composantes de la SR adoptées par le Sénégal depuis 1994 et partie intégrante de la loi sur la SR adoptée en 2005.

La politique de lutte contre les MGF vise à :

- assurer une prévention
- primaire des MGF par le biais de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) afin d'éliminer la pratique
- secondaire par la prévention et la prise en charge des complications des MGF
- tertiaire par la prise en charge des séquelles
- améliorer les compétences des prestataires pour la prise en charge des complications, des séquelles et des conséquences des MGF
- offrir aux femmes et filles souffrant de MGF un counseling, et une prise en charge psycho sociale adéquate

IV. PERSONNEL

Les prestataires impliqués dans la lutte contre les MGF sont :

- Les agents de santé à base communautaire
- Les infirmiers
- Les sages femmes
- Les médecins généralistes et compétents
- Les gynécologues-obstétriciens
- Les agents sociaux

V. COMPOSANTES

L'offre de services de lutte contre les MGF, comporte :

- l'IEC/CCC pour assurer la prévention des MGFs
- La référence et la prise en charge curative des complications immédiates, secondaires et tardives chez les fillettes, adolescentes et femmes ayant subi des MGFs
- Le soutien psychosocial des les fillettes, adolescentes et femmes présentant des MGFs

VI. COORDINATION DES ACTIVITES

La coordination des activités de lutte contre les MGF doit être menée avec les autres départements par le biais du Comité National de Lutte Contre la Mortalité Maternelle et Néonatale.

Elle a pour but d'harmoniser les différentes énergies en vue de la prévention des pratiques, de la prise en charge et de la réinsertion des cas compliqués.

COMPOSANTE 6 :

**PRISE EN CHARGE DES
AGRESSIONS SEXUELLES**

I . DÉFINITION

Une agression sexuelle se définit comme tout acte sexuel obtenu sans consentement utilisant la coercition, la menace, l'intimidation, le chantage ou la force physique, effectué par toute personne quelque soit ses liens avec la victime et quelque soit le lieu.

II. LES COMPOSANTES

Les composantes des services de santé de la reproduction en cas d'agressions sexuelles sont :

- La collecte de preuves médico-légales
- L'évaluation de risque d'infection sexuellement transmissibles et le traitement préventif
- L'évaluation du risque de grossesse et sa prévention
- Le traitement des lésions
- L'accompagnement psychosocial et le suivi

III. PRINCIPES

Il n'appartient pas au prestataire de soins de déterminer si une personne a été violée. Il s'agit là d'une détermination d'ordre juridique. Le prestataire de soins doit par contre :

- - administrer les soins nécessaires, y compris le soutien psycho social
- - consigner les faits relatés, l'examen médical et d'autres d'informations afférentes et, avec l'accord de la personne concernée,
- - collecter toute preuve médico-légale qui pourrait s'avérer nécessaire dans une enquête ultérieure.

Le prestataire doit avoir la préoccupation préventive, curative, et médicolégale ainsi que le respect du secret professionnel.

IV. ORGANISATION DU TRAVAIL

IV.1 Prestataires

Les prestataires suivants doivent être impliqués dans la prise en charge des agressions sexuelles :

- Les agents de santé à base communautaire
- Les infirmiers
- Les sages femmes
- Les pharmaciens et les biologistes
- Les médecins généralistes et compétents
- Les gynécologues-obstétriciens
- Les agents sociaux

IV.2 Lieu

Les prestataires assurant la prise en charge des agressions sexuelles doivent veiller à l'organisation du travail et des locaux afin de garantir la confidentialité. L'organisation des locaux et des services doit permettre de garantir cette confidentialité à toutes les étapes de l'offre de services.

IV.3 Emploi du temps

Les services de prise en charge des agressions sexuelles doivent être disponibles 24h/24 et 7j/7.

COMPOSANTE 7 :

**AFFECTIONS GENITALES NON
INFECTIEUSES DE LA FEMME ET
L'HOMME**

PRESTATIONS DE SERVICE PAR NIVEAU POUR LES AFFECTIONS GENITALES

COMPOSANTES	N. Communautaire	Poste de Santé	Centre de Santé	H. Régional	H. National
Prévention et prise en charge des affections de l'appareil génital en dehors des cancers	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC • Prise en charge symptomatique des dysménorrhées • Détecter et orienter les cas suspects d'affection génitale 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC • Détection et prise en charge médicale ou référence des affections génitales • Suivi des malades contre référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC + counseling avec prise en charge psychologique des patients présentant des problèmes sexuels et des maladies graves. • Détection, prise en charge médicale et chirurgicale des affections génitales référées ou référence des affections nécessitant une exploration complémentaire et un traitement plus approprié • Suivi des malades contre référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC et prise en charge psychosociale • Détection, prise en charge médicale et chirurgicale des affections génitales référées ou référence des affections nécessitant une exploration complémentaire et un traitement plus approprié • Suivi des malades contre référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC • Prise en charge psychosociale • Prise en charge médicale et chirurgicale des affections génitales référées
Prévention et prise en charge des cancers génitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC • Référer les cas suspects • Accompagnement psychosocial des malades contre référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'IEC • Dépistage / Diagnostic précoce cancer du sein par *examen clinique systématique des seins à chaque consultation SR • * par examen visuel du col utérin sous spéculum à la CPN1 ou au besoin • Dépistage pathologies urologiques chez l'homme • * interrogatoire et référence devant cas de dysurie, pollakiurie, hématuries, dysfonctionnements sexuels chez l'homme • référence des cas suspects • suivi traitement palliatif pour les patients contre référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem + • Dépistage cancer du col:examen visuel du col utérin systématique puis examen avec application de lugol (IVL) et d'acide acétique (IVA), frottis cervico-vaginal et référer si anomalie • Dépistage cancer de la prostate par toucher rectal systématique à partir de 50ans • Référence les cas suspects de cancers génitaux • Suivi du traitement des patients contre référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem + • Dépistage / diagnostic <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du sein : cytoponction, mammographie, biopsie ou référer • Cancer du col : FCV, colposcopie, biopsie (si cytologies ou biopsies positives, faire confirmer par le niveau central) • Cancers uro génitaux chez l'homme : échographie, cystoscopie, biopsie, scanner • traitement des cancers du sein, du col et urogénitaux chez l'homme selon protocoles ou référer • suivi du traitement des patients contre référés (Chimiothérapie, traitement palliatif) • Recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem + • Diagnostic et tenue du Registre des cancers • * Confirmation diagnostic • * Dosage des récepteurs hormonaux des cancers génitaux • Traitement des cancers génitaux selon protocoles • Recherche opérationnelle

COMPOSANTE 8 :

**COMMUNICATION POUR
UN CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT**

I. DÉFINITION

Le changement de comportement est un processus d'amélioration des compétences des populations menant à l'adoption d'un comportement réfléchi et responsable dans le domaine de la santé de la reproduction. C'est un processus long et complexe.

II. LES COMPOSANTES

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) comprend :

- - le plaidoyer
- - la mobilisation sociale
- - l'information de la population à travers les réseaux de communication locale (les groupements de femmes, les mouvements de jeunes etc...)
- - le renforcement de la collaboration entre les structures de santé et les structures de communication afin de résoudre les problèmes locaux par des solutions locales.

III. LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE

La CCC vise à :

- a) amener la population à adopter un comportement responsable en matière de SR
- b) augmenter la demande des services SR
- c) contribuer à l'augmentation du taux d'utilisation des services SR

IV. CIBLES

Toutes les personnes chez lesquelles le changement de comportement est souhaité et toutes celles qui ont une influence sur elles.

V. ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail dépendra de la situation sur le terrain. Elle devra respecter les principes suivants :

- mener des activités à long terme
- assurer les liens ou la coordination permanente entre les structures de santé et la population
- assurer le fonctionnement de ces structures de communication en l'absence d'un appui extérieur
- assurer le leadership de la communauté dans le processus de changement de comportement

a) Le personnel :

Il peut s'agir des ASBC, les ARPV, les communicateurs traditionnels, les leaders religieux, les chefs coutumiers, les personnels de santé toutes catégories confondues.

b) Le lieu :

La CCC peut se faire dans la communauté et au niveau des structures de santé. Ces différents lieux doivent être confortables.

c) Emploi du temps et intégration :

L'emploi du temps des activités de CCC sera défini à partir des micro-plans locaux dans les communautés et au sein des structures de santé.

VI. DÉCENTRALISATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

La décentralisation et l'accessibilité des services de CCC nécessite :

- la promotion de l'information et l'offre des services par les pairs, les ASBC, les RPV etc...
- l'implication des leaders locaux, des autorités dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions
- une responsabilisation accrue des acteurs issus de la communauté
- la promotion de l'utilisation gratuite des médias de masse (RTS et radios communautaires)

VII. L'OFFRE DES SERVICES

Il se fait à deux niveaux :

- dans la communauté
- dans les structures en dehors de la consultation et au cours de la consultation

VIII. LA QUALITÉ DES SERVICES

Au sein des structures, la qualité des services sera déterminée entre autres par trois éléments :

- la qualité de l'information donnée
- la satisfaction des besoins des clients
- le respect des droits des clients

Au sein de la communauté, les acteurs devront respecter les valeurs, les coutumes, la dignité de la population tout en délivrant des informations correctes, objectives et adaptées.

PARTIE II :
LES NORMES DE SERVICES
DE SR

I. DROITS DES CLIENT(E)S EN SR

Les client(e)s des services de SSR ont droit à l'information, à l'accès aux services, au choix, à la sécurité, à l'intimité, à la confidentialité, à la dignité, à l'opinion, au confort et à la continuité des services.

I.1. DROIT A L'INFORMATION

Le droit à l'information se définit comme suit :

- A. Les client(e)s potentiels de la SSR doivent pouvoir trouver auprès de toute personne travaillant dans une structure de santé les informations suivantes :
 - L'existence de Services de Base Communautaire de SSR ;
 - L'emplacement des services de SSR ;
 - Les heures de services ;
 - Les méthodes disponibles ;
 - Les tarifs en vigueur.
- B. Les femmes et les hommes doivent être sensibilisés en matière de SSR à l'occasion de tout contact avec les services de santé ou les agents SBC.
- C. Toute femme ayant séjourné en maternité ou dans un service de gynécologie doit être informée sur les services de PF pour éviter les occasions manquées de lui offrir le service et couvrir d'éventuels besoins non satisfaits.
- D. Tous les services de SSR doivent organiser des activités d'IEC permettant d'occuper les client(e)s pendant le temps d'attente.
- E. Les services de SSR doivent consacrer suffisamment de temps aux client(e)s pour répondre aux questions concernant :
 - Leur désir de fécondité ;
 - Les méthodes contraceptives ;
 - L'allaitement maternel ;
 - La sexualité ;
 - La prévention des IST/SIDA.
- F. Tout client(e) ayant choisi une méthode contraceptive temporaire, doit recevoir toutes les informations sur :
 - Le mode d'action ;
 - La durée d'efficacité ;
 - L'utilisation ;
 - Les avantages et les inconvénients ;
 - Les effets secondaires.
- G. Tout client(e) ayant choisi une méthode contraceptive permanente doit recevoir toutes les informations concernant :
 - Les avantages et les inconvénients ;
 - L'irréversibilité de la procédure ;
 - La procédure y compris le type d'intervention chirurgicale, le type d'anesthésie, etc ;
 - Les risques de l'intervention chirurgicale y compris les complications les plus sérieuses ;
 - L'efficacité de ces méthodes ;
 - La possibilité pour le client(e) de changer d'avis à tout moment avant l'intervention.
- H. Tout client(e) ayant bénéficié d'une méthode contraceptive chirurgicale doit recevoir les instructions suivantes :
 - Comment soigner la plaie chirurgicale ;
 - La date de la première visite de suivi ;
 - Les signes d'alerte pour d'éventuelles complications ;
 - L'importance de la consultation médicale précoce en cas de complications ;
 - Le moment où il/elle peut reprendre ses activités sexuelles ;
 - L'importance, pour les clients ayant subi une vasectomie, d'utiliser d'autres méthodes contraceptives en attendant que les spermatozoïdes soient éliminés du liquide spermatique.
- I. Le prestataire doit toujours vérifier la compréhension par le client(e) des informations données et l'encourager à poser des questions.

I.2. DROIT À L'ACCÈS AUX SERVICES

Le droit à l'accès aux services de SSR se définit comme suit :

- A. Les services de SSR doivent être accessibles aux client(e)s tous les jours, aux heures ouvrables pour les structures et auprès des prestataires à tout moment.
- B. Les protocoles de services de SSR doivent être disponibles dans tous les services de SSR.
- C. Les services de SSR doivent prendre en charge toutes les composantes de la SSR telles que définies par les politiques de SSR pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.

I.3. DROIT AU CHOIX

En ce qui concerne la PF, le droit du client(e) au choix de services se définit comme suit :

- A. Toutes les méthodes contraceptives autorisées au Sénégal doivent être disponibles dans chaque centre suivant les normes définies par le présent document.
- B. Les prestataires de services doivent présenter à tout client(e) la gamme complète de méthodes contraceptives pour lui permettre de faire son choix.
- C. Pour les méthodes non disponibles dans les points de prestation de services de SSR, le personnel doit pouvoir orienter les client(e)s vers les centres habilités à les offrir.
- D. Une cliente qui a choisi une méthode à laquelle elle n'est pas éligible, doit en être informée et les méthodes alternatives devront lui être offertes.
- E. Tous les client(e)s doivent être informés qu'il est possible d'arrêter ou de changer de méthode temporaire à tout moment.
- F. Tout client(e) qui a choisi une méthode permanente doit avant l'intervention chirurgicale, reconformer son consentement libre et éclairé.

I.4. DROIT À LA SÉCURITÉ

Le droit à la sécurité se définit comme suit :

- A. Tout service de SSR doit utiliser des équipements et du matériel adéquat.
- B. Le respect de la date de péremption des produits de SSR est obligatoire.
- C. Tout prestataire de services de SSR doit obligatoirement respecter les protocoles de services.
- D. Tout client(e) doit être informé de la nécessité de retourner au point de prestation de services de SSR en cas de problèmes sans attendre la date de rendez-vous.
- E. Le calendrier de suivi doit respecter le protocole de prestation des services.
- F. En cas de complication, le prestataire doit recourir au besoin au système de référence suivant les normes définies dans le présent document.
- G. Pour la prévention des infections (PI), des directives doivent être élaborées et mises à la disposition des prestataires de services.

Elles portent notamment sur :

- Le traitement de matériel à usage unique (décontamination, manipulation, élimination) ;
 - Les procédures de décontamination du matériel réutilisable ;
 - Les procédures de stérilisation du matériel réutilisable ;
 - Les procédures d'élimination des déchets ;
 - Le respect des mesures d'asepsie.
- H. Tout clinique offrant des services de Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) doit disposer d'un équipement adéquat et d'une assistance efficace en cas de complications.

I.5. DROIT À LA L'INTIMITÉ ET À LA CONFIDENTIALITÉ

Le droit à l'intimité et à la confidentialité implique que :

- A. Les locaux doivent garantir l'intimité et la confidentialité des prestataires.
- B. Les prestataires doivent respecter l'intimité du client(e).
- C. L'accès au fichier médical doit être strictement réservé aux prestataires de services et aux autres personnes autorisées.
- D. Le prestataire veille dans la mesure du possible, à ne pas être interrompu durant la consultation.
- E. Tout le personnel doit respecter le secret professionnel.
- F. Le personnel médical doit toujours prendre soin d'expliquer la présence d'une tierce personne durant la consultation et solliciter l'avis du client(e) avant d'autoriser la présence de cette tierce personne.

I.6. DROIT À LA DIGNITÉ ET AU CONFORT

Ce droit implique que :

- A. L'ensemble du personnel doit traiter les client(e)s avec égard et respecter leur dignité.
- B. Le client(e) doit pouvoir s'exprimer librement.
- C. Les client(e)s doivent être encouragés à faire des suggestions concernant l'amélioration de la qualité des services.
- D. Les structures offrant des services de SSR doivent être bien entretenues et confortables.
- E. Le temps d'attente du client(e) doit être réduit au minimum possible.
- F. Les rendez-vous doivent être fixés en tenant compte de la disponibilité du client(e).
- G. Il doit être possible de procéder immédiatement à une ligature de trompes en post-partum chez les femmes qui le désirent, conformément aux protocoles en la matière.

I.7. DROIT À LA CONTINUITÉ

- A. pour assurer la continuité des prestations, tout service de SSR doit avoir un système de gestion efficace, un personnel disponible, du matériel et des produits adéquats et suffisants.
- B. Tout prestataire de services doit mener des investigations en cas de non-retour d'un client(e).
- C. Le rendez-vous de contrôle doit être communiqué au client(e) oralement et par écrit.
- D. Tout client(e) a le droit d'arrêter une méthode et d'en choisir une autre (avec l'information adéquate sur les méthodes alternatives).

II. LES BESOINS DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SR

II.1. BESOINS EN INFORMATION, FORMATION ET DEVELOPPEMENT INDIVIDUEL

II.1.1. Les documents de référence des services

Tout centre offrant les services de SSR devra mettre à la disposition du personnel au moins les documents de référence suivants :

- La politique nationale de santé ;
- Le programme national de santé de la reproduction ;
- Les documents de politique, standards et procédures des services de SSR ;
- La liste et les adresses des centres qui offrent les services de SSR, les services qui y sont disponibles et la liste des laboratoires de référence.

II.1.2. La transmission des nouvelles informations

Pour adapter la qualité des services offerts aux progrès, toute nouvelle information relative aux services de SSR devra parvenir aux prestataires de services dans un délai maximum de trois (3) mois.

II.1.3. Les profils des prestataires

Les différentes catégories des prestataires des services sont autorisées, après une formation adéquate, à offrir les services de SSR tels que prévus dans le tableau ci-dessous :

Personnel	Santé maternelle et péri-néonatale						SSRAJ	IST/ VIH	SBC/ SSR	MGF/ exci- sions	PEC Agressions sexuelles	Affections génitales	CCC
	PF	Surveillance grossesse, accouchement, PP	SONU	SAA	Fistules obstéri- cals	SPNN							
Agent communautaire	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Infirmier d'état	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sage-femme	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Médecin	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pharmacien	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Gynécologue-obstétricien	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Travailleurs sociaux	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chirurgien	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+

II.1.4. L'organisation de la formation

L'organisation de la formation en matière de services SSR nécessite la mise en place d'un certain nombre de dispositions. Les types de formation doivent être en corrélation avec le profil des participants.

Les formations suivantes sont destinées aux prestataires listés ci-dessous :

- **Prestation des services d'IEC/CCC en SSR** : Elle concerne les personnes des services médico-sociaux, les agents de développement, les ASC, les relais, les matrones et les Bajenu Gox.
- **Prestation des services cliniques de SSR** : Elle concerne les matrones et ASC formés dans le cadre de la délégation de tâches et de compétences, les assistants infirmiers, les infirmiers, les sages femmes, les médecins.
- **La formation en gestion des services** : Elle concerne les responsables de programmes et les superviseurs.
- **La formation en gestion des programmes** : Elle concerne les responsables de programmes et les superviseurs
- **La formation des formateurs** : Elle concerne les prestataires des services d'IEC/EVF, les prestataires des services cliniques et les gestionnaires des services de SSR expérimentés, selon les besoins et les critères spécifiques du MSP.

Un curriculum national de référence sera utilisé pour chaque type de formation.

La méthodologie de formation, comportera une phase théorique avec des démonstrations sur mannequin et une phase pratique en milieu de travail. La durée des formations sera déterminée en fonction du profil des participants et de la possibilité d'atteindre les objectifs d'apprentissage. L'approche expérientielle exploitant les méthodes participatives et humanistes devra être utilisée pour une durée de dix (10) jours.

Les niveaux acceptables de performances pour chaque type de formation sont d'au moins 80 % de réussite aux tests théoriques et 70 % de réussite aux tests pratiques.

Seuls les prestataires qui auront atteint **les niveaux de performances requis** auront droit à une attestation de fin de formation.

Le profil des formateurs : Les formateurs devront avoir suivi une formation des formateurs dans les domaines ciblés, justifier d'une expérience de terrain de deux ans au minimum dans l'offre de services PF et avoir des compétences en andragogie.

L'invitation des participants aux différentes sessions de formation doit leur parvenir au moins une semaine avant la date prévue du début de la session.

Le suivi de la formation doit être assuré dans un délai de trois mois après la formation.

Autres dispositions :

- Les écoles médicales et paramédicales ainsi que les institutions d'enseignement technique et professionnel en santé devront intégrer la SSR dans leurs programmes de formation en se référant aux curricula nationaux de formation.
- Les différents intervenants en matière de services de SSR devront développer des plans de formation et de recyclage basés sur les curricula de formation nationaux et des moyens de motivation des différentes catégories de leurs personnels.

II.2. BESOIN EN GESTION ET SUPERVISION

II.2.1. Le travail d'équipe

Pour une intégration efficace des services de SSR, les membres du personnel doivent former une équipe solidaire et polyvalente.

II.2.2. Le Suivi Des Activités

Un suivi permanent des activités de SSR doit être assuré en vue de garantir des services de qualité. Pour ce faire, les activités suivantes seront initiées par les différentes équipes polyvalentes des services de SSR au moins tous les trois (3) mois :

- L'auto évaluation de la qualité des services offerts ;
- L'entretien avec les client(e)s ;
- L'élaboration des plans d'action comprenant les problèmes identifiés, les solutions envisagées et les personnes chargées du suivi ;
- La mise en œuvre des solutions préconisées ;
- L'évaluation des résultats.

II.2.3. La supervision

Elle doit être formative et intégrée. Le but de la supervision est d'améliorer la qualité de l'offre de services.

II.2.3.1. Objectifs de la supervision formative intégrée

- Accroître les compétences en SSR des agents de santé dans les domaines de la clinique, de l'IEC/CCC et de la gestion logistique des médicaments essentiels ;
- S'assurer de l'adéquation entre les services offerts et les normes, protocoles du programme SSR ;
- Aider à la résolution des problèmes.

II.2.3.2. Périodicité de la supervision formative intégrée

Le calendrier suivant doit être observé en matière de supervision des services de SSR.

SUPERVISION	NIVEAU			
	Case	Poste de Santé	District	Région
Périodicité de la supervision	Tous les mois	Au moins tous les 2 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
Superviseurs	Infirmier Chef de Poste	Equipe cadre de district	Equipe cadre de région	Equipe nationale

II.2.3.3. Outils de supervision

Les superviseurs utiliseront au moins les outils suivants :

- Une grille de supervision intégrée pour les conditions de travail, les connaissances et aptitudes du personnel, le niveau de satisfaction des client(e)s ;
- La description des postes des différentes catégories du personnel supervisé ;
- Les standards de normes et procédures des services.

II.2.3.4. Eléments de la supervision

Les éléments suivant doivent faire l'objet de la supervision conformément à la grille :

- L'observation des infrastructures et des locaux ;
- La gestion des activités ;
- Le remplissage des supports de gestion ;
- Les compétences techniques des prestataires en PF, CPN, SAA, SONU, CPoN, PI, CCC, logistique des médicaments ;
- L'analyse des statistiques de services de SSR.

III.

**NORMES DE SERVICES
SPECIFIQUES PAR
COMPOSANTE**

Normes de PF