

République du Rwanda



Ministère de la Santé
BP. 84 Kigali

**PLAN STRATEGIQUE POUR ACCELERER LA
REDUCTION DE LA MORBIDITE ET MORTALITE
MATERNELLE ET NEONATALE
*2005- 2015***

Kigali, Février 2007

TABLE DES MATIERES

1

TABLE DES MATIERES	2
Sigles et abréviations	4
PREFACE.....	5
RESUME	6
INTRODUCTION.....	7
I. JUSTIFICATION.....	7
2.1. Contexte général.....	8
2.2. Contexte Démographique :.....	9
2. 3. Contexte économique	9
2.4 Contexte socioculturel :	9
III. Systèmes de santé.....	10
3.1. Politiques et plans en matière de santé	10
3.2. Problèmes majeurs de santé	10
3.3 Accès aux soins.....	11
3.4. Mortalité maternelle et néonatale	11
IV. RESSOURCES POUR LA SANTE :.....	12
4.1. Ressources humaines	12
4.2. Ressources financières.....	12
4.3. Infrastructures.....	12
4.4. Approvisionnement en médicaments essentiels et autres intrants	12
Analyse de la réponse nationale vis-à-vis de la mortalité maternelle et néonatale.....	13
V. Plan stratégique	18
5.1. VISION	18
5.2. Principes directeurs et valeurs :.....	18
5.3. But	19
5.4. Objectif général	19
5.5. Objectifs spécifiques	20
5.7. Grands axes stratégiques :	21
5.8. Interventions	39
5. 9. CADRE INSTITUTIONNEL DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE.....	47
5.10. Le coût et financement du plan stratégique de réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale.....	48
5.11. Suivi et Evaluation.....	49
5.11.1. Réunion des intervenants au niveau national	50
5. 11. 2. Promotion et diffusion du plan stratégique	50
5.11. 3. Engagement de tous les Partenaires:.....	50
5.11. 4. Mobilisation des Ressources:	50
5.11.5. Nomination et opérationnalisation du groupe technique	50
5.11.6. Les indicateurs de bon déroulement.....	50
5.11.7. L’audit de la mortalité maternelle	51
VI. Conclusion.....	51
PARTENAIRES AYANT ADHERE AU PLAN STRATEGIQUE POUR ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE :.....	52

Annexe 1 : Plan d'action (Cadre logique : Objectif spécifiques, résultats attendus, IOV, Moyens de vérification, calendrier et suppositions) et Budget	53
Annexe 2. Tableau des indicateurs	56
ANNEXE 3 : Glossaire des concepts fondamentaux	57

Sigles et abréviations

AMR	: Association Médicale du Rwanda
ANIR	: Association Nationale des Infirmières du Rwanda
CCC	: Communication pour le changement de comportements
CDC	: Comité de Développement Communautaire
CDV	: Conseils pour le Dépistage Volontaire
CHUK	: Centre Hospitalier Universitaire de Kigali
CIPD	: Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CPN	: Consultations Périnatales
CpoN	: Consultations postnatales
DSRP	: Document de stratégie de réduction de la pauvreté
EDS	: Enquête de Démographie et de Santé
EPS	: Education pour la Santé
FOSA	: Formations Sanitaires
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MIGEPROF	: Ministère du Genre et de la Promotion Familiale
MIJESPOC	: Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture
MINALOC	: Ministère de l' Administration Locale, de la bonne Gouvernance et des affaires Sociales
MINECOFIN	: Ministère des Finances et de la Planification Economique
MINIJUST	: Ministère de la Justice
MINISANTE	: Ministère de la Santé
MMR	: Maternité à Moindres Risques
ODM	: Objectifs de Développement du Millénaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementales
PF	: Planification Familiale
PMTCT	: Prevention of Mother to Child Transmission (of HIV)
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PQS	: Promotion de la Qualité des Soins
PRSP	: Poverty Reduction Strategic Plan
PSSS	: Plan stratégique du secteur santé
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
SAA	: Soins Après Avortement
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SMN	: Santé Maternelle et Néonatale
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence
SR	: Santé de la Reproduction
SWAP(s)	: Sector Wide Approach of Programming
UNFPA	: United Nations Fund for Population
UNICEF	: United Nations Fund for Children
USAID	: United States Agency for International Development
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience humaine /Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

PREFACE

Le développement sanitaire constitue une des priorités du Gouvernement Rwandais. En effet, dans son discours d'investiture pour le septennat en cours, dans le plan de développement, le Président de la République du Rwanda Son Excellence Paul KAGAME affirme que « le Gouvernement mettra en œuvre une politique de santé ayant pour objectif la santé pour tous au moyen d'un système global, accessible, acceptable et efficace devant assurer la priorité aux soins de santé primaire, surtout en matière préventive».

Dans ce cadre, non seulement l'accessibilité par la population aux soins curatifs doit être garantie, mais aussi les activités préventives doivent retrouver leur place dans la protection et la promotion de la santé de la population. Ce qui cadre bien avec les objectifs du millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité infantile et le ratio de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 respectivement de deux tiers, et trois quart. En effet, d'après l'Enquête de Démographie et de Santé de 2005, les mortalités maternelle et infantile restent préoccupantes et très élevées, respectivement de 750 pour 100.000 naissances vivantes et de 86 pour 1000 naissances vivantes dont 37 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité néonatale et 49 pour 1000 pour la mortalité postnatale .

Ce plan propose le renforcement des interventions visant une maternité à moindres risques en général et l'introduction et le maintien des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en particulier.

De plus, ceci est un plan dynamique qui propose l'intégration continue de nouvelles interventions dans un cadre général de soins intégrés et continus dans le temps et dans l'espace.

De ce fait, sa mise en œuvre implique l'engagement effectif de chaque intervenant à tous les niveaux selon son mandat et ses capacités, tel que stipulé dans la politique et les principes de santé de la reproduction.

Convaincus que la réduction de la morbidité et mortalité maternelle est difficile mais possible, nous tenons à inviter tous les intervenants à s'engager et soutenir les efforts visant la mise en œuvre des stratégies et interventions contenues dans ce plan stratégique de réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale.

Le Ministre de la Santé,

Dr. Jean Damascène NTAWUKULIRYAYO.

RESUME

Le plan de réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale du Rwanda est conçu dans le but d'améliorer l'état de santé de la mère et du nouveau-né au Rwanda en visant l'atteinte des Objectifs du Millénaires pour le Développement.

En rapport avec la santé maternelle et néonatale, sont exposés, par chapitre, les points suivants :

- La justification de l'élaboration de ce plan à savoir la nécessité d'opérer des modifications dans la manière de mener les interventions propices à la réduction de la morbidité et mortalité materno-infantile tel que recommandé par l'OMS et adopté par les pays membres de l'Union Africaine ;
- Les valeurs et les principes de la mise en œuvre du plan ;
- L'analyse situationnelle de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infantile et du contexte de la SMI du pays du point de vue géographique, économique, et socioculturel et l'analyse du système de santé et ses ressources notamment humaines caractérisées par des couvertures inadéquates ;
- Les réalisations faites en vue de répondre à cette situation et l'analyse des forces et des faiblesses, des opportunités et des menaces ;

Les quatre grands axes stratégiques et des interventions prioritaires (afférentes à l'analyse précédente) à mettre en œuvre ainsi que leurs coûts estimatifs :

- i) l'amélioration des conditions liées au genre entretenant la vulnérabilité de la femme,
- ii) l'amélioration du cadre juridique et institutionnel,
- iii) le renforcement du système de santé,
- iv) l'amélioration de la fourniture des services de soins maternels et néonataux notamment les SONU ; ces stratégies doivent permettre d'atteindre l'objectif général du plan qui est de réduire de manière significative la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale au Rwanda.

- Une proposition de protocole d'accord entre les partenaires pour manifester leur intérêt à soutenir et appuyer la mise en œuvre du présent plan stratégique et ;
- Quatre annexes placés en fin du document contiennent respectivement : i) le cadre logique du plan, ii) les indicateurs du suivi/évaluation de sa mise en œuvre, iii) un glossaire des concepts fondamentaux de SR et iv) les références bibliographiques utilisés.

INTRODUCTION

Depuis 1987, date de la première conférence internationale tenue à Nairobi sur la maternité sans risques, on est arrivé à une meilleure compréhension des interventions efficaces et des obstacles à l'accès aux soins dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle. Une consultation technique internationale a été organisée à Colombo en 1997 et les Organisations du système des Nations Unies sont parvenues à un consensus sur les actions qui sont efficaces et les moyens de les mettre en oeuvre.

Deux changements essentiels doivent être pris en compte :

- un engagement de la société à tous les niveaux (politique, économique, social, religieux et familial) en faveur de la maternité sans risque. Les décideurs doivent défendre l'idée que la grossesse et l'accouchement peuvent et doivent être rendus plus sûrs, sachant que toute grossesse comporte un risque et que dans la majorité des cas les complications de l'accouchement ne sont pas toutes prévisibles ;
- des améliorations au niveau de l'accès aux prestations de santé et de la qualité de ces dernières. Le but doit être de faire en sorte que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier d'un traitement préventif et curatif adéquat, de la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement et des soins requis en cas de complications obstétricales (soins obstétricaux d'urgence). Il s'agira aussi d'améliorer l'accès à des moyens efficaces de contraception et de s'attaquer au problème liés aux avortements ; la satisfaction des besoins particuliers des filles et des femmes tout au long de leur vie (la possibilité de choisir combien elles veulent d'enfants et à quel moment, d'utiliser les services de santé en favorisant un système de solidarité surtout pendant les périodes vulnérables que sont la grossesse et l'accouchement, d'apporter une attention particulière à leurs besoins éducatifs et nutritionnels).

Le présent Plan Stratégique tient compte de toutes ces recommandations et des défis identifiés à l'analyse des champs de force.

I. JUSTIFICATION

Chaque année au Rwanda près de 2 731 femmes meurent des complications d'une grossesse et un nombre indéterminé aura supporté, tout le reste de leur vie, de graves séquelles : infection pelvienne, infertilité ultérieure, anémie chronique fistules et prolapsus utérin. La plupart de ces séquelles peuvent être évitées, compte tenu de l'état actuel des connaissances et des moyens techniques disponible à ce jour. La persistance de ces complications traduit une répartition inégale des ressources sanitaires à travers le pays et le non-respect des droits de la femme en matière de santé reproductive et sexuelle.

Il a été démontré que la plupart des femmes qui meurent ou qui ont des séquelles graves suite à une grossesse et/ou à un accouchement sont celles qui n'ont pas eu accès à des soins de santé de qualité pour des raisons diverses (Rapport mondial de la santé 2005).

En plus des facteurs médicaux, ces décès et ces séquelles sont inextricablement liés à des facteurs éducatifs, sociaux, économiques, culturels et légaux. Les différents secteurs et

acteurs capables d'apporter des réponses spécifiques à ces corollaires des causes médicales n'ont pas à ce jour joué leurs rôles respectifs de façon continue.

Depuis quelques années des efforts notoires sont déployés pour améliorer les conditions de vie de la population. Cet engagement politique se traduit par les interventions importantes du gouvernement visant à réduire l'illettrisme, à garantir l'accès universel à l'éducation fondamentale, à lutter contre la mortalité infantile, à augmenter la production nationale. Toutefois, les interventions visant à réduire la mortalité maternelle n'ont pas pu contrôler l'expansion de ce phénomène chronique. Même là où l'offre des services de santé est appréciable, la demande reste faible.

Les moyens technologiques de la réduction de la mortalité maternelle existent et ont fait leur preuve à travers le monde, tant dans les pays développés que dans ceux en développement.

C'est au cours de l'année 2004 que les pays membres de l'Union Africaine ont adopté la feuille de route africaine pour « accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale » qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Dans cette perspective, les pays se sont engagés notamment à formuler une politique nationale de santé maternelle visant la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

Au Rwanda, les efforts ont été fournis pour faire face à ce défi et un certain nombre d'études ont été réalisées, notamment : l'étude sur les raisons de l'accouchement à domicile, l'évaluation qualitative de la planification familiale, l'évaluation des soins obstétricaux d'urgence. L'étude sur les raisons de l'accouchement à domicile (MINISANTE 2003), l'évaluation qualitative de la planification familiale (MINISANTE 2002), l'évaluation des soins obstétricaux d'urgence (MINISANTE/UNICEF 2004)

Ces études ont permis d'obtenir les informations pertinentes sur la problématique de la mortalité maternelle et néonatale.

Ce plan servira à accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale selon les indicateurs proposés par la feuille de route africaine.

2.1. Contexte général

Le Rwanda s'étend sur 26.338 Km². C'est un pays montagneux et enclavé, situé dans la région des Grands Lacs, avec un climat tempéré.

Au cours de l'année 1994 le Rwanda a connu un génocide au cours duquel la plupart des ressources pour la santé ont été détruites. Ce génocide a également laissé un nombre élevé de veuves et d'orphelins et un profil spécifique de pauvreté dans le pays avec une réduction significative des ressources humaines, matérielles et des infrastructures et une augmentation de la prévalence du VIH/SIDA et des autres endémies.

2.2. Contexte Démographique :

La population du Rwanda est de 8.128.553 habitants (Recensement de la Population et de l'Habitat 2002), dont 45% ont moins de 15 ansⁱ. La densité de la population est de 329 habitants au Km², l'une des plus élevées dans le monde : 85% des habitants vivent en milieu rural. Le ratio des femmes par rapport aux hommes est de 1.1 et plus d'un tiers de tous les ménages (35,2%) sont dirigés par des femmes. La croissance annuelle de la population est de 2.8 % et l'indice synthétique de fécondité est 6.1 (EDS 2005). L'espérance de vie à la naissance est de 49 ans pour l'ensemble de la population. Elle est de 49 ans pour les hommes et de 51 ans pour les femmes. Chez les adolescents (12 à 19 ans), 4 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde, dont 3,9 % en milieu rural et 3 ,5% en milieu urbain.

2.3. Contexte économique

L'économie a repris fortement depuis la fin de la guerre et du génocide. Il y a eu une croissance économique constante de plus de 10 % en moyenne annuellement entre 1996 et 2002 et l'inflation a été maintenue à un faible taux. Cependant avec un produit intérieur brut de 230\$ⁱⁱ par tête d'habitant, le Rwanda reste un des pays les plus pauvres du monde. La pauvreté est plus grande dans les zones rurales et a un impact plus important sur les ménages dirigés par des femmes. En 2001, 66 % de la population globale vivait en dessous du seuil de pauvreté et 42% dans l'extrême pauvretéⁱⁱⁱ. Notons que 90% de la population active en milieu rural vit de l'agriculture.

Le Rwanda est en train de mettre en application sa stratégie de réduction de la pauvreté et de croissance économique à moyen terme. Le DSRP sert de base à la planification sectorielle stratégique et offre un cadre qui oriente les dépenses gouvernementales vers les domaines d'actions prioritaires. Une sécurité permanente, la croissance économique et la stabilité sont supposées être des conditions nécessaires pour une mise en application réussie du DSRP et du PSSS.

Le pays a atteint le point d'achèvement de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) en 2005, ce qui lui a permis de bénéficier d'un important allègement des dettes, dont l'annulation de la totalité de ses créances envers les membres du club de Paris. Cette situation permettra certainement à l'Etat d'injecter davantage de ressources dans les secteurs sociaux pendant les années à venir.

2.4 Contexte socioculturel :

La société traditionnelle rwandaise est basée sur le patriarcat, qui constitue le point de départ de l'inéquité de genre, avec une préférence pour les garçons. Les filles sont plus sujettes à l'abandon scolaire que les garçons. La dot peut constituer un signe de dépendance de la femme vis-à-vis de la famille de son mari.

Les valeurs traditionnelles donnent à l'homme le rôle de leader alors que la femme doit se soumettre car la société ne l'encourage pas à exercer un rôle de leadership et de prise de décision. La plupart des femmes s'occupent des tâches domestiques et de travaux champêtres. Jusqu'à un passé récent, le peu de femmes travaillant dans l'administration

publique et le secteur privé occupaient des postes de secrétariat ou autres postes administratifs à responsabilité limitée.

Cependant, dans le cadre de l'application de sa politique d'équité de genre, le gouvernement a pris des dispositions pour faciliter l'accès des femmes à des postes politiques ou administratifs de niveau supérieur. Actuellement le Parlement (Chambre des Députés et Sénat) est constitué à plus de 30% par des femmes dont 48,8 % (39 femmes sur 80 parlementaires) dans la Chambre des Députés et 34,6 % (9 femmes sur 26 sénateurs). (Rapports annuels de l'Assemblée Nationale). Députés et Sénat) est constitué à plus de 30% par des femmes dont 48,8 % (39 femmes sur 80 parlementaires) dans la Chambre des Députés et 34,6 % (9 femmes sur 26 sénateurs). (Rapports annuels de l'Assemblée Nationale 2004)

III. Systèmes de santé

3.1. Politiques et plans en matière de santé

La vision globale du Gouvernement du Rwanda est de garantir le bien être de la population en augmentant la production et en réduisant la pauvreté dans le cadre de la bonne gouvernance.

Depuis 1995 le Rwanda est dotée d'une politique de santé basée sur la décentralisation du système de santé avec les districts comme unité de base opérationnelle du système, le développement des soins de santé primaires et le renforcement de la participation communautaire à la gestion et au financement des services.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, le pays s'est doté d'un certain nombre d'outils stratégiques spécifiques à savoir : le plan stratégique du secteur santé 2005-2009, la Politique Nationale de Santé de la Reproduction, les plans stratégiques sectoriels spécifiques au Paludisme, au VIH/SIDA, à la Nutrition et à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), et à la Planification Familiale.

3.2. Problèmes majeurs de santé

Les principaux problèmes de santé, au Rwanda, sont les maladies transmissibles qui pour la plupart sont évitables par des mesures d'hygiène et des changements de comportement. Ainsi selon le rapport du SIS en fin 2004, parmi les 10 premières causes de morbidité au Rwanda figurent le paludisme (simple confirmé, simple présumé ou grave), les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques, les affections gynéco obstétricales et les IST, le traumatisme physique, le SIDA (présumé ou confirmé), la tuberculose pulmonaire.

Selon l'EDS 2005, la prévalence du VIH/SIDA chez les hommes et les femmes de 15-49 ans dans la population totale est de 3,0 % (i.c.= de 2,6 à 3,4). Les femmes, avec un taux de 3,6% sont nettement plus infectées que les hommes à 2,3 %.

Le paludisme totalise au moins 40% de toutes les consultations des Centres de Santé ; en 2001 son taux de létalité était estimé à 10, 1% dans les hôpitaux de district et 2,7% dans les Centres de Santé (vi). Toujours selon le SIS 2004, les 10 premières causes de décès sont l'accès palustre grave, les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, le SIDA

(préssumé ou confirmé), l'accès palustre simple confirmé, la diarrhée non sanglante, l'accès palustre simple présumé, la diarrhée sanglante, la tuberculose pulmonaire, la malnutrition protéino-énergétique, le traumatisme physique.

3.3 Accès aux soins

L'accès géographique aux infrastructures médicales est la même que celle des pays de la région, avec 60% de la population qui vit dans un rayon de 5km du centre de santé, et 85% de la population qui vit dans un rayon de 10km^{iv}. La disparité de l'accès géographique existe cependant entre les provinces.

L'accessibilité financière a été améliorée ces dernières années notamment par la mise en place progressive de mutuelles de santé qui couvre en avril 2005, 274 FOSA sur 385 que compte le pays, soit une population de 2.758.000 habitants représentant 35,1% de couverture de la population totale. Ces mutuelles prennent en charge les affections les plus courantes et les soins liés à la grossesse et l'accouchement.

La mise en place de l'approche contractuelle a également amélioré l'accessibilité aux soins de qualité.

Le taux d'accouchement assisté par une personne formée n'est que de 38,7% tandis que le taux d'accouchement dans les formations sanitaires est de 28,2% (EDS 2005).

3.4. Mortalité maternelle et néonatale

Selon le rapport sur la santé dans le monde, les décès néonataux passent souvent inaperçus suite à la sous notification des naissances et plus encore celle des mortinaissances (4 % des cas) dans plusieurs pays dont le nôtre. En effet selon le même rapport dans le monde quelques 4.000.000 de nouveaux-nés meurent avant l'âge de 4 semaines dont 98 % dans les pays en développement.

De plus pour une femme, le risque de perdre un nouveau-né au cours de sa vie est de 1/5 en Afrique contre 1/125 dans les pays développés.

Au Rwanda, la mortalité maternelle a connu un accroissement au cours de ces dernières années passant de 500 pour 100.000 naissances vivantes en 1992 à 1071 pour 100.000 naissances vivantes en 2000.

L'EDS 2005 a montré une légère régression jusqu'à 750/100.000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité néonatale a aussi régressé de 56 pour 1000 naissances vivantes en 1992 à 52 pour 1000 en 2000 puis de 37 pour 1000 en 2005.

Au Rwanda, les causes de mortalité maternelle et néonatale sont similaires à celles des autres pays. En effet, les causes directes sont l'hémorragie, les infections, les avortements septiques, et l'éclampsie.

Tel que relevé par différentes études sur la santé maternelle, l'un des facteurs de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale est la forte proportion des accouchements à domicile, sans assistance d'une personne qualifiée, pour des raisons multiples.

IV. RESSOURCES POUR LA SANTE :

4.1. Ressources humaines

L'insuffisance de professionnels de la santé reste un des plus grands défis du secteur santé. Le nombre de médecins et d'infirmières qualifiées dans le pays est insuffisant et le problème est particulièrement aigu dans les zones rurales. En effet le taux de couverture en personnel est de 1 médecin pour 50.000 habitants, 1 infirmier pour 3.900 habitants avec une proportion de 17% des infirmiers exerçant en milieu rural, ce qui dénote d'une répartition non équitable.

Au sein du système de santé public le personnel est peu motivé, ce qui peut expliquer le départ de plusieurs médecins vers le secteur privé.

En 2003, il y avait 168 médecins et 2157 infirmières travaillant dans le secteur public. En plus il existe de larges disparités entre les provinces et entre les zones urbaines et les zones rurales, un phénomène explicable par les bas niveaux de salaires de base et le manque d'une structure de primes efficaces qui favoriseraient le milieu rural.

En fin 2004, le secteur public ne comptait que cinq spécialistes en gynécologie et Obstétrique dont 4 sont basés dans la Ville de Kigali. Dans le secteur privé, on en trouvait que deux. Les sages-femmes diplômées étaient au nombre de 61, travaillant toutes à Kigali ou dans les autres grandes villes.

Cette réalité limite grandement l'accès des populations aux soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence.

4.2. Ressources financières

Le secteur santé dépend grandement du financement extérieur. En effet, 46 % des ressources financières du secteur proviennent de la coopération internationale et bilatérale contre 54 % du gouvernement (MINECOFIN : Poverty Reduction Strategy, Annual Progress Report, July 2005).

4.3. Infrastructures

Les infrastructures sont de manière générale dans un état satisfaisant, grâce aux efforts considérables de construction et de réhabilitation entrepris après le génocide de 1994. Dans le secteur public gouvernemental et le secteur non lucratif il y a 385 centres de santé, 34 hôpitaux de districts et 4 hôpitaux de référence nationale (Rapport annuel MINISANTE, 2004).

Au cours des dernières années, le secteur santé a connu une expansion du secteur privé avec aujourd'hui 325 dispensaires et cliniques privés, dont 52% se trouvent dans la Ville de Kigali.

4.4. Approvisionnement en médicaments essentiels et autres intrants

L'approvisionnement en médicaments essentiels y compris les contraceptifs et autres intrants est assuré par la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et de consommables médicaux (CAMERWA). Le problème de l'accès aux médicaments essentiels reste aigu en

raison du faible pouvoir d'achat de la population et des faiblesses dans la réglementation des prix. Cependant, l'institutionnalisation des mutuelles de santé contribuera à y remédier

Le Ministère de la santé bénéficie de l'appui technique et financier des différents partenaires œuvrant dans la SR pour assurer la disponibilité des produits essentiels pour une prise en charge préventive et curative.

Analyse de la réponse nationale vis-à-vis de la mortalité maternelle et néonatale

Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces	Défis	Initiatives en cours
Au niveau communautaire			
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'accoucheuses traditionnelles - Existence des animateurs de santé - Existence d'un système de transport communautaire (hamac, ingobyi) - Umudugudu comme base pour l'offre des soins à base communautaire (MINISANTE : Programme de santé communautaire) - Emergence des radios communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Croyances traditionnelles encourageant l'accouchement à domicile - - - Faible pouvoir de prise de décision de la femme en matière de SR - Faible utilisation de la PF due à la mentalité de remplacement des disparus après la guerre et le génocide - Manque de communication / éducation entre parents et enfants en matière de sexualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le taux d'analphabétisme surtout de la femme - Réduire le niveau de pauvreté grandissante surtout chez la femme en milieu rural - Amoindrir l'impact socio-économique lié à la mortalité maternelle dû au SIDA - Assurer l'implication de l'homme dans la résolution des problèmes de SMI - Renforcer le pouvoir de décision de la femme 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes de réorientation du rôle des AT auprès des femmes dans certains districts - Distribution à base communautaire des condoms et des contraceptifs oraux - - Programme de plaidoyer pour l'égalité du genre - Programme des mutuelles de sante - Mise en place d'un SIS communautaire dans 2 districts pilotes (Kicukiro et Kirehe) - Projets générateurs de revenus en faveur des associations féminines

Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces	Défis	Initiatives en cours
Au niveau des Politiques			
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de documents de politiques et stratégies nationaux et internationaux : <ul style="list-style-type: none"> • Politique SR • Politique du Genre • Politique de population • Stratégie nationale de PF • Plan stratégique de prévention du paludisme chez la femme enceinte • Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA dont la PTME • Stratégie nationale PCIME intégrant le nouveau né • MDGs • Roll Back Malaria • NEPAD • PRSP • Conventions internationales (droits de l'enfant, femmes...) • 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une loi sur la santé de la reproduction 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les lois existantes et relatives à la santé reproductive (âge légal du mariage, code de la famille, loi sur la répression des violences sexuelles) • Allouer une ligne budgétaire spéciale aux différentes composantes de SR 	<ul style="list-style-type: none"> • Création des mutuelles de santé • Existence des CNF, CNJ, et autres associations • Intégration de la MMR dans les curricula des ESI •

Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces	Défis	Initiatives en cours
<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie de réduction de la pauvreté qui prend en compte la santé de la reproduction • Politique nationale d’habitat regroupé • Politique nationale de décentralisation • 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible appropriation des programmes nationaux par la population 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehausser le taux d’utilisation des services de santé en particulier ceux de SR 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme des animateurs de santé chargés de jouer l’interface entre les FOSA et la population • Initiatives visant à transformer les accoucheuses traditionnelles en conseillers pour la santé maternelle • Mise en place des mutuelles de santé et d’autres initiatives visant la réforme sanitaire
Au niveau du système et des services de santé			
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration du système de santé dans les structures administratives • Existence d’un département de sages-femmes fonctionnelle au sein de l’Institut Supérieur de Santé de Kigali (KHI) • Volonté politique de favoriser la spécialisation des médecins • Mise en place d’un système de 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible taux d’accouchement dans les formations sanitaires • Répartition inadéquate des ressources humaines • Faible accessibilité financière et géographique des services (<i>relief accidenté</i>) • Manque d’intégration des services de la mère et de l’enfant (PTME, TPI/CPN focalisées, nutrition, PF, , PCIME, etc. • Les documents de normes 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la disponibilité continue des services, matériel et équipements • Assurer la professionnalisation des accouchements • Améliorer le système de référence contre - référence • Intégrer les services (SMI, IST, VIH/SIDA/ CDV/ PTME, TPI, PEV, Nutrition et PF) pour l’utilisation efficace des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation / recyclage des personnels de santé en prestation des services de PF, SONU, SMI, IST, VIH/SIDA/ CDV/ PTME, TPI, PEV, Nutrition, PCIME et PF) • Formation en gestion des services de SR • Implantation des programmes de PTME et CDV dans les formations sanitaires <p>Promotion de la subvention des soins basée sur la performance à travers l’approche contractuelle.</p>

<p>référence avec ambulances et équipement de radio communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de la Centrale d'achat des médicaments essentiels au Rwanda (CAMERWA) • Mise en place d'un système de sécurisation des produits SR • Instauration de l'approche contractuelle (Financement basé sur la performance) • Mise en place de la commission nationale de lutte contre le SIDA et du centre de traitement et de recherche sur le VIH/SIDA • Mesures incitatives pour les femmes qui ont complété 4 visites prénatales recommandées par l'OMS : Accouchement gratuit • Distribution des MII subventionnées aux femmes enceintes • Introduction du TPI chez la femme enceinte • Supplémentation gratuite des femmes enceintes en fer/acide folique 	<p>,standards et protocoles en santé maternelle et néonatale ne sont pas à jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impact négatif de la pandémie de SIDA sur les ressources humaines et financières • Insuffisance de banques de sang en dehors de la capitale • Inexistence de services de consultation post-natale et prénuptiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Elargir le PMA de SR (consultation prénuptiale, postnatale, SRA, genre, violences sexuelles, SAA) • Améliorer l'état nutritionnel des femmes, notamment celles enceintes et allaitantes • Mettre en place un système de surveillance de la mortalité maternelle et d'audit des décès maternels • Améliorer la disponibilité et l'utilisation des services de planification familiale • Passer les SONU à l'échelle nationale 	<p>Elaboration de la stratégie nationale de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de la stratégie nationale de nutrition notamment la nutrition dans le contexte du VIH/SIDA • Elaboration/révision des modules et outils SR • Intégration IPT/PMTCT (CPN focalisées)
---	--	--	---

Forces / Opportunités	Faiblesses / Menaces	Défis	Initiatives en cours
Partenariat et mobilisation des ressources			
<p>Engagement réel des partenaires présents sur le terrain (agences des Nations Unies, agences de coopération bilatérale et multilatérale, ONG)</p> <p>Implication des autres ministères dans les activités de santé de la reproduction</p> <p>Intérêt grandissant des bailleurs de fonds à financer la santé maternelle et néonatale</p> <p>Engagement réel de la société civile dans le domaine de la santé de la reproduction</p> <p>Existence d'un financement important dans le domaine de VIH/SIDA et paludisme</p>	<p>Faiblesse du mécanisme de coordination des interventions en santé de la reproduction</p> <p>Manque d'intégration des services de la mère et de l'enfant (PTME, TPI/CPN focalisées, nutrition, PF, PCIME, etc.)</p>	<p>Redynamiser l'organe technique de coordination des intervenants en santé</p>	<p>Mise en œuvre de quelques projets avec l'appui des partenaires</p> <p>Projet de Santé de la Reproduction des Adolescents mis en œuvre par le MIJESPOC</p> <p>Projet d'intégration du PTME et de la SR avec la collaboration du Projet Intrahealth/ Capacity</p>

V. Plan stratégique

5.1. VISION

La mise en œuvre effective de ce Plan Stratégique d'Accélération de la Réduction de la Morbidité et Mortalité Maternelle et Néonatale permettra, grâce à des interventions multisectorielles coordonnées, efficaces et soutenues, d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né, dans le cadre d'un développement humain durable.

Ce plan constitue une référence incontournable pour l'ensemble des intervenants et des communautés dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

5.2. Principes directeurs et valeurs :

Les principes suivants vont guider la planification et la mise en œuvre du plan pour assurer l'efficacité et la pérennité des interventions :

- **Base factuelle:** s'assurer que les interventions sont basées sur une évidence prouvée et qu'elles sont rentables (rapport coût efficacité) ;
- **Intégration des Services de Santé:** se focaliser sur la prestation des soins de santé maternelle et néonatale à tous les niveaux, en utilisant les soins de santé primaires dans une synergie totale des interventions des principaux programmes de santé mis en œuvre sur le terrain ;
- **Complémentarité:** partir des programmes existant et tenir compte des avantages comparatifs des différentes interventions dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé maternelle et néonatale ;
- **Partenariat:** promouvoir le partenariat, la coordination et la programmation conjointe entre les parties prenantes y compris le secteur privé, les associations professionnelles et les conseils à tous les niveaux dans le but de renforcer la collaboration, de maximiser les ressources et éviter toute duplication ;
- **Justesse et pertinence:** avoir une compréhension claire de la situation de la santé maternelle et néonatale dans les différentes régions du pays et au niveau de chaque localité, sans oublier la perception locale en rapport avec la santé maternelle et infantile ;
- **Transparence et responsabilité:** promouvoir la bonne gestion, la responsabilité et la transparence de la part aussi bien des responsables gouvernementaux que des autres parties prenantes pour mieux renforcer la pérennité ;
- **Équité et accessibilité:** tout en respectant le genre, le plan devra appuyer l'amplification des interventions rentables permettant la promotion de l'accès équitable aux services de santé de qualité avec une attention particulière pour les pauvres et les groupes vulnérables, spécialement dans les zones rurales et insuffisamment desservies ;

- **Planification progressive et mise en œuvre au niveau du pays:** promouvoir la mise en œuvre en phases progressives claires avec calendrier et repères pouvant faciliter la programmation pour de meilleurs résultats ;
- **Solidarité :** s'assurer que les couches de la société à faible pouvoir économique bénéficient des services de santé reproductive au même titre que les autres ;
- **Droit et responsabilité :** tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière (Plan d'action CIPD, 1994 p.12).

5.3. But

Le but ultime de la stratégie d'accélération de réduction de la morbidité et mortalité maternelle et infantile, est l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né. Cette stratégie trouve son fondement dans le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), le Caire+5 et les Accords du Sommet du Millénaire des Nations Unies.

5.4. Objectif général

Accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) au Rwanda.

Bien que tous les Objectifs de Développement de la Déclaration du Millénaire concourent à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, les trois objectifs suivants y sont directement liés :

Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

Cible 6: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies.

Cible 7 : Avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA en 2015 et commencé à inverser la tendance actuelle.

Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le Paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Pour le Rwanda :

- Réduire le ratio de mortalité maternelle de 750/100.000 naissances vivantes en 2005 à 600/100.000 naissances vivantes en 2010 et 525/100.000 naissances vivantes en 2015 ;
- Réduire le taux de mortalité néonatale de 37/1000 de moitié (19/1000) en 2010 et de 2/3 (12/1000) en 2015.

5.5. Objectifs spécifiques

- **Assurer que** d'ici 2010, 60% des femmes enceintes accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié et formé en SONU et 80% en 2015 ;
- **Assurer que** d'ici 2010, 80% des femmes enceintes aient accès aux soins prénatals focalisés (y compris la prévention du Paludisme, la VCT, la PTME, le déparasitage, la supplémentation en fer/acide folique et en vitamine A, le dépistage de la syphilis, vaccination antitétanique selon les normes) et 100% en 2015;
- **Assurer que** d'ici 2010, 50% des femmes accouchées aient suivi les consultations postnatales et 80% en 2015 (Vaccination des enfants, soins néonataux, alimentation du nouveau né, soins de la mère, allaitement, planification familiale)
- **Assurer que** d'ici 2010, au moins 18,5% des femmes en âge de procréer utilisent des méthodes contraceptives modernes et 27,5% en 2015 ;
- **Assurer que** d'ici 2010, 30% des futurs conjoints aient accès et utilisent les services de consultation pré-nuptiale et 80% en 2015 ;
- **Assurer que** d'ici 2010, 50% des victimes de violences sexuelles et domestiques aient accès aux services de prise en charge médico-psycho- sociale selon les normes ;
- **Assurer que** d'ici 2010, 30% des jeunes et des adolescents aient accès aux services conviviaux de SR (Youth friendly services) avec dépistage des IST et VIH /SIDA) et 50% en 2015. ;
- **Assurer que** d'ici 2010, 50% des cas de complications obstétricales y compris les avortements à risque soient pris en charge selon les protocoles en milieu hospitalier et de 70% en 2015 ;
- Augmenter la proportion des femmes qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois pour les mères séropositives qui ont choisi cette option (17,4% en 2005 à 60% en 2015) ;
- Assure que d'ici 2010, 80% des nouveau-nés reçus dans les FOSA soient pris en charge selon les protocoles de la PCIME et 100% en 2015.

5.7. Grands axes stratégiques :

En vue d'atteindre ces résultats, quatre axes stratégiques suivants vont guider les interventions :

AXE A. L'amélioration des conditions liées au genre qui entretiennent la vulnérabilité des femmes et potentialisent les risques de mortalité maternelle et néonatale :

- **Renforcement de l'éducation de base avec un accent particulier sur les filles pour favoriser leur implication future dans la prise de décision: dans la gestion du foyer, en matière de SR, éducation des enfants.**
- **Renforcement des capacités des femmes, de leurs partenaires et de leurs familles dans la gestion des problèmes de santé reproductive**, en particulier de la grossesse et de l'accouchement afin de prodiguer les conseils aux femmes enceintes pour éviter les retards dans le recours aux structures de santé et obtenir une meilleure prise en charge des problèmes de santé reproductive,
- **Promotion de la CCC en matière de SR** en mettant un accent particulier sur la prévention des violences sexuelles, la prévention des grossesses non désirées, l'espacement des naissances, la sensibilité au genre et le découragement des pratiques néfastes
- **Promotion de l'implication des hommes et de la communauté en matière de SR**

Axe B. L'amélioration du cadre institutionnel et juridique :

- **Création d'un environnement juridique et légal favorable à la santé maternelle et néonatale :** ceci implique l'élaboration, la révision, la promulgation, la diffusion et la mise en application des différents textes légaux relatifs à la santé de la reproduction.
- **Renforcement de la décentralisation :** la décentralisation implique le transfert des moyens et des pouvoirs de décision aux structures de niveau périphérique. Ce processus, déjà en cours, devra passer par une étape de réflexion sur la meilleure procédure et une étape de transfert effectif. Ceci comporte des avantages certains, à savoir la pleine responsabilisation des autorités locales et des agents de terrain pour la gestion des problèmes, la répartition équitable des ressources, le renforcement des capacités locales au niveau des districts administratifs, des secteurs et cellules.
- **Renforcement du Partenariat :** ceci exige le renforcement et l'établissement des partenariats stratégiques pour améliorer la coordination et la collaboration avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que pour galvaniser les ressources et assurer la pérennisation des actions à long terme pour la santé maternelle et néonatale..

Axe C. Le renforcement du système de santé :

- **Renforcement des capacités managériales et technique des entités décentralisées dans la planification et la prise en charge des soins de santé maternelle et néonatale y compris la PF** afin de maximiser l'utilisation des ressources disponibles et d'améliorer la prestation des services.
- **Renforcement des capacités des communautés dans la gestion et l'appropriation du programme de SR** : les communautés doivent être appuyées pour définir, demander et avoir accès aux soins de qualité à travers une mobilisation de ses ressources. La participation active de la communauté lui procure l'indépendance, l'appropriation et la pérennisation des actions-clés.
- **Participation de la communauté et en particulier des hommes**:
La reconnaissance des problèmes de santé de la reproduction dont ceux de SMI et la recherche des solutions innovatrices conduit à l'amélioration de leur santé.
- **Instauration des mesures incitatives pour l'utilisation des services de santé par les populations** : des moyens de motivation pourraient être identifiés à cet effet.
- **Renforcement du Système de Référence et de contre référence** : ceci comprend un système de référence et contre référence fonctionnelle qui lie de manière efficace divers prestataires et les niveaux de soins dans le but d'assurer une gestion appropriée des complications maternelles et néonatales.
- **Plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de la santé maternelle et infantile** afin d'augmenter l'engagement et l'allocation des ressources nécessaires pour prodiguer des soins par un personnel de santé qualifié, y compris l'utilisation des fonds destinés à la réduction de la pauvreté à travers les stratégies de réduction de la pauvreté (EDPRS) .
- **Mise en place des mécanismes permettant** le déploiement et le maintien du personnel qualifié dans les structures sanitaires en particulier celles du milieu rural.
- **Promotion de la recherche opérationnelle dans le domaine de la SR** : beaucoup d'inconnus persistent dans le domaine de la SR. De ce fait, on s'efforcera de documenter certains domaines sensibles tel que les avortements, l'audit de la mortalité maternelle et néonatale, l'évaluation des progrès réalisés dans la SR.
- **Renforcement de la coordination et de l'intégration** des programmes de santé ayant un lien avec la santé de la reproduction, en particulier les services de la santé de la mère et du nouveau-né
- **Renforcement des mesures de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA des mères et des enfants infectés et/ou affectés** : IST, PTME,

VCT. prévention des infections, promotion de la sécurité transfusionnelle et prophylaxie post expositionnelle du VIH.

Axe D. Amélioration de la fourniture des services de soins maternels et néonataux notamment les soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence.

- **Approvisionnement régulier des formations sanitaires en équipements, matériels et consommables de SONU** : le renforcement des services de maternité à moindre risque implique la mise en place d'un plan d'action soucieux de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants. Pour ce faire, une logistique efficace des équipements, du matériel, des consommables y compris les outils de gestion et les médicaments doit être mise en place.
- **Assurer la professionnalisation de l'accouchement** :
- D'après les expériences faites dans plusieurs pays, il est recommandé d'investir dans la formation de base des professionnels de la santé (médecins, sages femmes et infirmiers) et de les suivre en vue de leur accréditation. Il est aussi important de former un nombre complémentaire de médecins spécialistes en Gynécologie - Obstétrique et en Pédiatrie et de sages-femmes conformément aux besoins sur le terrain.
- **Renforcement des capacités techniques** des prestataires travaillant dans les services de soins maternels et néo-nataux.
- **Déploiement / rétention de Médecins** spécialistes en Gynécologie obstétrique et Pédiatrie dans les hôpitaux de District et de sages-femmes dans les centres de santé.
- **Promotion de l'assurance qualité des soins maternels et néonataux** y compris la CPN focalisée, les soins à l'accouchement, les consultations postnatales, la PF, les consultations prénuptiales, les soins néonataux. A travers le renforcement des capacités techniques, la mise à jour des normes et protocoles sur les interventions essentielles pour la survie de la mère et de l'enfant y compris la prise en charge du troisième stade du travail dans tous les centres de santé, la révision de la liste des médicaments essentiels pour les SONU et les soins au nouveau-né. Les services devront intégrer le PMTCT, la prise en charge du nouveau-né de la mère atteinte de VIH et définir le paquet des consultations postnatales y compris le dépistage des cancers gynécologiques.
- **Intégration des services de santé de la reproduction dans toutes les structures de santé** en prenant compte les besoins particuliers de certains groupes (consultations prénuptiales, les conseils conjugaux basés sur la prévention des grossesses précoces et non désirées et l'information sur les risques liés à l'interruption des grossesses et sur les IST/VIH/SIDA, CPN, PTME, TPI, soins aux nouveaux-nés, CPoN).
- **Promotion de la CCC en matière de SR** : un accent particulier sera mis sur la prévention des violences sexuelles et des grossesses précoces, la sensibilité au

genre, le découragement des pratiques néfastes et la santé reproductive des adolescents.

- **Rupture du cycle de la malnutrition** pour éviter, chez la femme, la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments comme le fer, l'acide folique, le calcium, l'iode et la vitamine A. Ceci passera par la lutte contre la malnutrition au sein de la famille en encourageant la population à suivre un régime alimentaire sain et varié et composé de repas suffisants et par la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu' à six mois et un allaitement prolongé jusqu' à au moins 2 ans. (Politique Nationale de Nutrition).

5.8. Interventions

Axes stratégiques	Stratégies	Interventions	Niveau d'exécution/ Responsable
<p>Amélioration des conditions liées au genre qui entretiennent la vulnérabilité des femmes et potentialisent les risques de mortalité maternelle et néonatale.</p>	<p>Renforcement de l'éducation de base avec un accent particulier sur les filles pour favoriser leur implication future dans la prise de décision: dans la gestion du foyer, en matière de SR, éducation des enfants.</p>	<p>Plaidoyer pour la scolarisation des filles au moins jusqu'au niveau secondaire</p>	<p>MINALOC MINECOFIN MINEDUC MINISANTE MIGEPROF</p>
	<p>Renforcement des capacités des femmes, de leurs partenaires et leurs familles dans la gestion des problèmes de santé reproductive, en particulier la grossesse et de l'accouchement</p>	<p>Promouvoir la mise en œuvre de projets générateurs de revenu en faveur des femmes</p>	<p>MIGEPROF, Société civile</p>
	<p>Promotion de la CCC en matière de SR</p>	<p>Plaidoyer pour l'alphabétisation de la population</p>	<p>MINALOC, MIGEPROF, Société civile</p>
		<p>Mettre en place un système de prise en charge psychosocial et de référence des victimes de violences sexuelles</p>	<p>MINALOC, MIGEPROF, MINEDUC, Société civile</p>
		<p>Instaurer une semaine nationale de santé maternelle et infantile chaque année</p>	
		<p>Etablir un réseau de journalistes et médias en SR</p>	<p>MINISANTE MININFOR</p>
	<p>Promouvoir l'éducation sexuelle</p>	<p>MINISANTE</p>	

	Promotion de l'implication des hommes et de la communauté en matière de SR	<p>dans les familles, la communauté et les écoles</p> <p>Mettre en place des campagnes de CCC pour la santé reproductive y compris le genre</p> <p>Mise en place des mesures incitatives et dissuasives en matière de SR</p>	<p>MININFOR MIGEPROF MIJESPOC</p> <p>MIGEPROF MINISANTE MINEDUC MIJESPOC</p> <p>MINISANTE, MIGEPROF MINIJUST</p>
Amélioration du cadre institutionnel et juridique	<p>Création d'un environnement juridique et légal favorable à la santé maternelle et néonatale</p> <p>Renforcement de la décentralisation</p> <p>Renforcement du Partenariat</p>	<p>Elaborer une loi sur la santé de la reproduction</p> <p>Mettre en place un système de recours pour les victimes et de répression pour les auteurs de violences sexuelles</p> <p>Promouvoir l'appropriation du programme de SR par les entités décentralisées</p> <p>Etablir un comité technique multi -sectoriel pour la santé de la reproduction</p>	<p>MINISANTE, MINIJUST</p> <p>MINISANTE, MINIJUST POLICE</p> <p>MINISANTE, MINALOC,</p> <p>MINISANTE</p>

Le renforcement du système de santé	Renforcement des capacités managériales et techniques à tous les niveaux du système de santé	<p>Renforcer l'organe de gestion et de coordination du programme de SR</p> <p>Renforcer les mécanismes de suivi/évaluation de la SR</p> <p>Instaurer un système d'audit des décès maternels dans la communauté</p> <p>Former les équipes de gestion des hôpitaux et des comités de santé des centres de santé dans la gestion des programmes de SR</p>	<p>MINISANTE</p> <p>MINISANTE</p> <p>MINISANTE Districts FOSA (Imidugudu)</p>
	Renforcement de la capacité des communautés dans la gestion et appropriation du programme de SR	<p>Etendre le système de mutuelles de santé à tout le territoire national</p> <p>Mettre en place des équipes de partenariat pour l'amélioration de la qualité (PAQ) au niveau de toutes les FOSA</p> <p>Mettre en place un système d'enregistrement et de suivi des indicateurs de SR au niveau communautaire</p>	<p>MINISANTE Districts Secteurs FOSA</p> <p>MINISANTE Districts Secteurs Villages (Imidugudu)</p> <p>MINISANTE, MINALOC FOSA Villages</p>

	<p>Participation de la communauté en particulier les groupes de femmes à la reconnaissance des problèmes de SR</p>	<p>Mettre en place un système de communication et de transport entre la communauté et les centres de santé</p>	<p>MINISANTE FOSA Villages</p>
		<p>Eduquer les familles à établir des plans de préparation à l'accouchement</p>	<p>MINISANTE MIGEPROF MIJESPOC</p>
		<p>Améliorer les capacités de structures organisationnelles des femmes et des jeunes en matière de SR</p>	<p>MINISANTE MINALOC MININFRA</p>
	<p>Renforcement du Système de Référence et de contre référence</p>	<p>Mettre en place le système de phonie dans toutes les formations sanitaires</p>	<p>MINISANTE, MININFRA MINECOFIN MINALOC</p>
		<p>Mettre en place un pool d'ambulances dans chaque District selon le niveau d'activités</p>	<p>MINISANTE</p>
		<p>Opérationnaliser les outils de gestion de la référence et contre référence</p>	<p>MINISANTE Districts FOSA</p>
	<p>Plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de la santé maternelle et infantile.</p>	<p>Elaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation de ressources pour la SR</p>	<p>MINISANTE</p>

	<p>Mise en place d'une politique des ressources humaines</p> <p>Promotion de la recherche opérationnelle dans le domaine de la SR</p> <p>Renforcement de l'intégration et de la coordination des programmes de santé ayant un lien avec la santé de la reproduction</p>	<p>Instaurer une semaine nationale dédiée à la promotion de la santé maternelle et infantile au niveau national</p> <p>Elaborer et mettre en œuvre un plan à long terme de développement des ressources humaines pour la santé</p> <p>Promouvoir des mesures incitatives de maintien du personnel formé</p> <p>Intégrer la santé de la reproduction dans les programmes de formation de base</p> <p>Documenter l'ampleur du problème de SR notamment ceux des grossesses, des avortements et autres problèmes de morbidité (infections, hémorragies, fistules obstétricales etc.), et de mortalité maternelle et néonatale</p> <p>Evaluer l'impact des différentes interventions</p>	<p>MINISANTE, MINALOC</p>
--	---	--	---------------------------

		Réviser le paquet minimum et le paquet complémentaire d'activités en vue d'intégrer tous les aspects de SR	
Amélioration de la fourniture des services de soins maternels et néonataux notamment les soins obstétricaux essentiels et d'urgence	<p>Approvisionnement régulier des formations sanitaires en équipements et matériel et consommable de SONU</p> <p>Renforcement des capacités techniques et gestionnaires des prestataires,</p> <p>Déploiement / rétention de Médecins spécialistes en Gynécologie obstétrique et Pédiatrie dans les hôpitaux de District et de sages-femmes dans les centres de santé.</p>	<p>Etablir un système de sécurisation des produits SR, SONU en particulier</p> <p>Former / recycler les prestataires en SONU et en gestion logistique</p> <p>Former un nombre supplémentaire de médecins spécialistes en Gynécologie -Obstétrique et en Pédiatrie et de sages-femmes</p> <p>Affecter le personnel qualifié dans toutes les FOSA selon les normes</p> <p>Allouer des primes substantielles et autres formes de motivation au personnel travaillant en milieu rural</p> <p>Redéfinir le rôle des accoucheuses traditionnelles dans la gestion de la grossesse et de l'accouchement.</p>	<p>MINISANTE CAMERWA Districts</p>

	<p>Promotion de l'assurance qualité des soins maternels et néonataux.</p>	<p>Actualiser les normes, protocoles et procédures pour la SR</p> <p>Généraliser le système d'amélioration de la qualité des services basée sur les performances</p> <p>Instaurer et maintenir la continuité des services de SR 24 heures sur 24 ;</p> <p>Instaurer la CPN focalisée dans toutes les formations sanitaires Instaurer la consultation post-natale dans toutes les FOSA</p> <p>Assurer la prise en charge de l'infertilité, des fistules obstétricales et la détection du cancer du col dans tous les hôpitaux</p> <p>Instaurer les services de soins après avortement dans toutes les FOSA.</p> <p>Instaurer le programme de PTME dans toutes les formations sanitaires</p>	
--	---	--	--

	<p>Intégration des services de santé reproductive et PTME dans toutes les FOSA</p> <p>Rupture du cycle de la malnutrition</p>	<p>Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée dans les centres de santé</p> <p>Mettre en place les services de SR des adolescents dans toutes les formations sanitaires</p> <p>Instaurer les services de soins après avortement dans toutes les FOSA.</p> <p>Fournir des services de consultation prénuptiale dans toutes les FOSA</p> <p>Promouvoir les meilleures pratiques nutritionnelles auprès des familles, en particulier pendant la grossesse et après l'accouchement</p>	
--	---	--	--

5. 9. CADRE INSTITUTIONNEL DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE

La mortalité maternelle et néonatale étant une injustice sociale, le présent plan a pour mission de mobiliser toute l'opinion nationale autour de la question et d'inviter toutes les couches de la communauté rwandaise et ses partenaires à s'impliquer dans la réduction de ce fléau.

Le Gouvernement

La feuille de route de l' Union Africaine ^(viii) recommande aux pays de faire de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale une priorité nationale.

C'est de ce fait qu'en tant que propriété de l'état, le plan stratégique de réduction de la mortalité maternelle et néonatale appelle toutes les structures gouvernementales, à partir de la plus haute sphère, à s'engager pleinement dans cette lutte.

Ainsi la Présidence de la République et les services du Premier Ministre s'occuperont du plaidoyer en faveur des efforts de réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale.

Un comité technique de coordination (Health Cluster) comprenant tous les Ministères directement impliqués et les partenaires, sera mis en place et dirigé par le Secrétaire Permanent du Ministère de la Santé. Celui-ci sera en charge de la coordination de la mise en œuvre de ce plan stratégique.

Un groupe technique sera chargé de la coordination des plans d'action des intervenants, assurera le suivi rapproché des interventions en visant la focalisation des efforts, de l'élaboration du rapport de suivi et de l'organisation des évaluations prévues dans le plan stratégique. Placé sous la direction de la Task Force en charge de la SMI au sein du Ministère de la Santé, ce groupe sera composé des services impliqués du Ministère de la Santé, des points focaux des autres ministères et des agences de coopération bilatérale et multilatérale intervenant dans le secteur, la société civile, des représentants des associations professionnelles, des représentants des ONG actives dans la santé reproductive.

Dans son ensemble, le Gouvernement est chargé de ce qui suit:

- La création d'un environnement favorable pour la mise en œuvre des interventions prévues dans le plan stratégique et l'élaboration et l'adoption des politiques appropriées ;
- L'adoption et la facilitation de la mise en application de ce plan
- Le renforcement du système de santé en vue de fournir des soins de santé maternelle et néonatale de qualité ;
- La mobilisation des ressources nécessaires en mobilisant les fonds propres et les fonds des partenaires y compris ceux du EDPRS et du SWAPs
- Etablir des mécanismes de supervision et assurer le suivi/évaluation des progrès dans la mise en œuvre du plan.

Les autorités des structures administratives décentralisées seront impliquées dans la coordination et le plaidoyer sur les problèmes de santé maternelle et néonatale.

Le Parlement et la société civile

Le Parlement, le Réseau des Parlementaires Rwandais pour la Population et le Développement ainsi que la société civile s'occuperont des activités de plaidoyer pour la mise en œuvre du plan en plus de la promotion des droits de la femme et de l'enfant, et de la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du programme de santé maternelle et néonatale.

Les Partenaires au développement

En rapport avec leurs missions, les partenaires accompagneront les efforts du gouvernement en fournissant un appui technique et financier pour la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation du plan dans l'optique des objectifs de développement du millénaire.

Dans ce cadre, ils assureront la mobilisation et l'allocation des ressources nécessaires pour la promotion de la SMI et s'impliqueront dans la diffusion du présent plan et dans l'exécution des activités prévues.

La communauté

L'appropriation de ce plan par la communauté est essentielle pour la réussite des activités prévues dans ce plan. De ce fait, les CDC devront intégrer les activités de SMI dans les plans de développement et les promouvoir.

5.10. Le coût et financement du plan stratégique de réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale

L'un des défis majeurs retrouvés par l'analyse du secteur santé est l'insuffisance de son financement, en particulier dans sa composante maternelle et néonatale.

Etant inscrit dans les plans stratégiques du secteur social et de développement, le présent plan sera financé à travers eux. Ainsi on veillera à son intégration lors de l'élaboration du MTEF.

Dans son cadre général et dans le but d'avoir des impacts en matière de lutte contre la mortalité des mères et des enfants de moins de cinq ans, le PSSS a prévu une augmentation des fonds par habitant de 4,81\$ entre 2004 et 2007 à 8,12\$ entre 2008 et 2011 et à 16,64\$ entre 2012 et 2015.

Le tableau ci-dessous en montre les détails par catégorie de population selon les niveaux de pauvreté :

Provinces		Population	2004-07	2008-11	2012-15
The poorest	\$ per capita	5,080,825	\$ 5.38	\$ 11.26	\$ 21.96
	U5MR		38%	43%	54%
	MMR		46%	21%	54%
Medium poor	\$ per capita	3,087,871	\$ 6.36	\$ 6.36	\$ 21.83
	U5MR		39%	44%	55%
	MMR		57%	33%	65%
Kigali ville	\$ per capita	654,591	\$ 2.69	\$ 6.73	\$ 6.12
	U5MR		46%	59%	62%
	MMR		18%	19%	42%
Ensemble pays	\$ per capita	8,823,287	\$ 4.81	\$ 8.12	\$ 16.64
	U5MR		39%	45%	55%
	MMR		48%	25%	57%

MINISANTE,

Dir. Planification, Estimating the cost of removing bottlenecks and its impact on U5MR and MMR ,2004 janvier (a actualiser par HEC OMS)

D'après les estimations du PSSS, il sera nécessaire de mobiliser des fonds additionnels allant de 2 \$ à 6\$ par habitant pour la période de 2005 à 2015. Pour ce faire, la même source recommande l'objectif de relever les dépenses publiques relatives au secteur santé de 5% actuellement à 15%.entre 2005 et 2015. De même selon ce plan, avec un coût additionnel de 4\$ par habitant en moyenne, la mortalité infanto-juvénile pourrait être diminuée de 50% entre 2005 et 2015.

Le coût total de la mise en œuvre du plan est évalué à 910.000\$ par an soit 8.240.000\$ pour toute la période de 2005 à 2015, l'investissement d'un tel montant permettra de remonter les indicateurs

5.11. Suivi et Evaluation

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront utilisés pour guider la mise en œuvre de ce plan stratégique tels qu'ils sont détaillés en annexe 2.

Les mécanismes de suivi constitués des instruments suivants seront utilisés:

- Des supervisions des agents de mise en œuvre ;
- Des rapports techniques notamment basés sur le SIS;
- Des activités de monitoring en santé maternelle et néonatale en suivant les niveaux de disponibilité, d'utilisation, de couvertures adéquates et effectives ;
- Des audits des décès maternels et néonataux ;
- Des réunions de revue à mi-parcours ;
- Des évaluations des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- Des enquêtes démographiques et de santé et des évaluations sur la prestation des services ;

5.11.1. Réunion des intervenants au niveau national

Sous la direction du Ministère de la Santé, il sera régulièrement organisé des réunions du groupe technique regroupant les intervenants au niveau national.

La première réunion produira un plan d'action commun pour le Rwanda où chaque intervenant proposera l'allocation d'un projet et la fourniture d'une assistance technique. Il est proposé que la mise en œuvre au niveau pays se passe en 2 phases de 5 ans chacune soit :

La Phase 1: 2005 – 2010 ;

La Phase 2: 2011 – 2015 ;

La revue du plan opérationnel se fera chaque fin d'année. La revue à mi-parcours de chaque phase aura lieu tous les 2 ans tandis que l'évaluation finale de la mise en œuvre du plan sera organisée en fin de programme soit en 2015 avec l'appui et la participation de tous les partenaires.

5. 11. 2. Promotion et diffusion du plan stratégique

Le Ministère de la Santé veillera à la diffusion du plan stratégique auprès de tous les intervenants potentiels y compris les autres départements ministériels.

Les agences de coopération bilatérale et multilatérale appuieront cette diffusion à tous les niveaux.

5.11. 3. Engagement de tous les Partenaires:

Les responsables des agences et organismes partenaires en SMI (voir la liste en annexe) signeront la version finale du plan stratégique en signe d'engagement pour sa mise en œuvre;

5.11. 4. Mobilisation des Ressources:

Dans le but d'atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire en rapport avec la santé maternelle et néonatale, le gouvernement ainsi que chaque partenaire vont déployer tous leurs efforts pour mobiliser des ressources en vue de la mise en œuvre du plan stratégique.

5.11.5. Nomination et opérationnalisation du groupe technique

Comme dit plus haut, il s'agit d'un groupe technique multisectoriel de pilotage qui devra être mis en place et doté de moyens nécessaires pour son fonctionnement ; il tiendra des réunions mensuelles pour examiner l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie et effectuer des réaménagements éventuels.

5.11.6. Les indicateurs de bon déroulement

Tel que recommandé par la déclaration commune OMS, UNICEF, UNFPA, des indicateurs de bon déroulement seront utilisés et sont les indicateurs de SONU (le nombre

et la répartition des services obstétricaux essentiels, la proportion des accouchements pratiqués avec l'assistance des agents de santé qualifiés ou dans les établissements de santé, le taux des accouchements par extractions instrumentales ou par césariennes et les taux de létalité enregistrés dans les formations sanitaires) et les autres indicateurs de processus (voir Annexe 2).

5.11.7. L'audit de la mortalité maternelle

Une analyse approfondie des décès sera conduite à tous les niveaux : au sein de la communauté et dans les FOSA dans le but d'aider le personnel de santé et la communauté à connaître les facteurs qui sont à l'origine des décès maternels et à déterminer les mesures à prendre pour les éviter.

VI. Conclusion

Ce plan stratégique pour la réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale est proposé dans le cadre de la réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire.

A travers les stratégies proposées dans ledit plan, des changements essentiels doivent être opérés selon les axes ci-après:

- Un réel engagement de toutes les couches de la société rwandaise en faveur de la maternité à moindres risques : les décideurs à tous les niveaux -politique, économique, social, religieux et familial - doivent défendre l'idée que la grossesse et l'accouchement peuvent et doivent être rendus plus sûrs ^(ix) ;
- Des améliorations de l'accès aux services de qualité dans le but de garantir à toute femme enceinte l'assistance d'un personnel qualifié ;
- La volonté de satisfaire les besoins particuliers des filles et des femmes tout au long de leurs vies. L'amélioration des conditions liées au genre grâce au renforcement de leurs compétences en vue de favoriser leur accès en temps utile des services de santé reproductive y compris ceux d'urgences obstétricales. Pour manifester cette volonté, on s'efforcera d'assurer en particulier un bon développement sur le plan nutritionnel, éducationnel, sanitaire lui permettant de prendre de bonnes décisions dans les moments de vulnérabilité que sont la grossesse et l'accouchement et de choisir le nombre d'enfants à naître et le moment de les avoir ;
- L'amélioration du cadre juridique et institutionnel favorable à la Santé maternelle et néonatale à travers le processus de décentralisation dans lequel le pays s'est engagé ;
- Le renforcement du système de santé qui sera opéré de sorte que les femmes puissent bénéficier de soins prénatals focalisés et d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans un environnement propice et que toutes les urgences obstétricales et néonatales soient prises en charge correctement. De même, le système de santé devra garantir des services de qualité de SRA, PF, consultations prénuptiales et post-natales.

Pour ce faire, en tant que partenaires nous sommes tous appelés à appuyer la mise en œuvre des différents axes stratégiques développés dans ce plan.

PARTENAIRES AYANT ADHERE AU PLAN STRATEGIQUE POUR ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE :

Nous, partenaires du Gouvernement du Rwanda,
Engagés à appuyer le Rwanda dans ces efforts de développement durable ;
Convaincus que la santé de la mère et de l'enfant sont un investissement important pour le bien-être de l'humanité entière ;

Touchés par les mauvais indicateurs en matière de santé maternelle, néonatale et infantile ;
Engagés pour appuyer les pays dans l'atteinte des O.D.M relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale très criantes au Rwanda,

Nous nous engageons à nous approprier du plan stratégique pour la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale et à accompagner tous les efforts visant sa mise en œuvre.

Dans ce cadre, nous prendrons toute action requise pour le diffuser et appuyer sa mise en œuvre.

Kigali le

Le Représentant de l' OMS au Rwanda,

Le Représentant de l' UNFPA au Rwanda,

Le Représentant de l'UNICEF au Rwanda,

Le Directeur de la Mission de l'USAID au Rwanda,

Le Représentant Résident de la Banque Mondiale au Rwanda,

Le Représentant Résident de l'Union Européenne au Rwanda,

La Directrice d'INTRAHEALTH/ TWUBAKANE au Rwanda,

Le Délégué à la Coopération Belge au Rwanda,

Le Délégué à la Coopération Suisse au Rwanda,

Le Délégué a la Cooperation Allemande au Rwanda,

Annexes

Annexe 1 : Plan d'action (Cadre logique : Objectif spécifiques, résultats attendus, IOV, Moyens de vérification, calendrier et suppositions) et Budget

Objectif spécifique	Résultats attendus	IOV	Moyen de vérification	Moment de vérification*	Suppositions	Budget estimatif
1. D'ici 2010, 60% des femmes enceintes accoucheront avec l'assistance d'un personnel qualifié et formes en SONU et 80% en 2015 ;	Au moins 60% des accouchements se font dans les FOSA	Pourcentage d'accouchements assistés dans les FOSA selon les normes -Nombre de femmes enceintes ayant des plans pour la préparation de leurs accouchements -Nombre de femmes connaissant les signes de danger des complications obstétricales et néonatales	Rapports des FOSA SIS	Fin 2010	-Indicateurs de progrès appliqués dans le pays Accouchements subventionnés -Mutuelles de santé généralisées	1.000.000\$ par an pour un total de 9.000.000\$
2. D'ici 2010, 100% des femmes enceintes auront accès aux soins prénatales focalisés	Toutes les femmes enceintes bénéficieront des CPN focalisés	Pourcentage de femmes enceintes ayant des plans pour la préparation de leur accouchement Pourcentage de femmes connaissant les signes de danger des complications obstétricales et néonatales	Rapports des FOSA Enquête ménages	Fin 2010	Toutes les FOSA ont intégré les CPN focalisés	200.000 \$ par an (outils de gestion) 1800.000\$ au total 500.000 \$ par an pour approvisionnement médicaments et consommables médicaux soit au total 4.500.000\$
3. D'ici 2010, 50% des accouchées auront accès aux services post natales et 80% en 2015	Le taux des consultations postnatales est au 50 % en 2010 et de 80% en 2015	Pourcentage des accouchées vues en CPoN	Rapports des FOSA	Fin 2010 et 2015	Intégration des activités de CPoN dans toutes les FOSA	Formation et approvisionnement 200.000 \$ par an un total de 1.800.000\$
5. D'ici 2010, 100% des femmes enceintes auront accès au paquet complet de VCT et 100% des femmes infectées par le VIH et	Toutes les femmes enceintes bénéficieront des CDV et toutes les femmes testées VIH+ et	Pourcentages des femmes vues en CPN ayant suivi les activités CDV Pourcentage des clientes en CPN testées et leurs bébés ont reçu la prophylaxie anti-	Rapports des FOSA	Fin 2010	Intégration des activités CDV et PMTCT dans toutes les FOSA	Achat des anti-viraux pour au moins 350.000 femmes leurs bébés : 200.000\$ par an pour un total de 1.800.000\$

leurs bébés auront reçu une prophylaxie anti-rétrovirale	leurs bébés reçoivent la prophylaxie anti-rétrovirale	rétro- virale				
6. D'ici 2010, 50% des futurs conjoints auront accès aux services de consultation prénuptiale et 80% en 2015	Au moins 50% des futurs conjoints couples consultent les FOSA pour les services prénuptiaux d'ici 2010 et 80% d'ici 2015	Pourcentage des futurs couples qui fréquentent les services de consultations prénuptiales	Rapports des FOSA	Fin 2010 et 2015	Acte juridique légalisant les consultations prénuptiales avec certificat médical	Mobilisation sociale, formation des conseillers, multiplication et diffusion des outils, mobilisation sociale, supervision : \$2000 par an soit \$1.800
7. D'ici 2010, 100% des victimes de violences sexuelles et domestiques auront accès aux services de prise en charge médico-psycho-sociale selon les normes	Toutes les victimes des violences sexuelles sont prises en charge selon les normes	Pourcentage des victimes des violences sexuelles prises en charge	Rapports des FOSA Rapport de la police et du parquet Rapport des autorités de base	Fin 2010	-Intégration de la prise en charge des violences sexuelles dans le paquet SSP - Recueil des données sur les violences sexuelles au niveau de la communauté	Multiplication du protocole et des outils de gestion : 1000 par an soit 9000 au total
8. D'ici 2010, 30 % des jeunes et des adolescents auront accès aux services conviviaux de SR (Youth friendly services avec dépistage des IST et VIH /SIDA) et 50% en 2015.	Au moins 30% des adolescents et des jeunes utilisent les services conviviaux pour les jeunes d'ici 2010 et 50 % en 2015	Taux de prévalence contraceptive par méthode et par groupe d'âge ; Taux d'utilisation des services de SRA par les jeunes de 12 à 24 ans	Rapports des FOSA	Fin 2010 et 2015	Changement de comportement des prestataires adultes Intégration des principes de la qualité des services dans toutes les FOSA	Production des modules de formation et de mobilisation sociale, Formation des prestataires, mobilisation sociale, supervision : \$5000 par an soit \$ 4.500

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	IOV	Moyen de vérification	Moment de vérification*	Suppositions	Budget estimatif
9. D'ici 2010, 100% des cas de complications obstétricales y compris les avortements à risque seront prises en charge selon les normes.	Toutes les urgences obstétricales sont prises en charge selon les normes	<p>Pourcentage d'urgences obstétricales prises en charge selon les normes</p> <p>Pourcentage de FOSA équipés pour fournir les SONU</p> <p>Pourcentage de naissances ayant eu dans les services d'urgences y compris celles par ventouses ou par césariennes</p>	<p>Rapports des Hôpitaux</p> <p>Rapport des centres de santé et hôpitaux</p> <p>Rapports des hôpitaux</p>	Fin 2010 et 2015	<p>Révision des normes des FOSA en matière de prestation de soins, d'équipements des services et d'affectation du personnel</p> <p>Recueil des données au niveau de la communauté sur les accouchements et leurs issues</p> <p>Approvisionnement en moyens de communication et de transport Renforcement de la solidarité communautaire en matière de transport et d'assistance aux malades</p>	<p>Formation en SONU, logistique des équipements et des consommables médicaux des FOSA et de la communauté</p> <p>Outils de gestion adaptés IEC sur les signes de risque de la grossesse et l'accouchement : 500.000\$ par an soit 4.500.000\$</p>
Coût total						3.200.000 \$ par an soit 28.800.000 \$

**Chaque fin d'année, il y aura des activités de suivi/ vérification*

Annexe 2. Tableau des indicateurs

Indicateurs au niveau communautaire

- Nombre de communautés CDC ayant mis en place des comités opérationnels de préparation aux urgences et des plans pour la santé maternelle et néonatale intégrés ;
- Nombre de CDC ayant intégré la SMI dans leurs plans de développement ;
- Nombre de femmes enceintes ayant des plans pour la préparation de leur accouchement ;
- Proportion d'hommes qui s'impliquent dans la préparation du plan d'accouchement ;
- Nombre de villages disposant des systèmes de transferts vers les services qui reçoivent les urgences ;
- Nombre de femmes ayant des connaissances sur les signes de danger des complications obstétricales et néonatales ;
- Nombre de décès maternels dans la communauté ;
- Nombre de décès néonataux dans la communauté.

Indicateurs au niveau des FOSA

Indicateurs néonataux

- Taux de mortalité néonatale ;
- Nombre d'hôpitaux de districts ayant un espace fonctionnel et un équipement/matériel pour la réanimation des nouveaux-nés dans la salle d'accouchement ;
- Nombre de décès survenus dans la période néonatale précoce ;
- Taux de consultations post-natales ;

Indicateurs de Planification Familiale

- Taux de prévalence contraceptive par méthode, par groupe d'âge, par niveau socioéconomique ;
- Besoins de PF non satisfaits par groupe d'âge ;
- Couple année-protection
- Nombre des FOSA qui n'ont pas connu de rupture de stock en contraceptifs durant les 12 derniers mois

Indicateurs de Santé Maternelle et néonatale

- Taux de mortalité maternelle ;
- Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié ;
- Nombre de centres de santé assurant des services d'urgences obstétricales de base ;
- Nombre d'hôpitaux assurant des services complets d'urgences obstétricales ;
- Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le traitement préventif intermittent du paludisme, FAF et Mébendazole ;
- Proportion d'accouchements ayant lieu dans les structures sanitaires ;
- Couverture des besoins en matière de complications obstétricales

(Couverture de femmes avec complications obstétricales ayant reçu des soins obstétricaux d'urgence par rapport à toutes les femmes qui ont des complications obstétricales) ;

- Pourcentage des complications obstétricales traitées
- Taux de létalité par cause obstétricale directe
- Taux de mortalité périnatale (in utero, à la naissance, après la naissance)
- Proportion d'accouchements par césarienne ;
- Taux de mortalité pour cause obstétricale ;
- Proportion de centres de santé ayant 2 agents de santé A 2 ou plus ;
- Pourcentage d'enfants avec faibles poids à la naissance

Indicateurs d'engagement et de volonté politique

- Proportion de fonds alloués à la santé maternelle et néonatale ;
- Taux d'augmentation de fonds alloués à la santé maternelle et néonatale intégrée ;
- Inclusion de la SMNI dans leurs « Economic development for poverty reduction strategic plan » (EDPRSP).
- Mesures incitatives à l'utilisation des services de santé : distribution des moustiquaires imprégnés aux femmes enceintes durant les CPN, gratuité de l'accouchement si complétion des 4 CPN standards,

Indicateurs pour mesurer les progrès du plan stratégique

- Nombre de partenaires ayant signé le plan stratégique de réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale ;
- Proportion de fonds disponible pour la mise en œuvre du plan.
- Nombres de réunions du comité national de coordination avec leurs rapports
- Nombres de réunions du groupe technique avec leurs rapports
- Suivi des recommandations des réunions.

ANNEXE 3 : Glossaire des concepts fondamentaux

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

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

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

. Mortalité Néonatale précoce : Naissance au 7^{ème} jours de la vie

. Mortalité Néonatale tardive : 8^{ème} au 28^{ème} jour après la naissance ;

Mortalité Infantile : décès d'un enfant survenu au cours de la première année de sa vie.

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

Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) : ensemble de soins de santé minimum nécessaires pour la prévention et la prise en charge des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement. Ce sont les suivants :

- **Antibiotiques (par voie intraveineuse ou injection) ;**
- **Médicaments ocytociques ;**
- **Anticonvulsivants ;**
- **Délivrance artificielle**
- **Extraction des produits retenus de la conception ;**
- **Accouchement par voie basse avec assistance.**

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

Ces soins sont les suivants :

- **Antibiotiques (par voie intraveineuse ou injection) ;**
- **Médicaments ocytociques ;**
- **Anticonvulsivants ;**
- **Délivrance artificielle ;**
- **Extraction des produits retenus de la conception ;**
- **Accouchement par voie basse avec assistance ;**
- **Chirurgie (césarienne) ;**
- **Transfusion de sang.**

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

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

Références Bibliographiques

- ⁱ.Ministère de la Santé /Organisation Mondiale de la Santé, rapport sur les raisons des accouchements à domicile au Rwanda, Draft du rapport, Kigali, Novembre 2003 ;
- ii. Ministère des Finances et de l' Economie, Service National de Recensement, Troisième recensement Général de la Population et de l'Habitat d' Août 2002, Kigali 2004,
- ⁱⁱⁱEstimations de la Banque Mondiale, 2004
- iv.ⁱⁱⁱ Etude sur les conditions de vie des ménages, 2000, Ministère des Finances et de la Planification Economique
- ^vEtudes sur les conditions de vie des ménages 2000, Ministère des Finances et de la Planification Economique
- ^{vi}.Département Soins de Santé, Ministère de la santé ;
- vii. Plan stratégique du secteur santé 2005-2009, MNISANTE, 2004 ;
- viii. Des mères en bonne santé, des enfants en bonne santé, un lieu vital : Save the children /PRB, Perspectives pour la santé du nouveau-né, 2002 ;
- ix. Feuille de route africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- x. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale, Genève, 1999, Réduire la mortalité maternelle,
- xi. Organisation Mondiale de la Santé, 2005, Rapport sur la Santé dans le monde ;
- xii. EDS 1992,
- xiii. EDS 2000
- xiv. EDS 2005