

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE



PLAN NATIONAL
DE REDUCTION
DE LA MORTALITE MATERNELLE

2015 - 2019

Commanditaire

*Ministère de la Santé de la Population et de la
Réforme Hospitalière d'Algérie / Direction Générale
de la Prévention et de la Promotion de la Santé*

Facilitateur



Equipe consultante et experts

• Sophie Alexander

Unité de Santé Reproductive et Epidémiologie
Périnatale (PERU), Ecole de Santé Publique,
Université Libre de Bruxelles

• Catherine Deneux-Tharoux

INSERM U 1153, Epidémiologie Obstétricale,
Périnatale et Pédiatrique, Paris

• Rudolph Knippenberg

Conseiller principal en santé, UNICEF, New York

PREFACE

La grossesse, processus normal, sain et créateur de vie, comporte un sérieux risque de décès et de séquelles. D'ailleurs, ce risque constitue un défi mondial dans la mesure où, entre 1990 et 2013, on enregistre, chaque année dans le monde, entre 300 000 et 500 000 décès maternels liés à des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement du fait que ces femmes enceintes ont un accès limité aux soins médicaux, ou reçoivent des soins dont la qualité ne répond pas aux normes. Elles succombent, ainsi, à des complications qui peuvent être traitées efficacement dans tout système de santé doté d'un personnel qualifié et d'équipements adaptés pour traiter les cas d'urgence et administrer les soins du postpartum requis.

La santé maternelle, la pauvreté, le faible niveau d'éducation et l'autonomisation des femmes sont interdépendants et les liens entre l'amélioration de la santé maternelle et les autres Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont tout aussi interdépendants, et qu'à cet égard, la mortalité maternelle constitue un indicateur clé d'un système de santé fonctionnel, de justice sociale et de qualité de vie. C'est ainsi que l'Algérie a souscrit aux différentes déclarations internationales et régionales dans ce domaine et fait notamment sienne la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ratifiée à ce jour par 185 pays, et particulièrement son article 12.2 qui demande aux États parties de fournir « aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. »

A cet effet, la protection de la santé de la mère et de l'enfant a toujours constitué une priorité de santé publique appuyée par une volonté politique soutenue traduisant l'engagement résolu de l'Algérie à concrétiser ses objectifs, en adoptant des politiques et programmes visant à réduire les inégalités et assurer une vie de qualité à l'ensemble des citoyens notamment les mères et les nouveau-nés.

Ces politiques et programmes de développement ont permis, non seulement, de contenir les chocs induits par le ralentissement économique mondial de 2008-2009 et les crises qui se sont succédées depuis ces dates mais aussi de poursuivre ses efforts sur la voie des progrès et des droits humains. Le dernier rapport produit en 2012 par le pays pour les perspectives post 2015 montre que l'Algérie a atteint la plupart des objectifs du millénaire pour le développement et est en bonne voie de réaliser celui qui lui pose encore problème : la réduction de la mortalité maternelle.

Fidèle à ses engagements et convaincue de la nécessité de poursuivre l'atteinte des objectifs qu'elle s'est assignés, l'Algérie s'est attelée à mettre en œuvre le processus d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle.

Considérant que la santé maternelle s'inscrit dans un continuum de soins englobant les soins de santé essentiels à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, le présent plan décrit en détail les interventions stratégiques à mettre en œuvre et souligne les secteurs où des améliorations sont nécessaires; interventions qui doivent passer à plus grande échelle, de manière à ce que les soins essentiels soient administrés tout au long de la grossesse, au cours de l'accouchement et au cours de la période post-natale.

Ce plan est le fruit d'une analyse approfondie des goulots d'étranglement qui empêchent l'Algérie, malgré d'importants investissements, de réduire de façon significative et rapide la mortalité maternelle.

Il est fondé sur la reconnaissance fondamentale que la lutte contre la mortalité maternelle s'inscrit dans une logique de droits de l'homme et s'articule autour de cinq (5) axes stratégiques que sont : i) les interventions prouvées efficaces, ii) l'accès à des personnels qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement, iii) la qualité des services de santé, iv) le rôle des individus, des familles et des communautés, v) le cadre politique et législatif.

Il s'attache aussi à montrer comment choisir de renforcer les services de santé maternels et néonataux peut jouer un rôle considérable dans le renforcement du système de soins dont a besoin toute communauté : la santé maternelle est une bonne porte d'entrée pour le renforcement des services de santé en général.

L'objectif est largement pragmatique donnant la priorité absolue aux actions réalisables à court terme. Le présent plan d'action examine les causes principales de la mortalité maternelle et les interventions démontrées efficaces dans d'autres contextes pour les prévenir et les combattre.

Au-delà de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, il y a derrière les chiffres de mortalité maternelle, des souffrances chez la femme, la famille et la société, à tous ceux-là, et pour tous ceux- là nous nous engageons à réduire les décès évitables et les séquelles secondaires à l'accouchement, à travers le présent plan qui pose les lignes directrices non seulement pour l'amélioration de la santé maternelle mais au-delà pour la dignité et le bien-être du citoyen et de la citoyenne algériens.

Abdelmalek BOUDIAF
*Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière*

Thomas DAVIN
*Représentant de l'UNICEF
en Algérie*





Table des matières

PREFACE	4
TABLE DES MATIERES	6
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	7
REMERCIEMENTS	8
CHAPITRE I. CADRE GENERAL	10
I.1 La situation de la mortalité maternelle et des OMD	11
I.1.1 Dans le monde	11
I.1.2 En Algérie	12
I.2 Approche méthodologique	13
CHAPITRE II. ANALYSE DE SITUATION BASEE SUR L'IDENTIFICATION DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT	15
CHAPITRE III. AXES D'INTERVENTIONS STRATEGIQUES ET MESURES	20
CHAPITRE IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION	25
IV.1 Cadre de mise en œuvre	26
IV.2 Cadre de suivi-évaluation	31
IV.3 Plan de financement	33
REFERENCES	34



Acronymes et ABREVIATIONS

AI	Axe d'intervention
ADMa	Audit des Décès Maternels
ANS	Agence Nationale du Sang
ARMM	Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNES	Conseil National Economique et Social
CPN	Consultation Pré-Natale
GO	Medecin Gyneco-obstetricien
DSP	Direction de la Santé et de la Population
EHU	Etablissement Hospitalo-Universitaire
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EPSP	Etablissement Public de Santé et de Proximité
GW-PNRAMM	Groupe de travail du PNRAMM
INSP	Institut National de Santé Publique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MG	Médecin Généraliste
MICS	l'enquête par grappe à indicateurs multiples (Multi Indicators Cluster Survey)
MM	Mortalité Maternelle
MoRES	Monitoring Results for Equity Systems (MoRES) [Approach]
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PF	Planification familiale
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNRAMM	Plan National de Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle
PPA	en Parité de Pouvoir d'Achat
RNOMD	Rapport National des OMD
SEMEP	Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive
SF	Sage-Femme
TdR	Termes de Référence



Remerciements

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière tient à remercier l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux pour leur engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle en Algérie.

Ce document a été élaboré sous la direction du Professeur MESBAH Smail, Directeur Général de la Prévention et de la Promotion de la Santé au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, et par un comité technique de rédaction, composé de :

Dr FOURAR Djamel : Directeur de la Prévention et de la Lutte contre les Maladies Transmissibles- MSPRH
Mr OUALI Amar : Directeur de la Population- MSPRH
Dr BENBERNOU Leila : Sous-directrice des Programmes de Vaccination et de la Promotion de la Santé -MSPRH
Pr ALEXANDER-KARLIN Sophie : Expert International – Université Libre de Bruxelles
Dr DENEUX-THARAUX Catherine : Expert International- INSERM Paris
Dr OUBRAHAM Lylia : Spécialiste en Santé et Nutrition- UNICEF Algérie

Nos remerciements s'adressent à tous les partenaires nationaux et internationaux pour leur engagement dans la réduction de la mortalité maternelle en Algérie et tous leurs représentants qui ont contribué aux différentes étapes d'élaboration et validation du présent Plan National de Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle 2015-2019 :

Au titre des partenaires et experts institutionnels

Dr ABROUK Samira
Pr ADDAD Bouzid
Dr AIT MOUHEB Tahar
Dr ALLAM Farida
Dr ALLOUDA Dehbia
Mr AMOKRANE Faouzi
Dr AMROUN Zina
Dr ASKEUR Chohra Nadjia
Dr BELAMRI Soraya
Mme BELKAHCLA Samia
Pr BENDAOUH Hafida
Dr BOUDRICHE Arab
Dr BOUDERBALA Hamida
Dr BOUGHOUFALA Amel
Dr CERBAH Hamid
Pr CHAFI Belkacem
Pr CHERFI Nadia
Pr DJABRI Yacine
Pr DJENNAOUI Tahar
Mme DJERAOUNE Nadia
Mme DRIBI Rachida
Pr GRANGAUD Jean Paul
Dr HANNOUN Djohar
Pr HEDIBEL Meriem
Dr KHELIFI Houria
Dr MADACI Fadila
Dr MERBOUT Ghania
Mr OUALI Amar
Pr OUKID Mohand Saïd
Dr SBAHI Ahmed
Pr SELLAHI Ali
Mme SOUKEHAL Djemiaa
Dr TIFOURA Fatiha
Pr TOUDJI Ahmed
Mme ZAGMIRI Dalila
Dr ZEMOUCHI Mouloud

Bio- statisticienne - INSP
Gynéco-obstétricien - CHU Mustapha
Anesthésiste- réanimateur- CHU Belfort
Médecin chef -EPSP Bouzareah
Anesthésiste-réanimateur- EPH Kouba
Chef Division des études- CNES
DSP de Tizi-Ouzou
Medecin Généraliste - EPH Koléa
Epidémiologiste –INSP
Sage-femme CHU Blida
Gynéco-Obstétricien- EPH Kouba
Gynéco-Obstétricien- EPH Zeralda
Médecin généraliste- EPSP Bouzareah
Epidémiologiste - INSP
Médecin généraliste EPSP Bordj Menaiel
Gynéco-Obstétricien -EHU Oran
Gynéco-Obstétricien - CHU Mustapha
Gynéco-Obstétricien – CHU Annaba
Gynéco Obstétricien - EPH El-Harrach
Sous Directrice - MSPRH
Puéricultrice – EPSP Bouzareah
Pédiatre
Epidémiologiste- INSP
Pharmacienne – MSPRH
Chargée de Programme- MSPRH
Gynéco-Obstétricien – CHU Parnet
Sous Directrice - MSPRH
Directeur de Population- MSPRH
Gynéco-Obstétricien – CHU Blida
Anesthésiste -Réanimateur – EPH Belfort
Gynéco-Obstétricien –CHU Constantine
Sage-femme – CHU Parnet
Epidémiologiste - Alger
Anesthésiste- Réanimateur- EPH Kouba
Sage-femme – CHU Parnet
Gynéco –Obstétricien – CHU Blida

Au titre de l'appui technique

Pr ALEXANDER-KARLIN Sophie
Dr DENEUX-THARAUX Catherine
Dr KNIPPENBERG Rudolph
Dr OUBRAHAM Lylia

Expert - Université Libre de Bruxelles
Expert - INSERM Paris
Conseiller Principal– UNICEF New York
Spécialiste programme -UNICEF

Au titre du système des Nations Unies

Mme MARINO Katya
Mme ALLAHOUAM Amel
Mme CHIBOUT Leila
Dr HADDOUCHE Badia

Représentant-adjoint UNICEF
Spécialiste en politiques sociales UNICEF
Chargée de la communication – OMS
Assistante au programme – FNUAP

Au titre des partenaires

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance – UNICEF

CHAPITRE I. CADRE GENERAL



I.1 SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

I.1.1 DANS LE MONDE

Jusqu'à présent, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été l'effort mondial le plus réussi pour lutter contre la pauvreté et les inégalités d'instruction, de genre et de santé

Des progrès significatifs et substantiels ont été accomplis pour un grand nombre de cibles, y compris celles qui prévoient de réduire de moitié le nombre d'individus vivant dans l'extrême pauvreté et la proportion de personnes n'ayant pas un accès durable à une source d'eau potable améliorée. La proportion de citoyens vivant dans des taudis a diminué de manière importante. Des avancées remarquables ont été réalisées dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose. Il y a eu des améliorations visibles dans tous les domaines de la santé ainsi que dans l'éducation primaire.

Le rapport global des OMD¹ établi par le Système des Nations Unies en 2013, relève que plusieurs cibles OMD ont été déjà atteintes ou sont en voie de l'être:

- La proportion des personnes vivant dans une extrême pauvreté a été réduite de moitié au plan mondial. La cible de réduction de la pauvreté a été atteinte avec 5 ans d'avance. Dans les régions en développement, la proportion de personnes vivant avec moins de 1,25 \$US par jour a diminué de 47 % en 1990 à 22 % en 2010.
- La proportion de la population mondiale ayant accès à l'eau potable a atteint 89 % en 2010, en hausse par rapport à 76 % en 1990. Cela signifie que la cible OMD pour l'eau potable a été atteinte avec cinq ans d'avance sur la date butoir, malgré une croissance importante de la population.
- Des progrès importants ont été réalisés en matière de survie des enfants. Le taux mondial de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de 41 %, passant de 87 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 51 décès en 2011. Malgré cette importante avancée, une progression plus rapide est nécessaire pour réduire de deux tiers les décès d'enfants d'ici à 2015. Les décès d'enfants sont de plus en plus nombreux dans les régions les plus pauvres et durant le premier mois de vie.
- La plupart des décès maternels sont évitables, mais le progrès dans ce domaine n'est pas suffisant. Le taux mondial de mortalité maternelle a diminué de 47 % dans les 20 dernières années, passant de 400 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2010. Réduire ce taux de trois quarts pour atteindre la cible OMD nécessitera des interventions accélérées et un plus grand soutien politique pour les femmes et les enfants.

Cependant, les inégalités entre zones urbaines et rurales persistent; l'accès à des services de santé procréative et à une eau potable n'en sont que deux exemples. En 2011, 53 % seulement des accouchements ruraux étaient assistés par un personnel de santé qualifié, contre 84 % dans les zones urbaines. 83 % de la population n'ayant pas accès à une source d'eau potable améliorée vit dans des communes rurales.

1.1.2 EN ALGERIE

Aujourd'hui, l'Algérie a enregistré des avancées appréciables dans la réalisation de certains OMD, atteignant plusieurs d'entre eux avant le délai fixé de 2015. Ces avancées ont été obtenues, en dépit d'un contexte international défavorable caractérisé par la survenue de la crise financière mondiale de 2008, qui s'est vite transformée en une crise économique et sociale.

Le 2^{ème} rapport national pour les OMD (RNOMD)² élaboré par le gouvernement Algérien en septembre 2010 montre de nettes améliorations pour plusieurs OMD et leur atteinte est quasi certaine pour la majorité.

Ainsi, L'Algérie a enregistré une réduction significative de la pauvreté. La proportion de la population disposant de moins de 1\$US PPA par jour a diminué pour atteindre 1,9% en 1988 et 0,4% en 2011, contre une valeur cible de 0,85% à l'horizon 2015. L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 6,7% en 1999 à 1,4% en 2012.

L'Algérie a atteint un taux net de scolarisation de 98,16% des enfants âgés de six ans. Ce taux élevé de scolarisation se répercute sur le taux d'achèvement du primaire qui avec 97,68% reste très élevé et la place parmi les pays développés.

Des progrès remarquables ont aussi été réalisés dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans depuis 1990 quand le taux était 55,7‰. Le pays est cité en tête des pays qui sont en bonne voie pour réaliser cet objectif, et étant parvenu à réduire le taux de mortalité parmi les moins de 5 ans de plus de 45% depuis 1990. En effet, le taux de mortalité infantile (20,5‰) en 2012, enregistre une tendance à la baisse qui se situerait à l'horizon 2015 à 15,5‰.

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'Algérie s'est engagée à lutter contre la mortalité maternelle. En 1999, l'enquête conduite par l'Institut National de Santé Publique a trouvé un Taux de Mortalité Maternelle à 117 pour 100 000 naissances vivantes (NV) et pour atteindre les OMD, l'Algérie devra atteindre **50 pour 100 000 naissances vivantes en 2015**. Mais force est de constater qu'à moins de 400 jours de l'échéance de cette déclaration, les taux de mortalité maternelle (TMM) demeurent élevés en comparaison avec des pays à développement similaire. En 2012, le taux de mortalité maternelle est de 70,3 pour 100 000 naissances vivantes avec une mortalité hospitalière de 54 pour 100 000 naissances vivantes et 978 000 naissances pour la même année. En 2014, le taux de mortalité maternelle est passé à 60,3 pour 100 000 naissances vivantes avec 1 014 000 naissances.

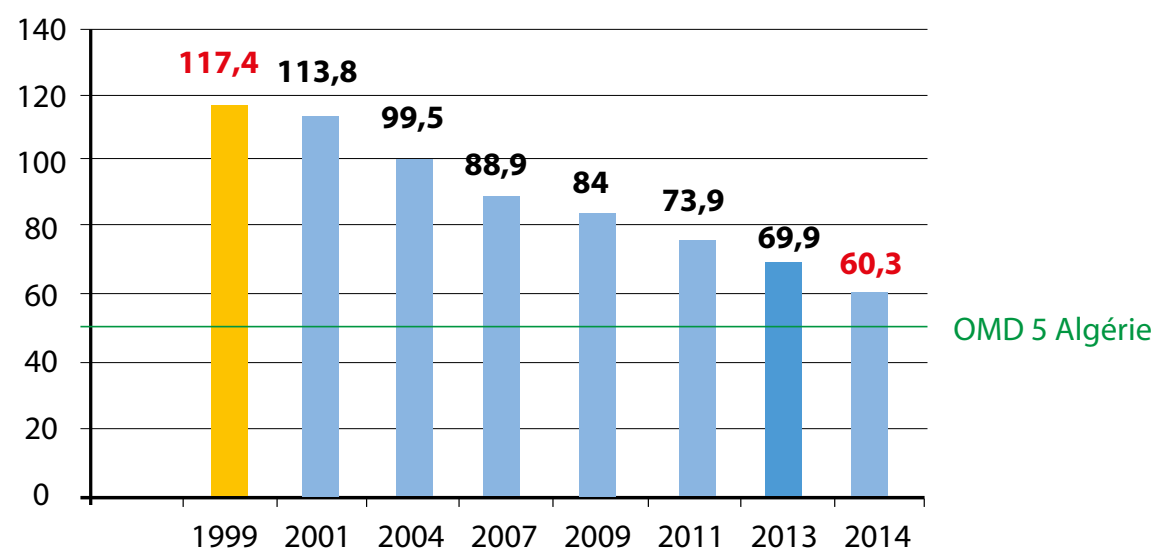


Figure 1 : Evolution du taux de mortalité maternelle en Algérie (/100 000 naissances vivantes) Sources : 1999: Enquête mortalité maternelle, INSP ; 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH

La progression lente de la réduction de la mortalité maternelle montre qu'au rythme actuel des progrès, l'Algérie risque de ne pas être au rendez-vous de 2015 dès lors que l'objectif de l'OMD 5 en 2015 est un Taux de Mortalité Maternelle (TMM) de 50/100 000 naissances vivantes.

En fait, malgré les progrès tangibles réalisés dans le domaine de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, les indicateurs de mortalité infantile et maternelle ne sont pas en adéquation avec les moyens consentis par les pouvoirs publics.

C'est ce constat qui a été à l'origine de l'impulsion qui a donné naissance au présent plan et ce suite à une série d'analyses, de réunions sur les progrès réalisés en matière de santé maternelle notamment la mortalité maternelle.

Ainsi, Le gouvernement a décidé d'accentuer et de concentrer ces efforts pour une réduction accélérée des décès maternelles à travers des mesures et actions finement ciblées et scientifiquement prouvées efficaces sur la base d'une analyse des éléments et goulots qui empêchent des avancées et des progrès en dépit de la volonté politique mais aussi de tous les efforts humains, matériels, financiers et structurels que le gouvernement a consenti dans le domaine de la santé maternelle et périnatale.

1.2. APPROCHE ET METHODOLOGIE

La réduction du nombre des décès chez les mères et les enfants a sensiblement progressé en Algérie ces dernières décennies. Toutefois les décès évitables des mères continuent à survenir, et l'Algérie se doit d'aller résolument vers la réalisation du 5^{ème} objectif du millénaire pour le développement.

Ainsi et ayant conscience de la situation, l'Algérie a décidé de mettre en place un dispositif permettant non seulement de réduire les décès évitables des mères en donnant la vie mais aussi de réduire les séquelles secondaires à l'accouchement.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) a pris l'option de s'inscrire dans un processus d'analyse des goulots d'étranglement entravant la réduction rapide de la mortalité maternelle en Algérie réalisé par un groupe d'expert, d'où est né le présent Plan National de la Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle (PNRAMM) 2015-2019.

Pour ce faire, il a été fait appel à une expertise internationale conjuguée à l'expertise nationale pour conduire un processus participatif d'élaboration du plan avec l'implication de la société savante algérienne de différentes spécialités et des partenaires du Système des Nations Unies tel que l'UNICEF.

Ainsi, Les déterminants de la santé et de la mortalité maternelle étudiés ont été identifiés avec les experts nationaux et les partenaires clés de façon consensuelle et sur la base des indicateurs nationaux.

Les principales étapes de la conduite du processus d'élaboration du plan ont consisté à :

1. Identifier les goulots d'étranglement de chaque intervention et analyser ceux qui contraignent la mise en œuvre de ces interventions; l'identification des goulots d'étranglement s'est faite sur toute la chaîne de planification, programmation, budgétisation et mise en œuvre, par rapport aux capacités institutionnelles des structures d'exécution, ainsi que du côté de la demande de ces services.

2. Identifier des mesures/actions pour lever ou atténuer les goulots d'étranglement de chaque intervention :

pour chaque goulot d'étranglement, il a été procédé à l'identification des solutions à apporter pour l'éliminer ou atténuer ses effets sur la mise en œuvre de l'intervention ; puis à l'établissement d'un séquençage (ordre de priorité) des solutions en tenant compte de l'ampleur et de la vitesse de leur impact sur la mise en œuvre de l'intervention.

3. Rédiger un plan d'action pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et un plan de suivi :

ainsi les activités nécessaires pour la mise en œuvre des solutions ont été identifiées, en indiquant le moment et les structures et les responsables de la mise en œuvre ; les moyens nécessaires à la mise en œuvre des solutions ont été indiqués ; et le coût de mise en œuvre des solutions évalué et un mécanisme de suivi & évaluation de la mise en œuvre des solutions est proposé.

La méthodologie de travail s'est appuyée sur :

- La revue de la documentation relative à la santé maternelle.
- La mise en place d'un groupe d'experts et de travail par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière chargé d'aider les consultants dans toutes les étapes de leur mission, et ultérieurement pour l'étape de la mise en œuvre et du suivi du plan. Ce groupe de travail a été constitué de :
 - professionnels de la santé (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins épidémiologistes, anesthésiste-réanimateurs, ...)
 - représentants de l'administration centrale du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (Direction de la Population, Direction Générale des Services de Santé et de la réforme hospitalière, Direction de la Pharmacie et des Equipements en Santé, Direction de la Formation, ...)
 - représentants des structures et organismes sous tutelle du MSPRH (ANS, INSP).
- L'analyse secondaire des bases de données d'enquêtes, des travaux de recherche, des enquêtes au niveau local : L'enquête par grappe à indicateurs multiples MICS, analyse de la situation conduite par l'UNICEF en 2011 qui a porté sur l'analyse de la mortalité maternelle et infantile.
- Les ateliers ont été l'occasion d'organiser et de répartir les responsabilités parmi les experts nationaux.
- Des entretiens approfondis auprès des responsables des départements techniques, institutions, et partenaires directement impliqués dans le domaine de la santé maternelle.
- La tenue de séminaires ateliers avec séances de restitution et d'échanges avec les différentes parties prenantes durant lesquels le projet de plan a été prédéfini, et la première version a pu être finalisée puis partagée avec le groupe élargi d'experts pour avis, correction et commentaires qui ont été compilés lors d'un deuxième atelier suite auquel une deuxième version a été aussi envoyée au groupe élargi d'experts pour enrichissement et échanges jusqu'à finalisation et validation du document définitif par le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

La Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, en coordination avec l'UNICEF, a assuré la supervision et le suivi des travaux.

CHAPITRE II.

ANALYSE DE SITUATION BASEE SUR L'IDENTIFICATION DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT



ANALYSE DE SITUATION BASEE SUR L'IDENTIFICATION DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

Au terme de l'analyse des différents domaines concernés par la mortalité maternelle selon l'analyse des goulots d'étranglement menée avec les experts nationaux et internationaux, les 10 goulots suivants ont été identifiés.



GOULOT 1 : PRÉVALENCE TROP ÉLEVÉE DE GROSSESSES CHEZ LES FEMMES À RISQUE PAR SOUS-UTILISATION DE L'OFFRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Trois situations sont à risque :

- Les grossesses chez des femmes très jeunes sont à risque accru de mortalité maternelle par dystocie et pré-éclampsie. Les morts périnatales sont aussi augmentées.
- Les grossesses chez des femmes âgées, sont à risque plus élevé de mortalité maternelle. Ce sur-risque est bien montré dès l'âge de 35 ans, et porte sur toutes les causes de mortalité directe ou indirecte; de plus, les grandes multipares sont particulièrement à risque de mortalité par hémorragie.
- Les grossesses rapprochées (avec un intervalle inter gènesique très court) sont à risque accru de mortalité maternelle³.

Il faudrait arriver à diminuer fortement les grossesses aux deux extrémités de l'âge de reproduction (inférieur à 18 ans et supérieur à 40 ans). D'après les dernières données, plus de 20% des décès maternels surviennent chez des femmes de plus de 40 ans, confirmant l'importance de cibler particulièrement ces femmes⁴.

GOULOT 2 : MANQUE DE RÉFÉRENTIELS NATIONAUX (SCHÉMAS DE PRISE EN CHARGE, CONDUITES À TENIR, GUIDELINES) CONNUS ET ACCEPTÉS PAR TOUS

Ce goulot explique en partie des prises en charge inadaptées et hétérogènes sur l'ensemble du territoire.

L'absence de guidelines nationaux bien diffusés rend plus difficile l'évaluation des pratiques dans la mesure où il manque de standards « auditables ». Il existe bien un document de guidelines, qui a été élaboré par un groupe de travail périnatal au ministère de la santé en 2006, avec le soutien logistique du FNUAP. Toutefois, il n'a pas bénéficié d'une large diffusion.

Actuellement certains des points devraient être revus en fonction de la littérature récente en se basant aussi sur les mises à jour récentes des recommandations de l'OMS⁵ pour la prévention et la prise en charge des principales causes de mortalité maternelle.

De plus, la diffusion de ces guidelines à tous les acteurs de terrain concernés, point clé pour leur intégration effective dans la pratique clinique, doit faire l'objet d'une stratégie active.

GOULOT 3 : SITUATION NON OPTIMALE DES ORIENTATIONS INITIALES ET DES TRANSFERTS

Actuellement la revue de cas de décès maternels sur le terrain met en évidence une situation non régulée des orientations et des transferts. A priori, le concept de « grossesse à risque » a été développé au niveau des consultations prénatales et du lieu d'accouchement dans le précédent plan de périnatalité. Toutefois la liste des situations « à risque » est limitée (diabète, hypertension artérielle, cardiopathie) et de ce fait, peu opérationnelle.

Les difficultés identifiées sont de cinq ordres :

1. Les familles ne suivent pas toujours les éventuelles recommandations d'aller accoucher dans une maternité de niveau II/III, et parfois elles n'ont pas été orientées durant la grossesse.
2. Par contre, certaines grossesses de bas risque qui seraient appropriées pour un niveau I surchargent les niveaux II/III.
3. Les maternités de niveau II/III sont extrêmement surchargées et n'ont pas de tableau prévisionnel des accouchements dans la mesure où les futures mères ne s'inscrivent pas en maternité.
4. Il n'existe pas de procédure formalisée pour les transferts intra-utérins, ni pour les transferts post-natals.
5. Le secteur privé n'est occupé qu'à 25% de ses lits de maternité.

GOULOT 4 : MANQUE DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR UNE BONNE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Actuellement la transmission d'information entre la consultation prénatale (CPN) et la maternité d'accouchement se fait par le biais du « carnet de santé » (carnet national de suivi de la grossesse et de l'enfant). Celui-ci ne comporte ni rubrique institution de soin prévue pour accoucher, ni rubrique inscription faite, ni rubrique institution de référence en cas de complication.

De plus plusieurs problèmes ont été relevés : (1) les carnets sont mal remplis et parfois pas remplis; (2) les femmes enceintes arrivent souvent sans leur carnet de santé, même quand il est bien rempli; (3) les soignants à la maternité ne les utilisent pas toujours. Dans le même contexte, et devant la réalité des dystocies sur le terrain, les outils de surveillance du travail et particulièrement le partogramme constituent des besoins non couverts. Enfin, pour les femmes ayant accouché par césarienne, la phase des premières heures post opératoires constitue une période particulièrement à risque, et la surveillance pendant cette période n'est pas formalisée dans un document ad hoc, ni en termes de contenu ni de rôle des intervenants.

GOULOT 5 : RESSOURCES HUMAINES INADÉQUATES ET MAL REPARTIES / SURCHARGE DE CERTAINES MATERNITÉS

Il existe dans certains endroits un manque de médecins spécialistes et de sages-femmes. Ce manque doit être chiffré avec précision, pour chaque structure de soins et dans toutes les wilayas.

Le problème connaît plusieurs dimensions :

- Les ressources existantes sont parfois mal réparties y compris à proximité des grandes métropoles.
- Il n'y a pas toujours une politique systématique de délégation de tâches.

Des éléments de réponse ont déjà été mis en place par l'instauration du service civil pour les médecins spécialistes au terme de leurs études. Une autre initiative porteuse récente est le « jumelage » entre les hôpitaux des zones du Nord avec ceux des régions des hauts plateaux et du Sud auxquels ils peuvent apporter leur expertise, des formations, et si besoin accueillir des patientes porteuses de pathologies complexes. Il y a lieu également de souligner l'existence du CES en gynécologie – obstétrique. Cependant, des actions complémentaires sont nécessaires.

GOULOT 6 : INADÉQUATION DE LA RÉPARTITION DES RESSOURCES MATÉRIELLES

Cette problématique est multiple et de nombreux exemples ont été signalés :

- Absence de certification des structures en fonction d'un niveau adéquat démontré de ressources matérielles ;
- Irrégularité dans la disponibilité de certains médicaments, de sang et de dérivés sanguins pour les situations d'urgence et de réactifs pour la vérification de la compatibilité avant transfusion au niveau de certaines régions ;
- Indisponibilité de guidelines concernant les rapports coût-efficacité des tests diagnostiques et des traitements.

Il est vrai qu'il existe des normes ministérielles concernant l'équipement et la dotation en consommables des structures de soins ; toutefois la diffusion et l'application est non homogène.

GOULOT 7 : FORMATION CONTINUE NON SYSTÉMATISÉE

Les formations de base apparemment sont considérées comme adéquates, mais la formation continue n'apparaît pas comme étant systématique.

Il est nécessaire de différencier les formations en fonction du type de professionnel : pour les sages-femmes, gynécologues, anesthésistes-réanimateurs et médecins généralistes.

Les formations doivent comprendre plusieurs aspects et toucher à des domaines variés en matière de formation théorique, technique, formation au travail d'équipe et au leadership.

GOULOT 8 : MÉCONNAISSANCE DES CAUSES RÉELLES DE MORTALITÉ MATE-RELLE / BESOIN DE CONSOLIDER UNE CULTURE D'ÉVALUATION CONTINUE

La dernière étude nationale détaillée sur les décès maternels a eu lieu en 1999. Actuellement, la déclaration obligatoire des décès maternels a été instaurée, et un processus d'Audit national des Décès Maternels (ADMa)

est mis en place. Les textes réglementaires sont publiés et les instructions ministérielles envoyés à toutes les directions de santé et de population pour exécution. Actuellement, plus d'une centaine de décès maternels sont audités dont les analyses sont en cours.

La mise en place de ce processus est cruciale. En l'absence d'une telle démarche, les recommandations ne peuvent être faites que de manière générique et il existe un risque qu'elles ne tiennent pas compte des problèmes réels. Ce goulot est donc transversal à quasi tous les autres goulots identifiés.

Goulot 9 : MANQUE D'ATTRACTIVITÉ D'UNE PARTIE DES STRUCTURES DE SOIN

Les consultations prénatales et les maternités sont parfois considérées peu attractives notamment par manque de médecins permanents. Certaines femmes avec une grossesse à bas risque privilégient comme lieu d'accouchement le niveau II/III alors que, s'ils étaient attractifs, les niveaux I seraient plus appropriés.

Globalement, les soignants expriment parfois une frustration importante vis-à-vis de cette situation. De plus, les associations professionnelles ne sont pas encore fortement impliquées dans l'amélioration de la qualité des soins et la lutte contre la mortalité maternelle.

Les mères non plus ne semblent pas se constituer actuellement en « groupe de pression », leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement a tout récemment été évaluée, les résultats de cette enquête permettront de mieux comprendre leur perception.

GOULOT 10 : COMMUNICATION NON STRUCTURÉE ET NON SYSTÉMATISÉE À DIVERS NIVEAUX

La levée des 09 goulots déjà identifiés implique une excellente qualité de communication, sans quoi des initiatives porteuses, à efficacité démontrée, et parfois de coût faible risquent de ne pas arriver à échelle par manque d'information des acteurs et par manque de diffusion.

Par ailleurs la communication n'est pas une activité dénuée de coûts et la diffusion de toutes les mesures à implémenter dans le PNRAMM doit être budgétisée.

Les niveaux suivants de besoin ont été identifiés :

• **Communication des soignants vers les usagers (femmes et familles)** - Cette communication semble se passer correctement au niveau individuel (dans « l'entretien singulier » soignant-soigné) mais passe peu par des canaux destinés à un groupe d'individus, tels que documents d'information, vidéos en salle d'attente etc.

• **Communication entre les soignants** – Cette problématique se retrouve en particulier entre les niveaux I et II/III d'un même bassin de naissance. La communication semble aussi difficile entre les CPN et les maternités, et possiblement entre les sages-femmes et les médecins.

• **Communication entre le ministère et les utilisateurs**, en particulier les informations concernant les choix de filières pour le suivi de grossesse, l'accouchement et les soins post-natals, le contenu du suivi d'accouchement, etc., sont transmises mais peu diffusées localement aux utilisateurs.

• **Communication entre le ministère et les acteurs du soin** (soignants et associés : ambulanciers, officiers d'état civil etc.) – Ce goulot a été identifié notamment pour la diffusion des guidelines, pour les normes des maternités, pour l'utilisation du carnet de santé.

Les deux canaux les plus utilisés actuellement par le ministère de la santé pour communiquer avec les soignants sont l'organisation de séminaires de formation via l'administration territoriale de la santé et la mise en ligne sur le site web du ministère.



CHAPITRE III.

AXES D'INTERVENTIONS STRATEGIQUES ET MESURES



AXES D'INTERVENTIONS STRATEGIQUES ET MESURES

Le plan d'action découle directement de l'analyse des priorités retenues au point précédent et propose cinq objectifs stratégiques déclinés en 20 mesures.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1

RENFORCER LA PLANIFICATION FAMILIALE ET L'ACCÈS À CELLE-CI.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2

AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS DURANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT, ET LE POST-PARTUM.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3

ATTEINDRE CHAQUE FEMME POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

RENFORCER LA PARTICIPATION DES FEMMES ET DES FAMILLES ET DES SOIGNANTS/ SE SERVIR DE L'INFLUENCE DE CEUX-CI ET DE LEUR COMMUNAUTÉS.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

AMÉLIORATION DE LA GOUVERNANCE DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE PAR L'ÉVALUATION DES ACTIONS, LA MOBILISATION SOCIALE, ET LE RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION.

SOIT
5
OBJECTIFS
STRATÉGIQUES

ET
20
MESURES

AXE D'INTERVENTION STRATÉGIQUE 1: RENFORCER LA PLANIFICATION FAMILIALE ET L'ACCÈS À CELLE-CI

L'amélioration de la santé maternelle passe par une diminution des grossesses chez les femmes très jeunes et chez les grandes multipares. Il en va de même pour les intervalles inter gènes courts. Il s'agit là en termes d'impact de l'intervention considérée comme la plus efficace. Il s'agit aussi d'un objectif avec un fort impact sur le 4^{ème} OMD.

GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	MESURES
Goulot 1 - Sous-utilisation de l'offre de planification familiale	<p>Mesure 1 : Offrir des services en planification familiale adaptés, orientés spécifiquement vers les femmes jeunes, les grandes multipares et les femmes à risque d'intervalle inter gènes court.</p> <p>Mesure 2 : Former des soignants à la contraception réversible de longue durée.</p> <p>Mesure 3 : Budgétiser de façon spécifique et centralisée les consommables de Planification Familiale.</p>

AXE D'INTERVENTION STRATÉGIQUE 2: AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS DURANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM.

La qualité des soins reste très inégale dans l'ensemble des soins de santé de la mère et de l'enfant. Dans de nombreux contextes, les femmes et les nouveau-nés ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin, même lorsqu'ils utilisent de manière cohérente le système de santé selon les recommandations actuelles. Cet axe comprend tout autant les ressources matérielles, humaines que les référentiels et les outils.

GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	MESURES
Goulot 2 - Manque de référentiels nationaux diffusés pour la prévention et la prise en charge des principales causes de mortalité maternelle	<p>Mesure 4 : Rédiger et/ou actualiser et diffuser les référentiels nationaux pour les prises en charge des complications obstétricales.</p> <p>Mesure 5 : Rationaliser les orientations et les transferts: (i) réaliser une cartographie des structures avec une répartition des maternités en 3 niveaux ; (ii) réaliser un descriptif des situations à risque obstétrical avec indication de la filière adaptée ; (iii) réaliser le schéma de régionalisation des transferts.</p>
Goulot 3 - Absence de structuration de l'orientation initiale pour l'accouchement, et des transferts en cours de grossesse ou en postpartum immédiat	<p>Mesure 6 : Elaborer une fiche de transfert en conjonction avec les mesures 4 et 5.</p> <p>Mesure 7 : Réinstaurer l'inscription en maternité à partir du 3^{ème} mois de grossesse.</p>

Goulot 4 - Manque de transmission des informations essentielles pour une bonne prise en charge de la grossesse et de l'accouchement

Goulot 5 - Ressources humaines inadéquates et mal réparties

Goulot 6 - Ressources inadéquates en matériels, médicaments, réactifs et produits sanguins

Mesure 8 : Améliorer le dossier obstétrical, et promouvoir l'utilisation systématique du partogramme, y intégrer des fiches de surveillance césarienne, soins intensifs, anesthésie.

Mesure 9 : Elargir et mieux réglementer le champ d'action des sages-femmes.

Mesure 10 : Elaborer des normes de plateau technique pour les maternités et mettre en place une procédure d'accréditation de ces structures.

Mesure 11 : Evaluer et renforcer la gestion des besoins en sang en visant à rationaliser l'utilisation et à diminuer les besoins.

Mesure 12 : Diffuser la procédure existante formalisée d'accès aux traitements non enregistrés/homologués.

Mesure 13 : Renforcer les formations continues (théoriques et pratiques). Tester un programme d'exercices de simulation sur site.

AXE D'INTERVENTION STRATÉGIQUE 3: ATTEINDRE CHAQUE FEMME POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS.

En Algérie les soins sont gratuits, ce qui explique sans doute en partie les résultats actuels meilleurs que dans les pays voisins. Toutefois, il subsiste des inégalités d'accès, notamment dans le Sud. L'objectif peut être atteint en renforçant la responsabilité de proximité tant pour la surveillance de la grossesse que pour l'accouchement et le post-partum. Il s'agit ici aussi d'assurer sur l'entièreté du territoire la couverture des interventions essentielles, notamment grâce à la délégation des tâches, l'amélioration du fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement en produits essentiels, et l'utilisation des technologies de l'information.

GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	MESURES
Goulot 4 - Manque de transmission des informations essentielles pour une bonne prise en charge de la grossesse et de l'accouchement	<p>Mesure 14 : Modifier le « carnet de santé » et l'accompagner d'un guide d'utilisation pour y intégrer le « plan de naissance » préconisé par l'OMS qui indiquera l'orientation de la femme enceinte pour son accouchement dans une maternité selon le niveau requis.</p>
Goulot 6 - Ressources inadéquates en matériel, médicaments, réactifs et produits sanguins	<p>Mesure 15 : Sécuriser l'accès aux médicaments essentiels avec enregistrement systématique des situations de pré-ruptures de stock en termes de type de médicament, lieu, durée afin d'y remédier à temps et de recourir, si besoin, aux alternatives thérapeutiques.</p>

AXE D'INTERVENTION STRATÉGIQUE 4 : RENFORCER LA PARTICIPATION DES FEMMES, DES FAMILLES ET DES SOIGNANTS

L'éducation et l'information sont essentielles pour renforcer la participation des femmes, des familles et des soignants pour améliorer les résultats sanitaires pour les mères et les nouveau-nés. L'apprentissage participatif et recherche-action (APRA) est une intervention essentielle qui nécessite des investissements et devrait être étendue. De même, l'existence d'instances professionnelles (médecins et sages-femmes) pérennes et représentatives du plus grand nombre, reconnues comme interlocuteurs privilégiés des responsables, est une des conditions reconnues d'adhésion de la communauté des soignants aux actions proposées et de diffusion de leur contenu.

GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	MESURES
Goulot 4 - Manque de transmission des informations essentielles pour une bonne prise en charge de la grossesse et de l'accouchement	Mesure 16 : Assurer des sessions de formation et d'information à tous les professionnels de santé concernés par la prise en charge de la grossesse et l'accouchement.
Goulot 9 - Manque d'attractivité de certaines maternités – faible implication de la société civile	Mesure 17 : Mettre en œuvre des activités de promotion de la santé par les pairs et renforcer les liens entre la communauté et les structures de santé. Mesure 18 : Elaborer un plan de communication, information et éducation et renforcer la mobilisation sociale.

AXE D'INTERVENTION STRATÉGIQUE 5 : AMÉLIORATION DE LA GOUVERNANCE DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE PAR L'ÉVALUATION DES ACTIONS, LA MOBILISATION SOCIALE ET LE RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION.

Les activités de mesure et d'évaluation permettent aux responsables d'améliorer les résultats et d'adapter leur action le cas échéant. La mobilisation sociale permet à tous les partenaires d'être concernés et améliore le plaidoyer. Sans bons canaux de communication, évalués régulièrement, le plan ne peut passer à échelle.

GOULOT D'ÉTRANGLEMENT	MESURES
Goulot 8 - Faible connaissance de la situation et des causes profondes réelles de la mortalité maternelle	Mesure 19 : Assurer une large rétro-information des résultats de l'audit des décès maternels. Mesure 20 : Renforcer la mobilisation sociale.
Goulot 10 - Communication non structurée et non systématisée à divers niveaux	Mesure 21 : Renforcer la communication à tous les niveaux.

CHAPITRE IV.

CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION



CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

Le présent plan d'action a pour objectif de renforcer et de soutenir la planification coordonnée et la mise en œuvre de mesures spéciales pour la santé maternelle avec des retombées probables sur les nouveau-nés, dans le contexte des stratégies nationales du gouvernement algérien.

La mise en pratique du plan d'action utilise et renforce les engagements existants. Le plan s'inspire également de buts et de cibles inclus dans d'autres plans d'action nationaux : Meilleure acceptation du Planning Familial, Amélioration de la qualité des soins ; Focus sur l'équité, Engagement des détenteurs d'enjeux, Evaluation et Communication.

Comme recommandé actuellement par les agences des Nations Unies⁶, le plan d'action s'appuie sur cinq principes directeurs :

1. Direction nationale: C'est au ministère qu'incombe en premier la gouvernance du plan. Il s'appuie sur les détenteurs d'enjeux : soignants, auxiliaires du soin et utilisateurs. Lorsqu'ils sont présents, les partenaires pour le développement coordonnent leurs contributions et leur action.

2. Intégration: Les soins de qualité supposent une organisation et une prestation intégrée des services entre la communauté, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

3. Équité: Le plan privilégie une approche de discrimination positive pour un nombre limité d'interventions à haut niveau de preuve et une attention spécifique aux populations les plus vulnérables telles que les habitants des wilayas du Grand Sud.

4. Obligations de mesure des processus (et des résultats): Le plan prévoit un chronogramme et des items à délivrer à fournir à dates déterminées.

5. Base scientifique: Le plan tient compte des meilleures données publiées dans la littérature et par les agences spécialisées. Il nécessitera pour se déployer complètement les ajustements liés aux premiers résultats de l'audit des morts maternelles ainsi qu'une veille bibliographique pour rester au courant des développements concernant les activités et les stratégies les plus efficaces.

IV.1 CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Suivant les principes du « cadre logique » préconisé pour les projets d'envergure, et adopté notamment dans le domaine de la santé maternelle et néonatale avec succès en Asie du Sud Est⁸, le cadre de mise en œuvre comporte, pour chacune des 20 mesures, les points opérationnels suivants :

1. Description de la mesure (en quoi cela consiste ? qui le fait ?)
2. Destinataires, niveau d'adoption demandé, diffusion
3. Délai
4. Difficultés prévisibles

Les 20 mesures sont détaillées une par une dans le tableau suivant :

MESURES	ACTIONS	INTERVENANTS	ECHÉANCE	DIFFICULTÉS PRÉVISIBLES
Mesure 1 - Offrir des services de santé reproductive et de planning familial adaptés, orientés spécifiquement vers les femmes jeunes, les grandes multipares et les femmes à risque d'intervalle inter générique court	Rédaction d'une recommandation sur l'importance de cibler préférentiellement ces trois catégories cibles et fournir des outils de communication pour améliorer l'information de ces cibles (méthodes de PF modernes en post-partum et LARC : Long Acting Reversible Contraception : stérilets et implants).	Soignants du planning familial et du post-partum. Enseignants : facultés de médecine, écoles de sages-femmes et d'infirmier(e)s. Mesure informative en interaction avec les universités et les sociétés de GO, MG et SF.	2016-2019	Les femmes très jeunes sont difficiles à atteindre par les canaux prévus. Toutefois le problème semble être surtout les grossesses chez les femmes âgées.
Mesure 2 - Formation des soignants à la contraception réversible de longue durée (LARC)	Renforcement des formations pour la contraception réversible de longue durée (LARC) (implants et stérilets) Evaluation de la couverture LARC, au niveau wilaya, pour cibler les besoins. Mise en place de formations sur le terrain.	Soignants du planning familial et de la prise en charge du postpartum, quel que soit leur type d'exercice (public ou privé).	2015-2016	Non
Mesure 3 - Budgétisation spécifique centralisée des achats de consommables en PF	Achat direct et centralisé par le MSPRH des consommables en PF avec un budget PF spécifique.	Pharmacies et gestionnaires des établissements de soins concernés.	2015-2019	
Mesure 4 - Rédiger et diffuser des référentiels nationaux pour les prises en charge des complications obstétricales	Elaboration de référentiels (cadre de base de la prise en charge recommandée qui doit être décliné en détails au niveau de chaque structure) opérationnels pouvant être utilisés dans une situation d'urgence.	Soignants de tous les niveaux d'établissements : maternités rurales, hôpitaux généraux, CHU. Le niveau est clairement explicité dans le référentiel pour chaque intervention recommandée.	courant 2015 pour les premiers guides.	Large diffusion et utilisation.
Mesure 5 - Rationaliser les orientations et les transferts	Actualisation de la cartographie des établissements de soins en obstétrique, avec répartition en 3 niveaux selon le degré de prise en charge (public et privé). Elaboration d'un descriptif détaillé des situations à risque pendant la grossesse avec indication de la filière adaptée. Elaboration du schéma de régionalisation des transferts.	Soignants et administratifs des consultations prénatales et des établissements d'accouchement.	2015-2016	Opérationnalisation, disponibilité de véhicules de transport sanitaire

MESURES	ACTIONS	INTERVENANTS	ECHÉANCE	DIFFICULTÉS PRÉVISIBLES
Mesure 6 - Elaborer une fiche de transfert en conjonction avec les mesures 4 & 5 (7 fonctions BEmONC et CEmONC⁹ des maternités rurales)	Mise à jour du document existant afin de permettre la transmission d'information à l'établissement destinataire et le décompte des évacuations.	Structures d'origine et d'accueil.	Prototype à tester fin 2015	Non
Mesure 7 - Réinstaurer l'inscription en maternité à partir du 3ème mois de grossesse	Inscription du plan de naissance dans le carnet de santé.	Futures mères Soignants de CPN.	Mise en place nationale en 2016-2017	Déterminants culturels et habitudes sociales.
Mesure 8 - Améliorer le dossier obstétrical, et promouvoir l'utilisation systématique du partogramme / y intégrer des fiches de surveillance césarienne, soins intensifs, anesthésie	Finalisation et validation du dossier obstétrical. Elaboration de documents pour améliorer la surveillance et la standardisation des pratiques dans les situations à risque : fiches césarienne, soins intensifs et anesthésie.	Directions d'institution de soins Professionnels de salle d'accouchement: maternités rurales, hôpitaux généraux, CHU.	2015-2017	Adhésion des praticiens. Utilisation systématique du partogramme.
Mesure 9 - Elargir et mieux régler le champ d'action des sages-femmes (7 fonctions BEmONC des maternités rurales)¹⁰	Elargissement du statut de la sage-femme avec précision des domaines de compétence de la sage-femme et des situations où elle peut travailler de manière autonome selon Le consensus international (gestes salvateurs), Le contenu de la formation de base et de la formation continue des SF devra être mis en adéquation avec les domaines de compétence définis.	Sage- femmes Médecins.	Diffusion courant 2016-2019	Difficulté d'assurer rapidement une formation continue permettant aux SF en exercice de maîtriser les compétences nouvellement définies.
Mesure 10 - Elaborer des normes de plateau technique pour les maternités et mettre en place une procédure d'accréditation de ces structures	Mise à jour du document précisant les normes de plateau technique pour les établissements de soins en obstétrique en fonction de leur niveau. Mise en place d'une procédure d'accréditation. Mise en place d'une vérification annuelle de l'adéquation aux normes de chaque établissement.	Direction des établissements de soins et pour information à tous les acteurs des maternités.	(i) mise à jour du document existant de normes: fin 2016 ; (ii) procédure d'accréditation primaire terminée fin 2017 avec un objectif de 40% des établissements accrédités pour fin 2018	Difficulté à trouver un consensus pour la définition des normes selon le niveau. Difficulté possible à obtenir une participation transparente des personnels (soignants et administratifs) à l'évaluation du respect de ces normes.

MESURES	ACTIONS	INTERVENANTS	ECHÉANCE	DIFFICULTÉS PRÉVISIBLES
Mesure 11 - Evaluer et gérer l'approvisionnement en produits sanguins en visant à améliorer la disponibilité mais aussi à rationaliser l'emploi et à diminuer les besoins¹¹	Mise en place d'une procédure d'évaluation de l'adéquation de l'offre à la demande en produits sanguins Rédaction d'un référentiel général sur l'utilisation appropriée du sang, la prévention des besoins en amont et sur la gestion du sang en cas d'hémorragie.	Directions et institutions concernées Professionnels de la santé impliqués (médecins-sage-femmes).	Prioritaire : 2015 - 2016	Acceptabilité des résultats de l'évaluation initiale par toutes les parties prenantes.
Mesure 12 - Diffuser auprès des sociétés professionnelles la procédure formalisée d'accès aux traitements non enregistrés/homologués (déclaration conjointe ICM-FIGO¹² sur le recours au misoprostol)	Vulgarisation de la procédure standard (pharmacologiques ou dispositifs médicaux), auprès des cliniciens. Rédaction d'un document synthétique décrivant la nature de cette procédure et les étapes pratiques de sa mise en œuvre et diffusion aux sociétés professionnelles de l'obstétrique. Deux types de demandes sont prévus : la demande d'agrégation pure et simple pour un traitement ou un dispositif bien validés, et une procédure de « test » pour des mesures dont le niveau de preuve est moins élevé.	Leaders cliniciens et les sociétés professionnelles.	2015-2016	niveau de preuve exigé pour agrégation complète et agrégation test.
Mesure 13 - Renforcer Les formations continues et tester les simulations (programme PRONTO¹³)	Renforcement du curriculum de formation continue pour les professionnels de terrain de la naissance: médecins et sages-femmes : la formation sera standardisée et obligatoire.	Usage interne. Les formations seront obligatoires pour tous les professionnels pour maintenir leur autorisation de pratiquer.	Mi 2016 pour le document descriptif	Trouver une organisation pour assurer la permanence des soins durant les heures de formation peut poser problème.
Mesure 14 - Modifier le « carnet de santé » pour y intégrer le « plan de naissance » préconisé par l'OMS et globalement pour améliorer la communication entre les CPN, les maternités niveau I et niveau II/III ; mettre en place des actions pour en assurer une meilleure utilisation	Finalisation de la mise à jour du carnet de santé en incluant les informations sur le « plan de naissance », en accord avec la recommandation OMS, à savoir 3 items : (1) lieu d'accouchement prévu en première intention, (2) inscription dans ce lieu faite et date de l'inscription, (3) et maternité de référence si le lieu prévu en première intention est un niveau I, avec intégration d'une rubrique « donneur de sang prévu ».	Tous les acteurs de CPN et des maternités, quel que soit le secteur concerné (public et privé).	Prototype : 2015	Difficultés potentielles pour améliorer l'utilisation

MESURES	ACTIONS	INTERVENANTS	ECHÉANCE	DIFFICULTÉS PRÉVISIBLES
Mesure 15 – Sécuriser l'accès aux médicaments essentiels (liste OMS ; référence à adapter à la situation algérienne¹⁴)	Mise à jour de la liste des médicaments essentiels pour la grossesse, l'accouchement, le post-partum et la planification familiale en tenant compte des niveaux de soin ;	Diffusion à tous les cliniciens, pharmaciens, et directeurs des établissements de soins en obstétrique	2016-2017	
Mesure 16 - Former les soignants à l'accueil	Organisation de formations continues destinées aux professionnels de l'obstétrique sur un module d'accueil et de soins centrés sur le patient, et de façon spécifique, les prises en charge adaptées pour les catégories de patientes avec des besoins accrus : femmes très jeunes, femmes socialement isolées, etc.	Tous les soignants impliqués.	Module à intégrer dans la mesure 13, selon les mêmes délais.	Non
Mesure 17 - Mise en place d'activités de promotion de la santé maternelle par les pairs. Renforcer les liens entre la communauté et les structures de santé	Réalisation d'une phase pilote dans quelques régions de mortalité maternelle élevée puis élargissement.	A identifier en fonction de l'existant	Phase test à démarrer en 2016 et continuer jusqu'en 2019	Non
Mesure 18 - Utilisation pour la santé maternelle des résultats de l'Audit des Décès Maternels, Diffusion des résultats et mise en place d'une boucle d'audit	Exploitation de l'information issue de l'étude approfondie des morts maternelles, telle qu'elle est mise en œuvre dans l'enquête confidentielle (Audit des Décès Maternels : ADMa). Analyse des facteurs d'évitabilité des décès par le Comité National d'Experts.		COURANT 2015 - continue.	Obstacles habituels aux changements de pratiques des professionnels et de comportement des individus.
Mesure 19 – Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat	Identifier tous les partenaires non gouvernementaux impliqués dans la santé maternelle et les réunir pour clairement définir les missions et les engagements. Formaliser les identifications des collaborations et des synergies.	MSPRH	Démarrage printemps 2016, finalisation décembre 2017	Identification exhaustive des partenaires (agences des Nations Unies, Union Européenne, ONG,
Mesure 20 – Amélioration de la communication entre tous les acteurs	les universités, les associations impliquées dans les activités relatives au PNRAMM	Professionnels de santé Sociétés savantes Associations		Dans un premier temps non. La vérification du degré de pénétrance des mesures de communication peut nécessiter des enquêtes ad hoc

IV.2 CADRE DE SUIVI-EVALUATION

Une liste d'indicateurs pour évaluer l'application et l'efficacité des 20 mesures a été développée. La progression, vers l'objectif global et les cibles de ce plan d'action, sera jalonnée par un certain nombre d'étapes. Celles-ci doivent couvrir toute la période du plan 2015-2019. Les indicateurs serviront de point de départ pour mesurer le bon déroulement du plan et pour l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre. Ils incluent essentiellement des indicateurs de processus et d'impact.

Quel(s) outil(s) de suivi de l'action proposée :

MESURES	INDICATEURS ET OUTILS DE SUIVI
Mesures 1 : Offrir des services en planification familiale adaptés, orientés spécifiquement vers les femmes jeunes, les grandes multipares et les femmes à risque d'intervalle inter gènesique court. Mesure 2 : Former des soignants à la contraception réversible de longue durée.	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un module de formation continue sur les LARC Existence d'outils d'information destinés aux femmes Taux de couverture des méthodes de planification familiale modernes en postpartum Taux d'utilisation de stérilets et implants (= LARC) parmi les femmes en demande contraceptive
Mesure 3 : Budgétiser de façon spécifique et centralisée les consommables de PF	<ul style="list-style-type: none"> Existence de la règle budgétaire définissant la budgétisation
Mesure 4 : Rédiger et diffuser des référentiels nationaux pour les prises en charge des complications obstétricales.	<ul style="list-style-type: none"> Existence de référentiels nationaux Existence et accessibilité dans chacun des services concernés de schémas de conduites à tenir adaptés à l'établissement et en conformité avec les référentiels nationaux. Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels (ADMa) des prises en charge non conformes aux référentiels nationaux Eventuellement audits de pratique ciblés sur le contenu des référentiels, dont les résultats peuvent entrer en compte pour l'accréditation.
Mesure 5 : Rationaliser les orientations et les transferts: (i) réaliser une cartographie des institutions avec une répartition des maternités en 3 niveaux ; (ii) réaliser un descriptif des situations à risque obstétrical avec indication de la filière adaptée ; (iii) réaliser le schéma de régionalisation des transferts	<ul style="list-style-type: none"> Existence des trois documents Existence dans toutes les structures d'accouchement d'un registre des transferts et des évacuations. Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels (ADMa) des orientations initiales et des transferts inappropriés et non encadrés.
Mesure 6 : Elaborer une fiche de transfert en conjonction avec les mesures 4 & 5 (7 fonctions BEmONC des maternités rurales CEmONC).	<ul style="list-style-type: none"> Existence du document. Existence dans toutes les structures d'un registre des transferts et des évacuations basé sur les fiches de transfert. Décompte mensuel et annuel. Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels (ADMa) des transferts sans fiche.
Mesure 7 : Réinstaurer l'inscription en maternité à partir du 3 ^{ème} mois de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Existence de la réglementation Proportion des parturientes inscrites préalablement à l'accouchement
Mesure 8 : Améliorer le dossier obstétrical, et promouvoir l'utilisation systématique du partogramme. Y intégrer des fiches de surveillance césarienne, soins intensifs, anesthésie.	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dossier obstétrical standardisé Taux d'utilisation du dossier obstétrical recommandé (enquête ad hoc dans un échantillon d'établissements ; élément d'audit de la visite d'accréditation) Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels (ADMa) de la qualité de l'information du dossier obstétrical et de l'utilisation du partogramme.

Mesure 9 : Elargir et mieux règlementer le champ d'action des sages-femmes (7 fonctions BEmONC des maternités rurales).	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du document redéfinissant les compétences élargies de la sage-femme • Enquête dans les services de santé
Mesure 10 : Elaborer des normes de plateau technique pour les maternités et mettre en place une procédure d'accréditation de ces structures.	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un document fixant les normes de plateau technique • Existence d'une procédure d'accréditation • Nombre de maternités soumises à cette procédure chaque année • % de maternités accréditées
Mesure 11 : Evaluer et gérer la pénurie de sang en visant à améliorer la disponibilité mais aussi à rationaliser l'emploi et à diminuer les besoins.	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du référentiel général sur l'utilisation appropriée du sang • Mise en place d'une procédure continue d'évaluation de l'adéquation de l'offre à la demande • Nombre de situations signalées de pénurie de sang en obstétrique • Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels (ADMa) du nombre de cas où l'indisponibilité des produits sanguins/impossibilité de transfusion est impliquée dans l'évitabilité du décès.
Mesure 12 : Diffuser la procédure existante formalisée d'accès aux traitements non enregistrés/homologués.	<ul style="list-style-type: none"> • Document d'information diffusé aux leaders cliniciens concernant la procédure pour demande d'accréditation / homologation • Notification d'agrément du misoprostol
Mesure 13 : Renforcer les formations continues - Tester un programme d'exercices de simulation sur site. (ces indicateurs de suivi sont pertinents aussi pour les mesures 2 et 16).	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de modules ciblés sur l'utilisation des contraceptifs LARC, sur les grandes causes de mortalité maternelle et sur l'accueil en maternité dans les curriculums de formation continue des professionnels de l'obstétrique • Taux de participation des professionnels à ces modules • Existence d'un programme pilote de simulation
Mesure 14 : Modifier le « carnet de santé » pour y intégrer le « plan de naissance » préconisé par l'OMS et globalement pour améliorer la communication entre les CPN, les maternités niveau I et niveau II/III ; mettre en place des actions pour en assurer une meilleure utilisation.	<ul style="list-style-type: none"> • La version révisée du carnet est disponible • Taux d'utilisation adéquate du carnet de santé en consultation prénatale (enquête ad hoc dans un échantillon d'établissements ; élément d'audit de la visite d'accréditation) • Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels de la pertinence de l'information contenue dans le carnet et de son utilisation
Mesure 15 : Sécuriser l'accès aux médicaments essentiels ; enregistrement systématique des situations de ruptures de stock en termes de type de médicament, lieu, durée, et possibilité de fournir un médicament de remplacement. (liste OMS ; référence à adapter à la situation algérienne).	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une liste de médicaments essentiels en obstétrique mise à jour • Nombre de situations signalées de pénurie/rupture de stock de médicament essentiel
Mesure 16 : Former les soignants à l'accueil	<ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs sont les mêmes que pour la mesure 13
Mesure 17 : Mise en place d'activités de promotion de la santé par les pairs. Renforcer les liens entre la communauté et les structures de santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte des modules d'éducation par les mourchidâtes • Décompte des modules d'éducation adossés aux modules VIH
Mesure 18 : Utilisation pour la santé maternelle des résultats de l'Audit des Décès Maternels. Diffusion des résultats et mise en place d'une boucle d'audit.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas de décès maternels inclus dans l'Audit des Décès Maternels, à confronter au nombre attendu • Nombre de cas examinés par le comité national d'experts • Rapport de synthèse publié • Existence de messages-clés • Evaluation dans l'Audit des Décès Maternels des changements attendus • Ratio de la mortalité maternelle
Mesure 19 : Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat.	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte des activités développées • Liste des partenaires disponibles
Mesure 20 : Amélioration de la communication entre tous les acteurs.	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte des programmes d'IEC développés par le MSPRH • Décompte des programmes d'IEC mis en œuvre par le MSPRH

IV.3 LE PLAN DE FINANCEMENT

Un plan de financement reprenant le budget annuel selon les axes stratégiques et un budget détaillé selon les objectifs des axes stratégiques et par année, est nécessaire pour envisager la mise en œuvre du Plan.

Il sera la base de l'opérationnalisation du Plan et devra tenir compte des ressources existantes et de celles qui peuvent être mobilisées pour chaque axe stratégique.

Tous ces éléments sont décrits dans le Plan de financement du programme, en complément au présent Plan stratégique.

REFERENCES

- ¹ Objectifs du millénaire pour le développement –Rapport -2013 Nations unies
- ² 2^{ème} Rapport national pour les OMD (RNOMD)- Algérie septembre 2010
- ³ Sonneveldt E, Decormier Plosky W, Stover J. Linking high parity and maternal and child mortality: what is the impact of lower health services coverage among higher order births? BMC Public Health. 13;2013 Suppl 3:S7
- ⁴ Rapport UNICEF : Analyse de situation de la mortalité maternelle et infantile en Algérie- 2011
- ⁵ WHO birth preparedness in antenatal care http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/emergency_preparedness_antenatal_care.pdf
- ⁶ <http://www.everynewborn.org/every-newborn-toolkit/> Unicef, 2014
- ⁷ Boeckxstaens P, Smedt DD, Maeseener JD, Annemans L, Willems S. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2011 Aug 11;209;31. doi: 209-11-6963-1472/10.1186.
- ⁸ El Arifeen S, Christou A, Reichenbach L, Osman FA, Azad K, Islam KS, Ahmed F, Perry HB, Peters DH. Community-based approaches and partnerships: innovations in health-service delivery in Bangladesh. Lancet. 2013 Dec ;14 382
- ⁹ Fonctions BEmONC et CEmONC <http://www.unfpa.org/public/mothers/pid/4385>
- ¹⁰ ICM Midwife competencies <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM20%Essential20%Competencies20%for20%Basic20%Midwifery20%Practice20%,202010%revised202013%.pdf>
- ¹¹ Traore M, Dumont A, Kaya AB, Traore SO, Traore OM, Dolo A. [Blood supply and demand at the Fifth District Health Centre in Bamako (Mali)]. Sante. 2011Jan-Mar;40-33:(1)21
- ¹² Déclaration conjointe ICM FIGO 2014 concernant l'utilisation du misoprostol en obstétrique <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/ICM-FIGO20%Joint20%Statement20%French.pdf>
- ¹³ PRONTO <http://prontointernational.org/partopantstm-birth-simulator.html> et aussi Kestler E, Walker D, Bonvecchio A, de Tejada SS, Donner A. A matched pair cluster randomized implementation trial to measure the effectiveness of an intervention package aiming to decrease perinatal mortality and increase institution-based obstetric care among indigenous women in Guatemala: study protocol. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Mar 13;73;21
- ¹⁴ Liste OMS de médicaments essentiels en santé reproductive http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PSM_PAR_2006.1_eng.pdf