

**BURKINA FASO**

**MINISTERE DE LA SANTE**

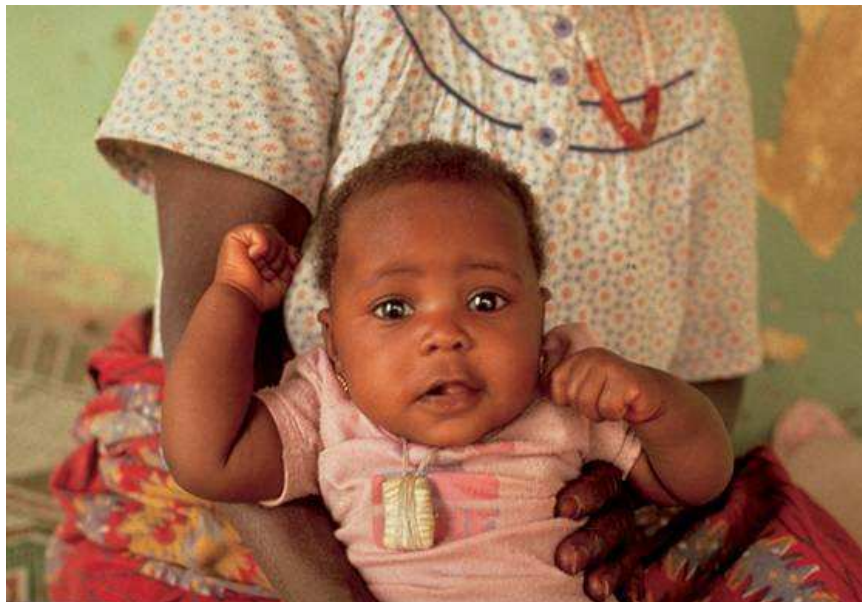
**SECRETARIAT GENERAL**

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**

**DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE**



**PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE  
L'ENFANT (PCIME)  
PLAN DE COUVERTURE 2005-2010**



**DRAFT 1**

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- **AES** : Association Enfance et Santé
- **APAIB** : Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina
- **APL**: Agent de Première Ligne
- **AS** : Agent de Santé
- **CEBV** : Communauté Economique du Bétail et de la Viande
- **CFA** : Communauté Financière d'Afrique
- **CIERRO** : Centre d'Information, d'Education radio Rurale Ouagadougou
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CHR** : Centre Hospitalier Régional
- **CMA** : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
- **CTRS** : Comité Technique Régional de Santé
- **CSPS**: Centre de Santé et de Promotion Sociale
- **CSLP** : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
- **CILSS** : Comité Inter états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
- **COGES**: Comité de Gestion
- **DEP** : Direction des Etudes et de la Planification
- **DGPML**: Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire
- **DLM**: Direction de la Lutte contre la Maladie
- **DPV** : Direction de la Prévention par la Vaccination
- **DRS** : Direction Régionale de la Santé
- **DS** : District Sanitaire
- **DSF** : Direction de la Santé de la Famille
- **EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- **EDS-BF** : Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso
- **ECD**: Equipe Cadre de District
- **ENSP**: Ecole Nationale de Santé Publique
- **FCI**: Family Care International
- **FS**: Formation Sanitaire
- **HKI**: Hellen Keller International
- **ICP** : Infirmier Chef de Poste
- **INSD** : Institut National de la Statistique et de la Démographie
- **IRA** : Infection Respiratoire Aigue
- **MEG** : Médicaments Essentiels Génériques

- **MS** : Ministère de la Santé
- **OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non gouvernementale
- **PA** : Plan d'Action
- **PADS**: Programme d'Appui au Développement Sanitaire
- **PEC** : Prise En Charge
- **PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
- **PCIME/C** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant par la communauté
- **PIB** : Produit Intérieur Brut
- **PNB** : Produit National Brut
- **PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire
- **PNGB** : Plan National de Bonne Gouvernance
- **PSN** : Politique Sanitaire Nationale
- **PPTTE** : Pays Pauvre Très Endettés
- **SASDE** : Stratégie d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfance
- **SBC** : Service à Base Communautaire
- **SIS**: Système d'Information Sanitaire
- **SNIS**: Système National d'Information Sanitaire
- **SRO** : Soluté de Réhydratation Orale
- **SSP** : Soins de Santé Primaires
- **TRO** : Thérapie de Réhydratation par voie Orale
- **UEMOA** : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
- **UFR/SDS**: Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## SOMMAIRE

### PREMIERE PARTIE :

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>I. SITUATION SANITAIRE DU PAYS .....</b>	<b>8</b>
I.1 Contexte politique, macro-économique social.....	8
I.2 Principaux déterminants de l'état sanitaire.....	8
I.3 Système de santé : organisation et fonction, acteurs clés et principaux défis.....	9
I.4 Situation épidémiologique.....	10
<b>II. DESCRIPTION DE LA STRATEGIE PCIME.....</b>	<b>11</b>
II.1 Composantes de la PCIME.....	11
II.2 Etapes de mise en œuvre de la PCIME.....	12
<b>III. ETAT DE MISE EN ŒUVRE DE LA PCIME .....</b>	<b>13</b>
III.1 Principales Réalisations .....	13
III.2 Coordination et gestion du programme.....	14
III.3 Leçons apprises.....	15
III.4 Problèmes rencontrés.....	15
III.5 Leçons apprises.....	15

### DEUXIEME PARTIE : PLAN DE COUVERTURE 2006-2010

<b>I. BUT ET OBJECTIFS.....</b>	<b>17</b>
I.1 But.....	17
I.2. Objectif général.....	17
I.3. Objectifs spécifiques.....	17

<b>II. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE.....</b>	<b>17</b>
II.1. Renforcement des compétences des prestataires de service.....	17
II.2. Renforcement du système de santé.....	18
II.3. Renforcement de la composante communautaire.....	18
II.4 Renforcement de l'organisation et de la gestion.....	18
<b>III. ACTIVITES .....</b>	<b>19</b>
III.1. Renforcement des compétences des prestataires de service.....	19
III.2. Composante renforcement du système de santé.....	19
III.3. Composante communautaire.....	20
III.4 Organisation et gestion.....	21
<b>IV. PLAN DE MISE EN OEUVRE.....</b>	<b>21</b>
IV.1 Processus de dissémination.....	21
IV.2 Appropriation du plan couverture par les acteurs.....	22
IV.3 Rythme et modalités d'extension.....	22
IV.4 Suivi et évaluation de la mise en œuvre.....	23
IV.5 Mobilisation des ressources.....	25
<b>V. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES.....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>31</b>
• <b>Annexe 1</b> : PNUD (2001), Rapport sur le Développement Humain Durable, Burkina Faso.....	32
• <b>Annexe 2</b> : Cadre logique .....	33
• <b>Annexe 3</b> : Budgétisation des activités.....	37
• <b>Annexe 4</b> : Bibliographie.....	42

# PREMIERE PARTIE

## **INTRODUCTION**

Depuis l'accession du Burkina Faso à la souveraineté internationale, son Gouvernement a défini le secteur de la Santé comme un des secteurs prioritaires du développement.

En adoptant en 1979 la stratégie des soins de santé primaires (SSP) comme stratégie de développement sanitaire, le Burkina Faso s'engageait à assurer une couverture socio - sanitaire optimale de la population. Cette volonté, enrichie des nombreuses expériences accumulées depuis l'adoption de la stratégie des SSP, sera renforcée en 1987 par l'approche de l'initiative de Bamako. L'accent a été mis à partir de 1991 sur la décentralisation du système de santé basée sur le district sanitaire.

A partir de 2000, le Burkina s'est doté d'une Politique Sanitaire Nationale (PSN) et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui couvre la période 2001 – 2010. La volonté politique affichée par les autorités du Burkina Faso est également visible à travers le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) où le secteur de la santé est reconnu comme un des secteurs prioritaires qui devraient contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) auxquels le pays a adhéré. La santé infantile y occupe une place prépondérante à travers des programmes comme la Nutrition, le Paludisme, le Programme Elargie de Vaccination (PEV), ainsi que la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

En effet depuis février 1999, le Burkina Faso s'est engagé dans un processus qui constitue un nouveau paradigme dans l'approche de résolution des problèmes de santé et de développement de l'enfant grâce à la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

De plus, la déclaration de politique générale du Gouvernement en ce qui concerne la santé a mis l'accent sur la réalisation de l'objectif de réduction de la mortalité infantile juvénile, grâce à l'amélioration de la couverture sanitaire, de la qualité des services offerts et d'une bonne politique de prévention. Le présent plan stratégique s'insère dans le processus d'extension de la couverture de la stratégie PCIME.

## **I. SITUATION SANITAIRE DU PAYS ET DEVELOPPEMENT**

### **I.1 Contexte politique, macro-économique et social**

Pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est peuplé de 12 419 677 d'habitants (DEP Santé, 2003). A l'exception de la zone sud-ouest, l'aridité est une des caractéristiques essentielles du milieu naturel burkinabé.

Le Burkina Faso est un état démocratique dirigé par trois pouvoirs : exécutif, législatif et judiciaire. A partir de 1998, il s'est doté d'un Plan National de Bonne Gouvernance (PNBG) et d'un programme d'investissement axés sur le développement institutionnel et la modernisation de l'administration, la promotion de la participation de l'auto promotion de la société civile et une meilleure gestion de l'économie.

Le pays est subdivisé en circonscriptions administratives que sont les villages, les communes, les départements, les provinces et les régions.

Malgré les efforts de ces dernières années, l'économie burkinabé reste encore fragile. Les secteurs de l'agriculture et de l'élevage qui emploient 86% de la population active, fournissent à eux seuls 35% du PIB ainsi que 65 à 70% des recettes d'exportation, tandis que le secteur secondaire ne représente que 19 %. Avec un PNB par habitant de 303,3 \$ en 2002 (INSD, 2002), le Burkina Faso reste confronté à un défi majeur qui est l'éradication de la pauvreté. En effet, en 2003 46,% de la population se trouve en dessous du seuil de pauvreté absolu estimé à 82 672 F CFA par an et par personne (INSD 2003)

Cette pauvreté s'accompagne d'une croissance démographique élevée (2,38% et par an) source, d'une recrudescence des épidémies, d'une propagation de la pandémie du SIDA et des inégalités de genre ; elles constituent les principaux défis du développement.

### **I.2. Principaux déterminants de l'état sanitaire**

Le faible niveau d'éducation, en particulier celui des filles (33,4%), la pauvreté, la malnutrition, l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement de base favorisent le développement des maladies. La situation sanitaire se caractérise par des taux élevés de mortalités maternelle et infantile, un tableau épidémiologique dominé par les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que les handicaps et les incapacités.

### **I.3 Système de santé : organisation et fonction, acteurs clés et principaux défis**

Le système public de santé s'articule autour de trois niveaux administratifs. Le niveau central, organisé autour du cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts. Le niveau périphérique: 55 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux opérationnels : les centres de santé et de promotion sociale ou CSPS (1 206) et les centres médicaux avec antenne chirurgicale ou CMA (34) qui constituent le premier niveau de contact entre les services et la population, les centres hospitaliers régionaux ou CHR (9), et les centres hospitaliers Universitaires CHU (3).

Le Service de Santé des Forces Armées Nationales, l'Office de Santé des Travailleurs et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale contribuent à l'offre de soins à travers leurs propres institutions.

A côté du secteur public, existe un secteur privé qui est passé de 19 structures en 1985 à 211 en 2000. La médecine et la pharmacopée traditionnelles reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique jouent un rôle important notamment en zone rurale.

Bien que des efforts aient été déployés dans le secteur social, le Burkina Faso, éligible parmi les Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ), continue à être confronté à des difficultés relatives aux taux élevés de morbidité, de mortalité infantile et maternelle, et d'analphabétisme, à un accès toujours faible aux services sociaux de base. De plus, de nombreux enfants se trouvent dans des situations particulièrement difficiles : enfants travailleurs, enfants de la rue et mendiants.

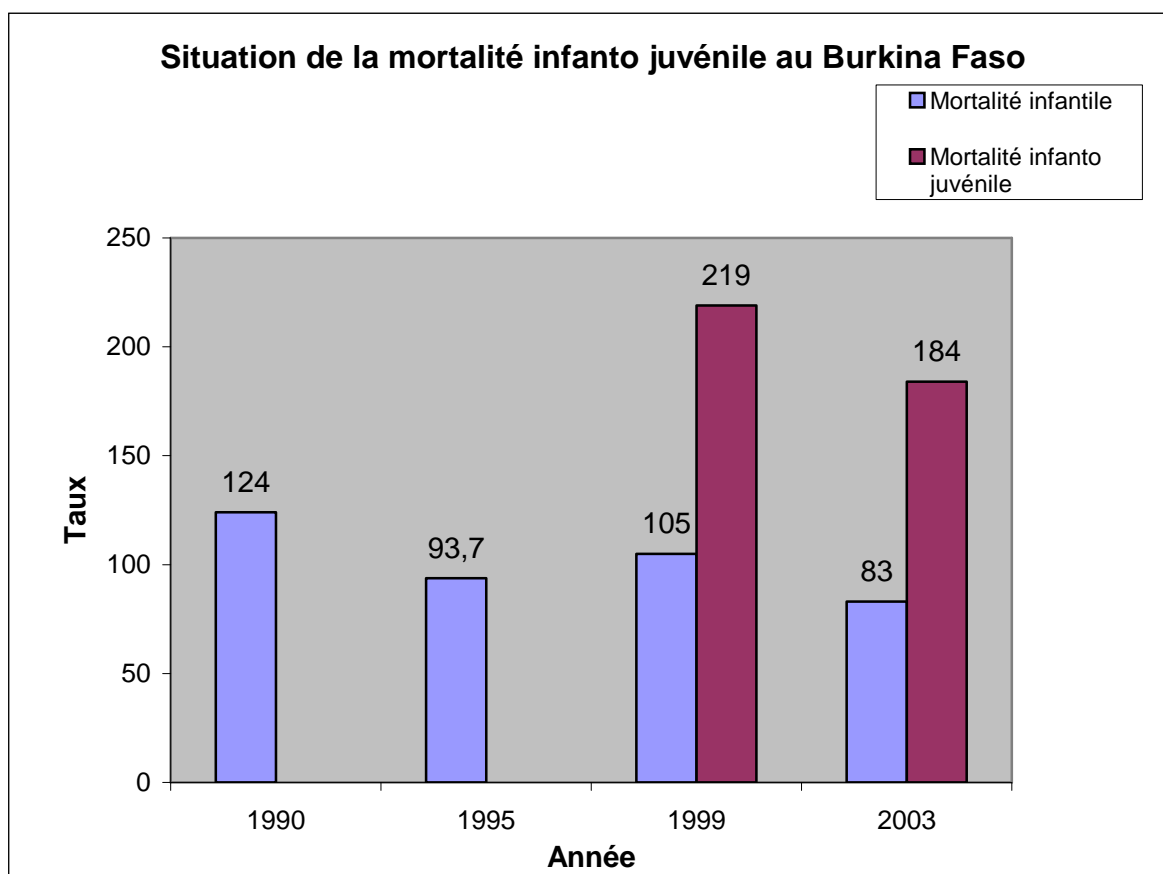
Le pays abrite les sièges de plusieurs organisations ou institutions régionales telles que : CILSS, CEBV, Programme de lutte contre l'Onchocercose, UEMOA, CIERRO, Autorité du Liptako Gourma. Il organise de nombreuses manifestations à caractère régional ou international: Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou et Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou

## I.4 Situation épidémiologique

La situation sanitaire de l'enfant au Burkina ces dernières années est caractérisée par des taux élevés de morbidité et de mortalité dus principalement aux maladies transmissibles dont certaines peuvent être prévenues par la vaccination.

Les principales causes de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole. Toutes ces maladies évoluent sur un fond de malnutrition.

Selon l'EDS/BF 2003, la probabilité de mourir avant le premier mois de vie est de 41 ‰ et 65 ‰ entre le premier et le douzième mois. Aussi, le taux de mortalité infantile qui était respectivement de 105,3 pour mille en 1998 est passé à 83 pour mille en 2003. Quant à la mortalité infanto juvénile, elle a connu également une baisse et est de 184 pour mille en 2003..



Malgré les progrès notés grâce à la mise en œuvre de divers plans et programmes de survie de l'enfant (Programme Elargi de Vaccination), Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), Programme

National de Lutte contre le Paludisme, Plan National de Nutrition ...) la situation reste préoccupante

Cette situation préoccupante est favorisée par le faible niveau d'instruction de la population, les problèmes environnementaux néfastes à la santé et des comportements souvent inadaptés, influencés par les croyances, les traditions locales et par la faible couverture sanitaire. Une tranche importante de la population n'a pas accès aux services de santé et même là où l'accès est raisonnable, les soins de qualité ne sont pas toujours disponibles.

Face à cette situation, le Burkina a adopté la stratégie PCIME et a mis en œuvre la phase initiale. Le présent plan de couverture entre dans le cadre du processus d'extension de cette stratégie à l'ensemble des districts du pays.

Cette stratégie est susceptible d'avoir un grand impact sur la mortalité car elle permet d'améliorer l'accès à des soins curatifs, préventifs et promotionnels à un coût abordable. La PCIME est classée parmi les 10 interventions les plus rentables dans les pays à faible revenu (SASDE 2002 Cotonou).

## **II DESCRIPTION DE LA STRATEGIE PCIME**

La PCIME vise à réduire la morbidité et la mortalité de l'enfant dans les pays en développement. Elle se base sur une approche intégrée qui aborde la santé de l'enfant de façon globale avec l'inclusion de la composante familiale et communautaire. C'est une approche qui couvre les aspects curatifs, préventifs et promotionnels et elle permet la rationalisation des coûts liés à la Santé.

### **II-1 Composantes de la PCIME**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et plusieurs autres institutions a mis au point la stratégie de « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » (PCIME) qui s'appuie sur trois composantes essentielles :

- Amélioration des compétences des agents de santé ou composante clinique qui se fait à travers la formation des prestataires en cours d'emploi et l'enseignement dans les écoles professionnelles de base ;
- Amélioration du système de santé pour renforcer la PCIME à travers la supervision, l'équipement en matériels médico-techniques et médicaments, le système de référence et de contre référence ;

- Amélioration des pratiques familiales et communautaires ou composante Communautaire.

Cette stratégie associe une meilleure prise en charge des maladies courantes de l'enfant (pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole, malnutrition) à une alimentation et à une vaccination appropriées.

Les avantages de la PCIME portent essentiellement sur l'identification plus précise des maladies de l'enfant grâce à une approche globalisante, permettant l'accélération de la référence, avec un bon rapport coût/efficacité. Selon la Banque Mondiale, la PCIME a le meilleur rapport coût/efficacité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et sur la prise en compte simultanée des aspects curatifs, préventifs et promotionnels (tableau en annexe)

## **II-2 Etapes de mise en œuvre de la stratégie PCIME**

La stratégie PCIME comporte neuf (09) étapes qui sont :

- ✓ La visite préliminaire
- ✓ L'organisation d'un atelier de consensus sur la stratégie
- ✓ L'adaptation du matériel générique
- ✓ La planification des formations
- ✓ La formation du personnel
- ✓ Le suivi / supervision du personnel formé
- ✓ L'évaluation de la mise en œuvre initiale
- ✓ La re-planification
- ✓ L'extension

Toutes ces phases étant sous-tendues par un approvisionnement régulier en MEG et un système de référence et de contre référence performant. Le Burkina Faso est à la phase d'extension justifiant l'élaboration du présent document

### III. ETAT DE MISE EN ŒUVRE DE LA PHASE INITIALE DE LA PCIME

Toutes les étapes de mise en œuvre de la phase initiale ont été respectées par le Burkina Faso.

#### III. 1 Principaux résultats

##### III.1.1 Organisation et gestion de la PCIME

Le Burkina Faso a adopté la stratégie de « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » (PCIME) en février 1999. Les activités menées dans ce cadre sont :

- Visite préliminaire des experts de l'OMS et de l'UNICEF au cours de la même période ayant permis au Burkina de réaffirmer son adhésion à la stratégie.
- Organisation d'un atelier national d'orientation en juin 1999.
- Tenue d'un atelier de planification des activités en mai 2000 au cours duquel la proposition d'un comité de pilotage a été faite.
- Nomination d'une coordonnatrice PCIME en octobre 2002
- Identification de trois (03) districts pilotes en février 2003 (Tenkodogo, Barsalogho, Séguénéga) pour la mise en œuvre initiale de la stratégie
- Implication des partenaires à la mise en œuvre par leur appui technique et financier.

##### III 1.2. Amélioration des compétences des agents de santé

Le matériel de formation générique proposé par l'UNICEF et l'OMS a été adapté en tenant compte des particularités du Burkina.

A la fin de la phase initiale, le Burkina Faso disposait de 2 directeurs de cours, 2 instructeurs cliniques, 17 facilitateurs, 15 personnes ressources formées au suivi après la formation et 75 prestataires de soins formés.

Le processus d'introduction de la PCIME dans les écoles de santé et à l'UFR/SDS a débuté en janvier 2004.

##### III.1.3. Amélioration du système de santé

- La liste des médicaments nécessaires à la prise en charge des enfants dans le cadre de la PCIME est désormais disponible dans les sites

- L'équipement technique des formations sanitaires a été amélioré dans le cadre de la PCIME. Les fiches de prise en charge PCIME sont disponibles et utilisées par les prestataires.
- La dynamisation ou la mise en place dans 63% des formations sanitaires de coins TRO.
- Le Système de Référence et de contre référence a connu une amélioration dans les districts sanitaires pilotes.

#### **III.1.4. Amélioration des pratiques familiales et communautaires**

Une analyse de la situation a été conduite dans le district sanitaire de Tenkodogo pour collecter les informations de base sur les pratiques familiales et communautaires nécessaires à la micro planification.

Un atelier de micro planification de la PCIME-C, organisé à Tenkodogo en mai 2004 a connu la participation de plusieurs structures du Ministère de la Santé, des ONG/Associations, de partenaires et de représentants de la communauté. Le groupe de travail PCIME-C local a été créé à la suite de l'exercice de micro planification dans le district sanitaire de Tenkodogo.

### **III.2 Coordination et gestion du programme**

La mise en oeuvre de la PCIME est coordonnée par la Direction de la Santé de la Famille (DSF). Elle collabore avec d'autres structures du niveau central que sont : la Direction de la Prévention par la Vaccination (DPV), la Direction de la Nutrition (DN) et la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et les partenaires. La coordination se fait à travers un cadre de concertation dont les réunions se tiennent semestriellement.

La coordination au niveau régional est assurée par les DRS et consiste au suivi de la mise en oeuvre.

L'implication des partenaires dans la phase initiale a surtout concerné l'OMS, l'UNICEF, PADS et SAVE THE CHILDREN. Certaines ONG telles que : Plan Burkina, AES BURKINA (ex SAVE THE CHILDREN), Mwangaza action, HKI, FCI, Voisins mondiaux, APAIB ont participé au processus de mise en oeuvre de la PCIME communautaire à Tenkodogo.

### **III.3 Atouts**

L'engagement politique

L'adhésion des agents à la stratégie

L'engagement des partenaires techniques et financiers

### **III.4 Les problèmes rencontrés**

La phase pilote de la PCIME au Burkina Faso a connu quelques difficultés dans la mise en œuvre des trois composantes liées l'insuffisances des ressources humaines, financières, matérielles. Les principaux problèmes sont :

- La rupture de certains médicaments essentiels tels que la vitamine A et le fer en sirop ;
- l'insuffisance de la prise en compte des données PCIME dans le SNIS;
- L'insuffisance de la mise en œuvre de la composante communautaire
- L'insuffisance d'implication du niveau intermédiaire
- L'insuffisance d'intégration de la PCIME dans les écoles de formation professionnelle ;
- L'insuffisance de compétences des agents santé
- La coordination, l'évaluation et le suivi sont insuffisamment développés
- L'insuffisance du personnel en quantité et en qualité
- L'insuffisance en matériel médico-technique.
- La couverture partielle des districts et des FS,
- L'insuffisance des ressources financières

### **III.5 Leçons apprises**

- la décentralisation de la formation et l'élaboration du cahier du participant ont permis de réduire le coût de la formation des prestataires ;
- l'expertise développée au niveau district a permis d'organiser des sessions de formation dans les districts de Barsalogho et de Séguénéga ;
- le suivi régulier des activités est un élément indispensable pour la mise en œuvre efficace de la stratégie PCIME.

**DEUXIEME PARTIE**

**PLAN DE COUVERTURE**

## **I. BUT ET OBJECTIFS**

### **I.1 But :**

Contribuer à l'amélioration de la santé des enfants de 0 à 5 ans d'ici fin 2010

### **I.2 Objectif Général**

Contribuer à réduire de 40% la mortalité et la morbidité infanto-juvénile à travers la mise en œuvre de la PCIME dans tous les districts sanitaires d'ici fin 2010.

### **I.3 Objectifs spécifiques**

Assurer une couverture de la PCIME à 100% des districts sanitaires d'ici fin 2010

Assurer une couverture de la mise en œuvre de la PCIME dans au moins 60% des formations sanitaires d'ici fin 2010

Assurer la mise en œuvre de la PCIME communautaire dans au moins 70% des ménages dans l'aire sanitaire des formations sanitaires impliquées d'ici fin 2010

Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de la stratégie PCIME à tous les niveaux du système de santé d'ici fin 2010

## **II. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE**

Au regard des objectifs ci-dessus cités, quatre principales stratégies ont été retenues à savoir Le renforcement des compétences des prestataires, Le renforcement du système de santé, Le renforcement de la composante communautaire et Le renforcement de l'organisation et de la gestion. Elles se décomposent en sous stratégies que sont :

### **II.1 Le renforcement des compétences des prestataires**

- La formation
- le suivi
- la supervision
- l'intégration de la PCIME dans les écoles

## **II.2 Le renforcement du système de santé**

- l'approvisionnement régulier et l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels requis pour la stratégie à tous les niveaux
- le développement d'un système de référence performant pour une prise en charge adéquate des cas graves ;
- la mise en place d'un équipement approprié à tous les niveaux ;
- l'organisation des services pour un meilleur accès ;
- la supervision intégrée prenant en compte les aspects essentiels de la PCIME ;
- l'intégration des classifications de la PCIME dans le système d'information sanitaire

## **II.3 Le renforcement de la composante communautaire**

- Le développement d'un plan intégré de communication en vue d'informer et promouvoir les pratiques familiales clés
- L'implication des COGES et des leaders communautaires
- le développement des services à base communautaire
- La définition des orientations nationales pour la mise en œuvre de la PCIME-C

## **II.4 Le renforcement de l'organisation et de la gestion**

- le suivi
- le développement partenariat
- la mobilisation des ressources
- le renforcement institutionnel
- la recherche

### **III. ACTIVITES**

#### **III.1 Renforcement des compétences ;**

- Développer un cahier du participant
- former des formateurs de district:
  - Formation au cours de 11 jours
  - Formation en techniques de facilitation (5 jours)
  - Formation au suivi (3 jours) Former des prestataires des centres de santé y compris le secteur privé
- Organiser une sortie de suivi des prestataires après les formations
- Organiser des sorties d'appui des Districts sanitaires dans la mise en œuvre de la PCIME
- Organiser une sortie semestrielle de supervision intégrée des prestataires sur la PCIME
- Organiser un atelier d'orientation et d'élaboration d'un plan d'action pour l'introduction de la PCIME dans les écoles de base
- Former les enseignants à la PCIME Clinique (6 jours)
- Organiser un atelier de révision de curricula de formation des écoles professionnelles
- Organiser une sortie de suivi de l'intégration effective de la PCIME dans les écoles de formation (vérifier les cahiers ainsi que le planning des cours des enseignants des écoles de base)
- évaluer les connaissances des élèves sortants sur leur capacité de PEC des enfants Malades sur le terrain)
- Former les prestataires des centres de référence a la prise en charge des cas graves
- Former les médecins au cours de 6 jours
- Développer un plan de formation des APL a la PCIME (élaboration, adoption, mise en œuvre, évaluation)

#### **III.2 Renforcement du Système de Santé**

- Faire un plaidoyer auprès de la DGPML pour rendre disponible le fer en sirop et la vitamine A
- Assurer un approvisionnement régulier des MEG/PCIME dans au moins 80 % des formations sanitaires

- Evaluer les nouveaux sites de mise en œuvre de la PCIME
- Doter les districts sanitaires en matériel didactique
- Organiser les services pour une meilleure prise en charge des enfants malades (description tâches, adaptation circuit de l'enfant malade, disponibilité matériel et produits etc....)
- Elaborer une table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS
- Doter les DS de table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS

### **III.3 Renforcement de la composante Communautaire**

- Tenir un atelier national d'orientation et de planification sur la composante communautaire
- Organiser un atelier de validation du plan stratégique PCIME-C
- Assurer la participation de 100% des COGES à la mise en œuvre de la PCIME-C
- Former des d'agents communautaires capables d'assurer une prise en charge des enfants malades selon le protocole PCIME / C dans au moins 80% des communautés des DS impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME
- Sensibiliser au moins 60% des mères au respect des pratiques correctes d'alimentation des enfants âgés de 0-5 ans
- Assurer la sensibilisation d'au moins 60% des mères de la communauté impliqué à l'identification des cas graves nécessitant la recherche rapide de soins
- Mettre en place des services à base communautaire dans au moins 80% des communautés des districts impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME (distribution/imprégnation de moustiquaires, distribution de chloroquine, paracétamol, SRO, etc.).
- Développer un Plan Intégré de Communication (PIC) par district pour la mise en œuvre de la PCIME – C
- Organiser des sorties d'appui au niveau de chaque district pour l'orientation et la micro planification de la PCIME-C
- Appuyer l'évaluation des micros plans PCIME-C dans chaque DS
- Evaluer le plan stratégique PCIME-C

### **III.4 Renforcement de l'organisation et de la gestion**

- Organiser une rencontre semestrielle de la cellule de coordination PCIME
- Organiser une sortie semestrielle de la cellule de coordination PCIME
- Organiser des voyages d'échanges d'expériences
- Organiser une recherche tous les trois ans sur un thème pertinent de la PCIME
- Organiser des sorties de plaidoyer auprès des partenaires et des autres secteurs de développement.
- Doter la cellule de coordination en moyen logistique, informatique, consommable et matériel de bureau
- Reproduire et diffuser le plan de couverture
- Assurer la maintenance du matériel roulant et informatique
- Organiser des journées portes ouvertes sur la PCIME
- Participer à au moins trois rencontres de Comité Technique Régional de santé par an
- Organiser un atelier de validation du plan de couverture
- Suivre la mise en œuvre du plan de couverture
- Organiser une sortie annuelle de suivi des DS formes à la PCIME
- Organiser une évaluation à mi parcours afin de réorienter les interventions
- Organiser une évaluation finale de la stratégie

## **IV. PLAN DE MISE EN ŒUVRE**

### **IV -1. Processus de dissémination.**

Le document plan de couverture PCIME 2005 – 2010 étant un outil de travail pour les différents acteurs du système de santé, un accent doit être mis pour assurer son appropriation par les différents acteurs.

#### **IV -1-1 La validation du document**

Le plan de couverture validé par le Ministère de la santé va constituer donc un document officiel de référence de la mise en œuvre de la stratégie PCIME au Burkina.

#### **IV -1-2 La dissémination.**

Chaque acteur est tenu de faire connaître le contenu du document aux différents échelons du système dont il a la charge et s'assurer de la prise en compte des orientations du plan dans la planification opérationnelle. Il s'agit donc de procéder à une dissémination active du document afin de s'assurer que les acteurs ont compris la pertinence du document et les approches de mise en oeuvre de la PCIME.

Ce plan doit être également disséminé auprès des partenaires techniques et financiers à tous les niveaux.

#### **IV- 2 Appropriation du plan de couverture par les différents acteurs.**

Chaque acteur doit intégrer dans son plan d'action les activités du plan de couverture.

La DSF doit formuler chaque année des directives en guise de rappel des priorités de la PCIME avant l'élaboration des plans d'action annuels des DRS et des districts. Les DRS et les Districts sanitaires doivent tenir compte des spécificités de chaque localité pour la mise en oeuvre des directives .

Quant aux partenaires, il est souhaitable que leurs interventions en matière de PCIME prennent en compte les activités définies par le plan de couverture en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

#### **IV- 3 Rythme et modalités de l'extension**

##### **IV-3-1 Composante renforcement des compétences**

Pour la Formation Continue, les efforts seront concentrés sur les 3 premières années de la période.

Le Burkina Faso dispose de formateurs en PCIME clinique dans 17 DS. En fin 2008 390 formateurs seront disponibles dans les 39 DS restants. Ces formateurs de district vont assurer la formation des prestataires à tous les niveaux (public et privé) ; Des initiatives sont également envisagées pour la prise en charge des cas sévères. Aussi, 330 prestataires des structures de référence seront formés à cet effet d'ici 2010 en 14 sessions.

Pour la formation de base, il est prévu la formation de 24 enseignants des écoles en une seule session. pour contribuer à l'introduction de la PCIME à l'ENSP et à l'UFR/SDS.

A tous les niveaux, le suivi et la supervision réguliers vont constituer les éléments essentiels pour une mise en oeuvre efficace de la PCIME.

#### **IV-3-2 Composante amélioration du système de santé**

Le rythme d'extension sera le même que celui de l'amélioration des compétences. Toutefois, les activités suivantes doivent constituer des préalables à l'extension :

- Adaptation des outils de collecte (SIS, Supervision) au niveau national
- Développement des capacités pour l'auto évaluation et la résolution des problèmes en équipe au niveau périphérique
- Recensement des besoins en équipement et maintenance
- Dotation en équipement

#### **IV-3-3 Composante communautaire**

La mise en oeuvre de la PCIME communautaire doit suivre le même rythme d'extension que les deux autres composantes. Pour ce faire, l'extension se fera au rythme de 10 villages par an et par DS d'ici 2010. Ceci nécessitera l'élaboration d'un plan stratégique national PCIME-C, la formation des différents acteurs et la mise en place des SBC.

Partant du principe que la PCIME communautaire "bâtit sur l'existant", toutes les opportunités seront ainsi saisies pour une mise en oeuvre efficace.

#### **IV-4 Suivi et évaluation de la mise en oeuvre**

Le suivi de la mise en oeuvre doit être envisagé à deux niveaux :

- Le suivi du processus de mise en oeuvre
- L'évaluation des résultats et de l'impact

##### **IV-4-1 Le suivi du processus de mise en oeuvre**

Il s'agit de s'assurer d'une prise en compte effective des activités par les différents niveaux du système de santé.

Le rapport de l'atelier de dissémination, les directives de même que le contenu des plans devront attester de la mise en oeuvre du plan de couverture. Ainsi les rôles et responsabilités définis par niveau sont:

- *Au niveau central*

<b>ACTIVITES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>MECANISME</b>	<b>PERIODE</b>
Valider le plan de couverture	SG, DGS, DSF, partenaires	Atelier	Première année
Adopter officiellement le plan de couverture	SG, DGS, DSF, partenaires	Atelier	Première année
Diffuser le document du plan de couverture aux DRS et aux partenaires	DSF, partenaires	Ateliers régionaux	Première année
Organiser des missions d'appui aux régions et districts pour les activités PCIME	DSF, partenaires	Missions d'appui	Durant les 05 années à venir
Suivre les activités de mise en oeuvre de la stratégie	DSF, partenaires	Sorties de terrain	Tous les six mois
Coordonner la mise en oeuvre du plan de couverture	DSF, partenaires	Rencontre	A la fin de chaque année
Évaluer la mise en oeuvre de la PCIME (mi-parcours et finale)	DSF, DEP, Consultant	Sorties de terrain recueil/exploitation de données	2007 et 2010

#### *Niveau régional*

<b>ACTIVITES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>MECANISME</b>	<b>PERIODE</b>
Disséminer le plan de couverture PCIME auprès des ECD et partenaires locaux	DRS, partenaires	CTRS, CSD	Première année
Rendre disponible le document au niveau des districts sanitaires	DSF, DRS	CTRS	Première année
Intégrer les activités de PCIME dans les plans d'action des régions	DRS, DSF,	Atelier	Chaque année
Suivre et superviser les ECD dans la mise en oeuvre des activités PCIME	DRS	Sorties sur le terrain	Tous les six mois
Coordonner les activités PCIME dans la région	DRS	Rencontre périodique	Deux fois par ans

- Niveau district

ACTIVITES	RESPONSABLES	MECANISME	PERIODE
Disséminer le plan de couverture PCIME auprès des ICP et partenaires locaux	ECD, partenaires	CSD Rencontre ECD/ICP	Première année
Intégrer les activités de PCIME dans les plans d'action des districts et des micro plans des CSPS	ECD, partenaires	Atelier	annuel
Mettre en œuvre les activités au sein des FS et dans la communauté	ECD, COGES	Sorties de terrain, recueil et exploitation de données	continue
Superviser les prestataires et les relais communautaires	ECD	Sorties de terrain, recueil et exploitation de données	Tous les trois mois

#### IV-4-2 L'évaluation des résultats et de l'impact

Il s'agit de s'assurer à long terme, que la mise en œuvre du plan de couverture produit des effets en terme d'amélioration de l'état de santé des enfants de 0 à 5ans. Les différents indicateurs de résultats/d'impact dans le cadre logique serviront à chaque niveau pour apprécier cette situation.

#### IV.5 La mobilisation des ressources

La capacité de mobilisation des ressources conditionne en grande partie le succès du plan. Le niveau central joue le rôle essentiel mais les niveaux intermédiaire et périphérique doivent développer des initiatives pour mobiliser des ressources locales additionnelles. L'Etat doit contribuer à travers les budgets annuels. Les partenaires au développement sont appelés à contribuer au financement de ce plan. Il s'agit d'assurer prioritairement le financement des activités entrant dans le cadre de ce plan.

La Direction de la Santé de la Famille (DSF) assurera un plaidoyer continu en faveur du financement de ce plan.

### IV.5.1 Les ressources humaines

Dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIME, il est nécessaire de disposer d'une équipe comprenant des directeurs de cours, des instructeurs cliniques et des animateurs.

- **Directeur de cours** : Il doit fournir un appui technique dans le cadre de la formation. Il aura la responsabilité de former, d'encadrer, et de contrôler le travail de l'enseignant hospitalier et des animateurs de cours. Ses responsabilités concernent également l'organisation de réunions avec les animateurs afin de trouver des solutions en rapport avec les problèmes rencontrés lors des activités de formation.
- **Instructeur clinique**: Il devra avoir suivi le cours de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant en tant que participant ou animateur, faire preuve de compétence clinique et d'aptitude d'ordre organisationnel et pédagogique.
- **Facilitateur / Animateur** : Il devra avoir suivi le cours de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant et posséder des connaissances techniques lui permettant d'enseigner les modules contenus dans le programme de formation.
- **Groupe de travail PCIME** : Il est nécessaire qu'un groupe de travail soit mis en place pour coordonner les activités de PCIME à tous les niveaux.

### IV.5.2 Les ressources matérielles et financières

Il est important que la mobilisation des ressources matérielles et financières auprès des sources habituelles de financement (Etat, collectivités, partenaires financiers, communauté) se fasse de façon coordonnée et concertée, de préférence au cours des ateliers de validation des plans opérationnels.

## V. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Respon sable	Autres concernés	Période d'exécution	TOTAL
<b>Renforcer des compétences des prestataires</b>						
Développer un cahier du participant	Existence de cahier du participant	Cahier du participant	DSF	partenaires	2006-2007-2008	<b>7.900.000</b>
Former 500 formateurs dans 50 DS à la PCIME clinique	500 formateurs dans 50 DS à la PCIME clinique sont formés	Rapport de formation	DSF	partenaires	2006-2007-2008-2009	<b>92.020.123</b>
Former 100 formateurs en technique de facilitation	100 formateurs à la technique de facilitation sont formés	Rapport de formation	DSF	partenaires	2006-2007-2008	<b>24.385.120</b>
Former 100 formateurs de district en suivi (02 ECD/DS)	100 formateurs de district en suivi sont formés	Rapport de formation	DSF	partenaires	2006-2007	<b>24.385.120</b>
Organiser 50 sorties de suivi après formation des formateurs de district formés en PCIME clinique	50 sorties de suivi après formation des formateurs de district formés en PCIME clinique sont organisées	Rapports de supervision	DSF	partenaires	2006-2006-2007-2008-2009-2010	<b>20.000.000</b>
Former 50 Médecins-chefs de districts au cours de 6 jours	50 Médecins-chefs de districts sont formés	Rapport de formation	DSF	partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>6.000.000</b>
Former 2000 prestataires en PCIME Clinique	2000 prestataires en PCIME clinique sont formés	Rapport de formation	DSF	partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>412.500.000</b>
Former 330 prestataires au niveau des centres référence pour la prise en charge des cas graves	330 prestataires au niveau des centres référence pour la prise en charge des cas graves sont formés	Rapport de formation	DSF, DRS, ECD	partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>49.000.000</b>
Organiser des sorties d'appui aux districts lors des formations (formateurs et prestataires) en PCIME	Des sorties d'appui aux districts lors des formations (formateurs et prestataires) en PCIME sont organisées	Rapport des sorties	DSF	partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>72.600.000</b>
Organiser une sortie semestrielle de supervision intégrée des prestataires sur la PCIME	Une sortie semestrielle de supervision intégrée des prestataires sur la PCIME est organisée	Rapport de supervision	DSF	partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>3.000.000</b>
Développer un plan de formation des APL à la PCIME	Un plan de formation des APL à la PCIME est disponible	Plan de la formation	DSF	partenaires	2008-2009	<b>3.000.000</b>
Organiser un atelier d'orientation et d'élaboration d'un plan d'action pour l'introduction de la PCIME dans les écoles professionnelles	Un atelier d'orientation et d'élaboration d'un plan d'action pour l'introduction de la PCIME dans les écoles professionnelles est organisé	Rapport de l'atelier	SG, DGS, DSF	partenaires	2005	<b>7.207.425</b>

Former des enseignants de l'ENSP à la PCIME Clinique (6 jours)	Des enseignants de l'ENSP à la PCIME Clinique (6 jours) sont formés	Rapport de formation	DSF, ENSP	partenaires	2006	<b>3.000.000</b>
Organiser un atelier de révision de curricula de formation des écoles professionnelles	Un atelier de révision de curricula de formation des écoles professionnelles est organisé	Rapport de l'atelier	ENSP	DSF, partenaires	2007	<b>14.847.296</b>
Organiser une sortie de suivi de l'intégration effective de la PCIME dans les écoles de formation (vérifier les cahiers, le planning des cours des enseignants, interview des enseignants ...)	Une sortie de suivi de l'intégration effective de la PCIME dans les écoles de formation (vérifier les cahiers, le planning des cours des enseignants, interview des enseignants ...) est organisée	Rapport de sortie	ENSP	DSF, partenaires	2008	<b>600.000</b>
Evaluer les connaissances des élèves sortants sur leur capacité de PEC des enfants Malades sur le terrain)	Les connaissances des élèves sortants sur leur capacité de PEC des enfants Malades sur le terrain) sont évaluées	Rapport d'évaluation	ENSP	DSF, partenaires	2010	<b>800.000</b>
<b>Composante renforcement du système de santé</b>						
Evaluer les nouveaux sites de mise en œuvre de la PCIME	Les nouveaux sites de mise en œuvre de la PCIME sont évalués	Rapport d'évaluation	DSF	partenaires	2006-2007-2008-2009	<b>8.200.000</b>
Doter les districts sanitaires, (ENSP et l'UFR/SDS) en matériel didactique	Les districts sanitaires, (ENSP et l'UFR/SDS) en matériel didactique sont dotés	Etat de répartition	DSF	partenaires	2006-2007	<b>105.060.000</b>
Faire Organiser une rencontre de plaidoyer auprès de la DGPML pour rendre disponible le fer en sirop et la vitamine A	Une rencontre de plaidoyer auprès de la DGPML pour rendre disponible le fer en sirop et la vitamine A est réalisée	Rapport de la rencontre	SG, DGS, DSF	partenaires	2006	<b>200.000</b>
Organiser les services pour une meilleure prise en charge des enfants malades (description taches, adaptation circuit de l'enfant malade, disponibilité matériel et produits etc.....)	Les services pour une meilleure prise en charge des enfants malades sont organisés	Rapports d'activités	DSF	DRS, ECD partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>9.650.000</b>
Elaborer une table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS	Une table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS est élaborée	Table de conversion	DSF, consultants	partenaires	2007	<b>850.000</b>
Doter les DS de table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS	Les DS de table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS	Etats de répartition	DSF, consultants	partenaires	2007-2008-2009	<b>3.300.000</b>
<b>Composante communautaire</b>						
Tenir un atelier national d'orientation et de planification sur la composante communautaire	Un atelier national d'orientation et de planification sur la composante communautaire est réalisé	Rapport de l'atelier	SG, DGS, DSF	partenaires	2005	<b>4.804.950</b>

Organiser un atelier de validation du plan stratégique PCIME-C	Un atelier de validation du plan stratégique PCIME-C est organisé	Rapport de l'atelier	SG, DGS, DSF	partenaires	2006	3.959.279
Reproduire et diffuser le plan national PCIME-C	Le plan national PCIME-C est reproduit et diffusé	Etats de répartition	DSF	partenaires	2006	4.000.000
Assurer la participation de 100% des COGES à la mise en œuvre de la PCIME-C	100% des COGES participent à la mise en œuvre de la PCIME-C	Rapports d'activités	DRS,ECD	DSF	2006-2007-2008-2009-2010	51200000
Former des d'agents communautaires (20900) capables d'assurer une prise en charge des enfants malades selon le protocole PCIME / C dans au moins 80% des communautés des DS impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME	20900 agents communautaires sont formés et sont capables d'assurer une prise en charge des enfants malades selon le protocole PCIME / C dans au moins 80% des communautés des DS impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME	Rapport de formation	DRS,ECD	DSF	2006-2007-2008-2009-2010	128.000.000
sensibiliser au moins 60% des mères au respect des pratiques correctes d'alimentation des enfants âgés de 0-5 ans	Au moins 60% des mères sont sensibilisées au respect des pratiques correctes d'alimentation des enfants âgés de 0-5 ans	Rapport d'activités	DRS,ECD	DSF	2006-2007-2008-2009-2010	40.000.000
-Assurer la sensibilisation d'au moins 60% des mères de la communauté à l'identification des cas graves nécessitent la recherche rapide de soins	Au moins 60% des mères de la communauté sont sensibilisées à l'identification des cas graves nécessitent la recherche rapide de soins	Rapport d'activités	DRS,ECD	DSF	2006-2007-2008-2009-2010	40.000.000
-Mettre en place des services à base communautaire dans au moins 80% des communautés des districts impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME (distribution/imprégnation de moustiquaires, distribution de chloroquine, paracétamol, SRO, etc.).	Des services à base communautaire sont mis en place dans au moins 80% des communautés des districts impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME	Rapport d'activités	DRS,ECD	DSF	2006-2007-2008-2009-2010	16.000.000
Développer un PIC par district pour la mise en œuvre de la PCIME – C	Un PIC est élaboré pour chaque district pour la mise en œuvre de la PCIME – C	Disponibilité des différents plans	DRS,ECD	DSF	2007-2008-2009-2010	80.000.000
Appuyer l'évaluation des micros plans PCIME-C dans chaque DS	Chaque DS est appuyé dans l'évaluation de son micro plan PCIME-C	Rapport d'activités Rapport d'évaluation			2007-2008-2009-2010	41.250.000
<b>Organisation et gestion</b>						
Organiser des journées portes ouvertes sur la PCIME	Des journées portes ouvertes sur la PCIME sont organisées	Rapports d'activités	DSF, DRS,ECD	Partenaires	2006	12.000.000
Organiser des sorties de plaidoyer	Des sorties de plaidoyer auprès	Rapports de sortie	DSF,	Partenaires	2006-2007-2008	573.849

auprès des partenaires et des autres secteurs	des partenaires et des autres secteurs sont organisées		DRS,ECD			
Organiser un atelier de validation du plan stratégique	Un atelier de validation du plan stratégique est réalisé	Rapport de l'atelier	SG, DGS, DSF	Partenaires	2006	<b>1.750.000</b>
Suivre la mise en œuvre du plan stratégique	Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique est assuré	Rapport d'activités	DSF	Partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>3.000.000</b>
Doter la cellule de coordination en moyen logistique, informatique, consommable et matériel de bureau	La cellule de coordination est dotée de moyen logistique, informatique, consommable et matériel de bureau	Accusé de réception de	DSF	Partenaires	2005-2006-2007	<b>37.389.000</b>
Assurer la maintenance du matériel roulant et informatique	La maintenance du matériel roulant et informatique est assurée	Factures de paiement	DSF	Partenaires	2006-2007-2008-2009-2010	<b>2 000 000</b>
Reproduire et diffuser le plan stratégique	Le plan stratégique est reproduit et diffusé	Etats de répartition	DSF	Partenaires	2006-2007-2008	<b>7 000 000</b>
Participer à trois (03) rencontres de Comité Technique Régional de Santé (CTRS) par an	Les rencontres de Comité Technique Régional de Santé (CTRS) par an ont connu 3 participations	Rapport des rencontres	DSF	Partenaires	2006-2007-2008	<b>1 165 931</b>
Organiser des voyages d'échanges d'expériences	Des voyages d'échanges d'expériences sont organisés	Rapport de mission	DSF	Partenaires	2007-2009	<b>8 781 000</b>
Organiser une recherche tous les deux ans sur un thème pertinent de la PCIME	Trois recherches sur un thème pertinent de la PCIME sont réalisées	Rapport de la recherche	DSF, Consultant	Partenaires	2006-2008-2010	<b>21 227 270</b>
Organiser une évaluation a mi parcours afin de réorienter les interventions	Une évaluation à mi parcours afin de réorienter les interventions est réalisée	Rapport d'évaluation	DSF, Consultant	Partenaires	2008	<b>6 000 000</b>
Organiser une évaluation finale de la stratégie	une évaluation finale de la stratégie est effectuée	Rapport d'évaluation	DSF, DEP, Consultant	Partenaires	2010	<b>10 000 000</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>1.461.523.417</b>

## **ANNEXES**

## Annexe 1 : PNUD (2001), Rapport sur le Développement Humain Durable, Burkina Faso

Tableau 1 : Réduire la Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans à travers le paquet d'intervention prioritaire (paysage)

Problèmes prioritaires de santé, (A)	% attribué par rapport à la U5MR, (B)	Paquet d'intervention, (C)	Efficacité clinique, (D)	Couverture actuelle, (E)	Objectifs de Couverture actuelle (F)	Augmentation requise de couverture (G=F-E)	Impact espéré sur U5MR (H= B*D*E)	Impact additionnel sur la croissance et le développement (I)
Paludisme	20%	Prise en charge correcte des cas Disponibilité des soins dans les familles	80%	20%	60%	40%	6.4%	Traitement et allaitement continu des enfants malades ++
	20%	IPT SP	25%	0%	40%	40%	2.0%	Prévention du paludisme+
	20%	Moustiquaires imprégnés	50%	5%	60%	55%	5.5%	
Pneumonie	15%	Prise en charge correcte des cas Disponibilité des soins dans les familles	80%	20%	50%	30%	3.6%	Traitement et allaitement continu des enfants malades ++
Allaitement maternel exclusif	15%		15%	5%	50%	45%	1.0%	Alimentation infantile Hygiène ++++
Diarrhée	15%	SRO et allaitement maternel continu	80%	60%	80%	20%	2.4%	Traitement et allaitement continu des enfants malades ++
	15%	Allaitement maternel alimentation complémentaire et hygiène	25%	5%	50%	45%	1.7%	Allaitement, hygiène ++++
<b>Ttotal PCIME</b>							<b>23%</b>	

## ANNEXE 2 : CADRE LOGIQUE

Résumé narratif du Plan 2005-2010	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification	Conditions critiques de réalisation
<b>Réduire de 40% la mortalité infanto-juvenile à travers la mise en œuvre de la PCIME dans tous les DS y compris le secteur privé d'ici fin 2010</b>	Taux de mortalité chez les enfants de 0 – 5 ans Morbidité imputable aux maladies cibles de la PCIME chez enfants de 0 - 5 ans	Enquête Ménages EDS- ANNUAIRE DEP Rapport annuel du SIS	Plan couverture validé et exécuté  Disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières  Utilisation accrue des services de santé
<b>I- Assurer une couverture de la PCIME à 100% des districts sanitaires d'ici fin 2010</b>			
Assurer la formation d'au moins 60 % des agents de santé qui prennent en charge les enfants de 0 à 5 ans dans les formations sanitaires de premier niveau (publique, prive) à la PCIME d'ici fin 2010	% des AS formés a la prise en charge des enfants malades dans chaque FS publique ou privée  % des AS formés qui vérifient l'état vaccinal  % des AS formés qui évaluent l'alimentation de l'enfant malade de moins de 2 ans  % des AS formés qui vérifient le rapport poids pour âge  % des AS formés qui réfèrent les enfants présentant une classification grave  % des AS qui traitent les enfants malades selon les directives de la PCIME  % des AS qui donnent les conseils appropriés	Rapport de formation    Rapport de suivi post formation Rapport de supervision	Pool de formateurs disponibles      Large diffusion des directives PCIME

Assurer la supervision semestrielle d'au moins 70% des prestataires formés a la PCIME dans chaque DS	% des AS formés qui sont supervisés semestriellement % des AS formés qui ont bénéficié de toutes les supervisions semestrielles	Rapport de suivi post formation Rapport de supervision	Pool de formateurs/superviseurs par région
Assurer le suivi d'au moins 80% des prestataires formés dans les 4 à 6 semaines après la formation	% des AS formés qui ont bénéficié d'un suivi dans les 4 à 6 semaines suivant la formation	Rapport de suivi post formation	Plan de formation intégrant le suivi post formation Pool de formateurs/superviseurs par région
Amener au moins 80 % des écoles de formation à intégrer la PCIME dans leur curriculum de formation.	Nombre d'écoles de formation qui ont intégré la PCIME dans leur curriculum de formation  % des élèves/étudiants sortis des écoles de formation capables d'appliquer les directives de la PCIME	Rapport de formation Curricula de formation Rapport d'activités des écoles de formation Plans de cours Cahier de cours	Enseignants impliqués et imprégnés de la stratégie PCIME Guide pour l'intégration de la PCIME dans les curricula de formation disponible
Assurer la formation de 60% des prestataires structures de référence à la prise en charge des cas graves	% de prestataires des structures de référence formés a la prise en charge des cas graves	Rapport de formation	Plan de maintenance et de renouvellement des matériels/équipement de routine
Assurer une implication des APL à la mise en œuvre de la PCIME	% d'APL impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME	Rapport de formation	Plan de formation des APL développé Relecture des attributions des APL
<b>III- Assurer les conditions de la mise en œuvre de la PCIME dans au moins 100% des formations sanitaires d'ici fin 2010</b>			
Rendre disponibles les différents MEG-PCIME dans au moins 80% des FS	% de FS qui disposent de médicaments oraux essentiels pour le traitement des maladies cibles de la PCIME  % de FS qui disposent des antigènes BCG, polio, DTC-HEB-HIB, rougeole et fièvre jaune.	Liste des médicaments essentiels par niveau Rapports de supervision Rapports de monitoring	Les médicaments/vaccins de la PCIME intégrés dans la liste des médicaments essentiels par niveau  Outils de gestion des médicaments/vaccins standard utilisés  Médicaments et vaccins PCIME intégrés dans le système de monitoring de routine
Assurer la disponibilité de l'équipement PCIME dans au moins 80% des formations sanitaires du premier échelon et les structures de référence	% de FS et de structures de référence qui répondent aux normes en équipements PCIME	Rapports de supervision Rapport de l'inventaire des équipements	Plan de maintenance et de renouvellement des matériels et équipement exécuté

<b>III Assurer la mise en œuvre de la PCIME communautaire dans au moins 70% des ménages dans l'aire sanitaire des formations sanitaires impliquées d'ici fin 2010</b>			
Assurer la participation de 100% des COGES à la mise en œuvre de la PCIME-C	% des COGES participant à la mise en œuvre de la PCIME	Rapports de supervision	Engagement exprime des COGES (contrats, protocoles d'accord etc...)
sensibiliser au moins 60% de mères au respect les pratiques correctes d'alimentation des enfants âgés de 0-5 ans	% de mères formées % des enfants de 0-6 mois exclusivement allaités au sein  % des enfants de 6-9 mois qui reçoivent une alimentation complémentaire en plus du lait maternel	Rapports de formation  Enquête	Plan intègre de communication exécute Cartes conseils utilisés par les acteurs communautaires La carte de la mère utilisée pour l'IEC dans les CSPS Surveillance nutritionnelle et pondérale a grande échelle au niveau communautaire
Assurer la sensibilisation d'au moins 60% des mères de la communauté a l'identification des cas graves nécessitant la recherche rapide de soins	% de mères formées % de mères connaissant au moins 3 signes de gravité indiquant qu'il faut ramener l'enfant a la formation sanitaire	Rapport de formation Rapport de suivi post formation Enquête	Plan intègre de communication exécute Cartes conseils utilisées par les acteurs communautaires La carte de la mère utilisée pour l'IEC dans les CSPS
Mettre en place des services a base communautaire dans au moins 80% des communautés des DS impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME (distribution/imprégnation de moustiquaires, distribution de chloroquine, paracétamol, SRO, etc.).	% de communautés ayant accès aux services à base communautaires (distribution/imprégnation de moustiquaires, distribution de chloroquine, paracétamol, SRO, etc.).  % de services à base communautaire disponible dans la communauté	Rapport d'enquête dans les ménages  Rapport de supervision	Plan d'action conjoint District/communauté
Former des agents communautaires capables d'assurer une prise en charge des enfants malades selon le protocole PCIME / C dans au moins 80 % des communautés des districts impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME	% des communautés des districts impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME disposant d'agents communautaires capables d'assurer une prise en charge des enfants malades selon le protocole PCIME / C	Rapport de formation Rapport de supervision	Relais formes et disposant de manuels
Développer un PIC par district pour la	% de districts disposant d'un PIC pour la mise en	Rapport de supervision	Ressources financières disponibles

mise en œuvre de la PCIME – C	œuvre de la PCIME-C		
Organiser des sorties d'appui au niveau de chaque district pour l'orientation et la micro planification de la PCIME-C	% de districts ayant bénéficié d'une orientation et d'une micro planification en PCIME-C	Rapport de supervision	Planification au niveau district
Appuyer l'évaluation des micros plans PCIME-C dans chaque DS	% de districts ayant bénéficié d'une évaluation du micro plan PCIME-C	Rapport de supervision	Ressources financières disponibles
Evaluer le plan stratégique PCIME-C	Taux de réalisation du plan stratégique	Rapports d'évaluation	Mobilisation de ressources financières
<b>IV- Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation de la stratégie PCIME a tous les niveaux</b>			
Renforcer les capacités institutionnelles des structures de coordination (DSF, DRS, DS) dans le cadre du passage a l'échelle de la stratégie PCIME	% de FS disposant des équipements essentiels a la PCIME  % des Districts ayant intégré la PCIME dans leur Plan d'action Nombre de voyages réalisées % des Recherches Opérationnelles réalisées Nombre de sortie de la cellule de coordination Nombre de rencontre semestrielle de la cellule	Rapport de supervision Rapport d'activités des DS Rapport de sorties Rapport de rencontre	Plan Stratégique largement diffusé  Supports de revue annuelle, supervision intégrée,  Ressources humaines, matérielles et financières disponibles pour le fonctionnement de la structure de coordination Système de documentation établi Stratégie de dissémination définie
Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan	% du budget dépensé par an/ prévu % du budget mobilisé	Bilan financier	Engagement exprimé des partenaires (contrats, protocoles d'accord etc...)
Renforcer la collaboration intersectorielle en faveur de la PCIME	Nombre de participation a des rencontres de CTRS	Compte rendu de réunions Rapport de sorties	
Assurer le suivi et l'évaluation de la stratégie	% des Districts mettant en œuvre la PCIME  % des Districts mettant en œuvre les 3 composantes de la PCIME  Taux de réalisation des activités par an	Rapports des revues annuelles Rapport de recherche Rapports d'activités	

### **ANNEXE 3 : BUDGETISATION DES ACTIVITES PAR ANNEE EN FRANCS CFA**

<b>Activités</b>	<b>Nbre/ Produits</b>	<b>2 005</b>	<b>2 006</b>	<b>2 007</b>	<b>2 008</b>	<b>2 009</b>	<b>2 010</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Renforcement des compétences des prestataires</b>								
Développer un cahier du participant		PM	PM	PM	PM	PM	PM	7.900.000
Former 500 formateurs dans 50 DS à la PCIME clinique	50 sessions		27 608 437	27 608 437	27 608 437	9 202 812		92.020.123
Former 100 formateurs en technique de facilitation	10 sessions		9 754 048	9 754 048	4 877 024			24.385.120
Former 100 formateurs de district en suivi (02 ECD/DS)	5 sessions		9 754 048	9 754 048	4 877 024			24.385.120
Organiser 50 sorties de suivi après formation des formateurs de district formés en PCIME clinique	50 sorties		4 800 000	4 800 000	8 000 000	2 400 000		20.000.000
Former 50 Médecins-chefs de districts au cours de 6 jours	2 sessions			6 000 000				6.000.000
Former 2000 prestataires en PCIME Clinique	167 sessions		82 500 000	82 500 000	82 500 000	82 500 000	82 500 000	412.500.000
Former 330 prestataires au niveau des centres référence pour la prise en charge des cas graves	14 sessions	-	-	12.250.000	12.250.000	12.250.000	12.250.000	49.000.000
Organiser des sorties d'appui aux districts lors des formations (formateurs et prestataires) en PCIME	50 sorties	21 120 000	19 800 000	19 800 000	11 880 000			72.600.000
Organiser une sortie semestrielle de supervision intégrée des prestataires sur la PCIME				750.000	750.000	750.000	750.000	3.000.000
Développer un plan de formation des APL à la PCIME	2 sessions		1 500 000	1 500 000				3.000.000

Organiser un atelier d'orientation et d'élaboration d'un plan d'action pour l'introduction de la PCIME dans les écoles professionnelles	1 session	<b>7 207 425</b>						<b>7.207.425</b>
Former des enseignants de l'ENSP à la PCIME Clinique (6 jours)	1 session		<b>3 000 000</b>					<b>3.000.000</b>
Organiser un atelier de révision de curricula de formation des écoles professionnelles	2 sessions		<b>14 847 296</b>					<b>14.847.296</b>
Organiser une sortie de suivi de l'intégration effective de la PCIME dans les écoles de formation (vérifier les cahiers, le planning des cours des enseignants,interview des enseignants ...)	1 sortie		<b>600 000</b>					<b>600.000</b>
Evaluer les connaissances des élèves sortants sur leur capacité de PEC des enfants Malades sur le terrain)	-	-	-	<b>200.000</b>	<b>200.000</b>	<b>200.000</b>	<b>200.000</b>	<b>800.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>28.327.425</b>	<b>174.163.829</b>	<b>162.666.533</b>	<b>140.692.485</b>	<b>95.052.812</b>	<b>83.450.000</b>	<b>735.745.084</b>
<b>Composante renforcement du système de santé</b>								
Evaluer les nouveaux sites de mise en œuvre de la PCIME	50 sorties		<b>3 200 000</b>	<b>3 200 000</b>	<b>1 800 000</b>			<b>8.200.000</b>
Doter les districts sanitaires, (ENSP et l'UFR/SDS) en matériel didactique			<b>105 060 000</b>					<b>105.060.000</b>
Faire Organiser une rencontre de plaidoyer auprès de la DGPML pour rendre disponible le fer en sirop et la vitamine A	1 session		<b>200 000</b>					<b>200.000</b>
Organiser les services pour	50 sorties		<b>1 930 000</b>	<b>1 930 000</b>	<b>1 930 000</b>	<b>1 930 000</b>	<b>1 930 000</b>	<b>9.650.000</b>

une meilleure prise en charge des enfants malades (description tâches, adaptation circuit de l'enfant malade, disponibilité matériel et produits etc....)								
Elaborer une table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS	1 session		<b>850 000</b>	-	-	-	-	<b>850.000</b>
Doter les DS de table de conversion des données PCIME avec celles du SNIS	-	-	-	<b>825.000</b>	<b>825.000</b>	<b>825.000</b>	<b>825.000</b>	<b>3.300.000</b>
<b>TOTAL</b>		-	<b>111.240.000</b>	<b>5.955.000</b>	<b>4.555.000</b>	<b>2.755.000</b>	<b>8.250.000</b>	<b>123.960.000</b>
<b>Composante communautaire</b>								
Tenir un atelier national d'orientation et de planification sur la composante communautaire	1 session	<b>4 804 950</b>						<b>4.804.950</b>
Organiser un atelier de validation du plan stratégique PCIME-C	1 session		<b>3 959 279</b>					<b>3.959.279</b>
Reproduire et diffuser le plan national PCIME-C			<b>4 000 000</b>					<b>4.000.000</b>
Assurer la participation de 100% des COGES à la mise en œuvre de la PCIME-C	1600 COGES X 8 pers à sensibiliser pdt 2 jrs			<b>12 800 000</b>	<b>12 800 000</b>	<b>12 800 000</b>	<b>12 800 000</b>	<b>51200000</b>
Former des d'agents communautaires (20900) capables d'assurer une prise en charge des enfants malades selon le protocole PCIME / C dans au moins 80% des communautés des DS impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME	523 sessions de 40 pers/session pr 1600 CSPS		<b>25 600 000</b>	<b>25 600 000</b>	<b>25 600 000</b>	<b>25 600 000</b>	<b>25 600 000</b>	<b>128.000.000</b>
sensibiliser au moins 60%			<b>8 000 000</b>	<b>8 000 000</b>	<b>8 000 000</b>	<b>8 000 000</b>	<b>8 000 000</b>	<b>40.000.000</b>

des mères au respect des pratiques correctes d'alimentation des enfants âgés de 0-5 ans								
-Assurer la sensibilisation d'au moins 60% des mères de la communauté à l'identification des cas graves nécessitent la recherche rapide de soins			8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	40.000.000
-Mettre en place des services à base communautaire dans au moins 80% des communautés des districts impliqués dans la mise en œuvre de la PCIME (distribution/imprégnation de moustiquaires, distribution de chloroquine, paracétamol, SRO, etc.).	Forfait		16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16.000.000
Développer un PIC par district pour la mise en œuvre de la PCIME – C	55 sessions		27 500 000	27 500 000	27 500 000	27 500 000	27 500 000	80.000.000
Appuyer l'évaluation des micro plans PCIME-C dans chaque DS	55 sessions	-	8.250.000	8.250.000	8.250.000	8.250.000	8.250.000	41.250.000
<b>TOTAL</b>		<b>4 804 950</b>	<b>97.745.979</b>	<b>106.150.000</b>	<b>106.150.000</b>	<b>106.150.000</b>	<b>106.150.000</b>	<b>520.714.229</b>
<b>Organisation et gestion</b>								
Organiser des journées portes ouvertes sur la PCIME	1 session			6 000 000	6 000 000			12.000.000
Organiser des sorties de plaidoyer auprès des partenaires et des autres secteurs	3- sorties		185 658	191 227	196 964			573.849
Organiser un atelier de validation du plan stratégique	1session		1 750 000					1.750.000
Suivre la mise en œuvre du plan stratégique	-	-	-	750.000	750.000	750.000	750.000	3.000.000

Doter la cellule de coordination en moyen logistique, informatique, consommable et matériel de bureau			<b>37 389 000</b>					<b>37.389.000</b>
Assurer la maintenance du matériel roulant et informatique				<b>500 000</b>	<b>500 000</b>	<b>500 000</b>	<b>500 000</b>	<b>2 000 000</b>
Reproduire et diffuser le plan stratégique			<b>7 000 000</b>					<b>7 000 000</b>
Participer à trois (03) rencontres de Comité Technique Régional de Santé (CTRS) par an	3 sorties	<b>180 250</b>	<b>185 658</b>	<b>191 227</b>	<b>196 964</b>	<b>202 873</b>	<b>208 959</b>	<b>1 165 931</b>
Organiser des voyages d'échanges d'expériences	2 sorties		<b>2 781 000</b>		<b>6 000 000</b>			<b>8 781 000</b>
Organiser une recherche tous les deux ans sur un thème pertinent de la PCIME				<b>10 300 000</b>		<b>10 927 270</b>		<b>21 227 270</b>
Organiser une évaluation a mi parcours afin de réorienter les interventions					<b>6 000 000</b>			<b>6 000 000</b>
Organiser une évaluation finale de la stratégie							<b>10 000 000</b>	<b>10 000 000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>180.250</b>	<b>49.291.316</b>	<b>24.314.908</b>	<b>19.643.828</b>	<b>12.380.143</b>	<b>11.458.959</b>	<b>110.887.050</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>33.312.625</b>	<b>432.441.124</b>	<b>299.086.441</b>	<b>271.036.313</b>	<b>216.337.955</b>	<b>209.308.959</b>	<b>1.461.523.417</b>

## **ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE**

Ministère de la santé (2001), Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010

Ministère de la santé (2000), Document de Politique Sanitaire Nationale, Burkina Faso

Ministère de l'Economie et des Finances/ Institut National de la Statistique et de la Démographie (1998-99), Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso

Ministère de l'Economie et des Finances/ Institut National de la Statistique et de la Démographie (2003), Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso

Ministère de la santé/ Secrétariat Général/ Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé de la Famille (2004) Rapport synthétique de la phase de mise en œuvre de la PCIME au Burkina

Ministère de la santé/ Secrétariat Général/ Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé de la Famille (2004) Rapports d'activités PCIME 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> trimestre

Ministère de la santé/ Secrétariat Général/ Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé de la Famille (2004) Analyse de la situation et micro planification de la mise en œuvre de la PCIME-C au district sanitaire de Tenkodogo, Burkina Faso

PNUD (1998), Rapport sur le Développement Humain Durable, Burkina Faso