

UNICEF Burkina Faso

Note Stratégique du Programme Santé

CPD 2018-2020

1- Introduction

L'analyse des tendances récentes montre que le Burkina Faso a enregistré une réduction significative de la mortalité infanto-juvénile. Même si aucune des cibles des OMD 4 et 5 n'a été atteinte par le pays, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 129 pour mille naissances vivantes en 2010 à 82 pour mille naissances vivantes en 2015, soit une baisse de 7.3% par an. Ceci est en grande partie dû aux progrès enregistrés en matière de lutte contre la mortalité au bénéfice de la tranche juvénile (de 1 à 4 ans). Cependant, comme près de la moitié des enfants âgés de moins de cinq ans continuent de mourir au cours de leur première année de vie, il reste beaucoup à faire pour l'atteinte de la vision globale d'élimination de la mortalité infanto-juvénile évitable et de réduction de la mortalité des mères comme partie prenante des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Pour le cycle de coopération 2018-2020, le programme santé sera basé sur les progrès ci-dessus cités. La contribution de l'UNICEF se focalisera sur les domaines prioritaires identifiés par l'analyse de la situation de 2016, notamment (i) la santé maternelle et néonatale, (ii) la lutte contre les maladies évitables des enfants de moins de 5 ans, (iv) la prévention primaire du VIH et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH surtout chez les adolescentes, ainsi que (v) le renforcement du système de santé.

L'appui sera maintenu sur l'amélioration de la couverture en interventions à haut impact en santé incluant la vaccination, la PCIME-communautaire, les SONU de base et la lutte contre le paludisme. L'élément critique du succès du programme sera le renforcement de la capacité du système de santé à produire et utiliser des données probantes pour la planification et la gestion axée sur les résultats avec la prise en compte du genre et de l'équité. De même, le développement de ce programme va requérir la participation effective des communautés avec comme préalable l'amélioration de leurs connaissances, attitudes et pratiques en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

Le partenariat existant avec les agences sœurs des Nations Unies (OMS, UNFPA, et ONUSIDA) ainsi qu'avec d'autres PTF (BM, EU, USAID), ONG/ OSC et le secteur privé sera capital pour la réussite de ce programme. Le programme couvrira 8,5 millions d'habitants dans cinq régions plus défavorisées en termes d'indicateurs de santé (Boucle du Mouhoun, Centre-Nord, Est, Nord et Sahel) dont 1 600 000 enfants de moins de 5 ans, 430 000 femmes enceintes, 400 000 nouveau-nés, 2 000 000 de femmes en âge de procréer, 800 000 adolescents.

2- Domaines et problèmes prioritaires

L'analyse de la situation des enfants et des femmes du Burkina Faso de 2016 a fait ressortir diverses privations des droits des enfants et des femmes en matière de santé qui sont regroupées en quatre grandes privations qui sont:

- (i) De nombreuses femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ainsi que les nouveau-nés n'ont pas accès à des soins de qualité. Ceci se traduit par le fait que plus de la moitié des femmes enceintes ne bénéficient pas des 4 CPN recommandées par l'OMS ; une naissance sur 5 survient sans l'assistance d'un prestataire qualifié ; 67% des nouveau-nés ne sont pas examinés à la naissance et plus de trois femmes en âge de procréer sur 4 n'ont pas accès aux soins de santé dans certaines régions. Cette situation est aggravée par l'insuffisance d'offre des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveau-nés à domicile.

- (ii) De nombreux enfants de moins de cinq ans ne bénéficient pas de services adéquats en matière de santé contre les maladies évitables. Ainsi, 16% des enfants de 12-23 mois ne bénéficient pas d'une protection complète contre les maladies évitables par la vaccination ; un enfant de moins de 5 ans sur quatre ne dort pas sous MILDA ; un enfant de moins de 5 ans sur cinq ne bénéficie pas d'une protection complète contre les principales maladies de l'enfant ; deux enfants de moins de cinq ans sur cinq souffrant de fièvre ne bénéficient pas de soins et conseils d'un prestataire de santé pour leur traitement ; un enfant sur cinq souffrant de diarrhée ne reçoit aucun traitement, et cette situation est aggravée par le faible taux de l'allaitement maternel (46.7%) et par la faible l'accès à l'assainissement (30%).

Les normes sociales défavorables à la santé, le faible financement de la santé, les facteurs climatiques et environnementaux à l'origine de la flambée de maladies comme le paludisme et la fièvre Dengue, la faible implication des ménages et l'insuffisante gouvernance sont les principales causes profondes à la base de cette situation.

- (iii) De nombreux adolescents n'ont pas accès à des services de santé adaptés. Ainsi, 29% des 15-19 ans ont des besoins non satisfaits en planification familiale. Le taux de fécondité chez les adolescentes est de 115,4 naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Les décès maternels représentent 19% des décès des femmes en âge de procréer et 14% des décès des adolescentes âgées de 15 à 19 ans.
- (iv) De nombreux adolescents, femmes enceintes et enfants n'ont pas accès à des services de dépistage/traitement contre le VIH adaptés. Ainsi une femme enceinte séropositive sur deux ne bénéficie pas d'un traitement prophylactique complet aux ARV ; un enfant sur quatre né de mère séropositive ne reçoit pas un traitement complet aux ARV ; 83% des enfants séropositifs ne reçoivent pas un traitement pédiatrique contre le VIH ; 40% des femmes enceintes ne sont pas dépistées pour le VIH et 89% des adolescents n'ont pas accès aux services de dépistage.

L'ampleur de ces privations varie en fonction des zones géographiques, du statut socio-économique, du niveau d'instruction et du genre. Après la revue des quatre privations prioritaires ci-dessus, la privation sur la santé des adolescents n'a pas été analysée de manière spécifique au regard du caractère transversal et de l'existence d'autres partenaires ayant des avantages comparatifs dans ce domaine.

L'analyse des trois privations prioritaires restantes lors de consultations sectorielles élargies a permis d'identifier les principaux goulots d'étranglements qui les sous-tendent. Ces goulots d'étranglement ont été analysés en fonction des déterminants sur l'environnement, l'offre de services de qualité et la demande ainsi que l'analyse des rôles et lacunes de capacités à combler pour lever ces goulots. Ainsi on peut retenir les goulots suivants où l'UNICEF dispose d'un avantage comparatif pour leur levée/ atténuation.

Déterminants	Goulots d'étranglement	Causes profondes
Environnement	Pratiques néfastes (mariage d'enfants, mutilations génitales féminines/excision, etc.); Allocation budgétaire insuffisante et inéquitable ; Insuffisante planification basée sur les résultats et évidences ; Insuffisance de suivi et contrôle des mesures de gratuité ¹ .	Comportements défavorables à la santé : tabous, pesanteurs socio-culturelles Insuffisance des ressources faible autonomie des femmes
Offre de qualité	Insuffisance du matériel médicotechnique et des médicaments ; Faible couverture des services adaptés ; Insuffisance des compétences des prestataires ; Ruptures de stocks fréquentes des intrants ; Insuffisance des services de santé à base communautaire (SBC) à l'échelle et de qualité ; Faible proportion des femmes parmi les agents de santé à base communautaires (ASBC) - 30% ; Insuffisance des données de qualité pour la prise de décision.	Insuffisance d'allocation des ressources : Mauvaise gouvernance Faible implication des populations dans la prise de décision et la réalisation des infrastructures Facteurs climatiques et environnementaux Faible système d'approvisionnement Faible pouvoir d'achat des ménages
Demande	Insuffisance de la mobilisation communautaire ; Manque de connaissance des parents/responsables des soins/services disponibles ; Insuffisance de connaissance des communautés en matière de SMN ; Faible implication communautaire (en particulier des hommes) en matière de SMNE ; Persistance de préjugés sur le VIH et stigmatisation ; Réticence des partenaires des femmes à l'opportunité de PEC ; Faible promotion des droits des adolescents sur la santé sexuelle dont le dépistage du VIH.	Faible niveau d'instruction Insuffisance d'implication des jeunes Pesanteurs socio-culturelles, croyances

L'analyse de l'alignement aux priorités globales (ODD) et nationales (priorités du Plan National du Développement Economique et Social - PNDES), des rôles et capacités des porteurs d'obligation y compris la contribution des différents partenaires pour la levée des goulots d'étranglement a permis d'identifier les lacunes à combler et les stratégies y afférentes. Ainsi, sur la base de l'avantage comparatif de l'UNICEF, cinq produits et un effet ont été formulés, comme l'indique le schéma ci-dessous.

¹ La mise en œuvre de cette nouvelle politique a passée à l'échelle au niveau nationale par le Ministère de Santé en 2016.

D'ici fin 2020, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons), les adolescentes/adolescents utilisent pleinement les services de santé intégrés de qualité au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire avec un focus sur les régions les plus défavorisées en matière de santé.

D'ici fin 2020, les agents de santé au niveau des formations sanitaires et communautaires disposent des capacités accrues pour offrir des services de santé intégrés de qualité au profit des mères et leurs nouveau-nés dans les cinq régions prioritaires.

D'ici fin 2020 les enfants de moins de 5 ans, dans les cinq régions les plus défavorisées, ont un accès accru aux services intégrés de santé infantile de qualité ciblant en particulier la lutte contre les maladies évitables au niveau des formations sanitaires de base et au niveau communautaire.

D'ici fin 2020, les formations accrues pour offrir des services de dépistage et de traitement du VIH adaptés aux FE, aux enfants et aux adolescents dans les zones de grande prévalence de l'infection à VIH

D'ici fin 2020, les individus, les familles, les prestataires de services de santé et les communautés adhèrent davantage aux pratiques recommandées et aux normes sociales favorables à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent avec un focus sur les régions les plus défavorisées

D'ici fin 2020, le système de santé dispose de capacités accrues pour produire et utiliser des données probantes pour l'élaboration des plans et budgets sur la base des résultats, de l'équité et du genre, la gestion adéquate des approvisionnements des produits de santé et la réponse efficace aux urgences.

3. Théorie de changement

La vision du programme santé est que les femmes, les enfants et les nouveau-nés aient un accès équitable à et une utilisation des services de qualité conduisant à l'élimination des décès évitables des enfants et une réduction significative de la mortalité maternelle.

En référence aux objectifs du plan stratégique global 2018-2021 de l'UNICEF dans son but 1, l'effet souhaité pour ce programme, est que « **d'ici fin 2020, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons), les adolescentes/adolescents utilisent pleinement les services de santé intégrés de qualité au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, avec un focus sur les régions les plus défavorisées en matière de santé** ».

Tous les produits du programme santé sont entièrement alignés avec l'ODD 3 qui est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », et aussi avec l'axe stratégique 2 du PNDES sur le «développement du capital humain» notamment l'objectif stratégique (OS) 2.1 qui est de « Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Pour atteindre les produits et contribuer à l'effet, différentes stratégies seront mises en œuvre y compris les mesures pour mitiger les risques qui pourront empêcher l'atteinte des résultats escomptés. Les stratégies retenues sont décrites ci-dessous par produit.

Produit 1: D'ici fin 2020, les agents de santé au niveau des formations sanitaires et communautaires disposent des capacités accrues pour offrir des services de santé intégrés de qualité au profit des mères et leurs nouveau-nés dans les cinq régions prioritaires.

Pour la réalisation de ce produit, les stratégies suivantes seront mise en œuvre dans les cinq régions prioritaires à faible performance en matière de santé maternelle et néonatale:

- Le renforcement de capacités des agents de santé, des OBC et des ASBC : Ceci va consister en des sessions de formation sur différentes thématiques liées à l'offre des services de santé maternelle et néonatale, au renforcement de la supervision, à la dotation en outils, en matériel médicotechnique et en équipements pour la réanimation du nouveau-né. De façon spécifique, un renforcement de compétences des ASBC y compris l'équipement sur la prestation des soins des femmes enceintes et des nouveau-nés à domicile sera privilégié.
- Partenariat et plaidoyer : L'UNICEF travaillera avec l'UNFPA, l'OMS ainsi que les autres membres du comité H6 et les ONGs/Associations pour la disponibilité de services de la mère et du nouveau-né à travers le continuum des soins. L'UNICEF mobilisera d'autres partenaires techniques et financiers potentiels (y compris le secteur privé et la société civile) pour le renforcement et le passage à l'échelle d'interventions essentielles.
- Communication pour le changement de comportement (C4D) : L'accent sera mis sur le processus de changement de comportement et des normes sociales négatives en vue de susciter un engagement des individus, des familles (surtout des hommes) et de la communauté pour une meilleure promotion de la santé de la mère et du nouveau-né. Un accent particulier sera mis sur l'approche de la masculinité pour obtenir l'appui et l'engagement des pères et des maris. La communication interagira avec les communautés à la base en partenariat avec les medias communautaires, les leaders d'opinion et les prestataires de soins.
- L'innovation : Des approches innovantes (mHealth) seront utilisées pour susciter la remontée des données sur l'offre de services ainsi que la gestion de stocks des intrants de santé maternelle et néonatale et la notification des naissances et décès maternels et néonataux.

Produit 2: D'ici fin 2020 les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons) dans les cinq régions les plus défavorisées ont un accès accru aux services intégrés de santé infantile de qualité ciblant en particulier la

lutte contre les maladies évitables au niveau des formations sanitaires de base et au niveau communautaire.

Pour ce produit, le focus sera mis sur la disponibilité des services de qualité au niveau communautaire et des formations sanitaires périphériques pour les enfants de moins de 5 ans dans les régions ciblées. L'atteinte de ce produit se fera à travers les principales stratégies ci-dessous :

- **Le renforcement des compétences** des intervenants dans le domaine de la santé de l'enfant : Pour lever les goulots liés au faible accès des enfants de moins de 5 ans aux services de qualité surtout dans les zones enclavées, cette stratégie focalisera sur le renforcement des capacités des ASBC sur la prise en charge intégrée du paludisme, de la pneumonie (IRA) et de la diarrhée ainsi que sur la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) durant la saison de haute transmission. Le renforcement des compétences des agents de santé (AS) portera principalement sur la PCIME clinique et la vaccination (gestion du PEV et de la chaîne de froid). Un accent sera mis sur la supervision post-formation et des recyclages périodiques permettront d'assurer la mise à jour des connaissances des acteurs. Les outils de formation devraient être préalablement mis à jour ou développés.
- **Dotation en intrants**, médicaments, logistique roulante et CDF : Cette stratégie consistera à la mise à disposition de matériel et équipements: (i) au niveau des formations sanitaires, il s'agira de documents d'orientation et outils de travail et la logistique pour le PEV (chaîne du froid, logistique roulante) ; (ii) au niveau communautaire, il s'agira de doter les ASBC en intrants (médicaments, outils et équipement) nécessaires pour la mise en œuvre de la PCIME-communautaire.
- **Partenariat et plaidoyer** : L'UNICEF travaillera en synergie avec les autres agences du système des Nations Unies, surtout l'OMS, les autres PTF (USAID, Malaria Consortium, etc.) et les ONGs/Associations pour le renforcement de compétences des prestataires, l'élaboration des différents documents, et la coordination en vue d'un appui efficace au Gouvernement dans le domaine de la santé de l'enfant. D'une manière spécifique, l'UNICEF renforcera son partenariat avec le Fonds Mondial (GFATM) pour l'appui à la mise à l'échelle et le renforcement de la mise en œuvre de la PCIME-communautaire ainsi que l'Alliance GAVI pour l'appui au renforcement du PEV.
- **Communication pour le développement (C4D)** : L'accent sera mis sur le processus de changement de comportements et des normes sociales négatives en vue de susciter un engagement des individus, des familles, de la communauté et des leaders communautaires pour une meilleure promotion de la santé des enfants et le recours précoce aux soins de santé.
- **Introduction et mise à l'échelle des innovations** : Cette stratégie consistera à introduire des nouvelles technologies de communication pour améliorer le système de rapportage des activités, la gestion de stocks des intrants et médicaments pour assurer la disponibilité des services de qualité à tout moment. Il s'agit de l'application de mHealth au niveau communautaire, le logiciel CommCare pour la prise en charge du paludisme par les ASBC et le Registre Electronique de Consultation (REC) au niveau des formations sanitaires de base. Ces technologies permettront un meilleur suivi par la collecte et la transmission de données standardisées en temps réel et pourront être intégrées dans le système national d'information sanitaire. Il y a aussi l'application de SMS de rappels – perdus de vue pour le traitement du VIH/SIDA, pour le recours précoce aux services de santé. En vue de recueillir les perceptions des populations sur l'offre de services de santé infantile et la satisfaction des ayants-droits, l'outil U-report pourrait aussi être utilisé. Le coût élevé de ces technologies constitue un défi pour leur mise à l'échelle.
- **Intersectorialité et intégration** : cette stratégie consistera à travailler avec les autres secteurs pour plus d'impact sur la santé de l'enfant : avec la nutrition pour offrir un paquet d'interventions à haut impact et construire des systèmes harmonisés surtout au niveau communautaire, avec la protection de l'enfant pour l'enregistrement des naissances à partir des structures de santé (valable aussi pour

le produit 1) et avec le WASH (EHA dans les formations sanitaires) pour l'approvisionnement et la gestion en eau potable et latrines (personnel et usagers) en vue de la prévention de maladies hydriques.

Produit 3: D'ici fin 2020, les formations sanitaires et la société civile ont des capacités accrues pour offrir des services de dépistage et de traitement du VIH adaptés aux FE, aux adolescent(e)s et enfants (filles et garçons) dans les zones de grande prévalence de l'infection à VIH.

Pour atteindre ce produit, l'UNICEF vise l'utilisation des stratégies suivantes :

- Le **renforcement des compétences** des agents de santé : Ceci consistera à des formations/supervisions des AS et des OBC sur la PTME et la PCIM/VIH-soins pédiatriques, des enseignants et des OBC sur la santé sexuelle et reproductive, la lutte contre le VIH et les stupéfiants. Le renforcement de capacité portera également sur la dotation en réactifs de dépistage et la formation en techniques de collecte des données.
- Le **partenariat et plaidoyer** : L'UNICEF vise à renforcer la collaboration en vue d'unir les acteurs dans tous les secteurs afin d'accélérer la réduction des décès liés au VIH/SIDA et les nouvelles infections chez les adolescents. Ce partenariat sera développé entre l'équipe conjointe des Nations Unies (ONUSIDA, UNFPA, OMS, BM), le Gouvernement, les ONG, la société civile, et les jeunes pour une levée de fonds en vue de faire avancer l'initiative 'All In' pour la lutte contre l'épidémie du SIDA, la prévention des grossesses précoces et autres thèmes émergents. L'UNICEF sera présent autour de la table de négociation pour faire prendre en compte la PTME et la PECP ainsi que la santé des jeunes et des adolescents dans les instances de décisions ; de faire porter à de hauts niveaux et rendre visible les efforts en faveur de l'élimination de la TME du VIH.
- La **participation inclusive** : Il s'agira de mobiliser et soutenir les adolescents comme des leaders et les agents du changement social pour que les réalités des adolescents façonnent les ripostes nationales au SIDA pour accroître une participation significative des adolescents dans la prise de décision et le cycle complet de programmation ; de plaider pour l'application des lois de protection des adolescents contre la prolifération des débits de boisson et points de vente de tabac à proximité des écoles, des lois de protection contre les stupéfiants, les alcools frelatés et les drogues, et pour la censure des films pornographiques.
- **Communication pour le changement de comportement (C4D)** : L'accent sera mis sur la mobilisation des jeunes et des femmes enceintes et leurs partenaires, pour renforcer les réseaux sociaux et le leadership des adolescents, des hommes et des femmes pour un changement social positif en vue de réduire la TME du VIH, les nouvelles infections VIH et les thèmes émergents chez les adolescent(e)s (grossesses précoces, stupéfiants).
- **L'intersectorialité et l'intégration** : Il s'agira de rendre effective la multisectorialité de la lutte contre le VIH et amener les acteurs à travailler effectivement ensemble sur des points communs et des cibles communes comme les adolescent(e)s. A l'intérieur de l'UNICEF, et au niveau national, des liens transversaux seront renforcés avec les autres secteurs comme la protection, WASH, Education pour augmenter à la fois l'adhésion au dépistage des adolescents et le renforcement de compétence sur la santé sexuelle-les compétences de vie.

Produit 4: D'ici fin 2020, les individus, les familles, les prestataires de services de santé et les communautés adhèrent davantage aux pratiques recommandées et aux normes sociales favorables à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent avec un focus sur les régions les plus défavorisées.

Pour réduire la morbidité et la mortalité néonatale et infanto-juvénile, il faudra aussi stimuler et motiver les populations à utiliser les services de santé disponibles et à adopter des comportements favorables à la survie et au développement des enfants. Changer les attitudes et les comportements des prestataires de soins est

un autre préalable car, les données concordent sur le fait que le mauvais accueil est l'une des causes principales de la faible fréquentation des structures de santé par les populations. De manière générale, les populations manifestent peu de confiance vis-à-vis du système de santé existant et c'est pourquoi, elles se retournent vers les marabouts ou vers des accoucheuses traditionnelles quand elles sont face à un cas de maladie ou d'accouchement. Il y a également une persistance des normes sociales qui ralentissent la dynamique de changement social et de comportement. Pour atteindre ce produit, les stratégies de la C4D suivantes et l'innovation seront mise en place :

- **La communication pour le développement (C4D)** permettra de renforcer la demande de services de santé de qualité ; l'accent sera mis sur le processus de changement de comportement et des normes sociales négatives en vue de susciter un engagement des individus, des familles et de la communauté pour une meilleure promotion de la santé de la mère et du nouveau-né.
- Dans ce contexte, la communication pour le développement aura un rôle crucial à jouer. Au niveau des structures de santé, elle contribuera à améliorer l'offre de service à travers le renforcement de capacités des prestataires de services de santé sur l'accueil, le dialogue avec les patients et les techniques de communication interpersonnelle. Il est absolument nécessaire que les agents sanitaires mettent à profit les multiples occasions de rencontre avec les parents d'enfants pour ouvrir le dialogue sur les questions relatives à la santé de l'enfant et de la mère. Une connaissance améliorée des pères et des mères sur la prise en charge du nouveau-né par exemple, contribuerait à réduire les risques de décès de nouveau-nés.
- Au niveau des ménages et des communautés, la C4D continuera à promouvoir les pratiques familiales essentielles mais, l'accent ne sera plus seulement mis sur la diffusion des messages mais aussi, et surtout, sur la promotion du dialogue et de la participation communautaire. Dans ce sens, la C4D facilitera la création des plateformes et renforcera les espaces existant pour les approches communautaires participatives. Enfin, la C4D renforcera la participation communautaire au l'analyse de goulots et aux actions locales de santé pour enlever ces goulots, à travers l'intensification des rencontres régulières d'échange entre les responsables de structures sanitaires et les populations.
- Il est évident que tant que les populations n'auront pas une meilleure connaissance des bénéfices, mais aussi des conséquences de leurs comportements sur leur santé et celle de leurs enfants, elles ne percevront pas la nécessité de changer de comportements. Dans ce sens, la C4D contribuera à la mise en œuvre des stratégies en rapport avec les normes sociales défavorables à la santé des mères et des enfants. Le système de relais communautaires sera renforcé en vue d'aboutir progressivement à la pérennisation des actions de communication. Un accent particulier sera mis sur l'approche de la masculinité à travers un dialogue social pour obtenir l'appui et l'engagement des pères et des maris.
- la participation des enfants (filles et garçons) et des adolescents constitue un élément fondamental pour un changement de comportement durable, notamment la prévention de VIH et de grossesses précoces. L'accès des enfants et des adolescentes (surtout filles et adolescentes) à l'information sur la santé sexuelle et reproductive sera améliorée à travers de renforcement de l'éducation sur la santé reproductive, des services de santé et VIH adoptés aux adolescentes et des interventions en C4D. La C4D avec l'école comme porte d'entrée et U-Report seront renforcés en vue de transmettre aux enfants et adolescents les connaissances et compétences nécessaires sur leur santé et celle de la mère et de l'enfant.
- Innovation : des approches innovantes seront utilisées pour susciter la demande (mHealth, U-Report) et améliorer l'offre (notification des naissances et décès, disponibilité d'informations et connaissances pertinentes) de services de santé maternelle et néonatale.
- La C4D bâtira sur les partenariats existants avec les organisations de la société civile, les médias et acteurs communautaires, les institutions religieuses et les structures gouvernementales pour

faciliter le dialogue au niveau communautaire afin de promouvoir les normes sociales favorables et les pratiques familiales essentielles à la survie des enfants.

La C4D contribuera à la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire à travers l'appui au Gouvernement pour l'élaboration des stratégies intégrées de communication et le renforcement de capacités des différents acteurs notamment communautaires impliqués dans la mise en œuvre des interventions de communication. Les approches communautaires pour la promotion de la santé seront privilégiées notamment la prise en charge du VIH au niveau communautaire et l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination qui va progressivement intégrer d'autres aspects liés à la survie et au développement de l'enfant, ainsi que la promotion de l'hygiène, de l'assainissement et plus généralement les pratiques familiales essentielles.

Produit 5: D'ici fin 2020, le système de santé dispose de capacités accrues pour produire et utiliser des données probantes pour l'élaboration des plans et budgets sur la base des résultats, de l'équité et du genre, la gestion adéquate des approvisionnements des produits de santé et la réponse efficace aux urgences.

Pour la réalisation de ce produit, l'UNICEF apportera un appui technique et financier à la mise en œuvre des stratégies suivantes:

- Le **renforcement des compétences** des acteurs du système de santé au niveau central et périphérique sur l'approche de planification/gestion axée sur les résultats, la gestion du SNIS et de la base de données ENDOS, le monitoring des performances basé sur l'équité (MoRES); de même, certaines structures en charge de la gestion des données pourraient être dotées en matériel informatique essentiel.
- La **production d'évidences** pour la création d'une culture de prise de décisions sur des bases factuelles: cette stratégie consistera à appuyer la mise en œuvre du plan stratégique du système national d'information sanitaire 2010-2020. Il s'agira précisément d'apporter un appui technique et financier à (i) l'élaboration ou la révision périodique des documents de normes et procédures de collecte de données, (ii) l'élaboration périodique de documents statistiques de référence (annuaire statistique, tableau de bord des indicateurs et bulletin d'épidémiologie et d'information statistique) ; (iii) l'extraction/diffusion des résultats des enquêtes déjà existantes, (iv) la planification et la réalisation des enquêtes nécessaires, (vi) le monitoring des performances des formations sanitaires de premier niveau, des hôpitaux et du niveau communautaire avec génération de données utilisables pour alimenter la planification opérationnelle, (vii) la conduite des revues sectorielles et (viii) l'élaboration des comptes nationaux de santé et des rapports de la commission nationale de suivi des intrants essentiels de la santé maternelle et infantile.
- La **planification/budgétisation** stratégique et opérationnelle afin de disposer (i) de documents stratégiques (PNDS 2011-2020 révisé puis évalué en 2020, PNDS 2021-2030 élaboré en 2020, plans stratégiques des programmes spécifiques révisés, Plans régionaux de développement sanitaire élaborés) et opérationnels (plans d'action des districts et des directions centrales) utilisant la planification axée sur les résultats et prenant en compte l'équité et le genre, (ii) de Document de Programmation Budgétaire et Economique pluriannuel (ex CDMT), (iii) de stratégie nationale de financement de la santé révisée et (iv) de plans de prévention et de riposte aux urgences à jour.
- Le **dialogue politique/plaidoyer** en direction du Gouvernement en vue de maintenir la mesure de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes, et d'accélérer l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle avec exemption de charge des groupes vulnérables/défavorisés (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, indigents) ; il s'agira également de renforcer le leadership du Gouvernement à travers l'appui au fonctionnement du cadre sectoriel de dialogue santé et au renforcement de la coordination des interventions.

- Le **partenariat** à travers la participation de l'UNICEF au comité PTF/santé qui se réunit mensuellement et qui sert de cadre de discussion sur toutes les questions stratégiques en vue d'une position consensuelle et d'une synergie d'action des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Ledit comité regroupe en même temps les agences des Nations Unies, les bilatéraux et multilatéraux. Il permettra de mener un dialogue politique et un plaidoyer plus efficaces sur des questions essentielles comme le financement solidaire et équitable de la santé, la redevabilité des partenaires et du Gouvernement, la gestion efficace des approvisionnements en produits essentiels de santé pour la survie de la mère et de l'enfant, la santé communautaire, l'assistance à la préparation et à la réponse aux urgences, etc.

Logiques de Théorie de Changement

La théorie du changement décrit l'effet, les produits, les stratégies, les hypothèses et risques ainsi que les processus de changement pour améliorer l'accès aux soins de qualité pour les nouveau-nés, l'accès aux services adéquats en matière de lutte contre les maladies évitables, de même que l'accès à des services adéquats de dépistage et de traitement du VIH pour les femmes enceintes et les enfants (voir fig.).

Elle est construite selon la logique suivante :

Si les agents de santé au niveau formations sanitaires et des communautés disposent de compétences accrues pour offrir des services de santé intégrés de qualité au profit des mères et leurs nouveau-nés dans les cinq régions prioritaires,

Si les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons) dans les cinq régions les plus défavorisées ont un accès accru aux services intégrés de santé infantile de qualité ciblant en particulier la lutte contre les maladies évitables au niveau des formations sanitaires de base et au niveau communautaire,

Si les formations sanitaires et la société civile ont des capacités accrues pour offrir des services de dépistage et de traitement du VIH adaptés aux FE, aux enfants et aux adolescents dans les zones de grande prévalence de l'infection à VIH,

Si les individus, les familles, les prestataires de services de santé et les communautés adhèrent davantage aux pratiques recommandées et aux normes sociales favorables à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent avec un focus sur les régions les plus défavorisées,

et **Si** le système de santé dispose des capacités accrues pour produire et utiliser des données probantes pour l'élaboration des plans et budgets sur la base des résultats, de l'équité et du genre, la gestion adéquate des approvisionnements des produits de santé et la réponse efficace aux urgences,

ALORS les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons), les adolescentes/adolescents utilisent pleinement les services de santé intégrés de qualité au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, particulièrement dans les régions les plus défavorisées en matière de santé,

PARCE QUE il existe (i) des ressources humaines suffisantes pour la mise en œuvre des interventions, (ii) une adhésion effective des communautés, (iii) une mobilisation suffisante des ressources, (iii) un système d'approvisionnement solide, (iv) un engagement important du Gouvernement et de ses partenaires avec des réformes adéquates, ainsi (v) qu'une approche multisectorielle fonctionnelle.

Risques externes et mesures d'atténuation envisagées

Les risques externes importants qui peuvent entraver de manière significative la réalisation de l'effet santé escompté sont :

- ❖ **Les troubles sociaux** : les troubles sociaux surviennent de façon récurrente au Burkina Faso souvent provoqués par la situation socio-politique ; pour mitiger l'impact des troubles sur la mise en œuvre du programme santé, les plans d'actions annuels devraient être réalistes.
- ❖ **Les catastrophes naturelles** de plus en plus récurrentes au Burkina Faso, principalement les épidémies de méningite et de grippe aviaire, les sécheresses, les inondations, les invasions acridiennes et les mouvements de populations ; la santé est en bonne place dans le Plan National Multirisque de Préparation et de Réponse aux Catastrophes Naturelles et aux Crises Humanitaires avec comme objectif « Améliorer l'état de santé des populations affectées et prévenir une détérioration de la santé des populations affectées » ; le programme santé, en collaboration avec les autres agences du système des Nations Unies et les ONGs/Associations intervenant dans le domaine de la santé, contribuera à l'atteinte de cet objectif, en assurant que le minimum de ressources et d'intrants nécessaires aux interventions d'urgence soit disponible pour la prise en charge médicale des malades (surtout les femmes et les enfants de moins de cinq ans, y compris la prise en charge des cas d'IST et de VIH/SIDA), la prévention de la transmission du VIH, la prévention de la survenue d'épidémies dans les communautés et la vaccination des populations cibles. Le programme contribuera à la mobilisation des fonds auprès des donateurs.
- ❖ **La crise économique** : Sa survenue risque d'affecter la mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du programme. La mise en œuvre du Programme santé sera basée sur des choix de stratégies appropriées afin de minimiser les coûts des interventions sanitaires et de permettre l'accès du plus grand nombre aux services de santé. Le programme poursuivra, en collaboration avec les autres partenaires, le plaidoyer actif pour l'augmentation de l'allocation budgétaire de l'Etat en faveur de la santé et la recherche de financements innovants et/ou endogènes.
- ❖ **L'insécurité grandissante** au niveau du pays est une entrave aux activités de santé car elle limite le déplacement du personnel de santé notamment pour les vaccinations, les sorties de supervision du personnel de santé et des ASBC. Cela engendre parfois le refus du personnel de travailler dans certaines zones. Pour mitiger ce risque, le plaidoyer sera fait auprès des autorités locales et du Gouvernement pour la prise de mesures de sécurité plus appropriées en fonction des exigences du programme.
- ❖ **La faible adhésion des communautés** : L'adhésion des communautés aux services de santé est importante pour l'acceptation et l'utilisation effective des différents services qui seront offerts aux groupes-cibles (vaccination, accouchements assistés, soins curatifs des enfants, prévention du VIH et santé des adolescents) ; leur implication à travers l'utilisation des ASBC sera renforcée par les activités de communication et l'utilisation des nouvelles technologies.

Thématiques transversales et collaboration intersectorielle/Agences

Le programme santé contribuera aux interventions en faveur des adolescent(e)s à travers l'initiative 'All-In' qui englobe entre autres la lutte contre le VIH chez l'adolescent, les grossesses précoces et leurs conséquences, ainsi que la vaccination contre le cancer du col de l'utérus. En collaboration avec la composante de l'Education, la collaboration avec l'UNESCO et l'UNFPA et les autres partenaires sera renforcée afin de soutenir le plaidoyer auprès de Ministère de l'Education & de l'Alphabétisation autour de l'éducation sexuelle complète à l'école.

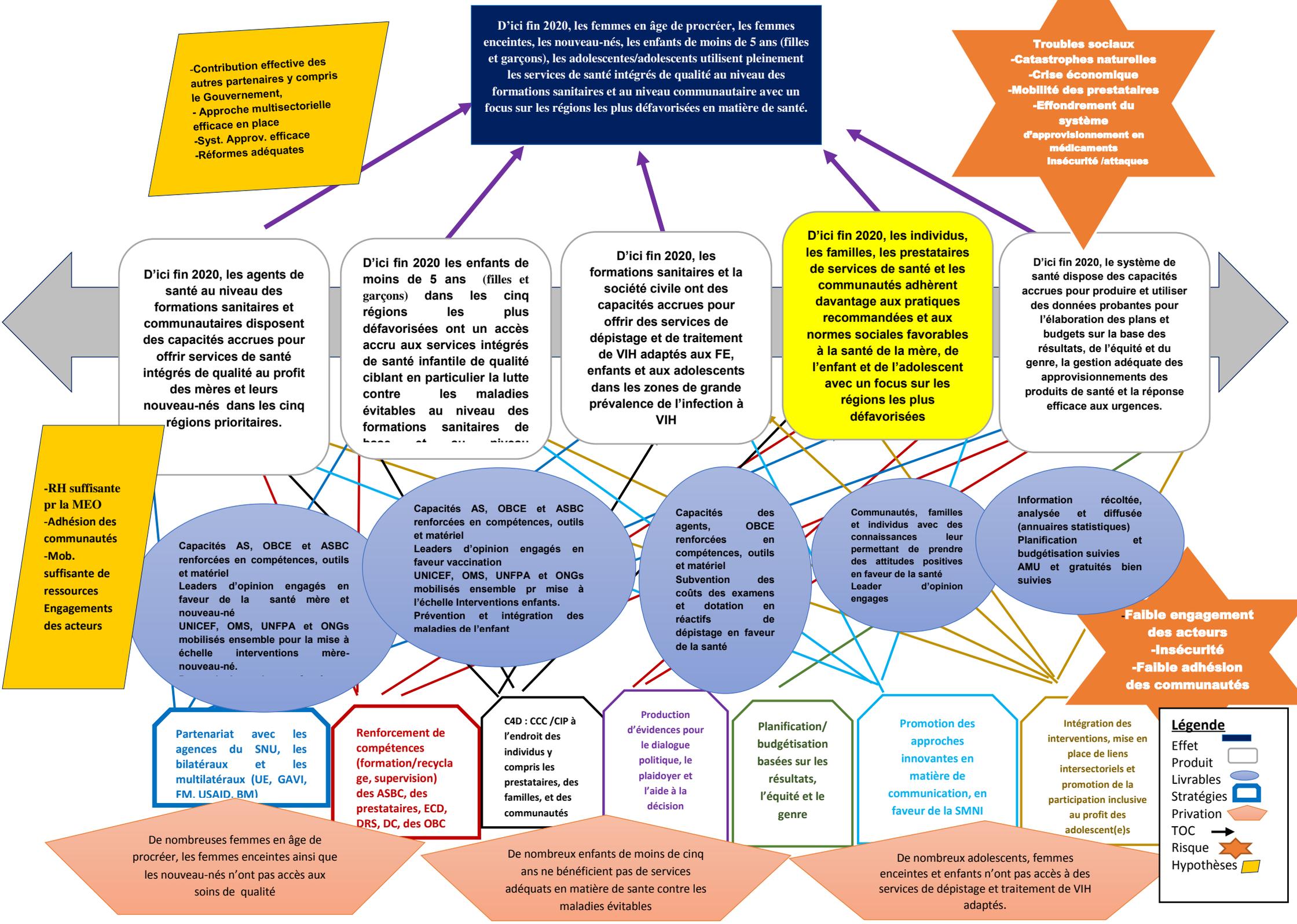
Il aura aussi un œil sur le genre surtout au niveau communautaire, en assurant une bonne participation des femmes dans le pool des agents de santé communautaires, de même que la participation des hommes dans les activités en faveur de la femme et de l'enfant.

La communication pour le changement de comportement restera une stratégie clé, surtout pour les pratiques familiales essentielles en rapport avec la vaccination, le paludisme, les diarrhées et IRA, le plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Des innovations seront maintenues ou introduites, surtout en rapport avec la récolte et la gestion des données (mHealth et Registre Electronique de Consultation), ou la sensibilisation et l'implication des adolescent(e)s (U-Report), et permettront de suivre en particulier la question de l'accès équitable à l'information et aux interventions.

Une collaboration intersectorielle sera maintenue et/ou privilégiée avec les secteurs Nutrition et WASH surtout au niveau communautaire (paquet santé/nutrition, assainissement total piloté par la communauté et accès à l'eau potable), mais aussi avec les autres agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, ONUSIDA) pour une synergie dans le cadre de la continuité des soins dans les différentes tranches d'âge et selon les avantages comparatifs, et dans le cadre du partenariat global en santé. La synergie avec le composante de l'Inclusion sociale sera renforcée dans la mise en place de mécanismes de redevabilité sociale et de la gouvernance pour mieux suivre la mise en œuvre des politiques en matière de Santé à travers de l'engagement actif des autorités, de la Société civile et des communautés.

Enfin, le programme s'impliquera dans la préparation et la gestion des urgences pour assurer que les enfants en contexte d'urgences reçoivent des interventions de santé appropriées.



4- Structure des résultats

Résultats	Indicateurs de performance	Valeur de base	Cibles	Moyens de vérification	Partenaires
Effet 1 : D'ici fin 2020, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons), les adolescentes/adolescents utilisent pleinement les services de santé intégrés de qualité au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire avec un focus sur les régions les plus défavorisées en matière de santé	Nombre de nouveaux contacts curatifs par enfant de moins de 5 ans et par an dans les formations sanitaires des DS	2,1%	2,5%	Annuaire SNIS	Voir plus bas
	% de filles et de garçons complètement vaccinés avant l'âge d'un an	103,1%	100%	Revue approf. PEV	
	% de filles et de garçons de moins de 5 ans souffrant de paludisme simple pris en charge par les ASBC dans les 24 heures (28 DS des 5 régions)	1,2%	60%	EIPBF	
	% de filles et de garçons de moins de 5 ans souffrant de diarrhée pris en charge par les ASBC avec SRO-Zinc (28 DS des 5 régions)	2,5%	60 %	EMC, EDS	
	% de filles et de garçons de moins de 5 ans souffrant de la pneumonie pris en charge par les ASBC avec un antibiotique (28 DS des 5 régions)	2,28 %	60%	EMC, EDS	
	Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (5 régions prioritaires)	74%	80%	EMC, EDS	
	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet PTME	62,9%	70%	GARP	
	% d'enfants (filles et garçons) en besoin de traitement ARV qui sont effectivement sous traitement	17%	19%	GARP	
	Proportion de jeunes /adolescents/adolescentes ayant des grossesses précoces en milieu scolaire.	ND	A déterminer	Rapport d'enquête	

	% des hommes et des femmes des filles et garçons, et adolescents/adolescentes qui adoptent les 7 PFE pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile	TBC	A déterminer	Rapport d'enquête	
Produit 1.1 D'ici fin 2020, les agents de santé au niveau formation sanitaire et communauté disposent de compétences accrues pour offrir services de santé intégrés de qualité au profit des mères et leurs nouveau-nés dans les cinq régions prioritaires.	Taux de couverture en consultation prénatale 4 des femmes enceintes (et 15-19 ans) dans 5 régions sanitaires avec les couvertures d'interventions les plus faibles (Boucle du Mouhoun, Centre- nord, Est, Nord et Sahel) ²	33,3% 15-19 ans : ND	50% 15-19 ans : ND	Annuaire SNIS ; Enquête nationale	- Ministère de Santé (différentes directions centrales, régions et districts sanitaires) ; -Agences de Nations Unies (UNICEF, OMS, UNFPA, BM) ; -Autres PTF : Agences bilatérales, ONGs internationales et nationales ; -OSC ; -Leadeurs religieux et coutumiers.
	% des CSPS dans les 5 régions prioritaires disposant d'un plateau technique de la réanimation du nouveau-né selon les normes du MS	ND	80%	Rapport administratif DSF	
	Proportion d'ASBC formés et équipés pour l'offre de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés à domicile dans les 5 régions prioritaires	30%	90%	Rapport administratif DSF	
	% de mères et de NN ayant reçu une visite à domicile par un ASBC dans les trois jours après la naissance	7%	50%	Rapport administratif DSF	
Produit 1.2 : D'ici fin 2020 les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons) dans les cinq régions les plus défavorisées ont un accès accru aux services intégrés de santé infantile de qualité ciblant en particulier la lutte contre les maladies évitables au niveau des formations sanitaires de base et au niveau communautaire.	Taux de couverture vaccinale des filles et des garçons de moins d'un an en Pentavalent 3	100%	100%	Annuaire Statistique	-Ministère de Santé (différentes directions centrales, régions et districts sanitaires) ; -Ministère de la femme et action sociale ; -Ministère de fonction publique ; -Agences de Nations Unies (UNICEF, OMS, UNFPA, BM) ; -Autres PTF : Agences bilatérales, ONGs internationales et nationales ; -OSC ; -Leadeurs religieux et coutumiers.
	Taux de couverture au RR1	65%	90%	Annuaire Statistique	
	% d'agents de santé communautaire qualifiés pour fournir des services de PCIME-C dans les 5 régions prioritaires	7.2%	90%	Rapport administratif	
	% d'enfants de moins de 5 ans pris en charge selon l'approche PCIME dans les 5 régions prioritaires	37%	70%	Rapport administratif DSF	
	Proportion des enfants cibles couverts par la CPS	77%		Rapport de campagnes	
Produit 1.3 : D'ici fin 2020, les formations sanitaires et la société civile ont des capacités accrues pour offrir des services de dépistage et de traitement de VIH adaptés aux FE, aux adolescents et	% de femmes enceintes attendues, testées pour le VIH et ayant reçu leurs résultats	72,8%	75%	Rapport DSF	-Ministère de Santé (différentes directions centrales, régions et districts sanitaires) ; -Ministère de la jeunesse ; -Ministère de la femme et action sociale ;
	% des adolescent(e)s 10-19 ans sous ARV	ND	50%	Rapports PSLS	
	% d'enfants (filles et garçons) en besoin de traitement ARV qui sont effectivement sous traitement	17%	19%	Bilan SPCNLS	

² Actuellement, la désagrégation des données pour la tranche de l'âge 15-19 ans (adolescentes) n'est pas disponible dans l'annuaire statistique.

enfants dans les zones de grande prévalence de l'infection à VIH	Proportion des jeunes / adolescents et adolescentes qui sont testés et qui connaissent leur statut sérologique	7%	20%	Sondage U-Report	-SP/CNLS ; -Ministère de fonction publique ;
Produit 1.4 : D'ici fin 2020, les individus, les familles, les prestataires de services de santé et les communautés adhèrent davantage aux pratiques recommandées et aux normes sociales favorables à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent avec un focus sur les régions les plus défavorisées	% des mères et gardiens des filles et des garçons de moins de 5 ans qui connaissent les avantages d'au moins 5 pratiques familiales essentielles de l'UNICEF	ND	40%	Enquête	- Ministère de la santé
	% des hommes et des femmes y compris les adolescentes touchés par les messages de sensibilisation à travers les médias de proximité	ND	50%	Enquête	- Ministère de la Communication
	% des hommes et des femmes y compris les adolescentes qui pratiquent les mesures préconisées par les PFE pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile	ND	40%	Enquête	- Ministère de la jeunesse -OSC
	% des mères et gardiens des filles et des garçons de moins d'un an qui adoptent des comportements positifs pour la santé de la mère et de l'enfant (adulte et jeune fille en âge de procréer) vaccination, PTME, utilisation de MILDA	ND	45%	Enquête	- Autorités religieuses et leaders communautaires
Produit 1.5 D'ici fin 2020, le système de santé dispose des capacités accrues pour produire et utiliser des données probantes pour l'élaboration des plans et budgets sur la base des résultats, de l'équité et du genre, la gestion adéquate des approvisionnements des produits de santé et la réponse efficace aux urgences.	Nombre de documents de politiques et de stratégies élaborés ou révisés prenant en compte le genre, l'équité et la gestion des urgences sur le nombre total de documents révisés/élaborés	0	5	Vérification dans les documents stratégiques	DGESS
	% de Régions Sanitaires disposant d'un Plan de Développement utilisant l'approche de planification et de budgétisation basée sur les résultats, le genre et l'équité	0%	100%	Bilan plan DPPO	DPPO DSEC
	% des DS réalisant le monitoring de performance au niveau formation sanitaire et communautaire dans les régions ciblées (Boucle du Mouhoun, Centre Ouest, Centre nord, Est, Nord, Sahel)	76%	99%	Bilan plan DSS	

5- Monitoring des outputs et démonstration de la contribution de l'UNICEF aux effets

Les indicateurs d'effets et de produits définis dans la matrice des résultats permettront de suivre périodiquement les progrès des résultats des produits et de l'effet à travers le RAM. En effet, le renseignement semestriel, annuel ou triennal de ces indicateurs permettra d'estimer les progrès en se référant aux valeurs de base et aux valeurs cibles ; les causes de faibles et de bonnes performances seront décrites et analysées. Les valeurs de base et les cibles ont été déterminées en consultation avec les partenaires nationaux, en tenant compte des ressources nécessaires pour les atteindre et à partir du plan de suivi-évaluation du PNDS 2011-2020.

Les indicateurs d'effets seront mesurés principalement par les enquêtes et études disponibles et la réalisation d'enquêtes et d'études nécessaires tout au long de la mise en œuvre du programme. En effet, les enquêtes comme l'EMC-EDS, l'EIPBF, les enquêtes CAP en matière de PFE fourniront des données probantes sur l'effet à travers la mesure des indicateurs.

De même, des évaluations spécifiques (comme l'évaluation du PNDS, les dépenses publiques de santé) et les revues approfondies de certains programmes (PEV et lutte contre le paludisme) constituent des sources valides et pertinentes de données qui, en intégrant les intérêts des parties prenantes et les priorités politiques permettront une bonne prise de décision en vue de l'atteinte des extrants du programme santé et sa contribution optimale à l'effet souhaité. D'autres études conduites dans le cadre du présent programme pourront également combler le manque de données sur des aspects spécifiques comme la couverture sanitaire en zone péri-urbaine et les déterminants de l'offre de soins de qualité du nouveau-né à domicile.

Par ailleurs, les revues semestrielles et annuelles des plans de travail annuels issus du programme, pilotées par le Ministère de la Santé à travers la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles (à travers le cadre de dialogue sectoriel santé) et au cours des travaux des commissions thématiques du PNDS permettront de faire des ajustements stratégiques consensuels.

Le suivi se fera également à travers les cadres de coordination spécifiques existant comme les réunions du CCIA pour la vaccination, les rencontres des partenaires RBM pour le paludisme, la commission de coordination de la santé communautaire, la coordination du partenariat H6+, etc.

L'organisation des visites programmatiques sur le terrain et les sorties conjointes permettront de collecter, analyser et diffuser des informations en rapport avec la marche du programme et l'appréciation des acteurs opérationnels.

La mesure des indicateurs de produits se fera essentiellement à travers l'exploitation des données de routine collectées par les rapports mensuels d'activités des formations sanitaires (base ENDOS) et les collectes spécifiques à travers le TLOH (surveillance épidémiologique et suivi de la gratuité des soins) qui permettront de produire périodiquement des documents statistiques de référence comme l'annuaire statistique, le BEIS, le tableau de bord des indicateurs traceurs, les rapports de mise en œuvre de la gratuité. En plus, la collecte et l'analyse des indicateurs traceurs du PNDS lors de l'atelier semestriel d'analyse des performances et des goulots d'étranglements constituera un instrument essentiel d'ajustement ciblé du programme.

Enfin, le monitoring des performances des formations sanitaires de premier niveau, des hôpitaux et du niveau communautaire (monitoring des pratiques familiales essentielles) permettra de disposer d'informations précises et fiables devant servir non seulement à la planification opérationnelle mais aussi et surtout à la prise de décision en faveur de la levée de goulots d'étranglement pour la bonne progression du programme.

Le système national de monitoring des activités et des interventions à haut impact de réduction de la mortalité maternelle et infantile sera renforcé à travers un renforcement des capacités (formation, production/reproduction de documents, équipement en matériel informatique et péri-informatique) de la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles du Ministère de la Santé (précisément la Direction des Statistiques Sanitaires et la Direction du Suivi/Evaluation et de la Capitalisation) et des Services

d'Information des Statistiques et de la Surveillance Épidémiologique des directions régionales et districts de la zone d'intervention du programme. L'appui multiforme à tous ces systèmes de suivi et de monitoring à périodicité constante permettra de suivre de près les changements obtenus au niveau des populations cibles.

6- Ressources nécessaires pour atteindre les résultats

La mise en œuvre du Programme Santé nécessitera du personnel formé et compétent dans les domaines de la santé néonatale, la gestion et le contrôle des maladies de l'enfance particulièrement au niveau communautaire, le VIH chez les adolescents, les femmes enceintes et les enfants, ainsi que l'appui stratégique global au secteur de la santé pour un environnement favorable à la santé de la mère et de l'enfant.

Les besoins en ressources financières en fonction de la structure du programme sont consignés dans le tableau ci-après:

Effet/Produits/Stratégies	Description	En milliers de \$		
		RR	OR	Total
Effet : D'ici fin 2020, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants de moins de 5 ans (filles et garçons), les adolescentes/adolescents utilisent pleinement les services de santé intégrés de qualité au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire avec un focus sur les régions les plus défavorisées en matière de santé		7, 890	7, 480	15, 370
Produit 1: Les agents de santé au niveau formation sanitaire et communautaire disposent de compétences accrues pour offrir services de santé intégrés de qualité au profit des mères et leurs nouveau-nés dans les cinq régions prioritaires.		1, 750	2, 300	4, 050
Staff et assistance technique	Personnel UNICEF et Assistance temporaires	380	330	710
Visites de monitoring	Mission de monitoring, HACT, suivi programmatique, etc.	140	120	260
Stratégies				
Production d'évidences et plaidoyer	« Land scape analyses » pour la SMN, enquêtes, documentation, visibilité, mobilisation de partenariat/ressources	120	90	210
Renforcement de capacités	Formation des AS et ASBC y compris le recyclage	390	580	970
Service delivery (supplies, etc.)	Equipements pour la réanimation des N-nés (niveau CSPS et HD) et les ASBC, les outils de travaux etc.	720	1,180	1,900
Total produit 1 (non staff/TA)		1,370 (78.3%)	1,970 (85.6%)	3,340 (82.5%)
Produit 2: Les enfants de moins de 5 ans dans les cinq régions les plus défavorisées ont un accès accru aux services intégrés de santé infantile de qualité ciblant en particulier la lutte contre les maladies évitables au niveau des formations sanitaires de base et au niveau communautaire		2, 030	3, 850	5, 880
Staff et assistance technique	Personnel UNICEF et Assistance temporaires	390	540	930
Visites de monitoring	Mission de monitoring, HACT, suivi programmatique, etc.	115	120	235
Stratégies				
Production d'évidences et plaidoyer	Développement d'un « Investment case » pour la santé infantile, enquêtes, mise à jours de la cartographie des ASBC (et géolocalisation), documentation, visibilité.	175	240	415
Renforcement de capacités	Formation des AS et ASBC y compris le recyclage	600	900	1,500

Effet/Produits/Stratégies	Description	En milliers de \$		
		RR	OR	Total
Service delivery (supplies, etc.)	Achats des médicaments (Amoxicilline DT et SRO/Zinc) pour iCCM/PCIME-c, les outils de travail	750	2,050	2,800
Total produit 2 (non staff/TA)		1,640 (80.8%)	3,310 (86%)	4,950 (84.2%)
Produit 3: Les formations sanitaires et la société civile ont des capacités accrues pour offrir des services de dépistage et de traitement de VIH adaptés aux FE, aux adolescents et enfants dans les zones de grande prévalence de l'infection à VIH		1,500	350	1,850
Staff et assistance technique	Personnel UNICEF et Assistance temporaires	280	60	340
Visites de monitoring	Mission de monitoring, suivi des PCAs, HACT, suivi programmatique, etc.	45	30	75
Stratégies				
Production d'évidences et plaidoyer	Documentation, production de films et visibilité (y compris la planification)	150	50	200
Renforcement de capacités	Formation des AS sur la PTME et PEC y compris le recyclage	930	120	1,050
Service delivery (supplies, etc.)	Production des outils de travail et des documents stratégiques	95	90	185
Total produit 3 (non staff/TA)		1,220 (81.3%)	290 (82.9%)	1,510 (81.6%)
Produit 4: Les individus, les familles, les prestataires de services de santé et les communautés adhèrent davantage aux pratiques recommandées et aux normes sociales favorables à la santé de la mère de l'adolescent et de l'enfant avec un focus sur les régions les plus défavorisées		810	480	1,290
Staff et assistance technique	Personnel UNICEF et Assistance temporaires	195	220	415
Visites de monitoring	Mission de monitoring, HACT, suivi programmatique, etc.	30	30	60
Stratégies				
Production d'évidences et plaidoyer	Recherche action et études, documentation et visibilité	100	80	180
Renforcement de capacités	Formation des AS, ASBC, relais communautaires, membres des medias communautaires	380	90	470
Service delivery (supplies, etc.)	Vélos pour les relais communautaires, équipements techniques pour les radios communautaires et medias ainsi que les outils de communication (affiches, boîtes à images, etc.).	105	60	165
Total produit 4 (non staff/TA)		615 (75.9%)	260 (54.2%)	875 (67.8%)
Produit 5: Le système de santé dispose des capacités accrues pour produire et utiliser des données probantes pour l'élaboration des plans et budgets sur la base des résultats, de l'équité et du genre, la gestion adéquate des approvisionnements des produits de santé et la réponse efficace aux urgences		1,800	500	2,300
Staff et assistance technique	Personnel UNICEF et Assistance temporaires	795	0	795
Visites de monitoring	Mission de monitoring, suivi de la mise en œuvre de la gratuité/AMU, HACT, suivi programmatique, etc.	17	500	517
Stratégies				
Production d'évidences et plaidoyer	Documentation, visibilité et planification/information sanitaire	594	0	594
Renforcement de capacités	Formation des AS planification base sur les résultats et monitoring des interventions en santé.	178	0	178
Service delivery (supplies, etc.)	Production des documents des politiques et stratégies	216	0	216
Total produit 5 (non staff/TA)		1005	500	1505

Effet/Produits/Stratégies	Description	En milliers de \$		
		RR	OR	Total
		(55.8%)	(100%)	(65.4%)