

**MINISTERE DE LA SANTE ET
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**



BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice

REGION DES HAUTS BASSINS

**DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

DISTRICT SANITAIRE DE DAFRA

**PLAN DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE DU DISTRICT DE DAFRA
(PDSD 2023 – 2027)**

Septembre 2023

PREFACE

Le Ministère de la santé s'est engagé dans un processus de planification sectorielle afin de répondre efficacement aux problèmes de santé des populations. C'est dans ce contexte qu'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, dont la première phase déclinée en Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025, a été élaboré. Il contient cinq orientations stratégiques au regard des priorités du Burkina Faso.

Afin de disposer de ses spécificités en matière de priorités tout en restant dans la ligne directrice du PNDS, le district sanitaire de Dafra a élaboré son Plan de Développement Sanitaire du District (PDSD) pour la période 2023-2027.

Ce PSDS 2023-2027 s'inscrit dans une dynamique de relever les défis à court et moyen terme et contribuer à l'atteinte des objectifs du PNDS. Ce plan a été élaboré selon une approche participative, inclusive avec une implication de tous les acteurs concernés.

Le PSDS ainsi élaboré est un document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenants dans le secteur de la santé dans le district sanitaire de Dafra. C'est un document qui retrace les besoins réels de notre population en matière de santé. Il reste un guide, un véritable référentiel dans cette situation de résilience.

Je reste convaincu que ce document donne toutes les orientations nécessaires aux acteurs pour harmoniser et coordonner leurs interventions dans la logique de l'atteinte des effets escomptés.

J'adresse mes remerciements à tous ceux qui se sont investis pour rendre ce document disponible et j'invite tous les acteurs à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Le Haut-Commissaire de la province du Houet



Adama BIDIGA
Administrateur civil

TABLE DES MATIERES

RESUME DU PLAN.....	10
INTRODUCTION	11
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	12
PROCESSUS D'ELABORATION DU PDSD	12
I. GENERALITES	13
1.1. Données administratives.....	13
1.2. Données géographiques.....	13
1.3. Données démographiques.....	15
1.4. Données socio-économiques.....	16
1.5. Données socio-culturelles.....	16
II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT	18
2.1. Organisation administrative du DS.....	18
2.2. Organisation des services par niveau	23
2.3. Partenaires intervenant dans le district	26
2.4. Profil épidémiologique.....	27
2.5. Situation des ressources	30
III. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU DISTRICT	31
3.1. Profil sanitaire	31
3.2. Bilan physique et financier de la mise en œuvre des activités	36
3.2.1. Bilan physique du PDSD antérieur	36
3.3. Indicateurs de performance.....	42
3.4. Analyse de la situation sanitaire du district par orientation stratégique	59
3.5. <i>Analyse des parties prenantes et identification des bénéficiaires</i>	79
3.6. Détermination des problèmes	100
IV. CADRE DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE DISTRICT	110
4.1. Fondements	110
4.2. Vision	110
4.3. Principes et valeurs	111
4.4. Objectif général	113
4.5. Résultats	114
V. DISPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI EVALUATION.....	130
5.1 Dispositifs de mise en œuvre	130
5.2 Dispositif de suivi et d'évaluation	130
VI. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES.....	156

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	: Accoucheuse auxiliaire
AE	: Allaitement Exclusif
AIS	: Agent itinérant de santé
AMIU	: Aspiration Manuelle Intra Utérine
AQS	: Assurance Qualité des Soins
ARV	: Anti retro viraux
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BE	: Budget de l'Etat
CC	: Consultation Curative
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement de la tuberculose
CISSE	: Centre d'Information Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES	: Comité de gestion
CPN	: Consultation prénatale
CPS	: Chimio-Prévention du paludisme Saisonnier
CSD	: Conseil de santé de district
CREN	: Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
DBM	: Déchets biomédicaux
DMEG	: Dépôt de médicaments essentiels génériques
DQS	: Data Quality Self-assessment (contrôle de la qualité des données)
DRD	: Dépôt répartiteur de district
DS	: District sanitaire
ECD	: Equipe cadre de district
eTME	: Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FM	: Fonds mondial
FS	: Formation Sanitaire
GASPA	: Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE
Hbt	: habitants
HKI	: Helen Keller international

ICP	: Infirmier chef de poste
IGR	: Interventions à gain rapide
IPA	: Initiation Précoce à l'Allaitement
LQAS	: Lot Quality Assurance Sampling (contrôle de la qualité des lots)
LNR	: Laboratoire National de Référence
MA	: Malnutrition Aigue
MAM	: Malnutrition aiguë modérée
MAS	: Malnutrition aiguë sévère
ME	: Maïeuticien d'état
MEG	: Médicament essentiel générique
MSF	: Médecin Sans Frontière
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
OBC	: Organisation à base communautaire
ODD	: Objectifs du développement durable
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PA	: Plan d'Action
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PAPS	Programme d'Appui à la Politique Sectorielle
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSD	: Plan de Développement Sanitaire de District
PEC	: Prise en charge
PDV	: Perdus de vue
PEV	: Programme élargi de vaccination
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLP	: Programme national de lutte contre le paludisme
PSE	: Planification Suivi/Evaluation
PSLS	: Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida
PSS	: Politique Sectorielle Santé
PTME	: Prévention de la transmission mère enfant du VIH
PvVIH	: Personne vivant avec le VIH
RR	: Rougeole Rubéole
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise

SIS	: Système d'Information Sanitaire
SNDS	: Stratégie Nationale de développement sanitaire
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complet
TDM	: Traitement de masse
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TLOH	: Télégramme lettre officiel hebdomadaire
TETU	Tri Evaluation et Traitement d'Urgence
UNFPA	: Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance
VAA	: Vaccin anti amaril
VAT	: Vaccin anti tétanique
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

<i>Tableau I: évolution de la capacité de l'ECD au cours des 5 dernières années</i>	22
<i>Tableau II: répartition des partenaires du district selon le domaine d'intervention</i>	26
<i>Tableau III: Dix (10) maladies les plus rencontrées lors de la consultation en 2022_DS DAFRA</i>	29
<i>Tableau IV: évolution des ratios population/ressources humaines dans le DS au cours des 5 dernières années</i>	30
<i>Tableau V: Formations sanitaires publiques et privées par localité et leur accessibilité géographique en 2021</i>	31
<i>Tableau VI: Liste des formations sanitaires privées du District en 2021</i>	31
<i>Tableau VII: Ecole de formations professionnelles en santé en 2021</i>	33
<i>Tableau VIII: état des infrastructures publiques du district</i>	33
<i>Tableau X: Etat de mise en œuvre des activités de 2017 à 2021 de l'ensemble des structures du DS par OS</i>	36
<i>Tableau XI: Bilan financier au cours de 5 dernières années par structure</i>	37
<i>Tableau XII: Bilan financier au cours de 5 dernières années par OS</i>	38
<i>Tableau XIII: Bilan financier au cours de 5 dernières années par source de financement</i>	39
<i>Tableau XIV : situation des transferts de fonds aux collectivités pour des actions sanitaires au cours des 5 dernières années</i>	41
<i>Tableau XV : Evolution des dépenses par source de financement au cours des 5 dernières années</i>	41
<i>Tableau XVI: Évolution des indicateurs au niveau du premier échelon du district sanitaire des cinq dernières années</i>	42
<i>Tableau XVII: Evolution des indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années</i>	45
<i>Tableau XVIII: Évolution des indicateurs au niveau de l'ECD au cours des cinq dernières années</i>	47
<i>Tableau XIX: Analyse des parties prenantes</i>	79
<i>Tableau XX : synthèse de l'environnement externe en FFOM</i>	81
<i>Tableau XXI: Analyse des problèmes</i>	102
Tableau XXII: Chaîne des résultats du PDSD	115
<i>Tableau XXIII: Cadre logique du PDSD</i>	117
<i>Tableau XXIV: Corrélation de la chaîne de résultats du PDSD avec les résultats du PNDS 2021-2030</i>	125
<i>Tableau XXV: Cadre de mesure de rendement</i>	131
<i>Tableau XXVI: Planning des activités par effet, orientation stratégique et par produit</i>	136

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1: Carte du district sanitaire de DAFRA.....</i>	<i>9</i>
<i>Figure 2: Evolution de l'incidence du paludisme au cours des cinq dernières années</i>	<i>53</i>
<i>Figure 3: Evolution de la létalité du paludisme au cours des cinq dernières années</i>	<i>54</i>
<i>Figure 4: Evolution du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2017 à 2021.....</i>	<i>55</i>
<i>Figure 5: Evolution de la couverture en CPN4.....</i>	<i>56</i>
<i>Figure 6: Evolution des nouveaux contacts par habitant et par an</i>	<i>57</i>
<i>Figure 7: Evolution de la proportion de décès maternel pour 100 000 parturientes..</i>	<i>58</i>

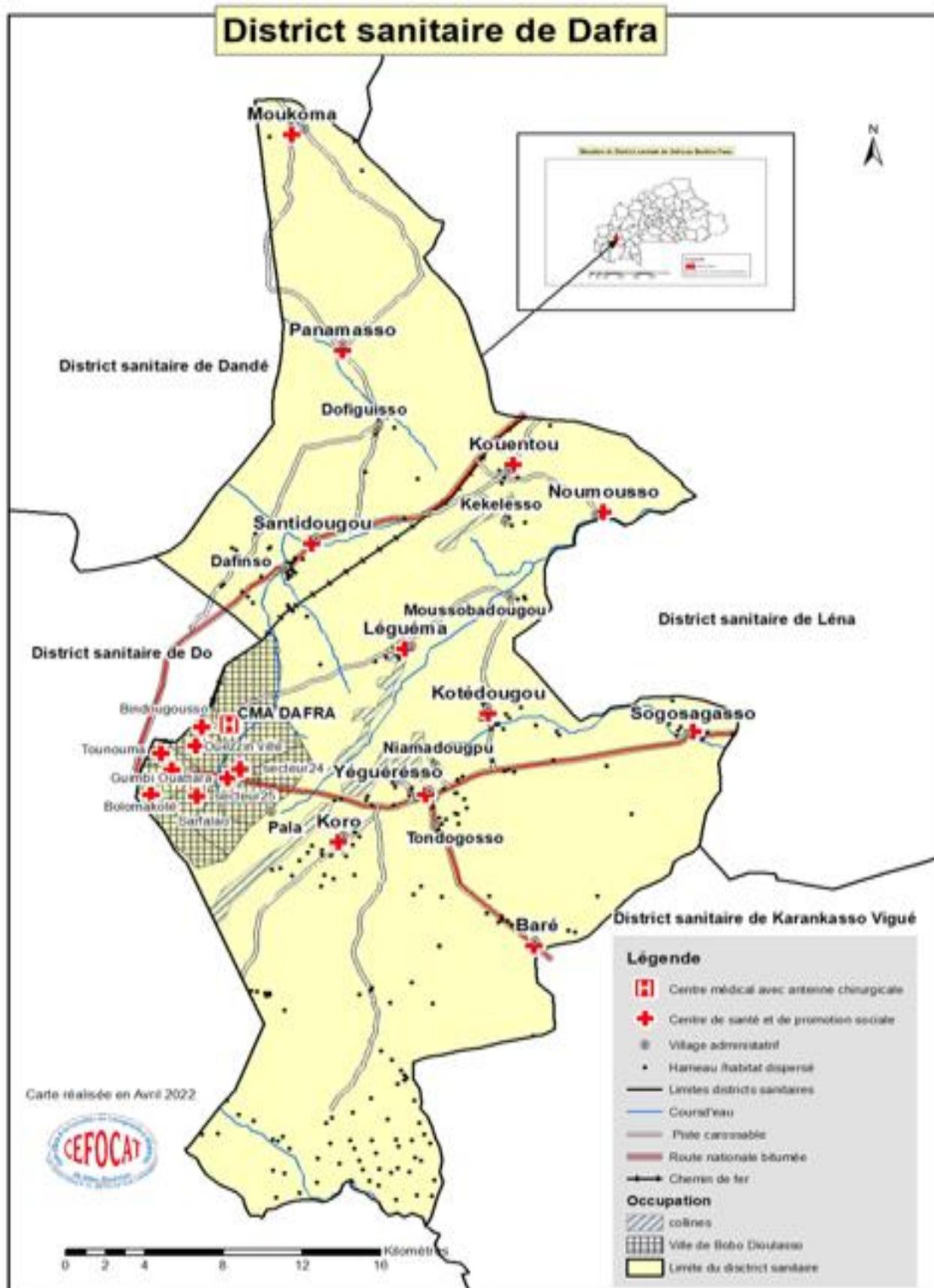


Figure 1: Carte du district sanitaire de DAFRA

RESUME DU PLAN

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) recommande une prévision à long terme à travers une planification stratégique à tous les niveaux. Dans le but de contribuer au bien-être des populations de son aire de responsabilité et s'alignant sur la vision du MSHP, le DS de Dafra a élaboré son plan de développement sanitaire (PDS) pour la période 2023-2027 en collaboration avec les partenaires techniques et financiers. En effet, ce plan s'inspire du PNDS 2021-2030 qui est l'instrument de mise en œuvre de la politique nationale du secteur santé. L'objectif global du plan est d'améliorer l'état de santé de la population d'ici fin 2027. La stratégie s'opérera à travers les cinq (5) orientations de la stratégie nationale de développement sanitaire (SNDS) que sont : (i) le renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, d'équité, de redevabilité et de prise en compte du genre, (ii) le développement des ressources humaines pour la santé, (iii) l'augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU), (iv) l'adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à (v) l'accélération de la transition démographique, (v) l'amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Chacune de ces orientations stratégiques est traduite en axes d'interventions et en actions prioritaires. Au total treize (13) produits et cinq (05) effets sont définis dans la chaîne de résultats. La réalisation des produits et des effets aura pour impact « l'amélioration de l'état de santé de la population ». La budgétisation des activités planifiées a permis de dégager un besoin de financement à hauteur de cinq milliards deux cent dix-huit millions cinq cent onze mille sept cents trente francs CFA (5 218 511 730 FCFA). La gestion de ces ressources financières respectera les principes de la vision « un plan, un budget, un rapport » : i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, ii) l'utilisation des procédures nationales de gestion, iii) l'harmonisation des principes d'intervention, iv) la gestion axée sur les résultats, v) la responsabilité mutuelle, à travers des mécanismes de suivi et de contrôle renforcés. Les principaux risques qui pourraient compromettre la réalisation des ambitions du PDS 2023-2027 et pour lesquels des mesures d'atténuation devraient être développées sont : (i) l'effritement de la cohésion sociale et de la paix, (ii) l'instabilité sociopolitique (iii) la crise sanitaire, (iv) l'incertitude

du financement, (v) et l'aggravation de l'insécurité.

INTRODUCTION

Le Burkina Faso s'est engagé depuis les années 1980 dans une réforme de son système de santé afin de mieux répondre aux nombreux défis en matière de santé des populations. C'est ainsi qu'en 2001 la politique sanitaire nationale a été élaborée et révisée en 2011. La mise en œuvre de ces politiques s'est matérialisée à travers le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 et le PNDS 2011-2020. Suite à la formulation du Plan national de développement économique et social (PNDES 2016-2020), il a été adopté quatorze (14) secteurs de planification dont l'opérationnalisation a nécessité l'élaboration de politiques sectorielles stables assorties de plans d'actions triennaux glissants. C'est ainsi que la politique sectorielle santé a été élaborée et adoptée en conseil des ministres en février 2018 et court jusqu'en 2027

Le PNDS 2021-2030 s'inscrit dans la perspective de relever les défis sanitaires et accélérer l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030 et la couverture sanitaire universelle (CSU).

Cela s'est traduit par une amélioration constante des indicateurs d'utilisation des services préventifs et curatifs, de l'offre des services de santé, de l'accessibilité des populations aux services de santé et de la gouvernance. Durant les cinq dernières années de mise en œuvre, l'amélioration de certains indicateurs s'est poursuivie notamment le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an qui a été doublé comparativement à la cible fixée. La dégradation de la situation sécuritaire à partir de l'année 2016, les mouvements sociaux et la pandémie de la maladie à corona virus-19 (COVID-19) apparue en 2019 ont impacté négativement le niveau d'atteinte d'autres indicateurs

Le district sanitaire de Dafra s'aligne dans une démarche de renforcement des acquis issus des programmes ci cités et dans le but d'améliorer la santé de la population de son aire sanitaire à travers ce présent PDSD.

Ce plan s'articulera autour des points suivants : Le processus de son élaboration, la présentation générale du district sanitaire, l'organisation et la gestion du système de santé de district sanitaire, l'analyse situationnelle du district sanitaire ; la détermination

des priorités du district sanitaire, le cadre logique du PDSD, le suivi et l'évaluation ; le planning opérationnel des activités et le budget prévisionnel du plan.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le but de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement, la direction régionale de la santé des Hauts Bassins élabore son PDSR et les districts sanitaires de son aire de responsabilité élaborent tous les cinq ans un plan de développement sanitaire de district (PDSD) pour atteindre ses objectifs fixés.

Ce présent PDSD 2023-2027 s'inscrit dans la même logique pour servir comme guide à la gouvernance du district sanitaire de Dafra et il s'articule autour des cinq orientations stratégiques du Plan national de développement sanitaire (PNDS). Les plans de travail annuels assortis du PDSD permettront de mettre l'accent sur les interventions basées sur l'atteinte des résultats. C'est La lutte contre les endémo-épidémies (paludisme, malnutrition, IRAS...), le VIH/SIDA, la COVID 19, les maladies sous surveillance ainsi que les principales maladies non transmissibles (HTA, Diabète, Cancers, etc.) occupent une place importante. Aussi un accent particulier est mis sur la participation du monde communautaire dont leur action constitue une des stratégies d'accélération de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dans le domaine de la santé. Ce PDSD prend donc en compte les nouvelles orientations des objectifs de développement durable (ODD).

PROCESSUS D'ELABORATION DU PDSD

L'élaboration du présent PDSD se déroule selon les phases suivantes :

- Une phase préparatoire au cours de laquelle nous organisons une réunion de démarrage, l'élaboration des TDR, la mise en place d'un comité de pilotage formalisé par un arrêté du Haut-commissaire, la tenue de la réunion de cadrage et de lancement du processus d'élaboration du PDSD.
- Une phase de diagnostic stratégique consistant à la collecte des données, l'analyse de la situation et l'identification des problèmes prioritaires du district.
- Une phase de formulation ou de rédaction proprement dite en énonçant les orientations stratégiques, les actions à mener, l'élaboration de la chaîne des résultats, les hypothèses et l'analyse des risques.
- Une phase de validation et d'adoption du PDSD.

Chaque phase de l'élaboration a connu une participation inclusive des différentes parties prenantes selon leur degré d'implication, à savoir les services déconcentrés de l'Etat (police, gendarmerie, action sociale, droits humains, l'environnement, eau et assainissement, l'agriculture, l'élevage, etc.), les acteurs communautaires (leaders coutumiers et religieux, OBCE, ASBC, AV, relais communautaires, etc.), les collectivités territoriales, les ONG/associations et les PTF. Les données ont été recueillies dans les différents secteurs ministériels pour renforcer l'analyse.

I. GENERALITES

1.1. Données administratives

Le district sanitaire de Dafra fait partie des huit districts de la région sanitaire des Hauts Bassins. Il est limité :

- ✓ À l'Est par le district sanitaire de Lena,
- ✓ Au Sud par le district sanitaire de K. Vigué,
- ✓ Au Nord par celui de Dandé,
- ✓ À l'Ouest par le district sanitaire de Dô.

Il est centré sur la seule commune de Bobo et couvre 5 arrondissements

Arrondissement 01 : CSPS de Guimbi Ouattara CSPS de Tounouma

- ✓ Arrondissement 02 : CSPS de Santidougou, de Panamasso et de Moukoma ;
- ✓ Arrondissement 03 : CSPS de Bindougouso, de Léguéma et de Kouentou;
- ✓ Arrondissement 04 : CSPS du Secteur 24, de Ouezzin-ville, de Yéguéréso, de Baré, de Kotédougou et de Sogossagasso ;
- ✓ Arrondissement 05 : CSPS de Sarfalao, du Secteur 25, de Bolomakoté et de Koro.

Le district sanitaire couvre ainsi 15 secteurs, 20 villages et 34 hameaux de culture.

La répartition de la population par villages, secteurs et hameaux de culture est jointe en annexe.

1.2. Données géographiques

Le district sanitaire de Dafra est situé dans la région des Hauts Bassins, province du Houet, département de Bobo-Dioulasso. Il couvre une superficie¹d'environ 1 288 Km².

Le district sanitaire est traversé par le marigot Houet (WE) dont la province porte le nom, qui draine plusieurs égouts et eaux usées où également beaucoup de personnes se baignent, pratiquent la culture maraichère et y lavent le linge et la vaisselle.

La végétation est de type savane arbustive avec des régions arborées et des galeries forestières (Kwa). Cette végétation est d'une importance capitale pour la pharmacopée qui est bien développée dans le district. Le cadre physique et les facteurs pédoclimatiques de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso sont un véritable potentiel pour l'activité agricole. Sa végétation abondante encourage l'élevage et son relief offre des paysages fascinants, objets d'attraction de nombreux touristes. Sa situation géographique est également un atout pour les activités commerciales.

Le relief et le sol sont des facteurs qui permettent de comprendre l'implantation des hommes dans la ville. Ils expliquent la forte concentration par endroit et le sous-peuplement de certaines terres. Le relief est peu accidenté et se caractérise par une chaîne rocheuse au sud, des bas-fonds et des plaines aménageables partout ailleurs. Quant aux sols, ils sont en majorité hydromorphes sur cuirasse ancienne et sont très favorables à l'agriculture.

La végétation est de type Sud Soudanien constituée de savanes boisées, de savanes arborées et arbustives. Il existe 04 forêts classées que sont : forêt classée de Kou, de Kuinima, Dienderesso, Kua et de multiples galeries forestières le long des cours d'eau. Cette importante végétation renferme une faune multiple et variée. Cependant on note de plus en plus une dégradation de l'environnement due à l'action anthropique.

A l'instar de la région, le climat de Bobo-Dioulasso est de type Sud Soudanien et se caractérise par une longue saison sèche de 05 à 06 mois (novembre/décembre à avril) et une saison pluvieuse d'une durée de 06 à 07 mois (mai à octobre/novembre). La saison sèche se compose d'une période froide (novembre à janvier) et d'une période chaude (février à avril). Les pluies sont relativement abondantes, mais inégalement réparties dans le temps et dans l'espace.

Une vingtaine de sources d'eaux dont la plus importante est celle de la Guinguette sont dénombrées à Bobo-Dioulasso. C'est aussi dans la zone de cette commune que le Mouhoun, un des principaux cours d'eau du pays, prend sa source. Les eaux souterraines sont relativement abondantes et peuvent donner aux forages des débits importants de l'ordre de 10 à 100 m³/heure avec des pics pouvant atteindre 800 m³/heure selon les estimations de l'ONEA.

Le réseau routier est peu développé. L'accès au centre de référence notamment le CMA reste difficile et certaines routes reliant le district aux FS sont presque impraticables surtout en saison de pluie.

1.3. Données démographiques

A l'issue du recensement général de la population et de l'habitation de 2019, Le taux d'accroissement est de 2,93%² pour la province du Houet. La population est soumise à d'importants mouvements migratoires vers les sites d'orpillage de Houndé et K.-Vigué entraînant une non maîtrise de la population. A l'examen de la pyramide des âges et du tableau (en annexe) sur la population de Bobo-Dioulasso, il ressort que la population de la commune a une structure à l'image du pays c'est-à-dire large à la base et effilée au sommet, traduisant ainsi une population très jeune. En effet, près de la moitié (48,7%) a moins de 20 ans et plus de trois quarts de la population (76,4%) a moins de 35 ans. Cette jeunesse est également perçue à travers l'âge médian de la population qui est de 20,5 ans et l'âge moyen qui est à 23,2 ans. Il est en outre noté que de 30 à 69 ans les hommes sont plus nombreux que les femmes (année et source).

La commune de Bobo Dioulasso compte en 2023 en 1 080 130 habitants dont 504 215 femmes et 480 388 hommes. A l'image du pays, il y'a plus de femmes que d'hommes (Rapport de masculinité de 95%). Par ailleurs, cette population de Bobo-Dioulasso croit depuis les recensements antérieurs. En effet, elle est passée de 228 663 habitants en 1985 à 309 771 habitants en 1996, puis à 489 967 habitants en 2006 et a doublé 13 ans plus tard, soit 984 603 habitants en 2019. L'effectif des femmes tout comme celui des hommes s'est accru presque dans les mêmes proportions.

La commune de Bobo couvre deux districts sanitaires à savoir le district sanitaire de Dafra et une partie du district sanitaire de DO. Le district sanitaire de Dafra est centré sur la seule commune de Bobo-Dioulasso. En 2022, la population du district de Dafra est estimée à 472 686 habitants dont 82,86% vivent dans la partie urbaine du district. La densité est de 278,74 habitants/km². Le taux brut de natalité est estimé à 34,5/1000hbts en 2019 et l'indice synthétique de fécondité à 4,3 enfants/femme.

² Profil de la région des Hauts-Bassins, RGPH 2019, Burkina Faso

1.4. Données socio-économiques

La ville de Bobo-Dioulasso regorge de nombreuses installations industrielles et commerciales (SAPHYTO, SOFITEX, SN-CITEC, TWELIUM etc...)

L'agriculture est l'activité principale des populations. Le coton et le sésame constituent les principales cultures de rente. Des cultures de contre saison constituées de légumes essentiellement sont produites dans les zones aménagées (Kuinima, Léguema, Panamasso, Kouentou). Ces dernières années, la production de produits fruitiers connaît un essor notamment les mangues et l'anacarde.

L'élevage reste une activité en plein essor avec de nombreuses fermes de volaille. Cependant, jusque-là, la volaille et quelques ruminants (caprins ou bovins) sont élevés dans les domiciles, entraînant une promiscuité et une exposition aux zoonoses.

La couverture en réseau internet est relativement bonne exceptées certaines FS du milieu rural.

Le téléphone constitue le principal moyen de communication entre le premier et le deuxième échelon, cependant certaines Formations Sanitaires (FS) sont insuffisamment couvertes. Certaines routes reliant le district aux FS sont presque impraticables en saison de pluie.

Quelques sites touristiques existent ; il s'agit des cases typiques de Koro, du mausolée de la princesse Guimbi Ouattara, la vieille mosquée de Dioulassoba, le musée Sogossira Sanou etc...

L'artisanat est constitué de la sculpture du bois, de l'art du bronze, des produits de teinture et de la poterie. L'approvisionnement en eau potable de la ville de Bobo-Dioulasso se fait à partir du captage des sources ONEA à Nasso.

L'indice de pauvreté³ était estimé à 38,6% en 2018.

1.5. Données socio-culturelles

Le taux brut de scolarisation en 2018 était de 60%.

Les principales ethnies rencontrées dans le district de Dafra sont les Bobos, les Tiéfos, les Mossis, les Dioulas et les Peuhls.

Les principales religions sont l'islam (76,7%), le christianisme (22%), l'animisme et autres (1,3%).

De multiples cérémonies coutumières (la cérémonie d'initiation dans les villages bobos, les cérémonies avant les semis et en fin de récoltes, les cérémonies commémoratives des grandes funérailles avec présence des masques) sont des pratiques courantes. Ces cérémonies constituent des occasions de rassemblement avec possibilité de survenue de phénomènes morbides et des pratiques néfastes à la santé. Le mariage consanguin et le lévirat se pratiquent toujours au sein de certaines communautés, ce qui expose à des maladies congénitales et la contamination de groupe. L'interdiction de certains aliments aux enfants et aux femmes enceintes peuvent être sources de carences nutritionnelles.

Il existe quelques sites touristiques comme le marigot aux silures sacrées de Dafra, le village perché de Koro. La médecine et la pharmacopée traditionnelle sont toujours d'actualité dans les communautés et constitue de ce fait le recours d'un grand nombre de populations en cas de maladie.

Dans le district sanitaire de Dafra, aucune formation sanitaire n'est fermée pour raison d'insécurité et toutes fonctionnent. Aussi tous les établissements scolaires sont fonctionnels dans l'aire sanitaire de Dafra. Il n'existe pas de site de personnes déplacées internes (PDI) reconnu officiellement, cependant, leur présence est signalée dans certaines familles d'accueil rendant celles-ci vulnérables. En effet, la ville de Bobo comptait 52 600 PDI en février 2023 selon le recensement effectué par le ministère des affaires étrangères. Par ailleurs, cette situation pourrait avoir un impact sur l'offre de soins curative et préventive.

II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT

2.1. Organisation administrative du DS

2.1.1. Description des activités propres de l'ECD

2.1.1.1. Organisation des soins cliniques dans le district

Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé au Burkina Faso. En tant qu'organe technique chargé de la gestion du district, l'ECD coordonne et réalise des activités cliniques aussi bien à l'hôpital de district (HD) communément appelé Centre Médicale avec Antenne chirurgicale (CMA) que dans les formations sanitaires périphériques relevant de son aire de responsabilité. Des staffs cliniques sont quotidiennement tenus au niveau du CMA. Dans le souci d'assurer la coordination et mise en œuvre des activités, l'ECD tient une réunion hebdomadaire des membres.

2.1.1.2. Planification et coordination des activités

L'ECD est chargé de la planification, de la coordination et du suivi-évaluation de la mise en œuvre des activités au niveau du district. Pour ce faire, il existe en son sein un responsable chargé de la planification du suivi et de l'évaluation des activités menées. Ainsi, chaque année l'ECD élabore un plan d'action conformément à la politique sectorielle santé telle que traduite dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS), les grandes orientations du Ministère de la santé et de l'hygiène publique (SNDS 2021-2025) et les directives de planification opérationnelle. En ce qui concerne le PDSD, la dernière en date est celle couvrant la période de 2006 à 2010 mais qui n'a cependant pas été évalué et par conséquent le district ne disposait donc pas d'un PDSD valide.

Les formations sanitaires du district bénéficient de l'appui de l'ECD dans l'élaboration de leur micro-plan annuel.

La coordination et le suivi des activités sont assurés par les différents responsables des structures (ICP, SUS/SUT, ECD) et lors des rencontres hebdomadaires ECD et les cadres statutaires comme les rencontres ECD-ICP, ECD-ICP-COGES, CSD. Lors de ces différentes concertations qui constituent des cadres de redevabilité, un bilan de la mise en œuvre des activités est fait à travers l'analyse des rapports de supervision, les rapports d'activités, le monitoring semestriel des activités ainsi que les rapports de progrès. Un planning mensuel des activités est élaboré pour faciliter la coordination et le suivi.

Quant à l'évaluation des plans, il est réalisé semestriellement en fonction des résultats attendus par indicateurs fixés dans le plan. Une évaluation finale est effectuée en fin d'année et sert de base pour les futures planifications.

2.1.1.3. Supervision / contrôle

Les activités de supervision sont réalisées par l'équipe cadre du district avec parfois l'appui de personnes ressources en fonction du domaine et de la thématique concernée. En effet, toutes les formations sanitaires bénéficient selon les périodicités arrêtées de supervision afin de s'assurer de la mise en œuvre effective des activités sur le terrain et contribuer ainsi à la formation continue des agents. Par ailleurs, Les activités de contrôle sont réalisées par l'équipe cadre du district. En effet, toutes les formations sanitaires bénéficient semestriellement de contrôle de gestion matières et finances. Ces contrôles permettent de s'assurer du respect des principes de gestion financière et de la viabilité des FS.

2.1.1.4. Formation

La formation continue des agents de santé sur le terrain est assurée par l'ECD. Pour ce faire, l'ECD bénéficie également de l'appui de la DRS ainsi que d'autres partenaires. Les besoins en formation sont préalablement identifiés soit au regard des insuffisances constatées sur le terrain ou en fonction de nouvelles directives, des activités sont planifiées et réalisées au profit des agents des FS afin d'améliorer l'offre de services aux usagers. Il faut souligner que certaines formations sont réalisées avec l'appui des COGES des CSPS/CM du fait de l'insuffisance de ressources financières.

2.1.1.5. Gestion du système d'information

L'information sanitaire étant la pierre angulaire de tout système de santé, l'ECD à travers le bureau CISSE en assure la gestion. La saisie des données est faite sur ENDOS-BF. Cette saisie est de nos jours décentralisée au niveau des FS publiques (CSPS/CM) du district. En effet, toutes les informations sanitaires du district sont centralisées au bureau CISSE. Ces informations recueillies sont par la suite compilées et analysées pour la prise de décision. Il s'agit essentiellement des rapports d'activités, du TLOH et des enquêtes périodiques. Le district produit un bulletin hebdomadaire de retro-information mis à la disposition des différents acteurs. La collecte des données est assurée par les différents responsables des FS en collaboration avec les autres

agents. Ces agents ont bénéficié de sessions de formation sur les nouveaux outils du SNIS et le guide SIMR en 2022.

2.1.1.6. Organisation de la participation communautaire et mobilisation sociale

Depuis la mise en place de l'initiative de Bamako, la gestion des formations sanitaires est dévolue aux communautés à travers leurs représentants élus en leur sein. Il s'agit notamment du Comité de Gestion (COGES). Il faut noter que les dix-huit (18) CSPS du district disposent d'un COGES fonctionnel. Le district dispose également de 40 ASBC recrutés au sein de la communauté dans les 20 villages administrativement reconnus et qui appuient les FS dans la mise en œuvre des activités communautaires de santé. Ces ASBC interviennent notamment dans la prise en charge du paludisme, la malnutrition aigüe la toux, la diarrhée, les maladies non transmissibles en lien avec la mise en œuvre de la stratégie WHOPEN et biens d'autres domaines dans le cadre de la délégation des tâches.

Par ailleurs, une cartographie des tradipraticiens de santé (TPS) est faite au niveau du district.

Enfin, le district bénéficie de l'appui des organisations à base communautaires (OBC) dans la mise en œuvre de certaines activités au niveau communautaire ainsi que certaines ONG comme ABBEF et MSI notamment dans le domaine de la santé de la reproduction.

2.1.2. Organisation de l'approvisionnement du district en médicaments, consommables et vaccins.

La CAMEG reste le principal fournisseur où le district s'approvisionne périodiquement en MEG et consommables. Les FS à leur tour s'approvisionnent au DRD chaque mois. Par moment, le district pourrait avec l'accord du niveau supérieur se tourner vers d'autres fournisseurs pour acquérir certains médicaments ou consommables indispensables au bon fonctionnement des services quand la CAMEG n'en dispose pas.

Pour ce qui est de l'approvisionnement en vaccin, il est effectué tous les deux mois au niveau du dépôt PEV régional et les FS s'approvisionnent au niveau de celui du district. Pour la conservation des vaccins, l'énergie solaire et le gaz butane sont utilisés pour le fonctionnement des réfrigérateurs dans les CSPS.

2.1.2.1. Mobilisation et gestion des ressources (financières, matérielles et humaines)

L'accessibilité financière des populations aux soins est une condition primordiale pour améliorer l'utilisation des services. Par ailleurs, le fonctionnement harmonieux des districts nécessite un financement conséquent de leur plan d'action. La mobilisation des ressources se fait chaque année lors des sessions de financement des plans d'action annuels. Les financements du district sont assurés par le budget de l'État, les fonds propres et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) intervenant dans divers domaines. Dans le souci d'assurer une bonne gestion financière dans les FS, des contrôles de gestion sont effectués chaque semestre dans l'ensemble des FS. Des mutuelles de santé existent dans certaines formations sanitaires. Ce sont entre autres la mutuelle « kènèya-sira » et l'union régionale des mutuelles de santé des Hauts Bassins qui travaillent sous la coordination du Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS). La prise en charge des indigents est assurée au niveau des FS. Le Système de partage des coûts reste peu développé dans le district de même que les systèmes alternatifs de paiement des soins.

Le district bénéficie de l'appui des collectivités territoriales en matériel médicotechnique et consommables mais cela ne couvre pas les besoins réels des structures sanitaires.

Quant aux ressources humaines, des normes minimales en personnel sont définies pour chaque échelon du district afin d'assurer le service requis.

Le personnel du district sanitaire de Dafra est de cinq cent soixante-sept (567) agents en 2022. Toutes les formations sanitaires remplissent les normes en personnel.

En ce qui concerne le ratio personnel population on note pour les médecins 1/35000 habitants (normes 1/10000 hbts), les sages-femmes/ maïeuticiens, 1/4693 habitants, les infirmiers 1/3900 habitants.

2.1.2.2. Collaboration intersectorielle

Pour réussir au mieux la collaboration intersectorielle, des cadres de concertation sont planifiés et tenus de façon périodique. Il s'agit essentiellement du Conseil de Santé du District (CSD), le Comité Provincial de Gestion des Epidémies (CPGE) et les sessions des délégations spéciales dont certains responsables sanitaires sont membres.

2.1.2.3. Recherche-action

Le district de Dafra dispose de ressources humaines qualifiées pour mener à bien les activités de recherche action. En effet, une recherche action a été réalisée notamment en 2022 portant sur la satisfaction des bénéficiaires de soins au CMA. Cette activité

n'est cependant pas menée chaque année du fait de la rareté des financements dans ce domaine.

2.1.2.4. Description de la composition de l'ECD

L'Equipe Cadre du District (ECD) est chargée de la planification opérationnelle et la mise en œuvre des programmes de santé définis par le ministère de la santé. Elle est composée de 09 membres conformément à l'arrêté N° 2014-146 MS/CAB portant attribution, composition et fonctionnement des équipes cadre de district. Il s'agit de :

- ✓ le médecin chef du district sanitaire ;
- ✓ le responsable de l'administration et des finances ;
- ✓ le médecin chargé des activités cliniques et de la qualité des soins ;
- ✓ le responsable de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique ;
- ✓ le responsable des soins infirmiers et obstétricaux ;
- ✓ le responsable de la prévention par les vaccinations ;
- ✓ le pharmacien responsable de la pharmacie, des laboratoires, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ;
- ✓ le responsable de la planification, du suivi et de l'évaluation ;
- ✓ le responsable de la promotion de la santé.

Le tableau suivant donne l'évolution de la capacité de l'ECD au cours des 5 dernières années.

Tableau I: évolution de la capacité de l'ECD au cours des 5 dernières années

Année Intitulé	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de membres statutaires	09	09	09	09	09
Nombre de membres de l'ECD nommé	09	09	09	09	09
Membres formés en gestion de district	04	04	03	03	03
Membres formés en chirurgie essentielle	0	0	0	0	0

Aucun membre ECD n'est formé en chirurgie essentielle mais le CMA dispose de deux médecins gynécologues assurant les interventions au bloc. La faible proportion de

membres formés en gestion de district est liée au fait que cette formation est réservée au personnel médical.

2.1.2.5. Activités du Conseil de Santé du District

Sous la présidence du Haut-commissaire, le district de Dafra tient chaque semestre son Conseil de Santé du District (CSD) avec l'ensemble des membres statutaires. Chaque année, le plan d'action du district est présenté au CSD pour approbation. A cet effet, les membres du CSD apportent des amendements voire des suggestions aux plans d'action. Cadre par excellence de collaboration intersectorielle, le CSD appuie le district dans la mobilisation sociale, la participation communautaire et la mise en œuvre des différents programmes de santé publique avec la prise de notes administratives, la participation aux cadres de plaidoyer. Les collectivités territoriales appuient le district dans la mise en place des instances d'appui aux FS notamment les COGES, la gestion du personnel communautaire des CSPS. Les cas de conflits et autres manquements constatés en particulier dans la gestion financière des FS sont gérés par les collectivités avec l'appui technique de l'ECD.

2.1.2.6. Autres cadres de concertation

D'autres cadres de concertations sont tenus de façon périodique à savoir la rencontre semestrielle ECD-ICP-COGES, la rencontre trimestrielle ECD-ICP-SUS/SUT au niveau du district. Chaque FS tient une AG semestrielle. Ces cadres de concertation bien qu'irrégulièrement tenus sont indispensables dans l'amélioration de la gestion des FS. En effet, ce sont des occasions de partage des acquis, des insuffisances et difficultés constatées dans le fonctionnement et la gestion des FS afin de trouver des solutions idoines.

2.2. Organisation des services par niveau

2.2.1. Premier échelon (CSPS/CM)

Le premier échelon est composé des CSPS et des CM. Le district dispose en 2023 de 15 CSPS tous fonctionnels, 03 CM et 42 FS privées de soins relevant de son aire de responsabilité. Un CSPS est en attente d'ouverture notamment celui de Noumousso construit en 2018 par manque d'équipements et un besoin de réfection des locaux. Toutes les FS périphériques du district disposent d'un COGES fonctionnel. Le rayon moyen d'action théorique est de 4,77 km et toutes les FS remplissent les normes en personnel. Ces FS assurent le premier contact avec les patients à travers les activités

promotionnelles, préventives et curatives. Les agents de santé des FS sont accompagnés dans la mise œuvre de leurs activités par les ASBC. Ces derniers sont supervisés dans l'exécution de leurs tâches par les agents de santé.

La mise en œuvre effective depuis le 02 avril 2016 de la gratuité des soins au niveau des FS et 2019 au niveau communautaire a contribué au rehaussement des indicateurs de performance notamment le taux d'utilisation des services de santé, la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, avec les retards et le non remboursement total de la gratuité, les FS sont dans l'incapacité d'effectuer convenablement les approvisionnements mensuels en MEG d'où les ruptures fréquentes en molécules essentiels au niveau des DMEG. Au niveau CSPS/CM, les instances de concertations sont essentiellement les réunions techniques mensuelles du personnel, les réunions mensuelles du COGES, les staffs quotidiens, les restitutions de monitoring et la tenue des AG semestrielles. Pour un fonctionnement des unités, des descriptions de poste des agents sont élaborées et affichées chaque année et un programme de travail est établi.

En ce qui concerne l'information sanitaire, toutes les FS publics transmettent des rapports périodiques (hebdomadaire pour les TLOH et mensuel pour le RMA). Les FS privées ne transmettent pas régulièrement les rapports périodiques. Le taux de transmission de rapports périodiques des FS publics était de 100% et de 65,7% pour les privés. La saisie des données sur ENDOS est décentralisée au niveau des FS publiques. Sur le plan clinique, les CSPS couvrent environ 90% des motifs de consultation selon le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et les 10% restant trouvent leurs solutions à l'échelon supérieur à travers un système de référence et de contre référence couvert par le Paquet Complémentaire d'Activité (PCA). Pour ce faire, les outils sont mis en place à chaque niveau de soins afin de faciliter la communication.

La transformation des CSPS en CM vient renforcer le plateau technique des FS du premier échelon et pourrait réduire les sollicitations médicales au niveau du CMA pour. En matière de gestion financière, un plan d'action est élaboré et mis en œuvre chaque année dans les FS avec l'appui de l'ECD conformément aux directives de planification. Des prix harmonisés (tarification des actes) sont fixés de concert avec les COGES pour le recouvrement des couts.

2.2.2. Deuxième échelon

Le CMA de Dafra ouvert depuis Mai 2006 assure la mise en œuvre du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Il prend en charge les malades venant des FS

périphériques et hors district et est constitué d'unités techniques et d'offres de soins. Les différents services du CMA sont entre autres :

- L'unité des **Admissions** qui assure la prise en charge des urgences et le tri des patients en fonction de la pathologie.
- L'unité de **Médecine hospitalisations** composée des sous-unités Hospitalisation médecine, Centre de Dépistage et de Traitement de la tuberculose (CDT), CREN (Centre de Récupération Nutritionnelle) et la Pédiatrie
- L'unité de **Maternité** ;
- L'unité de Chirurgie comprenant le bloc opératoire et l'hospitalisation de chirurgie (Post opéré) ;
- Les unités de spécialités notamment Ophtalmologie, Odontostomatologie, ORL
- le Laboratoire,
- la Pharmacie,
- l'IME,
- le Garage (Parc automobile),
- la Morgue,
- la Cuisine et la Buanderie.
- Les services techniques et d'appui composés de la gestion, le SISSE, le Secrétariat, la Coordination des Soins Infirmiers et Obstétricaux (CSIO). Chaque unité est sous la responsabilité d'un surveillant d'unité de soins/technique et sous la coordination du Coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux et du médecin responsable des activités cliniques et de la qualité des soins.

Les patients reçus au CMA sont soit référés ou évacués soit auto-orientés. Ce dernier mode d'admission représente environ 80% des patients reçus aux services des admissions augmentant ainsi la charge travail et retardant la prise en charge des urgences. A cet effet, la stratégie TETU est mise en œuvre pour une bonne prise en charge des cas. Le CMA reçoit donc les malades venant des FS mais aussi d'autres district notamment Lena et Karangasso-Vigué qui ne disposent pas de CMA. Des contre-références sont rédigées et transmises au FS afin d'assurer la continuité des soins et la formation continue des agents sur le terrain.

Le taux d'occupation des lits est passé de 21,48% en 2021 à 54,25% en 2022 avec une capacité d'accueil de 50 lits en hospitalisations qui reste faible. Le bloc opératoire du CMA est fonctionnelle avec une moyenne de 81 Interventions par mois et peut

compter sur la présence de deux Médecins Gynécologues pour rehausser le plateau technique. Cependant, certains appareils sont vétustes et cela entrave la bonne exécution des activités.

Le CMA dispose également d'un service d'imagerie notamment l'échographie qui contribue à l'amélioration de la prise en charge des cas.

Les DMEG du CMA s'approvisionnent mensuellement en médicament au niveau du DRD. Un système informatisé de gestion des MEG et finances est mis en place afin de faciliter le suivi et les contrôles périodiques. L'avènement de la gratuité des soins a contribué à la hausse de la fréquentation des services et à l'amélioration des indicateurs du deuxième échelon.

La gestion de l'information sanitaire est dévolue au responsable CISSE du CMA qui est chargé de la compilation, de l'analyse et la diffusion de l'information sanitaire sous la coordination du CISSE du district.

Pour ce qui concerne la gestion des plaintes, des boites à suggestions sont installées dans les unités de soins du CMA.

2.3. Partenaires intervenant dans le district

Les parties prenantes au niveau du district sanitaire de Dafra sont les principaux partenaires techniques et financiers intervenant dans le district que sont : Fonds Mondial/VIH, Fonds Mondial/RSS, Fonds Mondial/Palu, Fonds Mondial/TB, SP/CNLS, UNFPA, HKI, Malaria Consortium, GAVI/RSS, Pathfinder, TCI, TDH et MSF, MAÏA ; les collectivités territoriales, les OBC, les ASBC. Certaines ONG notamment MSI, ABBEF appuient également le district dans la mise en oeuvre des activités de SR Le tableau suivant résume les partenaires du district selon les domaines d'intervention.

Tableau II: répartition des partenaires du district selon le domaine d'intervention

Partenaires	Domaines d'importance	Observations
OBC	IEC/CCC, Paludisme, tuberculose, VIH, Planification familiale	
UNICEF	Nutrition, santé maternelle et infantile, communication	
OMS	Vaccination et surveillance épidémiologique	
HKI	MTN, SSRAJ, nutrition	
TDH	PCIME	

UNFPA	SR/PF, VBG, SONU	
MALARIA CONSORTIUM	Lutte contre le paludisme (campagne CPS)	
GAVI/RSS	PEV	
FM	VIH, paludisme, tuberculose	
MSF	Santé de la mère et de l'enfant, réhabilitation des locaux, PCI, prise en charge des urgences, recherché en santé	
ONG (MSI, ABBEF, PATHFINDER)	SR/PF, SSRAJ, appui en matériel médico-technique et équipements	
COLLECTIVITES TERRITORIALES	Appui en matériel de travail, Gestion des FS	

2.4. Profil épidémiologique

2.4.1. Organisation de la surveillance épidémiologique du district sanitaire

L'une des principales stratégies de lutte contre la maladie est la surveillance. L'organisation de la surveillance est basée sur la notification, la collecte, la compilation et l'analyse des maladies transmissibles et non transmissibles en s'inspirant du guide de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR). Au district sanitaire de DAFRA, la surveillance se fait dans le respect des directives nationales. Ainsi, les formations sanitaires notifient de façon périodique (immédiate, hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle) soixante et un (61) maladies prioritaires décrites dans le guide SIMR version 2021. Chaque Lundi les formations transmettent le Télégramme lettre officielle hebdomadaire (TLOH) au bureau du CISSE avec 10 heures comme délai de transmission. Mensuellement et trimestrielle cette notification se fait via les rapports d'activités de chaque formation sanitaire. Ces données collectées sont saisies et analysées dans des bases développées à cet effet au bureau du CISSE. Certains cas de maladies sous surveillance notifié font l'objet de prélèvement d'échantillons. Ces prélèvements sont acheminés au laboratoire du CMA de DAFRA qui en font une analyse préliminaire avant d'envoyer aux laboratoires de référence via la POSTE BURKINA. Par ailleurs, le processus de digitalisation a conduit à une décentralisation des saisies de certaines données. C'est ainsi les CSPS/CM publiques ont commencé la saisie des données du RMA et de la gratuité des soins dès Janvier 2023.

2.4.2. Situation épidémiologique de 2017 à 2021

La situation épidémiologique de ces 5 années est marquée par des cas sporadiques de maladies sous surveillance. C'est seulement la COVID-19 qui a connu une épidémie dans le district en 2021 avec un total de 254 cas confirmés notifiés. La létalité de manière générale est faible voire nulle pour un grand nombre de maladies. Les différents cas notifiés par maladie et par année sont matérialisés dans le tableau ci-dessous.

Maladies/Évènements sanitaires		Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Méningite Bactérienne	Cas	30	21	15	12	13
	Décès	5	1	0	1	0
Rougeole	Cas	1	67	15	18	4
	Décès	0	0	0	0	0
Diarrhée sanguinolente	Cas	6	1	0	0	1
	Décès	0	0	0	0	0
Ictère fébrile	Cas	34	40	2	11	16
	Décès	0	0	0	0	0
Tétanos néonatal	Cas	0	0	0	1	0
	Décès	0	0	0	0	0
Paralyse flasques aigües	Cas	3	6	2	6	10
	Décès	0	0	0	0	0
Infections respiratoires aigües sévères	Cas	27	40	32	32	12
	Décès	1	0	1	1	0
Dengue	Cas	96	0	29	1	1
	Décès	0	0	0	0	0
COVID-19	Cas	0	0	0	0	254
	Décès	0	0	0	0	0
Syndrome grippal	Cas	10	0	0	0	58
Décès maternel	Cas	5	6	2	4	6
Décès périnatal	Cas	7	3	0	3	10

Source : Bureau CISSE/TLOH

Le district n'a pas connu une épidémie durant ces 5 dernières années en dehors de la COVID-19.

2.4.3. Résumé des dix principales pathologies courantes

Tableau III: Dix (10) maladies les plus rencontrées lors de la consultation en 2022_DS DAFRA

Rang	Maladies courantes	Valeurs	Proportion
1 ^{ER}	Cas de paludisme	163 533	31,19
2 ^{ème}	Pneumonie HD	56 305	10,74
3 ^{ème}	Rhinopharyngites HD	28 171	5,37
4 ^{ème}	Broncho-pneumonies HD	14 634	2,79
5 ^{ème}	Parasitoses intestinales HD	14 070	2,68
6 ^{ème}	Diarrhées HD	14 050	2,68
7 ^{ème}	Plaies HD	13 082	2,49
8 ^{ème}	Affection de la peau HD	12 466	2,38
9 ^{ème}	Conjonctivites HD	10 671	2,03
10 ^{ème}	Ulcère de l'estomac HD	10 267	1,96
Total des maladies enregistrées		524 394	100

Source : Bureau CISSE_Endos.bf

Le paludisme occupe 31,19 % des consultations suivi des pneumonies qui représente 10,74. On peut aussi noter que les six premiers sont des maladies transmissibles.

2.5. Situation des ressources

☐ Ressources humaines

Le tableau suivant donne la situation des ratios populations/ressources humaines au cours des 5 années précédentes

Tableau IV: évolution des ratios population/ressources humaines dans le DS au cours des 5 dernières années

Emploi	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio
Population totale	348032		359 199		370614		382 270		457 561	
Médecins	8	1/43504	7	1/49718	7	1/49718	7	1/49718	10	1/49718
Pharmaciens	2	1/174016	2	1/174016	2	1/174016	2	1/174016	2	1/174016
TBM									10	1/34803
TEGS	2		2		2		2		2	
Infirmiers (Ingénieurs, Attachés, IDE, IB)										
SFE/ME										
AA/AB										
AIS/ASC										

III. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU DISTRICT

3.1. Profil sanitaire

3.1.1. Infrastructures sanitaires publiques et privées

Tableau V: Formations sanitaires publiques et privées par localité et leur accessibilité géographique en 2021

Commune	Structures sanitaires	Nombre	Population totale	Population à moins de 5 km		Population entre 5 et 10 km		Population à plus de 10 km	
				Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
PUBLIQUES									
Commune de Bobo	CMA	1	457 561	431617	88,43	12771	2,62	13172	2,70
	CM	1	0	0	0	0	0	0	0
	CSPS	17	457 561	431617	88,43	12771	2,62	13172	2,70
	Dispensaire isolé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Maternité isolée	0	0	0	0	0	0	0	0
	infirmeries	9	0	0	0	0	0	0	0
	Postes de Santé communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	28	457 561	431617	88,43	12771	2,62	13172	2,70

Tableau VI: Liste des formations sanitaires privées du District en 2021

Communes	Structures Sanitaires	Dénomination
Bobo-Dioulasso	CSPS/CM	CSPS ABBEF CENTRE JEUNES DAFRA
		CSPS SAINT BERNARD
		CM ALLIANCE MIS. INTER. LENID
		CENTRE MEDICAL ESPOIR & VIE
		CM ALLIANCE MIS. INTER. LENID
		CM CAES DU SECTEUR 06
		CM CROIX ROUGE

		CM NABONSWENDE
		CM SAINT JOSEPH
		DISPENSARE DR OULLIE SOUMAILA
		DISPENSARE SOS ENFANT VILLAGE
	Cabinet de soins médicaux	CABINET DENTAIRE ATM
		CABINET MEDICAL LEILA
	Cabinet de soins infirmiers	CSI ALLAH BARIKA
		CSI BASS YAM
		CSI CAES DU SECTEUR 24
		CSI FAH SITALA
		CSI HEREMUGUSSO
		CSI KOMPAYBA
		CSI MYVENE
		CSI PROVIDENCE
		CSI SAINT RAPHAEL
		CSI SAINTE CELINE
		CSI SAINTE NADEGE
		CSI SANS FRONTIERE
	Clinique	CSI WEND NA KON LAFI
		CLINIQUE AURIANA
CLINIQUE EL SHADAI		
CLINIQUE MARIE STOPPE INTERNATIONALE		
CLINIQUE NOTRE DAME DE SYA		
CLINIQUE MEDICALE SYTAMAXAN YEZOURE POLYCLINIQUE ESPACE MEDICAL		
	CLINIQUE ABBEF (BOBO)	
	CLINIQUE ACCEDES	
	CLINIQUE MARIE YVONNE	
	CLINIQUE SAINT LEOPOLD	
	CLINIQUE UNIVERSELLE DU HOUET	
INFIRMERIE	INFIRMERIE COMPLEXE SCOLAIRE ROCKSEED	
	INFIRMERIE DU LYCEE LPLIC	

- En 2021, le rayon moyen d'action théorique (RMAT) du district sur la base des CM et CSPS publiques est de 4,77 d'une part et de 2,73 y compris le privé d'autre part.
- Le district sanitaire compte en fin 2021, 28 formations sanitaires publiques (1 CMA, 1 CM, 17 CSPS, 9 infirmeries), 38 formations sanitaires privées conventionnelles et non conventionnelles.

Tableau VII: Ecole de formations professionnelles en santé en 2021

Écoles	Capacité d'accueil	Filières de formation	Effectifs par filière
École Privée de Santé Sainte Julie (EPSSJ)	500	IDE	12
		SFE	17
		ASC	26
		THH	09
École Privée en Sciences de la Santé (ESSA)	500	IDE	14
		SFE	18
		ASC	14
		THH	10

Tableau VIII: état des infrastructures publiques du district

Type d'infrastructures	Etat			Total	Observations
	Bon	Passable	Mauvais		
1^{er} échelon					
Dispensaire	10	6	2	18	
Maternité	8	9	1	18	
Logements	6	13	8	27	
Dépôts	17	9	4	30	
Forages	6	2	3	11	
Bloc latrines	18	19	3	40	
Incinérateur	4	4	9	17	
Cuisine	2	2	0	4	
Magasin	1	1	3	5	

Salle d'hospitalisation	11	10	0	21	
2eme échelon					
Hospitalisation		2		2	
Bloc opératoire	1			1	
Cuisine		1		1	
Morgue			1	1	
Logement	0			0	
Siège ECD		1		1	
DRD		1		1	
Dépôt MEG	2			2	
Maintenance	0	0	0	0	
Ophtalmologie	1			1	
Laboratoire		1		1	
Triage	1			1	
Psychiatrie				0	
Radiologie				0	
UPCI		1		1	
Pédiatrie				0	
Maternité		1		1	
Buanderie	1			1	
Consultation médecin	1			1	
Bloc latrines	4		1	5	

3.1.2. Matériels et équipements

Il s'agit là du matériel medicotechnique, du mobilier, du matériel de bureautique, informatique, de la chaîne de froid et du matériel roulant.

Matériel de la chaîne de froid

Le bureau PEV du district et les formations sanitaires connaissent une faible capacité de stockage du Dépôt PEV surtout liée à la multiplicité des vaccins (vaccins PEV de

routine et Vaccins contre la covid-19. Aussi, les glacières inadaptées (capacité) au regard de la quantité de vaccins à commander.

Trois (3) CSPS/CM sur 18 ne possèdent pas de Frigo solaires à savoir le Secteur 24, le Secteur 25 et Koro.

Tableau en annexe.

Matériel médicotechnique

La situation du matériel médicotechnique est jointe en annexe.

Situation du matériel roulant

Le district possède 3 véhicules de supervisions, 4 ambulances toutes en état passable et 28 motos dont 13 en mauvais état. Cette situation est détaillée en annexe.

3.1.3. Ressources humaines

Cette situation est aussi détaillée en annexe.

3.2. Bilan physique et financier de la mise en œuvre des activités

3.2.1. Bilan physique du PDSD antérieur

Tableau IX: Etat de mise en œuvre des activités de 2017 à 2021 de l'ensemble des structures du DS par OS

Structures	Nombre d'activités														
	2017			2018			2019			2020			2021		
	Activités Prévu es	Activités réalis ées	Taux de réalis ation	Activités Prévu es	Activités réalis ées	Taux de réalis ation	Activités Prévu es	Activités réalis ées	Taux de réalis ation	Activités prévu es	Activités réalis ées	Taux de réalis ation	Activités prévu es	Activités réalis ées	Taux de réalis ation
OS1	10	10	100	04	02	50	3	2	66,66	4	3	75	12	10	83
OS2	16	14	87,5	21	18	86	28	20	72	38	30	78,74	23	20	100
OS3	7	7	100	5	5	100	0	0	0	0	0	0	5	5	100
OS4	27	23	85	12	12	100	13	13	100	70	58	82	33	31	93,93
OS5	13	13	100	22	22	100	25	25	100	25	25	100	24	24	100
OS6	4	4	100	7	6	86	7	6	71,42	6	5	83,33	8	6	75
OS7	0	0	0												
OS8	4	3	75	6	3	50	5	3	60	16	14	88	2	2	100
Total	81	74	91	77	68	88,31	81	68	83,95	111	97	88	107	98	92

Au regard du tableau ci-dessus, on note une bonne exécution des activités dans l'ensemble. Cependant on note un faible taux d'exécution des activités en 2019 et 2020 dû entre autres à l'insuffisance de financement de certaines activités, les mouvements sociaux, la pandémie covid 19.

3.2.2. Bilan financier

Tableau X: Bilan financier au cours de 5 dernières années par structure

Structures	Montant bilan financier															Observation
	2017			2018			2019			2020			2021			
	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	
CM/CSPS	400482174	350220192	87%	427496137	329947054	77%	399240709	314338458	78%	402196009	364198412	90%	498136116	384762423	77%	
CMA	168090040	165296918	98%	103553934	82797338	80%	112024753	79969797	71%	172370161	143668904	83%	213762366	144813742	68%	
ECD/DS	42816245	18280769	43%	58254254	28799227	49%	58395363	28057991	48%	49376757	40363143	82%	48628965	50434985	104%	
Total	210906285	183577687	87%	161808188	111596565	68%	1704201161	108027788	60%	221746918	184032047	82%	262391331	195248727	74%	

Tableau : Bilan financier des DMEG et du DRD

Tableau XI: Bilan financier au cours de 5 dernières années par OS

Structures	Montant bilan financier														
	2017			2018			2019			2020			2021		
	Alloué	Dépen sé	Tau x d'ab s	alloué	Dépen sé	Tau x d'a bs	alloué	Dépen sé	Ta ux d'a b	Alloué	Dépen sé	TA	alloué	Dépen sé	TA
OS1	961000 0	677619 7	70.5 1	735000	735000	100	560000	560000	100	482480 0	306900 0	63.6 0	774350 0	667150 0	86. 15
OS2	230050 10	185377 00	80.5 8	129757 800	127057 640	97. 92	173992 280	173208 108	99. 55	884072 60	851578 70	96.3 2	719548 031	717964 831	99. 77
OS3	320718 49	351034 99	102. 58	0	0	0	0	0	0	528216 00	666920 40	126. 25	555811 71	555811 71	100
OS4	728320 85	685815 65	68.8 2	141102 40	128418 40	91. 01	123470 21	874996 0	70. 87	205069 65	154641 55	75.4 0	106660 00	106660 00	100
OS5	572664 259	523270 616	91.3 7	612465 709	580073 062	94. 71	451365 497	414983 890	91. 94	696990 180	558412 746	80.1 1			
OS6	506580 0	439330 0	86.7 2	457039 7	457039 7	100	601222 4	525822 4	87. 46	441500 0	298736 3	67.6 6	827985 8	718045 8	86. 72
OS7	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
OS8	985000	240000	24.3 7	920000	920000	100	0	0	0	573904 0	383000 0	66.7 3			

Total	716234 003	656902 877	91.7 2	762559 146	726197 939	95. 23	644277 022	602760 182	93. 56	873704 845	735814 174	84.2 1	801818 560	798063 960	99, 53
--------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------

Tableau XII: Bilan financier au cours de 5 dernières années par source de financement

Source de financement	Montant bilan financier														
	2017			2018			2019			2020			2021		
	Alloué	Dépensé	Taux d'absorption	allo ué	Dépensé	T A	allo ué	Dépensé	T A	allo ué	Dépe nsé	T A	allo ué	Dépe nsé	T A
FP	584634218	532180885	91	624464934	592248781	94.84	524796599	367465500	69.74	645843060	506837519	78.47	570561260	568845260	99.70
BE	47025000	44331280	94	52605755	52391458	99.59	61005000	51779260	84.88	63511320	63504663	99.98	77255000	76404160	98.90
PADS	100000	64497	64	54757	92800	169.48	73100	73100	100	70800	57820	81.67	100000	93600	93.60
TDH							0	0	0				35279500	35279500	100
UNICEF	9182610	8128110	89				0	0	0						
FM TB	1290880	1290880	100	2978060	2978060	100	1990280	1990280	100	2884200	2486925	86.23	6222800	5815800	93.46
GAVI RSS	0	0	0	5414300	5214900	96.32	1397200	1397200	100	1115400	1115400	100	1904700	1904700	100

FM PALU	2215685	2215685	100	2387000	2387000	100	3541000	2587000	73.05	3013000	2033000	67.47	5038600	3129400	62.11
MALARIAC	37973400	37973400	100	38270600	38270600	100	39782200	39782200	100	58341520	58341520	100	78239800	78239800	100
BM	331000	331000	100	23125000	20624000	89.18	65186580	65186580	100	1500000	1500000	100	0	0	0
UNFPA	4690600	4690600	100	5464400	5304400	97.07	2091000	2091000	100	5846000	5846000	100	10666000	10666000	100
FM VIH	7217870	5302800	73	2983540	2983540	100	22029356	17848123	81.02	3927005	602330	15.34	9098000	9098000	100
OMS	375300	375300	100				149724	149724	100	0	0	0			
CNS S	950000	950000	100	1170000	1170000	100									
HKI	17138240	16738240	98	3515700	2407300	68.47				9000000	8999893	99.99			
FM RSS	2458700	1658700	67												
IBFAN	671500	671500													
PAP S II										30054600	25401350	84.25	4205000	4205000	100
Total	716255003	656902877	91.71	762559146	726197939	95.23	644277022	602760182	93.56	873704845	735814174	84.22	801978560	797081520	99.39

Tableau XIII : situation des transferts de fonds aux collectivités pour des actions sanitaires au cours des 5 dernières années

Collectivités		2017	2018	2019	2020	2021
		Commune de Bobo	34	34	35	35
	Nombre de FS	34	34	35	35	36
	Population totale des FS de la commune	742 540	766 365	790 721	815 591	946 714
	Montant des transferts	45 077 884	45 077 884	26 937 491	70 189 652	17 841 380

Tableau XIV : Evolution des dépenses par source de financement au cours des 5 dernières années

Source de financement	Fonds propres					Budget de l'Etat					Partenaires					Observations
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	
Fonctionnement	53218 0885	59224 8781	41929 5015	56482 9666	56884 5260	4433 1280	5239 1458	4977 9260	6050 4663	7340 4160	8039 0712	8155 7700	13168 5902	10747 9845	15183 2100	
Investissement	0	0	0	0	0	0	0	3000 000	3000 000	3000 000	0	0	0	0	0	
Total	53218 0885	59224 8781	41929 5015	56482 9666	56884 5260	4433 1280	5239 1458	5177 9260	6350 4663	7640 4160	8039 0712	8155 7700	13168 5902	10747 9845	15183 2100	

3.3. Indicateurs de performance

Tableau XV: Évolution des indicateurs au niveau du premier échelon du district sanitaire des cinq dernières années

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Indicateurs d'ordre général					
Population totale	348032	359 199	370614	382 270	457 561
Nombre de CSPS	16	16	16	17	18
Nombre de CM	0	0	0	0	2
Ratio population/CSPS/CM	16	16	16	17	18
Nombre de COGES existant	16	16	16	16	17
Nombre de COGES fonctionnels	16	16	16	16	17
Pourcentage de CSPS exécutant le monitoring des activités	100	100	100	100	100
Indicateurs de soins curatifs					
Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostique et de traitement (GDT)	100	100	100	100	100
Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an)	1,29	1,35	0,71	1,13	0,99
Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	3,67	3,87	1,98	3,06	2,14
Proportion des enfants de faible poids de naissance dans les formations sanitaires	9,45	9,16	9,70	10,11	11,00
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	66.1	71.8	40.9	70.6	90.8
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	0	0	0	0	0
Nombre de malades référés par les CSPS vers le CM	0	0	0	0	0
Nombre de malades référés des CSPS/CM au CMA	2940	3022	2164	2851	2940
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA	1471	1946	960	1958	1471

Nombre de contre références reçues par les CSPS	473	615	72	159	366
Nombre de rétro informations sur les évacuations reçues par les CSPS	4	4	4	4	4
Nombre de retro information sur les références reçues par les CSPS du/des CM	0	0	0	0	0
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie PCIME	4,82	7,07	9,71	23,74	66,48
Nombre de décès maternels dans les FS (*)	7.5	10.3	13.8	25.9	79.7
Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires (*)	0	2	0	0	0
Nombre de décès néo-natals dans les FS	0	12,18	0	0	0
Ratio de mortalité néo natale dans les formations sanitaires	10	6	2	17	67
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les FS(*)	1/1587	1/2738	1/8499	1/1034	1/244
Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires (*)	17	27	5	10	7
Taux des morts nés dans les formations sanitaires	1,40%	0,08%	0,71%	2,69	8,06
Pourcentage de femmes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet dans le cadre de la PTME	1,37%	1,54%	1,38%	1,63%	1,70%
Programmes décentralisés (TB, VIH)	93,26%	100%	100%	100%	100%
Indicateurs de soins préventifs					
Taux de couverture vaccinale en BCG des enfants de 0 à 11 mois	88%	88,85%	56,57%	94,70%	96,74%
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	NA	NA	NA	NA	NA
Taux de couverture vaccinale en DTC-Hib-HepB des enfants de 0 à 11 mois	111,90%	112,09%	67,63%	119,71%	107,75%

Taux de couverture vaccinale en PNEUMO	111,90%	111,08%	66,72%	118,98%	65,38%
--	---------	---------	--------	---------	--------

3					
Taux de couverture vaccinale en Rota 3	111,90%	95,66%	35,88%	104,15%	89,22%
Taux de couverture vaccinale en RR1 des enfants de 0 à 11 mois	105,50%	106,07%	65,06%	115,65%	100,36%
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	46,32%	100,21%	65,14%	115,35%	100,52%
Taux de couverture en RR 2	71,26%	80,97%	49,46%	93,84%	95,60%
Taux de couverture vaccinale en Td2 et + des femmes enceintes	92,79%	95,74%	51,19%	78,72%	89,87%
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	97,45	115,66	113,50	102,01	109,71
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des femmes en post partum	14,93	6,18	3,76	11,07	ND
Indicateurs de soins promotionnels					
Taux de couverture en SPN4 des femmes enceintes	32,69	38,41	25,12	40,83	57,31
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	23,89	20,42	8,97	17,90	19,34
Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	7991	6667	3029	5350	6988
Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des SPN	93,83	96,38	87,61	82,52	91,41
Indicateurs de Santé communautaire					
Nombre de cas de diarrhée pris en charge au niveau communautaire	0	0	0	0	0
Nombre de cas de paludisme simple traités à domicile	31	36	1	0	0

Nombre de cas d'IRA pris en charge au niveau communautaire	0	0	0	0	0
Nombre de malnutris (MAS et MAM) dépistés et référés par les ASBC/OBCE dans les FS	0	0	0	0	0
Nombre de malnutris (MAS et MAM) référés par les ASBC/OBCE et reçues par les FS	0	0	0	0	0
Nombre d'enfant de moins de 5 ans PEC selon la PCIME	0	0	0	0	0
Indicateurs financiers					
Total des recettes réalisées au niveau des CSPS/CM	570 496 808	546 302 700	484 440 577	450 747 738	324 823 107
Total des dépenses réalisées au niveau des CSPS/CM	479 093 455	435 680 200	420 858 269	417 024 804	264 004 856

Tableau XVI: Evolution des indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Indicateurs d'ordre général					
Nombre de Médecins généralistes	7	5	5	5	8
Nombre de Médecins formés en chirurgie essentielle	2	2	3	3	4
Nombre de Médecins spécialistes (Gynéco-obstétriciens, Chirurgiens, Radiologues, Pédiatres...)	1	2	2	2	2
Nombre de SFE/ME	26	26	31	36	32
Nombre d'IDE	30	30	34	24	36
Nombre d'AS en Chirurgie	18	18	19	21	21
Nombre d'AS en Anesthésie Réa	12	12	12	20	20

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'AS en pédiatrie	4	4	5	3	3
Nombre d'ASSOG	2	2	2	2	2
Nombre AS autres (Ophtalmo, stomato...)	7	7	8	7	7

Nombre de lits	48	48	48	48	65
Indicateurs de soins préventifs					
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	ND	ND	ND	ND	ND
Indicateurs de soins curatifs					
Taux d'occupation des lits	46,71	50,66	21,68	38,36	26,10
Durée moyenne de séjour	2,9	2,3	2,3	2,1	1,7
Taux de létalité hospitalière	3,24	2,01	1,88	1,59	1,92
Proportion de césariennes réalisées par rapport aux naissances vivantes attendues	14,78	14,08	14,70	13,60	17,33
Nombre de malades reçus au CMA	32130	34248	13058	30292	28258
Nombre de malades référés par les CSPS/CM reçus au CMA ou CHR (pour les DS centrés sur CHR)	2712	1464	634	1571	3541
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA/CHR (pour les DS centrés sur CHR)	1858	2361	1262	2235	2404
Nombre de malades référés par le CMA au niveau supérieur	3392	2526	1068	2713	1759
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie TETU	6,21	3,34	3,51	1,17	0,53
Pourcentage de malades référés pris en charge par les attachés de santé	50,45%	48%	32,97%	43,73%	40,69%
Taux de rupture des 45 molécules traceurs	50,45%	6,59%	3%	3,00%	1,00%
Taux de mortalité maternelle intrahospitalière (1000 NV)	8,78%	2,09	0,85	2,06	0,32
Taux de mortalité néonatale intrahospitalière (1000 NV)	1,54%	1,38%	0,01%	0,1%	0,16%
Taux de mortalité intra-hospitalière chez les moins de 5 ans (%)	0,37	0,47	0,16	0,35	0,55
Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Taux d'accouchement dystocique	65,77	69,67	65,90	72,39	55,44
Nombre d'AMIU	85	124	60	90	65
Nombre de contre référence effectuées	1825	2531	637	1449	2273
Nombre de retro-informations effectuées	4	4	4	4	4
Pourcentage de personnes justifiables de traitement ARV et qui sont sous ARV	60	70.2	80.4	100	99.6

Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechute	64,33	51,74	46,07	58,89	63,81
Taux de guérison des cas de tuberculose	80.6	83.6	85.4	86.6	84.9
Indicateurs financiers					
Total des recettes réalisées au niveau du CMA	570 496 808	546 302 700	484 440 577	450 747 738	324 823 107
Total des dépenses réalisées au niveau du CMA	479 093 455	435 680 200	420 858 269	417 024 804	264 004 856

Tableau XVII: Évolution des indicateurs au niveau de l'ECD au cours des cinq dernières années

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Indicateurs d'ordre général					
Rayon moyen d'action théorique	5,06	5,06	5,06	4,91	4,77
Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire	94%	94%	94%	94%	94%
Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 10 km d'une formation sanitaire	98%	98%	98%	98%	98%
Nombre de formations sanitaires publiques	17	17	17	18	19
Nombre de formations sanitaires privées	33	34	36	37	38
Pourcentage de formations sanitaires publiques (CSPS) remplissant les normes en personnel de santé	100%	100%	100%	100%	100%
Existence d'un organigramme fonctionnel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Existence d'une lettre de mission pour le MCD	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Existence de lettre de mission pour les membres ECD	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Existence de lettre de mission pour le	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Indicateurs					
CUS, les SUS/SUT					

Existence de lettre de mission pour les ICP/ Médecins responsables des CM	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ratio Médecin/ habitants	1/67422	1/59866	1/52945	1/54610	1/50295
Ratio Pharmacien/ habitants	1/348032	1/179599	1/191135	1/191135	1/201182
Ratio Infirmier/habitants	1/5800	1/3295	1/3295	1/2515	1/3324
Ratio Sage-Femme-ME/habitants	1/13385	1/4989	1/4989	1/3901	1/3940
Ratio AIS/habitants	1/4194	1/4328	1/4328	1/4155	1/4246
Taux d'exécution physique des activités du plan d'action	93,83%	88,31%	90,91%	87,39%	92%
Taux de complétude des rapports mensuels d'activités (RMA)	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de complétude des TLHO	100%	100%	100%	100%	100%
Taux de promptitude des TLHO	100%	100%	100%	100%	100%
Proportion de supervisions intégrées (prévues dans le PA) effectuées	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre de recherches-actions effectuées	0	0	0	0	0
Nombre de CSD tenus	2	1	1	2	2
Proportion de membres ECD ayant un acte de nomination	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre de réunions ECD tenues	39	34	18	27	24
Nombre de réunions ECD/Responsables de formations sanitaires tenues	4	2	2	4	3
Nombre de réunions ECD/ Responsables de formations sanitaires /COGES tenues	2	1	1	2	1
Indicateurs de soins curatifs					
Taux de rupture des 45 molécules traceurs du DRD	8,76%	6,59%	3%	3%	1%
Pourcentage des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 principaux MEG	0%	0%	0%	0%	0%
Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostic et de traitement (GDT)	100%	100%	100%	100%	100%
Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an)	0.64	1.3	0.71	1.1	0.98

Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	1.8	3.9	2	3	2.1
Proportion des enfants de faible poids de naissance dans les formations sanitaires	9.3	9	9.6	9.9	10.8
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	66,14	71,83	40,88	70,64	90,77

Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	0%	0%	0%	0%	0%
Nombre de malades référés par les CSPS/CM vers le CMA	2940	3022	2164	2851	2014
Nombre de contre références reçues par les CSPS/CM	473	615	72	159	366
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA	1471	1946	960	1958	0
Nombre de rétro informations sur les évacuations reçues par les CSPS/CM	4	4	4	4	4
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie PCIME	5,63	8,28	12,08	27,73	78,39
Nombre de décès maternels dans les FS (*)	7	8	1	5	3
Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires (*)	0,06	0,07	0,01	0,04	0,02
Nombre de décès néo-natals dans les FS	10	6	2	17	95
Ratio de mortalité néo natale dans les formations sanitaires	0,97	0,50	0,28	1,35	6,25

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les FS(*)	9	2	0	3	41
Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires (*)	0,39	0,50	0,28	0,32	0,98
Taux des morts nés dans les formations sanitaires	1,37	1,54	1,38	1,59	1,72
Pourcentage de femmes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet dans le cadre de la PTME	129.8	181.6	104.7	136.7	87.8
Programmes décentralisés (TB, VIH)	100%	100%	100%	100%	100%
Indicateurs de soins préventifs					
Taux de couverture vaccinale en BCG des enfants de 0 à 11 mois	88%	88,85%	56,57%	94,70%	96,74%
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	NA	NA	NA	NA	NA
Taux de couverture vaccinale en DTCHibHepB des enfants de 0 à 11 mois	111,90%	112,09%	67,63%	119,71%	107,75%
Taux de couverture vaccinale en PNEUMO 3	111,90%	111,08%	66,72%	118,98%	65,38%
Taux de couverture vaccinale en Rota 3	111,90%	95,66%	35,88%	104,15%	89,22%
Taux de couverture vaccinale en RR1 des enfants de 0 à 11 mois	105,50%	106,07%	65,06%	115,65%	100,36%
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	46,32%	100,21%	65,14%	115,35%	100,52%
Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de couverture en RR 2	71,26%	80,97%	49,46%	93,84%	95,60%

Taux de couverture vaccinale en Td2 et + des femmes enceintes	92,79%	95,74%	51,19%	78,72%	89,87%
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	97,45	115,66	113,50	102,01	109,71
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des femmes en post partum	14,93	P	3,76	11,07	ND
Indicateurs de soins promotionnels					
Taux de couverture en SPN4 des femmes enceintes	32.6	38.6	25.2	41	57.4
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	25.1	21.9	9.4	18.4	19.9
Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	8357	7018	3133	5456	7144
Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des SPN	98.6	101.9	95.2	89.2	98.7
Indicateurs financiers					
Taux de mobilisation des ressources financières	100%	91,44%	91,44%	98,00%	77,17%
Taux d'allocation des ressources financières	100%	100%	100%	97,00%	99,84%
Taux d'absorption des ressources financières	91,71%	95,23%	93,56%	84,00%	97,95%
Total des recettes réalisées au niveau du DRD	520342609	450 305 932	242 162 596	335 313 324	424 286 569
Total des dépenses réalisées au niveau du DRD	505044069	424 580 645	206 559 486	295 353 019	410 995 378
Proportion de réalisation des contrôles de gestion des CSPS/CM	100%	50%	50%	100%	50%

Proportion de réalisation des contrôles de gestion des CMA	100%	50%	50%	100%	50%
Indicateurs gratuité					
Nombre de prestations au profit de la cible gratuité	260634	289878	274956	269 872	332 713
Montant déclaré	417680583	487441007	470149450	467211670	570683250
Montant remboursé	423770896	209160867			
Taux de remboursement	101,46	42,91			

❖ Evolution des indicateurs de l'ECD au cours des cinq dernières

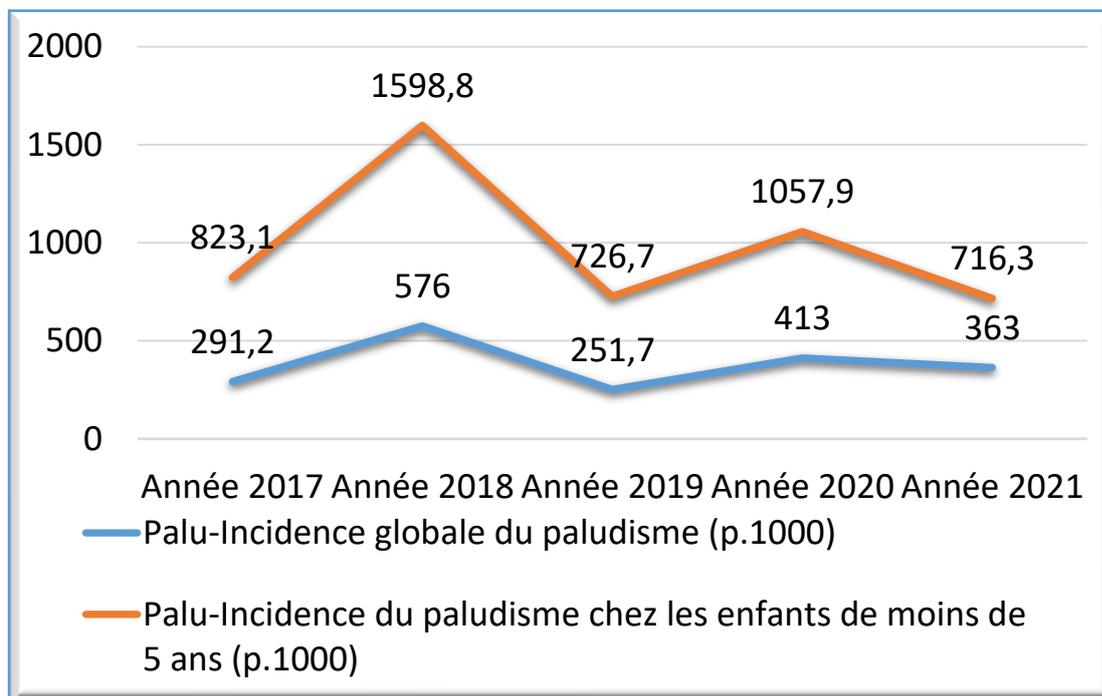


Figure 2: Evolution de l'incidence du paludisme au cours des cinq dernières années

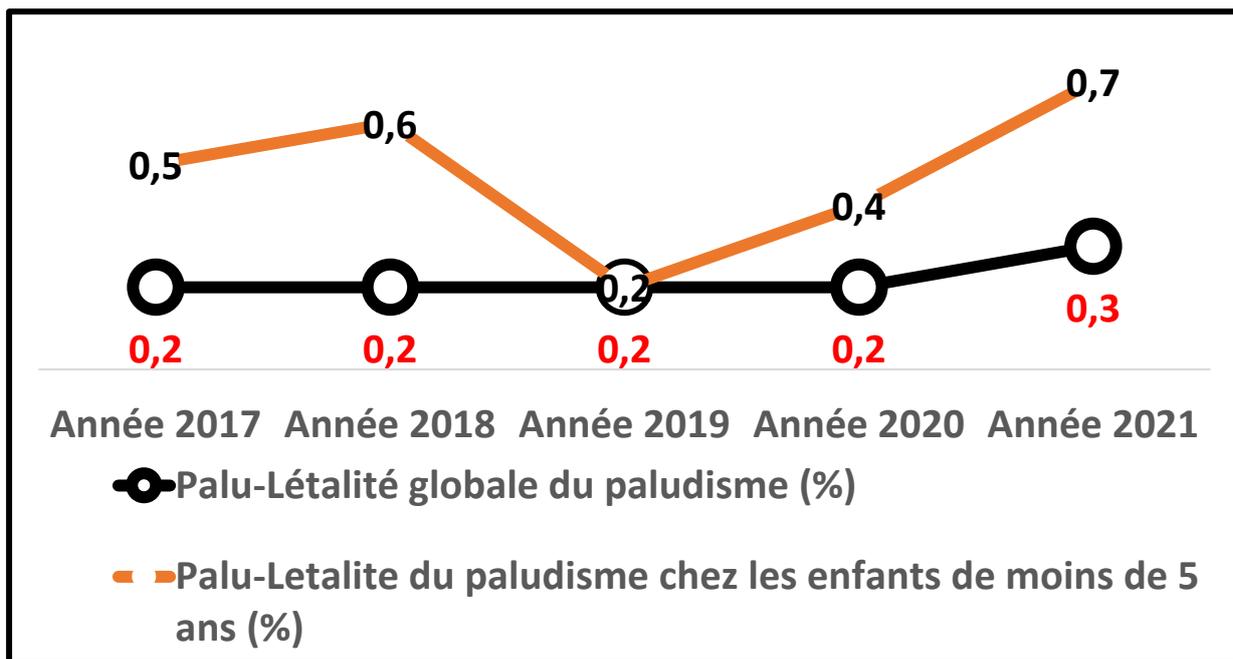


Figure 3: Evolution de la létalité du paludisme au cours des cinq dernières années

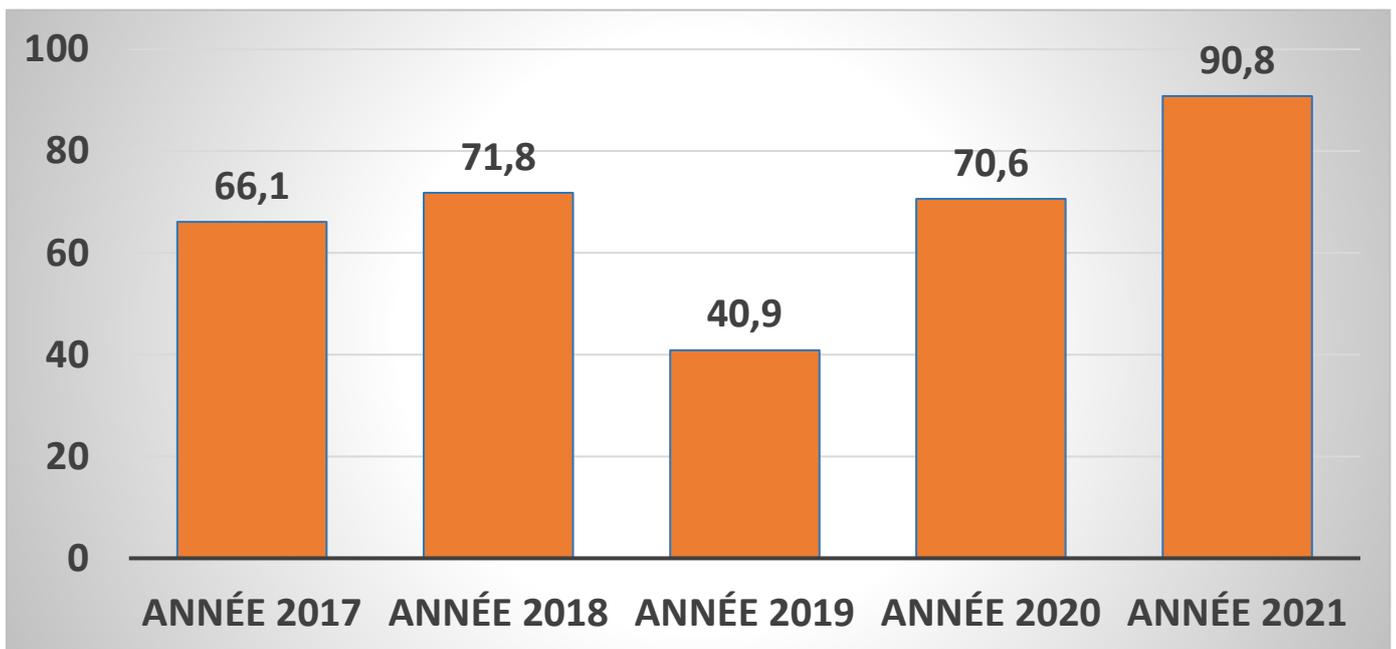


Figure 4: Evolution du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2017 à 2021

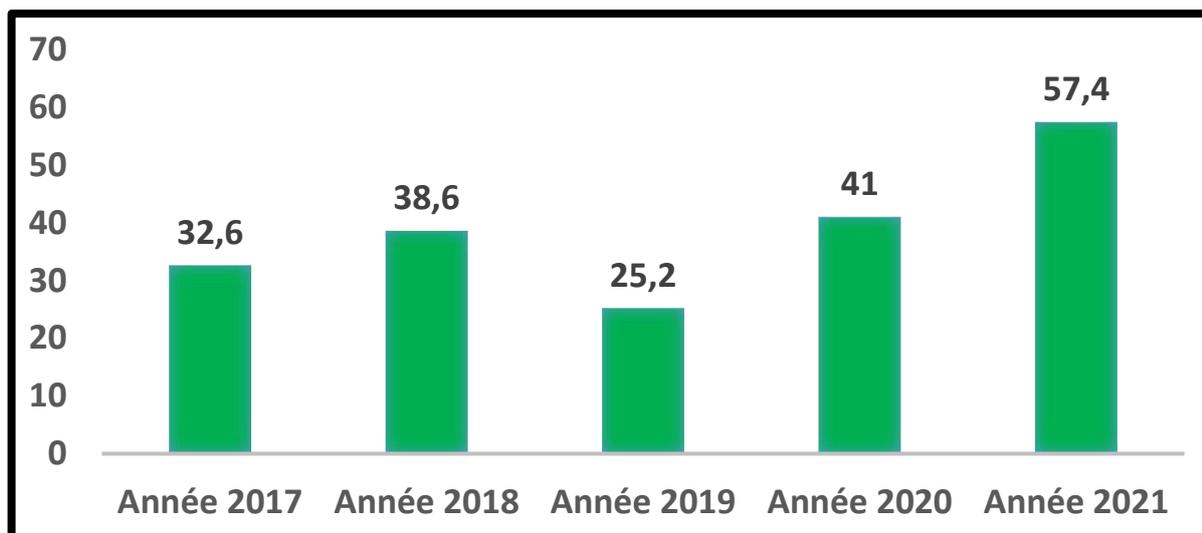


Figure 5: Evolution de la couverture en CPN4

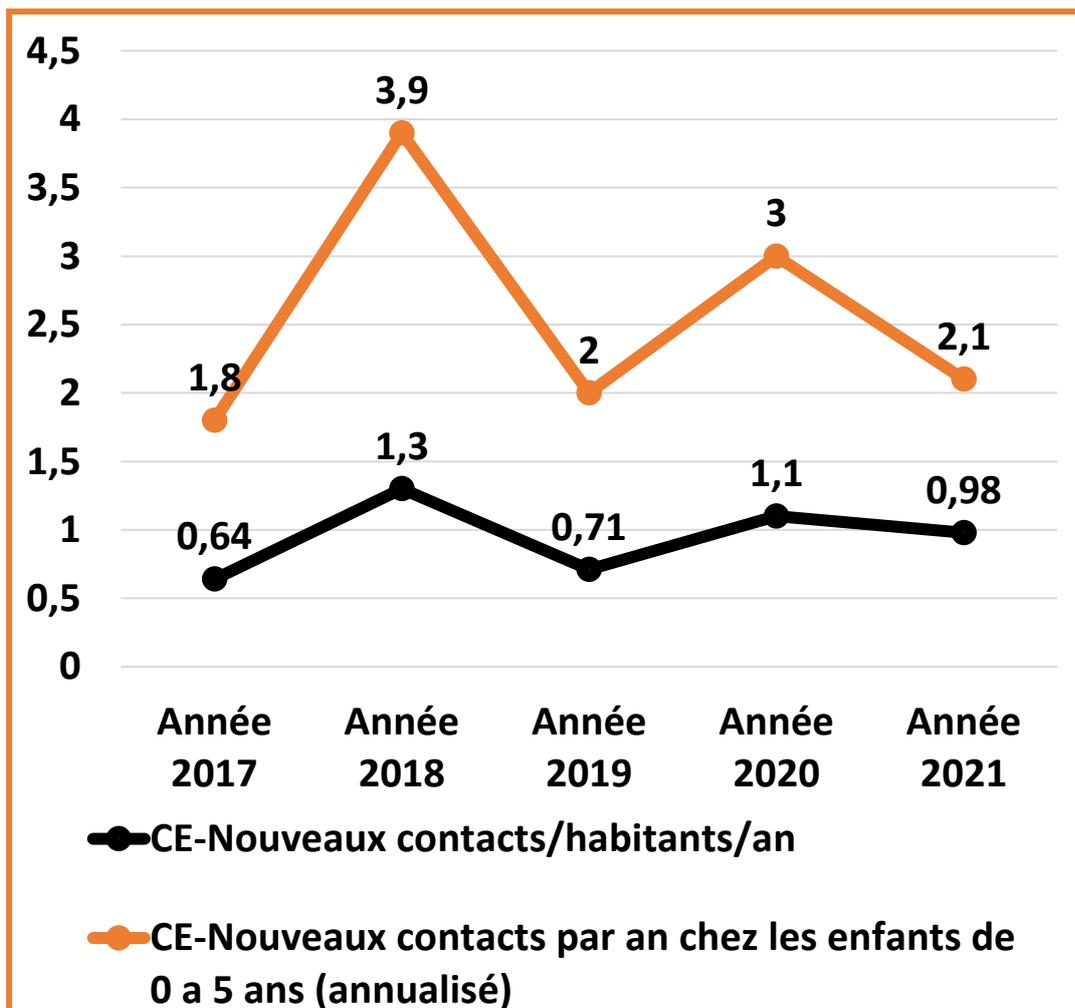


Figure 6: Evolution des nouveaux contacts par habitant et par an

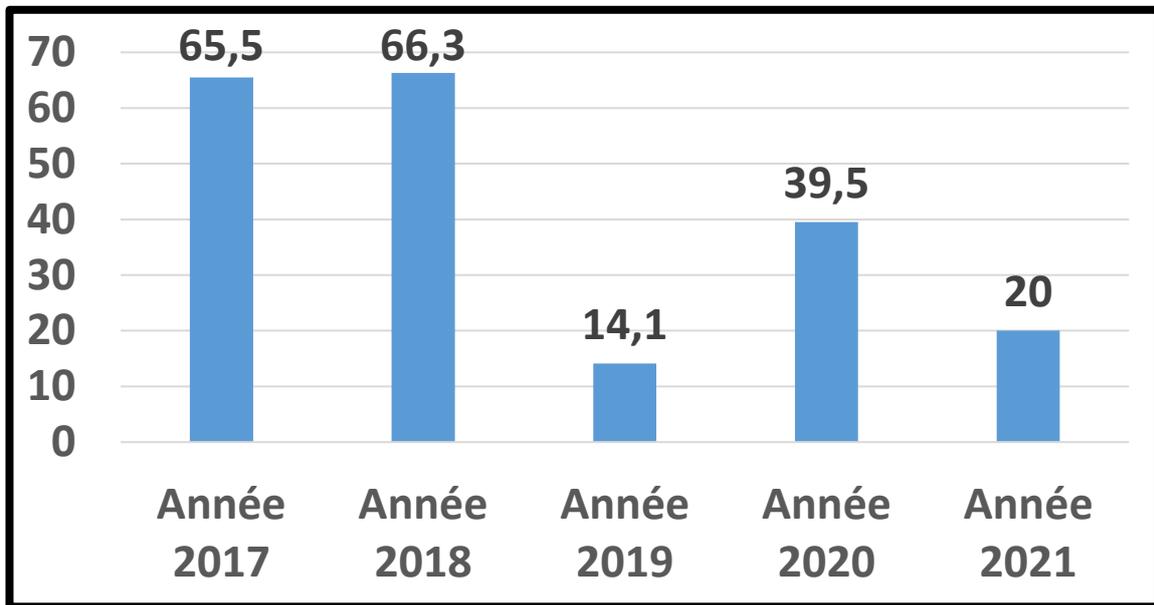


Figure 7: Evolution de la proportion de décès maternel pour 100 000 parturientes

3.4. Analyse de la situation sanitaire du district par orientation stratégique

3.4.1. Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus

d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre

□ Leadership et gouvernance

Dans le domaine de la législation sanitaire, le district dispose de l'ensemble des textes réglementaires et normatifs pour le fonctionnement d'un district sanitaire. Cependant, il y'a une méconnaissance des agents de certains textes et leur application reste insuffisante. Aussi le district ne dispose pas de manuel de procédure administrative.

Dans le cadre du renforcement de la coordination interne, des cadres de concertation, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions de développement sanitaires existent dans le district. Ce sont entre autres le Conseil de Santé de District (CSD), les rencontres ECD/ICP/SUS-SUT, les rencontres avec les ECD/ICP/COGES, les AG, les rencontres ECD, les staffs cliniques et les réunions mensuelles de service. Quant à la collaboration intersectorielle, le district collabore avec la commune de Bobo-Dioulasso à travers les différents arrondissements dans le cadre du transfert des ressources aux collectivités locales. Le district a également renforcé sa collaboration avec d'autres partenaires et intervenants dans le secteur de la santé à travers des rencontres périodiques (mutuelles de santé, structures sanitaires privés et l'invitation des OBC au CSD) mais également avec l'ensemble des services techniques et administratifs de son aire de responsabilité. Cependant, ces rencontres sont irrégulières du fait de manque de financement. Les interventions concertées entre les différents secteurs sont rares. Les activités qui doivent concourir à un meilleur état de santé restent compartimentées et les cadres de concertation avec les structures privées de soins sont très irrégulières.

Ainsi, la tenue régulière de ces différents cadres de concertation s'avère nécessaire du fait qu'elles constituent des tribunes d'échanges en vue de trouver des solutions durables aux problèmes de santé des populations du district.

□ Planification suivi-évaluation

L'ECD élabore en collaboration avec ses partenaires chaque année un plan d'action qui est adopté par le CSD. Ces plans sont mis en œuvre et font l'objet de suivi, d'évaluation à mi-parcours et en fin d'année. L'ECD appuie également les formations sanitaires dans l'élaboration de leur plan d'action chaque année.

Les ICP et l'ECD se rencontrent régulièrement une fois par trimestre pour analyser le tableau synoptique, prendre des décisions, organiser certaines activités et discuter du fonctionnement du district. Un planning mensuel des activités est élaboré pour faciliter la coordination et le suivi des activités.

Les réunions hebdomadaires de l'ECD sont tenues mais demeurent irrégulières compte tenu de l'intensité des activités. Aussi, l'ECD se réunit quotidiennement durant les campagnes de vaccination pour les briefings également lorsque le besoin se fait sentir.

On note, en outre, une insuffisance dans l'élaboration des rapports de progrès et du tableau synoptique ainsi que le suivi des recommandations issues des cadres de concertation.

☐ Equité et genre

La prise en compte du genre dans l'organisation et l'offre de soins dans les FS contribue à réduire considérablement les inégalités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé. La mise en œuvre de la gratuité des soins et de la PF, la prise en charge des indigents dans les FS et le renforcement de capacités des acteurs du district sur la gestion des violences basées sur le genre (VBG) constituent des bases de renforcement de l'équité et du genre dans le district. Le district bénéficie donc de l'appui de certains partenaires dans le renforcement des compétences des prestataires en matière de gestion des cas de VBG (UNFPA, MSF, SCI).

Cependant, Il faut noter que la prise en charge des cas connaît des difficultés notamment l'absence de spécialiste en psychologie ou en santé mentale, de service social et le faible niveau de compétences de certains prestataires dans le domaine. A cela, s'ajoute l'irrégularité des remboursements de la gratuité et le système de partage de coûts qui reste peu développé dans le district.

☐ Information sanitaire

La collecte, l'analyse et la transmission des données s'est nettement améliorée au niveau du district. Le district dispose de ressources humaines qualifiée, d'une assez bonne qualité de moyens de communications (téléphone, internet) sur toute l'aire sanitaire. La complétude et la promptitude des données des formations sanitaires publiques sont satisfaisantes (100% en 2022). Aussi, la décentralisation de la saisie des rapports mensuels est effective depuis février 2023 dans les formations sanitaires

publiques. Aussi, la digitalisation des services du DRD, des dépôts MEG et caisses du CMA et des CSPS/CM améliore la disponibilité et la fiabilité de l'information financière. La faiblesse de l'information sanitaire du district réside dans la qualité du remplissage des supports, posant le problème de la qualité des données rapportées. L'analyse des données collectées comporte également des insuffisances ; en effet, au niveau des FS se posent des problèmes de traitement des données collectées, de leur analyse et de leur utilisation. Par ailleurs, on note une insuffisance de compétences des prestataires de soins en SNIS. Au niveau du bureau CISSE du district, le local est exigu et il y a une insuffisance de matériel nécessaire à un bon archivage des documents. La faible promptitude et complétude des TLOH et rapports des formations sanitaires privées et la mauvaise qualité du remplissage des supports, la digitalisation de la saisie des données au niveau du privé et le renforcement des compétences des prestataires constituent des défis majeurs du district en matière d'information sanitaire.

□ Recherche opérationnelle

La recherche-action contribue à la prise de décision basée au niveau du district. Aussi, la ressource humaine qualifiée en la matière existe au sein du district. Du fait de l'insuffisance de financement, aucune recherche- action n'a été menée depuis quelques années. Le partenariat avec Médecins Sans Frontières qui s'intéresse au domaine pourrait constituer une opportunité.

□ Mobilisation et gestion des ressources financières

Le district dispose de mécanismes de contrôle pour une gestion efficace et efficiente des ressources à travers des contrôles semestriels, le budget prévisionnel, les contrôles internes, et l'affichage des coûts des tarifications et des médicaments. Aussi, la digitalisation des dépôts MEG et caisses du CMA et des CSPS/CM améliore le recouvrement des recettes. Cependant, on note une irrégularité dans l'élaboration du budget prévisionnel et des contrôles internes des formations sanitaires, le non-respect des taux de rétrocession interne. Il y'a également une insuffisance dans l'allocation des crédits transférés au profit des CSPS/CM et un remboursement insuffisant des factures de la gratuité des soins. Le financement des PA connaît des difficultés notamment la faible allocation des ressources de certains PTF, la non prise en compte de certaines activités du plan par les PTF lors des sessions d'adoption des PA la faible mobilisation des ressources propres et le retard dans l'allocation des fonds pour le démarrage des activités.

3.4.2. Développement des ressources humaines pour la santé

□ Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines

Le développement d'un système de santé de district nécessite des ressources humaines en quantité et en qualité suffisante ainsi que la mise en place d'outils et de stratégies de gestion rationnelle du personnel. Au District sanitaire de Dafra, un fichier existe pour le suivi des mouvements du personnel. Le District regorge d'un effectif globalement satisfaisant en RH. En 2022, le district comptait 572 agents toute catégorie confondue. Toutes les formations sanitaires remplissent les normes minimales en personnel. Le CMA dispose d'attachés de santé en chirurgie, en anesthésie, en pédiatrie, odontostomatologie, en ophtalmologie, en ORL et en gynéco-obstétrique. Il faut souligner également la présence de deux médecins gynécologues à la maternité du CMA. La gestion des ressources humaines du District est assurée par un gestionnaire des hôpitaux et des services de santé. Il assure le suivi de la carrière de l'ensemble des agents du District ainsi que la production de tous les documents administratifs relevant des RH.

Malgré ces acquis, on note une mobilité et une faible motivation du personnel. Aussi, le district ne dispose pas d'autres médecins spécialistes. Les activités de formation continue ne sont pas suffisamment mises en œuvre.

Par ailleurs, on note un déficit en personnel pour certaines catégories telles que les médecins de 1/31000, les sage-femmes/ maïeuticiens de 1/5000 et les infirmiers (1/3592) qui sont largement en deçà des normes OMS en 2021. Le personnel est inégalement réparti avec une concentration en milieu urbain et la majorité de ce personnel urbain est faiblement actif du fait de l'âge avancé et des problèmes récurrents de santé sont souffre la plupart. Avec l'avènement de la FPH le problème de carrière se pose avec acuité, et les plaintes sont de plus en plus importants. Il faut souligner aussi l'absence des procédures de suivi des activités des agents (retard, absences non justifiées), l'insuffisance des mesures de sanctions, la non mise à jour du répertoire de personnel formé, la faible adhésion du personnel à la visite médicale du personnel et l'absence de mise à jour du dossier personnel de l'agent.

C'est pourquoi, des renforcements de compétences des acteurs intervenant dans la gestion des ressources humaines au niveau DS s'avèrent indispensables ainsi que la disponibilité du réseau RESINA (Réseau Informatique National de l'Administration)

pour mieux suivre la carrière du personnel. L'application des textes et lois de la PFH pourrait également contribuer à une bonne gestion des ressources humaines.

3.4.3. Utilisation des services de santé et de nutrition de qualité sans risque financier et couverture sanitaire universelle (CSU)

□ Protection des populations contre le risque financier

Dans le cadre de l'initiative de Bamako, les ménages contribuent au financement de la santé à travers les paiements directs. Pour protéger certains groupes vulnérables contre le risque financier lié à la santé l'Etat Burkinabè a institué la gratuité des soins pour les enfants de moins de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

Cette mesure de gratuité entrée en vigueur en avril 2016 a permis d'améliorer l'accès aux services de santé de ces deux groupes vulnérables. Cette politique a ainsi contribué à réduire significativement les délais d'utilisation des services de santé. Aussi, l'exemption au paiement de ces groupes vulnérables a permis de rompre la barrière financière pour favoriser un accès équitable aux services de santé. A l'instar des autres structures de santé, depuis 2016 les FS publiques relevant du DS de Dafra mettent en œuvre cette politique de gratuité des soins. Aussi, depuis le 01 février 2023 avec l'appui de Médecins sans frontière la prise en charge des urgences médicales est gratuite au CMA pour le reste des patients non pris en compte par la gratuité de l'Etat.

Cependant, les retards dans le remboursement des coûts, le non remboursement intégral, les ruptures de médicaments, les irrégularités dans le remplissage des supports de la gratuité constituent les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette mesure de gratuité.

Au niveau du DS de Dafra, des mutuelles de santé existent avec des difficultés de collaboration entre celles-ci et les FS. Aussi, la prise en charge des indigents dans les FS est en souffrance bien que prévue par le système de soins de santé. Cela s'explique par l'insuffisance du budget alloué.

La politique nationale de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans ainsi que les femmes enceintes constitue un grand bond en avant vers la couverture sanitaire universelle.

Il est alors plus que nécessaire de travailler à rendre opérationnelle l'AMU à l'échelle nationale afin de protéger l'ensemble des burkinabés contre le risque financier lié aux

soins de santé. Aussi, la bonne tenue des outils et le remboursement intégral et à temps des couts de la gratuité pourraient améliorer la disponibilité des médicaments dans les FS afin d'assurer la continuité des soins.

☐ Infrastructures, équipements et matériel standardisés, harmonisés et la logistique

La plupart des FS relevant du DS de DAFRA respectent les normes en infrastructures excepté les CSPS de Bindougouso et Tounouma. Le CMA dispose d'importants locaux mais la majorité est vétuste et obsolète. Les locaux abritant les unités telles que l'odonto-stomatologie, l'ORL, le laboratoire et la pharmacie ne respectent pas les normes. Ainsi, chaque année des réhabilitations sont faites sur le budget de l'Etat pour le CMA et le budget communal pour les CSPS afin d'améliorer l'état des bâtiments. Aussi, en 2022 le CMA a bénéficié d'un appui du Ministère de la santé pour la réhabilitation de la maternité et du bloc opératoire. De même, Médecins sans frontières prévoit un appui en infrastructure pour le CMA dans le cadre d'une convention signée entre les deux parties.

Pour ce qui concerne les équipements, la plupart acquis depuis l'ouverture du CMA sont vétustes et nécessitent un renouvellement. Le District ne dispose pas d'agent de maintenance. Par conséquent, il fait appel à des particuliers pour assurer la maintenance curative des équipements. Il n'y a pratiquement pas de maintenance préventive.

Les CM ne répondent pas aux normes techniques du fait des infrastructures et équipements non adéquats et de l'absence de laboratoire à l'offre de services requis. Par ailleurs, le ratio CSPS/population dans le district est de 1/23634 hbts, ce qui est largement en deçà des normes établies. Pour ce faire, la construction de CSPS notamment aux Secteurs 26 ; 32 ; 31 et 33 devient une nécessité absolue afin d'améliorer la couverture géographique.

Le DS de Dafra dispose au total de 44 engins à deux roues et 07 véhicules à 4 roues dont 04 ambulances. Cette logistique roulante existante en état passable ne permet pas de mener convenablement les activités. Aussi, le coût d'entretien et de maintenance reste élevé.

☐ Produits de santé

Pour une offre de soins qui réponde aux besoins des populations, il faut des produits de santé de qualité et en quantité suffisante. Pour ce faire, au District Sanitaire, divers

mécanismes sont mis en place au regard de la diversité des produits à gérer. Pour les médicaments (y compris les contraceptifs et les vaccins), les consommables et les produits sanguins labiles (PSL), ils sont acquis et gérés selon les directives et protocoles nationaux. En effet, le dépôt répartiteur de district (DRD) s'approvisionne régulièrement en médicaments essentiels génériques (MEG) auprès de la CAMEG, et à son tour approvisionne les différentes formations sanitaires du district. Pour ce qui est de l'approvisionnement en vaccin, il est effectué tous les deux mois au niveau du dépôt PEV régional et les FS s'approvisionnent au niveau de celui du district. Il a été opérationnalisé en 2022 un dépôt de sang au laboratoire du CMA afin d'avoir à proximité les PSL. L'oxygène médical est régulièrement acquis auprès des fournisseurs et des initiatives sont également développées (utilisation de concentrateurs d'oxygène) pour assurer sa fourniture continue dans les unités de soins.

En matière d'information pharmaceutique, des initiatives sont prises afin d'être le plus efficient possible et de prévenir les situations indésirables. Il s'agit de la production et l'exploitation des rapports de gestion logistique à tous les niveaux ce qui permet d'éviter des ruptures, des surstocks voire des péremptions par endroits. Il y a aussi l'implication de tous les acteurs dans la diffusion des alertes liées à la sécurité des produits de santé (retrait de lot, notification d'effets indésirables...), la retro information permettant ainsi la prise de décision.

La gestion et l'utilisation des produits de santé obéissent à un certain nombre de règles définies au plan national. Pour s'assurer du respect de ces normes, l'ECD procède à des contrôles périodiques de gestion, à des vérifications et/ou des supervisions formatives. Cela permet de corriger les anomalies relevées et améliorer la gestion des MEG au niveau des FS.

Pour assurer la continuité et la qualité des examens de laboratoire au CMA de Dafra, des efforts sont constamment faits pour l'acquisition de matériel et de réactifs de laboratoire.

Nonobstant les efforts consentis pour assurer la disponibilité des produits de santé en qualité et en quantité ainsi que des examens de laboratoire de qualité des insuffisances perdurent et sont liées à diverses difficultés. En effet, en ce qui concerne l'approvisionnement en médicament auprès de la CAMEG, les taux de satisfaction de nos commandes étaient de 85,87% et 75,75% respectivement en 2021 et 2022. Cela

est lié à des ruptures et des tensions de stocks au niveau de la CAMEG. Aussi, la capacité et les conditions de stockage du DRD sont fortement dépassées réduisant toute possibilité de faire un stock à même d'éviter les ruptures. Pour les PSL, le niveau de satisfaction des prescriptions (besoins exprimés) demeure faible. En effet, les requêtes adressées par le dépôt de sang du CMA au CRTS sont rarement satisfaites. Malgré l'implication des différents acteurs dans la gestion de l'information pharmaceutique, des insuffisances sont constatées notamment la non mise à jour des supports de gestion ou de collecte, la non documentation d'actes (sous notification des cas d'effets indésirables, fiches de stocks, registres, rapports, ...).

En ce qui concerne les examens de laboratoire, on note parfois des ruptures en réactifs (environ 2%) et des pannes de matériel technique. A cela s'ajoute la vétusté et l'exiguïté des locaux du laboratoire, ce qui ne permet pas la réalisation de certains examens bactériologiques.

Par ailleurs, la pharmacie hospitalière n'est pas mise en œuvre au niveau du CMA.

Pour améliorer la gestion des produits de santé, les actions correctrices seraient entre autres l'amélioration des conditions de stockage et de travail par la construction et l'équipement d'un DRD adapté et un laboratoire répondant aux normes standards. Il faut renforcer également renforcer le suivi des stocks par une bonne tenue des supports de gestion.

□ L'approche qualité des services et les soins centrés sur la personne et la sécurité des patients est intégrée dans la prestation de services

En matière de qualité des services, le district sanitaire s'oriente vers des innovations d'offre complète de soins efficaces pour la population à travers le renforcement des compétences, la vulgarisation de normes et protocoles en matière de qualité et la mise en place des comités œuvrant pour la qualité du service offert. Avec l'appui du ministère de la santé (DQSS) et ses partenaires tels que l'OMS et Expertise France à travers le projet PRISM, le district sanitaire a pu mettre en place un comité d'hygiène, des procédures de notification des EIAS, la gestion et la charte du bloc opératoire. L'existence de responsables désignés dans les services dont les attributions concourent à éviter la survenue des événements indésirables et des erreurs ; l'existence d'un ensemble de textes réglementaires et normatifs relatifs à la sécurité des patients ; la réalisation d'activités dans les formations sanitaires en matière de sécurité des patients en collaboration avec le bureau de promotion de la santé du

district sont autant d'acquis pouvant contribuer à la qualité des prestations offertes.

En dépit de ces efforts, force est de reconnaître des difficultés de fonctionnement de ces comités, l'absence d'autres comités comme celui du PCIAS. Aussi, certains actes de soins ne sont pas offerts (santé mentale, imagerie médicale, kinésithérapie et rééducation fonctionnelle). Quand bien même la planification sanitaire prévoit que les hôpitaux soient réservés exclusivement aux soins complexes en phase aiguë, la réalité est tout autre car le CMA reçoit en grande majorité des auto-orientés (78,93% des patients reçus en consultation).

Le processus de certification des FS en cours constitue une opportunité pour l'offre de soins de qualité aux populations.

Pour ce qui est des prestations de services, Il existe des protocoles et guides normatifs pour permettre aux agents de santé d'offrir des soins de qualité aux populations. Le district dispose également d'un minimum de matériels médico-techniques et de consommables pour la prise en charge des patients.

Cependant, il existe encore des insuffisances liées notamment à l'offre de soins externes et ambulatoires qui demeure un défi. Aussi certaines innovations et intégration de nouvelles technologies (télésanté, télémedecine, dossier unique informatisé du patient, prise en charge et surveillance personnalisée des patients) ne sont pas encore mises en œuvre dans l'offre de soins.

En matière de sécurité des soins, des insuffisances sont relevées dans l'organisation des activités de prévention et de contrôle des infections. En effet, le respect des procédures de gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS) n'est pas intégré dans la pratique quotidienne des agents malgré le renforcement des capacités et l'existence de documents normatifs sur la qualité des soins. Il en de même du respect des principes de PCI lors des soins (58% de non observance globale de l'hygiène des mains au CMA en 2022 selon une étude)

Les supervisions intégrées et autres supervisions spécifiques réalisées périodiquement à l'endroit des prestataires de même que le monitoring des indicateurs d'activités des FS doivent être renforcés du fait qu'ils contribuent considérablement à l'amélioration de la qualité des soins dans les FS. L'application des principes de PCI pendant les soins, la formation continue des prestataires pourraient aussi améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Les références/évacuations des patients des CSPS/CM vers le CMA fonctionnent

assez bien mais avec quelques difficultés à savoir les retards dans les évacuations dus à la non disponibilité des ambulances, l'inaccessibilité de certaines zones en saison hivernale.

La contre-référence connaît également une insuffisance. En effet le taux de contre-référence du CMA était de 31,7% en 2019 et 36,3% en 2021. Les FS du district ne reçoivent pratiquement pas de contre-référence de la part du CHUSS.

□ **Paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles non transmissibles et des traumatismes et les maladies tropicales Négligées**

✓ **Normes, protocoles et directives harmonisés**

Dans le district sanitaire de Dafra, des normes protocoles et directives de soins harmonisées édictés par le ministère de la santé sont rendus disponibles dans toutes les formations sanitaires pour la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre les maladies. Ce sont entre autres les protocoles de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, la malnutrition etc... En effet, 100% des formations sanitaires publiques utilisent le GDT et le REC PCIME.

✓ **Maladies transmissibles**

La lutte contre le paludisme est effective dans le district sanitaire de Dafra à travers plusieurs stratégies parmi lesquelles figurent les campagnes de masse (distribution de MILDA, CPS). Chaque FS dispose également de MILDA pour la distribution en routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an et de la SP en TPI. Toutes les formations sanitaires publiques et privées disposent de personnel qualifié pour offrir des prestations dans le domaine. Les TDR sont disponibles et utilisés pour la confirmation des cas de paludisme. La létalité du paludisme chez les moins de 5 ans est restée inférieure à 1% de 2017 à 2021.

Cependant, la lutte anti-paludique connaît des difficultés notamment la non disponibilité des TDR dans certaines FS privées avec notification de nombreux cas présumés de paludisme (25129 cas présumés de paludisme en 2022). Les actions de lutte anti-vectorielle ne sont pas suffisamment mises en œuvre et l'hygiène et l'assainissement du milieu restent précaires. Les prestataires n'ont pas bénéficié de mise à jour sur les nouvelles directives (2021) de prise en charge du paludisme.

Dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH, des normes et des protocoles standards existent dans toutes les formations sanitaires. Les agents des formations

sanitaires ont été formés sur la PCIM/VIH et les Approches Différentiées des Services de VIH (ADS). La prise en charge des PV/VIH est assurée par un service de la file active au CMA et dans quatre autres structures privées ; la décentralisation de la prise en charge est effective dans l'ensemble des CM/CSPS publics. Les différents logiciels de suivi médical et de dispensation sont disponibles. La file active bénéficie également de l'appui de certains OBC pour le dépistage, le suivi communautaire et la recherche des perdus de vue. La triple eTME est en marche avec la proposition systématique du dépistage à toutes les femmes enceintes vues en SPN.

La mise sous traitement des cas positifs (2^{ème} 95) est effective en témoigne le pourcentage des personnes éligibles au traitement ARV (100% en 2021) et la proportion de femmes enceintes dépistées positives qui reçoivent un traitement ARV (100% en 2021). Le district bénéficie de l'appui du projet REGIPIV dans le cadre du dépistage précoce du VIH chez les enfants nés de mères séropositives.

Malgré ces efforts, des difficultés demeurent dans l'approvisionnement et la gestion des produits du fait du manque de personnel qualifié, de matériel et locaux non adaptés. Ainsi, des ruptures de certains ARV pédiatriques et des intrants de dépistage sont couramment signalées. Le suivi biologique notamment la réalisation de la charge virale est en souffrance par manque de réactifs de laboratoire.

La lutte contre la tuberculose est effective dans le district afin réduire les cas de décès et éviter l'expansion de la contamination. Cette lutte englobe les séances de sensibilisations, la supervision des prestataires, le dépistage des cas index, la recherche active des perdus de vue. La décentralisation de la prise en charge de la tuberculose est effective dans toutes les formations sanitaires du district et un comité thérapeutique TB/VIH est mis en place au niveau de la MACB. Le CMA dispose d'un CDT fonctionnel et bénéficie de l'appui des OBC et ASBC pour la référence des cas suspects et le suivi des patients sous traitement. Certains agents des formations sanitaires publiques ont bénéficié de formations en 2020 et 2021 sur la tuberculose.

Le taux de notification des nouveaux cas de tuberculoses toutes formes et rechute était de 50 cas pour 100000 habitants en 2022 contre 47 cas pour 100000 habitants en 2021. Le laboratoire du CMA dispose du GENE Xpert pour le diagnostic des cas et la REA-TB est mise en œuvre dans certaines FS du district.

Cependant, des difficultés sont rencontrées notamment le faible taux de succès au traitement (85,4% en 2021 et 78% en 2022) et de notification (23% en 2021 et 25% en 2022) des cas de tuberculose. Des ruptures de cartouches du GENE Xpert sont

notifiées par moment (T1 2022). On note aussi une insuffisance en personnel formé dans les FS.

La méningite fait partie des maladies sous surveillance dans le district et la notification des cas est faite régulièrement au TLOH avec acheminement du LCR au laboratoire. La prise en charge des cas est effective dans les FS avec la disponibilité des médicaments et des directives y afférentes. En 2021, le district a enregistré 17 cas de méningite avec zéro décès.

Les insuffisances dans la prise en charge de la méningite se résument à la faible application des protocoles de prise en charge des cas dans les FS et une faible notification des cas liée probablement à la non application des définitions de cas.

Depuis l'avènement de la pandémie de la COVID 19, le district sanitaire s'est engagé dans la lutte à travers les formations des agents sur les directives, la redynamisation des EIR et la disponibilité des protocoles de PEC. Des TDR sont actuellement disponibles pour la confirmation des cas suspects. La vaccination est faite en routine et des campagnes d'intensification de la vaccination sont régulièrement mis en œuvre afin d'améliorer les couvertures vaccinales. Par ailleurs, les sensibilisations pour le respect des mesures barrière, la surveillance au niveau communautaire contribuent également à la lutte contre la COVID 19. En fin février 2023, la couverture vaccinale était de 11,56% avec 293 cas confirmés depuis le début de la maladie.

Les faiblesses de la lutte contre la COVID 19 portent essentiellement sur la faible adhésion des populations à la vaccination, la faible notification des effets indésirables liés à la vaccination COVID et la faible notification des cas dans les FS.

La prévalence des maladies diarrhéiques reste significative au sein de la population du district. La diarrhée occupe le sixième rang des maladies couramment enregistrés au district en 2021 avec une proportion de 3,70% des nosologies. Des directives et protocoles de prise en charge sont rendus disponibles dans les FS. Les molécules de prise en charge (SRO-ZINC, solutés de réhydratation) sont également disponibles dans les DMEG. La vaccination des enfants contre les diarrhées à rotavirus se fait en routine dans les FS. La capacité des ASBC sur la prise en charge des maladies diarrhéiques a été renforcé en 2023.

Cependant, des difficultés sont rencontrées notamment l'insuffisance dans l'application des protocoles de prise en charge.

✓ **Les maladies non transmissibles**

La lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) telles que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), la drépanocytose, les traumatismes est effective dans le district sanitaire à travers les sensibilisations, le dépistage et le traitement des cas. En effet, la stratégie WHOPEN est mise en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques du district ainsi que son extension au niveau communautaire. Les prestataires et ASBC ont bénéficié de formation sur la stratégie avec la mise en place de points focaux dans les FS. Les protocoles de prise en charge sont disponibles dans l'ensemble des FS publiques. Des intrants de dépistage du diabète et les molécules de prise en charge sont mis à la disposition des FS. Il existe des partenaires tel que ONG SANTE DIABETE, WDF qui appuient le district dans le renforcement des capacités et la dotation en intrants.

Cependant, nous notons une insuffisance dans sa mise en œuvre avec la non prise en compte des formations sanitaires privées, un nombre insuffisant en personnel formé, l'absence de spécialiste au niveau du CMA pour une meilleure prise en charge des patients diabétiques, hypertendus et drépanocytaires ayant des complications chroniques.

Le district de Dafra est résolument engagé dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. Des Traitements De Masse ont été mis en œuvre ciblant les pathologies comme le trachome (campagne de chirurgie en 2017-2018), la schistosomiase urinaire (dernière campagne en 2021) et la filariose lymphatique en vue de réduire significativement la prévalence et l'incidence liées à ces pathologies au sein de la population du district.

□ Paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact, en particulier les services de SRMNEA-N, de jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques

Dans l'optique d'offrir des soins appropriés aux populations, plusieurs stratégies sont mises en œuvre au niveau des FS du district. Il s'agit entre autres de l'application des politiques, procédures, normes et protocoles standards de soins édictés par le ministère de la santé, la mise en œuvre de l'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par le REC, l'application de la politique de subvention et de gratuité des soins aux groupes spécifiques et la mise en œuvre des campagnes de masse (CPS, SNPF, JVA+, MIRAMA, vaccination contre la COVID19). Toutes les formations sanitaires publiques disposent de personnel

qualifié pour l'offre des prestations de la SR/PF. Par ailleurs, les prestataires bénéficient régulièrement de formation continue dans divers domaines ainsi que des dotations en matériel de travail. Ces acquis ont permis d'améliorer certains indicateurs de la SRMNEA-N notamment la couverture en CPN 4 qui est passé de 32,6% en 2017 à 57,4% en 2021, le taux d'accouchement assisté est également en nette progression (66,14% en 2017 contre 90,77% en 2021) de même que la proportion d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME qui a connu une nette amélioration (5,63% en 2017 contre 78,39% en 2021). La lutte antipaludique à travers les stratégies nationales mises en œuvre dans les FS donne de résultats satisfaisants en témoigne la létalité du paludisme grave chez les moins de cinq ans qui est passée de 0,99% en 2020 à 0,58% en 2021. Les couvertures en RR2 (93,84% en 2020 et 95,60% en 2021) sont en nette progression comparativement à 2017(71,28%).

Pour ce qui est de la lutte contre le VIH, des résultats forts satisfaisants sont engrangés au fil des années surtout en termes de dépistage et de mise sous traitement. La file active du CMA est fonctionnelle et la décentralisation de la prise en charge est effective dans l'ensemble des FS du district. La triple eTME est en marche avec la proposition systématique du dépistage à toutes les femmes enceintes vues en SPN.

En milieu scolaire, le district dispose des infirmeries des écoles qui assurent l'offre des services de santé et la visite médicale des élèves. Des interventions spécifiques sont souvent organisées en faveur des groupes spécifiques (élèves, les personnes âgées).

Dans le processus d'accélération du dividende démographique, un accent particulier est mis sur les activités de planification familiale à travers l'offre de services quotidien, la tenue des journées spéciales et de la semaine PF dans les FS de même que la promotion de la PF au niveau communautaire par les leaders coutumiers et religieux ainsi que les associations de femmes et de jeunes. Le dépistage des lésions précancéreuses du col en routine est effectif dans plusieurs FS du district et des campagnes de dépistage sont souvent organisées avec l'appui des partenaires.

Nonobstant ces acquis, le niveau d'atteinte de certains indicateurs est en deçà des objectifs et des attentes du district. La couverture en CPN 4 reste faible (57,4% en 2021) de même que le taux d'utilisation de la PF (19,25% en 2021). La PF est

confrontée à la réticence des conjoints et de certaines pesanteurs socioculturelles et religieuses, l'insuffisance d'information et la survenue des effets secondaires.

Au niveau du PEV, on enregistre un taux d'abandon BCG/RR1(27,90%) élevé et la couverture en Td2et + (92,79% en 2017 contre 89,87% en 2021) qui est en deçà des normes (95%).

Au niveau du VIH, les difficultés se résument aux ruptures fréquentes en intrants de dépistage et certains ARV (névirapine sirop), le suivi biologique de la mère et le dépistage précoce de l'enfant.

L'offre en SONU de base est incomplète et de faible qualité dans certaines FS. Des cas de décès maternels sont enregistrés dans les FS (06 en 2021). A cela s'ajoute la persistance des accouchements à domiciles constatés dans certaines formations sanitaires lors des contrôles de qualité. Au niveau du CMA, la stratégie TETU est faiblement appliquée pour la prise en charge des urgences (0,53% en 2021). La stratégie PCIME n'est pas mise en œuvre dans les FS privées.

Les actions à entreprendre pour améliorer les prestations de services sont essentiellement le renforcement des compétences du personnel dans l'offre de soins et dans le management des services, l'amélioration de l'accueil et la sensibilisation des populations ainsi que la disponibilité des intrants et molécules de prise en charge des cas.

□ Paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant

L'amélioration de l'état de santé des populations par l'offre de soins de qualité nécessite aussi du personnel qualifié et en quantité suffisante, des services adaptées, accessibles et continus. Les prestataires ont bénéficié de formation continue sur site et de supervisions périodiques dans le cadre de l'ANJE/NM en 2016 et des indicateurs d'activités sont collectés mensuellement dans l'ensemble des FS.

La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë est effective dans les formations sanitaires avec l'appui des OBC et ASBC pour le dépistage et à la référence des cas. Les niveaux des indicateurs révèlent une amélioration de la situation nutritionnelle chez les enfants de moins de 5 ans de 2020 à 2021. Le taux de guérison chez les malnutris sévères est passé de 86% en 2020 à 96% en 2021. Le taux de décès est également en nette régression. Il est passé de 3% en 2020 à 1%

en 2021. Quant à la malnutrition aiguë modérée, le taux de guérison est passé de 65% en 2020 à 94% en 2021.

La surveillance nutritionnelle connaît des difficultés. Il s'agit entre autres de l'insuffisance dans le dépistage, l'insuffisance dans le remplissage des supports, le non-respect des rendez-vous pour le suivi des mères d'enfants. En effet, le taux de dépistage de la malnutrition aiguë reste très faible (18,05% en 2021). La proportion des agents formés à la prise en charge de la malnutrition aiguë reste également faible notamment la prise en charge en interne. Il y a également une insuffisance en personnel qualifié et le CMA ne dispose pas d'une unité de PCI adapté.

3.4.4. Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorable à la santé et à l'accélération de la transition démographique

□ Utilisation des services préventifs et promotionnels

Promouvoir la santé et lutter contre la maladie pour une population épanouie est une fonction essentielle du district. Pour remplir cette fonction, les districts doivent œuvrer à la mise en place de stratégies et d'équipements pour faciliter l'adoption de mode de vie et de comportement favorables à la santé.

Dans le domaine du programme élargi de vaccination, plusieurs stratégies sont combinées telles que la stratégie fixe dans les centres de santé, la stratégie avancée dans les villages et hameaux de culture et la stratégie de vaccination dans les zones non loties en milieu urbain. L'ensemble de ces stratégies contribuent de façon significative à l'évolution progressive des couvertures vaccinales ces trois dernières années dans le district. Elles sont passées de 113% à 118% en 2021 pour le PCV 13 et de 109% à 104% pour le Rota3. Quant au Pentavalent 3 (DTC-Hep B-HiB), la couverture a connu une légère baisse mais reste au-dessus de la cible 100%. Elle est passée de 119% en 2020 à 116 % en 2021. Le pourcentage des formations sanitaires ayant un taux de Pentavalent 3 supérieur ou égal à 80% était de 120% en 2020, 107% en 2021 (cible de 99%).

Malgré ces performances, des insuffisances existent. Les couvertures en RR2 (95%) en 2021 et le Td2+ (89,86%) en 2021 sont en dessous des attentes et le taux d'abandon entre le BCG/RR1 (27,90%) est élevé. Ces contre-performances pourraient s'expliquer par une baisse de financement des activités de vaccination, la vétusté de la logistique roulante, les ruptures fréquentes en vaccins, la faible capacité de

stockage et la faible mise en œuvre des activités de soutien à la vaccination.

Par ailleurs, les mouvements des populations du fait de l'insécurité pourraient ralentir l'atteinte des objectifs et entraîner une recrudescence de certaines maladies évitables par la vaccination surtout dans les zones non loties.

Les actions à entreprendre pour améliorer les indicateurs au niveau du programme élargi de vaccination sont essentiellement le renforcement des compétences du personnel, le financement des activités de vaccinations et la poursuite des activités de vaccination dans les zones péri-urbaines et les marchés, la dotation régulière en vaccins, en logistiques roulantes et matériel chaîne de froid. Par ailleurs, la poursuite des supervisions spécifiques PEV, les formations continues, la mise en œuvre des DQS et LQAS sont autant de stratégies permettant de renforcer d'une part les compétences du personnel et disposer de données PEV de qualité.

Les ASBC mènent des séances de sensibilisation dans les villages et les hameaux de culture et des campagnes de traitement de masses. A côté des ASBC, les OBC aussi jouent un rôle capital dans cette quête de comportements favorables à la santé par la mise en œuvre des activités de sensibilisation.

Malgré tous ces efforts, d'énormes difficultés demeurent notamment les paiements tardifs de la prise en charge des ASBC, le recrutement des ASBC ne tenant pas compte des CSPS urbains et les hameaux de cultures, l'absence de moyen de déplacement pour les ASBC, l'inaccessibilité de certaines zones en période hivernale, la faible collaboration entre les CSPS et les OBC. Aussi, le renforcement de compétence des nouveaux ASBC n'est pas planifié, le district ne dispose pas de matériels de sonorisation pour les activités de mobilisation sociale et l'absence de fonds alloués aux activités de communication en dehors des campagnes de masses.

Ainsi le recrutement des ASBC dans les villes et hameaux de culture, l'acquisition de moyen de déplacement pour les ASBC, le renforcement de la collaboration entre le district et les OBC, le renforcement des compétences de tous les acteurs, l'allocation de fonds pour les activités de communication ainsi que l'acquisition de matériel de sonorisation pourraient contribuer à relever ce défi au niveau du district.

Toutes les formations sanitaires disposent d'au moins d'une latrine et des sources d'eau potable malheureusement l'hygiène au niveau de plusieurs latrines n'est pas au rendez-vous. Les forages de certaines FS notamment Moukoma, Yéguéresso et Sogossagasso ne sont pas fonctionnels.

L'hygiène et l'assainissement restent précaire au sein de la communauté. En effet, la mauvaise évacuation des eaux usées, la persistance du péril fécal contribuent à augmenter l'incidence de certaines pathologies notamment le paludisme et les maladies diarrhéiques.

Ainsi la réhabilitation des forages en pannes, l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement, l'utilisation effective des latrines pourraient réduire la survenue de certaines maladies transmissibles et améliorer ainsi la santé populations.

□ Renforcement de la disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive

La disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive est un impératif dans la recherche du bien-être des populations. En effet, dans le processus d'accélération du dividende démographique, un accent particulier est mis sur les activités de planification familiale à travers l'offre de services quotidien, la tenue des journées spéciales et de la semaine PF dans les FS de même que la promotion de la PF au niveau communautaire par les leaders coutumiers et religieux ainsi que les associations de femmes et de jeunes formés à cet effet. Les prestataires bénéficient régulièrement de renforcement des compétences dans les domaines de la PF/SSRAJ et les droits sexuels et reproductifs. Des dotations en matériel médico-technique sont faites au profit des FS pour l'offre de prestations. Dans l'optique de disposer de données de qualité, le district bénéficie également de l'appui de certains partenaires pour la tenue semestrielle des ateliers de validation des données.

En dépit de tous ces acquis, on note un faible taux d'utilisation de la PF dans le district (18,4% en 2020 et 19,9 en 2021) et cela s'explique en partie par la réticence voire le refus de la PF par certaines populations, les rumeurs véhiculées sur les méthodes contraceptives et les pesanteurs socio-culturelles toujours d'actualité dans certaines communautés. Par ailleurs, la situation socio-politique du pays a un impact négatif quant à l'accompagnement des PTF dans la mise en œuvre des activités de promotion de la santé sexuelle et reproductive dans le district.

Les violences par le partenaire intime (VPI) et autres violences basées sur le genre (VBG) sont légion dans nos communautés et pour l'année 2022 environ 170 cas ont été pris en charge au CMA au cours des trois premiers trimestres de l'année. Les textes et lois portant sur les VBG et les droits sexuels et reproductifs ne sont pas bien connus aussi bien par le personnel de santé que les populations.

Ainsi, pour parvenir à une véritable transition démographique, la poursuite et le

renforcement des actions déjà entreprises sur le terrain sont d'une nécessité absolue. Il s'agit essentiellement de la promotion de la PF au niveau communautaire (ASBC, leaders, OBC, associations), la poursuite des JSPF et de la SNPF tout en privilégiant les bonnes pratiques identifiées, le renforcement des séances de causeries en milieu institutionnel et communautaire, le renforcement des compétences du personnel et du matériel médico-technique requis. Par ailleurs, dans la promotion de l'équité en genre, la sensibilisation et la prise en charge des cas de VBG, la vulgarisation des textes et lois en SR/VBG doivent être au centre des préoccupations de toutes les FS du district afin de limiter le phénomène et permettre à chaque individu de jouir d'une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité.

☐ Renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant

Dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant quelques indicateurs peuvent retenir notre attention. Il s'agit notamment de la proportion d'enfants mis au sein dans l'heure qui suit la naissance qui est passée de 87,6% en 2018 à 99,3% en 2021, la proportion de FE ayant bénéficié de FAF/MMS lors de la CPN3 était de 91,7% en 2021. Des supervisions conjointes avec le niveau central et l'ONG Alive and Thrive (A & T) ont été réalisées en 2021 dans certaines FS du district. Cependant, il faut noter que depuis 2016 le district n'a pas bénéficié de formation sur la stratégie ANJE, ce qui influence négativement les indicateurs. L'insuffisance de compétence des agents pourrait être une des causes de la sous notification voire la non mise en œuvre de certaines activités telle que le GASPA.

3.4.5. Les actions à entreprendre pour améliorer les indicateurs au niveau de l'ANJE sont essentiellement le renforcement des compétences du personnel, le financement des activités sur les pratiques d'ANJE, la mise en place des GASPA et la dotation en matériel et en boîtes à images pour les séances de sensibilisation

3.4.6. Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaire

☐ Gestion des épidémies, des catastrophes et autres urgences de santé publique

La gestion des épidémies, des catastrophes et autres urgences de santé publique requiert une planification efficace et le suivi-évaluation des activités. Dans le cadre de

l'amélioration de la réponse aux urgences sanitaires des actions sont entreprises dans le district sanitaire de Dafra. Il s'agit entre autres de :

- La formation des agents de santé des FS publique sur la SIMR ;
- La notification immédiate ou hebdomadaire des cas suspects de MPE ;
- Les investigations des cas suspects notifiés ;
- La visite des sites prioritaires avec l'accompagnement des consultants OMS ;
- La réception, le conditionnement et le transport des échantillons vers les laboratoires de référence.
- La retro-information à l'endroit des différents acteurs
- La mise en place des équipes d'intervention rapide (EIR)
- La surveillance communautaire basée sur les évènements

Aussi, le district sanitaire élabore un plan de riposte aux épidémies. La récente pandémie de la COVID-19 a mis à nu les insuffisances de notre système de santé à répondre rapidement et de façon adéquate aux urgences sanitaires. Il s'agit essentiellement du manque de préparation à la riposte et l'insuffisance en ressource financière. Par ailleurs, le district ne dispose ni d'un plan de gestion des catastrophes ni d'un plan en cas d'incendie. Ce qui nécessite d'adapter les réponses en fonction des situations d'urgence. Dès la notification d'une maladie ou évènement sanitaire une équipe d'intervention rapide est constituée en fonction des acteurs disponibles dans l'objectif d'investiguer et assurer la prise en charge des cas.

La réponse aux urgences sanitaires dans le district est confrontée à un certain nombre de difficultés telles que l'absence de financement pour la visite des sites prioritaires de PFA et de COVID-19, la faible notification des maladies sous surveillance, la faible notification des rumeurs et ou alertes par les communautaires. On note également une faible implication des agents de santé dans les activités de surveillance, les retards dans le remboursement des frais d'envoi des échantillons et la non prise en compte des FS privées dans la budgétisation des activités.

Ainsi l'élaboration d'un plan d'urgences sanitaires intégrant la gestion des épidémies, la pandémie de la COVID-19, les catastrophes sanitaires et la gestion des incendies constitue une base pour une réponse efficace à toute situation d'urgence dans le district.

□ Disponibilité des intrants sanitaires et nutritionnels pour la prise en charge des victimes de situations d'urgences sanitaires

La surveillance des cas de MPE met un accent particulier sur le laboratoire. Chaque cas suspect doit bénéficier d'un prélèvement pour la confirmation dans le strict respect des conditions de prélèvements, de conditionnements et d'acheminement vers les laboratoires de références. Le transport des échantillons au laboratoire de référence se fait en collaboration avec La Poste Burkina ;

Les kits de prélèvement et les molécules nécessaires à la prise en charge des cas sont repositionnés dans les formations sanitaires. Cependant, des difficultés sont rencontrées dans la réalisation des examens. Il s'agit entre autre de l'insuffisance en réactifs et consommables de laboratoire, l'insuffisance de matériel de travail, le retard dans la transmission des données de laboratoire, l'insuffisance dans la procédure de collecte et de transport des prélèvements et les locaux inadaptés pour la réalisation de certains examens du laboratoire.

3.5. Analyse des parties prenantes et identification des bénéficiaires

Tableau XVIII: Analyse des parties prenantes

Parties prenantes	Eléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
OBC, ASBC, COGES	Forte	Faible	Grandes capacités de mobilisation sociales et réalisation d'interventions communautaires	Mobilisation sociale et Financement communautaire
UNICEF, OMS, BANQUE MONDIALE, HKI, TDH	Faible	Faible	Nutrition, santé de la reproduction, MTN, soins curatifs	Appuis techniques et financiers dans la mise en œuvre des actions
FM, UNFPA, Malaria Consortium, GAVI/RSS, FP/DS, MSF	Forte	Forte	SR, paludisme, TB, VIH, vaccination, gouvernance locale	Appuis techniques et financiers dans la mise en œuvre des actions

COLLECTIVITES TERRITORIALES	Forte	Faible	Grandes capacités en gouvernance locale et mobilisation des ressources	Leadership, plaidoyer Mobilisation de ressources locales
--------------------------------	-------	--------	---	--

□ Analyse FFOM de l'environnement externe

Tableau XIX : synthèse de l'environnement externe en FFOM

OS	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre	Disponibilité des textes normatifs et réglementaires Tenue des cadres de concertation Disponibilité d'un plan d'action annuel dans toutes les FS Suivi /évaluation des activités Mise en œuvre de la gratuité des soins Renforcement des compétences des prestataires en gestion de VBG Appui financier de	- méconnaissance et faible application des textes réglementaires Tenue irrégulière des cadres de concertation -Faible suivi des recommandations issues des cadres de concertation -Absence de spécialités et de service de prise en charge psychosociale dans le cadre Système de partage des coûts peu développé Irrégularité dans le remboursement	Appui des PTF Accompagnement des collectivités territoriales Opérationnalisation de l'AMU	-Interférence des activités hors plan - Environnement socio-culturel non favorable -Insécurité -Non-respect des engagements des PTF

	<p>l'État à la prise en charge des indigents</p> <p>Disponibilité de moyens de communication</p> <p>Promptitude des données des FS publiques</p> <p>Décentralisation de la saisie des données des FS publiques</p> <p>Digitalisation des services du DRD, des DMEG et caisses des FS</p> <p>Disponibilité de compétences en recherche</p> <p>Mise en œuvre des contrôles de gestions</p>	<p>t du cout de la gratuité des soins</p> <p>-Insuffisance en matériel d'archivage des documents</p> <p>Mauvaise qualité du remplissage des supports</p> <p>Faible analyse des données collectées au niveau des FS</p> <p>-Insuffisance de compétence des prestataires des FS en SNIS</p> <p>-Faible complétude et promptitude des RMA des FS privées</p> <p>-insuffisance de financement pour la mise en œuvre de la recherche action</p>		
--	--	--	--	--

	<p>Réalisation des contrôles internes</p> <p>Affichage des couts de tarification des actes et des MEG</p>	<p>-Irrégularité dans l'élaboration du budget prévisionnel et des contrôles internes des formations sanitaires</p> <p>-Le non-respect des taux de rétrocession interne</p> <p>-une insuffisance dans l'allocation des crédits transférés au profit des CSPS/CM.</p> <p>- Remboursement insuffisant des factures de la gratuité des soins.</p> <p>-Faible mobilisation des ressources propres</p>		
--	---	--	--	--

		<p>-Retard dans l'allocation des fonds pour le démarrage des activités des plans d'action</p> <p>-Faible allocation des ressources par certains PTF</p> <p>Faible application des sanctions suite aux écarts de gestion financière dans les FS</p> <p>Non prise en compte de certaines activités du plan par les PTF lors des sessions d'adoption des PA</p> <p>Les budgets des CSPS ne sont pas annexés au budget communal</p>		
--	--	---	--	--

<p>Développement des ressources humaines pour la santé</p>	<p>Toutes les FS remplissent les normes en personnel Existence d'un fichier du personnel Désignation d'un responsable des RH</p>	<p>-Insuffisance dans le suivi des carrières des agents -Ratio personnel des populations en deçà des normes OMS (médecins, sage-femme, infirmier) -concentration du personnel en milieu urbain - Absence de certains spécialistes pour l'offre de soins Insuffisance des mesures de sanction Faible adhésion du personnel aux visites médicales périodiques Insuffisance de formation continue</p>	<p>Application effective des textes et lois FPH</p>	<p>- Mouvements du personnel -Insécurité</p>
---	--	--	---	--

		Réseau REGINA non disponible		
Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins - prise en charge gratuite des urgences depuis 01/02/2023 avec l'appui de MSF au CMA chez les patients de plus de 05 ans - le CMA a bénéficié d'un appui du Ministère de la santé pour la réhabilitation de la maternité et du bloc opératoire - Existence d'un dépôt de 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans le remboursement des coûts de la gratuité - Ruptures de médicaments - Irrégularités dans le remplissage des supports de la gratuité - Insuffisance des ressources financières pour la prise en charge des indigents dans les FS - Les locaux abritant les unités telles que l'odontostomatologie, l'ORL, le laboratoire et la pharmacie ne respectent pas les normes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de MSF en infrastructures pour le CMA. - Processus de certification des FS en cours dans le district - Existence de documents normatifs sur la qualité des soins - Appui de partenaires tel que ONG SANTE DIABETE, WDF en renforcement de capacités et dotation en intrants pour la prise en charge des MNT. 	<ul style="list-style-type: none"> Environnement socio-culturel non favorable - Insécurité - Non-respect des engagements des PTF

	<p>sang au laboratoire du CMA</p> <p>- Renforcement des capacités des agents sur la qualité des soins</p> <p>-Existence des normes protocoles et directives</p> <p>-Les TDR sont disponibles et gratuits dans les CSPS, CM /CMA</p> <p>Les agents des formations sanitaires ont été formés sur la PCIM/VIH et les Approches Différentiées des Services de VIH (ADS Décentralisation de la prise en charge est</p>	<p>- Absence d'agents de maintenance dans le district</p> <p>- Insuffisance de la maintenance préventive.</p> <p>- Les CM ne répondent pas aux normes du fait de l'absence laboratoire, les infrastructures et équipements non adaptés</p> <p>- Faible taux de satisfaction des commandes du DRD</p> <p>- Faible capacité de stockage du DRD</p> <p>- Non mise en œuvre de la pharmacie hospitalière au niveau du CMA</p> <p>-Faible niveau de satisfaction des</p>		
--	---	---	--	--

	<p>effective dans l'ensemble des CM et CSPS publiques</p> <p>Pourcentage des personnes éligibles au traitement ARV (100% en 2021)</p> <p>Appui du projet REGIPV dans le cadre du dépistage précoce du VIH chez les enfants nés de mères séropositives</p> <p>Agents des formations sanitaires publiques ont bénéficié de formations en 2020 et 2021 sur la tuberculose</p> <p>Redynamisation des EIR et</p>	<p>prescriptions en PSL</p> <p>-Insuffisance dans la mise à jour des supports de gestion ou de collecte de l'information pharmaceutique</p> <p>-Rupture fréquente en réactifs et des pannes de matériel technique au niveau du laboratoire</p> <p>-Absence de comité PCIAS</p> <p>-Absence de spécialités de soins tels que santé mentale, imagerie médicale, kinésithérapie et rééducation fonctionnelle.</p> <p>-Faible appropriation des procédures</p>		
--	---	--	--	--

	<p>la disponibilité des protocoles de PEC. Des TDR sont actuellement disponibles pour la confirmation des cas suspects</p> <p>- Renforcement des capacités des ASBC sur la prise en charge des maladies diarrhéiques</p> <p>-la stratégie WHOPEN est mise en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques du district ainsi que son extension au niveau communautaire</p>	<p>de gestion des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) par les agents.</p> <p>-Non-respect des principes de PCI lors des soins.</p> <p>-Non disponibilité des TRD paludisme dans certaines FS privées avec notification de nombreux cas présumés de paludisme</p> <p>- Insuffisance dans la mise en œuvre des actions de lutte antivectorielle</p> <p>-Précarité de l'hygiène et l'assainissement du milieu.</p> <p>-Briefing des agents sur les</p>		
--	--	---	--	--

	<p>-les indicateurs de la CPN4 en bonne évolution</p> <p>-Nette progression du taux d'accouchement assisté</p> <p>-bonne évolution de la couverture en RR2</p> <p>-effectivité de la mise en œuvre de la triple eTME</p>	<p>nouvelles directives (2021) de prise en charge du paludisme non réalisé.</p> <p>-Insuffisance dans la gestion des produits de santé au niveau FS</p> <p>-Ruptures fréquentes de certains ARV pédiatriques et des intrants de dépistage</p> <p>- Suivi biologique des PvVIH non effective (réalisation de la charge virale)</p> <p>-Faible taux de succès au traitement et de notification des cas de tuberculose.</p> <p>- Ruptures de cartouches du</p>		
--	--	---	--	--

		<p>GENE Xpert par moment.</p> <p>-Insuffisance en personnel formé sur la tuberculose dans les FS.</p> <p>-Faible application des protocoles de prise en charge des cas de méningite dans les FS et une faible notification des cas</p> <p>-Faible adhésion des populations à la vaccination</p> <p>-Faible notification des effets indésirables liés à la vaccination COVID et faible notification des cas dans les FS</p> <p>-Insuffisance dans l'application</p>		
--	--	--	--	--

		<p>des protocoles de prise en charge des maladies diarrhéiques</p> <p>-Insuffisance dans la mise en œuvre de la stratégie WHOPEN dans les FS publiques et la non prise en compte des formations sanitaires privées</p> <p>- Absence de spécialistes au niveau du CMA pour une meilleure prise en charge des patients diabétiques, hypertendus et drépanocytaires ayant des complications chroniques.</p> <p>-Insuffisance dans le</p>		
--	--	---	--	--

		<p>remplissage des supports</p> <ul style="list-style-type: none"> -Non-respect des rendez-vous pour le suivi des mères et de leurs enfants. - Réticence des conjoints pour la PF -Persistance de certaines pesanteurs socioculturelles et religieuses entravant la demande en PF -Insuffisance d'information sur la PF et la gestion des effets secondaire -Offre en SONU de base incomplète et de faible qualité dans certaines FS. -Des cas de décès 		
--	--	---	--	--

		<p>maternels sont enregistrés dans les FS.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persistence des accouchements à domiciles dans certaines formations sanitaires -Faible application de la stratégie TETU pour la prise en charge des urgences - La stratégie PCIME n'est pas mise en œuvre dans les FS privées. -Insuffisance dans la surveillance nutritionnelle -Faible taux de dépistage de la malnutrition aiguë -Faible proportion des agents formés à la prise en 		
--	--	---	--	--

		<p>charge de la malnutrition aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance en personnel qualifié -Absence d'une unité de PCI adapté CMA -Retards dans les évacuations dus à la non disponibilité des ambulances, l'inaccessibilité de certaines zones en saison hivernale 		
<p>Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre effective des stratégies de vaccination - Mise en œuvre des semaines et journées spéciales PF -Appui des leaders communautair 	<ul style="list-style-type: none"> -baisse de financement des activités de vaccination, -vétusté de la logistique roulante, - ruptures fréquentes en vaccins, -faible capacité de stockage 		

	<p>es et associations des femmes pour la mobilisation en faveur de la PF</p> <p>- Gratuité des produits contraceptifs</p> <p>-Réalisation des supervisions conjointes sur les pratiques d'ANJE</p> <p>Formation des prestataires sur la PCI</p> <p>Disponibilité d'eau potable dans les FS</p> <p>Désignation d'un responsable d'hygiène dans chaque FS</p>	<p>-faible mise en œuvre des activités de soutien à la vaccination</p> <p>-paiements tardifs de la prise en charge des ASBC,</p> <p>-recrutement des ASBC n'ayant pas tenu compte des CSPS urbains et des hameaux de cultures</p> <p>-Absence de moyen de déplacement pour les ASBC,</p> <p>-Inaccessibilité de certaines zones en période hivernale,</p> <p>-Faible collaboration entre les CSPS et les OBC.</p> <p>-Renforcement de compétence des ASBC</p>		
--	---	---	--	--

		<p>remplacés non fait</p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de matériels de sonorisation au niveau du district pour les activités de mobilisation sociale -Absence de fonds alloués aux activités de communication en dehors des campagnes de masses. -les forages de certaines FS ne sont pas fonctionnels -Hygiène et l'assainissement précaires au sein de la communauté. - Mauvaise évacuation des eaux usées, -Persistance du péril fécal -Faible adhésion des 		
--	--	--	--	--

		<p>populations à la PF dans le district</p> <p>-Absence de financement des activités de la SSRAJ par certains PTF liée à la situation socio-politique du pays</p> <p>-Insuffisance de connaissance de la population et du personnel de santé sur les textes et lois portant sur les VBG et les droits sexuels et reproductifs</p> <p>-Insuffisance d'agents formés sur la stratégie ANJE/NM,</p> <p>-GASPA non mise en œuvre dans le district</p>		
--	--	---	--	--

<p>Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires</p>	<p>Disponibilité d'agents formés sur la SIMR</p> <p>Notification et investigation des cas de MPE</p> <p>Disponibilité d'un plan de riposte aux épidémies</p> <p>Pré-positionnement des Kits et molécules de prise en charge</p> <p>EIR disponible</p>	<p>- Absence d'un plan de gestion des épidémies, des catastrophes et autres urgences de santé publique</p> <p>-L'absence de financement pour la visite des sites prioritaires de PFA et de COVID-19 ;</p> <p>-Faible niveau de notification de certaines maladies ;</p> <p>-Faible notification des rumeurs et ou alertes par les communautés ;</p> <p>-Faible implication de tous les agents de santé dans les activités de surveillance ;</p> <p>-Retard dans le remboursement</p>	<p>Appui de l'OMS dans la surveillance épidémiologique</p>	<p>Insécurité</p> <p>Disponibilité des ressources financières</p>
---	---	--	--	---

		<p>t des frais d'envoi des échantillons ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non prise en compte des FS privées dans la budgétisation des activités - L'insuffisance en réactifs et consommables de laboratoire ; - L'insuffisance de matériel de prélèvement ; - Le retard dans la transmission des données de laboratoire ; - L'insuffisance dans la procédure de collecte et de transport des prélèvements. 		
--	--	---	--	--

3.6. Détermination des problèmes

3.6.1. Détermination des problèmes essentiels

➤ Identification des problèmes

1. Faible capacité de l'ECD dans la gouvernance et le leadership ;
2. La participation communautaire reste faible dans le district ;
3. La gestion des ressources humaines est peu satisfaisante ;

4. La mobilisation et la gestion financière est peu satisfaisante ;
5. Les équipements et infrastructures sanitaires sont insuffisants et inadaptés
6. Le matériel médicotechnique reste insuffisant et de faible qualité
7. La disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) n'est pas satisfaisante
8. L'approche qualité des services est insuffisante
9. La disponibilité et l'utilisation des paquets essentiels de services pour la lutte contre les MT et MNT ne sont pas satisfaisante
10. Les services de nutrition ne sont pas de qualité
11. Faible complétude et promptitude des RMA des FS privées
12. Faible mise en œuvre de la recherche action
13. Tenue irrégulière des cadres de concertation
14. L'offre de services aux groupes spécifiques n'est pas satisfaisante
15. Faible taux de dépistage de la malnutrition aiguë
16. L'hygiène et l'assainissement restent précaires dans le district
17. La réponse du système de santé face aux situations d'urgences sanitaires et catastrophes n'est pas maîtrisée ;

Tableau XX: Analyse des problèmes

Problèmes	Causes	Conséquences
Faible capacité de l'ECD dans la gouvernance et le leadership	<p>Irrégularité dans la tenue des cadres statutaires et du suivi des recommandations assorties de ces concertations</p> <p>Insuffisance en ressources financières pour la mise en œuvre de certaines activités</p> <p>La plupart des membres ECD ne sont pas formés en gestion de district (5/9)</p> <p>La recherche action n'est pas mise en œuvre dans le district</p> <p>Faible application des textes règlementaires</p> <p>Mauvaise qualité du remplissage des supports de collecte des données</p> <p>Insuffisance en matériel de travail</p> <p>Insuffisance de compétence des agents en SNIS</p> <p>Faible fonctionnalité du système de référence et contre-référence</p>	<p>Faible réalisation des activités planifiées</p> <p>Faible qualité des données collectées</p> <p>Offre de services de faible qualité</p> <p>Faible notification des maladies sous surveillance</p> <p>Insuffisance dans l'organisation des services</p> <p>Faible collaboration intersectorielle</p>
Faible complétude et promptitude des RMA des FS privées	<p>Insuffisance de collaboration avec les FS privées</p> <p>Non-respect du cahier de charge par les FS privées</p> <p>Faible application des textes</p>	<p>Non exhaustivité des données collectées</p> <p>Insuffisance dans la planification</p>

		Retard de prise de décision
Faible mise en œuvre de la recherche action dans le district	Faible mobilisation des ressources propres Absence de soutien de PTF dans le domaine	Faible qualité des soins Baisse de la fréquentation des services
Tenue irrégulière des cadres de concertation	Insuffisance de financement Insuffisance dans la planification Exécution des activités hors plan	Faible mobilisation communautaire Mauvaise gestion des ressources Faible fonctionnalité des FS
Il existe une faible participation communautaire	Faible fonctionnalité des COGES des FS Insuffisance de compétence de certains membres COGES Irrégularité de la tenue des cadres de concertation au niveau communautaire Insuffisance dans le suivi des activités des OBC et des ASBC Faible mobilisation communautaire Le système de partage couts (mutuelles de santé) est peu développé Faible appui (financier et matériel) des collectivités aux FS périphériques Absence de COGECMA	Faible mobilisation des ressources pour le fonctionnement Mauvaise gestion des ressources financières Faible redevabilité communautaire Baisse des indicateurs d'activités Augmentation des dépenses liées aux soins de santé

<p>La gestion des ressources humaines est peu satisfaisante</p>	<p>Le suivi de la carrière des agents n'est pas effectif Le ratio personnel population est en deçà des normes OMS Inégale répartition du personnel entre milieu urbain et milieu rural Absence de plan de carrière du personnel communautaire Absence de certains spécialistes pour l'offre de soins Faible application des textes et lois en GRH Mobilité du personnel Réseau REGINA non disponible Insuffisance de formation continue</p>	<p>Charge de travail élevé Faible motivation du personnel Baisse de la qualité des soins prodigués Offre de prestations limitées Insuffisance de compétences des agents</p>
<p>La mobilisation et la gestion financière sont peu satisfaisantes</p>	<p>Faible mobilisation des ressources propres Insuffisance de financement de la part des PTF Faible niveau de financement pour la prise en charge des groupes vulnérables Insuffisance dans la gestion des ressources financières Certains membres COGES ne sont pas formés en gestion des CSPS/CM Irrégularité des contrôles internes</p>	<p>Difficultés de fonctionnement des FS (salaires, achat MEG) Faible disponibilité des produits de santé Baisse de la qualité des services Baisse de la fréquentation des FS Non/faible exécution de certaines activités</p>

	<p>Retard du remboursement des couts de la gratuité des soins</p> <p>Faible recouvrement des couts des prestations</p> <p>Faible application des sanctions</p> <p>Insuffisance dans l'allocation des crédits transférés au profit des CSPS/CM Budget des CSPS/CM non annexé au budget communal.</p>	
<p>Les équipements et infrastructures sanitaires sont insuffisants et inadaptés</p>	<p>Insuffisance de fonds alloués</p> <p>Insuffisance d'accompagnement des PTF</p> <p>Insuffisance de maintenance</p> <p>Insuffisance de suivi des réalisations des infrastructures</p>	<p>Baisse du taux d'utilisation des FS</p> <p>Infections associées aux soins</p> <p>Qualité de l'accueil des usagers</p> <p>Offre de prestations limitée</p> <p>Panne fréquente des équipements</p>
<p>Le matériel médicotechnique reste insuffisant et de faible qualité</p>	<p>Absence de maintenances périodiques</p> <p>Équipements et matériels médico-techniques non harmonisés</p> <p>Insuffisances de fonds alloués</p> <p>Faible capacité financière des FS</p> <p>Faible appui des collectivités et des communautés</p>	<p>Évacuations fréquentes des patients vers un niveau supérieur</p> <p>Pannes récurrentes</p> <p>Taux de mortalités élevés</p> <p>Baisse du taux d'utilisation des services de santé</p> <p>Faible qualité des prestations offertes</p>
<p>La disponibilité des produits de santé de qualité</p>	<p>-Rupture au niveau fournisseur</p> <p>-Capacité et condition de stockage insuffisante</p>	<p>-Rupture fréquente des produits pharmaceutiques</p>

<p>(médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) n'est pas satisfaisante</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Faible disponibilité des PSL au niveau du CRTS -Faible don de sang -Non mise en œuvre de la pharmacie hospitalière au niveau du CMA Insuffisance dans la gestion des produits de santé au niveau FS (rapportage, inventaires, suivi des stocks) 	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la capacité financière des FS -Fréquence élevée des évacuations vers le niveau supérieur -Élévation du taux de mortalité maternelle et infantile -Usage non rationnel des médicaments -Rupture fréquente des médicaments -Cout élevé des ordonnances -Baisse de la fréquentation des FS
<p>L'approche qualité des services est insuffisante</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de comité PCIAS -Faible appropriation des procédures de gestion des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) par les agents. -Non-respect des principes de PCI lors des soins. -Faible application des protocoles de prise en charge -Faible fonctionnalité des EAQ dans les FS 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible qualité des soins -IAS -Faible fréquentation des FS
<p>La disponibilité et l'utilisation des paquets essentiels de services pour la lutte contre les maladies transmissibles et non</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ruptures en intrants de dépistage et de prise en charge -Faible application des protocoles et directives de prise en charge -Insuffisance en personnel formé 	<p>Persistance des maladies transmissibles</p> <p>Augmentation des dépenses de santé</p>

transmissibles ne sont pas satisfaisantes	<ul style="list-style-type: none"> -Faible notification des cas dans les FS -Absence de certains spécialistes pour la prise des cas -Faible implication des FS privées -Faible adhésion des populations à certaines stratégies de lutte -Insuffisance dans la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées 	<p>Baisse des indicateurs d'activités des FS</p> <p>Augmentation de la prévalence des MNT au sein de la communauté</p>
Les services de nutrition ne sont pas de qualité	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de formation continue dans le domaine -Ruptures en intrants de prise en charge -Faible mise en œuvre des stratégies communautaires (GASPA) -Unité de PCI non adaptée -Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités de nutrition au niveau du district 	<ul style="list-style-type: none"> -Augmentation du taux de mortalité infantile -Prévalence élevée de la malnutrition
Faible taux de dépistage de la malnutrition aiguë	<p>Insuffisance de compétences des prestataires et des ASBC</p> <p>Insuffisance de sensibilisation des populations</p>	<p>Augmentation de la morbi-mortalité infantile</p> <p>Augmentation des dépenses de santé</p>
L'offre de services aux groupes spécifiques n'est pas satisfaisante	<ul style="list-style-type: none"> -Faible adhésion des populations -Persistance des pesanteurs socio-culturelles -Désinformation des populations -Insuffisance de compétences des prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> -Baisse des indicateurs d'activités -Risque de survenue des épidémies -Augmentation de la morbi-mortalité au sein de la population

	<ul style="list-style-type: none"> -Faible application de stratégies de PEC -Ruptures en intrants et molécules de prise en charge -Insuffisance dans l'organisation des services -Faible accompagnement des PTF 	-Augmentation des dépenses de santé
L'hygiène et l'assainissement restent précaires dans le district	<ul style="list-style-type: none"> -Faible utilisation des latrines surtout en milieu rural -Non-respect des règles d'hygiène des mains - Mauvaise évacuation des eaux usées et des ordures ménagères - Consommation d'eau non potable -Faible accompagnement des collectivités -Insuffisance de sensibilisation des populations 	<ul style="list-style-type: none"> -Persistance du péril fécal -Risque de survenue d'épidémie -Prévalence élevée des maladies parasitaires et respiratoires -Persistance de MTN telle la schistosomiase urinaire, la filariose lymphatique et le trachome
La réponse du système de santé face aux situations d'urgences sanitaires et catastrophes n'est pas maîtrisée	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'un plan de riposte global Sous notification de certaines maladies sous surveillance Insuffisance de financement Ruptures en réactifs et consommables de laboratoire Insuffisance en équipements, matériels et intrants de riposte face aux situations d'urgences 	<ul style="list-style-type: none"> Propagation des MPE Faible réactivité face aux situations d'urgences Risque accru de survenue des urgences

3.6.2. Sélection et formulation des problèmes prioritaires

1. Faible capacité de l'ECD dans la gouvernance et le leadership ;
2. La gestion des ressources humaines est peu satisfaisante ;
3. La mobilisation et la gestion financière est peu satisfaisante ;
4. Les équipements et infrastructures sanitaires sont insuffisants et inadaptés
5. Le matériel médicotechnique reste insuffisant et de faible qualité
6. La disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) n'est pas satisfaisante
7. L'approche qualité des services est insuffisante
8. La disponibilité et l'utilisation des paquets essentiels de services pour la lutte contre les MT et MNT ne sont pas satisfaisante
9. Les services de nutrition ne sont pas de qualité
10. L'offre de services aux groupes spécifiques n'est pas satisfaisante
11. L'hygiène et l'assainissement restent précaires dans le district
12. La réponse du système de santé face aux situations d'urgences sanitaires et catastrophes n'est pas maîtrisée ;

□ Priorités 2023-2027

OS1

- ✓ Renforcement du leadership et de la gouvernance
- ✓ Amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité
- ✓ Développement de la recherche opérationnelle
- ✓ Amélioration de la mobilisation et de la gestion des ressources financières

OS2

- ✓ Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines.

OS3

- ✓ Renforcement de la protection des populations contre le risque financier
- ✓ Renforcement des infrastructures, équipements, du matériel standardisés et harmonisés et de la logistique
- ✓ Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité en produits de santé de qualité
- ✓ Amélioration de la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles

non transmissibles et des traumatismes et les maladies tropicales Négligées

- ✓ Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact, en particulier les services de SRMNEA-N, de jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques
- ✓ Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant

OS4

- ✓ Augmentation de l'utilisation des services préventifs et promotionnels
- ✓ Renforcement de la disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive
- ✓ Renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant

OS5

- ✓ Amélioration de la gestion des épidémies, des catastrophes et autres urgences de santé publique

IV. CADRE DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE DISTRICT

4.1. Fondements

Les fondements de la politique de santé du district sanitaire de Dafra sont en adéquation avec ceux du pays et font référence à la Constitution et aux engagements internationaux auxquels le Burkina a souscrit en matière de santé. De nombreux textes ont également été édictés au plan national traduisant ainsi la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations avec un accent particulier sur la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP). L'élaboration du PDSD du district se base la PSS telle que traduite dans le PNDS et s'articule autour des cinq orientations stratégiques de la SNDS.

4.2. Vision

La vision du district de Dafra à l'horizon 2027 s'aligne à celle du ministère de la santé à savoir : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2027 ». Elle découle de la vision énoncée dans l'étude nationale prospective Burkina 2025 : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale » et celle du PNDES, se formule comme suit : « le Burkina Faso, une nation démocratique, unie et solidaire, transformant la structure de son économie pour réaliser une croissance forte et inclusive, au moyen de modes de consommation et de production durables ». Cette vision ambitieuse d'offrir à l'ensemble de la population du district un état de bien-être à travers des services de santé de qualité qui puissent promouvoir, protéger, restaurer et réhabiliter leur santé et cela par des stratégies performantes et résilientes.

4.3. Principes et valeurs

4.3.1. Principes

✓ Participation

Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé, soit directement ou par le biais d'institutions médiatrices légitimes qui représentent leurs intérêts. Une telle participation au sens large s'inspire de la liberté d'association et d'expression, et repose sur les capacités de participation constructive. Un bon pilotage et soutien des services du MS tient compte des intérêts des différents groupes afin d'aboutir à un consensus.

✓ Primauté de la loi

Les cadres juridiques de la santé doivent être justes et appliqués en toute impartialité, notamment la législation relative aux droits humains en rapport avec la santé.

✓ Gestion axée sur les résultats

L'importance de la prise en compte des principes de bonne gouvernance dans la mise en œuvre des actions de développement commande que la stratégie s'appuie sur la Gestion axée sur les résultats (GAR). En effet, la GAR est une approche de gestion qui met l'accent sur l'atteinte de résultats préalablement définis. Cette approche requiert la transparence, la reddition des comptes et la participation effective des acteurs à la réalisation des objectifs définis.

✓ Transparence

La transparence repose sur le flux libre d'informations dans tous les aspects de la santé. Les processus, les institutions et les informations doivent être directement accessibles aux personnes et entités concernées, et suffisamment de données doivent être disponibles pour comprendre et surveiller les questions d'ordre sanitaire.

✓ **Réactivité**

La DRSHP, le district et les FS doivent disposer de moyens pour répondre en temps réel aux besoins des bénéficiaires dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines.

✓ **Intégration**

Le secteur s'emploie à faire prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques de développement et à travailler de façon concertée avec tous les acteurs au niveau local, et notamment en synergie avec les collectivités locales. Une approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de relever des défis nouveaux et variés pour la santé, notamment l'urbanisation, la tendance mondiale à des modes de vie malsains, le vieillissement de la population, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les morbidités multiples, la hausse des coûts de la santé, les flambées de maladies et les autres crises liées à la santé

4.3.2. Valeurs

✓ **Équité et genre**

La prise en compte du genre vise à réduire en matière de pilotage et soutien des services du MS les inégalités et disparités, souvent élevées entre les hommes et les femmes dans la gestion de l'action publique. L'équité dans la mise en œuvre des programmes et l'allocation des ressources assurera une couverture adéquate des groupes marginalisés tant du point de vue géographique, socio-culturel ou en rapport avec le revenu.

✓ **Responsabilité**

C'est la fonction/attribution des titulaires de charges publiques ou privées dans la mise en œuvre d'une fonction déterminée et d'en assurer et assumer le leadership pour l'atteinte d'un résultat prédéfini.

✓ **Redevabilité**

Les décideurs des pouvoirs publics, du secteur privé et des organisations de la société civile impliqués dans la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux

intervenants institutionnels. Cette prise de responsabilités varie selon l'organisation ou selon la décision qui peut être interne ou externe à l'organisation en question.

4.4. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du district sanitaire de Dafra d'ici à 2027.

4.5. Résultats

4.5.1. Détermination des stratégies

Les stratégies se trouvent en annexe

Tableau XXI: Chaîne des résultats du PDS

RESULTATS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
1	P 1.1 : La coordination et la collaboration intersectorielle sont renforcées	Effet 1 : La gouvernance, le leadership et la coordination interne sont renforcées	L' état de santé de la population est amélioré
2	P 1.2 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision		
3	P 2.1 : Le district dispose de ressources humaines compétentes, motivées et en quantité suffisante	Effet 2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité	
4	P 3.1 : Des ressources financières suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU		
5	P 3.2 : Les FS district dispose d'équipements et des infrastructures répondant aux normes requises disponibles et accessibles à tous les niveaux		
6	P 3.3 : Les FS disposent de matériels médico-techniques harmonisés et bien		

	entretenus selon les normes et les besoins	Effet 3 : Les patients ont accès à des soins de qualité	
7	P 3.4 : Les FS disposent de produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, réactifs, PSL, contraceptifs) et en quantité suffisante		
8	P 3.5 : Les FS offrent des services et des soins sécurisés et de qualité aux usagers		
9	P 3.6 : Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies tropicales négligées sont offertes à tous les niveaux et acceptées par la population		
10	P 3.7 : Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments sont offerts aux groupes spécifiques		

11	P 4.1 : Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive de qualité, en particulier la PF sont utilisés par les différents groupes spécifiques	Effet 4 : La santé des groupes spécifiques et les bonnes pratiques favorables à la santé sont promues	
12	P 4.2 : Les bonnes pratiques en faveur des comportements favorables à la santé sont promues au sein de la population		
13	P 5.1 : La préparation et la riposte aux urgences sanitaires sont assurées	Effet 5 : La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées	

Tableau XXII: Cadre logique du PDSD

Résultats fixés au niveau de la structure	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses	Risque
---	-------------	------------------------	------------	--------

Effets	Effet 1 : La gouvernance, le leadership et la coordination interne sont renforcées	Proportion de cadres de concertation tenues	Rapport d'activités	Accompagnement des autorités Engagement des acteurs	Climat socio-politique Défis sécuritaires, insuffisance en ressources financières
	Effet 2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité	Proportion des agents de santé ayant été notés pour l'année précédente	Copie des fiches	Engagement des autorités	Mobilité du personnel Non-respect des critères d'affectation du personnel
		Proportion de ristournes payées	Etat de paiement		
		Ratio population/Médecin	Fichier du personnel	RH disponibles	
Effet 3 : Les patients ont accès à des soins de qualité	Taux de mortalité intra hospitalière chez les moins de 5 ans	RMA ENDOS	Disponibilité des RH et des documents normatifs		

		Taux de mortalité maternelle Ratio de mortalité infantile	Registre de prise en charge	Disponibilité des ressources financières et matérielles	
		Létalité du paludisme – 5 ans			
		Taux de guérison TB			
Effet 4 : La santé des groupes spécifiques et les bonnes pratiques favorables à la santé sont promues		Taux d'utilisation des méthodes contraceptives	RMA ENDOS	Disponibilité des directives, normes et protocoles de PEC ; RH de qualité	Défis sécuritaires, accompagnement des PTF
		Taux d'accouchement assisté	Registre de prise en charge		
Effet 5 : La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées		Proportion de cas de maladies sous surveillance investiguées y compris la COVID 19	Rapports d'investigation	Disponibilité des directives et guides révisés	Défis sécuritaires, accompagnement des PTF Insuffisance en ressources financières

Produit 1	P 1.1 : La coordination et la collaboration intersectorielle sont renforcées	Nombres de CSD tenus	Rapport d'activités	Accompagnement des autorités Engagement des acteurs	Climat socio-politique Défis, sécuritaires, insuffisance en ressources financières
		Nombre de rencontres ECD/ICP/COGES tenues			
	Nombre de rencontres ECD/SUS/SUT tenues				
	P 1.2 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision	Complétude des RMA des FS privées	RMA/DHIS2	Disponibilité des ressources humaines et des supports de rapportage	Climat socio-politique Défis sécuritaires, accompagnement des PTF
Complétude TLOH		Base TLOH			
Produit 2	P 2.1 : Le district dispose de ressources humaines compétentes, motivées et en quantité suffisante	Proportion de FS remplissant les normes en personnel	Fichier du personnel	Engagement des autorités Disponibilité des RH Disponibilité des ressources financières	Mobilité du personnel Non-respect des critères d'affectation du personnel
		Proportion de ristournes payées	Etat de paiement		
Produit 3	P 3.1 : Des ressources financières suffisantes sont disponibles et gérées avec efficacité pour atteindre la CSU	Taux d'autofinancement des activités	Rapport de trésorerie Rapports de contrôle	Moyens financiers et humains disponibles Accompagnement des PTF	Climat socio-politique Défis sécuritaires,
		Nombre de contrôles de gestion réalisés	Bilan financier		

		Proportion de FS disposant d'un plan d'action			
P 3.2 : Les FS du district disposent d'équipements et des infrastructures répondant aux normes requises	Pourcentage de besoins en équipements satisfaits	Bordereau de livraison	Disponibilité des RH et financières Engagement des collectivités territoriales	Mobilité du personnel, mouvements sociaux Faible mobilisation des ressources financières Défis sécuritaires	
	Proportion de maintenances préventives réalisées	Rapport d'intervention			
	Proportion de FS disposant d'infrastructures normalisées	PV de reception			
P 3.3 : Les FS disposent de matériels médico-techniques harmonisés et bien entretenus selon les normes et les besoins	Pourcentage de besoins en équipements et matériels médico-techniques satisfait	Cahier de maintenance Bordereau de livraison	Plan de maintenance Disponibilité des RH et financières	Faible mobilisation des ressources financières	
P 3.4 : Les FS disposent de produits de santé de qualité (médicaments,	Pourcentage de FS n'ayant pas connu de	TLOH RMA SIGL	Etablissement d'un plan d'approvisionnement	Faible mobilisation des ressources financières	

	vaccins, réactifs, PSL, contraceptifs) et en quantité suffisante	rupture en molécules traceurs	Rapport de supervision Monitoring	Disponibilité des ressources financières	Irrégularité du remboursement de la gratuité
		Pourcentage de besoins en PSL satisfait			
		Taux de rupture des antigènes du PEV			
	P 3.5 : Les FS offrent des services et des soins sécurisés et de qualité aux usagers				
	P 3.6 : Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies tropicales	Proportion d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME/ TETU	RMA DHIS2	Disponibilité du GDT,	Mobilité du personnel, Mouvements sociaux Insécurité
		Proportion de contre références effectuées	Registre de dispensation		
		Taux de détection de la TB			

négligées sont offertes à tous les niveaux et accepté par la population	Taux d'abandon BCG/RR1	Rapport de supervision Protocole de recherche	Directives, normes et protocoles de PEC ; RH, Financières			
	Taux de couverture vaccinale COVID-19					
	Proportion de FE dépistées positives mise sous ARV dans le cadre de la PTME					
	Nombre de supervisions intégrées réalisées				Disponibilité des RH et des documents normatifs	Insuffisance des ressources financières
	Nombre de recherche action menée					
P 3.7 : Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments sont	Taux de dépistage de la MAS Taux de guérison MAS Couverture Vit A chez les moins de 5 ans	RMA DHIS2 Registre de prise en charge	Disponibilité des directives, normes et protocoles de PEC ; RH de qualité	Défis sécuritaires, accompagnement des PTF		

	offerts aux groupes spécifiques				
Produit 4	P 4.1 : Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive de qualité, en particulier la PF sont utilisés par les différents groupes spécifiques	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives Taux d'accouchement assisté	RMA DHIS2 Registre de prise en charge	Disponibilité des directives, normes et protocoles de PEC ; RH de qualité	Défis sécuritaires, accompagnement des PTF Insuffisance en ressources financières
	P 4.2 : Les bonnes pratiques en faveur des comportements favorables à la santé sont promues au sein de la population	Pourcentage de FS disposant de source d'eau potable	Situation des sources d'eau Monitoring communautaire		
		Proportion des ménages utilisant des latrines			
	Nombre séances de sensibilisation réalisée sur l'hygiène et l'assainissement dans les FS				

Produit 5	P 5.1 : La préparation et la riposte aux urgences sanitaires sont assurées	Proportion de sorties d'investigation de visite des sites de surveillance réalisée Disponibilité d'un plan de riposte Nombre de plan blanc élaboré au CMA	RMA ENDOS	Disponibilité des directives et guides révisés	Défis sécuritaires, accompagnement des PTF Insuffisance en ressources financières
------------------	---	---	--------------	--	--

Tableau XXIII: Corrélation de la chaîne de résultats du PDSD avec les résultats du PNDS 2021-2030

PRODUITS (PDSD)	Orientations stratégiques	EFFETS (PDSD)	EFFETS du PNDS	IMPACT du PNDS
P 1.1 : La coordination et la collaboration intersectorielle sont renforcées	OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus	Effet 1 : La gouvernance, le leadership et la	Effet 1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience,	de santé L' état

<p>P 1.2 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision</p>	<p>d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre</p>	<p>coordination interne sont renforcées</p>	<p>transparence et redevabilité</p>	
<p>P 2.1 : Le district dispose de ressources humaines compétentes, motivées et en quantité suffisante</p>	<p>OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé</p>	<p>Effet 2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité</p>	<p>Effet 2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé</p>	
<p>P 3.1 : Des ressources financières suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU</p>				
<p>P 3.2 : Les FS district dispose d'équipements et des infrastructures répondant aux normes requises disponibles et</p>				

accessibles à tous les niveaux	<p>OS 3 : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)</p>	<p>Effet 3 : Les patients ont accès à des soins de qualité</p>	<p>Effet 3 : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier</p>	
P 3.3 : Les FS disposent de matériels médico-techniques harmonisés et bien entretenus selon les normes et les besoins				
P 3.4 : Les FS disposent de produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, réactifs, PSL, contraceptifs) et en quantité suffisante				
P 3.5 : Les FS offrent des services et des soins sécurisés et de qualité aux usagers				
P 3.6 : Les paquets de services essentiels,				

<p>intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies tropicales négligées sont offertes à tous les niveaux et accepté par la population</p>				
<p>P 3.7 : Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments sont offerts aux groupes spécifiques</p>				
<p>P 4.1 : Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive de qualité, en particulier la PF sont utilisés par les</p>	<p>OS 4 : Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements</p>	<p>Effet 4 : La santé des groupes spécifiques et les bonnes pratiques favorables</p>	<p>Effet 4 : La population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé</p>	

différents groupes spécifiques	favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique	à la santé sont promues		
P 4.2 : Les bonnes pratiques en faveur des comportements favorables à la santé sont promues au sein de la population				
P 5.1 : La préparation et la riposte aux urgences sanitaires sont assurées	OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	Effet 5 : La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées	Effet 5 : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience	

V. DISPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

5.1 Dispositifs de mise en œuvre

❖ Instruments de mise en œuvre

La mise en œuvre se fera à travers des plans de travail annuel du district mais aussi des 2 échelons que sont les CSPS/CM et le CMA.

❖ Acteurs de mise en œuvre

L'ECD, les responsables à tous les niveaux du district, la DRS, les collectivités territoriales, l'administration territoriale, les partenaires, le niveau central

❖ Dispositif organisationnel de mise en œuvre

Le dispositif statutaire existant sera mis à profit : CSD, des rencontres ECD-ICP, des rencontres ECD-SUS et ECD-ICP-COGES.

5.2 Dispositif de suivi et d'évaluation

❖ Mécanisme de suivi

Ce PDSD, une fois financé fera l'objet d'une bonne coordination à travers les cadres de concertation comme le staff clinique, les réunions hebdomadaires, les rencontres ECD/ICP, ECD/ICP/COGES, les AG dans les FS, le CSD et les réunions des comités de veille communautaire. Pour mieux apprécier les résultats poursuivis par le PDSD, le suivi se fera à travers l'analyse des TLOH, les rapports des activités, les monitorages, les supervisions et les contrôles de gestion. L'évaluation de la qualité des soins de façon semestrielle pourra s'inscrire dans cette même dynamique.

Le suivi et l'évaluation du PDSD se fera de façon mensuelle, semestrielle et annuelle.

❖ Outils de suivi

Tableau XXIV: Cadre de mesure de rendement

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2027 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2023	2024	2025	2026	2027				
E 1	Proportion de cadres de concertation tenues	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Rapport de tenue de rencontre	Trimestre	MCD
E 2	Proportion des agents de santé ayant été notés pour l'année précédente	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Fiches de notation	Année	RH
	Proportion de ristournes payées	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Etat de paiement	Trimestre	RAF
	Ratio population/Médecin	1 /7000	1 /7000	1 /7000	1 /7000	1 /7000	1 /7000	Fichier du personnel	Trimestre	RH
E 3	Taux de mortalité intra hospitalière chez les moins de 5 ans	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Taux de mortalité maternelle	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Ratio de mortalité infantile	<2%	<2 %	<2 %	<2 %	<2%	<2%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Létalité du paludisme – 5 ans	<1%	<1 %	<1 %	<1 %	<1%	<1%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Taux de guérison TB	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90%	DHIS2	Trimestriel	CISSE
E 4	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives	45%	45 %	45 %	45 %	45%	45%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Taux d'accouchement assisté	80%	80 %	80 %	80 %	80%	80%	DHIS2	Mensuel	CISSE

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2027 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2023	2024	2025	2026	2027				
E 5	Proportion de cas de maladies sous surveillance investiguées y compris la COVID 19	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	DHIS2	Mensuel	CISSE
P 1.1	Nombres de CSD tenus	2	2	2	2	2	2	Rapport de rencontre	Trimestriel	MCD
	Nombre de rencontres ECD/ICP/COGES tenues	4	4	4	4	4	4	Rapport de rencontre	Trimestriel	MCD
P 1.2	Nombre de rencontres ECD/SUS/SUT tenues	4	4	4	4	4	4	Rapport de rencontre	Trimestriel	MCD
	Complétude des RMA des FS privées	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Complétude TLOH	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Base TLOH	Hebdomadaire	CISSE
P 2.1	Proportion de FS remplissant les normes en personnel	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Fichier personnel	Trimestriel	RH
	Proportion de ristournes payées	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Etat de paiement	Trimestre	RA
P 3.1	Taux d'autofinancement des activités	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Bilan financier	Semestre	RAF
	Nombre de contrôles de gestion réalisés	38	38	38	38	38	38	Rapport de contrôle	Semestre	RAF/Pharmacie
	Proportion de FS disposant d'un plan d'action	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	Nombre de PA reçu	Année	PSE
P 3.2	Pourcentage de besoins en équipements satisfaits	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%			

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2027 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2023	2024	2025	2026	2027				
	Proportion de maintenances préventives réalisées	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport de maintenance	Trimestre	RAF
	Proportion de FS disposant d'infrastructures normalisées	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
P 3.3	Pourcentage de besoins en équipements et matériels médico-techniques satisfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
P 3.4	Pourcentage de FS n'ayant pas connu de rupture en molécules traceurs	100%	100%	100%	100%	100%	100%	SIGL DHIS2	Trimestre	Pharmacien
	Pourcentage de besoins en PSL satisfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Mensuel	SUT Labo
	Taux de rupture des antigènes du PEV	0	0	0	0	0	0	DHIS2	Mensuel	RPEV
P 3.5	Proportion d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME/ TETU	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Proportion de contre références effectuées	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Taux de détection de la TB	70%	70%	70%	70%	70%	70%	DHIS2	Trimestre	CISSE
	Taux d'abandon BCG/RR1							DHIS2	Mensuel	RPEV
	Taux de couverture vaccinale COVID-19	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2	Mensuel	RPEV
	Proportion de FE dépistées positives mise sous ARV dans le cadre de la PTME	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DHIS2	Mensuel	CISSE
	Nombre de supervisions intégrées réalisées	38	38	38	38	38	38	Rapport de	Semestre	PSE

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2027 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2023	2024	2025	2026	2027				
								supervision		
	Nombre de recherche action menée	1	1	1	1	1	1	Rapport de l'étude	Année	MCD
P 3.6										
P 3.7	Taux de dépistage de la MAS	95%	95%	95%	95%	95%	95%	DHIS2	Trimestre	CISSE
	Taux de guérison MAS	95%	95%	95%	95%	95%	95%	DHIS2	Trimestre	CISSE
	Couverture Vit A chez les moins de 5 ans	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Base JVA+	Semestre	CISSE
P 4.1	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives	45%	45%	45%	45%	45%	45%	DHIS2	Trimestre	CISSE
	Taux d'accouchement assisté	90%	90%	90%	90%	90%	90%	DHIS2	Trimestre	CISSE
P 4.2	Pourcentage de FS disposant de source d'eau potable	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Mensuel	RPS
	Proportion des ménages utilisant des latrines	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Mensuel	RPS
	Nombre séances de sensibilisation réalisées sur l'hygiène et l'assainissement dans les FS	216	216	216	216	216	216	RMA	Mensuel	RPS
P 5.1	Proportion de sorties d'investigation de visite des sites de surveillance réalisée	80%	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport d'investigation	SteLab	CISSE

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2027 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2023	2024	2025	2026	2027				
	Disponibilité d'un plan de riposte	1	1	1	1	1	1	Plan de riposte	Année	MCD
	Nombre de plan blanc élaboré au CMA									

❖ Evaluation

L'évaluation finale du PDSD se fera à travers l'évaluation des effets. Le rapport de progrès servira d'outil d'évaluation. Une auto-évaluation à mi-parcours est prévue en 2025 pour s'assurer de la bonne évolution des activités ou apporter des actions correctrices au besoin.

VI.BUDGETISATION ET FINANCEMENT

PLANNING OPERATIONNEL DES ACTIVITES DU PDSO 2023-2027

Tableau XXV: Planning des activités par effet, orientation stratégique et par produit

Effet 1 PNDS : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité										
Effet 1 DS : La gouvernance, le leadership et la coordination interne sont renforcées										
P 1.1 : La coordination et la collaboration intersectorielle sont renforcées										
	Activités	Période					Responsables	Autres concernés	Coûts	Sources de financement
		2023	2024	2025	2026	2027				
1	Tenir semestriellement le CSD	X	X	X	X	X	HC	ECD/COGES/MAIRES	7 756 000	GAVI/RSS
2	Tenir les rencontres trimestrielles ECD- ICP- SUS/SUT	X	X	X	X	X	MCD	ECD-ICP-SUS/SUT	000 6 630	FP
3	Tenir les rencontres semestrielles ECD- ICP- COGES	X	X	X	X		MCD	ECD-ICP-COGES	000 3 891	FP
4	Tenir semestriellement l'AG du CMA	X	X	X	X	X	MCD	MRACQS/CSIO	000 2 450	FP
5	Tenir chaque semestre une rencontre semestrielle de concertation ECD/Partenaires sociaux	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 700	FP

6	Renforcer les cadres de concertation sur la prise en charge des cas de Covid-19 à tous les niveaux du système de santé (Communauté, DS, DRS, CHR/Polyclinique, Hôpitaux privés, CHU)	X					MCD	ECD	000	1 225	FM COVID
7	Appuyer les FS dans l'élaboration de leurs plans d'action	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	3 315	FP
8	Tenir une rencontre une fois par semestre avec les responsables des structures privées de soins	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	1 400	FP
9	Tenir une rencontre une fois par semestre avec les membres des bureaux des associations de tradipraticiens du district	X	X	X	X	X	MCD	ECD/Tradipraticiens de santé	000	1 400	FP
10	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	1 250	
11	Évaluer et élaborer le plan de travail annuel du district sanitaire	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	4 650	FP
12	Elaborer le PDSD 2023-2027	X					MCD	ECD	PM		PAPS II

13	Évaluer le PDSD d'action 2023-2027 et élaborer le PDSD2028-2032	X	X	X	X	X			PM	
S/TOTAL 1									34 667 000	
P 1.2 : L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision										
14	Doter les FS en supports et guides de collecte de données	X	X	X	X	X	MCD	RAF	36 000 000	FP
15	Assurer mensuellement les frais de communication pour la transmission des données	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000 21 744	FP
16	Tenir en 1 Jour une rencontre semestrielle de validation des données contraceptifs et MMR	X	X	X	X	X	MCD	RSIO/CISSE	500 3 122	UNFPA
17	Tenir trimestriellement l'atelier de validation des données au niveau du district	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 15 880	FM PALU
18	Former les responsables des FS à l'analyse et à l'utilisation systématique des données collectées localement		X		X		MCD	ECD	000 1 405	FP

19	Former les agents de santé sur le système de référence et de contre référence		X		X		MCD	ECD	000	5 804	FP
S/TOTAL 2									500	83 955	
TOTAL EFFET 1										118 622 500	
Effet 2 SNDS : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé											
Effet 2 DS : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité											
P 2.1 : Le district dispose de ressources humaines compétentes, motivées et en quantité suffisante											
	Activités	Période					Responsables	Autres concernés	Coûts	Sources de financement	
		2023	2024	2025	2026	2027					
20	Assurer le paiement des ristournes	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	160 000	FP
21	Assurer le paiement des salaires des agents contractuels	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	90 000	FP
22	Assurer la restauration des malades et des agents de santé du CMA	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	47 500	BE
									000	75 000	FP
23	Assurer le transport des nouveaux agents affectés au district	X	X	X	X	X	MCD		000	675	FP

24	Acquérir le Réseau Informatique National de l'Administration (RESINA)		X							460	2 061	FP
S/TOTAL 3										375 236 460		
TOTAL EFFET 2										375 236 460		
Effet 3 SNDS : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier												
Effet 3 DS : Les patients ont accès à des soins de qualité												
P 3.1 : Des ressources financières suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU												
	Activités	Période					Responsables	Autres concernés	Coûts	Sources de financement		
		2023	2024	2025	2026	2027						
25	Réaliser semestriellement le contrôle de gestion des FS du district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	14 530	FP	
26	Former les responsables (ICP/SUS/SUT) sur la gestion des FS/unités de soins	X		X		X	MCD	RAF	500	2 771	FP	
27	Informatiser le système de recouvrement des CSPS/CM	X	X				MCD	ECD	PM			
28	Former les membres COGES	X		X			MCD	RAF/PHARMACIE	2 419 400		FP	
S/TOTAL 4										19 720 900		
P 3.2 : Les FS district dispose d'équipements et des infrastructures répondant aux normes requises et accessibles à tous les niveaux												

29	Faire un plaidoyer pour la construction de CSPS dans les secteurs 31,32 et 33		X		X					PM		
30	Appuyer les FS pour la réhabilitation de certaines infrastructures	X	X	X	X	X		ECD		000	5 000	FP
31	Faire un plaidoyer pour l'acquisition de motos pour les FS	X	X	X	X	X				PM		
32	Faire un plaidoyer pour l'acquisition une ambulance supplémentaire	X	X	X	X	X				PM		
33	Faire un plaidoyer pour l'acquisition un nouveau véhicule de supervision	X	X	X	X	X				PM		
34	Faire un plaidoyer pour la construction d'un DRD répondant aux normes	X	X	X	X	X				PM		
35	Faire un plaidoyer pour la construction d'une unité de pédiatrie/CREN répondant aux normes	X	X							PM		
36	Acquérir du matériel informatique et péri-informatique pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF		000	75 000	BE

37	Acquérir des produits informatiques et péri-informatiques pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	20 000	BE
38	Acquérir des fournitures de bureau et produit d'entretien pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	27 250	BE
39	Acquérir des imprimés pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	35 000	FP
40	Acquérir des produits et matériel de protection pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	22 025	BE
41	Acquérir du mobilier de bureau pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	7 500	BE
42	Acquérir du matériel médico-technique	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	27 500	BE
43	Effectuer les travaux de maintenance d'eau et d'électricité	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	15 000	BE
44	Assurer l'entretien des bâtiments intérieurs et extérieurs et les climatiseurs	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	27 750	FP
									000	17 250	BE
45	Assurer l'entretien du matériel de bureau	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	10 000	FP
46	Assurer l'entretien des véhicules à quatre roues	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	17 250	BE

									000	27 750	FP
47	Assurer la maintenance préventive et curative du matériel informatique et péri-informatique et les climatiseurs	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	6 000	BE
48	Assurer l'entretien des véhicules à quatre roues	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	6 000	BE
49	Assurer le carburant pour les déplacements et achat de lubrifiant	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	25 000	BE
50	Assurer le carburant pour les évacuations sanitaires	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	25 000	BE
51	Assurer le carburant pour le fonctionnement du groupe électrogène	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	20 000	FP
52	Assurer les frais de déplacement pour les missions à l'intérieur	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	12 500	BE
53	Assurer les frais de tenue de compte	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	1 200	PADS

54	Prestation de services (gardiennage du CMA, nettoyage des locaux du CMA,)	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	49 400	
S/TOTAL 5										479 375 000	
P 3.4 : Les FS disposent de produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, réactifs, PSL, contraceptifs) et en quantité suffisante											
55	Approvisionner le DRD en médicaments essentiels génériques une fois par mois	X	X	X	X	X	MCD	Resp DRD	000	2 760 000	FP
56	Doter le CMA en réactifs et consommables	X	X	X	X	X	MCD	Resp DRD	000	750 000	FP
57	Acquérir des médicaments et des consommables médicaux pour le district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	22 500	BE
58	Approvisionner le district en vaccin une fois par mois	X	X	X	X	X	MCD	RESP/PPV	PM		BE
59	Approvisionner le laboratoire en PSL	X	X	X	X	X			000	1 500	FP
S/TOTAL 5										4 013 375 000	
P 3.3 : Les FS disposent de matériels médico-techniques harmonisés et bien entretenus selon les normes et les besoins											

60	Assurer la maintenance curative et préventive des appareils et équipements médicotecniques	X	X	X	X	X	MCD	RAF	15 000 000	FP
61	Faire un plaidoyer pour l'acquisition des réfrigérateurs et des congélateurs au profit de l'ECD et des FS	X	X	X	X	X			PM	
S/TOTAL 6									15 000 000	
P 3.5 : Les FS offrent des services et des soins sécurisés et de qualité aux usagers										
62	Implémenter le référentiel qualité dans les formations sanitaires	X	X	X	X	X			000 1 500	FP
63	Réaliser le monitoring semestriel des activités des formations sanitaires	X	X	X	X	X	MCD	ECD	3 795 000	FP
64	Former les agents de santé sur la gestion des EIAS	X	X	X	X	X			6 048 500	FP
S/TOTAL 8									11 343 500	
P 3.6 : Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies tropicales négligées sont offertes à tous les niveaux et accepté par la population										

65	Tenir et restituer les audits de décès maternels et néonataux	X	X	X	X	X	MCD	MRACQS	4 200 000	FP
66	Réaliser une fois par semestre des sorties de supervisions intégrée (PECM, Etme, tb/vih? Hépatite, Cancer du col de l'utérus)	X	X	X	X	X	MCD	ECD	14 025 000	SP/CNLS
67	Assurer la recherche active des patients tuberculeux absents au traitement	X	X	X	X	X	MCD	ECD/CDT	100 1 112	FM TB
68	Mener une recherche action sur la satisfaction des bénéficiaires de soins dans les FS	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 2 570	FP
69	Réaliser semestriellement une supervision intégrée dans les formations sanitaires du district	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 5 235	FP
70	Superviser semestriellement les acteurs de lutte contre le paludisme (centres de santé périphériques) par l'équipe du district	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 5 168	FM/Palu-RSS

71	Mettre en œuvre la chimio prophylaxie du paludisme saisonnier	X	X	X	X	X	MCD	ECD	800	464 140	Malaria Consortium
72	Mettre en œuvre les campagnes de vaccination COVID 19	X	X	X	X	X	MCD	ECD	PM		Gavi Alliance
73	Mettre en œuvre les activités du projet MIRAMA	X	X				MCD	ECD	PM		HKI
74	Superviser par semestre les infirmiers des sites de collecte, de transport des crachats et de traitement des malades par les agents du CDT	X	X	X	X	X	MCD	ECD/Resp CDT	10 466 040		FM TB
75	Assurer la supervision spécifique PEV		X	X	X	X	MCD	ECD	PM		GAVI RSS
76	Former les agents de santé sur le PEV	X	X	X	X	X			PM		GAVI RSS
77	Mener le DQAS	X	X	X	X	X			PM		GAVI RSS
78	Effectuer les contrôles de l'effectivité de la vaccination en stratégie avancée	X	X	X	X	X			PM		GAVI RSS
79	Mener les campagnes de vaccination	X	X	X	X	X			PM		BE

80	Former les agents sur la triple eTME	X	X	X	X	X	MCD	ECD	PM	UNFPA
81	Assurer chaque année les Références des cas présumés de tuberculose vers les centres de santé par les agents de la médecine alternative (500 références par trimestre)	X	X	X	X	X	MCD	ECD/ Resp CDT	700 000	FM TB
82	Assurer le fonctionnement du comité thérapeutique TB et VIH au niveau des MAC (réunions mensuelles de 8 à 9 personnes)	X	X	X	X	X	MCD	ECD/ Resp CDT	000 2 700	FM TB
83	Appuyer financièrement les réunions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre de l'intervention au niveau des services/structures de santé (REA TB)	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 5 300	FM TB

84	Assurer les indemnités mensuelles des animateurs (et autres agents d'appui des centres de santé) chargés du screening TB au niveau des Centres de santé	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	22 920	FM TB
85	Former chaque année les prestataires de santé sur la recherche active de la tuberculose	X	X	X	X	X	MCD	ECD/Resp CDT	000	1 250	FM TB
86	Former les acteurs communautaires du district sanitaire sur l'identification et l'orientation des présumés TB et Covid-19	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	12 783	FM TB
87	Assurer les frais d'envoi des échantillons de crachats collectés par les agents des CSPS vers le laboratoire du CDT	X	X	X	X	X	MCD	ECD/Resp CDT	990	6 005	FM TB

88	Assurer les frais de communication des 54 agents de santé chargés de la coordination des activités TB chez les enfants dans les services de pédiatrie/CREN	X	X	X	X	X	MCD	ECD/Resp CDT/ Resp CREN	000	900	FM TB
89	Assurer la recherche de sujets présumés TB autour de tout cas de TB	X	X	X	X	X	MCD	ECD/Resp CDT	000	4 325	FM TB
90	Rechercher les patients TB absents au traitement au plus tard 2 jours après le constat de l'absence	X	X	X	X	X	MCD	Resp CDT	000	1 300	FM TB
91	Organiser une fois par mois une séance de dépistage/diagnostic de la TB dans les postes de santé avancés dans les camps PDI et ZADS par trois agents de santé	X	X	X	X	X	MCD	RESP CDT	500	922	FM TB
92	Appuyer en carburant pour le déplacement des patients TB et VIH pour leurs consultations et suivi	X	X	X	X	X	MCD	Resp CDT	000	2 250	FM TB

93	Organiser un atelier d'orientation des ICP sur les nouvelles directives de paludisme	X				X	MCD	ECD	500	1 982	FM PALU
94	Organiser un atelier de formation des ASBC	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000	3 318	FM PALU
95	Assurer les frais de saisie des données logistiques (Rapport SIGL) au compte du district	X	X	X	X	X	MCD	RAF	000	1 350	FM PALU
96	Former les gérants DMEG des formations sanitaires et les infirmiers chef de poste sur le net SIGL	X		X		X	MCD	RESP PHARMACIE	000	5 530	FM PALU
97	Organiser des suivis spécifiques des ASBC dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la COVID-19 y compris, la mobilisation sociale en matière de lutte contre la COVID-19	X					MCD	ECD	400	4 371	FM COVID
98	Appuyer l'investigation des alertes, des clusters par les équipes d'interventions rapides	X	X	X	X	X	MCD	ECD	095	2 460	FM COVID

99	Former agents de santé du district sanitaire sur la surveillance basée sur les événements	X		X		X	MCD	ECD	000	2 679	FM COVID
100	Former les ASBC du district à la collecte, notification des cas de COVID19	X		X		X	MCD	ECD	695	2 017	FM COVID
101	Former les agents de santé du district sur la mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements (SBE)	X		X		X	MCD	ECD	400	6 722	FM COVID
102	Former les ASBC sur la surveillance communautaire du covid 19	X		X		X	MCD	ECD	500	3 440	FM COVID
103	Organiser un atelier de validation des plans de mise en œuvre de la campagne MILDA par district sanitaire		X			X	MCD	ECD	000	1 600	FM PALU
S/TOTAL 9									603 745 020		
P 3.7 : Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments sont offerts aux groupes spécifiques											
104	Mettre en œuvre les JVA+	X	X	X	X	X	MCD	ECD	PM		HKI

105	Former les agents de santé du district sur la PCIMA/PCI	X		X			X	MCD		500	6 048	FP
106	Mettre en œuvre Les GASPA dans les FS		X							PM		
S/TOTAL 10										500	6 048	
TOTAL EFFET 3											4 669 232 920	
Effet 4. SNDS : La population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé, à l'accélération de la transition démographique												
Effet 4 DS : La santé des groupes spécifiques et les bonnes pratiques favorables à la santé sont promues												
P 4.1 : Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive de qualité, en particulier la PF sont utilisés par les différents groupes spécifiques												
	Activités	Période					Responsables	Autres concernés	Coûts	Sources de financement		
		2023	2024	2025	2026	2027						
107	Organiser une semaine nationale PF	X	X	X	X	X	MCD	ECD	15 540 000	UNFPA		
108	Organiser une stratégie avancée en PF dans les CSPS ciblés une fois par trimestre dans les districts	X	X	X	X	X	MCD	ECD	2 381 850	UNFPA		
109	Assurer la formation de prestataires sur le DMU	X		X		X	MCD	ECD	2 805 500	UNFPA		

110	Soutenir la supervision semestrielle sur la SR/PF/SONU y compris la COVID 19 des équipes des districts et des formations sanitaires	X	X	X	X	X	MCD	ECD	14 027 500	UNFPA
111	Former les acteurs sur la SONU	X		X		X			000 14 510	FP
S/TOTAL 11									49 264 850	
P 4.2 : Les bonnes pratiques en faveur des comportements favorables à la santé sont promues au sein de la population										
112	Former les ICP sur l'hygiène et assainissement	X		X		X			000 1 405	FP
113	Former les ASBC sur les techniques d'animation	X		X		X			PM	FP
114	Organiser des séances de projection de film sur les bonnes pratiques	X	X	X	X	X			1000000	FP
S/TOTAL 12									2 405 000	
TOTAL EFFET 4									51 669 850	
Effet 5 SNDS : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience										
Effet 5 DS: La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées										
P 5.1 : La préparation et la riposte aux urgences sanitaires sont assurées										
Activités	Période					Responsables	Autres concernés	Coûts	Sources de financement	
	2023	2024	2025	2026	2027					

115	Élaborer un plan de riposte aux urgences et catastrophes dans un contexte sécuritaire et de COVID 19	X	X	X	X	X	MCD	ECD	1 250 000	FP
116	Appuyer l'investigation des alertes, des clusters par les équipes d'intervention rapides / niveau district	X	X	X	X	X	MCD	ECD	000 1 250	FM COVID
117	Elaborer le plan blanc du CMA	X	X	X	X	X			000 1 250	FP
S/TOTAL 13									3 750 000	
TOTAL EFFET 5									3 750 000	
TOTAL GENERAL									5 218 511 730	

VI. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

Risques majeurs	Stratégies d'atténuation du risque	Activités pour l'atténuation du risque
Urgences de santé publique (Insécurité, épidémie...)	Planification	Élaborer un plan de riposte aux urgences et catastrophes dans un contexte de COVID 19
Rupture en produits de santé	Approvisionnement Dotation	Approvisionner le DRD en médicaments essentiels génériques une fois par mois Doter le CMA en réactifs et consommables
Mobilité du personnel, mouvements sociaux	Plaidoyer Dialogue	Tenir chaque semestre une rencontre semestrielle de concertation ECD/Partenaires sociaux
Irrégularités des maintenances	Maintenance	Assurer la maintenance curative des appareils et équipements médico-techniques
Insuffisance des ressources financières	Formation Supervisions Contrôle	Réaliser semestriellement le contrôle de gestion des CSPS/CM et du CMA

ANNEXES

Tableau I annexe : Évolution de la population par groupe cible au cours des cinq prochaines années

N°	Populations cibles	Années				
		2023	2024	2025	2026	2027
1	Population totale	488 108	503 794	519 741	535 969	552 473
2	Enfants de 6 à 11 mois	7 483	7 589	7 697	7 815	7 931
3	Enfants de 0 à 11 mois	15 404	15 625	15 848	16 088	16 328
4	Enfants de 0 à 5 ans	76 089	77 322	78 638	79 927	81 187
5	Femmes en âge de procréer	122 547	126 990	131 523	136 183	140 877
6	Grossesses attendues	22 469	23 283	24 114	24 969	25 829
7	Personnes âgées (50 ans et plus)	41539	42602	43769	45007	46458
8	Accouchements attendus	17 975	18 627	19 291	19 975	20 664
9	Naissances vivantes	17 561	18 198	18 847	19 515	20 188
10	6-59 mois	68 168	69 286	70 487	71 654	72 790

Tableau II annexe : répartition de la population par villages, secteurs et hameaux de culture en 2023

Formation sanitaire	Village/secteur/ Hameaux	Population 2023	OBS
Baré	Bare	5448	
	zoyona	550	
	Pefrou	640	
	Samandougou	1346	
Bindougoussou	Secteur 14	20938	
	Secteur 31	19937	
Bolomakoté	Secteur 06	14741	
	Secteur 27	21586	
Guimbi	Secteur 04	12283	

	Secteur 05	5107	
Koro	Koro 1	1250	
	Koro 2	820	
	Koro 3	1062	
Kotédougou	Kotedougou	4022	
	Zolona	192	
	Sandakoro1	233	
	Sagana1	393	
	Zocona	169	
	Sandakoro2	183	
	Sangana2	241	
	Dangoè	283	
	Tompénema	165	
	PK 20	467	
	Koumasso brousse	133	
Kouentou	Kouentou	2323	
	Noumousso	2074	
	Kekelesso	1885	
Léguéma	Leguema	5407	
	Moussobadougou	893	
	Camp peulh	461	
	Krouma	86	
	Missana	263	
	Kibi	190	
Mokouma	Mokouna	1427	
	Gandema	495	
	Logori	475	
	Béléma	714	
	Zatama	455	
Ouézzin ville	Secteur 15	53090	
	Secteur 32	24240	
Panamasso	Panamasso	3190	
	Dofiguisso	705	
	Tounouma	276	
	Camp peulh	224	
Santidougou	Santidougou	1133	
	Dafinso	1959	
	Kimidougou	1185	
	Tolotama	1083	
Sarfalao	Secteur 17	53135	
	Secteur 26	32655	

Secteur 24	Secteur 24	66660	
	Secteur 33	34087	
Secteur 25	Secteur 25	31432	
	Pala	5430	
Sogossagasso	Sogossagasso	2074	
	Selegouan1	612	
	Yokona	409	
	Camp peulh	457	
	Selegouan2	463	
	Dangoè	451	
	Leèbèrè	561	
	Yankadi	442	
	Wolsama	435	
Tounouma	Secteur 03	17858	
	Secteur 16	15584	
Yéguéresso	Yegueresso	3187	
	Borodougou	1913	
	Niamadougou	1586	
	Tondogosso	2255	
TOTAL	69	488 108	

Tableau III annexe : Evolution des ressources humaines par structure publique (compléter les emplois le cas échéant)

Structures	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire					Isolé									
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021					
Médecin	2	2	1	1	1	5	8	6	6	9																									
Pharmacien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
Conseiller de santé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																									
Préparateurs d'Etat en pharmacie	0	0	0	0	0	1	2	2	3	3																									
Technologiste biomédical	0	0	0	0	0	1	1	1	9	1																									
Ingénieurs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																									
Attaché de santé	2	2	3	3	4	4	4	4	4	5																									
Technicien d'Etat du génie sanitaire	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
Aide opératoire																																			

Tableau IV annexe : situation du matériel de la chaîne de froids du BUREAU PEV DS en 2022

Etat	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
Désignation					
Réfrigérateurs	4	0	0	4	
Congélateurs	3	2	0	5	
Glacières	0	3	0	3	
Bouteilles de gaz	12	0	0	12	
Fridge - tag	10	0	0	10	
Thermomètre à cadran	1	0	1	2	
Treck Pro	5	0	0	5	
Porte vaccins	05	0	0	5	

Tableau V: situation du matériel de la chaîne de froid des CSPS en 2023

Etat	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
Désignation					
Réfrigérateurs	15	4	0	19	
Congélateurs	0	0	0	0	
Glacières	3	0	0	3	
Bouteilles de gaz	36	0	0	36	
Fridge - tag	22	0	0	22	
Thermomètre à cadran	0	0	0	0	
Treck Pro	13	0	0	13	
Porte vaccins	143	45	0	188	

Tableau VI: situation du matériel médicotechnique

ETAT DESIGNATION	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
1^{er} échelon					
Aspirateur mécanique	0	1	0	1	
Aspirateurs	0	0	0	0	
Autoclave (Cocotte-minute)	12	4	5	21	
Bassin de lit	97	21	18	136	
Boite d'accouchement	68	27	13	108	
Boite d'épisiotomie	4	1	0	5	
Boite d'insertion/retrait implant	18	7	1	26	
Boite de pansement	43	21	13	77	
Boite de petite chirurgie	37	13	4	54	
Chaises	160	62	68	290	
Glycomètre	23	1	0	24	
Haricots	43	13	2	58	
Lit hospitalisation	150	51	15	216	
Matelas médical	129	81	55	265	
Microscope	0	0	0	0	
Otoscope	24	5	4	33	
Pèse bébé	26	11	14	51	
Pèse- personne	43	15	18	76	
Plateau rectangulaire	61	17	5	83	
Potence	91	27	12	130	
Poubelle à pédale	25	8	5	38	
Poupinel	8	5	4	17	
Stéthoscope Médical	46	15	12	73	
Stéthoscope Obstétrical	50	10	6	66	
Table d'accouchement	25	14	8	47	
Table gynécologique	6	2	4	12	
Aspirateur mécanique	0	1	0	1	
Aspirateurs	0	0	0	0	
Autoclave (Cocotte-minute)	12	4	5	21	
Bassin de lit	97	21	18	136	
Boite d'accouchement	68	27	13	108	

Boite d'épisiotomie	4	1	0	5	
Boite d'insertion/retrait implant	18	7	1	26	
Boite de pansement	43	21	13	77	
Boite de petite chirurgie	37	13	4	54	
Chaises	160	62	68	290	
Glycomètre	23	1	0	24	
Haricots	43	13	2	58	
Lit hospitalisation	150	51	15	216	
Matelas médical	129	81	55	265	
Microscope	0	0	0	0	
Otoscope	24	5	4	33	
Pèse bébé	26	11	14	51	
Pèse- personne	43	15	18	76	
Plateau rectangulaire	61	17	5	83	
Potence	91	27	12	130	
Poubelle à pédale	25	8	5	38	
Poupinel	8	5	4	17	
Stéthoscope Médical	46	15	12	73	
Stéthoscope Obstétrical	50	10	6	66	
Tables d'examen	50	20	11	81	
Tambours	37	10	3	50	
Tensiomètres	66	15	31	112	
Toise Adulte	20	7	7	34	
Tables d'examen	50	20	11	81	
Tambours	37	10	3	50	
Tensiomètres	66	15	31	112	
Toise Adulte	20	7	7	34	
Tables d'examen	50	20	11	81	
Tambours	37	10	3	50	
2^{ème} échelon					
PEDIATRIE					
Aspirateur électrique	0	1	0	1	
Bassin de lit	0	0	0	0	
Boite de petite chirurgie	0	0	0	0	
Charriot	0	0	0	0	
Couveuse	0	0	0	0	
Haricot	2	0	0	2	
Lits	3	0	0	3	
Matelas	3	0	0	3	
Oxymètre	0	0	0	0	
Oxymètre de pouls	5	1	0	6	
Pèse bébé	1	0	0	1	
Pèse-personne	1	1	1	3	
Plateau format moyen	1	0	0	1	
Plateau grand format	1	0	0	1	

Plateau petit format	1	0	0	1	
Potence	2	1	0	3	
Potence	0	0	0	0	
Poubelle grand format	0	1	0	1	
Poubelle petit format	0	1	0	1	
Réfrigérateur	0	0	0	0	
Stéthoscope	0	2	0	2	
Table d'examen	0	1	0	1	
Table de chevet	0	0	0		
Table pour nouveau-né	0	1	0	1	
Tambour	1	1	0	2	
Tensiomètre pédiatrique	0	1	0	1	
Toise en bois	0	1	0	1	
Toise en plâtre	0	0	0	0	
MEDECINE					
Charriot	3	1	1	5	
Grand plateau	0	0	0	0	
Lit	12	6	20	38	
Matelas	14	12	12	38	
Petit/moyen plateau	2	1	0	3	
Potence	12	8	4	24	
Stéthoscope	1	2	1	4	
Tambour	0	0	0	0	
Tensiomètre	1	1	1	3	
URGENCES					
Aspirateur électrique	0	0	0	0	
Charriot	0	0	0	0	
Concentrateur d'oxygène	0	1	0	1	
Lit	1	0	1	2	
Matelas	2	0	0	2	
Négatoscope	7	0	0	7	
Potence	11	0	0	11	
Scialytique mobile	0	0	0	0	
Table d'examen	1	3	2	6	
Boite de pansement	1	0	0	1	
Haricot	1	5	0	6	
Pèse-personne	2	4	0	6	
Petit plateau	0	0	0	0	
Poubelle	1	1	0	2	

Tensiomètre médical	2	1	5	8	
Thermomètre médical	3	2	5	10	
Toise	0	2	0	2	
IMAGERIE					
Appareil de radiologie numérique	00	00	00	00	
Echographes	03	00	00	03	
Négatoscope	01	01	00	02	
Paravent	00	00	00	00	
Potence	00	00	00	00	
Potter mural	00	00	00	00	
Table à échographie	00	00	00	00	
Table de radiologie	00	00	00	00	
BLOC OPERATOIRE					
Aspirateur chirurgical	2	0	0	2	
Aspirateur médical	0	2	0	2	
Assistant muet	1	0	0	1	
Autoclave	0	1	0	1	
Bistouri électrique	2	0	0	2	
Boite à formol	0	0	0	0	
Boite à os	0	0	0	0	
Boite à pansement	0	2	0	2	
Boite d'hystérectomie	0	1	0	1	
Boite de césarienne	0	5	0	5	
Boite de laparotomie	0	2	0	2	
Boite pour parties molles	0	0	0	0	
Bouteille d'oxygène	0	0	0	0	
Bouteille d'oxygène PF	6	0	0	6	
Brancards	0	0	0	0	
Charriot	1	0	0	1	
Chauffe-eau	0	0	1	1	
Moniteur de surveillance	0	2	0	2	
Négatoscope	0	2	0	2	
Boite a hernie	0	2	0	2	

Oxymètre de pouls	0	0	2	2	
Boite d'appendicite	0	1	0	1	
Pèse bébé	0	0	0	0	
Pèse-personne	0	1	0	1	
Pinces à servir	0	0	0		
Potence	0	4	0	4	
Poubelle à pédale	0	0	0	0	
Poubelle métallique	0	2	0	2	
Poupinel	1	1	0	2	
Réfrigérateur	2	0	0	2	
Scialytique mural	0	2	0	2	
Scialytique roulant	1	0	0	1	
Scie à plâtre	0	0	0		
Table d'anesthésie	0	2	0	2	
Table d'examen	2	1	0	3	
Table opératoire	4	0	0	4	
Tabouret	0	7	0	7	
Tambour GF	6	0	0	6	
Tambour PF	6	0	0	6	
Tensiomètre	0	1	0	1	
POST OPERE					
Bassins de lits	4	1	0	5	
Boite de petite chirurgie	03	01	01	06	
Charriot	01	01	01	03	
Chauffe-eau	00	00	00	00	
Haricots	03	00	00	00	
Lits	05	04	10	19	
Matelas	03	05	11	19	
Plateaux	02	02	01	05	
Potence	05	03	08	16	
Poubelle	00	02	01	03	
Poupinel	01	01	00	02	
Table de pansement	01	01	01	03	
Tambour	01	02	02	05	

Tensiomètre	00	01	03	04	
Thermomètre (FLASH)	02	00	03	05	
LABORATOIRE					
Agitateur vortex	0	0	1	1	
Automate d'hématologie	1	0	0	1	
Automate de biochimie	0	0	1	1	
Bain marie	1	0	0	1	
Balance	0	0	0	0	
Balance de précision	1	0	0	1	
Bec bunsen	1	0	0	1	
Centrifugeuse	0	1	0	1	
Centrifugeuse à hématocrite	0	0	0	0	
Chaise	0	2	0	2	
Compteur CD (Facscout)	2	0	0	2	
Compteurs manuels	0	0	0	0	
Congélateur	2	0	0	2	
Cuve à gel	0	0	0	0	
Distillateur	1	0	0	1	
Etuve	0	0	0	0	
Fauteuil de prélèvement	0	0	1	1	
Grande glacière	1	0	0	1	
Hotte laminaire	0	0	0	0	
Incubateur CO2	0	0	0	0	
Lampe UV	0	0	0	0	
Micropipette	0	3	0	3	
Microscope	2	0	0	2	
Ordinateur	0	0	0	0	
Paillasse mobile	0	0	0	0	
Portoirs plastiques	0	0	0	00	
Portoirs pour Cryotubes	0	0	0	0	

Portoirs pour tubes éppendorf	0	0	0	0	
Réfrigérateur (banque de sang)	1	0	0	1	
Rotor pour centrifugeuse	0	0	0	0	
Spectrophotomètre	0	2	0	2	
Stéréo microscope	0	0	0	0	
Table de bureau	0	0	0	0	
Table gynécologique	0	0	0	0	
Table pour ordinateur	0	0	0	0	
Tabouret	0	0	1	1	
Tensiomètre électronique	0	0	0	0	
Top centrifugeuse	0	0	0	0	
Cuve d'électrophorèse	0	0	1	1	
Réshucope	0	0	1	1	
Automate d'hémostase	1	0	0	1	
Appareil de taux d'hémoglobine	0	0	1	1	
ORL					
Boite à mastoïdectomie	0	0	0	0	
Boite d'amygdalectomie adulte	0	0	0	0	
Boite d'amygdalectomie enfant	0	0	0	0	
Chauffe-eau	0	0	0	0	
Haricots	0	3	0	3	
Laryngoscope	0	0	0	0	
Miroir de Clar	0	0	0	0	
Négatoscope	0	0	0	0	
Otoscope	0	3	0	0	
Pèse personne	1	0	0	1	
Plateau	0	0	0	0	

Speculum auriculaire	0	0	0	0	
Stéthoscope	0	0	0	0	
Table d'examen	0	0	0	0	
Tensiomètre	0	1	0	1	
FILE ACTIVE					
Lits	0	0	0	0	
Matelas	0	0	0	0	
Potence	0	0	0	0	
Table d'examen	1	1	1	3	
Haricot	0	0	0	0	
Pèse personne	0	1	0	1	
Stéthoscope	0	0	0	0	
Tambour	0	0	0	0	
Tensiomètre électronique	1	0	0	1	
ODONTO					
Amalgamateur	02	01	0	03	
Appareil radio-développeur	01	0	0	01	
Boîtes pour endo		04	0	04	
Boîtes pour stériliser fraises	01	02	0	03	
Boules Diamantée	06	0	0	06	
Boules pour contre angle	14	0	0	14	
Bouteille de gaz	01	0	0	01	
Brunissoir	02	0	0	02	
Bureau	01	0	0	01	
Chaises métalliques	02	01	0	03	
Chaises rembourrées	04	0	01	05	
Chariot	01	0	01	02	
Chariot	01	01	0	02	
Ciseau à gencive		03	0	03	
CK6	00	00	04	04	
Clé pour tenon	00	0	0	00	

Coins	00	00	00	00	
COINS	00	0	0	00	
Compresseur	02	0	01	02	
Cônes de gutta	00	0	0	00	
Cônes renversés pour contre angle	14	0	0	14	
Contre Angle	01	0	01	02	
Curettes de gracier	00	02	0	02	
Cylindriques	06	0	0	06	
Daviers incisivo-canins du bas	01	0	0	01	
Daviers incisivo-canins du haut	04	0	01	05	
Daviers molaires du bas	05	0	0	05	
Daviers molaires droites	04	0	0	04	
Daviers molaires gauche	04	01	0	05	
Daviers prémolaires du bas	2	0	0	02	
Daviers prémolaires du haut	02	0	0	02	
Daviers racines du bas	01	0	0	01	
Daviers racines du haut	01	01	0	02	
Daviers sagesse bas	02	0	0	02	
Daviers sagesse haut	02	0	0	02	
Daviers universel du haut	04	01	0	05	
Daviers universel du haut	04	01	0	05	
Décolleur	01	0	0	01	
Décolleurs	01	0	0	01	
Détartreurs	01	01	0	02	
Détarttrine	00	0	0	00	
Détartrol	00	0	0	00	

Ecarteur	02	0	0	02	
Ecarteurs (paires)	01	0	0	01	
Elévateurs		10	0	10	
Elévateurs pieds de biche(paires)		03	0	03	
Excavateurs face double	15	0	0	15	
Excavateurs face double	15	0	0	15	
Fauteuil dentaire	01	01	01	03	
Fouloir	4	03	0	07	
Foyer à feu	01	0	0	01	
Fraises à os	04	0	0	04	
Fraisiers		07	0	07	
Godet d'apens	02	0	0	02	
Grand ciseau	02	01	0	03	
ISO -15-20-25-30-35-40 (jeu de 6 pour chaque)	01	0	0	01	
Lampe photopolymérisante	01	00	01	02	
Lentulo	02	0	0	02	
Manche de bistouri	01		0	01	
Manches de miroir dentaire boîte de 12	10	0	0	10	
Manches de miroir dentaire boîte de 12	10	0	0	10	
Micro- moteur	01	01	0	02	
Miroir dentaire sans manche boîte de 12	10	0	0	10	
Miroir dentaire sans manche boîte de 12	10	0	0	10	
Pince à disséquer	01	0	0	01	
Pince de Kocher	02	0	0	02	
Pince gouge	02	01	0	03	
Pince porte aiguille	01	01	0	02	
Pinces à servir	02	0	0	02	

Pointes en papier	00	0	0	00	
Porte amalgame		0	01	01	
Porte matrice	02	02	0	04	
Porte matrice strip	01	00	00	01	
Porte matrice valser	00	00	00	00	
Poupinel	01	0	0	02	
Precelle dentaires	10	0	0	10	
Precelle dentaires	10	0	0	10	
Seringues dentaires	14	0	0	14	
Seringues dentaires		0	0		
Sonde cannelée	01	0	0	01	
Sondes 6 ou 9 double	01	0	0	01	
Sondes 6 ou 9 double	01	0	0	06	
Spatule à bouche	10	10	0	10	
Spatule d'Ollenback	01	0	0	01	
Spatules à bouche	10	0	0	10	
Strips transparents	05	0	0	05	
Syndesmotomes	08	0	0	08	
Syndesmotomes intégrales de Bernard	00	0	0	00	
Syndesmotomes faucilles	08	0	0	08	
Table moyenne	01	0		01	
Tabouret dentaires	02	01	01	04	
Tambours moyen formant		04	0	04	
Tambours petit formant		02	0	02	
Tenon dentaires	00	0	0	00	
Turbine	01	0	01	02	
Zékrya	04	0	0	04	
MATERNITE					
Aspirateur	2	1	0	3	
Bassin de lit	8	2	0	10	
Bassine de décontamination	3	2	0	5	

Boite d'accouchement	4	3	0	7	
Boite d'AMIU	0	1	0	1	
Boite de DIU	2	1	0	3	
Boite de Norplant	2	1	0	3	
Boite de speculum	0	0	0	0	
Charriot à roulette	2	0	0	2	
Dopler foetal	0	0	1	1	
Échographie à roulette	0	0	1	1	
Échographie portable	0	1	0	1	
Escabot	1	1	0	2	
Extracteur d'oxygène	0	1	0	1	
Haricot	0	0	0	0	
Lampe chauffante	1	0	2	3	
Lit	17	0	0	17	
Matelas	17	0	0	17	
Moniteur	0	0	0	0	
Oxygénateur manuel	0	0	0	0	
Oxymètre	0	0	0	0	
Pèse bébé	2	0	0	2	
Pèse personne	2	1	0	3	
Pince à servir	3	2	0	5	
Plateau	2	1	0	3	
Potence	5	3	0	8	
Poubelle	10	0	0	10	
Poupinel	1	0	0	1	
Sceau GF avec couvercle	0	0	0	0	
Scialytique	2	1	0	3	
Seringue AMIU	2	0	1	3	
Seringue électrique	0	0	0	0	
Sonicaïne	0	0	0	0	
Stéthoscope obstétrical	5	2	0	7	
Table d'accouchement	5	4	0	9	
Table d'examen	7	2	0	9	

Tablier en plastique	2	0	0	2	
Tabouret à pédale	0	0	0	0	
Tensiomètre	3	1	0	4	
Ventouse à pompe	1	2	0	3	
Ventouse électrique	0	0	0	0	
OPHTALMOLOGIE					
Appareil de PHACO	0	0	0	0	
Appareil de projection de test	0	1	0	1	
Armoire métallique	2	0	0	2	
Auto réfractomètre	0	0	0	0	
Autoclave	0	0	0	0	
Banc en bois	0	3	0	3	
Biomètre	0	0	0	0	
Boite de cataracte	0	0	0	0	
Boite de réfraction	0	0	0	0	
Cachet de consultation	0	1	0	1	
Caisse de verres à essaie	0	1	0	1	
Cantine	0	0	0	0	
Chaise métallique 3p	0	0	0	0	
Chaise métallique	0	0	0	0	
Chaise visiteuse	0	7		7	
Chariot en bois	0	0	0	0	
Chariot mobile	1	0	0	1	
Climatiseur	2	0	0	2	
Data show	0	0	0	0	
Echelle de parinaud	0	1	0	1	
Echelle visuelle lumineuse	0	0	1	1	
Escabot métallique	0	1	0	1	
Fauteuil	0	0	0	0	
Fauteuil opératoire électrique	0	0	0	0	
Fronto-automatique	0	0	0	0	

Frontofocomètre	0	0	0	0	
Fut moyen	0	0	0	0	
Imprimante	0	0	0	0	
Lampe à fente	0	0	1	1	
Lampe baladeuse	1	0	0	1	
Laser Yag	0	0	0	0	
Lavabo	2			2	
Lave main	0	0	0	0	
Lit	0	0	0	0	
Machine à laver	0	0	0	0	
Matelas	0	0	0	0	
Microscope opératoire	0	0	0	0	
Microscope portatif	0	0	0	0	
Moule à taille	0	0	0	0	
Ordinateur de bureau	0	0	0	0	
Ordinateur portable	0	0	0	0	
Petit armoire vitrée	0	0	0	0	
Petite table métallique	0	2	0	2	
Plateau métallique	4	0	0	4	
Potence	1	0	0	1	
Poubelle en plastique	2	0	0	2	
Poupinel	1	0	0	1	
Réfrigérateur	0	0	0	0	
Règle de skioscope	0	0	0	0	
Scialytique de plafond	0	0	0	0	
Scialytique mobile	0	0	0	0	
Seau de 10L	0	2	0	2	
Studio de consultation	0	0	0	0	
Table d'anesthésie	0	0	0	0	
Table de bureau	0	0	1	1	
Table de consultation	1	0	0	1	
Table de soins	0	0	0	0	
Table en bois	0	0	0	0	
Table étagée	0	0	0	0	

Table métallique	0	0	0	0	
Table mobile	0	0	0	0	
Table opératoire	0	0	0	0	
Table opératoire électrique	0	0	0	0	
Tabouret en bois	0	0	0	0	
Tambour	2	0	0	2	
Ventilateur pied	0	0	0	0	
Ventilateur plafond	2	0	0	2	

Tableau VII annexe : situation du matériel roulant

Désignation	État			Total	Observations
	Bon	Passable	Mauvais		
Véhicule	02	01	0	03	
Ambulance 4 roues	0	04	0	04	
Ambulance tricycle	00	00	00	00	
Moto	28	3	13	44	

Tableau VIII annexe : Priorisation des problèmes

N°	Problèmes	Ampleur	Gravité	Vulnérabilité	Acceptabilité	Coût	Faisabilité	Perception	Total
1.	Faible capacité de l'ECD dans la gouvernance et le leadership ;	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++	20
2.	Faible mise en œuvre de la recherche action dans le district	+	+	++	+++	++	++	++	13
3.	Tenue irrégulière des cadres de concertation	++	++	++	++	++	++	++	14
4.	La participation communautaire reste faible dans le district ;	++	++	++	++	++	++	++	14
5.	Faible complétude et promptitude des RMA des FS privées	+	++	++	++	++	++	++	13
6.	La gestion des ressources humaines est peu satisfaisante ;	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	19
7.	La mobilisation et la gestion financière est peu satisfaisante ;	+++	++	+++	+++	++	+++	++	18
8.	Les équipements et infrastructures sanitaires sont insuffisants et inadaptés	+++	++	+++	++	+++	+++	+++	19

9.	Le matériel mnémotechnique reste insuffisant et de faible qualité	++	+++	+++	++	+++	+++	+++	19
10.	La disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) n'est pas satisfaisante	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	20
11.	L'approche qualité des services est insuffisante	+++	++	+++	+++	+++	+++	++	19
12.	La disponibilité et l'utilisation des paquets essentiels de services pour la lutte contre les MT et MNT ne sont pas satisfaisantes	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++	20
13.	Les services de nutrition ne sont pas de qualité	++	+++	+++	+++	++	+++	+++	19
14.	Faible taux de dépistage de la malnutrition aiguë	++	++	++	+++	++	+++	++	16
15.	L'offre de services aux groupes spécifiques n'est pas satisfaisante	+++	++	+++	+++	+++	++	+++	19
16.	L'hygiène et l'assainissement restent précaires dans le district	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	19

17.	La réponse du système de santé face aux situations d'urgences sanitaires et catastrophes n'est pas maîtrisée ;	+++	+++	++	+++	+++	+++	++	19
-----	--	-----	-----	----	-----	-----	-----	----	----

Tableau IX annexe : détermination des stratégies

Problèmes prioritaires	Causes	Résultats	Stratégies
Faible capacité de l'ECD dans la gouvernance et le leadership ;	<ul style="list-style-type: none"> -Irrégularité dans la tenue des cadres statutaires et du suivi des recommandations assorties de ces concertations -Insuffisance en ressources financières pour la mise en œuvre de certaines activités La plupart des membres ECD ne sont pas formés en gestion de district (5/9) La recherche action n'est pas mise en œuvre dans le district 	<ul style="list-style-type: none"> -La coordination et la collaboration intersectorielle sont renforcées. -L'information sanitaire de qualité est disponible pour la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> Plaidoyer Financement de la tenue des cadres de concertation ; Suivi des recommandations Tenue des rencontres de validation des données Revue des données Supervision Contrôle de qualité

	<p>Faible application des textes réglementaires</p> <p>Mauvaise qualité du remplissage des supports de collecte des données</p> <p>Insuffisance en matériel de travail</p> <p>Insuffisance de compétence des agents en SNIS</p> <p>Faible fonctionnalité du système de référence et contre-référence</p>		
<p>La gestion des ressources humaines est peu satisfaisante ;</p>	<p>Le suivi de la carrière des agents n'est pas effectif</p> <p>Le ratio personnel population est en deçà des normes OMS</p> <p>Inégale répartition du personnel entre milieu urbain et milieu rural</p> <p>Absence de plan de carrière du personnel communautaire</p> <p>Absence de certains spécialistes pour l'offre de soins</p>	<p>✓ Le district dispose de ressources humaines compétentes, motivées et en quantité suffisante</p>	<p>✓ Suivi de la carrière des agents du district</p> <p>✓ Plaidoyer pour affectation du personnel</p> <p>✓ Répartition équitable</p> <p>✓ Élaboration d'un plan de carrière du personnel communautaire</p> <p>✓ Application de la réglementation sur la FPH</p> <p>✓ Formation continue</p> <p>✓ Évaluation</p>

	<p>Faible application des textes et lois en GRH</p> <p>Mobilité du personnel</p> <p>Réseau REGINA non disponible</p> <p>Insuffisance de formation continue</p>		
<p>La mobilisation et la gestion financière est peu satisfaisante ;</p>	<p>Faible mobilisation des ressources propres</p> <p>Insuffisance de financement de la part des PTF</p> <p>Faible niveau de financement pour la prise en charge des groupes vulnérables</p> <p>Insuffisance dans la gestion des ressources financières</p> <p>Certains membres COGES ne sont pas formés en gestion des CSPS/CM</p> <p>Irrégularité des contrôles internes</p> <p>Retard du remboursement des coûts de la gratuité des soins</p>	<p>Des ressources financières suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informatisation du recouvrement ✓ Plaidoyer auprès des PTF ✓ Formation des acteurs ✓ Contrôle de gestion ✓ Plaidoyer auprès des collectivités

	<p>Faible recouvrement des coûts des prestations</p> <p>Faible application des sanctions</p> <p>Insuffisance dans l'allocation des crédits transférés au profit des CSPS/CM Budget des CSPS/CM non annexé au budget communal.</p>		
<p>Les équipements et infrastructures sanitaires sont insuffisants et inadaptés</p>	<p>Insuffisance de fonds alloués</p> <p>Insuffisance d'accompagnement des PTF</p> <p>Insuffisance de maintenance</p> <p>Insuffisance de suivi des réalisations des infrastructures</p>	<p>Le district dispose d'équipements et des infrastructures répondant aux normes requises</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plaidoyer ✓ Maintenance ✓ Acquisition ✓ Réhabilitation
<p>Le matériel médicotechnique reste insuffisant et de faible qualité</p>	<p>Absence de maintenances périodiques</p> <p>Équipements et matériels médicotechniques non harmonisés</p> <p>Insuffisances de fonds alloués</p> <p>Faible capacité financière des FS</p> <p>Faible appui des collectivités et des communautés</p>	<p>Les FS disposent de matériels médicotechniques harmonisés et bien entretenus selon les normes et les besoins ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Spécification technique ✓ Acquisition ✓ Plaidoyer

<p>La disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) n'est pas satisfaisante</p>	<p>Rupture au niveau fournisseur</p> <ul style="list-style-type: none"> -Capacité et condition de stockage insuffisante -Faible disponibilité des PSL au niveau du CRTS -Faible don de sang -Non mise en œuvre de la pharmacie hospitalière au niveau du CMA <p>Faible niveau de compétence des acteurs des FS en gestion</p>	<p>Les FS disposent de produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, réactifs, PSL, contraceptifs) et en quantité suffisante ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plaidoyer ✓ Réhabilitation ✓ Supervision ✓ Contrôle de gestion ✓ Formation ✓ Sensibilisation
<p>L'approche qualité des services est insuffisante</p>	<p>Absence de comité PCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Faible appropriation des procédures de gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS) par les agents. -Non-respect des principes de PCI lors des soins. -Faible application des protocoles de prise en charge 	<p>Les FS offrent des services et des soins sécurisés et de qualité aux usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de comité PCIAS ✓ Formation des acteurs ✓ Monitoring des activités ✓ Supervision ✓ Suivi/évaluation ✓ Recherche action ✓ Sensibilisation

	<p>-Faible fonctionnalité des EAQ dans les FS</p> <p>-non maîtrise des systèmes de management de la qualité par les agents</p>		
<p>La disponibilité et l'utilisation des paquets essentiels de services pour la lutte contre les MT et MNT ne sont pas satisfaisante</p>	<p>Ruptures en intrants de dépistage et de prise en charge</p> <p>-Faible application des protocoles et directives de prise en charge</p> <p>-Insuffisance en personnel formé</p> <p>-Faible notification des cas dans les FS</p> <p>- Insuffisance dans la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées</p> <p>-Absence de certains spécialistes pour la prise des cas</p> <p>-Faible implication des FS privées</p> <p>-Faible adhésion des populations à certaines stratégies de lutte</p>	<p>Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies tropicales négligées sont offertes à tous les niveaux et accepté par la population</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation ✓ Supervision ✓ Suivi évaluation ✓ Monitoring ✓ Vaccination ✓ Dotation ✓ Dépistage des cas ✓ Élaboration des protocoles ✓ Audits cliniques

<p>Les services de nutrition ne sont pas de qualité</p>	<p>Insuffisance de formation continue dans le domaine</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ruptures en intrants de prise en charge -Faible mise en œuvre des stratégies communautaires (GASPA) -Unité de PCI non adaptée -Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités de nutrition au niveau du district 	<p>Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments sont offerts aux groupes spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation ✓ Dotation/Acquisition ✓ Contrôle ✓ Suivi-Évaluation ✓ Supervision ✓ Plaidoyer ✓ Dépistage des cas ✓ Prise en charge des cas
<p>L'offre de services aux groupes spécifiques n'est pas satisfaisante</p>	<p>Faible adhésion des populations</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persistance des pesanteurs socio-culturelles -Désinformation des populations -Insuffisance de compétences des prestataires -Faible application de stratégies de PEC -Ruptures en intrants et molécules de prise en charge 	<p>Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive de qualité, en particulier la PF sont utilisés par les différents groupes spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation des acteurs ✓ Approvisionnement ✓ PEC des cas ✓ Sensibilisation ✓ Plaidoyer ✓ Mobilisation sociale

	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance dans l'organisation des services -Faible accompagnement des PTF 		
L'hygiène et l'assainissement restent précaires dans le district	<ul style="list-style-type: none"> -Faible utilisation des latrines surtout en milieu rural -Non-respect des règles d'hygiène des mains - Mauvaise évacuation des eaux usées et des ordures ménagères - Consommation d'eau non potable -Faible accompagnement des collectivités -Insuffisance de sensibilisation des populations 	Les bonnes pratiques en faveur des comportements favorables à la santé sont promues au sein de la population	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcement de compétences des acteurs ✓ Sensibilisation des populations ✓ Construction des ouvrages ✓ Désinfection des puits ✓ Inspection sanitaire
La réponse du système de santé face aux situations d'urgences sanitaires n'est pas maîtrisée	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'un plan de riposte global Sous notification de certaines maladies sous surveillance Insuffisance de financement Ruptures en réactifs et consommables de laboratoire 	La préparation et la riposte aux urgences sanitaires sont assurées	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Élaboration de plans ✓ Supervision ✓ Formation ✓ Notification des cas ✓ Investigation ✓ Plaidoyer ✓ Suivi des stocks

	Insuffisance en équipements, matériels et intrants de riposte face aux situations d'urgences		✓ Approvisionnement ✓ Visite des sites
--	--	--	---

