

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

-----o0o-----

**SECRETARIAT GENERAL**

-----o0o-----

**REGION DES HAUTS-BASSINS**

-----o0o-----

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

-----o0o-----

**DISTRICT SANITAIRE DE DANDE**



**BURKINA FASO**

-----o0o-----

*Unité – Progrès – Justice*

**PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DU  
DISTRICT DE DANDE.  
(PDSD 2023 - 2027)**

Février 2023

## PRÉFACE

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 pour résoudre les problèmes de santé entravant le développement. En conformité avec le PNDS, le district sanitaire de Dandé a également élaboré son Plan de Développement Sanitaire du District (PDSD) 2023-2027. Ce plan participatif vise à mettre en œuvre le PNDS localement, en tenant compte du Plan National de Développement de la Transition (PNDT) et des besoins de la population. Le PSDS sert de référence pour les acteurs du secteur de la santé, les guidant vers une coordination harmonieuse et la réalisation des effets attendus.

Le processus d'élaboration de ce document est une planification systémique globale axée sur les résultats et un exercice participatif et inclusif prenant en compte l'équilibre du système et l'ensemble des activités des différents secteurs publics et associatifs intervenants dans la santé.

J'invite donc l'ensemble des parties prenantes à s'en approprier afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations de District Sanitaire de Dandé pour les cinq prochaines années.

**Le Haut-Commissaire**

**Adama BIDIGA**

*Administrateur civil*



## **TABLE DES MATIERES**

.....	1
<b>PRÉFACE.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>10</b>
<b>RÉSUMÉ DU PLAN.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>13</b>
<b>PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PDSO .....</b>	<b>14</b>
<b>I. GENERALITES.....</b>	<b>14</b>
<b>II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU DISTRICT .....</b>	<b>26</b>
<b>III : CADRE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE DU DISTRICT.....</b>	<b>103</b>
<b>IV. DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION .....</b>	<b>115</b>
<b>V BUDGETISATION ET FINANCEMENT DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DU DISTRICT .....</b>	<b>130</b>
<b>VI ANALYSE ET GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>132</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>133</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>135</b>

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AA</b>	: Accoucheuse auxiliaire
<b>AB</b>	: Accoucheuse brevetée
<b>AISHC</b>	: Agent itinérant de santé et d'hygiène communautaire
<b>ARV</b>	: Anti retro viraux
<b>ASBC</b>	: Agent de santé à base communautaire
<b>BAAR</b>	: Bacille acido alcoolo résistant
<b>BCG</b>	: Bacille de Calmette et Guérin
<b>BE</b>	: Budget de l'Etat
<b>CAMEG</b>	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
<b>CHUSS</b>	: Centre hospitalier universitaire Souro SANON
<b>CISSE</b>	: Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
<b>CMA</b>	: Centre médical avec antenne chirurgicale
<b>CNS</b>	: Consultation de nourrissons sains
<b>CoGes</b>	: Comité de gestion
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CPNr</b>	: Consultation prénatale recentrée
<b>CREN</b>	: Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle
<b>CSD</b>	: Conseil de santé de district
<b>CSPS</b>	: Centre de santé et de promotion sociale
<b>DGESS</b>	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
<b>DMEG</b>	: Dépôt de médicaments essentiels génériques
<b>DPV</b>	: Direction de la prévention par les vaccinations
<b>DRD</b>	: Dépôt répartiteur de district
<b>DRS</b>	: Direction régionale de la santé
<b>DS</b>	: District sanitaire
<b>DSD</b>	: District Sanitaire de Dandé

<b>DTC-Hib-Hep</b>	: Diphtérie – tétanos – coqueluche - poliomyélite – Haemophilus influenzae B, hépatite B
<b>ECD</b>	: Equipe cadre de district
<b>FAP</b>	: Femme en âge de procréer
<b>FM</b>	: Fonds mondial
<b>FS</b>	: Formation sanitaire
<b>GAVI/RSS</b>	: Global Alliance for Vaccine and Immunization/Renforcement des Services de Santé.
<b>GDT</b>	: Guide de diagnostic et de traitement
<b>GE</b>	: Goutte épaisse
<b>GS/FS</b>	: Garçon de salle/fille de salle
<b>HKI</b>	: Helen Keller international
<b>IB</b>	: Infirmier breveté
<b>ICP</b>	: Infirmier chef de poste
<b>IDE</b>	: Infirmier diplômé d'Etat
<b>IEC</b>	: Information éducation communication
<b>IGR</b>	: Interventions à gain rapide
<b>IST</b>	: Infections sexuellement transmissibles
<b>KOP</b>	: Kystes, œufs, parasites
<b>LCR</b>	: Liquide céphalo-rachidien
<b>MB</b>	: Multi bacillaire
<b>MCD</b>	: Médecin chef du district
<b>ME</b>	: Maïeuticien d'Etat
<b>MEG</b>	: Médicament essentiel générique
<b>MILDA</b>	: Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action
<b>MPE</b>	: Maladies à potentiel épidémique
<b>MUFAN</b>	: Mutuelle des Forces Armées Nationales
<b>NFS</b>	: Numération formule sanguine
<b>OBC</b>	: Organisation à base communautaire
<b>ODD</b>	: Objectifs du développement durable

<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	: Organisation non gouvernementale
<b>PADS</b>	: Programme d'appui au développement sanitaire
<b>PAM</b>	: Programme alimentaire mondiale
<b>PCIME</b>	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PDSD</b>	: Plan de développement sanitaire du district
<b>PEV</b>	: Programme élargi de vaccination
<b>PF</b>	: Planification familiale
<b>PFA</b>	: Paralysie flasque aigue
<b>PM</b>	: Pour mémoire
<b>PMA</b>	: Paquet minimum d'activités
<b>PNDES</b>	: Plan National de Développement Economique et Social
<b>PNDS</b>	: Plan national de développement sanitaire
<b>PNLP</b>	: Programme national de lutte contre le paludisme
<b>PNS</b>	: Politique nationale de santé
<b>PNT</b>	: Programme national de lutte contre la tuberculose
<b>PTME</b>	: Prévention de la transmission mère enfant du VIH
<b>SCADD</b>	: Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
<b>SFE</b>	: Sage-femme d'Etat
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
<b>SONU</b>	: soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>TLOH</b>	: Télégramme lettre officiel hebdomadaire
<b>TMN</b>	: Tétanos maternel et néonatal
<b>TPI</b>	: Traitement préventif intermittent
<b>UCOGES</b>	: Union des comités de gestion
<b>UNFPA</b>	: Fonds des nations unies pour la population
<b>UNICEF</b>	: Fonds des nations unies pour l'enfance
<b>VAA</b>	: Vaccin anti amaril
<b>VAR</b>	: Vaccin anti rougeoleux

**VAT** : Vaccin anti tétanique

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

## LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

### LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Evolution de la capacité de l'ECD au cours des 5 dernières années _____	19
Tableau II: cartographie des PTF ainsi que les ONG/Associations intervenant dans le district. _____	22
Tableau III: évolution des ratios population/ressources humaines dans le DS au cours des 5 dernières années _____	26
Tableau IV: Formations sanitaires publiques et privées par localité et leur accessibilité géographique _____	26
Tableau V: Etat des infrastructures publiques du district (année 2021) ____	28
Tableau VI: Etat de mise en œuvre des activités de 2017 à 2021 de l'ensemble des structures du DS par OS _____	32
Tableau VII: Bilan financier au cours de 5 dernières années par structure	34
Tableau VIII: Bilan financier des dépôts MEG et du DRD _____	36
Tableau IX: Evolution des financements au cours des 05 dernières années selon les sources de financement _____	38
Tableau X: situation des transferts de fonds aux collectivités pour des actions sanitaires au cours des 5 dernières années _____	41
Tableau XI: Évolution des indicateurs au niveau du premier échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années _____	42
Tableau XII: Evolution des indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années _____	59
Tableau XIII: Évolution des indicateurs au niveau de l'ECD au cours des cinq dernières années _____	67
Tableau XIV: Liste des parties prenantes selon leur importance et leur influence _____	102
Tableau XV : corrélation de la chaine de résultats du PDSD avec les résultats du PNDS 2021-2030 _____	109
Tableau XVI: Rôles et responsabilité des acteurs de mise en œuvre ____	115

Tableau XVII: Cadre de mesure de rendement 2023 _____	117
Tableau XVIII: Évolution annuelle des indicateurs de résultats _____	118
Tableau XIX: plan d'investissement _____	127
Tableau XX : gestion des risques au niveau de la région sanitaire_____	133

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: carte du district sanitaire de Dandé _____	15
--	----

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1:Palu-Incidence globale du paludisme (p.1000). _____	52
Graphique 2:Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (p.1000) _____	53
Graphique 3:Incidence du paludisme chez les FE (p.1000) _____	54
Graphique 4: Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	55
Graphique 5Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié __	56
Graphique 6:Pourcentage enfants testés à partir de la 6ème semaine de vie par la PCR _____	57
Graphique 7: Comparaison entre le pourcentage de FE vue en CPN1 et la proportion de FE vues au 1er trimestre pour la CPN1 _____	58
Graphique 8: Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues _____	65
Graphique 9: Taux de succès thérapeutique (tous les cas TB-PS et TB-PR) _____	66
Graphique 10: Taux de mortalité intra-hospitalière _____	67
Graphique 11: Comparaison entre la complétude et la promptitude dans la transmission des RMA_____	83
Graphique 12: Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des CPN_____	84
Graphique 13: Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires	85

## RÉSUMÉ DU PLAN

Dans le but de contribuer au bien-être des populations du District Sanitaire de Dandé (DSD), ladite structure a élaboré ce Plan de Développement Sanitaire de District (PDSD) pour la période 2023-2027 en collaboration avec les partenaires techniques et financiers. Cela s'inscrit dans la vision du Ministère de la santé qui recommande une prévision à long terme. 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 de Dandé d'ici fin 2027. La stratégie s'opérera à travers les cinq (5) orientations du PNDS 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 et des comportements favorables à la santé et (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.

## INTRODUCTION

Le DSD fait partie des 8 districts de la région sanitaire des Hauts Bassins. Il compte 42 Formations Sanitaires (FS) dont 37 publiques et 05 privées.

A l'instar des structures décentralisées, le DSD a élaboré son PDSD inspiré du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, qui s'inscrit dans la vision « un plan, un budget et un rapport ». Il s'appuie sur les 5 orientations stratégiques du PNDS et met l'accent sur les interventions à gain rapide. C'est ainsi que la lutte contre les endémo-épidémies (paludisme, malnutrition, IRA, VIH/SIDA, COVID-19, ...) occupent une place importante. Aussi, les activités de coordination au niveau communautaire ont été prises en compte en vue de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dans le domaine de la santé. Ce PDSD prend en compte les nouvelles orientations des objectifs de développement durable (ODD). Durant ce quinquennat (2023-2027), le district entend améliorer considérablement ses performances en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs du Plan National de Développement Économique et Social II (PNDES II).

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 du PDSD; le suivi et l'évaluation; le planning opérationnel des activités et le budget prévisionnel du plan.

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'élaboration du PDSD s'inscrit dans un contexte national sanitaire marqué par l'adoption par le Burkina Faso de référentiels stratégiques au niveau du secteur de la santé en vue d'un développement harmonieux et intégré du pays.

Depuis le 1er janvier 2017, le pays s'est engagé dans une démarche de gestion axée sur les résultats à travers l'approche budget programme en réponse à la directive n°06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, portant loi de finances au sein de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Cette réforme majeure entreprise vise l'amélioration de l'efficacité de l'action publique et l'instauration d'une véritable transparence et de redévabilité dans la gestion publique en rendant notamment plus lisibles les actions de développement à la fois pour le parlementaire que pour le citoyen. Le présent plan s'élabore dans un contexte de crise sécuritaire et humanitaire marqué par un déplacement non négligeable de population des zones touchées vers le district où la situation semble plus favorable, entraînant une augmentation des besoins en santé.

A terme, la mise en œuvre du PDSD améliorera l'offre de soins, le pilotage, le soutien des services de santé et l'accès aux produits de santé.

## PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PDSD

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du Burkina Faso s'est engagé avec ses partenaires au développement à élaborer le PNDS 2021-2030 suivant l'approche « un plan, un budget et un rapport ». L'idée de cette approche est que les plans et les budgets de tous les acteurs du secteur de la santé se reflètent dans un plan stratégique national consensuel et dont le suivi de la mise en œuvre s'opère sur la base d'un ensemble d'indicateurs consensuels.

L'élaboration du PDSD a nécessité la mise en place d'un comité de pilotage et une équipe de rédaction qui a été chargée de la collecte des données, l'analyse des données collectées, la détermination des problèmes prioritaires, la rédaction proprement dite du PDSD. Des rencontres d'échange avec les agents de santé, les autorités administratives et coutumières ainsi que les partenaires ont été tenues. Le présent PDSD a été adopté par le Conseil de santé du district (CSD).

### I. GENERALITES

#### 1.1 Données administratives

Il est composé de trente-six formations sanitaires et un hôpital de district. Des treize (13) départements que compose la province du Houet, le district sanitaire couvre six (6) départements érigés en communes rurales à la faveur de la communalisation intégrale du pays. Ce sont les communes de Bama, Dandé, Faramana, Fo, Koundougou et Padéma. Il compte soixante-quatorze (74) villages et cent vingt-neuf (129) hameaux de culture. L'accessibilité est difficile surtout en saison pluvieuse.

Voici ci-dessous la carte sanitaire du district sanitaire de Dandé :

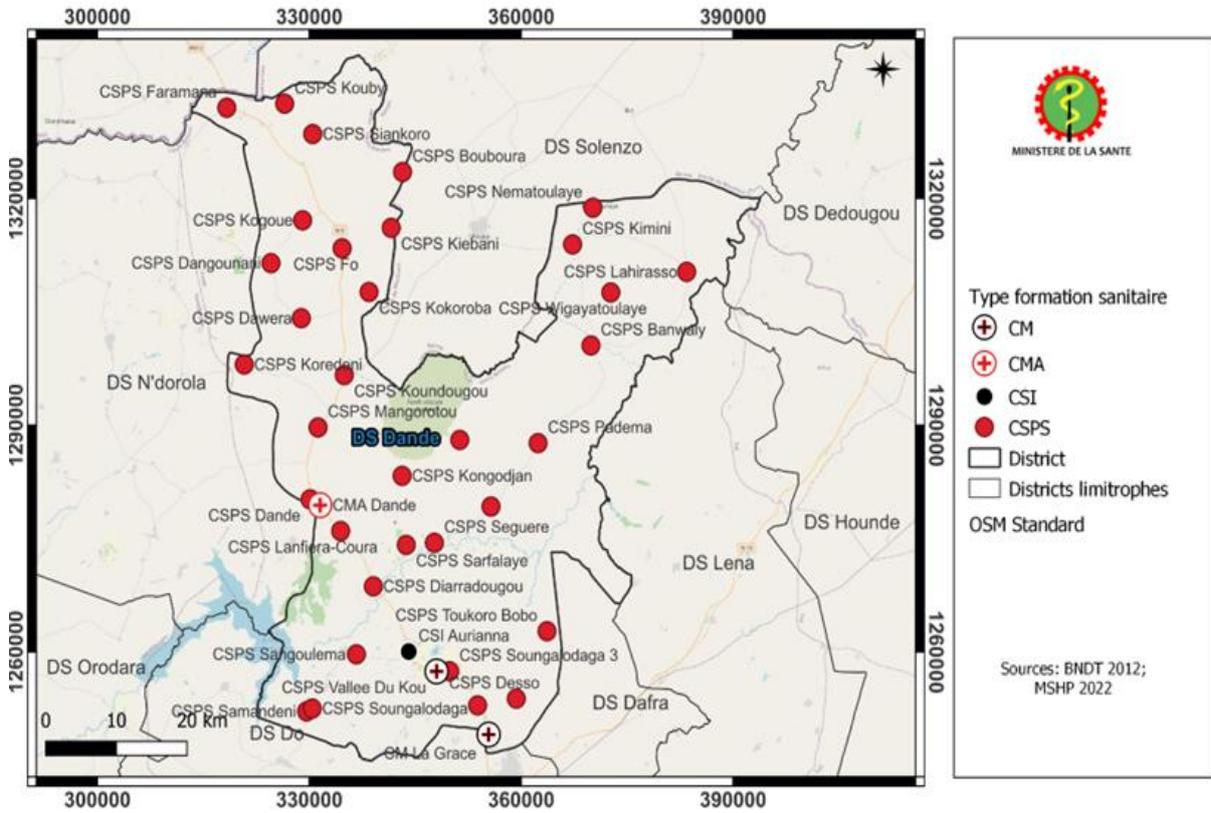


Figure 1: carte du district sanitaire de Dandé

## **1.2 DONNEES GEOGRAPHIQUES**

Le DSD est situé dans la partie Nord de la province du Houet, dans la région des Hauts Bassins. Il est limité au Nord par la république du Mali et le district sanitaire de Solenzo (Province des Banwa), au Sud par le district sanitaire de Do, à l'Est par les districts sanitaires de Dafra et Léna et à l'Ouest par le district sanitaire de N'Dorola (Province du Kéné Dougou).

Il couvre une superficie<sup>1</sup> de 3 528 km<sup>2</sup>. Le climat est de type soudanien. Il est caractérisé par une saison sèche de Novembre à Avril et une saison pluvieuse de Mai à Octobre. La pluviométrie est certes importante (800 à 1200 mm), mais irrégulièrement répartie dans le temps et dans l'espace. La végétation se compose de savanes arbustives, arborées, parcs et de forêts galeries. Le relief comprend des plaines (Vallée du Kou, Faramana et Padéma), des hauts plateaux (Fo, Padéma) et des collines (Bama et Dandé). Les cours d'eau importants et pérennes sont le Kou et le Haut Mouhoun. On note l'existence de certains lacs comme les lacs de Bama et de Niégouéma. Le DSD abrite le barrage de Samandeni situé à Soungalodaga 3.

## **1.3 Données démographiques**

La population réactualisée du district est passée de 277817 habitants en 2017 à 315 370 habitants en 2021 avec une densité qui varie selon les communes. En 2017, elle était de 72,62 à Bama ; 75,78 à Dandé ; 74,58 à Faramana ; 78,08 à Fo ; 85,04 à Koundougou et 89,39 à Padéma contre 65,99 à Bama ; 112,40 à Dandé ; 95,69 à Faramana ; 66,38 à Fo ; 52,96 à Koundougou et 65,60 à Padéma en 2021. Les taux de fécondité, de mortalité et de natalité en 2021 sont respectivement de 178,6 pour 1000habitants ; 10,3 pour 1000 habitants et 44,6 pour 1000 habitants. Quant à l'espérance de vie, elle est de 57,9 ans. Les mouvements migratoires internes et externes au district sont importants. Ils sont dus à la recherche de terres cultivables et fertiles, à la situation sécuritaire et à l'exploitation des sites aurifères. Ces mouvements seraient à l'origine du nombre élevé des hameaux de culture.

Ce flux migratoire rend difficile la maîtrise des différentes populations cibles notamment à Samandeni, Sangoulema, Soungalodaga 3, Dawera, Kogouè et Dangounani. De plus, on assiste ces dernières années à une migration saisonnière des jeunes aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays. Les populations cibles de 2021 se composent comme suit : enfants de 0-11 mois : 7873, enfants de 0-59 mois : 45781, enfants de 0-14 ans : 129882, les femmes en âge de procréer : 76430, les grossesses attendues : 16226, les accouchements attendus : 13522.

#### **1.4 Données socio-économiques**

L'agriculture est la principale activité économique de la population du district sanitaire. La production agricole concerne surtout les cultures vivrières, les cultures de rente et les cultures de contre saison. Les cultures vivrières sont essentiellement composées de maïs, de sorgho, de mil et de riz. Quant aux cultures de rente, elles se composent de coton, d'arachide, de sésame et de soja. L'élevage occupe également une place très importante mais il est de type extensif. Quelques techniques d'élevage moderne se développent de plus en plus. Il concerne les bovins, ovins, caprins, volaille et porcins. Quant à la pêche, elle est pratiquée par les populations riveraines des cours d'eau et du barrage de Samandeni. Les revenus des populations sont donc tirés de la commercialisation des produits de l'agriculture, la vente des produits de l'élevage et la pêche. L'indice de pauvreté dans le district sanitaire est de 42,3%. Le commerce est organisé autour de marchés hebdomadaires. Le réseau routier du district comprend la route nationale n°9 de Bobo-Dioulasso à Faramana, frontière du Mali. Tous les départements sont électrifiés.

#### **1.5 Données socioculturelles**

En 2021, le taux brut de scolarisation était de 95,3% et varie entre 94,9% chez les garçons à 95,6% chez les filles. Les principales ethnies du district sont : les Bobos, les Mossis, les Bolons, les Peuhls, les Samos et les Dafings.

La polygamie est très développée, ainsi que d'autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé telles que l'excision, le mariage précoce, le mariage forcé et le lévirat. Les fêtes coutumières ainsi que les funérailles sont des occasions de rassemblement des populations. Les religions rencontrées sont l'Islam la plus pratiquée suivie de l'animisme et du christianisme.

Les tradipraticiens de santé constituent le premier recours de la population en matière de santé.

## **1.6 Situation sécuritaire et humanitaire**

Une seule Mairie sur les six que compte le DSD est fonctionnelle sur site. Certaines Mairies ont été incendiées, les agents offrent leurs services à Bobo-Dioulasso.

Dans le contexte sécuritaire, certaines formations sanitaires fonctionnent à minima, d'autres sont fermées.

Le district sanitaire ne dispose pas de Poste de Santé Avancé. Cependant, des volontaires et les ASBC sont mis à contribution pour l'atteinte des différentes cibles dans les zones à sécurité précaire.

## **1.7 Organisation du système de santé de district**

### **1.7.1 Organisation administrative du DS**

L'ECD qui est l'organe dirigeant, est composée de 09 membres. Elle est constituée d'un médecin chef du district; d'un responsable administratif et financier; d'un médecin chargé des activités cliniques et de la qualité des soins; d'un responsable de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique; d'un responsable de prévention par la vaccination; d'un pharmacien responsable de la pharmacie, des laboratoires de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle; d'un responsable de la planification, du suivi et de l'évaluation; d'un responsable de la promotion de la santé; d'un responsable des soins infirmiers et obstétricaux.

Cette équipe est chargée de :

- ✎ Organiser les soins cliniques dans le district ;

- ✎ Planifier et coordonner les activités ;
- ✎ Superviser / contrôler ;
- ✎ Assurer les formations ;
- ✎ Assurer la gestion du système d'information;
- ✎ Organiser la participation communautaire et la mobilisation sociale;
- ✎ Organiser l'approvisionnement du district en médicaments;  
consommables et vaccins;
- ✎ Mobiliser et gérer les ressources (financières, matérielles et humaines);
- ✎ Assurer la collaboration intersectorielle;
- ✎ Réaliser la recherche-action.

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

Intitulé \ Année	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de membres statutaires	9	9	9	9	9
Nombre de membres de l'ECD nommé	9	9	9	9	9
Membres formés en gestion de district	3	3	3	3	3
Membres formés en chirurgie essentielle	1	1	1	2	1

Au cours des cinq dernières années, l'évolution a été marquée par un très faible nombre de membres ECD formés en gestion de district. Il en est de même pour le nombre de médecins formés en chirurgie essentielle.

## **Activités du conseil de santé du district**

Le conseil de santé du district est sous la présidence du Haut-Commissaire. Il se tient de façon semestrielle et participe à l'élaboration, à la validation des plans d'actions annuels et le PDSD. Cet organe évalue les plans et renforce la participation communautaire.

Le CSD favorise l'auto prise en charge des problèmes de santé par la population. Il promeut la collaboration intersectorielle et le partenariat. Il est chargé également d'examiner toute autre question relative à la santé de la population.

## **Autres cadres de concertation**

Au DSD, les cadres de concertations sont régulièrement tenus malgré l'absence de financement.

Les différents cadres sont :

- ✎ Les rencontres hebdomadaires ECD
- ✎ Les rencontres trimestrielles ECD-ICP-SUS-SUT
- ✎ Les rencontres semestrielles ECD-ICP-COGES
- ✎ Les rencontres trimestrielles ECD- responsables maternités
- ✎ Les rencontres semestrielles ECD- responsables PEV
- ✎ Les Assemblées générales semestrielles du CMA et des FS
- ✎ Les rencontres trimestrielles des différents comités : comité thérapeutique, comité d'audit des décès maternels et périnataux, le comité de transfusion sanguine, ....

## **1.7.2. Organisation des services par niveau**

### **1.7.2.1 Premier échelon Premier échelon (CSPS/CM)**

Le premier échelon est composé des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et des Centres Médicaux (CM). De 2016 à 2022 le nombre de CSPS publiques a évolué de 32 à 36. Toutes ces FS périphériques disposent de COGES. 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 en œuvre de leurs activités par les ASBC. Ceux-ci sont supervisés dans l'exécution de leurs tâches par les agents de santé.

La mise en œuvre de la gratuité des soins est effective dans les FS publiques depuis 2016. Cette gratuité s'est étendue au niveau communautaire en 2019. Ces mesures de la gratuité des soins ont contribué au rehaussement des indicateurs de performance notamment le fort taux d'utilisation des services de santé, la réduction des mortalités maternelles et infantiles. Cependant, avec les retards et l'insuffisance des remboursements de cette gratuité, certaines FS sont dans l'incapacité de faire convenablement les approvisionnements en MEG.

En ce qui concerne l'information sanitaire, toutes les FS périphériques y compris les privées transmettent des rapports périodiques (hebdomadaire pour les TLOH et mensuel pour d'autres). 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 couverte 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.

#### **1.7.2.2 Deuxième échelon**

Le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) réalise le paquet complémentaire d'activités. Le CMA accueille les malades venant des FS périphériques de son aire de responsabilité ainsi que ceux des districts de N'Dorola, Solenzo et Orodara.

Les unités existantes au CMA de Dandé sont : les urgences médicales, les hospitalisations, l'ophtalmologie, le centre de dépistage et traitement (CDT), la chirurgie, l'odontostomatologie, la maternité, la pédiatrie, le centre de dépistage volontaire (CDV), le laboratoire, la pharmacie hospitalière, l'hygiène hospitalière et de la sécurité des patients, l'information sanitaire et de la

surveillance épidémiologique et la gestion.

Chaque unité œuvre dans son domaine de compétences et est placée sous la tutelle d'un responsable. La coordination des activités de toutes les unités de soins est assurée par un Médecin responsable des activités cliniques et de la qualité des soins et un Coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux.

Tout comme les FS du premier échelon, l'avènement de la gratuité des soins a contribué au rehaussement des indicateurs de performance notamment le fort taux d'utilisation des services de santé, la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Par ailleurs le système de référence et de contre référence constitue un des maillons importants dans la stratégie du renforcement de la qualité des soins du premier niveau. En effet les patients référés ou évacués du premier échelon vers l'hôpital de district peuvent également l'être vers le CHU par ce second échelon. Inversement, les contres références sont rédigés à l'endroit des agents des FS périphériques.

Aussi, il existe un système efficace de gestion des plaintes au CMA de Dandé.

### **1.8 Partenaires intervenant dans le district**

**Tableau II: cartographie des PTF ainsi que les ONG/Associations intervenant dans le district.**

<b>Partenaire</b>	<b>Domaines d'intervention</b>	<b>Durée de l'intervention</b>
Etat/MS	Financement Équipement Renforcement des capacités Lutte contre la maladie Prévention	En continue

<b>Partenaire</b>	<b>Domaines d'intervention</b>	<b>Durée de l'intervention</b>
	Promotion de la santé	
ASBC	Mobilisation sociale et autres activités à base communautaire	En continue
Mairies	Ressources transférées Mobilisation sociale Dotation en matériel	En continue
OBC	Mobilisation sociale, référence de cas, Surveillance, Sensibilisation dans le domaine de TB, VIH et Palu	En continue
Conseil régional	Dotation en matériel médicotechnique	En continue
PADS	Renforcement de capacité Lutte contre les maladies	En continue
TDh	Renforcement de capacité sur la PCIME Dotation en tablettes Équipement solaire	En continue
HKI	Nutrition	En continue
FM	Lutte contre le paludisme, TB, VIH	En continue

Partenaire	Domaines d'intervention	Durée de l'intervention
	Renforcement de capacité	
Marie Stopes	Santé de la reproduction	En continue
Pathfinder	Santé de la reproduction	En continue
GAVI/RSS	Vaccination	En continue
OMS	Vaccination	En continue
UNICEF	Vaccination	En continue
UNFPA	Santé de la reproduction	En continue
Malaria consortium	Paludisme	En continue

### 1.9 Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du pays est marqué par le double fardeau des maladies transmissibles persistantes et l'augmentation progressive des maladies non transmissibles. Par ailleurs, il faut souligner la fréquence accrue des maladies émergentes.

Au DSD, la létalité hospitalière a connu une hausse passant de 1.22% en 2017 à 2.7% en 2021. Le ratio de mortalité maternelle a évolué en dent de scie passant de 30 pour 100.000 en 2017, 17.75 pour 100.000 en 2019 et 42.9 pour 100.000 en 2021. Quant au taux de mortalité néonatale dans les formations sanitaires, il a connu une baisse au cours des dernières années, de 7.7% en 2017 à 0.1% en 2021. Il faut noter qu'il y a une sous notification des cas de décès périnataux et néonataux.

Au niveau du CMA, la proportion de césariennes réalisées par rapport aux naissances vivantes attendues s'est améliorée au cours des années, soit 1.16% en 2017 et 20.9% en 2021. Au moins un médecin formé en chirurgie

essentiel était disponible. Les premières causes d'hospitalisation étaient le paludisme, les Infections Respiratoires Aigües Sévères (IRAS) et les maladies diarrhéiques.

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

Ratio	2017	2018	2019	2020	2021
Médecin/ habitants	1/55563	1/71683	1/73961	1/76287	1/52562
Pharmacien/ habitants	1/277817	1/286732	1/295844	1/305148	1/315370
TBM/habitants	1/46302	1/71683	1/98615	1/101716	1/78843
TEGS/habitants	1/277817	1/286732	1/295844	1/305148	1/157685
IDE/habitants	1/3388	1/3413	1/3998	1/4015	1/4205
Ratio Sage-Femme-ME/habitants	1/5670	1/6233	1/7586	1/7096	1/8760
AIS/habitants	1/6615	1/6993	1/7044	1/6935	1/7509
AA et AB/habitants	1/7938	1/9887	1/32872	1/11302	1/11263

## II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU DISTRICT

### 2.1 Profil sanitaire

#### 2.1.1 Infrastructures sanitaires publiques et privées

**Tableau IV: Formations sanitaires publiques et privées par localité et leur accessibilité géographique**

Communes	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	%
<b>P U B L I Q U E S</b>									
Commune de BAMA	CMA	-	-	-	-	-	-	-	-
	CM	1	21642	9474	43.77	12168	56.22	0	0

	CSPS	11	66213	458 25	69.2 0	466 6	7.04	157 22	23.7 4
Commune de PADEMA	CSPS	8	70008	385 95	55.1 2	190 13	27.1 5	124 00	17.7 1
Commune de FO	CSPS	7	22410	178 23	79.5 3	153 3	6.84	305 4	13.6 2
Commune de DANDE	CMA	1	-	-	-	-	-	-	-
	CSPS	3	21889	200 94	91.8 0	647	2.95	114 8	5.24
Commune de FARAMANA	CSPS	3	20665	134 03	64.8 5	528 0	25.5 4	198 2	9.59
Commune de KOUNDOU GOU	CSPS	3	28719	145 86	50.7 8	406 5	14.1 5	100 68	35.0 5
<b>P R I V E E S*</b>									
Commune de BAMA	CSI SAFA	-	-	-	-	-	-	-	-
	CSI AURIA NA	-	-	-	-	-	-	-	-
	CSI SAINT MICHE L	-	-	-	-	-	-	-	-
	CM LA GRACE	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4</b>	-	-	-	-	-	-	-	-

\* : privées = conventionnées et non conventionnées

Le rayon moyen d'action théorique (RMAT) du district des formations publiques est passé de 5.74 en 2019 à 5.66 en 2021. Prenant en compte les formations sanitaires privées, le RMAT est de 5,29 en 2021. Il faut noter que les formations sanitaires privées n'ont pas de population cible spécifique et sont toutes situées dans la commune de Bama.

**Tableau V: Etat des infrastructures publiques du district (année 2021)**

Type d'infrastructures	Etat			Total	Observations
	Bon	Passable	Mauvais		
<b>1<sup>er</sup> échelon</b>					
Dispensaire	02	33	00	35	
Maternité	02	33	00	35	
Logements	04	114	00	118	
Dépôts	02	33	00	35	
Forages	06	20	06	32	
Latrines	30	62	13	105	
Incinérateur	01	02	14	17	
<b>2eme échelon</b>					
Hospitalisation	01	00	00	01	
Bloc opératoire	00	01	00	01	
Cuisine	00	01	00	01	
Morgue	00	00	01	01	
Ophtalmologie	00	01	00	01	
Odonto stomatologie	00	01	00	01	
Maternité	01	00	00	01	
Laboratoire	01	00	00	01	
Post-opéré	01	00	00	01	

Urgences médicales	01	00	00	01	
DMEG	01	00	00	01	
CDT	00	01	00	01	
Buanderie	00	01	00	01	
Logements	00	06	00	06	
Administration	01	00	00	01	

On note une absence d'unités de psychiatrie, d'imagerie médicale, d'ORL, d'Hygiène hospitalière. Les locaux des unités d'ophtalmologie, d'odontostomatologie et de pédiatrie ne sont pas adaptés.

En ce qui concerne les incinérateurs, seulement 17 FS en possèdent avec 01 en bon état et 16 en mauvais état. Les besoins en termes de construction d'incinérateurs s'élèvent à 36 y compris le CMA. A défaut des 36 incinérateurs pour les FS, un incinérateur de grande capacité par commune pourrait permettre d'éliminer les déchets des FS affiliées.

Aussi, il serait important de planifier la réhabilitation progressive des bâtiments passables dans chaque commune. Il en est de même pour la construction des salles de mise en observation des malades dans les FS les plus fréquentées à savoir : Banwaly, Lahirasso, Padema, Vallée du Kou, Samandeni, Faramana, Koundougou.

Les prévisions selon la carte sanitaire de construction de nouvelles FS sont les suivantes par commune :

- ✘ Bama : Kouroukan, Kuini, Niéguéma ;
- ✘ Dandé : Moingo;
- ✘ Koundougou : Tarama, Koréba ;
- ✘ Fô : Mossibougou ;
- ✘ Padema : Djigouêma, Kolédougou, Mahoroma-Hamdalaye, Salampouraga, Soma1.

Dans le but de renforcer l'offre des soins, il est nécessaire de poursuivre la transformation du CMA en hôpital de district ainsi que celle des CSPS chefs-lieux de communes en centres médicaux.

### **2.1.2 Matériels et équipements**

#### **☒ Matériel de la chaîne de froid**

Le tableau de l'annexe 2 donne la situation du matériel de la chaîne de froid. Sur l'ensemble des FS publiques, 32 utilisent des réfrigérateurs solaires fonctionnels et en bon état. Les FS de Vallée du Kou, Zangoma et Kiébani utilisant des SIBIR doivent bénéficier de réfrigérateurs solaires. Il faut noter que les CSPS de Wigayatoulaye et Dogoma ne mettent pas en œuvre la vaccination de routine par manque de réfrigérateurs homologués à ce jour.

#### **☒ Matériel médico-technique (liste essentielle par niveau)**

L'annexe 3 résume la situation du matériel médico-technique par niveau. Au regard de la vétusté du matériel médicotechnique, un renforcement est plus que nécessaire. Il concerne essentiellement les tables d'accouchement, les lits et matelas, les boîtes d'accouchement et de petite chirurgie. Compte tenu du fait que les mairies font leurs acquisitions avec d'autres fournisseurs que le district, il a été suggéré que ces acquisitions se fassent au niveau du DRD surtout ce qui concerne le matériel médico technique et les consommables.

#### **☒ Situation du matériel roulant**

La situation du matériel roulant du district est présentée à l'annexe 4. Un seul véhicule est en état passable au niveau du district. Les ambulances de Fo, Koundougou et Bama sont en mauvais état. Pour la mise en œuvre des activités de la vaccination de routine, une acquisition de 12 motos est indispensable.

### **2.1.3 RESSOURCES HUMAINES**

Le DSD connaît une insuffisance criarde en personnel. En effet, 5 CSPS ont moins de 3 agents chacun. Aussi, le besoin en personnel se fait ressentir au

niveau des profils IDE, AIS et SFE/ME au vue de la charge de travail élevée dans la plupart des FS.

Au niveau du CMA, tous les profils sont insuffisants en termes d'effectifs pour un fonctionnement optimal des services.

## **2.2 Bilans physique et financier de la mise en œuvre des activités**

Le DSD élabore son premier PDSD. Le bilan concernera les bilans physique et financier des plans d'action des cinq dernières années.

## 2.2.1 Bilan physique du PSDS antérieur

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

Stru cture s	Nombre d'activités														
	2017			2018			2019			2020			2021		
	Acti vité s pré vue s	Acti vité s réali sées	Taux de réali satio n												
OS1	5	5	100	5	4	80	6	5	83,3 3	5	4	80	4	4	100
OS2	31	31	100	19	13	68,4 2	18	15	83,3 3	19	13	68.4 2	24	24	100
OS3	07	07	100	0	0	00	0	0	0	0	0	0	1	1	100
OS4	19	17	89.4 7	16	14	87,5	16	16	100	16	14	87.5	16	16	100

OS5	05	05	100	1	1	100	1	1	100	1	1	100	6	5	83.3 3
OS6	08	08	100	6	5	83,3 3	6	6	100	6	5	83.3 3	10	9	90
OS7	0	00	100	00	00	0	0	0	0	0	00	00	0	0	0
OS 8	03	03	100	3	2	67	11	11	100	10	9	90	12	11	9.66
Total	75	73	<b>97.3 3</b>	50	39	<b>78</b>	58	54	<b>93,1 0</b>	58	47	<b>81.0 3</b>	73	70	<b>95.8 9</b>

Le faible taux de réalisation en 2018 est dû à une absence d'allocation de ressources par certains partenaires. Aussi les mouvements sociaux de 2019 et la COVID 19 expliquent le faible taux de réalisation des activités en 2020.

## 2.2.2 Bilan financier du PDSD antérieur

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

CSPS	ANNEE 2017				ANNEE 2018				ANNEE 2019				ANNEE 2020				ANNEE 2021			
	MTT PREVUE	MTT ALLOUE	MTT DEPENSE	TX ABSORPT	MTT PREVUE	MTT ALLOUE	MTT DEPENSE	TX ABSORPT	MTT PREVUE	MTT ALLOUE	MTT DEPENSE	TX ABSORPT	MTT PREVUE	MTT ALLOUE	MTT DEPENSE	TX ABSORPT	MTT PREVUE	MTT ALLOUE	MTT DEPENSE	TX ABSORPT
Total CSPS	431650264	119791395	109294299	91,24	134078299	134804162	104703102	77,67	141789764	125313916	111765486	89,19	168109827	132057829	117171575	88,73	175222663	144352666	126097051	87,35
TOTAL CMA	70081920	63829352,8	62594990,1	98,07	76176000	69379731,3	68951076,2	99,3821609	82800000	75412751,4	72772908,9	87,8899867	90000000	81970382	80100988	89,0010978	95400000	86888604,9	87847047,2	92,0828588

TOTAL	TOTAL DRD
524136395,	22404211,2
204414360,	20793612,8
185708445,	17819156,5
90,85	85,70
236925979	26671680
228938194,	24754300,9
189296031,	23941852,9
82,68	96,7179522
256341764	31752000
230196073,	29469405,9
205540600,	27002205,9
88,83	85,0409608
295909827	37800000
249110837	35082626
221275189	31002626
88,83	82,0175292
315622663	45000000
273006301,	41765031
239709129,	39765031
87,80	88,3667356

Les taux d'absorption des formations sanitaires sont supérieurs à 80%. Ce qui est satisfaisant.

TOTAL CMA	TOTAL CSPS	Structure															
		Année 2017				Année 2018			Année 2019			Année 2020			Année 2021		
		Reports	Achats	Vente	Solde	Achats	Vente	Solde	Achats	Vente	Solde	Achats	Vente	Solde	Achats	Vente	Solde
2460146,68	52691234																
34090123,4	292011661																
35425790,2	299036495																
2589628,09	59716068																
35884340,4	283518621																
37290305,4	666720369																
2725924,3	442917816																
37772989,9	307396913																
39252953,1	357323412																
2869394	492844315																
39761042	307950516																
41318898	362580789																
4427250	547474588																
42941925,4	309135520																
44624409,8	388630103																
4781430	626969171																

TOTAL DRD	11688646,9	347276696	397400002	12303838,8	365554417	418315792	12951409,3	384794123	440332412	13633062,4	4050464445	463507803	14350592	426364679	487902950	75888863
TOTAL	66840027,6	673378480	731862287	74609534,9	684957378	1122326466	458595150	729964026	836908777	509346771	752758003	867407490	566252430	778442124	921157463	707639464

**Tableau VIII: Bilan financier des dépôts MEG et du DRD**

De façon générale, la santé financière des D-MEG et du DRD est fort appréciable car les recettes couvrent les dépenses.

De façon générale les taux d'absorption sont satisfaisants (plus de 90%).

**Tableau IX: Evolution des financements au cours des 05 dernières années selon les sources de financement**

Source de financement	Prev	Montant bilan financier														
		Année 2017			Année 2018			Année 2019			Année 2020			Année 2021		
		Alloué	Dépensé	Taux	alloué	Dépensé	TA	alloué	Dépensé	TA	alloué	Dépensé	TA	alloué	Dépensé	TA
FP	105419993	53382513	53382513	100	299789407	286332204	95,51	237914213	237914213	100	237914213	237914213	100	431318837	431318837	100
BE	234581693	219641273	192337231	87,56	53881000	53735911	99,73	257489515	251895515	97,82	255090515	251770515	98,6985012	70211000	70211000	100

Source de financement	Prev	Montant bilan financier														
		Année 2017			Année 2018			Année 2019			Année 2020			Année 2021		
		Alloué	Dépensé	Taux	alloué	Dépensé	TA	alloué	Dépensé	TA	alloué	Dépensé	TA	alloué	Dépensé	TA
PARTENAIRES	219185997	121607214	118670256	97,58	124475316	107233509	86,14	147666944	138400994	93,72	150065944	138525994	92,31008069	195096268	1950296268	100
Total	559187683	394631000	364390000	92,33	478145723	447301624	93,54	643070672	628210722	97,68	643070672	628210722	97,68921976	696626105	696626105	100

De 2017 à 2021, les allocations ont évolué positivement. Elles sont passées de 394.631.000 à 696.626.105. Il ressort également que la première source de financement des plans d'action reste les fonds propres. Par contre, les plans d'action n'ont pas bénéficié de financement de la part des collectivités.



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

<b>Collectivités</b>		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Commune de Bama	Nombre de FS	12	12	12	12	12
	Population totale des FS de la commune	97025	100140	103323	106572	110143
	Montant des transferts	ND	ND	ND	ND	ND
Commune de Dandé	Nombre de FS	02	02	02	02	03
	Population totale des FS de la commune	24175	24951	25744	26553	27443
	Montant des transferts	5 057 896	5 057 896	5 057 896	4 661 356	4 555 640
Commune de Faramana	Nombre de FS	3	3	3	3	3
	Population totale des FS de la commune	22823	23555	24303	25068	25907
	Montant des transferts	ND	ND	ND	ND	ND
Commune de Fo	Nombre de FS	7	7	7	7	7
	Population totale des FS de la commune	24751	25546	26358	27188	28099

	Montant des transferts	7 583 204	7586844	7586844	8157373	7972370
Commune de Koundougou	Nombre de FS	3	3	3	3	3
	Population totale des FS de la commune	31719	32736	33776	34838	36005
	Montant des transferts	ND	ND	ND	ND	ND
Commune de Padéma	Nombre de FS	6	6	6	6	7
	Population totale des FS de la commune	77324	79804	82340	84929	87773
	Montant des transferts	ND	ND	ND	ND	ND

La situation de l'évolution des dépenses par source de financement au cours des 05 dernières années est faite en annexe 6.

La majeure partie des ressources est affectée au fonctionnement. Seul le budget de l'Etat accorde une petite partie aux investissements.

### 2.3 Indicateurs de performance

**Tableau XI: Évolution des indicateurs au niveau du premier échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années**

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
<b>Indicateurs d'ordre général</b>					
Population totale	277817	286732	295 844	305 148	315 370
Nombre de CSPS	32	32	32	33	34
Nombre de CM	1	1	1	1	1
Ratio population/CSPS/CM	1/8419	1/8689	1/8965	1/8975	1/9011
Nombre de COGES existant	33	33	33	34	34
Nombre de COGES fonctionnels	33	33	33	34	34
Pourcentage de CSPS exécutant le monitoring des activités	100	100	00	00	100
<b>Indicateurs de soins curatifs</b>					
Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostic et de traitement (GDT)	100	100	100	100	100

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an)	1.01	0.96	0.53	1.03	1.16
Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	2.4	2.4	1.3	2.4	4.0
Proportion des enfants de faible poids de naissance dans les formations sanitaires	9.1	8.9	8.6	9	10.4
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	77.56	74.06	40.14	69.73	113.76
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	52.9	00	00	86.5	78.1

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Nombre de malades référés par les CSPS vers le CM	NA	NA	NA	NA	NA
Nombre de malades référés des CSPS/CM au CMA	1930	1963	1237	2256	3428
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA	681	835	367	632	3428
Nombre de contre références reçues par les CSPS/CM	83	21	12	209	780
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	4	4	4	4	4

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie PCIME	34.5	37.8	35.6	37.4	75.2
Nombre de décès maternels dans les FS (*)	1	2	1	0	2
Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires (*)	12.20	24.48	21.71	0.00	20.40
Nombre de décès néo-natals dans les FS	19	12	5	12	5
Ratio de mortalité néo natale dans les formations sanitaires	2.32	1.47	1.09	1.48	0.51
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les FS(*)	26	25	5	14	15

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires (*)	3.17	3.06	1.09	1.73	1.53
Taux des morts nés dans les formations sanitaires	21.48	19.22	17.36	20.10	15.81
Pourcentage de femmes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet dans le cadre de la PTME	85	110	143.8	100	87.5
Programmes décentralisés (TB. VIH)	100	100	100	100	100
<b>Indicateurs de soins préventifs</b>					
Taux de couverture vaccinale en BCG des enfants de 0 à 11 mois	114	108.6	60.9	100.5	149.8

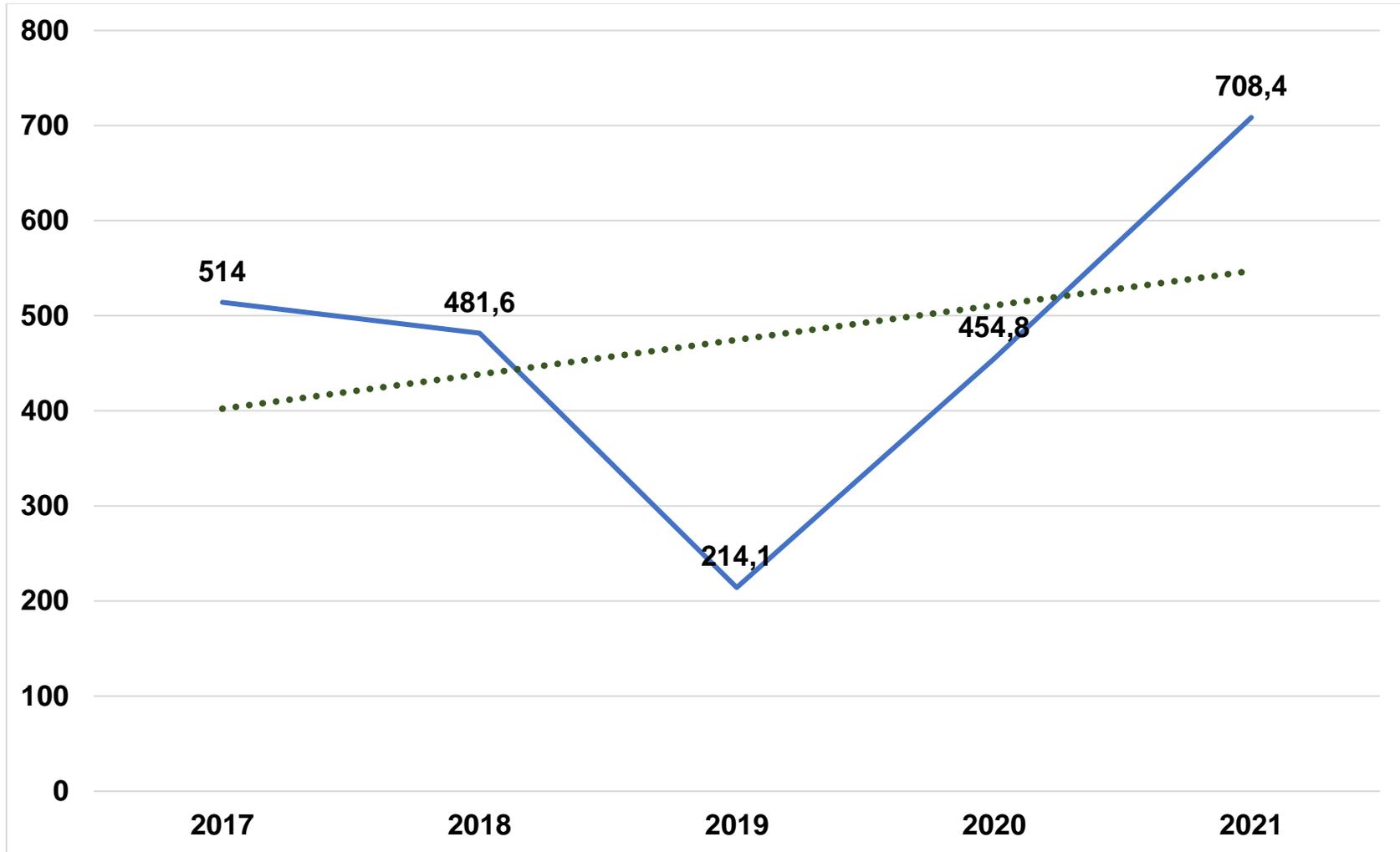
<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	ND	ND	ND	ND	ND
Taux de couverture en DTC-HepB-Hib1	101.2	98	56	97.8	156.2
Taux de couverture vaccinale en PNEUMO 3	101.3	93.6	48.8	94.6	93.5
Taux de couverture vaccinale en Rota 3	101.1	84.9	30.8	92.5	142.4
Taux de couverture vaccinale en RR1 des enfants de 0 à 11 mois	97.9	95.2	54.4	99.7	143.9
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	38.4	91.1	54.3	99.6	143.9
Taux de couverture en RR 2	73.3	79.6	44.4	83.7	82.2

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de couverture vaccinale en VAT2 et + des femmes enceintes	95.3	91.4	43.5	78.2	112.5
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	83.5	89.85	94.5	102.7	155.25
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des femmes en post partum	67.14	54.24	50.67	68.18	ND
<b>Indicateurs de soins promotionnels</b>					
Taux de couverture en CPN4 des femmes enceintes	35.07	37.91	21.68	39.47	66.16
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	25	22.2	11.2	19.9	28.6

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	5190	5143	2238	3439	4822
Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des SPN	91.1	89.6	90.7	63.7	95.8
<b>Indicateurs de Santé communautaire</b>					
Nombre de cas de diarrhée pris en charge au niveau communautaire	0	3	45	0	3
Nombre de cas de paludisme simple traités à domicile	716	76	15	165	610
Nombre de cas d'IRA pris en charge au niveau communautaire	0	0	74	9	0
Nombre de malnutris (MAS et MAM) dépistés et référés	560	320	122	384	420

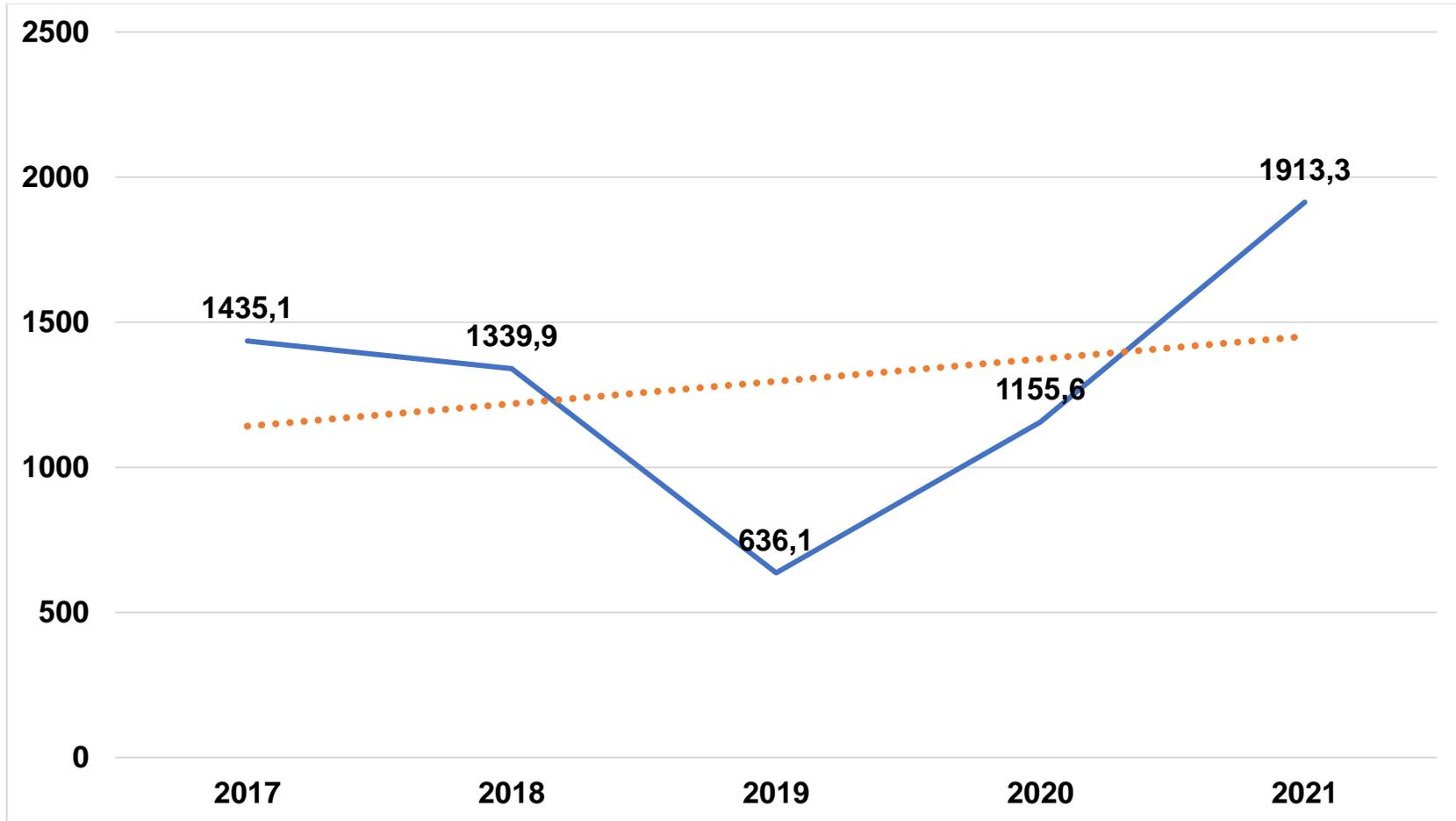
<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
par les ASBC/OBCE dans les FS					
Nombre de malnutris (MAS et MAM) référés par les ASBC/OBCE et reçus par les FS	573	344	72	241	349
Nombre d'enfant de moins de 5 ans PEC selon la PCIMEc	ND	ND	ND	ND	ND

### **Analyse de quelques indicateurs clés du paludisme et de santé maternelle et néonatale**



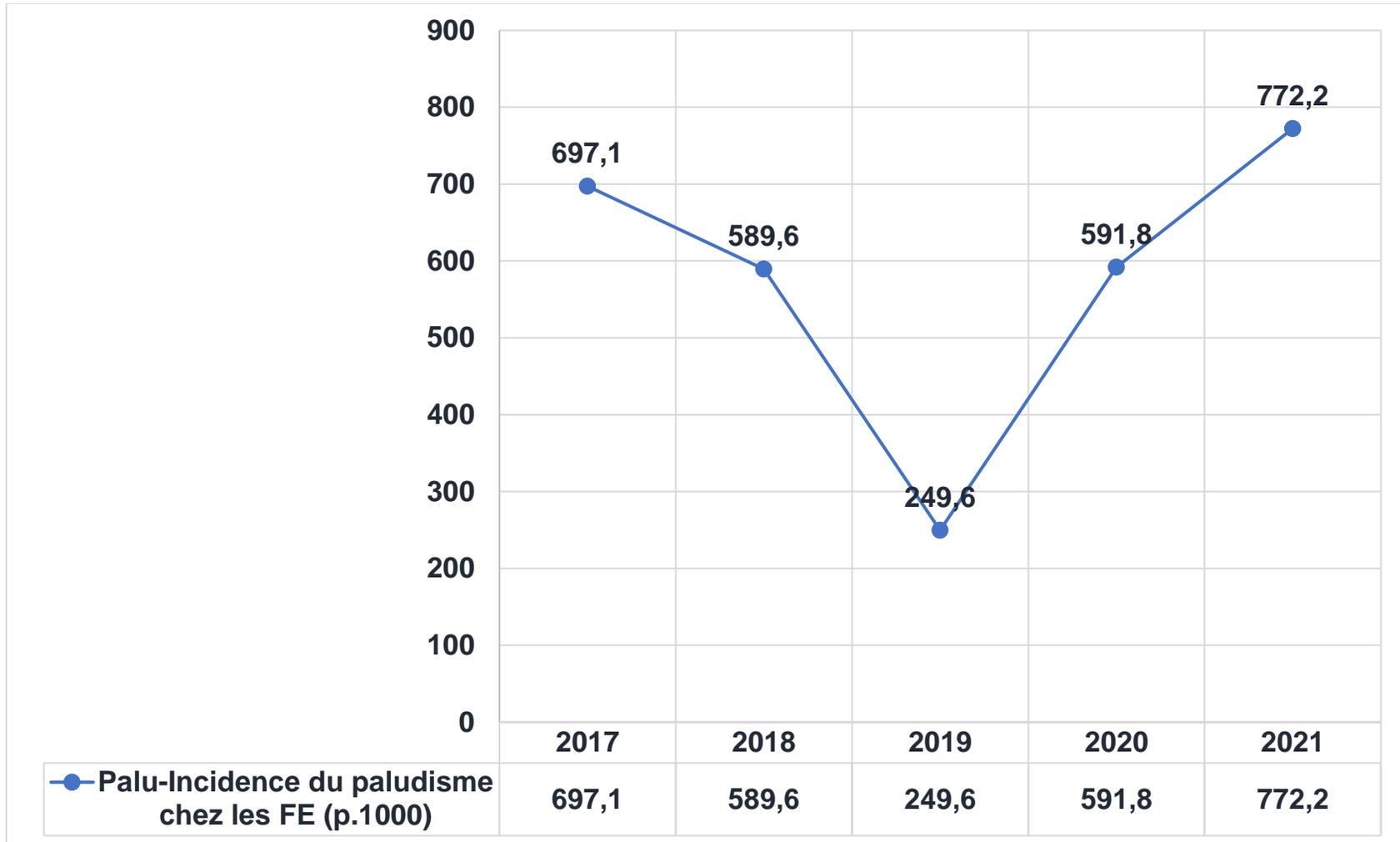
**Graphique 1: Palu-Incidence globale du paludisme (p.1000).**

La tendance de l'incidence globale des cas de paludisme est à la hausse de 2017 à 2021. Les données de 2019 ne sont pas complètes.



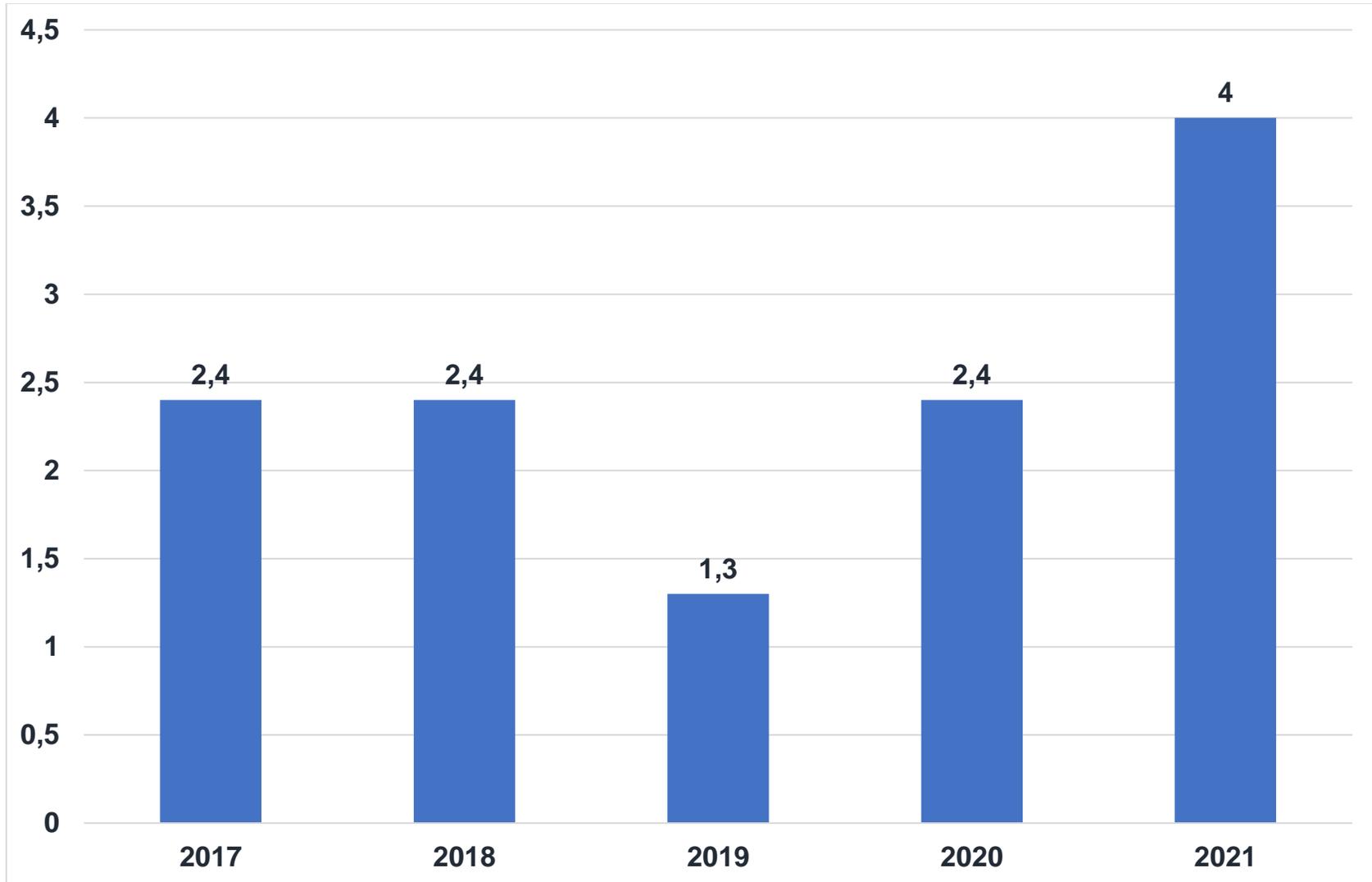
**Graphique 2: Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (p.1000)**

L'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 1435.1 à 1913.3 pour mille de 2017 à 2021.



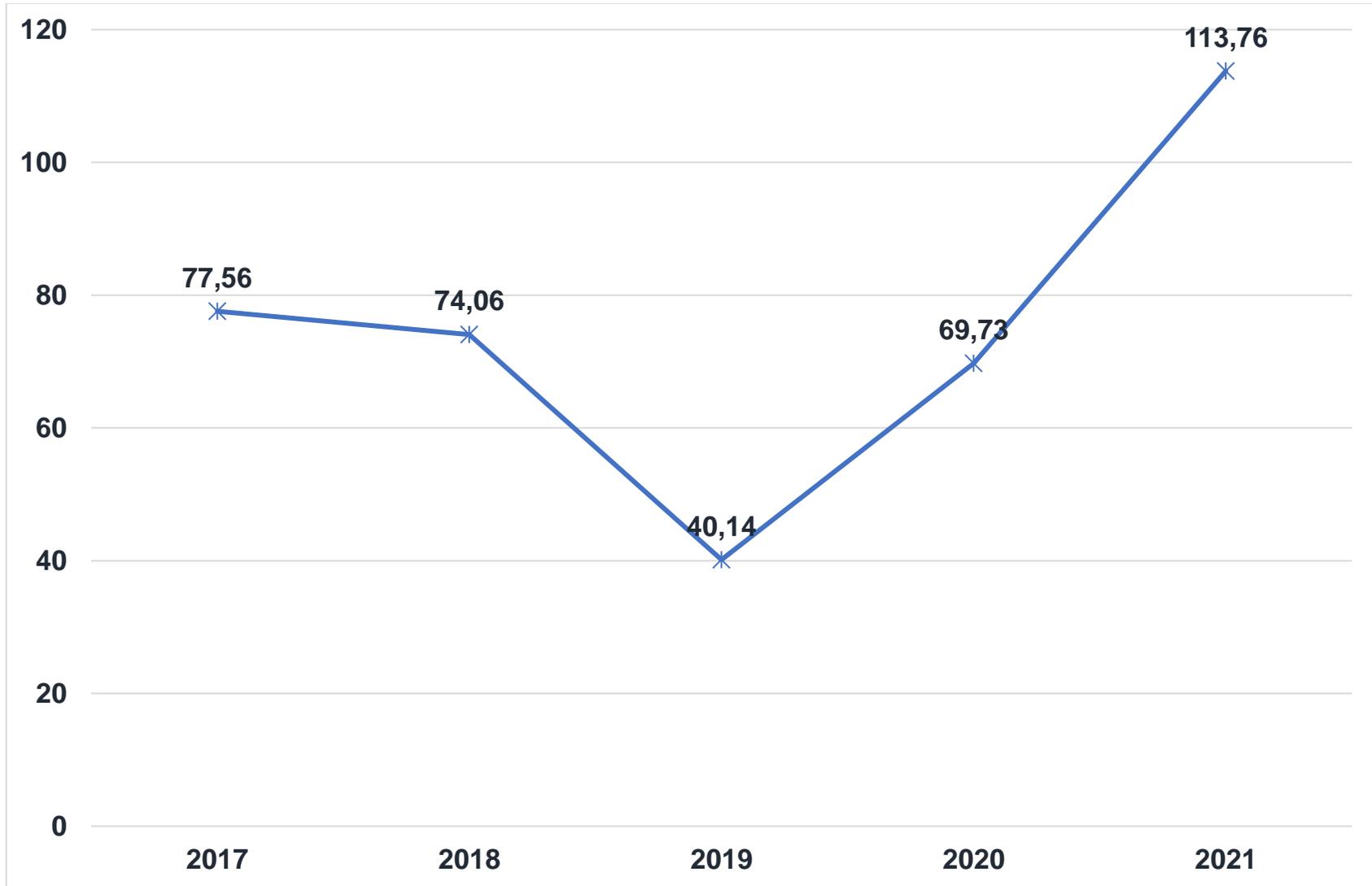
**Graphique 3: Incidence du paludisme chez les FE (p.1000)**

Chez les FE, l'incidence est également à la hausse de façon globale de 2017 à 2021.



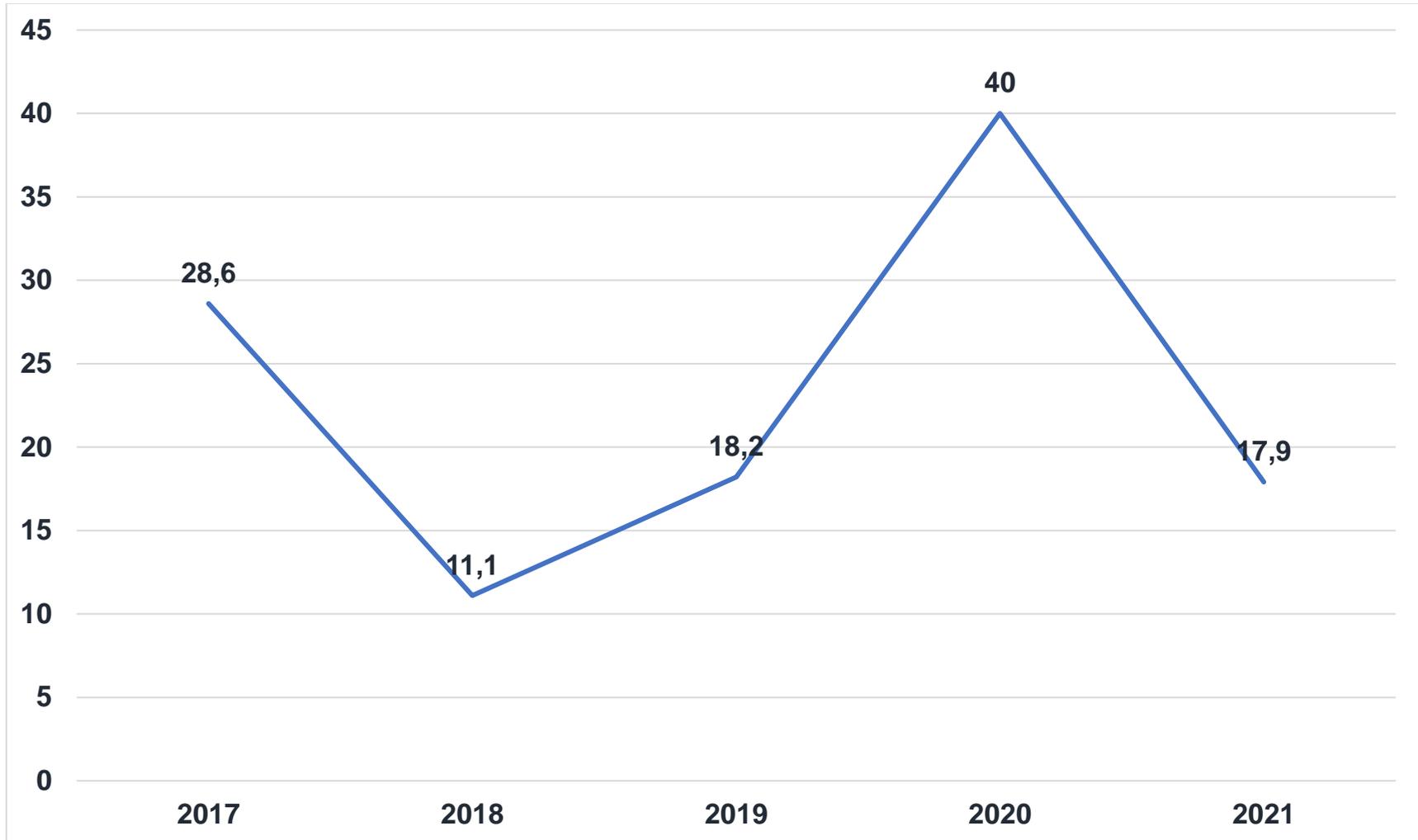
**Graphique 4: Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans**

Les nouveaux contacts par an chez les enfants de 0 à 5 ans a presque doublé en 2021.



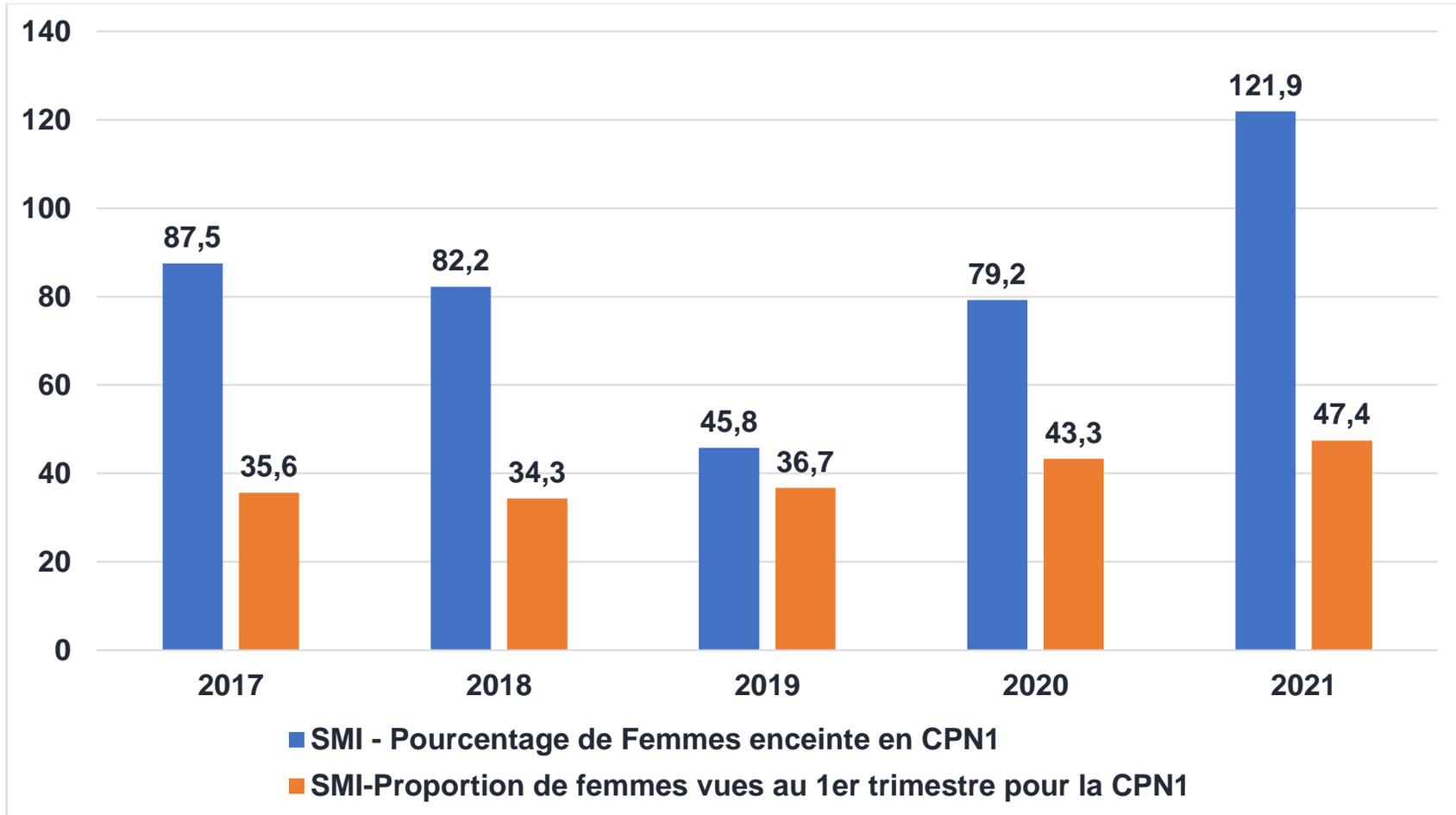
**Graphique 5 Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié**

Le taux d'accouchements dans les FS s'est véritablement amélioré entre 2020 et 2021.



**Graphique 6: Pourcentage enfants testés à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de vie par la PCR**

La proportion des enfants testés à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de vie par la PCR reste faible par rapport à l'objectif attendu de 100%. Néanmoins en 2020, un bon significatif a été réalisé.



**Graphique 7: Comparaison entre le pourcentage de FE vue en CPN1 et la proportion de FE vues au 1er trimestre pour la CPN1**

On observe une importante déperdition entre le pourcentage de FE vue en CPN1 et la proportion de FE vues au 1er trimestre pour la CPN1.

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

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
<b>Indicateurs d'ordre général</b>					
Nombre de Médecins généralistes	5	4	4	4	6
Nombre de Médecins formés en chirurgie essentielle	1	1	1	2	1
Nombre de Médecins spécialistes (Gynéco-obstétriciens. Chirurgiens. Radiologues. Pédiatres...)	0	0	0	0	0
Nombre de SFE/ME	49	46	39	43	36
Nombre d'IDE	71	66	60	60	55
Nombre d'AS en Chirurgie	6	7	9	9	10

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Nombre d'AS en Anesthésie Réa	6	6	7	7	9
Nombre d'AS en pédiatrie	1	1	2	2	2
Nombre d'ASSOG	0	0	0	0	0
Nombre AS autres (Ophtalmo. stomato...)	3	3	3	4	6
Nombre de lits	52	49	52	62	82
<b>Indicateurs de soins préventifs</b>					
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	-	-	-	-	-
<b>Indicateurs de soins curatifs</b>					
Taux d'occupation des lits	20.3	15.6	10.51	39.3	38.54
Durée moyenne de séjour	2.1	1.7	2.2	3.7	3.5
Taux de létalité hospitalière	1.22	0.66	2.43	2.08	2.7
Proportion de césariennes réalisées par rapport aux	1.16	1.23	1.16	1.23	20.9

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
naissances vivantes attendues					
Nombre de malades reçus au CMA	796	1470	977	2008	2483
Nombre de malades référés par les CSPS/CM reçus au CMA ou CHR (pour les DS non centrés sur CHR)	333	450	450	787	1117
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA/CHR (pour les DS noncentrés sur CHR)	45	124	119	196	745
Nombre de malades référés par le CMA au niveau supérieur	386	395	188	312	875
Pourcentage de malades référés par les CSPS/CM et pris en charge par un	100	100	100	100	100

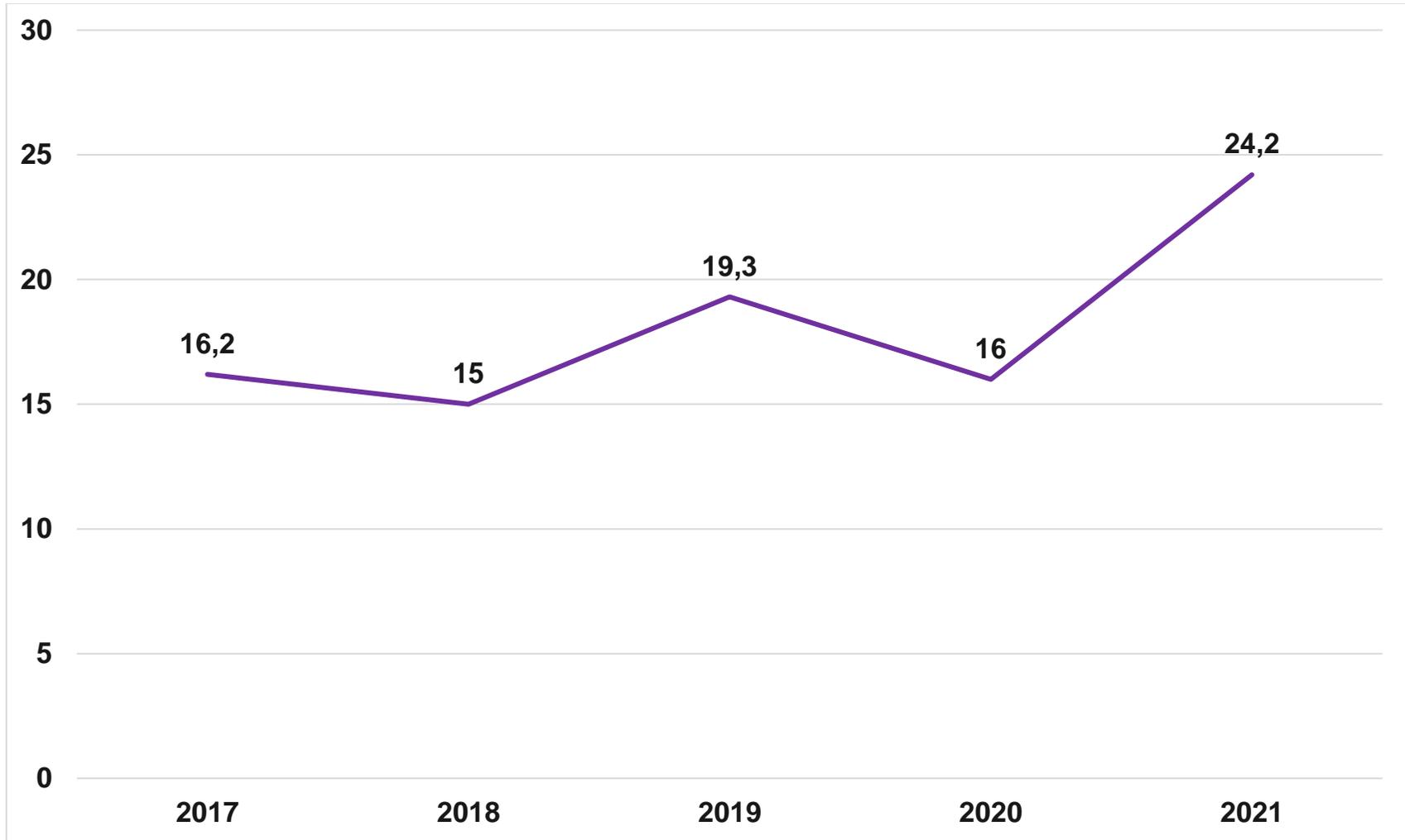
<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
médecin au CMA ou CHR (pour les DS non centrés sur CHR)					
Pourcentage de malades évacués par les CSPS prises en charge par un médecin au CMA ou CHR (pour les DS non centrés sur CHR)	100	100	100	100	100
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie TETU	2.72	00	00	7.12	10.08
Pourcentage de malades référés pris en charge par les attachés de santé	30	33.31	22.6	31.9	58
Taux de rupture des 45 molécules traceurs	17.8	2.2	10.01	5.4	13.33

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière	0.29	0.07	00	3.7	2.89
Taux de mortalité intra-hospitalière	1.5	1.8	2.4	2.1	2.7
Taux de mortalité intra-hospitalière chez les moins de 5 ans	5	6.96	0.048	0.035	6.57
Taux d'accouchement dystocique	68.4	84.0	93.9	95.4	96.6
Nombre d'AMIU	52	64	27	45	87
Nombre de contre référence effectuées	310	309	334	1016	2936
Nombre de retro-informations effectuées	4	4	4	4	4
Pourcentage de personnes justifiables de traitement ARV et qui sont sous ARV	100	99.3	100	100.2	100

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues	16.2	15	19.3	16	24.2
Taux de succès thérapeutique (tous les cas TB-PS et TB-PR)	73.1	79.5	88.4	82.1	80.6
<b>Indicateurs financiers</b>					
Total des recettes réalisées au niveau du CMA	119791395	134804162	125313916	132057829	144352666
Total des dépenses réalisées au niveau du CMA	109294299	104703102	111765486	117171575	126097051

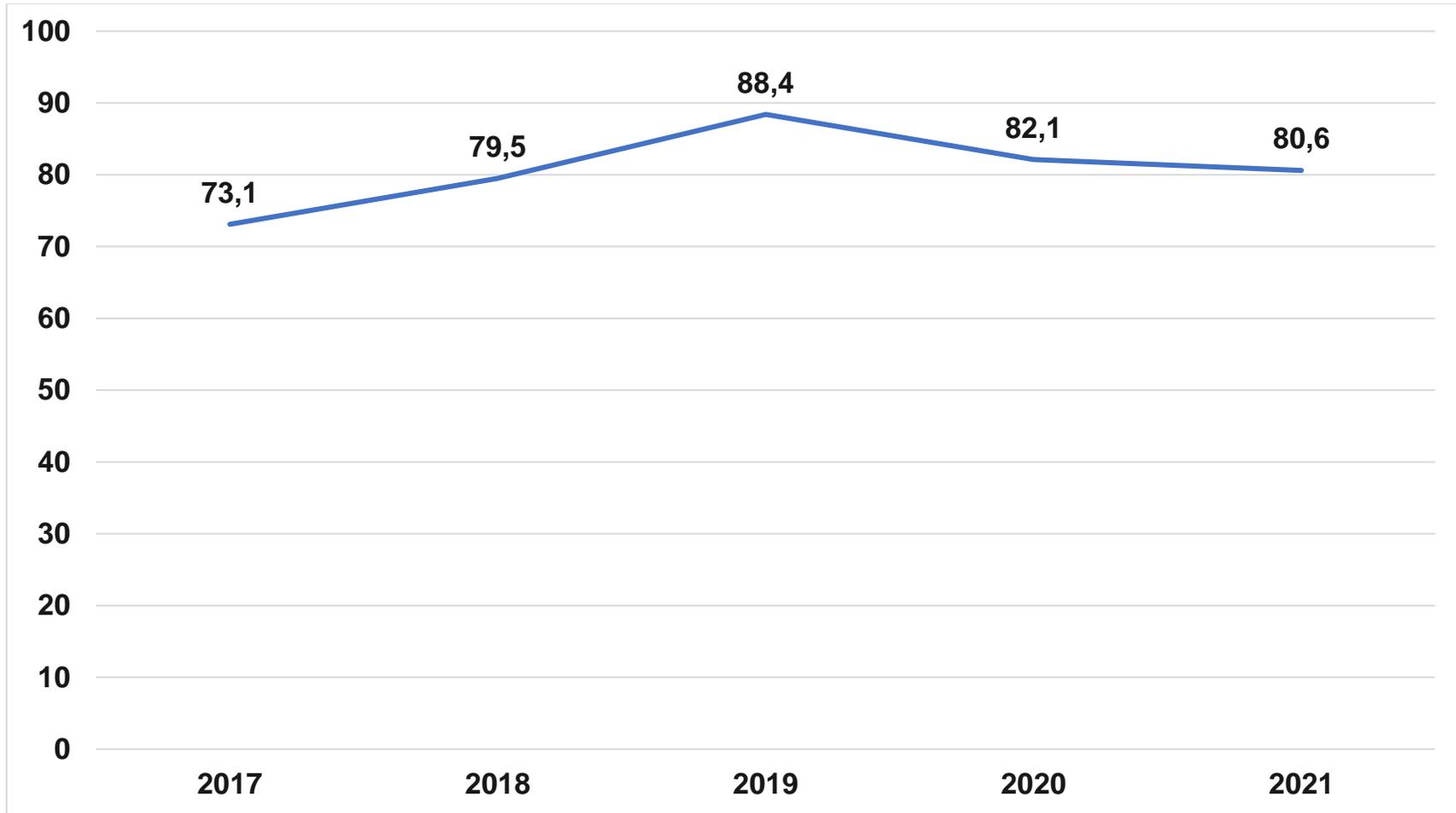
De 2017 à 2021, les recettes réalisées par le CMA couvrent les dépenses. Il ressort également que les mouvements d'humeur et la COVID-19 ont eu un impact négatif sur l'évolution des recettes respectivement en 2019 et en 2020.

***Analyse des indicateurs sous forme de graphique***



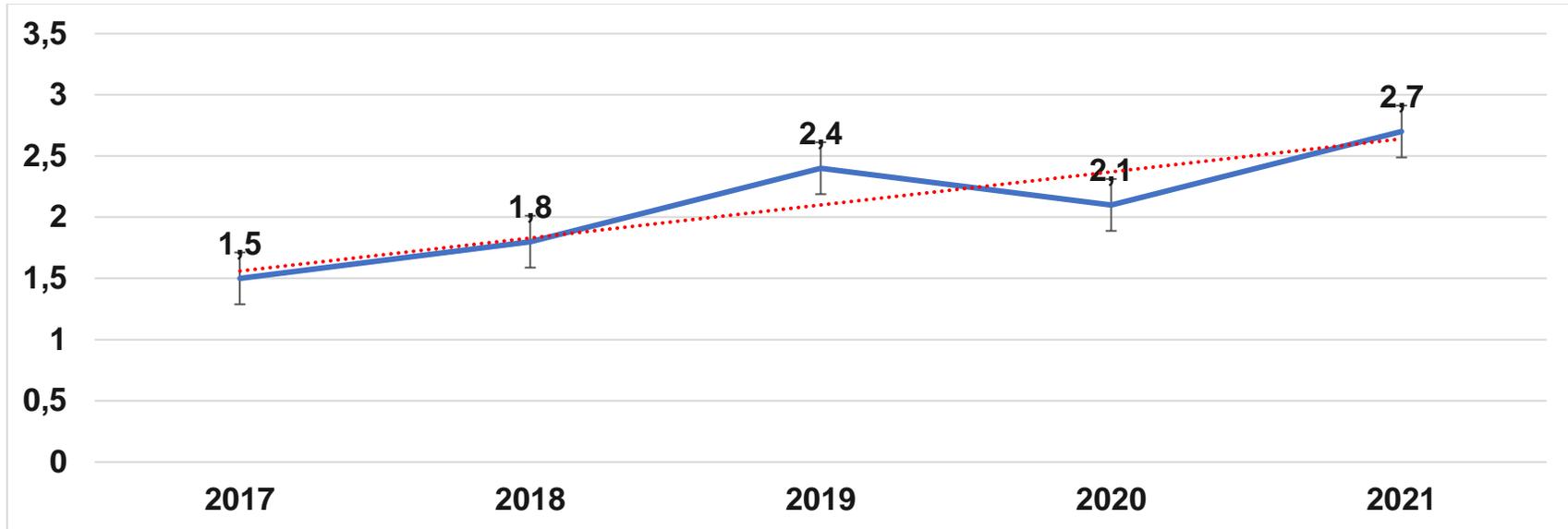
**Graphique 8: Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues**

Le taux de notification des nouveaux cas de tuberculose de 2017 à 2021 a évolué en dent de scie. Un bon significatif a été observé en 2021.



**Graphique 9: Taux de succès thérapeutique (tous les cas TB-PS et TB-PR)**

Le taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose s'est amélioré de 2017 à 2019. Par contre de 2019 à 2021, ce taux est en régression.



**Graphique 10: Taux de mortalité intra-hospitalière**

La tendance générale de la mortalité intra hospitalière est à la hausse de 2017 à 2021. Ce taux est resté dans les normes fixées (<5%).

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

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
<b>Indicateurs d'ordre général</b>					
Rayon moyen d'action théorique	5.8	5.57	5.74	5.74	5.66

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire	56.93	59.51	59.51	56.51	57.80
Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 10 km d'une formation sanitaire	83.4	83.84	81.4	83.04	86.86
Nombre de formations sanitaires publiques	34	34	34	34	35
Nombre de formations sanitaires privées	2	2	3	3	3

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Pourcentage de formations sanitaires publiques (CSPS) remplissant les normes en personnel de santé	81.3	88.24	90.9	84.84	88.57
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 CUS. les SUS/SUT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Existence de lettre de mission pour les ICP/ Médecins responsables des CM	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ratio Médecin/habitants	1/55563	1/71683	1/73961	1/76287	1/52562
Ratio Pharmacien/habitants	1/277817	1/286732	1/295844	1/305148	1/315370
Ratio Infirmier/habitants	1/3388	1/3413	1/3998	1/4015	1/4205
Ratio Sage-Femme-ME/habitants	1/5670	1/6233	1/7586	1/7096	1/8760
Ratio AIS/habitants	1/6615	1/6993	1/7044	1/6935	1/7509
Taux d'exécution physique des activités du plan d'action	54.9	55.8	80	56.2	90.1

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de complétude des rapports mensuels d'activités (RMA)	100	100	57.81	100	100
Taux de complétude des TLHO	100	100	57.81	100	100
Taux de promptitude des TLHO	100	100	57.81	100	100
Proportion de supervisions intégrées (prévues dans le PA) effectuées	100	50.7	75	94.4	83
Nombre de recherches-actions effectuées	0	0	0	0	0
Nombre de CSD tenus	2	2	2	2	2

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Proportion de membres ECD ayant un acte de nomination	100	100	100	100	100
Nombre de réunions ECD tenues	49	48	44	46	50
Nombre de réunions ECD/Responsables de formations sanitaires tenues	4	4	4	4	4
Nombre de réunions ECD/ Responsables de formations sanitaires /COGES tenues	2	2	2	2	2
<b>Indicateurs de soins curatifs</b>					

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de rupture des 45 molécules traceurs du DRD	17.08	0	10.01	5.4	13.33
Pourcentage des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	37.5	0	0	24.3	78.1
Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostic et de traitement (GDT)	100	100	100	100	100
Nouveaux contacts/habitants/an	1.1	0.99	0.54	1.1	1.6
Nouveaux contacts par an chez les enfants de 0 à 5 ans	2.5	2.5	1.4	2.5	4

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Proportion des enfants de faible poids de naissance dans les formations sanitaires	9.45	9.52	8.56	9.93	10.21
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	89.8	88.5	47.9	82.2	135
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	37.5	0	0	24.3	78.1
Nombre de malades référés par les CSPS/CM vers le CMA	333	450	450	787	1117

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Nombre de contre références reçues par les CSPS/CM	83	21	12	209	780
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA	681	835	367	632	3428
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	34.7	36.6	33.4	34.8	73.6
Nombre de décès maternels dans les FS (*)	3	4	1	2	5

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires (*)	30.68	39.91	17.76	20.05	43.35
Nombre de décès néo-natals dans les FS	28	27	18	18	10
Ratio de mortalité néo natale dans les formations sanitaires	2.86	2.69	3.20	1.80	0.87
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les FS(*)	44	47	24	29	15
Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires (*)	4.50	4.69	4.26	2.91	1.30

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux des morts nés dans les formations sanitaires	2.43	2.04	1.92	2.53	2.45
PTME-Pourcentage de femmes enceintes dépistées positives mises sous traitement ARV	70.4	115.8	133.3	100	87.5
Programmes décentralisés (TB. VIH)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Indicateurs de soins préventifs</b>					
Taux de couverture vaccinale en BCG des enfants de 0 à 11 mois	114	108.6	60.9	100.5	149.8
Taux de couverture vaccinale en	-	-	-	-	-

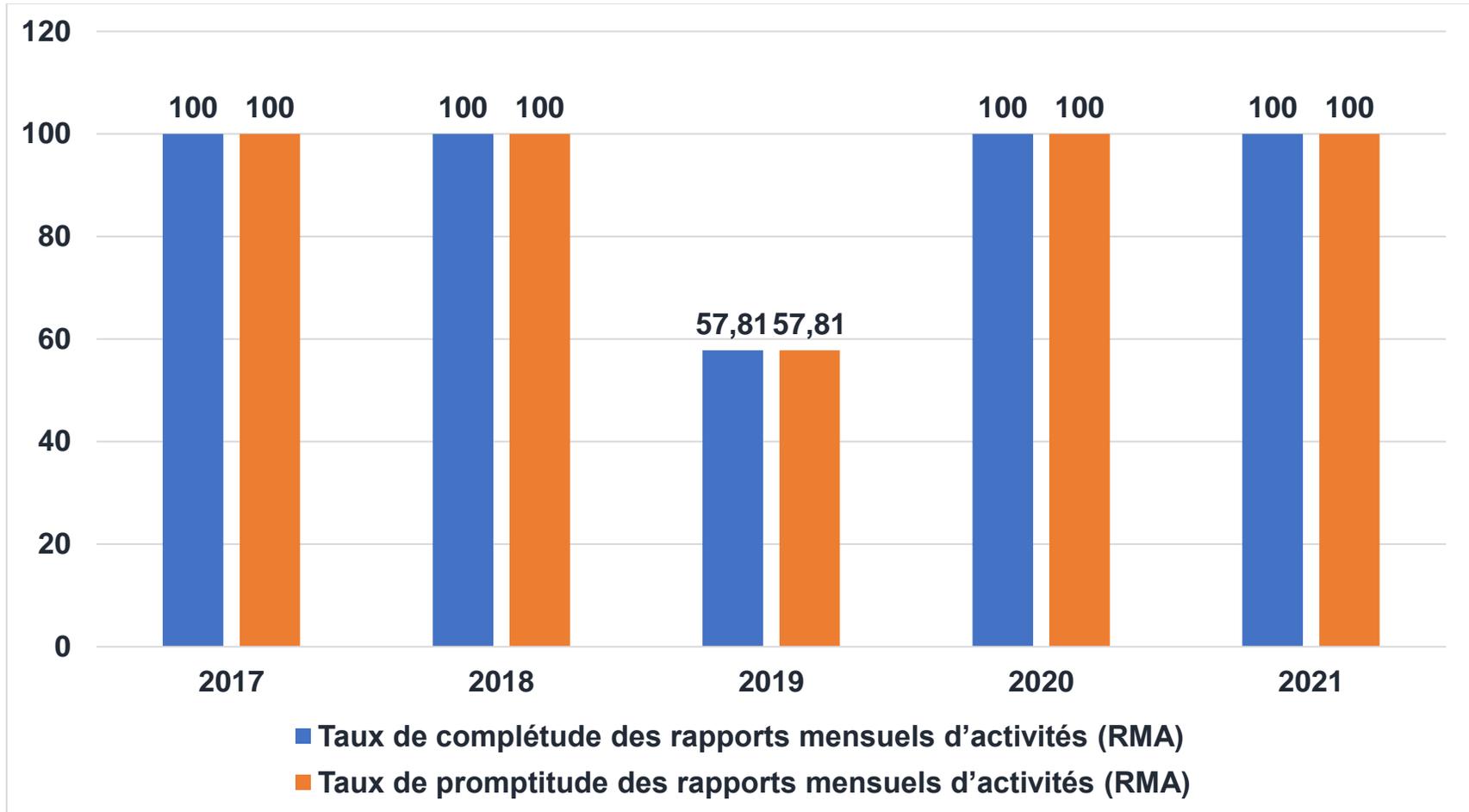
<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Hépatite à la naissance					
Taux de couverture en DTC-HepB-Hib1	101.2	98	56	97.8	156.2
Taux de couverture vaccinale en PNEUMO 3	101.3	93.6	48.8	94.6	93.5
Taux de couverture vaccinale en Rota 3	101.1	84.9	30.8	92.5	142.4
Taux de couverture vaccinale en RR1 des enfants de 0 à 11 mois	97.9	95.2	54.4	99.7	143.9
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	38.4	91.1	54.3	99.6	143.9

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de couverture en RR 2	73.3	79.6	44.4	83.7	82.2
Taux de couverture vaccinale en VAT2 et + des femmes enceintes	95.3	91.4	43.5	78.2	112.5
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	83.5	89.85	94.5	102.7	155.25
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des femmes en post partum	67.14	54.24	50.67	68.18	ND
<b>Indicateurs de soins promotionnels</b>					

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de couverture en CPN 4 des femmes enceintes	35.1	37.9	21.7	39.5	66.2
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	25	22.2	11.2	19.9	28.6
Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	15626	14371	7542	13858	17102
Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des CPN	91.1	89.6	90.7	63.7	95.8
<b>Indicateurs financiers</b>					

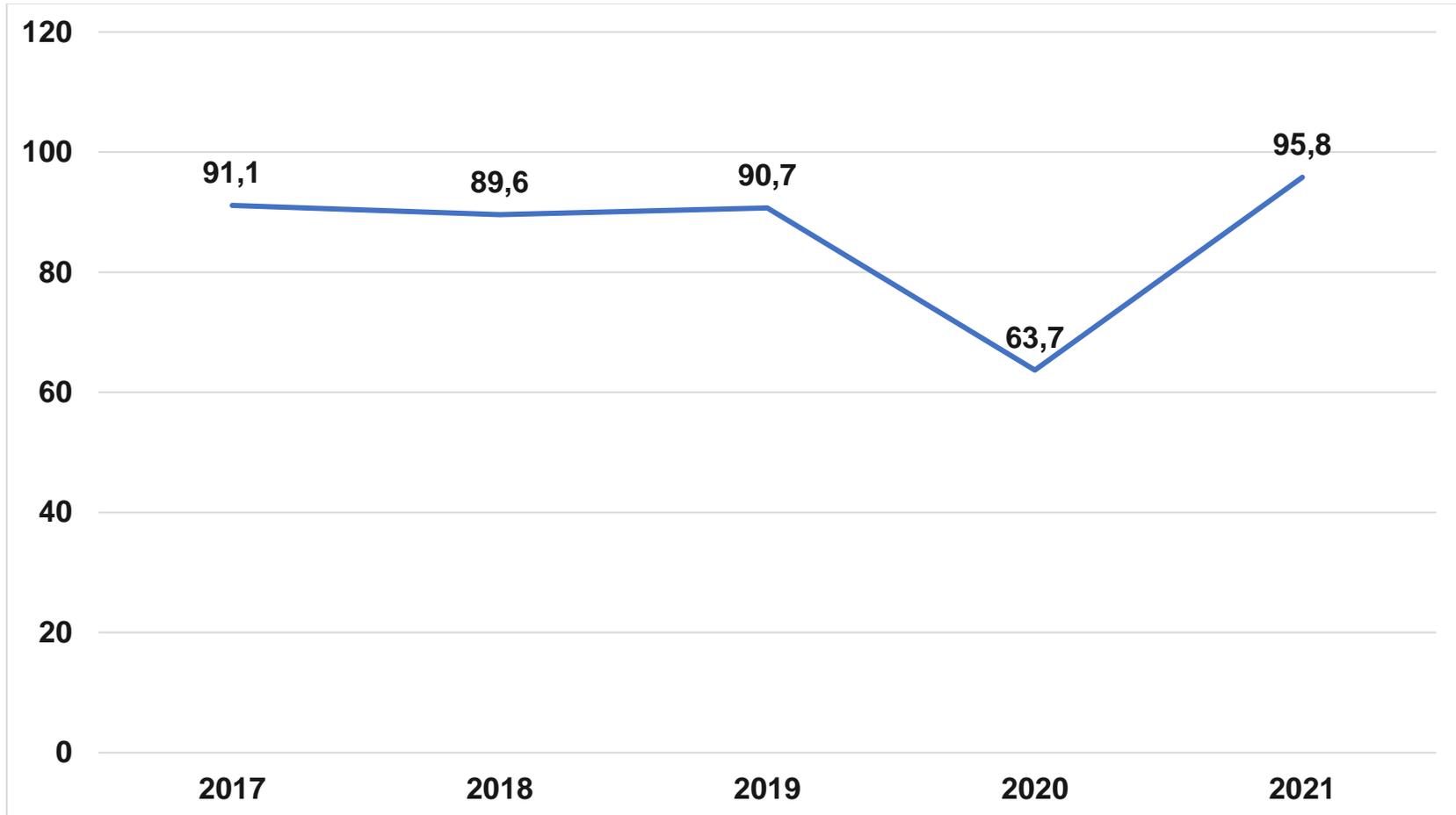
<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
Taux de mobilisation des ressources financières	93.85	93.43	100	100	99,95
Taux d'allocation des ressources financières	92.46	95.95	80	98.16	89,93
Taux d'absorption des ressources financières	93.55	94.42	98	84.21	99,09
Total des recettes réalisées au niveau du DRD	397400002	418315792	440332412	463507803	487902950
Total des dépenses réalisées au niveau du DRD	347276696	365554417	384794123	405046445	487902950
Proportion de réalisation des	100	100	100	100	100

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>	<b>Année 2021</b>
contrôles de gestion des CSPS/CM					
Proportion de réalisation des contrôles de gestion des CMA	100	100	100	100	100
<b>Indicateurs gratuité</b>					
Nombre de prestations au profit de la cible gratuité	214 006	220 733	239 851	251 206	299 638
Montant déclaré	295 009 508	324 260 546	408 785 771	424 206 061	472 703 280
Montant remboursé	301761145	127608453	182202346	386008118	226772056
Taux de remboursement	102.28	39.35	44.57	91.01	47.97



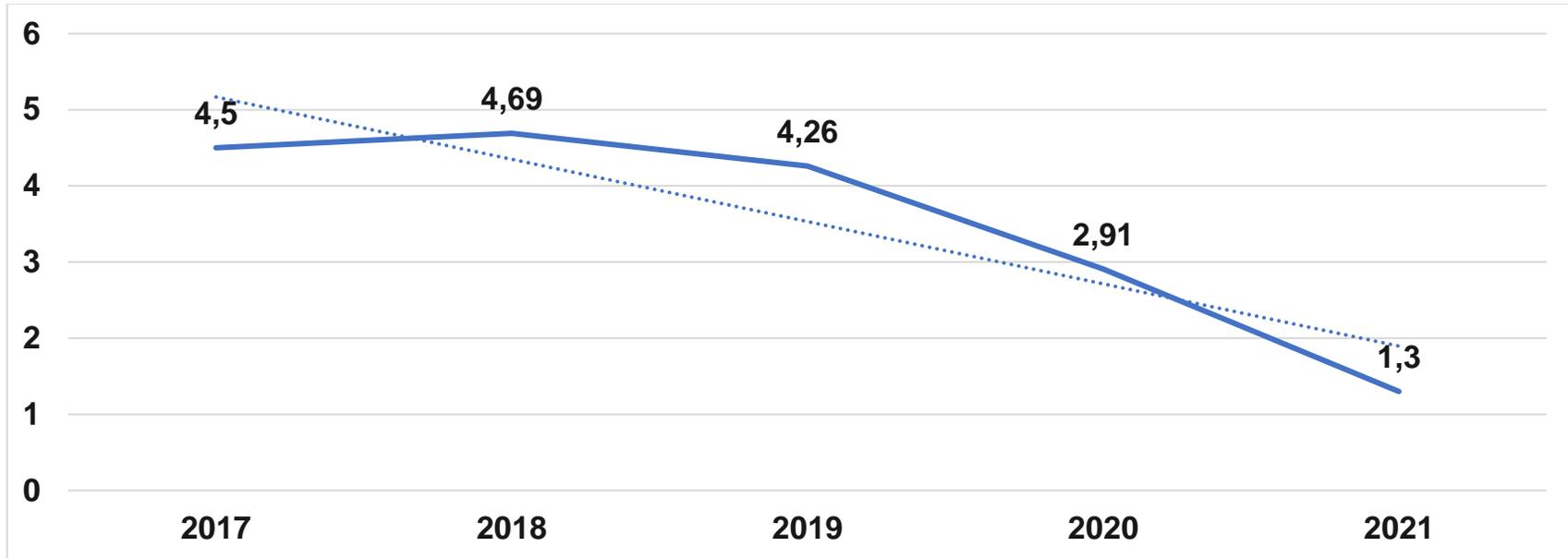
**Graphique 11: Comparaison entre la complétude et la promptitude dans la transmission des RMA**

La complétude et la promptitude dans la transmission des RMA est à 100% sauf 2019. La situation de 2019 s'explique par la non transmission des rapports d'activité par les agents en grève.



**Graphique 12: Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des CPN**

Toutes les femmes ne bénéficient pas du dépistage VIH au cours de la CPN1. Cette situation pourrait s'expliquer par la rupture en détermine au niveau des formations sanitaires.



**Graphique 13: Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires**

Le Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires est en baisse depuis 2018 à 2021. Cela est lié à la mise en œuvre d'interventions efficaces au sein du district sanitaire de Dandé en faveur des enfants de moins de 5 ans.

#### **2.4 Analyse de la situation sanitaire du district par orientation stratégique**

L'analyse situationnelle s'est faite sur la base des cinq orientations stratégiques déclinées dans le PNDS 2021-2030. A l'intérieur de chaque orientation des sous titres permettent de mieux expliciter la situation décrite.

**OS1 : 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**

**Le leadership et la gouvernance**

Dans le cadre du renforcement de ses capacités le DSD a mis en œuvre différentes stratégies. En effet, plusieurs cadres de concertation ont été tenus de 2017 à 2021. Il s'agit notamment des rencontres ECD-ICP, ECD-ICP-COGES, ECD-responsables maternité, ECD-tradipraticiens, CSD et ECD-Partenaires sociaux. La tenue de ses cadres de concertations a permis d'engranger des performances appréciables dans le domaine de la vaccination, de la santé de la mère et de l'enfant et de la surveillance épidémiologique.

On note également une bonne collaboration entre le district et les autres secteurs du one health.

Cependant, nous notons une insuffisance dans la gestion et l'utilisation de l'information sanitaire, une faible participation de la communauté dans la mise en œuvre de certaines activités des FS, un retard dans le renouvellement des bureaux COGES. Aussi, il y'a une irrégularité dans la tenue des réunions COGES et des assemblées générales au niveau des CSPS et une faiblesse dans la mobilisation des ressources au niveau local. Cela pourrait être à l'origine de la faible utilisation des services de santé, une persistance des accouchements à domicile, des consultations tardives et des décès maternels. Par ailleurs, la gratuité des soins a contribué à améliorer la mobilisation des ressources financières et l'utilisation des services bien que cette stratégie mérite d'être améliorée.

### **🦋 La planification, le suivi et l'évaluation**

Chaque année le DSD met en place un PA avec une implication des différents acteurs selon les orientations reçues du ministère de la santé. Ces plans sont mis en œuvre, suivis et évalués périodiquement. Cette forme de planification longtems utilisée ne permet pas la résolution des problèmes de façon durable, d'où la nécessité de la planification stratégique à travers les PDSD. L'actuel PDSD se présente comme un retour à la normale en

ce qui concerne la planification sanitaire qui pourrait permettre un meilleur diagnostic et une meilleure résolution des problèmes de santé de la population.

La supervision des activités est effective au district sanitaire de Dandé. Cependant, le monitoring des activités et l'évaluation des pratiques professionnelles sont insuffisants.

### 🗑️ **L'équité et la prise en compte du genre dans le secteur de la santé**

Au niveau des FS y compris le CMA, le système de prise en charge des indigents n'est pas formalisé. Les évacuations gratuites des malades du CMA vers le Centre Hospitalier Universitaire Souro SANOU (CHUSS) sont effectives. Aussi, depuis 2016, la stratégie de gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans se poursuit dans le DSD conformément aux directives nationales. A cela, s'est ajoutée la gratuité de la planification familiale chez les femmes depuis 2020. Cette politique de gratuité des soins pour les femmes, les enfants de moins de 5 ans et la Planification familiale (PF) a montré son efficacité, notamment la fréquentation des services par les populations cibles qui a connu une amélioration. En attendant l'opérationnalisation de la couverture nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) et pour ne pas perdre les acquis, cette politique devrait être renforcée et même étendue en faveur d'autres populations vulnérables (personnes âgées, indigents...). L'une des difficultés énormes de cette gratuité est le retard dans le remboursement.

Par ailleurs, les cas de violences basées sur le genre (VBG) se sont accrus du fait de la situation sécuritaire précaire.

### 🗑️ **La redevabilité**

Dans le cadre de la redevabilité, des cadres de concertation existent. Il s'agit entre autres des AG et des CSD. Cependant, on note une irrégularité dans la tenue des AG des CSD. Aussi, pour optimiser le fonctionnement de ses structures de santé, le district a proposé des tarifs harmonisés des prestations de santé qui sont validés au niveau régional. De même, il veille à la mise en œuvre des directives à travers les contrôles et la supervision des FS ainsi que les enquêtes communautaires. Pour s'assurer de la mise en œuvre de la gratuité des soins, des contrôles et des vérifications sont menés périodiquement par l'ECD. Par ailleurs, des ONG mènent des contrôles et font la restitution de leurs résultats à l'ECD.

Dans le souci de mieux gérer les plaintes dans le district, un numéro utile est disponible afin de recueillir les différentes préoccupations des agents et des usagers. Le point des plaintes est fait de façon périodique à l'ECD qui statue.

Après la mise en œuvre de leur paquet d'activités, les OBC fournissent des rapports d'activités aux FS et au district.

## **(OS 2) : Développement des ressources humaines pour la santé**

### **🗑 La production des ressources humaines de qualité**

Le DSD assure la formation continue et la supervision de ses agents. Il fait régulièrement des plaidoyers pour renforcer les effectifs qui restent insuffisants.

### **🗑 La disponibilité et la qualité de la gestion des ressources humaines**

Les ratios en personnel ont connu une légère amélioration au cours des 5 dernières années. En effet, pour les médecins par exemple, le ratio est passé de 1/55 563 en 2017 à 1/45053 en 2021. Bien que ces ratios aient

connus des progrès, ils restent pour la plupart en deçà des normes OMS. En effet, la gestion des ressources humaines reste insuffisante due à l'insuffisance de motivation du personnel en charge des ressources humaines (la gestion des carrières) et la forte mobilité du personnel du district vers les districts urbains et les districts classés zone 4 de la grille indemnitaire de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

**(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)**

**🗑 La mobilisation et la gestion des ressources financières**

Les principales sources de financement des différents PA des cinq dernières années étaient l'Etat et les PTF. La plupart des activités financées par ces partenaires ont été exécutées et le taux d'absorption a varié de 99% à 100%. Au niveau des FS, en plus des différents appuis extérieurs, le fonctionnement est effectif grâce aux recettes générées par la vente des MEG et les tarifications des actes.

Des contrôles de gestion se font semestriellement dans les FS. Par ailleurs, les FS produisent périodiquement des rapports financiers à l'ECD qui permettent de suivre leur gestion. Cependant, le contexte sécuritaire rend difficile l'exécution des contrôles. Cette difficulté dans le suivi peut entraîner des insuffisances de gestion avec des conséquences négatives pouvant aboutir à des dysfonctionnements.

**🗑 La protection des populations contre le risque financier**

La gratuité des évacuations sanitaires du CMA vers le CHUSS est effective depuis Novembre 2020. Aussi, le CMA assure la PEC systématique des urgences sanitaires sur fonds propres. Toutes ces dépenses épuisent considérablement les finances du CMA grevant ainsi la réalisation de ses activités routinières.

L'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle annoncé depuis 2008 tarde à prendre corps dans notre pays. Au niveau du DSD, certaines mutuelles existantes ne fonctionnent plus depuis un certain temps. Aussi, la prise en charge des indigents dans les FS est en souffrance bien que cela soit prévue par le système de soins de santé.

Malgré tous les efforts du CMA, certains patients n'arrivent toujours pas à prendre en charge les dépenses supplémentaires. Il est alors plus que nécessaire de travailler à rendre opérationnelle l'AMU à l'échelle nationale.

#### ✎ **Les infrastructures standardisées et harmonisées**

Depuis 2019, un processus de réhabilitation, d'extension de certaines unités est en cours et financé sur fonds propre. Le district bénéficie par ailleurs de l'appui de l'Institut des Sciences et Techniques.

La proportion des FS respectant les normes en infrastructures est faible. Au CMA, les locaux sont insuffisants (absence d'unités de santé mentale, ORL et d'imagerie médicale) et ceux disponibles ne respectent pas les normes. La morgue est dans un état de délabrement, la mairie est sollicitée pour les travaux de réfection.

Par ailleurs, la clôture du CMA est en grillage et le siège de l'ECD est logé dans la même enceinte que celle du CMA. La capacité de stockage du DRD est insuffisante.

#### ✎ **Les équipements du matériel standardisé et harmonisé et de la logistique**

Une cotisation mensuelle des COGES a été instituée pour l'achat de logistiques roulantes à 02 roues de façon tournante au compte des FS.

En 2021, le DSD disposait en tout 03 ambulances fonctionnelles, 01 véhicule de supervision en état passable. La vétusté et l'insuffisance des équipements sont des préoccupations pour le district car elles affectent la réalisation des activités opérationnelles et l'atteinte des objectifs. Douze FS n'ont pas de logistique roulante pour la réalisation de la vaccination de routine. Le renouvellement et la maintenance des équipements restent difficiles du fait de l'insuffisance des ressources allouées et de l'absence d'autres sources de financement. Le mauvais état du réseau routier et l'insuffisance de maintenance curative et préventive régulière contribuent à l'amortissement accéléré de ces engins.

#### 🚫 **La disponibilité et l'accessibilité en produits de santé de qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle**

La disponibilité des vaccins est satisfaisante dans son ensemble dans le district. Cela pourrait s'expliquer par une bonne gestion des vaccins. Depuis 2020, le CMA est approvisionné en produits sanguins labiles (PSL) de façon régulière. Cela répond aux directives en matière de sécurité de la transfusion sanguine. Cependant des faiblesses existent. Il s'agit de l'insuffisance de chaîne de froid homologuée dans certaines FS, du faible taux de disponibilité des PSL et des MEG traceurs.

#### 🚫 **La régulation des produits de santé**

Le système intégré de la gestion et de la logistique (NetSIGL 2) est la référence en matière de gestion des médicaments au niveau du DSD. Chaque mois, les FS transmettent les rapports afin de permettre à la pharmacie de faire l'expression des besoins. Aussi, le suivi de la disponibilité des MEG traceurs est réalisé lors des contrôles du DRD et des DMEG de même que les contrôles des prix des produits de santé.

On note des ruptures fréquentes des MEG traceurs liées à des ruptures au niveau de la CAMEG. La promptitude et la complétude restent les principales difficultés qui entravent le bon fonctionnement dans la gestion des MEG.

#### ☒ **La pharmacie hospitalière**

La pharmacie hospitalière n'est pas encore fonctionnelle bien qu'elle soit prévue dans le cadre de la fonction publique hospitalière (FPH). Son opérationnalisation rapide contribuera à une meilleure qualité des soins au niveau de l'hôpital de district.

#### ☒ **L'assurance qualité des produits de santé**

L'approvisionnement en MEG, réactifs et consommables médicaux est assuré par la CAMEG et les structures partenaires accréditées. Un contrôle qualité est réalisé par le niveau central à travers l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP). Au niveau du DSD, le service de la pharmacie assure le contrôle de stockage des produits des DMEG. Cependant, ce contrôle reste irrégulier du fait de la situation sécuritaire et l'insuffisance de ressources financières.

#### ☒ **La qualité des analyses de biologie médicale**

Le DSD dispose d'un laboratoire public fonctionnel au CMA. Les examens paracliniques y sont réalisés. Un autre existe à Bama mais n'est pas encore fonctionnel du fait d'une indisponibilité d'eau courante. Celui du CMA fait face à des difficultés telles que l'insuffisance de la maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux.

Par ailleurs le DSD a dans son aire de responsabilité un laboratoire privé appartenant au Centre Médical la Grâce qui contribue fortement à la qualité de la PEC.

#### ☒ **La médecine traditionnelle et alternative**

La médecine traditionnelle et la pharmacopée occupent une place de choix dans la communauté. Il existe une association de tradipraticiens de santé (TPS) qui tient des rencontres mensuelles. Mais la quasi-totalité de ces TPS ne dispose pas d'autorisation d'exercer. En plus, le cadre de concertation des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT) n'est pas régulièrement tenu.

🗑️ **La disponibilité et l'utilisation des paquets de service essentiel intégré de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées (MTN)**

Le district met en œuvre la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis. Avec la mise en place du guichet unique de PEC du VIH et de la tuberculose, tous les PVVIH sont testés pour la TB et vice versa.

Dans le cadre de la lutte contre les Maladies tropicales négligées (MTN), le District Sanitaire de Dandé, à l'instar des autres DS de la région, met en œuvre les stratégies de lutte contre ces maladies. Les méthodes de lutte sont basées sur la chimiothérapie préventive, le management des lymphœdèmes, la chirurgie des hydrocèles, du trichiasis trachomateux et de la cataracte. L'OMS appuyait le district dans l'organisation des campagnes de cures d'hydrocèle et de washing des cas de lymphœdèmes.

Le district connaît des insuffisances dans la mise en œuvre de l'index testing des cas VIH lié à la réticence des cas contacts. La reprise des campagnes de cures d'hydrocèle et de washing et des cas de lymphœdèmes pourrait soulager les populations affectées.

🗑️ **La disponibilité et l'utilisation des paquets de service essentiel intégré de qualité et à haut impact pour la prise en charge des maladies non transmissibles et des traumatismes**

Dans le DSD, nous disposons de files actives pour certaines maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle. Les intrants de PEC sont disponibles dans les DMEG mais nous observons des cas fréquents d'interruption thérapeutique.

🗑 **La disponibilité et l'utilisation des paquets de service de qualité et à haut impact en particulier les services de SRMNEA-N, de jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques**

L'offre de services intégrés destinés aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents et le genre est un défi majeur.

Grace à la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) et à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) le CMA organise une visite médicale annuelle au profit des pensionnés. A la faveur de la journée internationale des personnes âgées, une semaine de consultations gratuites au profit des personnes âgées est organisée dans toutes les FS du district.

Malgré toutes ces actions en faveur des personnes âgées, on note une absence de données dans le SNIS. On note également une absence de formation spécifique pour les prestataires de soins qui prennent en charge cette catégorie de patients. Nonobstant la mise en œuvre des différents programmes de santé, nous constatons une faible prise en compte des adolescents.

🗑 **La disponibilité et l'utilisation des paquets de service essentiel intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant**

Avec la mise en œuvre du projet nutrition maternelle, le paquet d'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant a été renforcé au DSD. Malgré ces acquis, des insuffisances existent dans la lutte contre la

malnutrition. En effet, le dépistage des femmes enceintes et des femmes allaitantes (FEFA) est faible et le taux d'abandon des MAM et des MAS reste élevé.

#### 🦋 **La santé communautaire**

Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans le DSD. L'analyse des indicateurs montre une augmentation de la qualité du dépistage communautaire des cas de malnutrition. A titre d'exemple la proportion de cas confirmés par les FS parmi les cas référés par les ASBC/OBC est passée de 73.5 en 2017 à 90.9 en 2021 pour les cas de MAS et de 61.4 en 2017 à 83.4 en 2021 pour les cas de MAM. Cela s'explique par le renforcement de compétences dont ils ont bénéficié au cours des différentes campagnes.

Nous notons une baisse des cas de paludisme pris en charge à domicile par les ASBC qui est passé de 716 cas en 2017 à 610 cas en 2021. Cela est lié à la rupture des intrants de PEC et une insuffisance dans leur gestion.

### **(OS 4) : Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique**

#### 🦋 **L'utilisation des services préventifs et promotionnels**

Les services de prévention et de promotion sont offerts dans toutes les formations sanitaires du district. Les ASBC, les OBC et les agents de santé organisent des séances d'IEC/CCC. Le district sanitaire connaît des difficultés d'accès (stratégies avancées) à certaines zones compte tenu du contexte sécuritaire.

#### 🦋 **La disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive**

L'ensemble des FS offrent des services relatifs à la santé de la reproduction. Ces activités sont assurées pour la plupart par des prestataires qualifiés sur la thématique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ). Les FS mènent des activités de SSRAJ dans les établissements scolaires. De plus, elles répondent aux sollicitations additionnelles. Il existe un centre d'écoute et de dialogue pour jeunes dans la commune de Bama non encore fonctionnel. Par ailleurs, les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive sont offerts de manière intégrée. Néanmoins, la plupart des FS ne disposent pas de locaux adaptés aux activités de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

#### **(OS 5) : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires**

##### **☒ La disponibilité de l'offre de service de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits.**

Le district sanitaire dispose de plans de riposte contre les épidémies qui sont mis à jour périodiquement.

La situation épidémiologique au cours des cinq dernières années est sous contrôle malgré les épidémies confirmées de rougeole en 2018 et 2020. Des actions efficaces en termes d'investigation, de mesures de contrôle ont été mises en œuvre pour contenir ces situations anormales.

Tous les acteurs intervenants au point d'entrée terrestre de Faramana ont été formés sur la surveillance épidémiologique au niveau de la frontière.

Malgré les actions, des insuffisances demeurent dans la préparation et la riposte face aux catastrophes et conflits.

☒ **Renforcement des capacités techniques et de gestions des hôpitaux face aux situations d’urgences sanitaire**

Le CMA dispose d’une équipe médicale d’urgence fonctionnelle. Cependant, il ne dispose pas de plan blanc pour faire face aux urgences sanitaires.

Parties prenantes	Éléments d’analyse			
	Importance	Influence	Domaines d’importance	Domaines d’influence
<b>ETAT/ MSHP</b>	Forte	Forte	Grande capacité à accompagner le DS de Dandé grâce à ses différents programmes et projets	Financement Équipement Renforcement des capacités Lutte contre la maladie Prévention Promotion de la santé
<b>DRSHP</b>	Forte	Forte	Accompagnement du district de Dandé dans la planification, la mise en œuvre et le	Organisation des services et gestion des ressources Renforcement des capacités Lutte contre la maladie Promotion de la santé

Parties prenantes	Éléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			suivi/évaluation des activités	
<b>ASBC</b>	Forte	Forte	Mobilisation sociale et autres activités à base communautaire	Changement social et comportemental
<b>TPS</b>	Faible	Forte	Premier recours des soins	Mobilisation sociale Surveillance Référence Force d'opinion sur la communauté
<b>OBC</b>	Faible	Faible	Sensibilisation dans le domaine de TB, VIH et Paludisme	Mobilisation sociale Amélioration des bonnes pratiques en matière de santé
<b>Conseil régional</b>	Forte	Faible	Dotation d'équipements et	Amélioration du fonctionnement du CMA

Parties prenantes	Éléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			de matériels médico – techniques	
<b>Mairies</b>	Forte	Forte	Ressources transférées Mobilisation sociale Dotation en matériel	Gestion des FS
<b>TDH</b>	Forte	Forte	Appui technique Financement des activités	PCIME-REC
<b>HKI</b>	Forte	Forte	Formation, Dotation, Financement des activités, Appui technique	Nutrition
<b>UNICEF /OMS</b>	Forte	Forte	Formation Appui technique	Surveillance Nutrition

Parties prenantes	Éléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
			Financement des activités	Vaccination VIH/SIDA
<b>PATHFINDER</b>	Faible	Forte	Formation Appui technique Financement des activités	PF Soins après avortement
<b>MSI</b>	Forte	Forte	Formation Appui technique Financement des activités	PF Soins après avortement Mobilisation sociale
<b>Medicus Mundi</b>	Faible	Forte	Appui technique	Équipements
<b>Hope87</b>	Faible	Forte	Formation Appui technique Financement des activités	Nutrition
<b>Autorités coutumières et religieuses</b>	Forte	Forte	Communication	Mobilisation sociale

Parties prenantes	Éléments d'analyse			
	Importance	Influence	Domaines d'importance	Domaines d'influence
Personnel de santé	Forte	Forte	Suivi Supervision Mise en œuvre des activités	Amélioration de la santé de la population
Population bénéficiaire	Forte	Faible	Participation Adhésion	Sensibilisation Mobilisation de ressources

☒ **Renforcement de la réponse aux maladies émergentes dans le cadre de l'approche « One Health »**

L'approche « **One Health** » met en exergue la surveillance des secteurs de la santé humaine, animale et environnementale. Cette stratégie a vu la formation de certains acteurs au niveau du district. Cependant, il serait important de renforcer les compétences de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'approche « **One Health** », de redynamiser le Comité Départemental de Secours d'Urgence (CODESUR).

## 2.4 Analyse des parties prenantes et identification des bénéficiaires

### Tableau XIV: Liste des parties prenantes selon leur importance et leur influence

#### Analyse FFOM de l'environnement externe (Cf Annexe 7)

## 2.5 Détermination des problèmes

La synthèse des faiblesses conduit à l'identification de problèmes essentiels.

### 2.5.1 Détermination des problèmes essentiels (Cf annexe 8)

### 2.5.2 Sélection des problèmes prioritaires

Objectifs stratégiques	Problèmes prioritaires
OS1	<ul style="list-style-type: none"><li>✘ Le leadership et la bonne gouvernance sont insuffisamment performants</li><li>✘ Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente</li><li>✘ La transmission et l'utilisation des données sanitaires sont insuffisantes</li></ul>
OS2	La gestion des ressources humaines est insuffisante
OS3	<ul style="list-style-type: none"><li>✘ Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants</li><li>✘ Certains produits de santé sont insuffisamment disponibles</li><li>✘ La qualité des prestations de services de santé est insuffisante</li></ul>

Objectifs stratégiques	Problèmes prioritaires
	<p>✘ La disponibilité et l'utilisation des services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont insuffisants</p>
OS4	Des cadres adaptés aux besoins spécifiques des adolescents sont inexistantes
OS5	Le dispositif de gestion des urgences de santé publique est insuffisant

### III : CADRE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE DU DISTRICT

#### 3.1 Fondement

Le PDSD du DSD se base sur la Politique Sectorielle Santé (PSS) et le PNDS.

#### 3.2 Vision

La vision du secteur santé se décline comme suit : « 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 ». Cette vision ambitionne d'offrir à l'ensemble de la population un état de bien-être à travers des services de santé optimum pour promouvoir, protéger, restaurer et réhabiliter leur santé. Pour y parvenir, il faut développer un système de santé national performant et résilient. Elle s'appuie sur les fondements, principes et valeurs ci-après énoncés.

#### 3.3 Principes directeurs

La mise en œuvre du PDSD du DSD s'appuiera sur les principes directeurs édictés par le MSHP à savoir la promotion de la participation communautaire et de la redevabilité, la gestion axée sur les résultats, la transparence, la réactivité, l'intégration, l'équité et le genre, la responsabilité mutuelle.

#### 3.4 OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du PDSO du DSD est d'améliorer à moyen terme l'offre de soins, le pilotage, le soutien des services de santé et l'accès aux produits de santé.

### 3.5 RESULTATS

Les résultats sont définis pour apporter des solutions aux problèmes prioritaires retenus pendant la durée de la mise en œuvre du PDSO. Il s'exprime sous forme de produit, d'effet et d'impact.

#### 3.5.1 Détermination des stratégies (Cf annexe 9)

#### 3.7 Cadre logique

	Résultats		
Résultats	Produits	Effets	Impacts
1. Le leadership et la bonne gouvernance sont insuffisamment performants	P.1.1 Les capacités managériales sont renforcées	E.1 La participation communautaire est renforcée	L'amélioration de l'état de santé de la population
	P 1.2 Les cadres statutaires sont tenus dans les délais		
	P 1.3 Les acteurs du One health sont impliqués lors des activités intersectorielles		
2. Le financement de la santé est insuffisant et	P2.1 Les ressources financières sont mobilisées	E.2 Les ressources financières sont	

	Résultats		
Résultats	Produits	Effets	Impacts
sa gestion est peu efficiente	P2.2 La gestion des ressources financières est efficiente	disponibles et biens gérés	
3. La transmission et l'utilisation des données sanitaires sont insuffisantes	P3.1 Les données sont utilisées par les acteurs des FS	E.3 Les prises de décisions sont basées sur des données probantes	
	P3.2 Les données des structures privées sont complètes et transmises à temps		
	P3.3 Les recherches actions sont menées		
4. La gestion des ressources humaines est insuffisante	P4.1 La gestion des ressources humaines est renforcée	E.4 Les ressources humaines de qualité sont disponibles	
5. Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants	P5.1 Les FS respectent les normes en infrastructure et en équipement	E.5 Les populations bénéficient de services de santé de qualité	
	P5.2 Les plans d'amortissement sont mis en œuvre		

	<b>Résultats</b>		
<b>Résultats</b>	<b>Produits</b>	<b>Effets</b>	<b>Impacts</b>
6. Certains produits de santé ne sont pas disponibles	P6.1 La disponibilité des produits de santé est améliorée		
7. La qualité des prestations de services de santé est insuffisante	P7.1 La qualité des prestations des services de santé est améliorée		
8. La disponibilité et l'utilisation des services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont insuffisants	P.8.1 Les services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont disponibles et utilisés		
9. Des cadres adaptés aux besoins spécifiques des adolescents sont inexistantes	P.9.1 Les infrastructures sanitaires prennent en compte les services jeunes		
10. Le dispositif de gestion des urgences de santé publique est insuffisant	P.10.1 Les comités départementaux de gestion des épidémies sont fonctionnels	E6 Le district est apte à faire face aux urgences de santé publique	

	Résultats		
Résultats	Produits	Effets	Impacts
	P.10.2 Les plans de ripostes sont à jour		
	P.10.3 Le plan blanc est simulé		

### 🗑️ Chaîne des résultats

Produits	Effets	Impacts
P.1.1 Les capacités managériales sont renforcées	E.1 La participation communautaire est renforcée	L'amélioration de l'état de santé de la population
P 1.2 Les cadres statutaires sont tenus dans les délais		
P 1.3 Les acteurs du One health sont impliqués lors des activités intersectorielles		
P2.1 Les ressources financières sont mobilisées	E.2 Les ressources financières sont disponibles et biens gérés	
P2.2 La gestion des ressources financières est efficiente		

Produits	Effets	Impacts
P3.1 Les données sont utilisées par les acteurs des FS	E.3 Les prises de décisions sont basées sur des données probantes	
P3.2 Les données des structures privées sont complètes et transmises à temps		
P3.3 Les recherches actions sont menées		
P4.1 La gestion des ressources humaines est renforcée	E.4 Les ressources humaines de qualité sont disponibles	
P5.1 Les FS respectent les normes en infrastructure et en équipement	E.5 Les populations bénéficient de services de santé de qualité	
P5.2 Les plans d'amortissement sont mis en œuvre		
P6.1 La disponibilité des produits de santé est améliorée		
P7.1 La qualité des prestations des		

Produits	Effets	Impacts
services de santé est améliorée		
P.8.1 Les services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont disponibles et utilisés		
P.9.1 Les infrastructures sanitaires prennent en compte les services jeunes		
P.10.1 Les comités départementaux de gestion des épidémies sont fonctionnels	E6 Le district est apte à faire face aux urgences de santé publique	
P.10.2 Les plans de ripostes sont à jour		
P.10.3 Le plan blanc est simulé		

### 3.8 Elaboration des activités

**Tableau XV : 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 Les capacités managériales sont renforcées	OS 1	E.1 La participation communautaire est renforcée	<b>E1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité</b>	<b>L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EST AMÉLIORÉ</b>
P 1.2 Les cadres statutaires sont tenus dans les délais				
P 1.3 Les acteurs du One health sont impliqués lors des activités intersectorielles				

<b>PRODUITS (PDSD)</b>	<b>Orientations stratégiques</b>	<b>EFFETS (PDSD)</b>	<b>EFFETS du PNDS</b>	<b>IMPACT du PNDS</b>
P2.1 Les ressources financières sont mobilisées		E.2 Les ressources financières sont disponibles et biens gérées		
P2.2 La gestion des ressources financières est efficiente				
P3.1 Les données sont utilisées par les acteurs des FS		E.3 Les prises de décisions sont basées sur des données probantes		
P3.2 Les données des structures privées sont complètes et transmises à temps		E.3 Les prises de décisions sont basées sur des		

PRODUITS (PDSD)	Orientations stratégiques	EFFETS (PDSD)	EFFETS du PNDS	IMPACT du PNDS
P3.3 Les recherches actions sont menées		données probantes		
P4.1 La gestion des ressources humaines est renforcée	<b>OS.2</b>	E.4 Les ressources humaines de qualité sont disponibles	<b>E2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé</b>	
P5.1 Les FS respectent les normes en	<b>OS.3</b>	E.5 Les populations bénéficient	<b>E3 : L'utilisation des services</b>	

<b>PRODUITS (PDSD)</b>	<b>Orientations stratégiques</b>	<b>EFFETS (PDSD)</b>	<b>EFFETS du PNDS</b>	<b>IMPACT du PNDS</b>
infrastructure et en équipement		de services de santé de qualité	<b>de santé de qualité</b>	
P5.2 Les plans d'amortissement sont mis en œuvre			<b>augmente pour toute la population sans risque financier</b>	
P6.1 La disponibilité des produits de santé est améliorée				
P7.1 La qualité des prestations des services de santé est améliorée				

PRODUITS (PDSD)	Orientations stratégiques	EFFETS (PDSD)	EFFETS du PNDS	IMPACT du PNDS
P.8.1 Les services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont disponibles et utilisés				
P.9.1 Les infrastructures sanitaires prennent en compte les services jeunes	<b>OS.4</b>		<b>E4 : La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique</b>	
P.10.1 Les comités départementaux	<b>OS.5</b>	E6 Le district est apte à faire	<b>E5: Les situations d'urgences</b>	

<b>PRODUITS (PDSD)</b>	<b>Orientations stratégiques</b>	<b>EFFETS (PDSD)</b>	<b>EFFETS du PNDS</b>	<b>IMPACT du PNDS</b>
de gestion des épidémies sont fonctionnels		face aux urgences de santé publique	<b>sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience</b>	
P.10.2 Les plans de ripostes sont à jour				
P.10.3 Le plan blanc est simulé				

#### IV. DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

##### 4.1 DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

###### 4.1.1 Instruments de mise en œuvre

Les instruments de mise en œuvre du PDSD sont les plans annuels de travail des CSPS, du CMA et du DSD.

###### 4.1.2 Acteurs de mise en œuvre

**Tableau XVI: Rôles et responsabilité des acteurs de mise en œuvre**

<b>Acteurs de mise en œuvre</b>	<b>Rôles / Responsabilités</b>
<b>DSD (ECD, COGES, AGENTS DE SANTE)</b>	Coordination, Exécution (Supervision, Formation, Monitoring, Mentorat, Prise en charge, Surveillance, Vaccination, Gestion des données, etc.), Suivi/Évaluation

<b>Acteurs de mise en œuvre</b>	<b>Rôles / Responsabilités</b>
<b>ETAT/ MSHP</b>	Financement, Équipement, Renforcement des capacités, Lutte contre la maladie, Prévention, Promotion de la santé
<b>DRSHP</b>	Organisation des services et gestion des ressources, Renforcement des capacités, Lutte contre la maladie, Promotion de la santé
<b>ASBC</b>	Changement social et comportemental
<b>TPS</b>	Mobilisation sociale, Surveillance, Référence, Force d'opinion sur la communauté
<b>OBC</b>	Mobilisation sociale Amélioration des bonnes pratiques en matière de santé
<b>Conseil régional</b>	Amélioration du fonctionnement du CMA
<b>Collectivités territoriales</b>	Gestion des FS
<b>PTF</b>	PCIME-REC, Nutrition, Surveillance, Vaccination, VIH/SIDA, PF, Soins après avortement, Mobilisation sociale, Équipements, etc.
<b>Autorités coutumières et religieuses</b>	Mobilisation sociale
<b>Population bénéficiaire</b>	Sensibilisation, Mobilisation de ressources
<b>Structures privées de santé</b>	Surveillance, Collecte des données, prise en charge, diminution du rayon moyen d'action

### 4.1.3 Dispositif organisationnel de mise en œuvre

L'ensemble des cadres statutaires servira de dispositif organisationnel de mise en œuvre. Il s'agira du CSD, des rencontres ECD-ICP-SUS-SUT, ECD-ICP-COGES, ECD-TPS, AG, rencontres avec les partenaires sociaux.

## 4.2 DISPOSITIF DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

### 4.2.1 Mécanisme de suivi

Le suivi du PDSD se fera à travers l'évaluation annuelle du plan de travail. Pour atteindre les objectifs fixés de ce plan, un suivi trimestriel sera fait par l'ECD.

### 4.2.2 Outils de suivi

#### Cadre de mesure de rendement

Tableau XVII: Cadre de mesure de rendement 2023

Chaine des résultats	Indicateurs de rendement	Données de base	Cibles	Sources de données	Méthodes de collectes	Fréquences de collectes	Responsabilités
Impact 1 : L'état de santé de la population est amélioré	Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires	43.35	<30	CISSE	Revue documentaire	Annuelle	MCD
E1 : La participation	Pourcentage de CSD tenu	2	2	CISSE	Rapport de rencontre validé	Semestrielle	MCD

Chaîne des résultats	Indicateurs de rendement	Données de base	Cibles	Sources de données	Méthodes de collectes	Fréquences de collectes	Responsabilités
communautaire est renforcée							
P2.2 La gestion des ressources financières est efficiente	Proportion de FS ayant bénéficié d'un contrôle de DMEG	100 %	100 %	CISSE	Endos, Rapport de contrôle	Semestrielle	MCD

**Tableau XVIII: Évolution annuelle des indicateurs de résultats**

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
E.1 La participation communautaire est renforcée	Nombre de rencontre ECD-ICP-COGES tenue	2	2	2	2	2	2

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
	Nombre de rencontre ECD-ICP-SUS-SUT tenue	4	4	4	4	4	4
E.2 Les ressources financières sont disponibles et biens gérées	Taux d'allocation des ressources financières	100	100	100	100	100	100
E.3 Les prises de décisions sont basées sur des données probantes	Promptitude TLOH transmis par les structures privées de santé	100	100	100	100	100	100
	Promptitude dans la transmission des RMA des structures	100	100	100	100	100	100

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
	privées de santé						
E.4 Les ressources humaines de qualité sont disponibles	Ratio Sage-Femme-ME/habitants	1/8500	1/8300	1/8000	1/7500	1/7000	1/8500
	Ratio Médecin/habitants	1/50000	1/45000	1/42000	1/40000	1/30000	1/50000
E.5 Les populations bénéficient de services de santé de qualité	Rayon moyen d'action théorique	5.50	5.25	5.00	4.75	4.50	5.50
	Pourcentage de DMEG n'ayant pas connu de rupture de stock en MEG traceurs	78	80	85	90	95	78
E.6 Le district est apte à faire face aux	Nombre de rencontre du CODESUR tenue	1	2	2	2	2	1

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
urgences de santé publique	Nombre de plans de ripostes mis à jour	2	2	2	2	2	2
P.1.1 Les capacités managériales sont renforcées	Nombre de membres ECD non médecins formés en gestion de district	2	3	4	5	6	2
	Nombre de membres ECD médecins formés en gestion de district	1	2	3	3	3	1
P 1.2 Les cadres statutaires sont tenus	Nombre de rencontre ECD-TPS tenue	2	2	2	2	2	2

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
dans les délais	Proportion d'AG des FS tenue	60	70	80	90	100	60
P 1.3 Les acteurs du One health sont impliqués lors des activités intersectorielles	Nombre de rencontre impliquant les acteurs de One health	1	2	2	2	2	1
P2.1 Les ressources financières sont mobilisées	Taux de mobilisation des ressources financières	100	100	100	100	100	100
P2.2 La gestion des ressources financières est efficiente	Taux d'absorption des ressources financières	100	100	100	100	100	100

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
P3.1 Les données sont utilisées par les acteurs des FS	Nombre de monitoring réalisé	1	2	2	2	2	1
P3.2 Les données des structures privées sont complètes et transmises à temps	Complétude dans la transmission du TLOH par les structures privées de santé	100	100	100	100	100	100
P3.3 Les recherches actions sont menées	Nombre de recherche action menée	0	1	1	1	1	0
P4.1 La gestion des ressources humaines est renforcée	Proportion de FS respectant les normes minimales en personnel	100	100	100	100	100	100

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
P5.1 Les FS respectent les normes en infrastructure et en équipement	Proportion de FS disposant d'une moto pour la stratégie avancée	67	94	100	100	100	67
	Proportion de FS disposant d'un incinérateur fonctionnel	2	16	32	48	65	2
P5.2 Les plans d'amortissement sont mis en œuvre	Nombre de plan d'amortissement exécuté	1	7	7	7	7	1
P6.1 La disponibilité des produits de santé est améliorée	Taux de rupture des 50 molécules traceurs du DRD	10	7	7	5	4	10

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
P7.1 La qualité des prestations des services de santé est améliorée	Proportion d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME	98	99	99	99	99	98
	Taux d'abandon en Penta1 et Penta3	10	10	8	6	4	10
P.8.1 Les services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont disponibles et utilisés	Nombre de contact par habitant chez les enfants de moins de cinq ans	2	3	4	4	4	2
	Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	17102	20000	23000	28000	30000	17102

Résultats	Indicateurs	Niveau atteint par la Structure					Cibles de l'année n de la structure
		2023	2024	2025	2026	2027	2023
P.9.1 Les Infrastructures sanitaires prennent en compte les services jeunes	Proportion de FS réhabilité	2	16	32	48	65	2
P.10.1 Les comités départementaux de gestion des épidémies sont fonctionnels	Nombre de CODESUR fonctionnel	1	2	3	4	6	1
P.10.2 Les plans de ripostes sont à jour	Nombre de plan de riposte à jour	2	2	2	2	2	2
P.10.3 Le plan blanc est simulé	Nombre de simulation réalisée	0	1	1	1	1	0

Le suivi de ces indicateurs permettra au DSD d'atteindre les objectifs qui ont été fixé pour les cinq prochaines années.

PLAN D'INVESTISSEMENT DU DISTRICT

**Tableau XIX: plan d'investissement**

N°	Activités	Période					Respon sable	Autres concer nés	Coût	Sou rce de fina nce men t
		2023	2024	2025	2026	2027				
1. Bâtiments	Construction/R éno vation de forma tion sanitaire		X		X		CONSE IL REGIO NAL/MA IRIE	MCD	720 000 000	BE
	Construction d'incinérateur	X	X	X	X	X	MCD	RPS	180 000 000	BE
	Construction de siège ECD		X				DRSHP	MCD	100 000 000	BE
	Construction de DRD		X				DRSHP	MCD	70 000 0 00	BE
	Construction d'une unité d'imagerie médicale		X				DRSHP	MCD	120 000 000	BE

N°	Activités	Période					Respon sable	Autres concer nés	Coût	Sou rce de fina nce men t
		2023	2024	2025	2026	2027				
	Construction d'unité de pédiatre avec un CREN			X			CONSE IL REGIO NAL	MCD	50 000 0 00	BE
	Construction d'une clôture pour le CMA		X				CONSE IL REGIO NAL	MCD	80 000 0 00	BE
	Construction d'une buanderie au CMA		X				MCD	RPS	10 000 0 00	BE
2. Matériel Médico technique	Autoclave	X		X		X	MCD	RAF	20 000 0 00	BE
	Chariot d'anesthésie		X				MCD	RAF	25 000 0 00	BE
	Scope		X		X		MCD	RAF	4 500 00 0	BE

N°	Activités	Période					Respon sable	Autres concer nés	Coût	Sou rce de fina nce men t
		2023	2024	2025	2026	2027				
	Appareil de production d'eau de javel		X		X		MCD	RAF	8 500 000	BE
	Banque de sang		X				MCD	RAF	4 000 000	BE
	Table opératoire		X				MCD	RAF	8 000 000	BE
	Echographe		X				MCD	RAF	15 000 000	BE
	Appareil de radiographie standard		X				MCD	RAF	40 000 000	BE
	Équipements des salles d'urgences et d'hospitalisation	X	X	X	X	X	MCD	RAF	50 000 000	BE
3. Matériel roulant	Véhicule de supervision à 4 roues		X	X	X		DRSHP	MCD	150 000 000	BE
	Ambulance		X	X	X		DRSHP	MCD	210 000 000	BE

N°	Activités	Période					Respon sable	Autres concer nés	Coût	Sou rce de fina nce men t
		2023	2024	2025	2026	2027				
	Véhicule à 2 roues pour la stratégie avancée	X	X	X	X	X	MCD	COGE S	37 800 0 00	BE
	<b>Coût total :</b>								1 902 800 000	

#### 4.2.3 Mécanisme d'évaluation

##### Évaluation finale du PDSD

L'évaluation des indicateurs de performance du district permettra d'apprécier le niveau des progrès réalisés. A cet effet, elle se fera à mi-parcours de la mise en œuvre du PDSD. Une évaluation finale sera faite à la fin de la mise en œuvre par une équipe externe. L'évaluation de l'impact se fera à travers les enquêtes populationnelles.

#### V BUDGETISATION ET FINANCEMENT DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DU DISTRICT

##### 5.1 Mécanisme de financement

Le financement de mise en œuvre du PDSD sera assuré par l'État et les partenaires techniques et financiers à travers un plaidoyer permanent. La capacité du DSD à développer des stratégies innovantes pour la mobilisation des ressources et à s'autofinancer sera importante pour une bonne mise en œuvre.

Le DSD élaborera annuellement un Plan de travail avec un budget prévisionnel.

## 5.2 Estimation des coûts

Résultats	Montant par source de financement (x1000)		Montant total (x1000)	Poids de l'effet PNDS (%)
	ETAT	Partenaires		
EP1 PNDS : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité				
EFFET 1.1	70 123,2	30 052,3	100 176	
EFFET 1.2	386 628,042	257 752,028	644 380,07	
EFFET 1.3	79 310	16 064,78	95 374,78	
Total effet 1 du PNDS	536 061,242	303 869,108	839 930,35	23,033
EP 3 PNDS : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier				
Effet 3.1	2 770 000	0	2 770 000	
Total effet 3 PNDS	2 770 000	0	2 770 000	75,95
EP 4 PNDS : La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique				
Effet 4.1	13 705,2	3426,3	17 131,5	
Total effet 4 PNDS	13 705,2	3426,3	17 131,5	0,469
EP 5 PNDS : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience				
Effet 5.1	20 000	0	20 000	

Total effet 5 PNDS	20 000	0	20 000	0,548
Total général (EFFET 1 + EFFET 3+ EFFET4+ EFFET5 PNDS)	569766,442	3077295,41	3647061,85	100

## VI ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

**Tableau XX : gestion des risques au niveau de la région sanitaire**

<b>Risques majeurs</b>	<b>Activités pour l'atténuation du risque</b>
Insécurité	Former les ASBC sur les activités à mener en cas de situation d'urgences sanitaires.
	Former les accoucheuses villageoises pour des accouchements hygiéniques.
Mouvements sociaux	Tenir les cadres de concertation entre partenaires sociaux et équipes cadre de district
	Assurer le suivi régulier des recommandations issues des cadres de concertation
Inondations	Renforcer le système d'évacuation des eaux pluviales
	Respecter les normes environnementales en matière de pratiques culturelles
Non-respect de l'engagement des PTF	Renforcer le plaidoyer auprès des PTF
Insuffisance de financement	Faire le plaidoyer auprès des différents bailleurs de fonds

## CONCLUSION

Le PDSD 2023-2027 du DSD a été élaboré selon la démarche de planification axée sur les résultats et a connu la participation des parties prenantes. Il tient compte des politiques et directives nationales de santé.

Le DSD à travers ce document de référence compte bien atteindre l'objectif d'améliorer l'état de santé de sa population malgré un contexte qui n'est pas très favorable. La résilience dont fait preuve tous les acteurs est un élément qui impactera positivement l'état de santé de la population.

Afin de relever donc ce défi, le DSD compte sur l'appui de la DRSHP et la mobilisation des partenaires techniques et financiers, des communes et autres acteurs du One Health ainsi que de la population.

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Evolution des ressources humaines par structure publique__	136
Annexe 2: Situation du matériel de froid _____	140
Annexe 3: Situation du matériel médico-technique _____	141
Annexe 4: Etat du matériel roulant _____	142
Annexe 5: Bilan financier du PDSD du DS par OS au cours des 5 dernières années _____	144
Annexe 6: Evolution des dépenses par source de financement au cours des 5 dernières années _____	146
Annexe 7: synthèse de l'environnement externe en FFOM _____	147
Annexe 8: Problèmes essentiels par OS _____	153
Annexe 9: détermination des stratégies _____	159

## Annexe 1: Evolution des ressources humaines par structure publique

Structures	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire isolé					Maternité isolée				
	2	2	20	20	20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	20	20	20	2	20	20	20	20	20
Emplois	0	0	19	20	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	18	19	0	0	17	18	19	20	21
	1	1				1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2					2					
	7	8				7	8	9	0	1	7	8	9	0	1	7	8	9	0	1					1					
Médecin	3	3	3	3	3	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pharmacie n	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préparateur d'état en pharmacie	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technologiste biomédical	0	0	0	0	0	6	4	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de santé	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
						2	3	1	9	6																				

Structures	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire isolé					Maternité isolée				
	2	2	20	20	20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	20	20	20	2	20	20	20	20	20
Emplois	0	0	19	20	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	18	19	0	0	17	18	19	20	21
	1	1				1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2					2					
	7	8				7	8	9	0	1	7	8	9	0	1	7	8	9	0	1					1					
Technicien d'Etat du génie sanitaire	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AHSS	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GHSS	1	1	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	2	3	4	4	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maïeuticien/Sage-femme	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	3	3	2	3	2	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IB	0	0	0	0	0	3	4	6	7	8	0	0	0	0	0	5	7	8	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Structures	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire isolé					Maternité isolée				
	2	2	20	20	20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	20	20	20	2	20	20	20	20	20
Emplois	0	0	19	20	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	18	19	0	0	17	18	19	20	21
	1	1				1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2					2					
	7	8				7	8	9	0	1	7	8	9	0	1	7	8	9	0	1					1					
AB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AIS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4	5	4	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	2	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FS/GS	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ACH	0	0	0	0	0	2	2	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chauffeur	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contractue ls (réserves,	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
						5	5	5	7	2																				

Structures	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire isolé					Maternité isolée				
	2	2	20	20	20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	20	20	20	2	20	20	20	20	20
Emplois	0	0	19	20	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	18	19	0	0	17	18	19	20	21
	1	1				1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2					2					
	7	8				7	8	9	0	1	7	8	9	0	1	7	8	9	0	1					1					
agent de liaison, technicien polyvalent, gérant...)																														
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	9	9	9	9	9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	0	3	2	0	0	0	0	0
						8	6	2	7	4	4	4	1	2	2	5	3	8	1	9										

## Annexe 2: Situation du matériel de froid

Etat	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
Désignation					
Réfrigérateurs	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	33 Solaires+3 SIBIR
Congélateurs	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	
Glacières	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	
Bouteilles de gaz	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	
Portes vaccins	<b>88</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>128</b>	
Ice- box	<b>288</b>	<b>54</b>	<b>12</b>	<b>354</b>	

### Annexe 3: Situation du matériel médico-technique

Etat Désignation	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
<b>1<sup>er</sup> échelon</b>					
Table d'accouchement	36	08	03	47	
Bassin de lit	75	09	06	90	
Table d'examen	60	46	02	108	
Boite de petite chirurgie	35	04	01	40	
Boite d'accouchement	43	07	00	50	
Poupinel	03	01	00	04	
Autoclave	04	00	00	04	
Lits	291	80	21	392	
Matelas	192	66	50	308	
Pèse-personne	39	10	5	54	
Pèse - bébé	27	6	7	40	
Etc...					
<b>2<sup>ème</sup> échelon</b>					
Table d'accouchement	00	03	00	03	

<b>Etat</b> <b>Désignation</b>	<b>Bon</b>	<b>Passable</b>	<b>Mauvais</b>	<b>Total</b>	<b>Observations</b>
Bassin de lit	00	20	00	20	
Table d'examen	00	16	00	16	
Boîte de petite chirurgie	00	00	00	00	
Boîte d'accouchement	00	01	02	03	
Poupinel	01	06	00	07	
Autoclave	00	02	00	02	
Boite de césarienne	00	01	02	03	
Lits	08	84	00	92	
Matelas	00	87	00	87	
Pèse-personne	00	09	00	09	
Etc...					

#### **Annexe 4: Etat du matériel roulant**

<b>Désignation</b>	<b>Etat</b>			<b>Total</b>	<b>Observations</b>
	<b>Bon</b>	<b>Passable</b>	<b>Mauvais</b>		
Véhicule	00	01	02	03	
Ambulance 4 roues	01	02	03	06	

Désignation	Etat			Total	Observations
	Bon	Passable	Mauvais		
Ambulance tricycle	00	00	00	00	
moto	24	22	64	110	

**Annexe 5: Bilan financier du PDSD du DS par OS au cours des 5 dernières années**

Stru ctur es	Montant bilan financier															
		Année 2017			Année 2018			Année 2019			Année 2020			Année 2021		
	Prev	allo ué	Dép ensé	Taux d'abs orpti on	allo ué	Dép ensé	Taux d'abs orpti on	Allo ué	Dép ensé	Taux d'abs orpti on	allou é	Dép ensé	TA	allo ué	Dép ensé	T A
OS1	8526 420	1138 000	1138 000	100	5906 600	5906 600	100	5906 600	5906 600	100	9961 700	7950 350	79, 80 9	9961 700	7950 350	79 ,8 0
OS2	6296 1795	2648 3968	1429 8740	54	3863 2310	2768 5860	72	3863 2310	2768 5860	72	1337 9344 9	1133 5946 2	84, 72 7	1337 9344 9	1294 7906 3	96 ,7 7
OS3	0	0	0	00							1750 00	1750 00	10 0	1750 00	1750 00	10 0
OS4	9694 6948	9694 6948	9694 6948	100	1112 8391 0	1106 9041 0	99	1112 8391 0	1106 9041 0	99	3720 5180 0	3328 2996 9	89, 45 7	3720 5180 0	3720 5180 0	10 0

Stru ctur es	Montant bilan financier															
		Année 2017			Année 2018			Année 2019			Année 2020			Année 2021		
	Prev	allo ué	Dép ensé	Taux d'abs orpti on	allo ué	Dép ensé	Taux d'abs orpti on	Allo ué	Dép ensé	Taux d'abs orpti on	allou é	Dép ensé	TA	allo ué	Dép ensé	T A
OS5	3178 3957 2	2973 6039 7	2839 0319 4		2392 8181 5	2392 8181 5		2899 2491 7	2898 2491 7		2075 8980	2075 8980	10 0	2276 0780	2075 8980	91 ,2 0
OS6	8697 455	2335 410	2335 410	100	6571 824	6571 824	100	6571 824	6351 824	97			0			
OS7				00									0			
OS8	5388 1000	5388 1000	5373 5911	99	2415 9212 9	2382 9421 3	98.63	2415 9212 9	2382 9421 3	98.63	4670 9568 2	4208 1186 7	90, 09	3793 0103 6	3793 0103 6	10 0
Total	5510 4799 0	4781 4572 3	4473 0162 4	93.55	6432 6858 8	6282 1072 2	98	6939 1169 0	6788 4382 4	98	1003 8366 11	8958 8562 8	89, 24 6	9180 4376 5	9097 1622 9	99 ,0 9

### Annexe 6: Evolution des dépenses par source de financement au cours des 5 dernières années

Source de financement sections	Fonds propres					Budget de l'Etat					Partenaires					Observations
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	
Fonctionnement	53382513	286332204	237914213	237914213	431318837	189337231	534359110	248895515	135525994	699110000	118670256	107233509	251770515	138525994	195096268	
Investissement						3000000	3000000	3000000	3000000	3000000						
Total	53382513	286223204	237914213	237914213	431318837	192337231	537359110	248895515	138525994	702110000	118670256	107233509	251770515	138525994	195096268	

## Annexe 7: synthèse de l'environnement externe en FFOM

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
OS1 : 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tenue régulière des cadres de concertation</li> <li>. Bonne collaboration entre le district et les autres secteurs du one health</li> <li>. Gratuité des soins</li> <li>. Existence d'un PA annuel participatif</li> <li>. Les évacuations gratuites des malades du CMA vers le CHUSS sont effectives</li> <li>. Disponibilité d'un numéro utile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insuffisance de financement des cadres de concertation</li> <li>. Faible participation communautaire dans la mise en œuvre des activités des FS</li> <li>. Retard dans le renouvellement des bureaux COGES</li> <li>. Irrégularité dans la tenue des réunions COGES et des assemblées générales au niveau des CSPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Assurance maladie universelle</li> <li>. Existence de mutuelles de santé</li> <li>. Des ONG mènent des contrôles et font la restitution de leurs résultats à l'ECD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. L'insécurité</li> <li>. Situation socio-politique instable</li> </ul>

<b>Domaines</b>	<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Faiblesse dans la mobilisation des ressources au niveau local</li> <li>. Système de prise en charge des indigents non formalisé</li> </ul>		
(OS 2) : Développement des ressources humaines pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Formation continue et supervision des agents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insuffisance en personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Recrutement continu des agents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Situation des communes de Dandé et de Bama en zone2 dans la FPH</li> </ul>
(OS 3) : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Contrôles de gestion semestrielle dans les FS</li> <li>. Élaboration de rapports financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insuffisance de mutuelles de santé fonctionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appuis de certains PTF dans la mise en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ruptures CAMEG</li> <li>. Insuffisanc</li> </ul>

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. PEC systématique des urgences sanitaires sur fonds propres au CMA</li> <li>. Approvisionnement régulier du CMA en produits sanguins labiles (PSL)</li> <li>. Le NetSIGL 2 est fonctionnel au district</li> <li>. Disponibilité d'un laboratoire privé au sein du district</li> <li>. Existence d'association de TPS</li> <li>. La mise en place du guichet unique de PEC du VIH et de la tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Faible proportion de FS respectant les normes en infrastructures</li> <li>. Absence de siège de l'ECD</li> <li>. Insuffisance en logistique roulante</li> <li>. Faible promptitude et complétude des données du NetSIGL 2</li> <li>. Laboratoire du CM non fonctionnel</li> <li>. Absence d'autorisation d'exercer des TPS</li> <li>. Insuffisance de l'index testing VIH</li> <li>. Arrêt des campagnes de cures d'hydrocèle et de</li> </ul>	<p>œuvre des activités</p>	<p>e de chaîne de froid homologué e dans certaines FS</p>

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Amélioration de la qualité du dépistage communautaire des cas de malnutrition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>washing des cas de lymphœdèmes</li> <li>. Proportion élevée d'interruption thérapeutique du diabète et de l'HTA</li> <li>. Faible prise en compte des adolescents dans le PMA des FS</li> <li>. Absence de données sur la prise en charge des personnes âgées dans le SNIS</li> <li>. Absence de formation spécifique sur la prise en charge des personnes âgées</li> <li>. Faible dépistage des FEFA</li> </ul>		

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Taux d'abandon des MAM et des MAS élevés</li> <li>. Rupture des intrants de PEC communautaire du paludisme</li> <li>. Insuffisance dans la gestion des intrants de PEC communautaire du paludisme</li> </ul>		
<p>(OS 4) : 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"> <li>. Les FS mènent des activités de SSRAJ dans les établissements scolaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Absence de cadres adaptés aux besoins spécifiques des adolescents</li> <li>. Insuffisance d'hygiène au niveau communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Centre d'écoute et de dialogue pour jeunes de Bama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insécurité</li> <li>. Instabilité sociopolitique</li> </ul>

Domaines	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
(OS 5) : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Disponibilité de plans de riposte contre les épidémies</li> <li>. Formation des acteurs intervenants au point d'entrée terrestre de Faramana sur la surveillance épidémiologique au niveau de la frontière</li> <li>. Disponibilité d'une équipe médicale d'urgence fonctionnelle au CMA</li> <li>. Mise en œuvre de l'approche «OneHealth»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Insuffisances dans la préparation et la riposte face aux catastrophes et conflits</li> <li>. Absence de plan blanc pour faire face aux urgences sanitaires</li> <li>. Insuffisance du nombre d'acteurs formés dans la mise en œuvre de l'approche«OneHealth»</li> <li>- Non tenue des instances du CODESUR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Des acteurs du one health ont été formés en gestion des incidents et sur le curriculum harmonisé de l'UEMOA</li> </ul>	

## Annexe 8: Problèmes essentiels par OS

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
OS1	Le leadership et la bonne gouvernance sont insuffisamment performants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management est insuffisant;</li> <li>- Certains membres COGES ne sont pas formés sur la gestion des FS</li> <li>- Certains cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante par manque de financement</li> <li>- Insuffisance dans l'implication des acteurs du One health lors des activités intersectorielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Faible capacité de résolution des problèmes</li> <li>- Insuffisance de dialogue et de communication entre les parties prenantes</li> <li>- Faible capacité à mobiliser les autres secteurs</li> </ul>
		-Difficultés de mobilisation des ressources financières	- Faible accessibilité de la population aux services de santé

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
	Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de la gestion financière des FS</li> <li>- Insuffisances dans le contrôle et le suivi des FS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non tenue de certains cadres de concertations au niveau communautaire</li> <li>- Accroissement des dépenses de santé pour les ménages</li> </ul>
	La transmission et l'utilisation des données sanitaires sont insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible appropriation des données par les acteurs des FS</li> <li>- Faible transmission des données par les structures privées</li> <li>- Absence de recherches action menées au niveau du district par l'ECD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non prise de décision basée sur des données probantes</li> <li>- Déperdition des données</li> <li>- Non prise de décision basée sur les recherches</li> </ul>
OS2	La gestion des ressources humaines est insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance en qualité et en nombre des ressources humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance dans la qualité des services offerts</li> <li>- L'insuffisance de personnel qualifié dans les FS ;</li> </ul>

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Insuffisance de motivation du personnel en charge des ressources humaines</li> <li>- Faible motivation du personnel de soins</li> <li>- Retard dans l'établissement des actes de carrière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte mobilité du personnel du district vers les zones urbaines</li> </ul>
OS 3	Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance en matériel médico-technique</li> <li>- Non-conformité de certaines infrastructures sanitaires</li> <li>- Insuffisance en logistique roulante (ambulances, véhicule de supervision et moto)</li> <li>- Absence de plans d'amortissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Faible qualité des soins</li> <li>- Faible couverture sanitaire</li> <li>- Dégradation continue des infrastructures, équipement et de la logistique</li> </ul>

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
	Certains produits de santé ne sont pas disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptures fréquentes de certains médicaments</li> <li>traceurs</li> <li>- Ruptures en PSL</li> <li>- Insuffisance dans la gestion des MEG</li> <li>- Faible capacité de stockage du DRD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible qualité des soins</li> <li>- Morbidité et mortalité élevées</li> <li>-Utilisation non rationnelle des médicaments</li> <li>-Morcellement des commandes mensuelles du DRD</li> </ul>
	La qualité des prestations de services de santé est insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de réalisation du monitoring des activités</li> <li>- Fermeture ou fonctionnement à minima de certaines FS</li> <li>- Insuffisance dans la mise en œuvre des soins palliatifs</li> <li>- Insuffisance dans l'évaluation des pratiques professionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La morbidité et la mortalité générales demeurent élevées</li> <li>- Faible qualité des soins</li> <li>- Pollution environnementale</li> </ul>

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance dans la gestion des DBM</li> <li>- Insuffisance dans la tenue des cadres de concertation des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT)</li> <li>- Retard dans les évacuations des malades hors cible</li> <li>gratuité des CSPS vers le CMA</li> </ul>	
	<p>La disponibilité et l'utilisation des services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont insuffisants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains agents de santé ne sont pas formés en Ado Santé, Gériatrie et PCIMA</li> <li>- Problèmes prioritaires des adolescents et des personnes âgées insuffisamment pris en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposition fréquente aux IST ; grossesses précoces et non désirées ; toxicomanie</li> <li>-Abandon précoce des études</li> <li>-Insuffisance dans la qualité de prise en charge de ces groupes spécifiques</li> <li>-Persistance du nombre élevé de MAS</li> </ul>

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
		<p>compte dans la planification stratégique</p> <p>-Absence d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour les MAM</p>	<p>-Augmentation du risque des décès infantiles dus à la malnutrition</p>
OS4	Des cadres adaptés aux besoins spécifiques des adolescents sont inexistant	Non prise en compte des services jeunes dans le plan de construction des FS	<p>- Morbidité élevée</p> <p>- Baisse de l'utilisation des services</p>
OS5	Le dispositif de gestion des urgences de santé publique est insuffisant	<p>- Absence de comités départementaux de gestion des épidémies</p> <p>- Non mis à jour des plans de ripostes des épidémies</p> <p>- Absence de financement pour l'élaboration du plan blanc</p>	<p>- Vulnérabilité accrue en cas de catastrophe</p> <p>- Difficulté de coordination et de prise en charge en cas d'urgence sanitaire</p> <p>- Non appropriation par les acteurs des autres secteurs</p>

OS	Problèmes	Causes	Conséquences
		- Absence de financement pour la simulation du plan blanc	

### Annexe 9: détermination des stratégies

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
Le leadership et la bonne gouvernance sont insuffisamment performants	-Management est insuffisant - Certains membres COGES ne sont pas formés sur la gestion des FS	Les capacités managériales sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue des cadres de concertation statutaire à temps</li> <li>- Renforcement des compétences</li> <li>- Supervision formative</li> <li>- Monitoring</li> <li>- Plaidoyer pour le financement</li> </ul>
	- Certains cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante par manque de financement.	Les cadres statutaires sont tenus dans les délais	

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
	<p>- Insuffisance dans l'implication des acteurs du One health lors des activités intersectorielles</p>	<p>Les acteurs du One health sont impliqués lors des activités intersectorielles</p>	

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente	-Difficultés de mobilisation des ressources financières	Les ressources financières sont mobilisées	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plaidoyer pour la mobilisation des ressources</li> <li>-Renforcement de la participation communautaire</li> <li>-Formations</li> <li>-Supervisions/contrôle interne <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tenue des cadres de concertation statutaire à temps</li> </ul> </li> <li>-Rapportage des données</li> </ul>

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de la gestion financière des FS</li> <li>- Insuffisances dans le contrôle et le suivi des FS</li> </ul>	<p>La gestion des ressources financières est efficiente</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La transmission et l'utilisation des données sanitaires sont insuffisantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Faible appropriation des données par les acteurs des FS</li> </ul>	<p>Les données sont utilisées par les acteurs des FS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapportage des données</li> <li>-Supervision</li> <li>-Formation</li> <li>-Monitoring</li> <li>-Plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières</li> </ul>

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
	<p>- Faible transmission des données par les structures privées</p>	<p>Les données des structures privées sont complètes et transmises à temps</p>	
	<p>- Absence de recherches action menées au niveau du district par l'ECD</p>	<p>Les recherches actions sont menées</p>	
	<p>Insuffisance en qualité et en nombre des ressources humaines</p>	<p>La gestion des ressources humaines est renforcée</p>	<p>Répartition rationnelle des agents</p>

<b>Problèmes Prioritaires</b>	<b>Causes</b>	<b>Résultats (1)</b>	<b>Stratégies</b>
La gestion des ressources humaines est insuffisante	<p>Insuffisance de motivation du personnel en charge des ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible motivation du personnel de soins</li> <li>- Retard dans l'établissement des actes de carrière</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redéploiement des agents</li> <li>- Plaidoyer pour le renforcement des ressources humaines en nombre et en qualité</li> <li>- Plaidoyer pour passer de la zone 2 à la zone 4</li> </ul>
Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance en matériel médico-technique</li> <li>- Non-conformité de certaines infrastructures sanitaires</li> <li>- Insuffisance en logistique roulante (ambulances, véhicule de supervision et moto)</li> </ul>	Les FS respectent les normes en infrastructure et en équipement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cotisation mensuelle des COGES</li> <li>- Acquisition de matériel médico-technique</li> <li>- Normalisation (construction et réhabilitation) des infrastructures sanitaires</li> <li>- Elaboration des plans d'amortissement</li> </ul>

<b>Problèmes Prioritaires</b>	<b>Causes</b>	<b>Résultats (1)</b>	<b>Stratégies</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de plans d'amortissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plans d'amortissement sont mis en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi de la mise en œuvre</li> <li>- Dotation</li> <li>- Plaidoyer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains produits de santé ne sont pas disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptures fréquentes de certains médicaments traceurs</li> <li>- Ruptures en PSL</li> <li>- Insuffisance dans la gestion des MEG</li> <li>- Faible capacité de stockage du DRD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La disponibilité des produits de santé est améliorée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalisation du DRD</li> <li>- Contrôle interne</li> <li>- Formation</li> <li>- Supervision</li> <li>- Validation des données</li> <li>- Plaidoyer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité des prestations de services de santé est insuffisante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de réalisation du monitoring des activités</li> <li>- Fermeture ou fonctionnement à minima de certaines FS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité des prestations des services de santé est améliorée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation des monitorings</li> <li>- Formation</li> <li>- Supervision</li> <li>- Mentorat</li> </ul>

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance dans la mise en œuvre des soins palliatifs</li> <li>- Insuffisance dans l'évaluation des pratiques professionnelles</li> <li>- Insuffisance dans la gestion des DBM</li> <li>- Insuffisance dans la tenue des cadres de concertation des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT)</li> <li>- Retard dans les évacuations des malades hors cible</li> <li>gratuité des CSPS vers le CMA</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction d'incinérateurs</li> <li>- Tenue régulière des cadres de concertation</li> <li>- Plaidoyer</li> </ul>

Problèmes Prioritaires	Causes	Résultats (1)	Stratégies
<p>- La disponibilité et l'utilisation des services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont insuffisants</p>	<p>- Certains agents de santé ne sont pas formés en Ado Santé, Gériatrie et PCIMA</p> <p>- Problèmes prioritaires des adolescents et des personnes âgées insuffisamment pris en compte dans la planification stratégique</p> <p>-Absence d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour les MAM</p>	<p>Les services en faveur des personnes âgées, des jeunes et des enfants sont disponibles et utilisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation</li> <li>- Supervision</li> <li>- Mentorat</li> <li>- Plaidoyer</li> <li>- Démonstration culinaires</li> </ul>
<p>Des cadres adaptés aux besoins spécifiques des adolescents sont inexistant</p>	<p>Non prise en compte des services jeunes dans le plan de construction des FS</p>	<p>Les infrastructures sanitaires prennent en compte les services jeunes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction des infrastructures sanitaires</li> <li>- Plaidoyer</li> </ul>

<b>Problèmes Prioritaires</b>	<b>Causes</b>	<b>Résultats (1)</b>	<b>Stratégies</b>
Le dispositif de gestion des urgences de santé publique est insuffisant	- Absence de comités départementaux de gestion des épidémies	Les comités départementaux de gestion des épidémies sont fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation</li> <li>- Supervision</li> <li>- Simulation</li> <li>- Plaidoyer</li> <li>- Tenue des cadres de concertation</li> </ul>
	- Non mis à jour des plans de ripostes des épidémies	Les plans de ripostes sont à jour	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de financement pour l'élaboration du plan blanc</li> <li>- Absence de financement pour la simulation du plan blanc</li> </ul>	Le plan blanc est simulé	