

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

oooooooooooooooooooo

REGION DES HAUTS-BASSINS

oooooooooooooooooooo

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

oooooooooooooooooooo

DISTRICT SANITAIRE DE HOUNDE

Email : houndedistrict@yahoo.com

BURKINA FASO
Unité – Progrès-Justice



PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE DISTRICT SANITAIRE DE HOUNDE

Mars 2023

A-PREFACE

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) et ses partenaires ont élaboré en 2021 le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030 qui traduit la volonté des acteurs du ministère et des Partenaires techniques et financiers d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires des populations.

Les différents documents d'opérationnalisation du PNDS doivent prendre en compte les besoins spécifiques des populations en matière de santé tant au niveau périphérique qu'intermédiaire et tenir compte des nouvelles orientations. A cet effet le ministère de la santé a entrepris le processus de rédaction d'un guide d'élaboration des PDS en vue d'uniformiser la démarche méthodologique et d'établir une articulation cohérente entre les plans stratégiques des structures, les plans d'actions et les stratégies.

En effet, Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020, deuxième du genre élaboré en 2011, a permis d'obtenir des résultats significatifs selon son évaluation finale surtout au cours des cinq (5) premières années de sa mise en œuvre. Cela s'est traduit par une amélioration constante des indicateurs d'utilisation des services préventifs et curatifs, de l'offre des services de santé, de l'accessibilité des populations aux services de santé et de la gouvernance.

Le PDS s'inscrit dans la perspective d'accélérer l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) et la couverture sanitaire universelle (CSU). Il a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur à différents niveaux selon le concept « un plan, un budget, un rapport ». Aussi, j'exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Haut-commissaire

SEGDA ISSAKA

Chevalier de l'ordre de l'Étalon

B-TABLE DES MATIÈRES

A-PREFACE	2
INTRODUCTION	12
I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION	12
II-PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PDS	14
III-GENERALITES	17
3.3 Données démographiques	19
3.4 . Données socio-économiques	20
3.5. Données socioculturelles	23
3.6 Situation sécuritaire et humanitaire (pour le DS concernés)	25
3.7 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT	25
3.7.2 Organisation des services par niveau	29
3.8 Partenaires intervenant dans le district	32
3.9 Profil épidémiologique	33
3.10. Situation du personnel	39
IV. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU DISTRICT	43
4.1. Profil sanitaire	43
4.3 Indicateurs de performance	54
4.4 Analyse des parties prenantes et identification des bénéficiaires	79
4.5 Détermination des problèmes	83
4.6 Priorités 2022-2026	83
V. CADRE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE DU DISTRICT	84
5.1. Fondements	84
5.2. Vision	84
5.3. Valeurs et principes directeurs	85
5.4. OBJECTIF GLOBAL	87
5.5. Résultats	87
5.4 Résultats	93
VI. DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION	102
6.1 DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE	102
6.2 DISPOSITIF DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	105
VII. PLAN D'INVESTISSEMENT DU DISTRICT	114
VIII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	126

C-LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux

Tableau 1 : évolution de la capacité de l'ECD au cours des 5 dernières années -----	28
Tableau 2 : Liste des partenaires intervenant dans le district -----	32
Tableau 3 : liste des dix premiers principaux motifs de consultation de 2018 à 2022 au district sanitaire de Houndé-----	37
Tableau 4 : Evolution des ressources humaines par structure publique-----	39
Tableau 6 : Formations sanitaires publiques et privées par localité et leur accessibilité géographique en 2023 -----	43
Tableau 7 : Rayons moyens d'action théorique par commune et pour le District par type de structure-----	44
Tableau 8 : état des infrastructures publiques du district en 2021 -----	44
Tableau 10 : Situation du matériel médico-technique au niveau du premier échelon	45
Tableau 11 : Situation du matériel médico-technique au niveau du deuxième échelon -----	46
Tableau 13 : Etat de mise en œuvre des activités de 2017 à 2021 de l'ensemble des structures du DS par OS -----	47
Tableau 14: Bilan financier au cours de 5 dernières années par structure -----	48
Tableau 15 : Bilan financier des dépôts MEG et du DRD-----	49
Tableau 16 : Bilan financier du PDSO du DS par OS au cours des 5 dernières années (Annexe) -----	50
Tableau 17 : Evolution des financements au cours des 05 dernières années selon les sources de financement-----	51
<i>Tableau 18 : situation des transferts de fonds aux collectivités pour des actions sanitaires au cours des 5 dernières années-----</i>	<i>52</i>
<i>Tableau 18 : Evolution des dépenses par source de financement au cours des 5 dernières années (en Annexe)-----</i>	<i>53</i>
Tableau 19: Evolution des indicateurs au niveau du premier échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années -----	54
Tableau 20 : Evolution des indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années -----	58
Tableau 21: Évolution des indicateurs au niveau de l'ECD au cours des cinq dernières années -----	61
Tableau 22 : Analyse des parties prenantes -----	79
Tableau 23 : Identification des produits et des stratégies-----	93
Tableau 24 : <i>Chaines des résultats du district pour 2022</i> -----	<i>95</i>
Tableau 25 : cadre logique-----	97
<i>Tableau26 : Récapitulatif des risques, stratégies et mesures correctrices</i> -----	<i>101</i>
<i>Tableau 27 : Cadre de mesure de rendement</i> -----	<i>107</i>
Tableau 31 : Analyse des problèmes -----	136

Liste des figures

Figure 1: CARTE SANITAIRE DU DISTRICT	16
Figure 2 : Evolution annuelles des cas, décès et létalité de méningite de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé	34
Figure 3 : Evolution annuelles des cas, décès et létalité de la rougeole de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé	35
Figure 4 : Evolution annuelles des cas d'Ictère fébrile de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé	35
Figure 5 : Evolution annuelles des cas de Paralysie Flaspue Aiguë de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé	36
Figure 6: Evolution annuelles des cas, décès et létalité de COVID-19 de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé	36
Figure 7 : Evolution annuelles des décès maternels et néonataux de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé	37
Figure 8 : Evolution du nombre de contact par habitants et par an dans la population générale et chez les enfants de moins de 05 ans de 2017 à 2021	57
Figure 9 : Evolution annualisée du taux d'accouchement assisté par du personnel et la proportion des enfants de faible poids de naissance	58
Figure 10 : Evolution annualisée des taux de notification et guérison de la tuberculose de 2017 à 2021 dans le district sanitaire de Houndé	60
Figure 11 : Evolution annualisée de la durée moyenne de séjour et du taux de mortalité intra hospitalière de 2017 à 2021 dans le district sanitaire de Houndé	61

D-LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU	: Aspiration manuelle intra utérin
ARV	: Antis rétroviraux
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
BCG	: Bacille de Calmette et de Guérin
CHR	: Centre hospitalier régional
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES	: Comité de gestion
CPN	: Consultation prénatal
CSD	: Conseil de santé du district
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
DMEG	: Dépôt de médicaments essentiels génériques
DPENA	: Direction provinciale de l'éducation nationale
DRD	: Dépôt répartiteur du district
DRS	: Direction régionale de la santé
DS	: District sanitaire
ECD	: Equipe cadre du district
FAR	: Femme en âge de reproduction
FE	: Femme enceintes
FS	: Formations sanitaire
GDT	: Guide de diagnostic et de traitement
HGO	: Houndé gold operation
HKI	: Helen Keller international
IDE	: Infirmier diplômé d'Etat
IGR	: Intervention à gain rapide
MAM	: Malnutrition aigüe modérée
MAS	: Malnutrition aigüe sévère

MEG	: Médicament essentiel générique
MSV	: Médecins sans vacances
MTN	: Maladie tropicale négligée
OBC	: Organisation à base communautaire
ODD	: Objectif de développement durable
ONG	: Organisation non gouvernementale
OST	: Office de santé des travailleurs
PA	: Plan d'action
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PDI	: Personne déplacée interne
PCA	: Paquet complémentaire d'activité
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSD	: Plan de développement sanitaire du district
PEV	: Programme élargi de vaccination
PF	: Planification familiale
PMA	: Paquet minimum d'activité
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PTF	: Partenaire technique et financier
PTME	: Prévention de la transmission mère enfant du VIH
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RMA	: Rapport mensuel d'activité
SFE/ME	: Sage-femme d'Etat/ Maïeuticien d'Etat
SOFITEX	: Société des fibres textiles
SONABEL	: Société nationale burkinabé d'électricité
SONU	: Soins obstétrico-néonataux d'urgence
TLOH	: Télégramme de lettre officielle hebdomadaire
TPI	: Traitement préventif intermittent
UNFPA	: Fonds des nations unies pour l'enfance
VAA	: Vaccin anti amarile
RR	: Vaccin anti-rougeoleux/Rubéole

VAT : Vaccin antitétanique

E-RESUME

Le PDSD s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales contenues dans la PSS 2018-2027 et le PNDES II, ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse de la situation sanitaire. Cette analyse de la situation s'est nourrie des résultats de l'évaluation finale du PNDS 2011-2020, des résultats des évaluations des autres programmes prioritaires du ministère ainsi que des rapports contributifs élaborés par les parties prenantes. Le PDSD intègre la réforme du budget programme et les ODD dans la perspective de permettre au Burkina Faso de répondre à son engagement pris pour l'horizon 2030.

Les problèmes prioritaires à résoudre durant la décennie sont : (i) la performance non satisfaisante du leadership et de la gouvernance à tous les niveaux du secteur de la santé, (ii) la production et la gestion non adéquates des ressources humaines en santé, (iii) l'insuffisance du financement de la santé et la gestion peu efficiente, (iv) la gestion et l'utilisation peu performantes de l'information sanitaire, (v) l'insuffisance et la faible qualité des prestations de service de santé à tous les niveaux de soins et en particulier pour les groupes vulnérables, (vi) l'insuffisance, l'hétérogénéité, l'inadaptation et la défaillance de la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique, (vii) la faible accessibilité et qualité des produits de santé (y compris les produits sanguins labiles) pour les populations.

S'inscrivant dans la vision de la Politique Sectorielle Santé (PSS) 2018-2027, l'objectif global du plan est d'améliorer l'état de santé de la population d'ici fin 2030.

La stratégie s'opérera à travers cinq (5) orientations 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.

Au total vingt-trois (23) produits et cinq (5) effets sont définis dans la chaîne de résultats. La réalisation des produits et des effets aura pour impact « l'amélioration de l'état de santé de la population ».

La mise en œuvre du PDSD se fonde sur l'approche « un plan, un budget, un rapport », en fonction des attributions de chacun et de manière conjointe avec l'ensemble des acteurs. Cette approche vise à i) renforcer davantage le leadership du Ministère de la santé dans la conduite de la mise en œuvre du PNDS autour duquel adhère l'ensemble des partenaires ii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS, iii) mettre en œuvre l'alignement des interventions et l'harmonisation fiduciaire des mécanismes de l'aide au développement et iv) renforcer la coordination technique.

Le PDSD est accompagné d'un plan spécifique de suivi et d'évaluation pour assurer un suivi optimal de sa mise en œuvre. De ce fait, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PNDS seront réalisées. D'autres documents annexes seront élaborés notamment le manuel d'harmonisation et d'alignement du secteur de la santé, le plan de communication et le compact.

Le cadrage financier du PDSD s'est fait sur la base des données programmatiques utilisant l'outil de budgétisation OneHealth. Le scénario moyen a permis de dégager un budget prévisionnel du PDSD de 6 477 311 340 FCFA

La gestion des ressources financières du PNDS 2021-2030 respectera les principes de la vision « un plan, un budget, un rapport » : i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, ii) l'utilisation des procédures nationales de gestion, iii) l'harmonisation des principes d'intervention, iv) la gestion axée sur les résultats, v) la responsabilité mutuelle, à travers des mécanismes de suivi et de contrôle renforcés.

Les principaux risques qui pourraient compromettre la réalisation des ambitions du PDSD et pour lesquels des mesures d'atténuation devraient être développées sont : (i) l'effritement de la cohésion sociale et de la paix, (ii) l'instabilité sociopolitique (iii) la crise sanitaire, (iv) l'incertitude du financement, (v) l'aggravation de l'insécurité et (vi) les aléas climatiques.

INTRODUCTION

La constitution du Burkina Faso reconnaît le droit à la santé. Ses dispositions préconisent que : le droit à la santé est reconnu et l'État œuvre à le promouvoir. Le PDSD traduit la volonté du Gouvernement à travers le Ministère de la santé, de l'hygiène publique et du bien-être (MSHPBE) et de ses partenaires d'apporter des réponses aux questions de santé de la population du Burkina Faso. Le PDSD a pour enjeu fondamental le maintien et l'amélioration de la santé de la population à travers l'effectivité de la Couverture sanitaire universelle (CSU) pour laquelle le renforcement des soins de santé primaires (SSP) constitue une priorité majeure. Cela permettra la réalisation des Objectifs de Développement durable (ODD) notamment l'objectif numéro.

Ce document-cadre permet de guider l'action de l'ensemble des acteurs du développement sanitaire au Burkina Faso par l'institutionnalisation des principes d'harmonisation et d'alignement des partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé du Burkina Faso selon le concept « un plan, un budget et un rapport ».

Ce document s'articule autour de neuf (9) points : (i) le contexte et la justification ; (ii) la méthodologie et le processus du développement du document de la phase 2021-2025 du PNDS 2021-2030 ; (iii) les généralités ; (iv) l'analyse de la situation sanitaire ; (v) les problèmes prioritaires/défis ; (vi) le cadre stratégique ; (vii) le cadre de mise en œuvre et de suivi/évaluation, (viii) les prévisions budgétaires et (ix) les conditions de mise en œuvre.

I-CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En septembre 2015, la communauté internationale a adopté un nouveau programme qui définit dix-sept (17) Objectifs de développement durable (ODD) déclinés en cent soixante-neuf (169) cibles. Ces objectifs, intégrant les trois (3) dimensions du développement durable (économique, social et environnemental), devraient permettre d'éradiquer la pauvreté, de lutter contre les inégalités et l'injustice, et de faire face aux changements climatiques durant les quinze prochaines années. L'ODD3 concerne la santé et la cible 3.8 est en faveur de la mise en place de la CSU.

Au niveau continental, l'Agenda 2063 constitue le nouveau cadre stratégique pour le développement durable de l'Afrique. Il est articulé autour de sept domaines prioritaires : (i) la croissance inclusive et le développement durable ; (ii) l'intégration et l'unité ; (iii) la bonne gouvernance, la démocratie, les droits de l'homme, la justice et l'État de droit ; (iv) la paix et la sécurité ; (v) la culture et les valeurs communes ; (vi) le développement humain ; et (vii) l'Afrique en tant qu'acteur et partenaire mondial.

La vision de la prospective Burkina 2025 est : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ». Sur le plan de la santé cette vision se décline comme étant : « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant ». Cette prospective a été initiée par le Gouvernement du Burkina Faso et a permis la création d'un cadre prospectif de référence dont l'objectif est de renforcer les capacités nationales d'anticipation et de gestion stratégique concertée du développement. Ainsi, le MSHPBE a conduit une étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030 en 2011. Cette étude diagnostique du système de santé s'inscrit dans la réalisation de la prospective sanitaire dans le long terme. En 2021, le PNDES II pour la période 2021-2025 a été élaboré. Ce référentiel national, en lien étroit avec le Programme présidentiel, oriente et guide toutes les actions de développement dans tous les secteurs d'activités. Pour sa mise en oeuvre, quatorze (14) secteurs de planification ont été identifiés parmi lesquels le secteur de planification santé qui a en charge l'exécution de l'axe stratégique n°3 du PNDES II relatif au « développement du capital humain ». Le secteur de planification santé a élaboré en septembre 2017 une PSS 2018-2027.

Le Burkina Faso s'est engagé depuis le 1er janvier 2017 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 africain (UEMOA). Cette réforme majeure entreprise vise l'amélioration de l'efficacité de l'action publique et l'instauration d'une véritable transparence et de redevabilité dans la gestion publique en rendant notamment plus lisibles les actions de développement à la fois pour le parlementaire que pour le citoyen.

Dans le secteur de la santé, l'adoption de cette réforme a abouti à la définition de quatre (4) programmes que sont :

- le programme «055–Offre de soins » ;
- le programme «056–Santé publique » ;
- le programme «057–Pilotage et soutien des services de santé » ;
- le programme «146–Accès aux produits de santé ».

Dans le but de répondre aux dispositions de la loi 034-2018/AN du 27 juillet 2018 portant pilotage et gestion du développement, le processus de formulation du PSDS a été enclenché.

II-PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSDS

Le MSHPBE 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 acteurs du secteur de la santé se reflètent dans un plan stratégique national consensuel et dont le suivi de la mise en oeuvre s'opère sur la base d'un ensemble d'indicateurs consensuels.

Pour cela, le PSDS a été élaboré avec l'implication de toutes les parties prenantes (les acteurs du système de santé y compris le secteur privé de santé et les acteurs de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, les Partenaires techniques et financiers (PTF), la société civile, les institutions et autres départements ministériels, les Burkinabè de l'extérieur et des personnes ressources, etc.).

Pour être en phase avec les réalités socio sanitaires de notre pays, les différentes parties prenantes ont élaboré des rapports contributifs qui ont permis d'approfondir l'analyse de la situation sanitaire actuelle, de dégager les insuffisances/problèmes qui se posent et de définir les priorités futures pour le PNDS. Le plan s'est nourri donc des apports des consultations de ces entités pour la définition des priorités de développement sanitaire.

L'élaboration du nouveau PSDS a nécessité la mise en place de comités (comité de pilotage, comité technique) et d'un secrétariat. Au sein du comité technique, une équipe de rédaction a été mise en place. Cette dernière s'est appuyée sur les travaux des équipes fonctionnelles, des comités régionaux de suivi du PSDS qui ont été également mis à contribution et des autres acteurs. Son élaboration a été placée sous la responsabilité du Cadre Sectoriel de Dialogue santé (CSD) qui en est l'organe

d'orientation et de validation (confère dispositif organisationnel figure 26 en annexe).

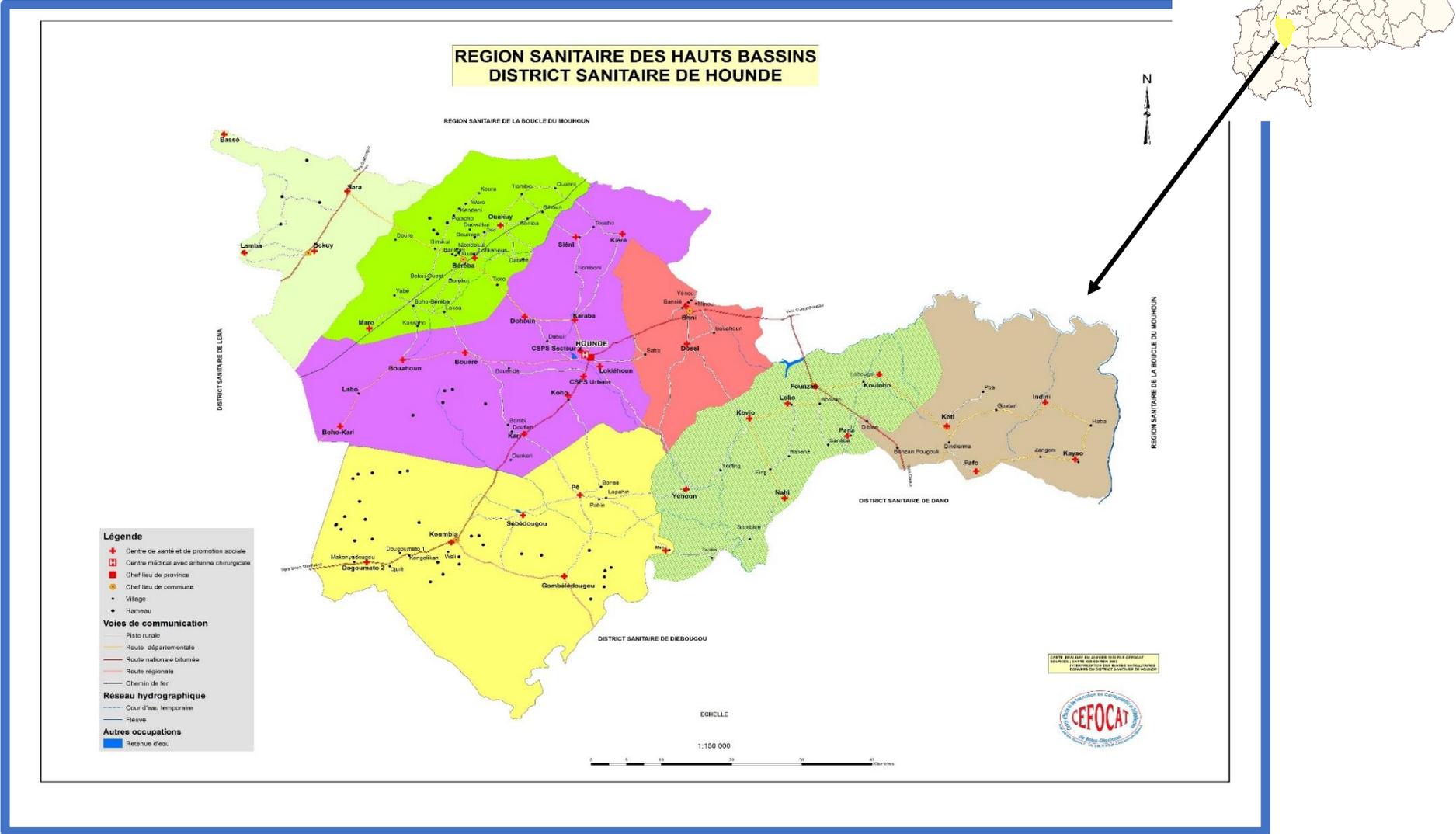
Elle a été effectuée en plusieurs étapes en virtuel et en mode présentiel :

- rencontres préparatoires tenues depuis le mois ;
- rencontres de plaidoyer au niveau central et dans les régions sur le concept « un plan, un budget, un rapport » ;
- lancement officiel le ;
- renforcement des capacités des acteurs ;
- rencontres consultatives et dialogue avec les parties prenantes ;
- assistance technique à travers le recrutement de consultants ;
- réunions de travail des différents groupes ;
- revues documentaires, collecte et analyse de données ;
- ateliers d'élaboration, d'amendement et de validation du PDSD le
- adoption du PNDS ;
- édition et diffusion ;
- table ronde des Bailleurs de fonds.

En plus des référentiels nationaux, l'élaboration du PDSD a pris en compte les orientations et recommandations normatives internationales en matière de planification stratégique notamment celles relatives à la charte d'Ottawa et à la déclaration de Mexico.

Elle a été guidée par les principes fondés sur des preuves, une méthodologie scientifique et l'approche « un plan, un budget et un rapport » afin de renforcer la mise en œuvre de la déclaration de Paris à travers l'alignement des partenaires techniques et financiers et les autres acteurs du secteur sanitaire. L'institutionnalisation de l'approche vise donc à potentialiser le rendement des interventions nationales prioritaires pour aider à atteindre les objectifs nationaux à travers une coopération au développement efficace, une vision et une stratégie commune et connue, un choix d'interventions à fort impact et scientifiquement prouvées et une utilisation efficiente des ressources. Les ressources humaines, matérielles et financières ont été mobilisées par l'État et les partenaires au développement.

Figure 1: CARTE SANITAIRE DU DISTRICT



III-GENERALITES

3-1-Données administratives

Le District sanitaire (DS) de Houndé est situé dans la région des Hauts-Bassins. Il est l'un des huit (08) DS de la région sanitaire. Il épouse les limites territoriales de la province du Tuy qui compte sept (07) communes correspondant aussi au nombre de départements. Ce sont la commune de Békuy, Béréba, Boni, Founzan, Houndé, Koumbia et Koti. Parmi ces communes dont seule la commune de Houndé est urbaine et les six (06) autres sont rurales. Le district compte 5 secteurs dans la ville de Houndé, 99 villages administratifs et 33 hameaux de culture.

En 2023 le district compte 44 formations sanitaire publiques dont 05 en attentes d'ouverture et 06 centre de santé privés dont 02 cliniques et 04 cabinets de soins infirmiers. En outre, la commune urbaine de Houndé abrite le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA), quatre (05) centres de santé privés dont une clinique, deux (02) cabinets (médical et de soins infirmiers) et une infirmerie de l'office de santé des travailleurs (OST) et un cabinet de soins infirmier dans la commune de Boni. Sur le plan des infrastructure pharmaceutiques et laboratoires, le district compte deux (02) officines pharmaceutiques et un laboratoire privés et douze (13) dépôts privés en 2023.

3.2 Données géographiques

3-2-1- Situation géographique

Le district sanitaire de Houndé constitue avec les districts sanitaires de Dafra, de Dandé, de Do, de Karangasso Vigué, de Lena, de N'Dorola et de Orodara, la région sanitaire des Hauts-Bassins. Il a une superficie¹ de 5 632 km² et est limité :

- _ A l'Est par le district sanitaire de Boromo dans la région de la Boucle du Mouhoun ;
- _ A l'Ouest par les districts sanitaires de Lena et de Karangasso Vigué ;
- _ Au Nord par le district sanitaire de Dédougou dans la région de la Boucle du Mouhoun ;
- _ Au Sud par les districts sanitaires de Dano et de Diébougou dans la région du Sud-Ouest.

3-2-2- Relief

La province du Tuy est essentiellement caractérisée par deux (02) unités topographiques : les plateaux et les plaines, auxquels s'ajoutent quelques buttes et collines ainsi que des vallées. Les plaines représentent 320m d'altitudes et sont présentes dans presque tous les départements de la province. Les vallées, buttes et collines sont surtout retrouvés à Kari et à Boni

3-2-3- Climat et végétation

La province du Tuy est caractérisée par un climat tropical de type nord-soudanien et sud-soudanien, marqué par deux grandes saisons : une saison humide qui dure six à sept mois (mai à octobre/novembre) et une saison sèche qui s'étend sur cinq à six mois (novembre/décembre à avril). La formation végétale est constituée de forêts claires, de forêts galeries le long des cours d'eau, et de savane arborée et arbustive, sans oublier les forêts rupicoles dans les départements de Boni et de Houndé

3-2-4- Hydrographie

La province est relativement bien arrosée avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 800 à 1000 mm. Les températures moyennes annuelles sont comprises entre 25 et 30 degrés. L'hydrographie est organisée au niveau des sous-bassins du Tuy (Grand Balé), de la Bougouriba et du Mouhoun supérieur. Les cours d'eau importants sont : le Tuy (Grand Balé) qui coule dans la direction nord-ouest et sud-est vers le Mouhoun inférieur. Il a un régime intermittent. Le Mouhoun qui est un cours d'eau pérenne coule dans la direction sud-nord à l'extrême nord-ouest de la province au niveau du département de Békuy.

3-2-5-Voies de communication

La province du Tuy est traversée par les routes nationales N°1 (reliant Bobo-Dioulasso à Ouagadougou), N°10 (reliant Sara-Békuy à Bobo et à Dédougou), et la route départementale N°40 reliant Houndé à la route nationale N°10 en passant par Béréba. La voie ferrée Ouaga-Bobo traverse également la province au niveau de la commune de Béréba. Le flux routier important de ces axes est source de nombreux accidents posant le problème de la prise en charge de ces urgences. En effet, pour la seule année 2022, le district a enregistré 2489 cas de traumatisme par accidents de la voie publique.

Le district connaît des problèmes d'accessibilité géographique en saison hivernale notamment dans les CSPS de Bouéré, Bouahoun, Bohokari, Maro, Bassé, Indini. La distance totale à parcourir entre les CSPS et le district sanitaire est de 3730 Km.

3.3 Données démographiques

Selon le RGPH de 2019 actualisé en 2023 la population du district sanitaire de Houndé est de 366214 habitants dont 49,26% d'hommes et 50,74% de femmes. La densité moyenne de la population est de 65 hbts/km². La province du Tuy est une zone de forte migration avec une population hétérogène faite d'une population autochtone composée de Bwaba, Dagara et Pougdis, et de populations migrantes composées de Mossi et de Peuls Ces dernières années, le district connaît un afflux massif de personnes déplacées internes du fait de l'insécurité, et elles sont logées dans des familles d'accueil.

La répartition de la population par tranche d'âge/cibles, par CSPS et par commune sont présentées respectivement à l'Annexe 1. Le taux global de fécondité du district était de 194,2 pour mille en 2006. Le ratio de mortalité maternelle était de 64,45 pour 100000 naissances vivantes en 2021, quant au taux de mortalité infantile, il est de 56,6 décès pour 1000 naissances pour le district en 2021.

La province du Tuy a connu l'implantation, depuis 2016, d'une industrie d'exploitation aurifère chargée de traiter les produits d'extraction issus des sites de Houndé (Houndé Gold Operation) et de Bouéré-Dohoun (Bouéré-Dohoun Gold Operation) et Kari (Kari Pump). Cette mine abrite en soins son sein un camp de travailleurs de la mine essentiellement des expatriés mais aussi des travailleurs nationaux résident dans la ville de Houndé.

Les habitats des populations sont majoritairement en banco dans les villages et en dur ou semi dur dans la ville de Houndé et les chefs lieu de département.

L'indice synthétique de fécondité est d'en moyenne de 4,5 enfants par femmes et la ville de Houndé est la 8ème ville la plus peuplée du Burkina Faso, selon le rapport final du cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH 2019) du Burkina Faso. Le taux brut de natalité est 36,6‰ et la taille moyenne des familles est de 5,2. L'Espérance de vie à la naissance est de 61,9 ans. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population 2,94%.

La répartition des populations par tranche d'âge et par sexe est jointe en **annexe**

3.4. Données socio-économiques

3.4.1. Agriculture/élevage

L'agriculture et l'élevage restent les secteurs d'activités les plus prédominantes au sein des populations du TUY.

Les productions vivrières sont entre autres le maïs, le sorgho, le riz, le niébé. La principale culture industrielle reste le coton, suivie du sésame. La plupart des productions à l'exception du niébé ont connu une baisse considérable au cours des cinq dernières années du fait des aléas climatiques et de la jasside survenue en 2022. De 2018 à 2022, la production du maïs est passée de 197 607 tonnes à 147 323 tonnes, le sorgho de 40 646 tonnes à 25 070 tonnes, le riz de 11 654 tonnes à 10 798 tonnes et le sésame de 6 904 tonnes à 3 316 tonnes. Cette insuffisance de production est à l'origine de certaines carences nutritionnelles (malnutrition aiguës sévères avec ou sans complications). Quant au niébé la production (7 102 tonnes) a doublé pour atteindre 14 587 tonnes en 2022. Notons que la production cotonnière a chuté de près 1/3 passant de 135 119 tonnes à 90 353 tonnes sur les deux dernières campagnes.

SOURCES : *Direction Provinciale de l'Agriculture, des Aménagements Hydro-Agricole et de la Mécanisation (DPAHAM/Tuy)*

Tout comme le secteur agricole, l'élevage est de type extensif basé essentiellement sur l'exploitation des ressources naturelles. La province abrite un important cheptel constitué de bovins, d'ovins, porcins, caprins et de volailles. Malgré la crise sécuritaire, toutes ces espèces ont connu une légère progression. Ainsi, entre 2018 et 2022, le nombre de tête de bovins est passé de 194 276 à 210 704. Sur la même période, les ovins sont passés de 129 144 à 135 884, les porcins de 32 248 à 35 484, les caprins de 112 993 à 114 857 et les volailles de 543 148 à 569 692. Les produits du secteur tels que la viande, les œufs, le poissons, le lait sont destinés à la consommation locale.

SOURCES : *Direction Provinciale des Ressources Animales et Halieutiques (DPRAH/Tuy)*

3.4.2. Tourisme/artisanat

La province abrite de nombreux sites touristiques, composés de grotte préhistorique, d'édifices religieux, de sites archéologiques, etc. Ainsi, nous avons la grotte de Dohoun ou « kanan », les ruines de Dougoumato, le site de réduction du fer de Békuy, les

pierres fondatrices de Koumbia, la route coloniale de Mou (village de Koumbia), la mosquée COULIBALY Dambio de Kari et l'église de Boni.

SOURCES : *Direction Provinciale de la Culture, des Arts et du Tourisme (DPCAT /Tuy)*

Au stade embryonnaire, l'artisanat concerne le tissage, la vannerie et la sculpture sur bois. Les productions artisanales constituent une source de revenu pour les femmes en particulier.

3.4.3. Industrie/commerce/institutions financières

La ville de Houndé abrite deux usines d'égrenage du coton (SOFITEX). La production de coton est destinée essentiellement à l'exportation.

Depuis 2016, elle a connu l'implantation d'une industrie d'exploitation aurifère, chargée de traiter les produits d'extraction issus des sites de Houndé et de Bouéré, Dohoun et Kari. Cependant, il existe toujours de nombreux sites aurifères d'exploitation artisanale dispersés dans la province et occasionnant de nombreuses conséquences sanitaires, environnementales et par des décès suite aux éboulements.

Sur le plan commercial, plusieurs marchés repartis dans les localités assurent l'écoulement des marchandises. Le commerce est principalement basé sur la vente des denrées alimentaires, d'articles vestimentaires et du bétail.

On note l'existence d'institution financière telles que UBA, ECOBANK, BOA, CBI, BADF, BDU, RCPB, SGBF, la Poste Burkina Faso et plusieurs autres exerçant dans microfinances, les assurances principalement installées à Houndé. Elles cohabitent avec plusieurs opérateurs de paiement électronique gérés par des particuliers.

3.4.4. Énergie (électricité)

L'énergie électrique provient de la centrale électrique de Dédougou (SONABEL) et de l'interconnexion avec la Côte d'Ivoire. Le réseau alimente tous les chefs-lieux de commune et plusieurs villages de la province. Notons que la majorité des ménages ont recours à l'énergie solaire pour satisfaire les besoins énergétiques. Enfin, avec l'appui de certains partenaires toutes les formations sanitaires (FS) ont bénéficié d'installation d'énergie solaire.

3.4.5. Pêche/cueillette ;

La pêche est pratiquée dans les barrages de Houndé, Fafo, Koumbia, etc. La production est consommée localement. Par ailleurs la population vit aussi de la cueillette des fruits notamment le karité, le néré, le miel, la mangue, etc. Ces produits génèrent des revenus pour les femmes principalement et leur consommation contribue à maintenir la santé des populations.

3.4.6. Moyens de communication (routes, téléphone, internet, ...);

Le réseau routier fait un total de 447, 484 Km. La province est traversée par les routes nationales N°1 (Bobo-Dioulasso- Ouagadougou), N°10 (Bobo Dioulasso-Dédougou) N°12 (Pâ-Gaoua). Le réseau interne est constitué de la route départementale N°59, (Houndé-Sara), et de pistes rurales, qui deviennent pour la plupart impraticables en saison des pluies. Ce qui baisse la fréquentation des FS et rend difficile les évacuations sanitaires au CMA. Quant aux réseaux aérien et ferroviaire, ils sont constitués d'un aéroport situé au secteur 4 de Houndé et d'une partie de la voie ferrée (Ouagadougou-Bobo) traversant la province par Maro et Béréba, Bombi.

SOURCES : Direction provinciale Tuy)

Avec le développement de l'internet, des réseaux sociaux, de la téléphonie mobile, les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont utilisées dans les FS. Cependant, la qualité de la couverture du réseau est faible dans certaines localités.

3.4.7. Indice de pauvreté, zone de pauvreté à laquelle appartient la province ;

Globalement, tous les indicateurs liés à la pauvreté ont connu une régression de 2014-2018. En effet, selon l'annuaire statistique 2021, dans la région des Hauts-Bassins, l'indice de pauvreté et la profondeur de la pauvreté sont passés respectivement de 34,4 à 24,7 et 7,3 à 5,8. Dans le même ordre, ces valeurs sont restées en dessous des taux nationaux qui sont passés de 40,1 à 31,5 et de 9,7 à 8,7.

SOURCES : *Annuaire statistique 2021 de la région des Hauts Bassins, décembre 2022.*

3.4.8. Approvisionnement en eau potable.

La couverture en approvisionnement en eau potable a connu une évolution de 2018 à 2021. Selon l'Inventaire nationale des ouvrages hydrauliques (INOH), elle est passée de 67, 30% en 2018 à 77, 5% en 2021. Les principales sources d'eau potable sont les forages et les bornes fontaines et le branchement particulier (ONEA). Toutes les FS à l'exception des CSPS de Yéhoun et de Kivio disposent de sources d'approvisionnement en eau potable.

Pour ce qui est du volet assainissement familiale, il a connu une progression de l'ordre de 4,4% sur la période de 2018 à 2020. En 2020, le taux provinciale (29, 6%) était au-dessus du taux régional (25, 5%). Les technologies utilisées par les populations sont les latrines fosse simple, double fosse, sanplat, latrines traditionnelle améliorer, etc. L'assainissement collectif (réseau d'égout, caniveau) est inexistant. Les ménages ont recourt à la rue ou la cours pour déverser les eaux usées. Les faibles couvertures en assainissement, en desserte d'eau potables associées aux mauvaises pratiques entretiennent le cycle de transmission des maladies (paludisme, diarrhée, etc)

3.5. Données socioculturelles

3.5.1. Taux de scolarisation/alphabétisation, instruction

Le taux de scolarisation brute est passé de 92,75% en 2018 à 107 % en 2022 soit une augmentation 14,25 %. Diverses raisons, notamment les flux migratoires dus à l'insécurité et à l'exploitation minière sous toutes ses formes sont à l'origine de cette situation. En 2022, on note que le taux de scolarisation était de 107,5 % pour les filles contre 106,5% pour les garçons. Notons que, plusieurs sessions d'alphabétisation ont été organisées au profit des populations cibles.

SOURCES : Direction Provinciale des Enseignement Préscolaires et Primaires (DPEPP/Tuy)

3.5.2. Ethnies ;

La province du Tuy est une zone de forte migration. Elle est constituée d'une population hétérogène composée d'une part autochtone comprenant des Bwaba, et des Pougls et d'autres parts d'allochtones qui sont principalement des Mossis et des Peulhs. Ces différentes ethnies vivent en parfaite harmonie. Cependant avec la crise sécuritaire a mis à rude épreuve le vivre ensemble et la cohésion sociale au sein des populations.

3.5.3. Rites et coutumes, interdits (lévirat dans le contexte du VIH, MGF) ;

Des pesanteurs socio-culturelles persistent dans la province de la Tuy. Ainsi des pratiques culturelles néfastes telles que le lévirat, le rapt le Yarohañ et les mariages précoces existent. Dans certaines coutumes, l'annonce de la grossesse limitent l'utilisation précoce des services de santé par les femmes enceintes surtout les primipares. En effet, selon cette coutume, l'annonce précoce de la grossesse avant trois mois provoquerait une interruption de celle-ci.

Des pratiques comme l'excision. Trois (3) cas d'excision et 152 cas de VBG ont été respectivement notifiés en 2020 et 2021.

3.5.4. Religions ;

Selon le RGPH 2019, la religion musulmane est la plus dominante dans la province du Tuy. Elle est pratiquée par 59,3 % de la population, suivie de l'animisme (17,5%). Les fidèles catholiques et protestants représentent respectivement 11,9% et 10,3% de la population. Les sans religions (0,8%) et autres (0,3%) sont faiblement représentés.

3.5.5. Pratiques et habitudes en matière d'Hygiène, de santé (propension ou non pour la médecine traditionnelle par exemple) ;

Sur le plan culturel, les populations restent fortement attachées aux traditions. Ainsi, on constate un faible pouvoir décisionnel pour la femme et la persistance de certaines pratiques néfastes à la santé. En effet, les interdits alimentaires sont aussi multiples et variés que le nombre d'ethnies dans la province avec pour conséquence la privation de certains aliments essentiels à certaines tranches vulnérables de la population (œuf ou poisson fumé chez les jeunes enfants par exemple). Ceci pourrait contribuer au nombre élevé de cas de malnutrition. On note également la persistance de certaines pratiques néfastes pour la santé telles que la défécation à l'aire libre, la vidange des déchets ménagers et des toilettes dans l'environnement et la consommation abusive des boissons alcoolisées. A la faveur de l'exploitation aurifère, on constate de plus en plus le développement de prostitution chez la frange jeune dans certaines localités.

Enfin, la médecine et la pharmacopée traditionnelles ainsi que l'automédication restent les premiers recours dans l'itinéraire thérapeutique des populations avant les services de santé.

3.5.6. Festivals

Chaque année, sont organisées plusieurs manifestations de promotion culturelle. On note le Festival d'humour et du théâtre, Festival de la culture Dagara (FESCUDA), le festival GNINKASSE à Houndé. Aussi, des journées culturelles sont organisées dans certaines localités (Koumbia, Koti, Houndé), Ces manifestations drainant des participants de divers horizons qui partagent les mêmes passions. Elles sont source de rapprochement des peuples et ont pour vocation la promotion de la culture, le sport et du théâtre.

SOURCES : *Direction Provinciale de la Culture, des Arts et du Tourisme (DPCAT /Tuy)*

3.6 Situation sécuritaire et humanitaire (pour le DS concernés)

Trois CSPS sont fermés (YEHOUN, SEBEDOUGOU et GOMBELEDOUGOU) et six CSPS qui n'assurent pas la garde (BONI, DOSSI, KARABA, KYERE, SIENI et LOLLIO)

3.7 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT

3.7.1 Organisation administrative du District sanitaire

L'ECD est l'organe technique chargé de la gestion du district. A ce titre, elle est chargée d'assurer les activités cliniques, de la planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les plans sanitaires, de coordonner et contrôler toutes les activités des formations sanitaires publique et privées de son ressort territorial, former et superviser le personnel de santé de son ressort territorial, de gérer les ressources du district, de mener la recherche pour la santé, et développer les relations de collaboration avec les autres secteurs de développement.

Organisation des soins cliniques dans le district

L'offre de soins est assurée par les CSPS, le CMA et des structures privées. Chaque CSPS offre le paquet minimum d'activités (PMA) standard et est doté d'un personnel qualifié ainsi que des équipements de base. Il comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant avec l'appui de certains PTF des prestations supplémentaires y sont souvent prodiguées. Les soins de référence sont organisés au niveau des CMA disposant d'un niveau élevé de plateau technique. A ce niveau, certains patients sont référés par les cabinets privés de soins. Le circuit de référence du malade dans le système est de type pyramidal, permettant à certains malades

d'être référés au CHUSS. Notons que la PEC par des ASBC de certaines pathologies (formes simples) n'est pas encore effective.

Planification et coordination des activités :

Il existe un bureau chargé de la planification et du suivi évaluation des activités au district. Le responsable collabore avec les autres bureaux pour l'élaboration des plans d'action annuels (PA), qui sont élaborés en tenant compte des priorités de santé contenues dans les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS). En termes d'évaluation, des mécanismes sont mis en place pour l'évaluation annuelle des PA. Quant au suivi des indicateurs, il est réalisé trimestriellement à travers des cadres de concertation.

Supervision / contrôle :

Les activités de supervision et de contrôle sont réalisées par l'ECD appuyé par ses personnes ressources. En effet toutes les formations sanitaires bénéficient périodiquement de supervision et de contrôle permettant ainsi la formation continue des agents. La vétusté de la logistique roulante, l'insécurité et l'inaccessibilité des FS en saison hivernale rendent difficile la réalisation à temps de ces activités de supervision et de contrôle.

Formation :

L'ECD assure la formation continue des agents de santé, appuyé par des personnes ressources selon les domaines. Les agents des différentes FS sont formés sur des thèmes divers afin d'améliorer les prestations des services de santé. Cependant, le défis réside dans maintien durables des compétences dans les poste du faite des affections et des concours professionnels.

Gestion du système d'information,

Toutes les données des FS sont centralisées au niveau du bureau CISSE du district, puis stockées dans la plateforme ENDOS. Assisté par deux substituts, il compile les informations hebdomadairement, mensuellement et parfois occasionnellement, puis les transmet à DRSHP. Au niveau district, l'analyse, l'interprétation et prise des décisions sont faites par l'ECD. Il reçoit, produit et partage des rétro informations au profit des FS et de l'ECD. Notons que chaque année, plusieurs agents ont été formé

sur SNIS. En 2022, les agents ainsi que des communautaires ont été formés sur la surveillance communautaires des évènements inhabituels.

Organisation de la participation communautaire et mobilisation sociale,

Toutes les FS publiques disposent de COGES à l'exception du CMA. Notons que ces cadres fonctionnent à minima pour plusieurs raisons (non tenue des AG, irrégularité réunion mensuelle, etc). En dépit de cette situation, les populations participent à la vie de leurs FS à travers de opérations de nettoyage et la mobilisation sociale lors de campagne de TDM. Comme acteurs communautaires, on peut citer les ASBC dans tous les villages. Ces derniers sont chargés de la mise en œuvre des activités préventives, promotionnelles, curatives et de soutien à la FS rattachée. Seul l'effectivité du la PEC curative rencontre des difficultés dues au manque d'intrant (TDR, CTA, SRO Zinc),

Dans le cadre de la contractualisation avec le monde communautaire, 3/11 associations (REVS PLUS, REASSA, AJY) ont été recrutées en 2016 pour la mise en œuvre des activités sur le paludisme, la TB et VIH.

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

Le district sanitaire abrite un Dépôt répartiteur du District. Il est approvisionné essentiellement par la CAMEG et tous les médicaments vendus sont des génériques. Cette politique des MEG est d'ailleurs recommandée et accompagnée par le Ministère de la Santé dans le but d'accroître l'accessibilité financière des populations aux médicaments de qualité et à moindre coût.

Quant à l'approvisionnement en vaccins, il est effectué chaque mois par le bureau PEV. Le dépôt PEV du District est approvisionné par le dépôt PEV régional.

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

La mobilisation des ressources se fait chaque année à travers les plans d'action annuels. Les financements du district sont assurés par le budget de l'État, les fonds propres et les fonds des PTF. Certains partenaires contribuent dans l'acquisition du matériel. Notons que les ressources transférées par l'Etat aux collectivités territoriales est effectif, ce qui permet de doter les CSPS selon les besoins. Pour une gestion efficiente des ressources financières, l'ECD s'investi à travers des actions de contrôle.

La ressource humaine est principalement fournie par l'Etat. Elle est diversifiée et polyvalente mais insuffisante pour couvrir les besoins. Les emplois de chauffeurs, d'AIS, médecins spécialistes et d'attachés exerçant au bloc nécessite un renforcement.

Collaboration intersectorielle,

Les partenaires du district sanitaire sont nombreux mais la collaboration est surtout administrative. Il existe plusieurs cadres de concertation existent mais leurs tenues restent irrégulières pour faute de financement. On peut citer entre autres le CSD, le CCP et CPGE. Il existe également des rencontres ponctuelles (plaidoyers) avant les débuts des campagnes de traitement de masse.

Recherche-action.

L'ECD n'a pas encore bénéficié d'une orientation sur la recherche action, en dépit de l'intérêt accordé. Cependant, des recherches sont menées par l'IRSS dans les domaines du paludisme, la nutrition maternelle, la nutrition infantile, etc.

Il s'agit dans un deuxième temps de décrire la composition de l'ECD

Tableau 1: évolution de la capacité de l'ECD au cours des 5 dernières années

Intitulé	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Nombre de membres statutaires	09	09	09	09	09
Nombre de membres de l'ECD nommé	07	07	09	09	09
Membres formés en gestion de district	02	02	02	02	02
Membres formés en chirurgie essentielle	02	02	01	01	01

Les membres ECD sont au nombre de 09 dont 02 formés en gestion du district. Ces deux indicateurs présentent une évolution constante de 2017 à 2021. Sur la même période, le nombre de médecin formé en chirurgie essentielle a chuté de moitié, passant de 2 à 1. Cette situation est due à des admissions suites aux concours de spécialisation.

Activités du conseil de santé du district

Le conseil de santé de district est l'organe de gestion participatif du district. Il est chargé :

- D'adopter le plan de développement sanitaire du district et les plans d'action qui en découlent ;
- De suivre la mise en œuvre des différents plans du district ;
- De mobiliser la population pour les faire participer à la réalisation des objectifs sanitaires ;
- De favoriser l'auto-prise en charge des problèmes de santé par la collectivité ;
- De promouvoir la collaboration intersectorielle et le partenariat ;
- D'examiner toutes autres questions relatives à la santé des populations du district.

Ce cadre statutaire se tient semestriellement. Pour insuffisance de ressource financière, la tenue régulière connaît des difficultés. Cette situation impacte négativement sur l'atteinte des objectifs qui lui sont assignés. En dehors du CSD, des approches de collaboration sont initiés de façon ponctuelle selon des contextes (campagne de TDM, gestion des incidents, visite médicale, etc).

Autres cadres de concertation

Il existe plusieurs cadres de concertation au niveau du district. On peut citer :

- Les réunions hebdomadaires de ECD ;
- Les rencontres trimestrielles entre ECD-ICP.

3.7.2 Organisation des services par niveau

L'organisation des services au District Sanitaire de Houndé, s'appuie sur l'organisation pyramidale du système de santé du Burkina Faso. Le premier niveau de soins est composé de deux échelons à savoir le premier échelon (CSPS et CM) et le second échelon Hôpital de District/Centre Médicale et d'Antenne chirurgicale (HD/ CMA). Chaque échelon du système est spécifique mais complémentaire pour l'un et l'autre.

3.7.2.1. Premier échelon

Le premier échelon est composé des CSPS et des centres médicaux (CM). De 2016 à 2023 le nombre de CSPS publics a évolué de **29 à 40** et de centres de santé privés à 04. En 2016, le nombre des CSPS passe à 29 avec l'ouverture de trois CSPS Yéhoun (14/01/2016), Lollo (17/07/2016), Pana (29/12/2016). Ce nombre passe ensuite en 2017 à 30. Le CSPS de Lamba ouvre ses portes le 20/01/2017. En 2018, avec l'ouverture des CSPS de Kayao le 18/11/2018 et Siéni le 26/11/2018 porte ce nombre à 32. Le nombre des CSPS est passé 33 en 2019 avec l'ouverture de du CSPS de Lokiéhoun puis en 2020 les CSPS de Poa (11/2020), Man (12/11/2020), Dossi (12/08/2020), Koho (1^{er}/02/2020), Secteur 2 (1^{er}/02/2020). En 2023, les CSPS de Popioho et de Balla du Secteur 3 de Houndé et d'autres nouvellement construits attendent toujours d'être ouvert pour faute d'équipement ou de normalisation des bâtiments ou de personnel soignants ou liés à l'insécurité. Il s'agit des CSPS de Dankari, de Laho, de Bansié et de Bounzan Pougli. Le seul CM fonctionnel est celui de Koumbia normalisé et fonctionnel depuis 2012 en bien que la politique sanitaire avait prévu la transformation des CSPS des communes en CM. Toutes ces FS périphériques disposent de COGES, 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 effective depuis 2016 de la gratuité des soins au niveau des FS et au niveau communautaire a 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 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 couvre 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.

La collaboration entre les responsables des CSPS et CM permet de réduire la distance parcourue par les usagers pour avoir des services médicaux. Mais, cette organisation reste à améliorer car les limites des couvertures du CM ne sont pas différentes des CSPS si la politique sanitaire prévue de transformation des CSPS des communes en CM avait abouti. Cette insuffisance de coordination fait que les Médecins du second échelon sont plus chargés pour les consultations externes que ceux du premier échelon.

3.7.2.2 Deuxième échelon

Les activités du CMA sont avant tout de mieux remplir les missions qui lui sont assignées (le paquet complémentaire d'activité). Le CMA accueille les malades venant des FS périphériques et hors district. Il est constitué d'unités techniques et d'offres de soins.

Les unités techniques sont : le laboratoire, l'imagerie, la pharmacie hospitalière (dépôts Meg, la pharmacie), la promotion de la santé, l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique et la gestion. Les unités d'offres de soins sont : la pédiatrie, les urgences médicochirurgicales, la médecine et des maladies chroniques, l'ophtalmologie, le centre de dépistage et traitement (CDT), l'ORL, le bloc opératoire, le post-opéré, l'odontostomatologie, la maternité, la santé mentale, le CDPM et la santé et sécurité au travail. 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 MACQS et un CUS. 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. Quant aux modalités d'admission du second échelon, elles sont fonction de la nature de la demande de soins : les évacuations, les références et l'auto orientation. Pour les modalités de sortie elles peuvent être : la Guérison, l'Evasion, l'Evacuation, la sortie sur demande et le décès. 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 CHR par ce second échelon. Inversement, les contres références sont rédigés à l'endroit des agents des FS périphériques.

3.8 Partenaires intervenant dans le district

La liste des partenaires intervenant dans le district est présentée dans le tableau suivant

Tableau 2 : Liste des partenaires intervenant dans le district

Partenaires intervenants	Domaine d'importance	Durée du projet
UNICEF	VIH (PTME) Malnutrition, Vaccination	Continue
PADS	Orientations budgétaires	Continue
PAPS II	Qualité des soins et sécurité du patient Lutte contre les maladies non transmissibles	Continue
PEPFAR	Appui dans la lutte contre le VIH	Continue
MSI	Appui à la planification familiale	Continue
IRSS	Réalisation de recherches scientifiques	Continue
CAMEG	Approvisionnement en MEG	Continue
FONDS MONDIAL	Orientation budgétaire	Continue
HKI	Appui financier sur la lutte contre les MTN	Continue
GAVI/ RSS	Appui logistique	Continue
UNFPA	Appui dans le domaine de la santé de la reproduction	Continue
OMS	Riposte aux MPE	Continue
TdH	Qualité de la prise en charge des enfants de moins de 05 ans	Continue
PATHFINDER	Santé maternelle et reproductive	Continue
JHPIEGO,	Lutte contre le cancer du col de l'utérus	Continue
HGO SA	Appui matériel et financier	Continue
Collectivités locales	Décisions administratives	Continue
OBC	Grande capacité de mobilisation sociale et de réalisations d'interventions communautaires	Continue
Structures déconcentrées de l'Etat	Décisions administratives	Continue

Partenaires intervenants	Domaine d'importance	Durée du projet
ASBC	Grande capacité de mobilisation sociale et de réalisations d'interventions communautaires	Continue
Leaders coutumiers et religieux	Grande capacité de mobilisation sociale et de réalisations d'interventions communautaires	Continue
Les prestataires de soins	Mise en œuvre des PMA et PCA	Continue
La DRS	Appui technique	Continue
La RED et Radio Coton FM	Emissions de sensibilisation sur la santé	Continue
MSV	Appui financier, matériel et technique	Continue
MEDICUS Mundi SUR	Appui technique, financier et matériel dans la lutte contre la maladie/chirurgie cataracte et la santé de reproduction	Continue
La POST Burkina	Transport de échantillons biologique	Continue

3.9 Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du district est caractérisé par la persistance des maladies endémo-épidémiques ces cinq dernières années. En effet, chaque année, des cas et décès de méningites sont enregistrés chaque avec une létalité au tour de 10%. Mais le district n'a pas connu d'épidémie de méningite il y a plus de 10 ans.

Concernant la rougeole, des sont enregistrés chaque années, mais avec une létalité en deça des normes. Toutefois de 2018 à 2020, le district a connu des flambées épidémiques de rougeole. Celles-ci ont fait l'objet de riposte vaccinale avec des campagnes de vaccination réactive et d'intensification de la vaccination de routine.

En matière de surveillance de la fièvre jaune, le district maintient une performances satisfaisante avec l'enregistrement des cas d'ictère fébriles avec des prélèvements en vue de confirmer le diagnostic. Mais aucun cas ne s'est avéré positif au IGM de la fièvre jaune.

La surveillance de la poliomyélite est aussi menée à travers la détection des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) avec des indicateurs de performance très satisfaisants.

Le district sanitaire de Houndé n'a pas été en reste de la pandémie à la COVID-19 depuis son apparition. Au mieux, il a été premier district a enregistrer le premier cas dans la région des

Hauts-Bassins en Mars 2020. Depuis lors, une surveillance active et de routine, avec la formation d'une Equipe d'Intervention Rapide (EIR), est mise en place pour détecter, prélever, et confirmer les cas. La surveillance de la COVID-19 est même soutenue par la mise en place de surveillances sentinelle des Infection Respiratoires aiguë Sévères (IRAS) au cours de laquelle des cas de COVID-19 sont souvent retrouvés.

Concernant les maladies endémiques, le paludisme occupe la première en terme de motifs de consultation, d'hospitalisation et de décès. Il est suivi des infections respiratoires aiguës, de maladies diarrhéiques et hydriques. Les tableaux et graphiques suivants illustreront davantage l'évolution de toutes ces maladies endémo-épidémiques au cours des 05 dernières années.

3.9.1. Maladies a potentiel epidemique

Les maladies à potentiel épidémiques les plus fréquentes sont représentées dans les tableau et graphiques suivants :

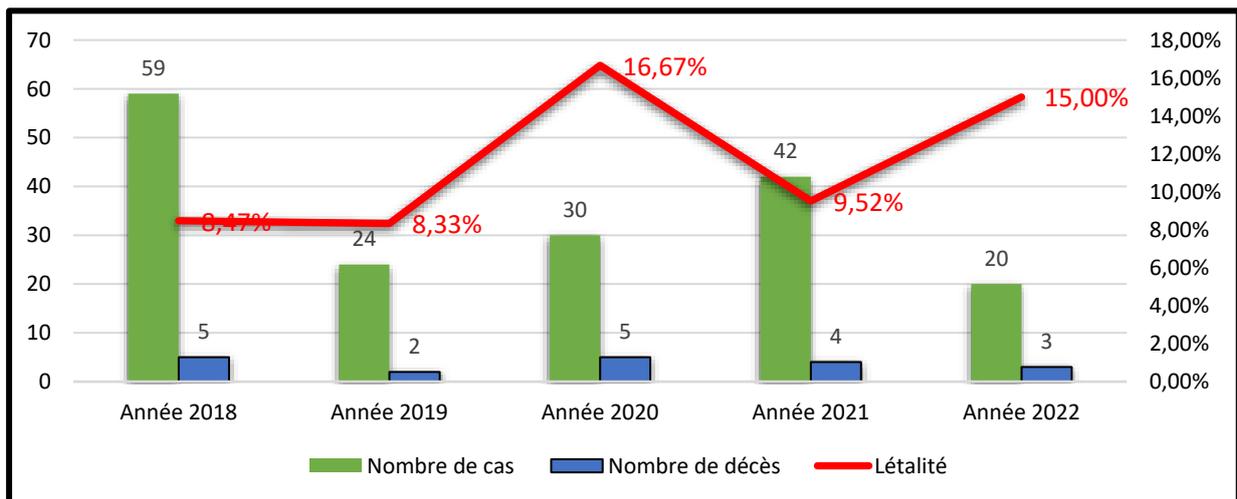


Figure 2 Evolution annuelle des cas, décès et létalité de méningite de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : Le district sanitaire de Houndé enregistre chaque année des cas et décès de méningites de 2018 à 2022 avec une létalité variant de 8 à 16%. Toutes, au cours de ces années, le district n'a jamais franchi le seuil épidémique au cours d'une semaine donnée. Ceci est dû très certainement à l'organisation réussite de la campagne de vaccination avec le MenAfrivac en 2016 et à l'amélioration des couvertures vaccinale en Pneumo et en DTCHebHib dans le PEV de routine.

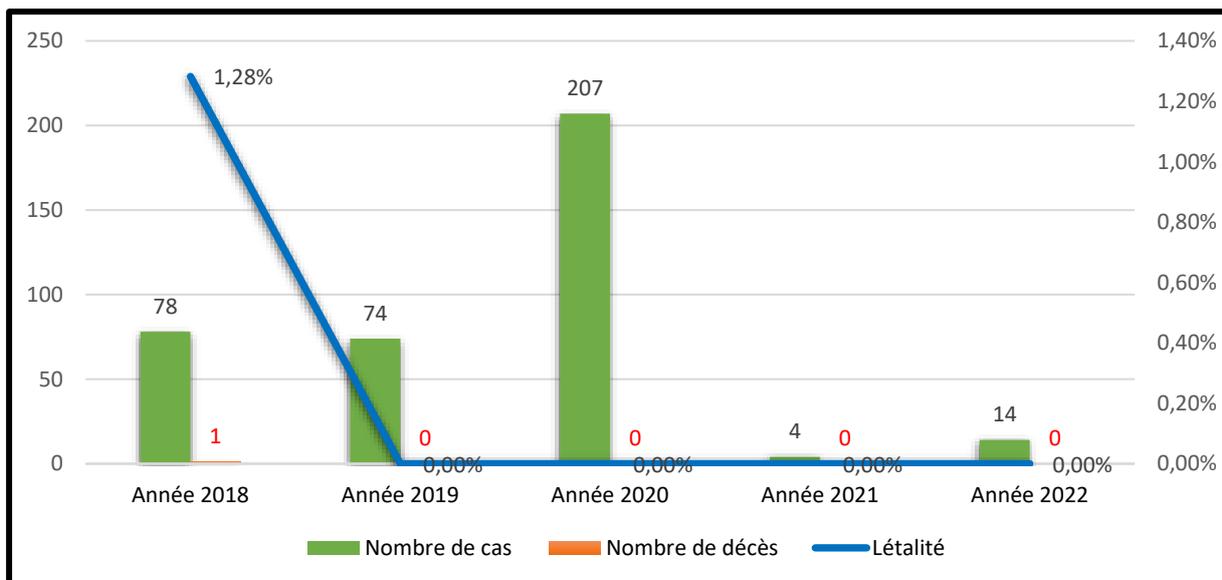


Figure 3 : Evolution annuelle des cas, décès et létalité de la rougeole de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : Des cas de rougeole sont enregistrés chaque année de 2018 à 2022. Sur ces 05 dernières années un seul décès a été notifiés en 2018. Ceci témoigne de la qualité de la vigilance des prestataires de soins à la détection des cas mais aussi de la qualité de la prise en charge que bénéficient les malades. Aussi, après l'année 2020, le nombre de cas annuels a drastiquement baissé. Ce qui se justifie par l'organisation de la riposte vaccinale avec des campagnes de vaccination réactive et d'intensification de la vaccination de routine avec le vaccin RR.

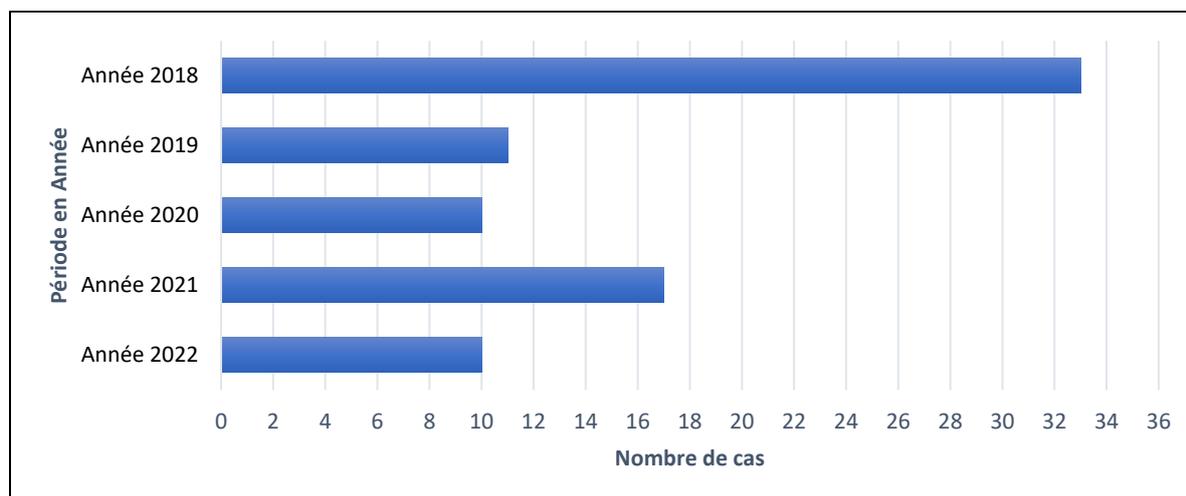


Figure 4 : Evolution annuelle des cas d'ictère fébrile de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : Le district sanitaire de Houndé a maintenu une performance satisfaisante dans la surveillance de la fièvre jaune à travers de détection des cas d'ictères fébriles de 2018 à 2022. Toutefois, parmi ces cas d'ictères fébriles, aucun ne s'est révélé positif aux IGM de la fièvre jaune, ceci grâce à l'amélioration de la

vaccination de routine contre la fièvre jaune, se traduisant par des couvertures vaccinales satisfaisantes.

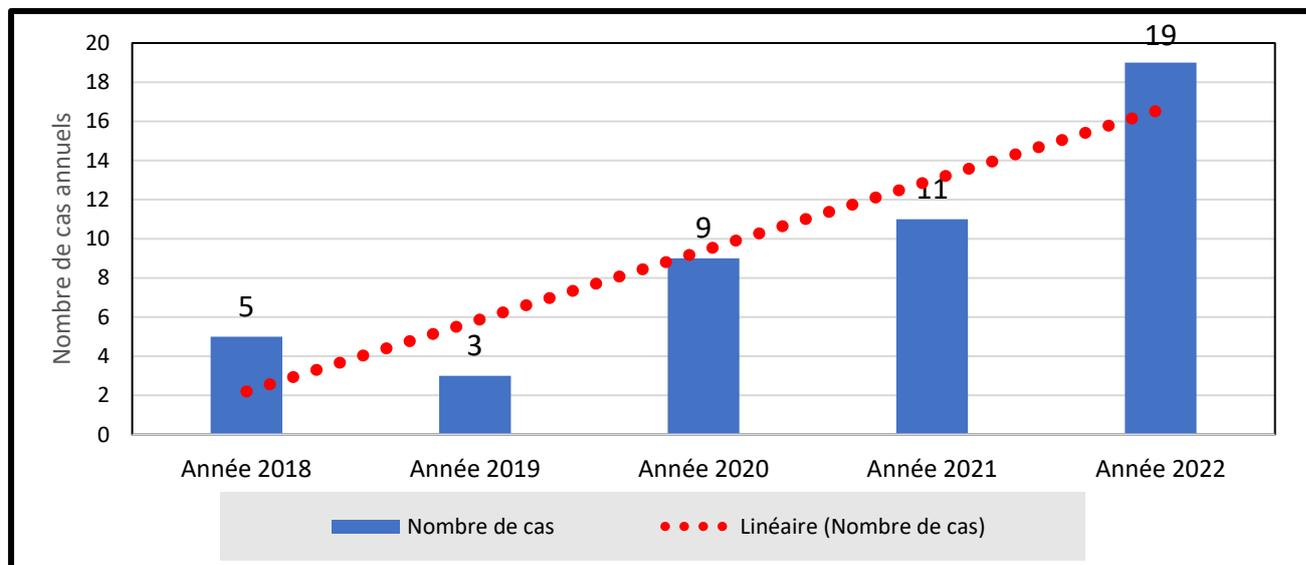


Figure 5 : Evolution annuelle des cas de Paralyse Flasque Aiguë de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : La détection et la notification des cas de PFA est satisfaisantes avec tendance progressive d'année en année. Toutefois, le district n' a jamais enregistré de cas positif au cours de ces 05 dernières. Ceci a été possible grâce au renforcement de la vaccination en routine, des campagnes de vaccination contre la polio.

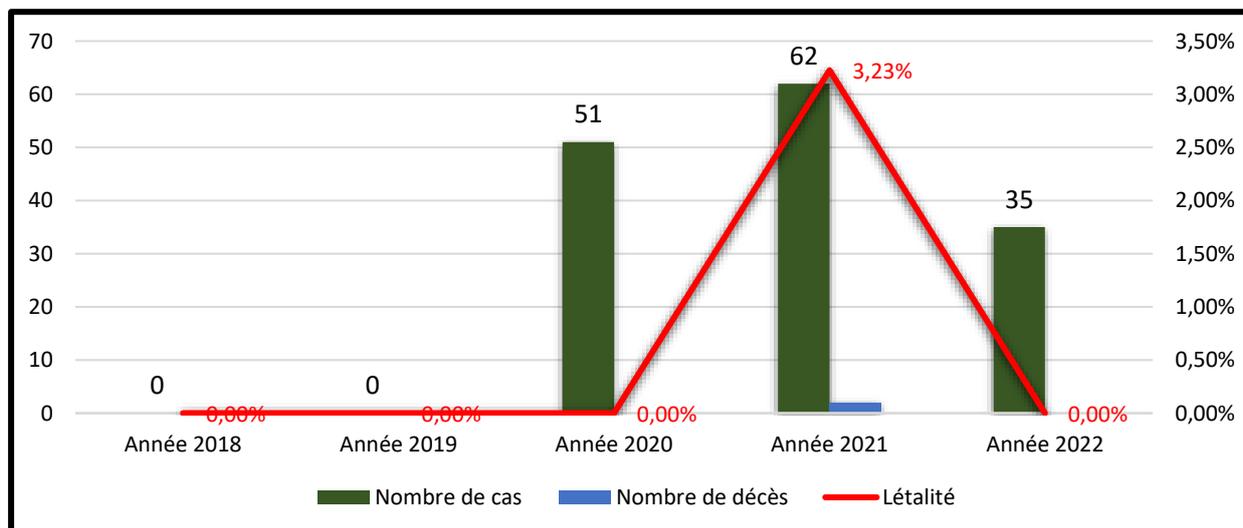


Figure 6: Evolution annuelle des cas, décès et létalité de COVID-19 de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : Depuis l'apparition de la pandémie à COVID-19 en 2020 au Burkina Faso, district sanitaire de Houndé a enclenché la surveillance de cette pathologie à travers la détection, des cas suspects, la confirmation et la notification. A la date du 31

Décembre 2022, 148 cas confirmés ont été enregistrés parmi lesquels il y a 02 décès en 2021, soit une létalité de 3,23% pour la seule année et 1,35% pour les 03 années.

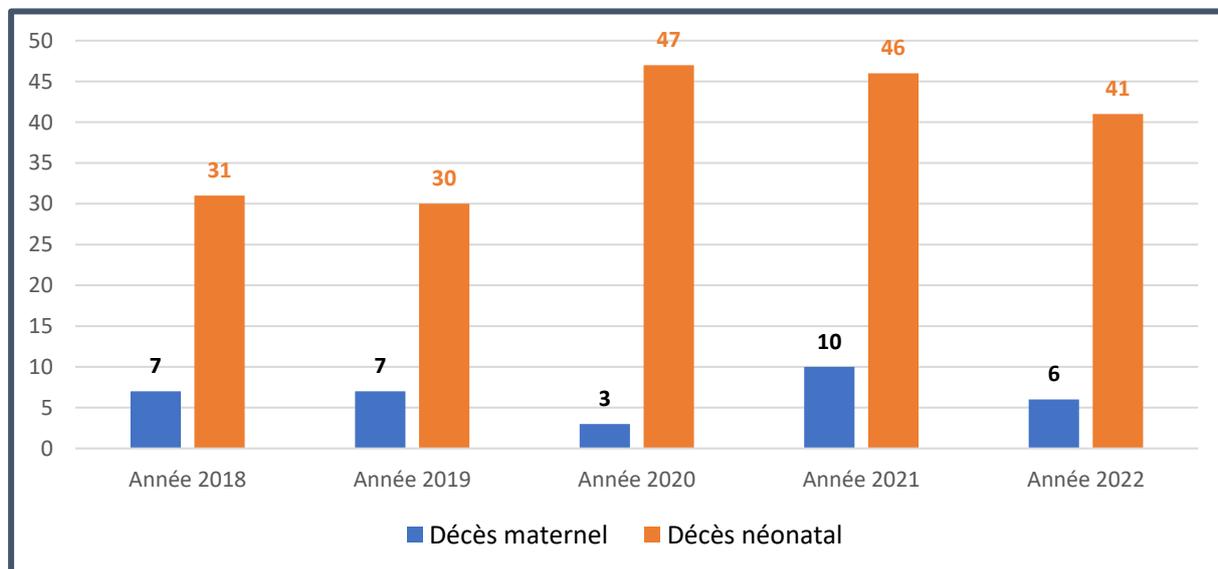


Figure 7 : Evolution annuelles des décès maternels et néonataux de 2018 à 2022 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : Le nombre de décès maternels et néonataux évolue de façon decrescendo au cours des années.

3.9.2. Dix premiers principaux motifs de consultation

La liste des dix premiers principaux motifs de consultation est représentée dans le tableau suivant

Tableau 3 : liste des dix premiers principaux motifs de consultation de 2018 à 2022 au district sanitaire de Houndé

Pathologie	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total	Proportion
Paludisme	195978	203724	211040	229644	232360	1072746	39,11%
Pneumonie	75689	90244	95154	109553	112733	483373	17,62%
Diarrhées	18517	19982	21951	27838	24178	112466	4,10%
Rhinopharyngites	19881	21890	25405	21076	17562	105814	3,86%
Broncho-pneumonies	17798	17545	17615	20797	20964	94719	3,45%
Plaies	9071	8791	10661	13199	13296	55018	2,01%
Parasitoses intestinales	9221	10217	10005	11627	12610	53680	1,96%
Affection de la peau	9071	8791	10661	9475	9227	47225	1,72%
Ulcéré de l'estomac	4903	5706	6791	8314	8333	34047	1,24%
Conjonctivites	5513	6490	6759	6520	7094	32376	1,18%

Total général	494134	515882	566010	586590	580435	2743051	100,00%
---------------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------

Commentaire : Le paludisme représente le premier motif de consultation dans les formations sanitaires de 2018 à 2022 avec 39,11%. Il est suivi de la pneumonie, la diarrhée et des rhinopharyngites. La conjonctivite occupe le 10^{ème} rang.

3.10. Situation du personnel

L'évolution de la situation du personnel est dressée dans le tableau suivant

Tableau 4 : Evolution des ressources humaines par structure publique

Service	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire isolé					Maternité isolée				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Médecin	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pharmacien	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
Conseiller de santé	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
Préparateur d'état en pharmacie	0	0	0	0	0	2	2	2	3	3	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	7	7	7	7	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingénieurs	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
Attaché de santé	2	2	2	2	2	21	21	23	20	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Service	Bureau ECD					CMA					CM/CMU					CSPS					Dispensaire isolé					Maternité isolée				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Emplois	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Technicien d'Etat du génie sanitaire	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aide Opérateur	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
Aide Anesthésiste	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
Infirmiers	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
IDE	1	1	1	1	1	21	23	23	28	32	0	0	0	0	0	24	22	23	32	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maïeuticien /Sage-femme	0	0	0	0	0	16	16	16	16	16	2	2	2	3	4	9	11	21	21	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IB	0	0	0	0	0	6	6	10	10	7	1	1	1	1	2	8	8	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	5	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	4	3	35	35	45	38	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Emploi	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nbre	Ratio								
Population totale	324750		335173		345817		356704		367799	
Médecins	4	1/81189	4	1/86793	4	1/86454	4	1/89176	4	1/91950
Pharmaciens	1	1/324750	1	1/335173	1	1/345817	1	1/356704	1	1/367799
TBM	7	1/46393	7	1/47882	7	1/49402	7	1/50958	9	1/40867
TEGS	1	1/324750	1	1/335173	1	1/345817	2	1/178352	2	1/183900
Infirmiers (Ingénieurs, Attachés, IDE, IB)	85	1/3821	84	1/3990	111	1/3116	108	1/3303	117	1/3144
SFE/ME	28	1/11598	28	1/11971	37	1/9346	37	1/9641	48	1/7662
AA/AB	11	1/29523	11	1/30470	16	1/21614	16	1/22294	23	1/15992
AIS/ASC	38	1/8547	38	1/8820	50	1/6916	42	1/8493	53	1/6940

IV. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DU DISTRICT

4.1. Profil sanitaire

Le profil sanitaire du district de Houndé se présente à travers les volets suivants :

4.1.1. Infrastructures sanitaires publiques et privées

La couverture sanitaire donne des informations sur les centres de santé publics et privés du district, leur répartition et leur accessibilité géographique par les populations.

Tableau 6 : Formations sanitaires publiques et privées par localité et leur accessibilité géographique en 2023

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	%
P U B L I Q U E S									
Békuy	CSPS	5	24742	22163	89,6	2301	9,3	277	1,1
Béréba	CSPS	4	37617	24182	64,3	9708	25,8	3728	9,9
Boni	CSPS	2	24661	18799	76,2	3752	15,2	2111	8,6
Founzan	CSPS	7	55169	42896	77,8	10913	19,8	1361	2,5
Houndé	CSPS	12	127188	10568	83,1	15321	12,0	6179	4,9
	CMA	1		7					
Koti	CSPS	4	37298	25360	68,0	10098	27,1	1839	4,9
Koumbia	CSPS	5	59539	49355	82,9	9673	16,2	511	0,9
	CM	1							
P R I V E E S*									
Békuy	Néant								
Béréba	Néant								
Boni	Solidarité								
Founzan	Néant								
Houndé	Clinique Amitié								
	Clinique HGO (SST)								
	Cabinet de soins Fiéhamba								
	Cabinet de soins Divine								
	OST SOFITEX								
Koti	Néant								
Koumbia	Néant								
Koti	Néant								

Tableau 7 : Rayons moyens d'action théorique par commune et pour le District par type de structure

Commune	Superficie Km ²	Nombre de CSPS/CM	Nombre FS privées	RMAT publique	RMAT publique et Privées (Km)
Békuy	593	5	0	6,15	6,15
Béréba	569	4	0	6,73	6,73
Boni	416	2	1	8,14	6,65
Founzan	874	7	0	6,31	6,31
Houndé	1355	12	5	6,00	5,04
Koti	1196	4	0	9,76	9,76
Koumbia	629	6	0	5,78	5,78
Total district	5632	40	6	6,70	6,24

Commentaire : Le nombre de formations sanitaires publiques tout comme les privées a connu un accroissement considérable ces 05 dernières années. Ceci a réduit significativement le rayon moyen d'action théorique du district et a augmenté la proportion des populations vivant à moins de 05 km d'un centre de santé.

Par ailleurs, le district dispose de trois officines pharmaceutiques, 13 dépôts privés de médicaments et un laboratoire privé.

La situation des infrastructures existantes est présentée dans les tableaux suivants

Tableau 8 : état des infrastructures publiques du district en 2021

Type d'infrastructures	Etat			Total	Observations
	Bon	Passable	Mauvais		
1^{er} échelon					
Dispensaire	38	0	0	38	
Maternité	37	0	1	38	
Logements	78	5	2	85	
Dépôts	38	0	0	38	
Forages	34	1	0	35	
Latrines	108	7	23	138	
Incinérateur	10	6	1	17	
2^{ème} échelon					
Hospitalisation	4	0	0	4	
Bloc opératoire	1	0	0	1	
Cuisine	3	0	0	3	
Morgue	1	0	0	1	

4.1.2. Matériel et équipement

MATERIEL DE LA CHAINE DE FROID

Cette situation est faite selon le tableau suivant :

Tableau 9: Situation du matériel de la chaîne de froids du DS en 2022

Etat / Désignation	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
Réfrigérateurs	22	21		43	-22 bons = 17 pour CSPS et 5 dépôt PEV -21 réfrigérateurs SIBIR, 09 CSPS en instance d'ouverture
Congélateurs	3	0	1	3	
Ordinateur bureau + imprimante	1	1		2	Ordinateur portable en état passable
Glacières	15	03	0	10	
Bouteilles de gaz	106	0	0	106	
Fridge-tag	42	0	1	43	
Porte vaccin	233	00	13	246	

MATERIEL MEDICO-TECHNIQUE (liste essentielle par niveau)

Tableau 10: Situation du matériel médico-technique au niveau du premier échelon

Etat / Désignation	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
Table d'accouchement	33	15	04	52	
Bassin de lit	99	28	20	147	
Table d'examen	64	17	04	85	
Boite de petite chirurgie	64	31	05	100	
Boite d'accouchement	61	33	02	96	

Etat Désignation	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
	Pouponnel	07	0	0	07
Autoclave	0	02	01	03	
Lits	126	70	21	217	
Matelas	190	77	35	302	
Pèse-personne	52	24	12	88	
Pèse bébé	44	11	07	62	

Tableau 11: Situation du matériel médico-technique au niveau du deuxième échelon

Etat Désignation	Bon	Passable	Mauvais	Total	Observations
	Table d'accouchement	05	01	00	06
Bassin de lit	17	04	03	24	
Table d'examen	14	08	01	23	
Boite de petite chirurgie	07	07	01	15	
Boite d'accouchement	17	06	00	23	
Pouponnel	05	04	00	09	
Autoclave	00	02	01	03	
Boite de césarienne	02	03	00	05	

Matériel roulant

La situation du matériel roulant du district est présentée dans le tableau suivant

Tableau 12: Situation du Matériel roulant dans le district sanitaire

Désignation	Etat			Total	Observations
	Bon	Passable	Mauvais		
Véhicule	2	1	2	5	Les 2 mauvais sur cale
Ambulance 4 roues	5	2	4	11	Les 4 mauvais sur cale
Ambulance tricycle	0	0	0	0	
Moto	48	7	31	86	

Bilans physique et financier de la mise en œuvre des activités

4.2.1. Bilan physique des PA antérieurs

Tableau 13: Etat de mise en œuvre des activités de 2017 à 2021 de l'ensemble des structures du DS par OS

Structures	Nombre d'activités														
	Année 2017			Année 2018			Année 2019			Année 2020			Année 2021		
	Activités prévues	Activités réalisées	Taux de réalisation	Activités prévues	Activités réalisées	Taux de réalisation	Activités prévues	Activités réalisées	Taux de réalisation	Activités prévues	Activités réalisées	Taux de réalisation	Activités prévues	Activités réalisées	Taux de réalisation
OS_1	8	4	50,00%	4	2	50,00%	3	2	66,67%	9	6	66,67%	6	5	83,33%
OS_2	9	6	66,67%	22	21	95,45%	6	1	16,67%	16	13	81,25%	39	29	74,36%
OS_3	4	3	75,00%	1	1	100,0%	1	0	0,00%	2	2	100,0%	2	2	100,0%
OS_4	35	25	71,43%	9	9	100,0%	33	29	87,88%	23	20	86,96%	15	14	93,33%
OS_5	7	6	85,71%	9	8	88,89%	10	10	100,0%	2	2	100,0%	0	0	-
OS_6	7	5	71,43%	8	7	87,50%	4	1	25,00%	2	1	50,00%	5	4	80,00%
OS_7	2	0	0,00%	0	0	-	1	0	0,00%	1	0	0,00%	0	0	
OS_8	5	5	100,0%	3	3	100,0%	8	5	62,50%	13	13	100,0%	3	3	100,0%
Total	77	54	70,13%	56	51	91,07%	66	48	72,73%	68	57	83,82%	70	57	81,43%

Commentaire :

4.2.2. Bilan financier des PA antérieurs

Tableau 14: Bilan financier au cours de 5 dernières années par structure

Structure	Montant bilan financier																			Observation	
	2017				2018				2019				2020				2021				
	Montant Prev	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant Prev	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant Prev	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant Prev	Montant alloué	Montant dépensé	Taux d'absorption	Montant Prev	Montant alloué	Montant dépensé		Taux d'absorption
C M/CS PS	801 511 126	801 511 126	799 105 233	99,70%	806 009 914	806 009 914	804 153 897	99,77%	886 813 850	886 813 850	873 159 714	98,46%	923 542 872	923 542 872	912 152 138	98,77%	1 055 543 6	1 055 543 6	1 022 157 187	96,84%	
C MA	205 132 145	205 132 145	159 102 479	77,56%	207 715 455	207 715 455	146 435 663	70,50%	215 353 670	215 353 670	161 000 125	74,76%	187 631 535	187 631 535	167 012 418	89,01%	225 844 766	225 844 766	172 961 174	76,58%	
EC D/DS	774 465 354	658 757 250	648 249 120	98,40%	649 359 495	509 920 518	505 708 382	99,17%	909 295 365	703 511 909	696 485 759	99,00%	790 926 560	766 110 930	747 159 649	97,53%	875 007 095	814 417 503	808 735 672	99,30%	
Total	1 781 110 862 5	1 665 401 052 1	1 606 456 832	96,46%	1 664 308 486 4	1 527 364 588 7	1 456 292 794 2	95,58%	2 015 146 288 5	1 809 567 942 9	1 730 645 559 8	95,84%	1 907 210 096 7	1 877 287 533 7	1 826 324 205	97,29%	2 157 640 729 7	2 095 817 770 5	2 003 854 033	95,61%	

Commentaire : Le taux d'absorption des cinq dernières années est très satisfaisant

Tableau 15 : Bilan financier des dépôts MEG et du DRD

Structures	Montant bilan financier																
	2017				2018			2019			2020			2021			Observation
	Reports	Achats	Vente	Solde													
CM/CSP/S	49 938 618	449 123 148	661 015 268	49 533 123	469 750 933	634 214 686	56 430 000	446 845 533	700 697 074	37 587 462	480 878 960	705 404 062	47 495 060	544 955 501	788 802 288	6445 6893	
CM A	19 144 132	119 697 848	123 354 514	15 487 466	111 028 923	99 037 886	27 478 503	105 795 583	125 875 591	7 398 495	135 828 761	114 532 696	28 694 560	109 574 671	119 038 840	1923 0391	
ECD/DS	175 122 178	546 797 180	568 820 996	153 098 362	539 731 490	580 779 856	112 049 996	557 641 116	552 641 116	117 049 996	592 000 122	616 707 721	92 342 397	599 582 921	654 530 172	1321 3112 3	
Total	244 204 928	1 115 618 176	1 353 190 778	218 118 951	1 120 511 346	1 314 032 428	195 958 499	1 110 282 232	1 379 213 781	162 035 953	1 208 707 843	1 436 644 479	168 532 017	1 224 003 466	1 284 064 035	8387 9415	

Commentaire : les achats et ventes MEG ont connu une augmentation de 2017 à 2021. Cela s'explique par la mise en œuvre effective de la gratuité des soins dans le district.

Tableau 16: Bilan financier du PDSO du DS par OS au cours des 5 dernières années (Annexe)

Structures	Montant bilan financier															
	Prev	2017			2018			2019			2020			2021		
		alloué	Déposé	Taux d'absorption	Alloué	Déposé	Taux d'absorption	Alloué	Déposé	Taux d'absorption	alloué	Déposé	TA	alloué	Déposé	TA
OS1	12971400	5526800	4920900	89,04%	3 072 600	3 072 600	100,00%	897000	897000	100,00%	7 609 080	7 104 960	93,37%	6149750	5893750	95,84%
OS2	17078040	10902220	9152220	83,95%	24 408 255	22 278 369	91,27%	1 871 250	1 871 250	100,00%	16 684 500	13 388 876	80,25%	2853500	2663800	93,35%
OS3	0	0	0	-	312 000	312 000	100,00%	137 000	137 000	100,00%	137 000	137 000	100,00%	956 000	956 000	100,00%
OS4	141214314	47496100	42 802 000,00	90,12%	99 982 030	98 571 930	98,59%	150 582 159	145 022 199	96,31%	30 910 920	28 275 480	91,47%	81 983 392	81 972 442	99,99%
OS5	536971880	534971880	533 710 400	99,76%	376 208 391	376 287 214	100,02%	541 406 820	541 059 290	99,94%	569 683 288	569 683 288	100,00%	586516410	586516410	100,00%
OS6	15307470	10906750	9 643 600	88,42%	5 318 692	4 567 719	85,88%	2 153 880	1 046 180	48,57%	137 332 242	127 472 045	92,82%	133 490 991	128 265 810	96,09%
OS7	1517250	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
OS8	49405000	48953500	48 020 000	98,09%	618 550	618 550	100,00%	6 463 800	6 452 840	99,83%	3 753 900	1 098 000	29,25%	2 467 460	2 467 460	100,00%
Total	774 465 354	658 757 250	648 249 120	98,40%	509 920 518	505 708 382	99,17%	703 511 909	696 485 759	99,00%	766 110 930	747 159 649	97,53%	814 417 503	808 735 672	99,30%

Tableau 17: Evolution des financements au cours des 05 dernières années selon les sources de financement

Source de financement	Montant bilan financier															
		2017			2018			2019			2020			2021		
	Prev	Alloué	Dépe nsé	Taux d'abso rption	alloué	Dépe nsé	TA	alloué	Dépe nsé	TA	alloué	Dépe nsé	TA	alloué	Dépe nsé	TA
FP	43686 7362	32115 9258	32015 8987	99,69%	33938 5220	33938 5220	100, 00%	49072 0620	49039 0620	99,9 3%	51289 1188	51023 5288	99,4 8%	60208 0410	60182 4410	99,9 6%
BE	45958 382	45958 382	45940 244	99,96%	45641 380	45632 703	99,9 8%	60047 000	60018 510	99,9 5%	60 54 6 000	60 53 6 000	99,9 8%	70911 392	70900 442	99,9 8%
PARTEN AIRES	29163 9610	29163 9610	28214 9889	96,75%	12489 3918	12069 0459	96,6 3%	15274 4289	14607 6629	95,6 3%	19267 3742	17638 8361	91,5 5%	14142 5701	13601 0820	96,1 7%
COLLEC TIVITES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	77446 5354	65875 7250	64824 9120	98,40%	50992 0518	50570 8382	99,1 7%	70351 1909	69648 5759	99,0 0%	76611 0930	74715 9649	97,5 3%	81441 7503	80873 5672	99,3 0%

Commentaire : Les fonds propres restent la principale source de financement avec une évolution du montant de 2017 à 2021. Les fonds des partenaires varient d'une année à l'autre.

Tableau 18: situation des transferts de fonds aux collectivités pour des actions sanitaires au cours des 5 dernières années

Collectivités		2017	2018	2019	2020	2021
Commune de Houndé	Nombre de FS	7	9	10	12	12
	Population totale des FS de la commune	100537	100537	133381	133381	133381
	Montant des transferts	10159018	8202173	11873869	9683426	10889320
Commune de Koumbia	Nombre de FS	5	5	5	5	6
	Population totale des FS de la commune					
	Montant des transferts	6221769	4646584	5826695	5826695	4555640
Commune de Béréba	Nombre de FS	3	3	3	3	3
	Population totale des FS de la commune	31800	32340	34723	36905	36780
	Montant des transferts	3450000	3450000	3459000	3450000	3450000
Commune de Bekuy	Nombre de FS	3	3	3	4	4
	Population totale des FS de la commune		19 216	25212		24851
	Montant des transferts	3793422	3793422	3630735	4555640	4555640
Commune de Boni	Nombre de FS	1	1	1	1	2
	Population totale des FS de la commune	23254	23986	24762	25542	24768
	Montant des transferts	1257820	1257820	1257820	1257820	1257820
Commune de Founzan	Nombre de FS	7	7	7	7	7
	Population totale des FS de la commune	48485	50040	51630	53256	55407
	Montant des transferts	5057896	5057896	5057896	6992034	7972370
Commune de Koti	Nombre de FS	3	3	4	4	4
	Population totale des FS de la commune	33192	34281	35380	36494	3753
	Montant des transferts	3793422	3793422	3793422	4661356	4555640

Commentaire : Les ressources transférées connaissent une évolution en fonction de l'augmentation des données populationnelles et l'ouverture de nouvelles formations sanitaires.

Tableau 19 : Evolution des dépenses par source de financement au cours des 5 dernières années (en Annexe)

Source de financement	Fonds propres					Budget de l'Etat					Partenaires					Observations
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	
<i>Fonctionnement</i>	<i>32015 8987</i>	<i>33938 5220</i>	<i>49039 0620</i>	<i>51023 5288</i>	<i>60182 4410</i>	<i>4294 0244</i>	<i>4563 2703</i>	<i>5751 9010</i>	<i>5753 6000</i>	<i>6790 0442</i>	<i>28214 9889</i>	<i>12069 0459</i>	<i>14607 6629</i>	<i>17638 8361</i>	<i>13601 0820</i>	
<i>Investissement</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3000 000</i>	<i>0</i>	<i>2499 500</i>	<i>3000 000</i>	<i>3000 000</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
<i>Total</i>	<i>32015 8987</i>	<i>33938 5220</i>	<i>49039 0620</i>	<i>51023 5288</i>	<i>60182 4410</i>	<i>4594 0244</i>	<i>4563 2703</i>	<i>6001 8510</i>	<i>6053 6000</i>	<i>7090 0442</i>	<i>28214 9889</i>	<i>12069 0459</i>	<i>14607 6629</i>	<i>17638 8361</i>	<i>13601 0820</i>	

Commentaire : La section fonctionnement a connu une évolution de 2017 à 2021. Cependant la section investissement reste faible.

4.3 Indicateurs de performance

Tableau 20 : Evolution des indicateurs au niveau du premier échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années

Indicateurs	Année 2017		Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Indicateurs d'ordre général						
Population totale	324750		335173	345817	356704	367799
Nombre de CSPS	31		31	34	38	38
Nombre de CM	0		0	0	0	0
Ratio population/CSPS/CM	10476		10812	10171	9387	9679
Nombre de COGES existant	31		31	34	38	38
Nombre de COGES fonctionnels	31		31	34	38	38
Pourcentage de CSPS exécutant le monitoring des activités	31		31	34	38	38
Indicateurs de soins curatifs						
Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostic et de traitement (GDT)	31		31	34	38	38
Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an)	1.2		1.2	1.1	1.3	1.4
Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	4.2		3.8	3.8	3.8	3,94
Proportion des enfants de faible poids de naissance dans les formations sanitaires	10.1		9.2	9.2	9.2	9.7
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	97.1		91.8	78.5	88,23	95,76
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	0		0	0	0	0
Nombre de malades référés par les CSPS vers le CM	0		0	0	0	0
Nombre de malades référés des CSPS/CM au CMA	2135		2288	2345	2477	5003
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA	1146		1175	1101	1411	
Nombre de contre références reçues par les CSPS	592		958	164	303	1642

Indicateurs	Année 2017		Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Nombre de rétro informations sur les évacuations reçues par les CSPS	ND		ND	ND	ND	ND
Nombre de retro information sur les références reçues par les CSPS du/des CM	ND		ND	ND	ND	ND
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie PCIME	2.1		1	4	30	84.4
Nombre de décès maternels dans les FS (*)	7		7	7	3	10
Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires (*) pour 100 000 nces vivantes	51,15		52,13	58,88	21,75	64,45
Nombre de décès néo-natals dans les FS	25		31	30	47	46
Ratio de mortalité néo natale dans les formations sanitaires pour 1000 Nces vivantes	1,83		2,31	2,52	3,41	2,96
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les FS(*)	22		145	98	107	103
Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires (*)	0,43		2,74	1,81	1,94	0,46
Taux des morts nés dans les formations sanitaires	2,03		1,86	1,79	2,07	1,51
Pourcentage de femmes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet dans le cadre de la PTME	100		100	100	100	100
Programmes décentralisés (TB, VIH)	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
Indicateurs de soins préventifs						
Taux de couverture vaccinale en BCG des enfants de 0 à 11 mois	98,32		99.5	94.7	94.8	130
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	NA		NA	NA	NA	NA
Taux de couverture vaccinale en DTC-Hib-HepB3 des enfants de 0 à 11 mois	119.5		116.7	111.6	111.4	131.5
Taux de couverture vaccinale en PNEUMO 3	119.5		116.7	111.5	113.2	100
Taux de couverture vaccinale en Rota 3	119		101	98.3	113	106.8

Indicateurs	Année 2017		Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Taux de couverture vaccinale en RR1 des enfants de 0 à 11 mois	102.3		108.6	110.4	111	123.7
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	39.6		90.7	111.5	111.3	131.3
Taux de couverture en RR 2	72.6		87.2	79.3	90.3	96.9
Taux de couverture vaccinale en VAT2 et + des femmes enceintes	83.6		82.2	402.2	77.4	112
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	109,83		87,06	101,35	112,76	96,50
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des femmes en post partum	94,37		90,02	23,87%	43,37	ND
Indicateurs de soins promotionnels						
Taux de couverture en SPN4 des femmes enceintes	36.4		38.8	38.1	43.3	66.5
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	19.6		18.7	16.7	21.1	22.8
Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	7266		6329	4793	5703	6976
Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des SPN	77.7		79.1	88.3	77.9	89
Indicateurs de Santé communautaire						
Nombre de cas de diarrhée pris en charge au niveau communautaire	44		40	11	13	29
Nombre de cas de paludisme simple traités à domicile	418		2100	43	100	44
Nombre de cas d'IRA pris en charge au niveau communautaire	21		34	11	13	0
Nombre de malnutris (MAS et MAM) dépistés et référés par les ASBC/OBCE dans les FS	268		2024	320	505	1046
Nombre de malnutris (MAS et MAM) référés par les ASBC/OBCE et reçues par les FS	388		1307	269	412	698
Nombre d'enfant de moins de 5 ans PEC selon la PCIMEc	0		0	0	0	0

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Indicateurs financiers					
Total des recettes réalisées au niveau des CSPS/CM	604470576	459053766	437 612 167	566460165	ND
Total des dépenses réalisées au niveau des CSPS/CM	573590996	451838861	293 825 646	367067408	ND

NB : choisir les indicateurs clés (SMN, palu,...) pour les analyser sous forme de graphique

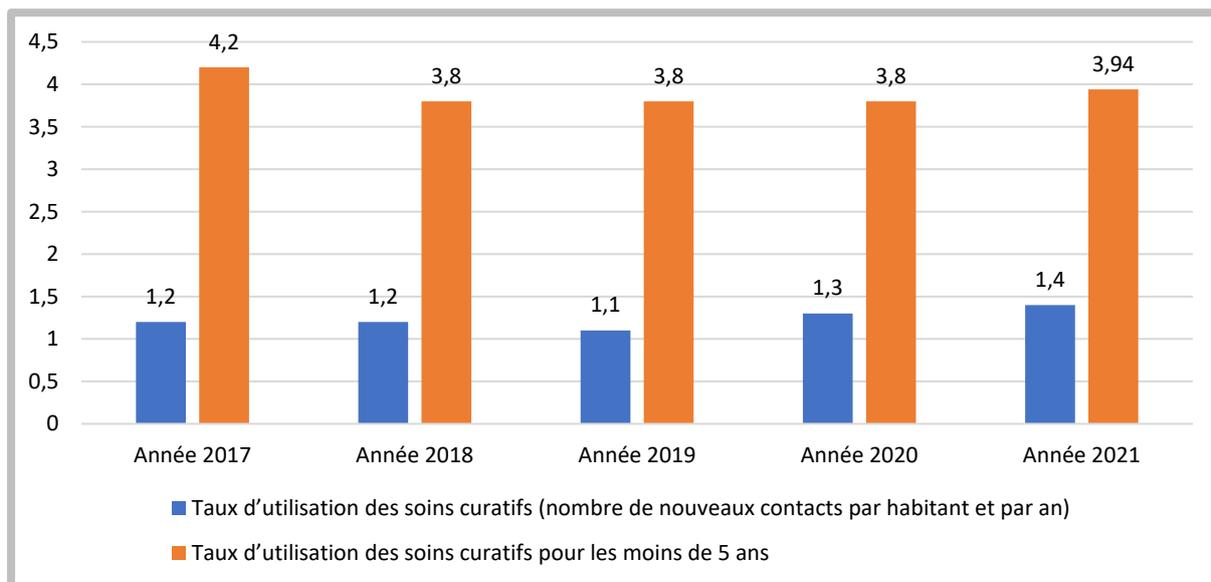


Figure 8 : Evolution du nombre de contact par habitants et par an dans la population générale et chez les enfants de moins de 05 ans de 2017 à 2021

Commentaire : l'évolution du nombre de contact par habitants et par an dans la population générale et chez les enfants de moins de 05 ans est satisfaisant au cours des années.

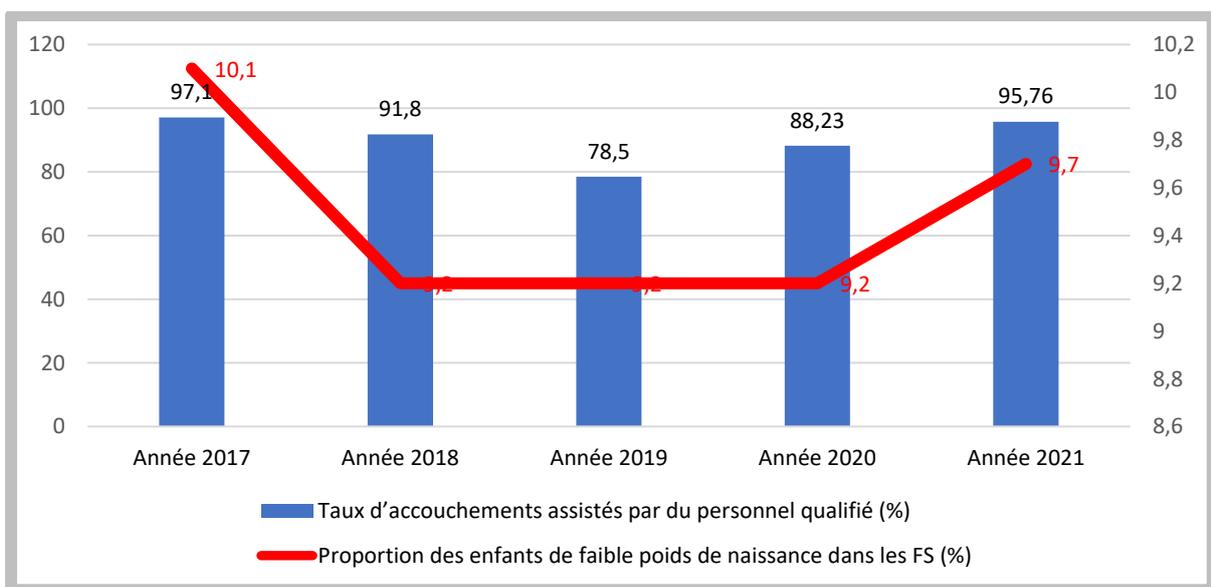


Figure 9 : Evolution annualisée du taux d'accouchement assisté par du personnel et la proportion des enfants de faible poids de naissance

Commentaire : Le taux d'accouchement assisté par du personnel est satisfaisant, sauf en 2019, année au cours de laquelle, les données n'ont été exhaustives du fait du mouvement d'humeur du personnel. Quant à la proportion des enfants de faible poids de naissance, la performance est bonne sauf en 2017, où, l'indicateur est au-delà des normes de moins de 10%.

Tableau 21 : Evolution des indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire au cours des cinq dernières années

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Indicateurs d'ordre général					
Nombre de Médecins généralistes	7	4	4	5	8
Nombre de Médecins formés en chirurgie essentielle	2	2	2	2	
Nombre de Médecins spécialistes (Gynéco-obstétriciens, Chirurgiens, Radiologues, Pédiatres...)	0	0	0	0	0
Nombre de SFE/ME	15	14	16	16	14
Nombre d'IDE	28	31	31	30	35
Nombre d'AS en Chirurgie	9	9	9	9	6
Nombre d'AS en Anesthésie Réa	6	6	6	6	6
Nombre d'AS en pédiatrie	2	2	2	2	03
Nombre d'ASSOG	1	0	1	1	01
Nombre AS autres (Ophtalmo, stomato...)	4	1	2	2	02
Nombre de lits	68	64	51	51	64
Indicateurs de soins préventifs					
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	ND	ND	ND	ND	ND
Indicateurs de soins curatifs					
Taux d'occupation des lits	40,90	42,23	50,07	40,46	52,52
Durée moyenne de séjour	2,83	3,17	2,06	2,69	2,71
Taux de létalité hospitalière	3,52	6,20	5,41	4,16	3,79
Proportion de césariennes réalisées par rapport aux naissances vivantes attendues	1,59	1,61	0,92	1,24	1,69
Nombre de malades reçus au CMA	43117	41520	19086	25424	20225
Nombre de malades référés par les CSPS/CM reçus au CMA ou CHR (pour les DS centrés sur CHR)	865	1150	3446	3888	3468
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA/CHR (pour les DS centrés sur CHR)	997	1232	1101	1419	ND

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Nombre de malades référés par le CMA au niveau supérieur	180	333	515	1391	1599
Pourcentage de malades référés par les CSPS/CM et pris en charge par un médecin au CMA ou CHR (pour les DS centrés sur CHR)	ND	ND	100	100	100
Pourcentage de malades évacués par les CSPS prises en charge par un médecin au CMA ou CHR (pour les DS centrés sur CHR)	NA	NA	NA	NA	NA
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie TETU	1,02	0,55	0	0	0
Pourcentage de malades référés pris en charge par les attachés de santé	ND	ND	ND	ND	ND
Taux de rupture des 45 molécules traceurs	27,33	18	5,22	4,13	4,12
Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière	56,12	44,64	58,88	25,22	65,03
Taux de mortalité néonatale intra-hospitalière	0,80	1,64	2,52	2,69	2,71
Taux de mortalité intra-hospitalière chez les moins de 5 ans	41,5	52,23	61,43	40,30	38,22
Taux d'accouchement dystocique	10,27	13,10	37,05	44,13	46,04
Nombre d'AMIU	173	199	86	137	215
Nombre de contre référence effectuées	1465	415	295	995	2949
Nombre de retro-informations effectuées	ND	ND	ND	ND	ND
Pourcentage de personnes justifiables de traitement ARV et qui sont sous ARV	100	100	100	100	100
Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechute	26,70	27,41	29,21	28,31	33,44
Taux de guérison des cas de tuberculose	73,02	63,64	53,23	39,34	62,07
Indicateurs financiers					
Total des recettes réalisées au niveau du CMA	212 071 368	100 165 309	122 657 502	108482469	207 895 967
Total des dépenses réalisées au niveau du CMA	67 007 428	40 746 761	201 380 982	81 239 516	169 513 457

NB : choisir les indicateurs clés (SMN, palu,...) pour les analyser sous forme de graphique

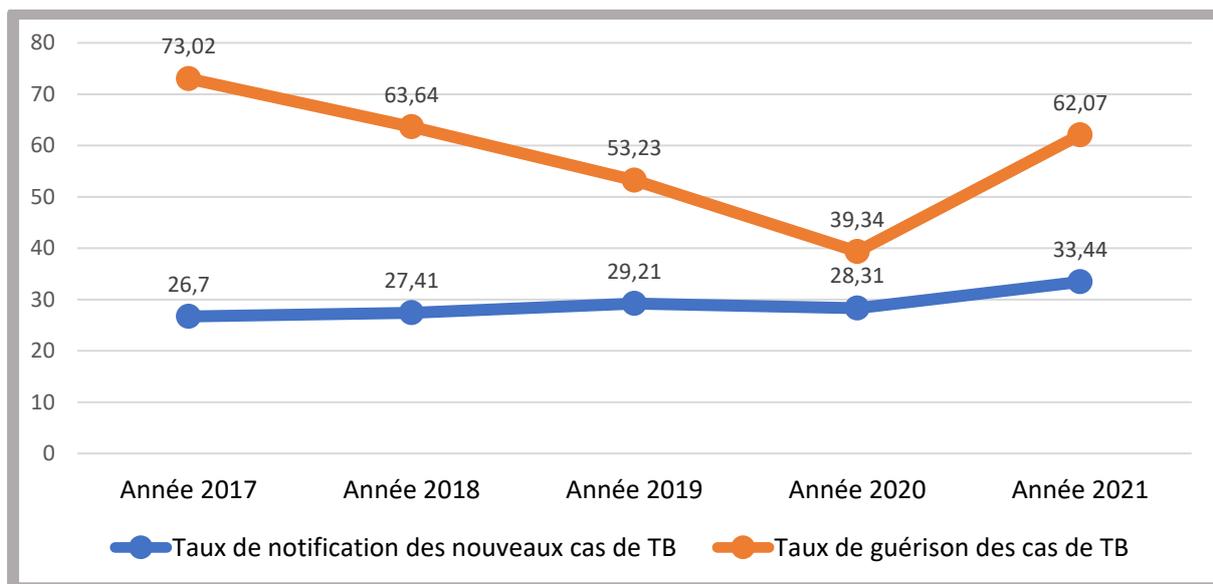


Figure 10 : Evolution annualisée des taux de notification et guérison de la tuberculose de 2017 à 2021 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : Les taux de Taux de notification et guérison de la tuberculose sont en croissance dans l'ensemble, mais en 2020, le district a enregistré une contreperformance en ce qui concerne le taux de guérison. Ceci est lié à une insuffisance dans le suivi des patients. Les contrôle de fin de traitement n'ont pas été effectué chez nombre de patients. Ils ont juste été déclarés traitement terminé.

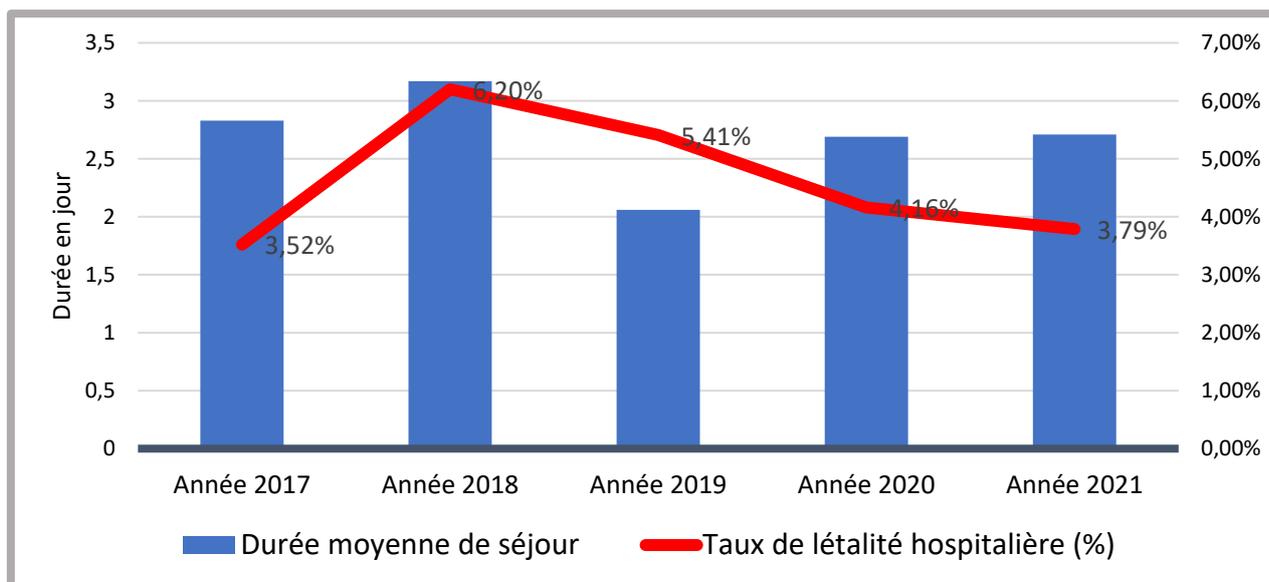


Figure 11 : Evolution annualisée de la durée moyenne de séjour et du taux de mortalité intra hospitalière de 2017 à 2021 dans le district sanitaire de Houndé

Commentaire : La durée moyenne de séjour des malades et le taux de mortalité intra hospitalière sont satisfaisant avec tendance à la baisse. Toutefois, pour l'année 2019, les données ne sont pas exhaustives du fait du mouvement d'humeur du personnel qui n'ont pas transmis les données de Juin à Octobre 2019.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Tableau 22 : 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
Indicateurs d'ordre général					
Rayon moyen d'action théorique	7,8	7,60	7,15	6,78	6,78
Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire	72,53	70,27	71,76	71,47	71,47
Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 10 km d'une formation sanitaire	91,92	92,82	89,37	89,32	89,32
Nombre de formations sanitaires publiques	31	32	35	39	39
Nombre de formations sanitaires privées	3	3	4	4	5

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Pourcentage de formations sanitaires publiques (CSPS) remplissant les normes en personnel de santé	96,77	96,77	94,29	94,87	100
Existence d'un organigramme fonctionnel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Existence d'une lettre de mission pour le MCD	Oui	Oui	Non	Non	Non
Existence de lettre de mission pour les membres ECD	Oui	Non	Non	Non	Non
Existence de lettre de mission pour le CUS, les SUS/SUT	NON	Non	Non	Non	Non
Existence de lettre de mission pour les ICP/ Médecins responsables des CM	Oui	Non	Non	Non	Non
Ratio Médecin/ habitants	1/81188	1/83793	1/86454	1/71341	1/40867
Ratio Pharmacien/ habitants	1/324750	1/335173	1/345817	1/356704	1/183900
Ratio Infirmier/habitants	1/4847	1/4190	1/4117	1/4053	1/3715
Ratio Sage-Femme-ME/habitants	1/14761	1/8820	1/7859	1/7927	1/8173
Ratio AIS/habitants	1/8777	1/7448	1/11925	1/11890	1/7073
Taux d'exécution physique des activités du plan d'action	79,06	91,07	72,73	81,62	82,9
Taux de complétude des rapports mensuels d'activités (RMA)	100	100	100	100	100
Taux de complétude des TLHO	100	100	58,33	100	100
Taux de promptitude des TLHO	100	100	58,33	100	100
Proportion de supervisions intégrées (prévues dans le PA) effectuées	100	100	100	100	100
Nombre de recherches-actions effectuées	0	0	0	0	0
Nombre de CSD tenus	1	1	1	1	1
Proportion de membres ECD ayant un acte de nomination	100	100	100	100	100
Nombre de réunions ECD tenues	37	32	37	45	47

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
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
Indicateurs de soins curatifs					
Taux de rupture des 45 molécules traceurs du DRD	27,33	18,00	27,33	18,00	18,01
Pourcentage des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	0	0	0	0	0
Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostique et de traitement (GDT)	100	100	100	100	100
Taux d'utilisation des soins curatifs (nombre de nouveaux contacts par habitant et par an)	1,21	1,18	1,13	1,26	1,36
Taux d'utilisation des soins curatifs pour les moins de 5 ans	4,19	3,77	3,8	3,82	3,94
Proportion des enfants de faible poids de naissance dans les formations sanitaires	10,11%	9,18	9,2	9,2	9,89
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	97,06	91,80	78,5	88,23	95,76
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des 20 principaux MEG	0	0	0	0	0
Nombre de malades référés par les CSPS/CM vers le CMA	2135	2265	3446	3888	5003
Nombre de contre références reçues par les CSPS/CM	592	986	164	318	1642
Nombre de malades évacués par les CSPS/CM au CMA	1146	1175	1101	1411	ND

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Nombre de rétro informations sur les évacuations reçues par les CSPS/CM		ND	ND	ND	ND
Pourcentage d'enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie PCIME	0,92	1,04	4,00	31,20	84,42
Nombre de décès maternels dans les FS (*)	7	6	7	3	10
Ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires (*)	50,20	41,56	58,88	25,22	64,45
Nombre de décès néo-natals dans les FS	25	22	30	47	42
Ratio de mortalité néo natale dans les formations sanitaires	1,79	1,52	2,52	3,41	2,71
Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les FS(*)	22	33	98	107	103
Ratio de mortalité infantile dans les formations sanitaires (*)	0,42	0,62	0,07	0,13	0,46
Taux des morts nés dans les formations sanitaires	20,54	18,64	17,51	18,56	15,45
Pourcentage de femmes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet dans le cadre de la PTME	100	100	100	100	100
Programmes décentralisés (TB, VIH)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Indicateurs de soins préventifs					
Taux de couverture vaccinale en BCG des enfants de 0 à 11 mois	98,32	99,5	94,7	94,8	130
Taux de couverture vaccinale en Hépatite à la naissance	NA	NA	NA	NA	NA
Taux de couverture vaccinale en DTCHibHepB des enfants de 0 à 11 mois	119,5	116,7	111,6	111,4	131,5
Taux de couverture vaccinale en PNEUMO 3	119,5	116,7	111,5	113,2	100
Taux de couverture vaccinale en Rota 3	119	101	98,3	113	106,8

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Taux de couverture vaccinale en RR1 des enfants de 0 à 11 mois	102.3	108.6	110.4	111	123.7
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	39.6	90.7	111.5	111.3	131.3
Taux de couverture en RR 2	72.6	87.2	79.3	90.3	96.9
Taux de couverture vaccinale en VAT2 des femmes enceintes	83.6	82.2	402.2	77.4	112
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	109,83	87,06	101,35	112,76	96,50
Taux de couverture en supplémentation Vitamine A des femmes en post partum	94,37	90,02	23,87%	43,37	ND
Indicateurs de soins promotionnels					
Taux de couverture en SPN4 des femmes enceintes	36.4	38.8	38.1	43.3	66.5
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	19.6	18.7	16.7	21.1	22.8
Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF	7266	6329	4793	5703	6976
Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des SPN	77.7	79.1	88.3	77.9	89
Indicateurs financiers					
Taux de mobilisation des ressources financières	87,56	68,05%	96,65	105	100,25
Taux d'allocation des ressources financières	85,06	100	80,05	96,86	83,44
Taux d'absorption des ressources financières	83,70	99,17	99,00	97,53	99,30
Total des recettes réalisées au niveau du DRD	ND	329 442 703	627 812 493	549 679 428	575 887 837
Total des dépenses réalisées au niveau du DRD	ND	378 014 657	494 886 604	568 282 450	444 481 085
Proportion de réalisation des contrôles de gestion des CSPS/CM	100	100	100	100	50

Indicateurs	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
Proportion de réalisation des contrôles de gestion des CMA	0	0	0	0	0
Indicateurs gratuité					
Nombre de prestations au profit de la cible gratuité	320699	297641	322459	353261	415900
Montant déclaré	556637160	530123793	558594327	538519028.5	614125755.5
Montant remboursé	483941174	344212677	374246206	506543192	396522222
Taux de remboursement	86,94%	64,93%	67,00%	9,41%	64,57%

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.

4.3.1 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

4.3.1.1. Le leadership et la gouvernance

4.3.2 Dans le cadre du renforcement de ses capacités le District sanitaire de Houndé 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-responsable PEV, ECD-ICP-SUS-COGES, ECD-ICP, ECD-responsables maternité, ECD-tradipraticiens, CSD et ECD-Partenaires sociaux. La tenue de ses cadres de concertations a permis d'enregistrer des performances appréciables dans le domaine de la vaccination, de la santé de la mère et de l'enfant et de la surveillance épidémiologique

Cependant nous notons une insuffisance de la participation communautaire qui se traduit par une irrégularité des réunions COGES, 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 les districts connaissent des remboursements tardifs et irréguliers.

4.3.1.2. Planification et suivi-évaluation

Chaque année le DSH 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 à la fin de l'année. Cette forme de planification longtemps 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 outil de planification sanitaire qui pourrait permettre un meilleur diagnostic et une meilleure résolution des problèmes de santé de la population dans la durée.

4.3.1.3. L'équité et la prise en compte du genre dans le secteur de la santé

Depuis le 1^{er} juin 2016, la stratégie de gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans se poursuit dans le DSH conformément aux directives nationales. A cela, s'est ajouté la gratuité de la planification familiale chez les femmes depuis juillet 2020. Cette politique de gratuité des soins pour les femmes, les enfants de moins de 5 ans et la PF a montré son efficacité, notamment la fréquentation des services par les populations cibles qui a connu une amélioration. Pour ne pas perdre les acquis, cette politique devrait être renforcée et même étendue en faveur d'autres populations vulnérables (personnes âgées, indigents, PDI,...).

Par ailleurs, les cas de violences basées sur le genre (VBG) se sont accrus du fait de la situation sécuritaire précaire. En effet, pour 2020 et 2021, on a

enregistré respectivement 86 et 84 cas de formes diverses. Grâce à plusieurs partenaires techniques et financiers, ces cas sont pris en charge et pour ce faire les agents ont bénéficié de formations, cependant, il n'y a pas de prise en charge gratuite pour les victimes. Avec l'implication des associations, la lutte se poursuit pour réduire le nombre de cas dans notre province.

4.3.1.4. La redevabilité

Dans le cadre de la redevabilité, des cadres de concertation existent et se tiennent de façon irrégulière par faute de financement de ces cadres. Il s'agit entre autres des AG, des CSD et des monitorages. Aussi, pour optimiser le fonctionnement de ses structures de santé, un processus d'harmonisation des tarifs des prestations de santé est cours dans la région. Cependant l'arrêt portant fixation des prix des MEG est ventilé dans toutes les structures sanitaires publiques du district. Le district veille à la mise en œuvre des directives à travers les contrôles et la supervision des FS ainsi que les enquêtes communautaires. Dans la cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins des contrôles périodiques sont réalisés par les ONG décelant par moment des irrégularités.

Dans le souci de mieux gérer les plaintes dans le district, une boîte à idée a été mise en place au CMA afin de recueillir les différentes préoccupations des agents et des usagers, des agents...

Quant aux OBC, elles présentent des rapports d'activités et financiers complets, conformément aux manuels et procédures de gestion et disposent de membres compétents selon leurs thématiques d'interventions. Les outils utilisés sont standardisés et en lien avec le SNIS.

4.3.3 OS2 - Développement des ressources humaines pour la santé

4.3.2.1. La gestion des ressources humaines de qualité

La gestion des ressources humaines du DSH est assurée par le bureau administratif et financier. Ce dernier, travaille à faciliter le traitement des salaires des agents contractuels du CMA et à assurer un bon suivi de la carrière de l'ensemble des agents du DSH. Avec l'avènement de la FPH le problème de carrière se pose

avec acuité, et les plaintes sont de plus en plus importantes sur ce plan. A cet effet, des renforcements de compétences des acteurs intervenant dans la gestion des ressources humaines au niveau DS s'avère indispensables. La ressource humaine a connu une évolution au cours des 05 dernières années. Par exemple, de 2017 à 2021, le nombre de TBM est passé de 7 à 8. Par contre le nombre de médecin est resté stationnaire à 4 pour la même période. Bien que ce nombre ait augmenté de 2021 à 2022, le besoin demeure insatisfait, entraînant une charge de travail élevée.

Le DSH connaît une forte mobilité du personnel liée aux différentes affectations et aux admissions aux concours professionnels. La durée moyenne de séjour est de cinq (5) ans pour les agents. Afin de renforcer les capacités des agents dans les FS, les formations continues et les supervisons sont menées grâce à l'appui des PTF ; mais elles ne couvrent pas les besoins du district du fait du manque de ressources financières.

4.3.2.2. La disponibilité et la qualité de la gestion des ressources humaines

Les ratios en personnel pour tous les emplois se sont accrus au cours des 5 dernières années pour certains profils. Cependant, pour les médecins par exemple, le ratio n'a pas véritablement varié. Il est passé de 1/81189 hbts en 2017 à 1/91950 en 2021. Toutefois, courant 2022 et 2023, ce nombre s'est accru donnant un ratio de 1/44416 hbts. Bien que ces ratios aient connus de progrès, ils restent pour la plupart en deçà des normes OMS. Depuis 2020, le CMA dispose d'un médecin spécialiste, toute chose qui contribue à la qualité des soins.

- 4.3.4 OS3 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

4.3.4.1 La mobilisation et de la gestion des ressources financières

Les principales sources de financement des différents plans d'action des cinq dernières années sont l'Etat, le PADS, l'OMS, l'UNFPA, le FM et l'UNICEF (voir *annexe*). Dans le cadre de la mobilisation des ressources financières, le district participe aux sessions de d'allocations du ministère de la santé et a mis en œuvre la stratégie. Il faut noter que beaucoup d'activités retenues dans la planification du district ne sont pas financées par les partenaires. Mais la plupart des activités financées ont été exécutées et le taux d'absorption a varié de 98% 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. La mobilisation des ressources locales bien que insuffisantes constitue la principale source de financement pour le fonctionnement des FS.

4.3.3.1. La protection des populations contre le risque financier

L'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle annoncé depuis 2008 tarde à prendre corps dans notre pays. La prise en charge des indigents dans les FS est en souffrance bien que leur prise en charge soit prévue par le système de soins de santé. Toutefois, deux (02) communes du district mettent en œuvre la phase pilote l'AMU.

4.3.3.2. Les infrastructures standardisées et harmonisées

Les FS respectant les normes en infrastructures sont au nombre de 37 sur 38 soit 97,37% en 2021. Seul le CSPS de Indini dans la commune de Koti est dépourvu de maternité jusqu'à nos jours. Aussi, les maternités des CSPS de Lollo, Kouloho, Founzan sont dans un état de dégradation avancé. Les dépôts MEG des CSPS de Yéhoun, Gombélédougou ont été endommagés par les actes terroristes . Ces deux CSPS demeurent fermés jusqu'à ce jour. Aucune formation sanitaire du district n'est clôturée en dehors de celle de Kiéré. Sur

plan de la sécurité foncière, aucune formation sanitaire y compris le CMA ne dispose de titre foncier à ce jour.

Le CMA a d'importants locaux mais certains sont inadaptée et vétuste (Odonto, DRD, bloc opératoire, morgue). De ce fait, le CMA a bénéficié d'une réhabilitation des locaux en fin 2022.

Par ailleurs, le siège de l'ECD bien que répondant aux normes ne dispose toujours pas de clôture. Le dépôt pharmaceutique, est situé dans l'enceinte du CMA mais sa capacité de stockage est insuffisante à l'image du dépôt PEV du DS.

4.3.3.3. Les équipements du matériel standardisé et harmonisé et de la logistique

Le renouvellement et la maintenance des équipements sont une préoccupation pour le district car elles affectent la réalisation des activités opérationnelles et l'atteinte des objectifs. En 2021, le DSH disposait en tout 07 ambulances fonctionnelles et 02 véhicules de supervision en bon état. Cependant le mauvais état du réseau routier et l'insuffisance de maintenance curative et préventive régulière des ambulances affectées aux communes contribuent à réduire la durée de vie de ces engins. Aussi l'insécurité limite l'utilisation des ambulances dans certaines communes.

4.3.3.4. La disponibilité de l'accessibilité en produits de santé de qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle

La gestion des MEG s'est améliorée dans le district grâce à la formation des ICP et des gérants sur le SIGL intégré et le contrôle de gestion des DMEG. Aussi les inventaires et les bilans financiers sont réguliers et les rapports transmis périodiquement. Cependant nous notons un faible recouvrement des coûts du fait du retard de remboursement de la gratuité des soins avec pour conséquence la réduction des capacités des FS. Cependant il faut noter des ruptures fréquentes en vaccin dans le district. La qualité de chaîne de froid n'est pas satisfaisante. En effet le déploiement en réfrigérateurs solaires tarde à couvrir les besoins du DSH

4.3.3.5. La régulation des produits de santé

Le SIGL est la référence en matière de gestion des médicaments au niveau du DSH. Chaque mois, les FS transmettent les rapports afin de permettre à la pharmacie de faire l'expression des besoins à commander. Cependant, la promptitude et la complétude restent les principales difficultés qui entravent son fonctionnement. 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.

4.3.3.6. La pharmacie hospitalière

La pharmacie hospitalière quant à elle, n'est pas encore fonctionnelle bien qu'elle soit prévue. Son opérationnalisation rapide contribuera à une meilleure qualité des soins au niveau de l'hôpital de district.

4.3.3.7. L'assurance qualité des produits de santé

L'approvisionnement en MEG, réactifs et consommables est assuré par la CAMEG et les structures partenaires accréditées. La qualité de ces produits ne souffre d'aucun doute. En effet, le contrôle est réalisé par le niveau central. Pour cela des échantillonnages sont semestriellement réalisés par l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) dans les FS. Au niveau DSH, le pharmacien responsable de la pharmacie, des laboratoires de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle assure le contrôle des DMEG et des pharmacies implantées dans l'aire de DS. Cependant le contrôle des DMEG et pharmacies privées n'est pas régulier.

4.3.3.8. La qualité des analyses de biologie médicale

Le DSH dispose de deux laboratoires publics fonctionnels : le laboratoire du CMA et celui du CM de Koumbia. Les examens paracliniques y sont réalisés selon la disponibilité des réactifs et des compétences. Le laboratoire du CMA connaît de fois des ruptures en PSL.

4.3.3.9. La médecine traditionnelle et alternative

La médecine traditionnelle et la pharmacopée occupent une place de choix dans la communauté. Il existe un certain nombre de praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) mais la grande majorité ne dispose pas de documents de reconnaissance. Des fois des rencontres s'effectuent entre ECD-ICP-TPS afin de renforcer la collaboration. Cette collaboration, bien que timide a permis d'engranger des bons résultats.

4.3.3.10. 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)

L'offre de services de santé de qualité est un défi majeur pour l'ECD. En effet l'évaluation de la qualité des prestations de service est assurée par les staffs quotidiens, les supervisions périodiques et les monitorages (clinique et communautaire).

Pour une utilisation efficiente de l'information sanitaire les données statistiques sont analysées hebdomadairement à travers les TLOH, mensuellement à travers les rapports mensuels d'activités (RMA) des FS, trimestriellement à travers les rapports de progrès et les tableaux synoptiques. Également après les audits des décès maternels et néo-natals, les données sont analysées et des solutions aux éventuels problèmes formulées au cours des différents cadres de concertation. Néanmoins des difficultés résident dans l'exploitation de l'information au niveau périphérique.

Dans le cadre de la lutte contre les Maladies tropicales négligées (MTN), le DSH, 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 et la chirurgie du trichiasis trachomateux.

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

Dans le DSH, la prévalence des MNT est à l'image de la région qui ne dispose pas de données exhaustives. Cependant selon le rapport STEPS BF 2021, la majorité de la population est exposée à au moins un facteur de risque commun aux MNT. En effet, les prévalences de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie totale sont en croissance ces dernières années. Le nombre de nouveau cas d'HTA est passé de 2173 en 2017 à 4303 en 2021. Aussi, 39,8% des sujets de 25 à 64 ans n'ont jamais mesuré leur tension artérielle et 94,7% ne connaissaient pas leur statut glycémique. La prévalence du tabagisme (fumé et non fumé) est de 19,8% et celle du tabagisme fumé uniquement était de 11,3%.

4.3.3.12. La disponibilité et de 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 (SRMNEA-N et le genre) est un défi majeur.

Les couvertures vaccinales sont satisfaisantes pour la plupart des antigènes. Les résultats des supervisions intégrées, spécifique et le monitoring sur le PEV montrent aussi bien des forces que des faiblesses. Au titre des forces, nous pouvons citer entre autres, la motivation des agents, des bonnes couvertures vaccinales et la réalisation des stratégies avancées vaccinales dans toutes les formations sanitaires. Pour ce qui est des points à améliorer, nous retenons entre autres l'insuffisance dans le remplissage des supports de vaccination, le monitoring des données, une faible couverture géographique des sites de vaccination, une non maîtrise des directives sur la vaccination par les agents, une vétusté du matériel de la chaîne de froid et une insuffisance de la logistique roulante.

4.3.3.13. 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

La supplémentation en micronutriments se fait en routine chez les femmes en post-partum et lors des campagnes de masse chez les enfants de 6 à 59 mois. La prévalence de la malnutrition aiguë dans le DSH est de 5,8% en 2022. Des insuffisances existent dans la lutte contre la malnutrition. En effet, les mesures anthropométriques des enfants ne sont pas systématiquement prises au niveau des FS ou ne sont pas souvent interprétées. En plus du dépistage de routine, le district a organisé en 2021, six (6) campagnes de masse dont quatre couplées à la CPS et deux aux JVA+. Les taux de dépistage lors des JVA+ 2021 étaient de 95,4% au premier passage et 95,8% au deuxième passage. Ces couvertures en deçà de 100% s'expliquent par des ruptures en Vitamine A lors des passages, si bien que certains enfants n'en bénéficient pas dans les aires sanitaires.

4.3.3.14. La santé communautaire

Les activités de santé à base communautaire sont mises en œuvre dans le DSH. L'analyse des indicateurs montre une augmentation du nombre de cas des malnutris (MAS et MAM) dépistés et référés par les ASBC dans les FS au cours des cinq dernières années. A titre d'exemple le nombre de cas des malnutris (MAS et MAM) dépistés et référés par les ASBC dans les FS est passé de 388 en 2017 à 698 en 2021. Par contre nous notons une baisse voire une absence de la prise en charge des cas de paludisme à domicile par les ASBC. En 2021 seulement 44 cas ont été pris en charge par les ASBC en communauté. Cela est dû entre autres à la mise en œuvre de la gratuité et à l'insécurité dans certaines zones. En outre l'exécution de ces activités est entravée par divers obstacles qui sont entre autres les ruptures d'intrants au niveau communautaire.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose les OBC mènent des activités de sensibilisation, de dépistage et des références des cas vers le centre de santé.

4.3.5 OS4 : Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique

4.3.4.1. L'utilisation des services préventifs et promotionnels

La réalisation des séances d'IEC par les ASBC est satisfaisant. Pour la seule année 2021, 10328 séances de causerie ont été réalisées et ont touché 200842 personnes. Le district en partenariat avec les radios locales mène des activités de sensibilisation. Malgré ces efforts, des insuffisances subsistent notamment la faible utilisation des plages radiophoniques.

Quant à l'utilisation des MILDA, les indicateurs ne sont guère reluisants. Malgré une bonne couverture, les populations ne dorment pas toutes sous MILDA. Cela s'explique toujours par une sous information des populations.

4.3.4.2. 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 assurées pour la plupart par des SFE formées spécifiquement sur la thématique de la SSRAJ. En effet, le taux de couverture en CPN4 est en nette progression passant de 36,39% en 2017 à 53,04% en 2021. Il en est de même que le taux d'accouchement assisté atteignant plus de 100%, mais reste basse dans certaines formations sanitaires. Ceci est lié entre autres à l'insécurité, à l'inaccessibilité géographique, aux pesanteurs socio-culturelles et religieuses ainsi que l'insuffisance de l'accueil des parturientes dans certaines FS. Les principales causes de ces décès maternels sont les hémorragies (50%), la rupture utérine 10% et 40% pour les autres causes non classées en 2021. Les audits de décès réalisés ont permis de relever des défaillances aussi bien au niveau communautaire que dans les formations sanitaires.

Dans le cadre de la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA le taux d'adhésion des femmes enceintes évolue en dents de scie depuis 2017 jusqu'à nos jours avec niveau générale de moins de 90%. Cela s'explique par le refus de certaines

femmes enceintes de réaliser leurs tests de dépistage et par les ruptures en intrants enregistrées dans certaines FS. Aussi tous les enfants nés de mère VIH + ne bénéficient pas de suivi régulier (contrôle PCR).

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est en évolution relative depuis 2017 avec un niveau moyen de 21% par année pour un objectif du district fixé à 22%. Cette performance s'explique par l'organisation des semaines PF, l'intervention de MARIE STOPES INTERNATIONAL en stratégie avancée PF et le renforcement des capacités des FS (formations et équipements) grâce à l'ONG Pathfinder. Néanmoins cet indicateur est encore confronté à certaines pesanteurs socioculturelles et religieuses.

La mortalité néo-natale est restée croissante durant les dernières années (de 21 cas en 2017 ; à 42 cas en 2021). Cela est dû à une insuffisance dans la mise en œuvre des SONUB et SONUC, l'état défectueux des voies de communications ainsi que la vétusté des ambulances, mais aussi au renforcement de surveillance dudit évènement.

4.3.6 OS5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires

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

La situation épidémiologique au cours des trois dernières années est sous contrôle. Le district sanitaire de Houndé enregistre chaque année des cas et décès de méningites de 2018 à 2022 avec une létalité variant de 8 à 16%. Toutes, au cours de ces années, le district n'a jamais franchi le seuil épidémique au cours d'une semaine donnée. Ceci est dû très certainement à l'organisation réussite de la campagne de vaccination avec le MenAfrivac en 2016 et à l'amélioration des couvertures vaccinale en Pneumo et en DTCHebHib dans le PEV de routine.

Des cas de rougeole sont enregistrés chaque année de 2018 à 2022. Sur ces 05 dernières années un seul décès a été notifié en 2018. Ceci témoigne de la qualité de la vigilance des prestataires de soins à la détection des cas mais aussi de la qualité de la prise en charge que bénéficient les malades. Aussi, après l'année 2020, le nombre de cas annuels a drastiquement baissé. Ce qui se justifie par l'organisation de

la riposte vaccinale avec des campagnes de vaccination réactive et d'intensification de la vaccination de routine avec le vaccin RR.

Depuis l'apparition de la pandémie à COVID-19 en 2020 au Burkina Faso, le district sanitaire de Houndé a enclenché la surveillance de cette pathologie à travers la détection, des cas suspects, la confirmation et la notification. A la date du 31 Décembre 2022, 148 cas confirmés ont été enregistrés parmi lesquels il y a 02 décès en 2021, soit une létalité de 3,23% pour la seule année et 1,35% pour les 03 années

4.3.5.2. Renforcement des capacités techniques et gestion des incidents face aux situations d'urgences sanitaires

A ce jour, huit(8) agents du district sont formés en gestion des incidents.

Au début de chaque année plusieurs actions sont entreprises afin de garder la situation épidémiologique sous contrôle. Ce sont : le rappel sur les définitions opérationnelles des cas, la mise à disposition des outils de collectes des données et les documents de politique normes et protocoles sur les maladies sous surveillance, le renforcement de la surveillance épidémiologique, la mise en œuvre de mesures préventives (émissions radiophoniques, spots, séances de sensibilisation dans les villages) et le pré positionnement des médicaments. A travers les médias locaux, régionaux et nationaux des activités de communication sont entreprises afin d'obtenir l'adhésion des populations pour les actions de prévention et de prise en charge.

4.3.5.3. 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 tous les acteurs au niveau des secteurs concernés. En effet, il manque des ressources financières pour la tenue des rencontres avec les acteurs concernés et les sorties terrains.

4.4 Analyse des parties prenantes et identification des bénéficiaires

Tableau 23 : Analyse des parties prenantes

Partie prenante	Élément d'analyse			
	Importance	Influence	Domaine d'importance	Domaine d'influence
UNICEF	Forte	Forte	VIH (PTME) Malnutrition, Vaccination	Appui technique et financier dans la mise en œuvre des activités
PADS	Forte	Forte	Orientations budgétaires	Appui technique et financier dans la mise en œuvre du plan d'action
PAPS II	Moyenne	Moyenne	Qualité des soins et sécurité du patient Lutte contre les maladies non transmissibles Planification sanitaire	Appui technique et financier
PEPFAR	Forte	Moyenne	Appui dans la lutte contre le VIH	Appui technique et financier
MSI	Faible	Faible	Appui à la planification familiale	Appui technique
IRSS	Faible	Faible	Réalisation de recherches scientifiques	Lutte contre le paludisme
CAMEG	Forte	Forte	Approvisionnement en MEG	Disponibilité des MEG et produits de santé

Partie prenante	Elément d'analyse			
	Importance	Influence	Domaine d'importance	Domaine d'influence
FONDS MONDIAL	Moyenne	Forte	Lutte contre le Paludisme, tuberculose, VIH	Appui technique et financier
HKI	Moyenne	Forte	Appui financier sur la lutte contre les MTN Lutte contre la malnutrition et mortalité infantile	Appui technique et financier
GAVI/ RSS	Faible	Faible	Vaccination	Appui logistique et financier dans le domaine du PEV
UNFPA	Forte	Forte	Appui dans le domaine de la santé de la reproduction	Appui technique et financier dans le domaine de la santé de la reproduction
OMS	Forte	Forte	Riposte aux MPE	Appui technique et financier
TdH	Faible	Faible	Qualité de la prise en charge des enfants de moins de 05 ans	Appui technique à la PCIME
PATHFINDER	Faible	Faible	Santé de la mère-enfant et PF	Appui financier dans le domaine de la planification familiale / santé de la reproduction

Partie prenante	Elément d'analyse			
	Importance	Influence	Domaine d'importance	Domaine d'influence
Institution financière de la place	Faible	Faible	Hébergement des comptes Paiement électronique	Sécurité des ressources
JHPIEGO,	Faible	Faible	Lutte contre le cancer du col de l'utérus PF	Appui technique et financier
HGO SA	Faible	Faible	Equipe ment des FS	Appui matériel et financier
Collectivités locales	Forte	Forte	Décisions administratives Gestion des CSPPS	Influence décisionnelle
OBC	Forte	Faible	Mobilisation sociale et de réalisations d'interventions communautaires	Participation communautaire
Structures déconcentrées de l'Etat	Forte	Forte	Décisions administratives Campagne de masse, mobilisation sociale ...	Collaboration intersectorielle
ASBC	Forte	Forte	Capacité de mobilisation sociale et de réalisations d'interventions communautaires	Participation communautaire

Partie prenante	Elément d'analyse			
	Importance	Influence	Domaine d'importance	Domaine d'influence
Leaders coutumiers et religieux	Forte	Faible	Mobilisation sociale et de réalisations d'interventions communautaires	Participation communautaire
Les prestataires de soins	Forte	Forte	Mise en œuvre des PMA et PCA et des activités de masse	Offre de soins
La DRS	Forte	Forte	Appui technique	Influence décisionnelle
La RED et Radio Coton FM	Moyenne	Faible	Emissions de sensibilisation sur la santé	Communication
MSV	Forte	Faible	Santé maternelle et infantile , urgences médico-chirurgicale	Appui financier, matériel et technique
MEDICUS Mundi SUR	Moyenne	Faible	SR,PF , Santé oculaire	Appui technique, financier et matériel dans la lutte contre la maladie/chirurgie cataracte et la santé de reproduction
La POST Burkina	Moyenne	Faible	Transport des échantillons biologique	Surveillance des maladies

4.5 Détermination des problèmes

(Voir annexe)

4.6 Priorités 2022-2026

OS1 :

1. Accroissement de la mobilisation et amélioration de la gestion des ressources financières et matérielles à tous les niveaux du système de santé intersectorielle
2. Renforcement du leadership, de la gouvernance et du management dans le district sanitaire

OS2 :

3. Amélioration de la gestion des ressources humaines en santé ;

OS3 :

4. Renforcement des prestations de services et de soins, ainsi que de leurs qualités dans les structures sanitaires publiques, privées et dans les établissements de médecine traditionnelle et alternative dans le district
5. Amélioration de l'accessibilité géographique et financière des populations aux prestations de services et de soins de santé ;
6. Amélioration de la disponibilité et la qualité des produits de santé y compris les produits sanguins labiles, les produits issus de la pharmacopée traditionnelle, les vaccins et les intrants nutritionnels dans les structures sanitaires

OS4 :

7. Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé ;

Promotion de la santé et des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles **OS5 :**

8. Promotion de la résilience du système de santé face aux situations d'urgences sanitaires.

OS5 :

9. Renforcement de la prévention des maladies, du contrôle des maladies non transmissibles, des pandémies (COVID-19), des endémo-épidémies et des ripostes aux urgences sanitaires ;

V. CADRE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE DU DISTRICT

5.1. Fondements

Les fondements de la politique de santé sont basés sur la Constitution et les engagements internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit en matière de santé. Ces instruments sont entre autres : la Déclaration universelle des droits de l'homme ; la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples ; la Convention relative aux droits de l'enfant ; la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; la Déclaration du millénaire pour le développement ; la Déclaration des Chefs d'État de l'Union africaine (UA) sur « la santé, base du développement » ; la Charte africaine de la démocratie des élections et de la gouvernance.

Au plan national, le pays a adopté des textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations. Ces textes sont relatifs à la constitution ; au Code de la santé publique ; au Code des personnes et de la famille ; au Code de l'environnement et de l'eau ; à la Stratégie nationale genre ; la Politique nationale de population ; la Loi sur la santé de la reproduction et le PNDES II. Le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires dont les principes sont : l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination et la collaboration intersectorielle, la participation individuelle et collective.

5.2. 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 ». Elle découle de la vision énoncée dans l'Étude nationale prospective Burkina 2025 : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale » et celle du PNDES à l'horizon 2020, se formule comme suit : « le Burkina Faso, une nation démocratique,

unie et solidaire, transformant la structure de son économie pour réaliser une croissance forte et inclusive, au moyen de modes de consommation et de production durables ». Cette vision 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.

5.3. Valeurs et principes directeurs

Les valeurs et les principes qui sous-tendent le pilotage et soutien des services du MS sont : la participation, la primauté de la loi, la gestion axée sur les résultats, la transparence, la réactivité, l'équité et le genre, la responsabilité et la redevabilité.

a. Principes directeurs

• Participation

Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé, soit directement ou par le biais d'institutions médiatrices légitimes qui représentent leurs intérêts. Une telle participation au sens large s'inspire de la liberté d'association et d'expression, et repose sur les capacités de participation constructive.

Un bon pilotage et soutien des services du MS tient compte des intérêts des différents groupes afin d'aboutir à un consensus.

• Primauté de la loi

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

• Gestion axée sur les résultats

L'importance de la prise en compte des principes de bonne gouvernance dans la mise en œuvre des actions de développement commande que la stratégie s'appuie sur la Gestion axée sur les résultats (GAR). En effet, la GAR est une approche de gestion qui met l'accent sur l'atteinte de résultats préalablement définis.

Cette approche requiert la transparence, la reddition des comptes et la participation effective des acteurs à la réalisation des objectifs définis.

- **Transparence**

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

- **Réactivité**

Les institutions doivent disposer de moyens pour répondre en temps réel aux besoins des bénéficiaires dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines.

- **Intégration**

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

b. Valeurs

- **Équité et genre**

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

• Responsabilité

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

• Redevabilité

Les décideurs des pouvoirs publics, du secteur privé et des organisations de la société civile impliqués dans la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux intervenants institutionnels. Cette prise de responsabilités varie selon l'organisation ou selon la décision qui peut être interne ou externe à l'organisation en question

5.4. OBJECTIF GLOBAL

Le PDSD se fixe comme objectif global d'améliorer l'état de santé de la population.

5.5. Résultats

Changement souhaité

Changement ultime souhaité

Le changement ultime souhaité à l'issue de la mise en oeuvre du PDSD est « *l'état de santé de la population est amélioré* ».

Formulation du changement

Si, le secteur santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité ;

Si, les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé ;

Si, l'utilisation des services de santé de qualité et de nutrition augmente pour toute la population sans risque financier pour avancer vers la CSU ;

Si, la population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé
et

Si, les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience ;

Alors, la réalisation de ces changements intermédiaires ouvrira la voie à l'atteinte du changement ultime.

DEVELOPPEMENT DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PDSD

Pour atteindre l'objectif énoncé, cinq (5) orientations stratégiques (OS) ont été retenues :

□ Orientation stratégique 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre

Pour cette orientation stratégique, l'effet attendu est que le secteur de la santé soit piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité. La proportion de structures ayant une performance globale satisfaisante et la performance globale du MSHPBE sont les principaux indicateurs retenus pour mesurer l'effet. Afin d'atteindre cet effet, quatre produits sont définis à savoir : i) Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables et fonctionnels; ii) Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux; iii) Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences et iv) Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision.

Les principales actions qui concourent à l'effet sont : i) le renforcement du leadership et de la gouvernance; ii) le renforcement de la Planification, du suivi et de l'évaluation; iii) la promotion de l'équité et de la prise en compte du Genre dans le secteur de la santé; iv) le renforcement de la redevabilité; v) la promotion du secteur privé de santé; vi) l'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité et vii) le développement de la recherche, fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique.

Les indicateurs permettant de vérifier l'atteinte de ces produits sont contenus dans le tableau IX.

□ Orientation stratégique 2 (OS 2) : Développement des ressources humaines pour la santé

Pour cette orientation stratégique, l'effet attendu est que les populations ont un accès équitable à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de

santé. La densité des professionnels de la santé pour 1 000 habitants est l'indicateur principal pour mesurer les résultats de cet effet.

L'atteinte de cet effet se fera à travers deux produits : i) des ressources humaines nationales compétentes, motivées et productives y compris la diaspora sont disponibles selon les normes à tous les niveaux et ii) une gestion des ressources humaines en santé est efficace et efficiente.

Les actions majeures à mettre en oeuvre sont : i) le renforcement de la production des ressources humaines de qualité et ii) le renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines.

Les indicateurs permettant de vérifier l'atteinte de ces résultats sont contenus dans le tableau IX.

□ Orientation stratégique 3 (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)

Pour cette orientation stratégique, l'effet attendu est que l'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier. Les indicateurs permettant de mesurer cet effet sont entre autres : i) le nombre de contacts par habitant et par an pour la population générale ; ii) le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an pour les enfants de moins de 5 ans ; iii) la létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%) ; iv) le taux de prévalence contraceptive (%) ; v) le taux de létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%) ; vi) le taux de mortalité intra-hospitalière (Pour 1000) ;vii) le taux d'occupation des lits (CHU/CHR, HD) (%) ; viii) la séroprévalence de l'infection à VIH (%) ; ix) le taux de transmission mère enfant du VIH (%) ; x) la prévalence de l'insuffisance pondérale chez l'enfant de moins de 5 ans ; xi) l'Index CSU ; xii) le taux de mortalité maternelle intra-hospitalière (Pour 100 000 parturientes) et xiii) le taux de mortalité néonatale intra-hospitalière (Pour 1000).

Pour atteindre cet effet, neuf produits ont été identifiés : i) Les ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficacité pour atteindre la

CSU ; ii) les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l'utilisation des services de santé sont fonctionnels ; iii) les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus ; iv) les produits de santé de qualité y compris les produits sanguins labiles, de nutrition, de contraception et de la pharmacopée traditionnelle sont disponibles et accessibles à tous les niveaux ; v) les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, VIH, tuberculose etc.) et les maladies tropicales négligées sont offerts à tous les niveaux ; vi) les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies non transmissibles sont offerts à tous les niveaux ; vii) les paquets de services essentiels intégrés SRMNEA-N et jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques, de qualité et à haut impact sont offerts à tous les niveaux ; viii) les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments et l'alimentation de la mère, du nourrisson, du jeune enfant et de l'adolescent sont offerts à tous les niveaux et ix) les services de santé à base communautaire et la continuité des soins et services dans les zones éloignées et à fort défi sécuritaire sont assurés.

Les principales actions à mettre en oeuvre sont : i) amélioration de la mobilisation et de la gestion des ressources financières ; ii) accroissement de la protection des populations contre le risque financier ; iii) renforcement des infrastructures standardisées et harmonisées ; iv) renforcement des équipements, du matériel standardisés et harmonisés et de la logistique ; v) renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité en produits de santé de qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle ; vi) renforcement de la régulation des produits de santé ; vii) développement de la pharmacie hospitalière ; viii) renforcement de l'assurance qualité des produits de santé ; ix) amélioration de la qualité des analyses de biologie médicale ; x) promotion de la médecine traditionnelle et alternative ; xi) renforcement de l'assurance qualité ; xii) amélioration de la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées ; xiii) amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la prise en charge des maladies non transmissibles et des

traumatismes ; xiv) amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact, en particulier les services de SRMNEA-N, de jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques ; xv) amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant et xvi) le développement de la santé communautaire.

Les indicateurs objectivement vérifiables des produits sont contenus dans le tableau IX.

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

La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé est l'effet attendu de cette orientation stratégique. La mesure de cet effet se fera à travers les indicateurs suivants : i) la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ; ii) la proportion d'enfants de 6-23 mois ayant une alimentation minimum acceptable (%) ; iii) la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins

de cinq ans (%) ; iv) la prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans ; v) la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes ; vi) le taux de prévalence contraceptive des femmes en union (%) ; vii) le couple année-protection (%) ; viii) le taux de prévalence de consommation du Tabac et autres substances addictives et ix) la prévalence de l'obésité chez les adultes.

Les produits suivants concourent à l'atteinte de cet effet : i) les services de prévention, d'éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population ; ii) les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive, en particulier la PF sont utilisés par toutes les femmes, tous les hommes, les adolescents et jeunes en âge de procréer ; iii) les services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés et iv) les approches de santé développées dans le cadre des « communes modèles » sont mises en oeuvre à l'échelle nationale.

Les actions permettant la réalisation de cet effet sont : i) l'accroissement de l'utilisation des services préventifs et promotionnels ; ii) le renforcement de la disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive ; iii) le renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant et iv) des approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées.

Les indicateurs permettant de vérifier la réalisation des produits sont contenus dans le tableau IX.

□ Orientation stratégique 5 (OS 5) : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires

Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience est l'effet retenu en matière d'amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Pour mesurer l'atteinte de cet effet, les indicateurs suivants ont été définis : i) la létalité de la méningite ; ii) la létalité des cas de rougeole ; iii) la létalité de la COVID-19 ; iv) la létalité des cas de choléra ; v) la létalité des cas d'Ebola.

Pour l'atteinte de cet effet, trois produits ont été identifiés. Il s'agit : i) de l'offre de paquets de services essentiels de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits est disponible ; ii) des capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d'urgences sanitaires et iii) de la réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l'approche « One Health ».

Trois actions majeures permettent d'atteindre cet effet et les produits correspondants. Ce sont : i) le renforcement de la disponibilité de l'offre de services de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits ; ii) le renforcement des capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux face aux situations d'urgences sanitaires et iii) le renforcement de la réponse aux maladies émergentes dans le cadre de l'approche « One Health »

5.4 Résultats

5.4.1 Identification des produits et des stratégies

Tableau 24 : Identification des produits et des stratégies

Résultats fixés par la structure	Stratégies
P.1. La coordination internes des interventions et la collaboration intra et intersectorielle est effective et dynamique	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres statutaires du district - Formations des ICP
P2. La mobilisation et la Gestion efficiente des ressources financières en faveur de la santé est effective	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle gestion et matière et finance - Élaboration PA des années antérieures - Exécution des crédits délégués des années antérieures - Mise en œuvre de la gratuité des soins
P3. La gestion des ressources humaines est efficiente dans le district	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition rationnelle des ressources humaines - Mise en œuvre des mesures d'incitations et de rétention des agents
P4. L'offre de soins et des services de santé et surtout chez les enfants de moins de 05 ans et des femmes est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> -Formations continue du personnel -Maintenance de la CDF -Monitoring des activités des FS de 1^{er} échelon -Supervision intégrée -Supervision spécifique PEV, Paludisme, VIH/sida, Tuberculose, SR/PF, MNT -DQS sur le PEV -Vaccination en stratégie avancée et fixe
P5. La disponibilité des médicaments, des réactifs, des produits sanguins et produits contraceptifs est assurée	<ul style="list-style-type: none"> -Commande d'intrants -Approvisionnement du DRD et des DMEG
P6. La communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé est renforcé dans le district ;	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilisation -Plaidoyer -Visite à domicile
P7. La santé et des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles sont promues ;	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilisation -Plaidoyer -Visite à domicile -Mise des campagnes de masse -Visite annuelle des retraités et des travailleurs
	-
P8. La qualité des données du SNIS et la surveillance épidémiologique est assurée	<ul style="list-style-type: none"> -Collecte des rapports d'activité -Saisie des données -Contrôle de qualité des données
P9. La prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, ainsi les pandémies (COVID-19), des endémo-épidémies et les ripostes	<ul style="list-style-type: none"> -Mise en œuvre des campagnes de riposte -Dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles

Résultats fixés par la structure	Stratégies
aux urgences sanitaires sont assurées	<ul style="list-style-type: none">-Sensibilisation sur les bonnes pratiques en matière de santé-Gestion des incidents sanitaires

Tableau 25: Chaines des résultats du district pour 2022

	PRODUITS (du district)	Effets (du district)	IMPACTS (Retenus par le DS)
La coordination internes des interventions et la collaboration intra et intersectorielle est effective et dynamique	P1.1. Les CSD et les cadres de concertation régionaux sont tenus	E1.1. Les cadres de concertation sont fonctionnels	Impact 1 La gouvernance locale du district est améliorée
	P1.2. Les rencontre ECD-ICP sont tenues		
	P1.3. Les ICP sont formées en gestion et management des FS	E1.2. Le leadership des ICP est renforcé	
	P1.4. Les réunions ECD/ICP/COGES	E1.3. L'implication communautaire est renforcée	
La mobilisation et la Gestion efficiente des ressources financières en faveur de la santé est effective	P2.1. Les agents de santé sont formés sur la PCIME/REC	E2.1. L'offre de soins et des services de santé de qualité en faveurs des enfants de moins de 05 ans et des femmes est assurés	Impact 2 : La santé de la mère et de l'enfant est améliorée
	P2.2. Les supervision PCIME/REC sont réalisées		
	P2.3. La maintenance préventive et curative de la chaine de froid est assurée		
	P2.4. Les appuis au monitoring sont réalisés		
La mobilisation et la Gestion efficiente des ressources financières en faveur de la santé est effective	P3.1. Les sorties de contrôle gestion et matière et finance sont effectuées	E3.1. La gestion matière finance est amélioré dans les FS	Impacts 3 : les soins de santé sont financièrement accessibles
	P3.2. Le Plan d'action 2022 est disponible	E2.2. Le district sanitaire est opérationnel	
	P3.3. Les crédits délégués sont exécutés selon les procédures de la dépenses publiques	E2.3. L'exécution des crédits délégués 2022 est améliorée	

	PRODUITS (du district)	Effets (du district)	IMPACTS (Retenus par le DS)
	P3.4. La gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans est assurée dans le district	E2.4. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité des soins	
L'offre de soins et des services de santé et surtout chez les enfants de moins de 05 ans et des femmes est renforcée	<p>P4.1. La qualité du PEV est renforcée</p> <p>P4.2. La prévention et la PEC des cas du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH sont renforcées dans le district</p> <p>P4.3. La prévention et la PEC des cas de maladies non transmissibles et les carences nutritionnelles sont renforcées ;</p> <p>P4.4. La visite annuelle des personnes âgées et des travailleurs de la fonction publique est assurée ;</p>	E4.1. Les populations ont accès aux services de santé de qualité	Impact 4 : Les populations bénéficient des soins de qualité
La disponibilité des médicaments, des réactifs, des produits sanguins et produits contraceptifs est assurée	<p>P5.1. Les médicaments, les réactifs, et les produits sanguins sont disponibles dans le district</p> <p>P5.2. Les produits contraceptifs dans les points de prestations de services de planification familiale sont disponibles</p>	E5.1. Les prestataires de soins et les malades ont accès à des produits de santé de qualité	Impact 5: L'état de santé de la population est amélioré
La qualité des données du SNIS et la surveillance épidémiologique est assurée	<p>P6.1. La promptitude et la complétude des saisis dans ENDOS sont assurée</p> <p>P6.2. La connexion internet est assurée</p> <p>P6.3. Les Tableaux de bord trimestriels sont élaborés</p>	E6.1. Le district sanitaire dispose des données de qualité et accessibles	Impact 6 : Les données sanitaires servent à la planification opérationnelle à tous les niveaux

	PRODUITS (du district)	Effets (du district)	IMPACTS (Retenus par le DS)
	P6.4. La qualité et l'analyse des données sont améliorées		
La gestion des ressources humaines est efficiente dans le district	P7.1. La répartition rationnelle des ressources humaines est appliquée	E7.1. La disponibilité des agents aux poste requis	Impact 7: Les besoins en ressources humaines sont satisfaits
	P7.2. Des mesures d'incitations et de rétention des agents est développées dans le district		

5.4.2 Cadre logique du PDSD

Tableau 26 : cadre logique

Résultats fixés au niveau district		Indicateurs	Source de données	Hypothèse	Risque
Effet du district	E5.1. Les prestataires de soins ont accès à des produits de santé de qualité	% des 50 molécules traceurs n'ayant pas connue de rupture au DRD	Endos BF	Satisfaction des commandes	Rupture à la CAMEG
		% des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 principaux MEG	Endos BF	Satisfaction des commandes	Rupture au DRD

Résultats fixés au niveau district		Indicateurs	Source de données	Hypothèse	Risque
		Taux de rupture des produits contraceptifs disponibles au DRD	Endos BF	Satisfaction des commandes	Rupture à la CAMEG
	E3.4. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité des soins	Proportion de FS publiques mettant en œuvre la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans	Plateforme e_gratuite	Mesure nationale	Fermeture de FS pour risque d'insécurité
	E3.1. La gestion matière finance est améliorée dans les FS	Proportion de réalisation de contrôle de gestion des CSPS/CMA	Rapport de contrôle	Disponibilité des acteurs	Fermeture de FS pour risque d'insécurité
	E3.3. L'exécution des crédits délégués 2022 est améliorée	Taux d'exécution des crédits délégués	Circuit informatisé de la dépense	Compétences des acteurs	Régulation budgétaire
	E1.2. L'implication communautaire est renforcée	Proportion d'ASBC supervisés par semestre par le personnel du CSPS	Rapport de supervision	Disponibilité des ressources	Manque de financement
		Ratio de mortalité maternel (pour 100000 nces vivtes)	Endos-BF	Compétence des prestataires	Mobilité du personnel
		Les couvertures vaccinales sont à 100%	Endos-BF	Disponibilité de la CDF, vaccins, consommables	Rupture de vaccins, CDF
		Létalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est <1%	Endos-BF	Compétence du personnel	Ruptures des intrants
Produits du district	P5.1. Les médicaments, les réactifs, et les produits sanguins sont disponibles dans le district	Taux de satisfaction des commandes à 90%	Bordereau de commande et de livraison	Satisfaction des commandes	Rupture à la CAMEG

Résultats fixés au niveau district		Indicateurs	Source de données	Hypothèse	Risque
	P4.2. La prévention et la PEC des cas du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH sont renforcées dans le district	% de disponibilité des antituberculeux	Endos BF	Satisfaction des commandes des anti tuberculeux	Rupture d'intrants
		% de disponibilité des ARV	Endos BF	Satisfaction des commandes des ARV	Rupture d'intrants
		Proportion d'enfant nés de mère VIH + ayant bénéficiés de test DBS	Endos BF	Disponibilité des intrants de dépistage	Rupture d'intrants
	P1.2. Les rencontre ECD-ICP/COGES sont tenues	Nombre de réunions mensuelles tenues par le COGES	Rapport de supervision	Renouvellement des COGES	Le non renouvellement des COGES
		Nombre d'AG semestrielle tenues par le COGES	Rapport de supervision	Renouvellement des COGES	Le non renouvellement des COGES
	P1.1. Les CSD sont tenus	Nombre de CSD tenus	Rapport d'activité	Ressource	Contexte sécuritaire et sanitaire
	P6.1. La promptitude et la complétude des saisis dans ENDOS sont assurée	Taux de complétude et promptitude des RMA des formations sanitaires	Endos BF	Disponibilité de la connexion	Rupture de connexion

5.4.3 Gestion des risques

Tableau 27 : *Récapitulatif des risques, stratégies et mesures correctrices*

Risques majeurs	Activités d'atténuation des risques
Rupture des MEG à la CAMEG	Recours à d'autres fournisseurs
Fermeture de FS pour risque d'insécurité	Redéploiement de personnel dans d'autres formations sanitaires
Manque de financement	Recherche de nouveaux partenaires, utilisation des fonds propres dans la mesure du possible
Ruptures des intrants	Recours à d'autres fournisseurs
Rupture de vaccins, CDF	Rattrapage des enfants manquées lors des vaccinations
Le non renouvellement des COGES	Poursuite des activités avec les anciens membres
Rupture de connexion mobile	Utilisation de l'ADSL

VI. DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

6.1 DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

6.1.1 Instruments de mise en œuvre

Le PDSD a été élaboré selon une approche participative. Il est aligné sur les référentiels mondiaux, régionaux et nationaux et ses orientations stratégiques sont en cohérence avec ceux de la PSS et le PNDES II. La planification pour la mise en œuvre sera basée sur l'approche GAR et se fera à travers les outils suivants :

- Le plan d'action annuel des districts
- Le plan d'action annuel des CSPS

6.1.2 Acteurs de la mise en œuvre

L'État

L'État assume ses fonctions régaliennes à travers la création des conditions favorables aux activités des acteurs publics et privés, du secteur. Les interventions se feront à travers les structures centrales, déconcentrées et de missions. Il a en charge l'orientation des interventions et la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles.

Le secteur privé de santé

La contribution du secteur privé de santé devra être un des leviers pour accroître la couverture de la population en interventions prioritaires. Un certain nombre d'outils et de dispositifs existants pourraient être mieux exploités tels que le conventionnement, la contractualisation et/ou l'achat stratégique.

Cette contribution pour être efficace, pourrait se faire à travers les 4 sous-secteurs sanitaires privés à savoir (i) le sous-secteur sanitaire privé de soins, (ii) l'offre privée de formation professionnelle de santé (iii) l'offre privée pharmaceutique et de laboratoires et (iv) le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé.

Pour ce faire, (i) une harmonisation des établissements sanitaires privés par le conventionnement et (ii) la création d'un régime juridique spécifique au secteur privé de santé s'avère nécessaire.

Le secteur privé non sanitaire

Le secteur privé non sanitaire, à travers le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé, peut contribuer à la mise en oeuvre à travers la participation dans les mécanismes de partage de risque maladie et l'investissement dans le secteur de la santé.

En outre, il pourrait participer à la sécurisation des financements et à la mobilisation des ressources internes à travers des mécanismes innovants.

Les modalités pour les encourager, comme la création d'un environnement des affaires favorable, des réformes fiscales en faveur des donations et un appui-accompagnement conséquent au secteur privé, sont à discuter avec le Gouvernement dans les cadres statutaires tels que les cadres de dialogues Etat-Secteur privé (CODESP).

Les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales mettent en oeuvre au niveau local les activités des domaines à elles transférés par l'État notamment la santé.

La société civile

L'implication de la société civile est importante en particulier sur les aspects suivants : (i) l'amélioration de l'offre de services au niveau des zones défavorisées, d'accès difficile ou des zones d'insécurité, (ii) la mobilisation pour créer d'un environnement favorable à la santé (iii) la veille citoyenne pour le suivi et le contrôle de l'effectivité des engagements pris par les différents acteurs, le niveau de satisfaction des populations et le respect des droits des populations pauvres défavorisées et (iv) la mobilisation des ressources locales ou externes dans la mise en oeuvre du PNDS.

Les partenaires techniques et financiers

Les PTF ont pour rôle de (i) accompagner le gouvernement dans son plaidoyer pour la mobilisation des ressources techniques et financières pour la mise en oeuvre du PNDS, (ii) s'aligner sur les priorités du PNDS (iii) honorer leurs engagements en respectant les volumes, l'échéancier et la prévisibilité des ressources annoncées à travers la cartographie des ressources et (iv) participer aux exercices de suivi-évaluation dans le cadre de la redevabilité.

Les sociétés savantes, ordres professionnels, partenaires sociaux

Dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins de santé de qualité intégrés, centrés sur la personne et la sécurité du patient, les sociétés savantes, ordres professionnels, partenaires sociaux ont un rôle essentiel à jouer notamment à travers (i) la diffusion de guides de pratiques, (ii) la veille technique sur la pratique médicale (iii) l'audit des incidents critiques et la stimulation de la recherche opérationnelle en santé.

Les Burkinabè de l'extérieur

Les Burkinabè de l'extérieur sont appelés à mettre à profit leur savoir-faire capitalisé. Ils apportent leur contribution à la mobilisation des ressources et des compétences, par la proposition de solutions innovantes aux préoccupations des populations. Ils participent également à la réalisation des investissements structurants, au renforcement de l'entrepreneuriat et de l'innovation.

Les communautés

Les communautés joueront un rôle important et capital dans la mise en oeuvre du PDSD et particulièrement dans le suivi à travers les cellules de veille communautaire et citoyenne.

6.1.3 Dispositif organisationnel de mise en oeuvre

Le conseil de santé de district

C'est l'organe et l'instance de coordination conjointe au niveau du district. Présidé par le Haut-commissaire de la province, ce conseil est chargé de :

- coordonner les interventions des différents acteurs de santé au niveau périphérique et notamment des communes ;
- participer aux sorties régionales de suivi du PDSD ;
- adopter le plan d'action et le plan de développement sanitaire du district.

Le Médecin-chef de district est chargé de présenter son rapport de performance au Conseil de santé du district avant de le transmettre au directeur régional de la santé, de l'hygiène publique et du bien-être pour exploitation.

Le conseil de santé de district se réunit deux fois par an et en cas de besoin.

Le comité technique de santé du district

Le comité technique de santé du district est composé de l'équipe-cadre de district, des comités de gestion (COGES), des ONG/associations, des leaders d'opinion, du secteur privé de santé, de représentants des ASBC et des ICP.

Il est chargé de i) suivre et évaluer la mise en oeuvre du PNDS et des plans de travail annuel ; (ii) faire le suivi des indicateurs ; (iii) organiser les revues semestrielles et annuelles ; (iv) assurer l'harmonisation des interventions dans le district ; (v) valider le plan de développement sanitaire du district (PDSD). Le comité technique de santé du district se réunit une fois par trimestre et en cas de besoin

6.2 DISPOSITIF DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

6.2.1 Cadre de performance/mesure de rendement

Une liste nationale d'indicateurs est définie et adoptée pour tous les acteurs et tous les niveaux pour garantir la disponibilité, la qualité et l'utilisation d'informations statistiques sanitaires fiables, intégrées, harmonisées et accessibles à tous les partenaires et acteurs du système national de santé. Les indicateurs des 4 programmes budgétaires font partie intégrante de cette liste nationale (confère tableau XI en annexe).

6.2.2 Mécanismes de suivi

Pour assurer une bonne efficacité dans la mise en oeuvre du PSDS, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation fondé sur les objectifs suivants :

- décrire le cadre institutionnel pour le suivi et évaluation conjoints du PSDS ;
- définir un cadre global, comportant des indicateurs et des cibles ;
- décrire le flux de l'information collectée dans le cadre du suivi et de l'évaluation du PSDS ;
- décrire le système d'assurance qualité des données collectées aux différents niveaux du système ;
- décrire les rôles et responsabilités des acteurs à chaque niveau dans la collecte, la transmission, l'analyse et l'utilisation des données pour guider les décisions ;

- définir de façon consensuelle un mécanisme de diffusion et d'utilisation des informations issues du suivi et évaluation pour influencer le processus de prise de décision ;
- décrire des mécanismes de revue et d'action conjoints ;
- identifier et mettre à jour les outils de collecte harmonisés des données du PDSD sensibles au Genre ;

6.2.3 Mécanismes d'évaluation

Le PDSD fera l'objet d'une évaluation. Il sera organisé dans le cadre du suivi des sorties conjointes avec les acteurs impliqués sous la responsabilité du comité de suivi. Une revue annuelle et une revue à mi-parcours du secteur de la santé seront réalisées dans la perspective d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PDSD.

6.2.4 Cadre de rendement

Tableau 28 : Cadre de mesure de rendement

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
E5.1. Les prestataires de soins ont accès à des produits de santé de qualité	% des 50 molécules traceurs n'ayant pas connue de rupture au DRD	90,02	70,37	100	100	100	100	Fiches de stock MEG	Mensuelle	Pharmaci en
	% des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 principaux MEG	00	10	10	10	10	>95	Fiches de stock MEG	Mensuelle	Gérants
E3.4. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité des soins	Proportion de FS publiques mettant en œuvre la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans	100	100	100	100	100	100	Supports de MEO	Mensuelle	ICP/SUS
E3.1. La gestion matière finance est amélioré dans les FS l'hygiène environnementale	Proportion de plaidoyers menés avec succès	-	-	50	60	70	Pas de norme	Rapports de plaidoyer menés	Trimestrielle	MCD
	Proportion de réalisation de contrôle de gestion des CSPS/CMA	100	100	100	100	100	100	Rapports de contrôle	Semestrielle	RAF/Pharmacie
E3.4. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité des soins	Proportion de FS publiques mettant en œuvre la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans	100	100	100	100	100	100	Supports de MEO	Mensuelle	ICP/SUS

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
E3.1. La gestion matière finance est améliorée dans les FS	Proportion de plaidoyers menés avec succès	-	50	50	50	50		Rapports de plaidoyer menés	Trimestrielle	MCD
	Proportion de réalisation de contrôle de gestion des CSPS/CMA	100	100	100	100	100	100	Rapports de contrôle	Semestrielle	RAF
E3.3. L'exécution des crédits délégués 2022 est améliorée	Taux d'exécution des crédits délégués	100	100	100	100	100	100	Registre de gestion des crédits délégués	Annuelle	RAF
E1.2. L'implication communautaire est renforcée	Proportion de FS ayant bénéficiés de 2 contrôles de gestion par an	100	100	100	100	100	100	Rapports de contrôle	Semestrielle	RAF
E2.1. L'offre de soins et des services de santé de qualité en faveur des enfants de moins de 05 ans et des femmes est assurés	Proportion des enfants prise en charge selon l'approche PCIME	84,4%	95,9%	80	80	80	80	Endos-BF	Mensuel	CISSE
	Taux de guérison de MAS chez les enfants de 0 – 59 mois	90,5%	92,8%	85	90	100	>75	Endos-BF	Mensuel	CISSE
E4.1. Les populations ont accès aux services de santé de qualité	Taux de couverture en CPN4	66,5%	71,4%	55	60	60	60	Endos-BF	Mensuel	CISSE
	Létalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	0,8%	0,6%	< 1	< 1	< 1	< 1	Endos-BF	Mensuel	CISSE
P5.1. Les médicaments, les réactifs, et les produits sanguins sont disponibles dans le district	Proportion de requêtes rédigées pour commandes de réactifs	100	100	100	100	100	100	Nombre de requêtes rédigé	Mensuelle	Pharmacien

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
P5.2. Les produits contraceptifs dans les points de prestations de services de planification familiale sont disponibles	Proportion de bons de commandes de MEG régulièrement émis	100	100	100	100	100	100	Bons de commandes	Mensuelle	Pharmacien
P5.3. L'assurance qualité des produits de la pharmacopée traditionnelle est respecté dans le district	Proportion de TPS délivrant des produits de la pharmacopée traditionnelle de qualité	100	100	100	100	100	100	Fichier TPS	Annuelle	Pharmacien
P3.4. La gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans est assurée dans le district	Nombre de supervisions réalisées sur la mise en œuvre des mesures de gratuité	4	4	4	4	4	4	Rapports de supervision	Semestrielle	MCD
	Proportion d'agents de santé des 39 FS du district rédigeant un rapport mensuel de qualité sur la gratuité.			100	100	100	100	Rapports de qualité rédigés	Mensuelle	ICP
P3.3. Les crédits délégués sont exécutés selon les procédures de la dépenses publiques	Taux d'exécution des crédits délégués réalisé	100	100	100	100	100	100	Registre de gestion des crédits délégués	Annuelle	RAF

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
P4.2. La prévention et la PEC des cas du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH sont renforcées dans le district	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives	37%	30%	30%	30%	30%	30%	Endos-BF	Mensuelle	CISSE
	Proportion des ASBC supervisés par trimestre par le personnel des CSPS	100	100	100	100	100	100	Rapports de supervision	Trimestrielle	RPS
	Nombre de rapports mensuels d'activités communautaires transmis au district	456	456	400	468	468	468	Tableau de bord	Mensuelle	CISSE
P7.2. Les sorties de supervision PCIME sont réalisées	Proportion d'agents de santé des 39 FS ayant bénéficié d'une supervision sur la PCIME	100	100	100	100	100	100	Rapports de supervision	Semestrielle	RACQS
P4.2. La prévention et la PEC des cas du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH sont renforcées dans le district	Disponibilité des intrants et médicaments pour la prise en charge de la MAS chez les enfants de 0 – 59 mois dans les 39 FS	64,1%	43,6%	100	100	100	100	Fiches de stock	Continue	Gérants
P7.2. Les sorties de supervision PCIME sont réalisées	Nombre d'agent formé à l'offre des soins en situation d'urgence	71	79	84	96	79	409	Rapport de formation	Annuelle	MCD
P7.3. Les sorties de supervision des activités cliniques sont effectuées	Proportion de prestataires offrant des soins selon les protocoles en vigueur sur les SONU	100	100	100	100	100	100	Rapports de supervision	Semestrielle	RACQS
P2.5. La maintenance préventive et curative de la	Proportion de réfrigérateurs n'ayant connu pas de rupture de CDF dans le mois	100	100	100	100	100	100	Rapports de supervision	Semestrielle	Responsable PEV

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
chaîne de froid est assurée										
P4.1. La qualité du PEV est renforcée	Proportion d'agents supervisés dont les outils de gestion du PEV sont à jour	100	100	100	100	100	100	Rapports mensuels de sortie	Mensuelle	Responsable PEV FS
P2.4. Les missions de contrôle de l'effectivité de la stratégie avancée sont réalisées	Proportion de FS réalisant une stratégie avancée selon les normes	100	100	100	100	100	100	Fiches de stock	Continue	Responsable CDT
P4.2. La prévention et la PEC des cas du paludisme, de la tuberculose et de l'infection à VIH sont renforcées dans le district	% de disponibilité des antituberculeux	100	100	100	100	100	100	PV de sensibilisation	Annuelle	RPS
P4.3. La prévention et la PEC des cas de maladies non transmissibles et les carences nutritionnelles sont renforcées	Nombre de séances de sensibilisation et de dépistage sur le diabète, l'HTA et le cancer de col de l'utérus dans les chefs-lieux de commune	07	07	07	07	07	07	PV de sensibilisation	Annuelle	RPS

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
P4.4. La visite annuelle des personnes âgées et des travailleurs de la fonction publique est assurée ;	Nombre de visite réalisée pour les retraités	01	01	01	01	01	01	Rapports d'activités	Annuelle	RACQS
	Nombre de visite réalisée pour les travailleurs de la fonction publique	01	01	01	01	01	01	Rapports d'activités	Annuelle	RACQS
P1.2. Les rencontre ECD-ICP/COGES sont tenues	Nombre de réunions mensuelles tenues par le COGES-CMA	00	12	12	12	12	12	PV de réunion	Mensuelle	Médecin responsable du CMA
	Nombre d'AG semestrielle tenues par le COGES-CMA	00	02	02	02	02	02	PV de réunion	Trimestrielle	Médecin responsable du CMA
P1.1. Les CSD sont tenus	Nombre de CSD tenus	2	02	02	02	02	02	Rapports élaborés	Semestrielle	MCD
P9.1. La répartition rationnelle des ressources humaines est appliquée	Nombre de session d'affectation régionale des agents de santé	1	1	1	1	1	1	Rapports de mission	Annuelle	RAF
P9.2. Des mesures d'incitations et de rétention des	Nombre de journée d'excellence pour primer les meilleures	1	1	1	1	1	1	Rapport de journée	Annuelle	MCD

Résultats du District	Indicateurs	Niveau atteint par le District					Cibles 2026 du District	Source de vérification	Fréquence de la collecte	Responsables
		2021	2022	2023	2024	2025				
agents est développés dans le district	formations sanitaires et agents du district							d'excellence réalisé		
P6.1. La promptitude et la complétude des saisis dans ENDOS sont assurée	Taux de complétude et promptitude des RMA des formations sanitaires	100	100	100	100	100	100	Tableaux de bord	Mensuelle	CISSE
P6.2. La connexion internet est assurée	Nombre de rapports mensuels d'activité saisis sur ENDOS	480	480	480	480	480	480	Endos-BF	Mensuelle	CISSE
P6.4. La qualité et l'analyse des données sont renforcée	Proportion d'investigation réalisées	100	100	100	100	100	100	Rapports d'investigations réalisées	Continue	MCD
	Proportion de tableaux de bord trimestriels sont élaborés	100	100	100	100	100	100	Tableaux de bord élaborés	Trimestrielle	CISSE
P8.1. Les capacités des membres ECD sont renforcées dans la recherche action	Proportion de membres ECD formés en recherche action	0	100	100	100	100	100	Rapport de formation	Annuelle	MCD

VII. PLAN D'INVESTISSEMENT DU DISTRICT

Tableau 29 : Plan d'investissement du district

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût	Source de financement
		2023	2024	2025	2026	2027				
1. formation du personnel	Former 50 des gérants des dépôts MEG sur les outils de gestions des MEG en une session de 3 jours		X		X		MCD	RPLMPT RAF	3 849 360	Fonds propres
	Former 45 agents tarificateurs sur le recouvrement des actes en une session de 3 jours		X				MCD	RAF	1 774 680	Fonds propres
	Former 30 agents du CMA sur le TETU en 06 jours		X		X		MCD	SUS Pédiatrie	2 740 000	UNICEF
	Former 60 agents en 02 sessions de 05 jours sur la PEC de la malnutrition			X			MCD	SUS Pédiatrie	4 390 000	UNICEF
	Former 60 agents en 02 sessions de 05 jours sur l'ANJE		X				MCD	SUS Pédiatrie	4 390 000	UNICEF
	Former 15 agents du CMA sur la PECI des MAS			X			MCD	SUS Pédiatrie	1 045 000	UNICEF
	Former en 03 sessions 202 ASBC sur la formation des mères au dépistage de la MA par la mesure du PB						MCD	SUS Pédiatrie RPS	5 160 000	UNICEF

Orienter 30 agents du CMA sur la Prévention contrôle des infections		x				MCD	RPS RACQS	1 420 000	Fonds propres
Former en 02 sessions 100 agents sur la gestion du PEV		x		x		MCD	RPEV RCISSE	8 058 720	GAVI
Former 45 agents sur la maintenance preventive et curative de la chaine de froid (CDF)		x		x		MCD	RPEV	3 699 360	GAVI
Former 45 agents de santé sur le conseil dépistage SDV		x				MCD	RACQS	1 849 680	FM VIH
Former 45 agents paramédicaux sur la la tripple élimination VIH, Hep B et syphilis		x		x		MCD	RACQS RSIO	3 699 360	FM VIH
Former 45 agents paramédicaux sur la PECM du VIH		X		X		MCD	RACQS RPLMPT	3 699 360	FM VIH
Orienter en 02 sessions de 60 prestataires de soins du CMA sur les nouvelles directives de PEC du Paludisme		X				MCD	RACQS RCISSE	4 390 000	FM PALU
Former 45 ICP en gestion et management des formations sanitaires		X				MCD	RAF RPSE	1 849 680	Fonds propres
Former en 02 sessions 60 agents des CSPS intervenant régulièrement en CCI sur la PCIME avec le REC		X			X	MCD	RACQS RCISSE	8 780 000	UNICEF

	Former 50 prestataires des Maternité des CM et CSPS sur la PF clinique et les SA y compris la CVTA et le remplissage des outils de collecte des données		X				MCD	RACQS RSIO	1 924 680	UNFPA
	Former 20 nouveaux agents du district au remplissage des outils du SNIS en une session de 3 jours	X	X	X	X		MCD	RCISSE RACQS	4 240 000	FM PALU
	Former 30 agents du CMA sur la PCI		X		X		MCD	RPS RACQS	1 720 000	Fonds propres
	Former 45 agents des CSPS sur la PCI		X		X		MCD	RPS RACQS	3 699 360	Fonds propres
	Former les membres COGES en gestion des Formations sanitaires	X			X		MCD	RCISSE RACQS	3 099 360	Fonds propres
	Former en 02 sessions 60 agents des CSPS sur la TB		X		X		MCD	RCDT RACQS	8 780 000	FM TB
	Former en 02 sessions 90 agents sur les maladies non transmissibles		X		X		MCD	RACQS RPSE	11 878 720	FM TB
Domaine de la supervision	Réaliser une supervision semestrielle des agents sur la PCIME avec le REC	X	X	X	X	X	MCD	RCISSE RACQS	14 992 000	UNICEF
	Réaliser semestriellement la réalisation une supervision spécifique PEV	X	X	X	X	X	MCD	RPS RACQS	14 992 000	GAVI
	Organiser des supervisions semestrielles des acteurs de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	MCD	RPS RACQS	14 992 000	FM PALU

(centre de santé périphérique) par une équipe du district										
Superviser par trimestre les infirmiers des sites de collecte de transport de crachat et de traitement des malades par les agents du CDT	X	X	X	X	X	MCD	RAF RPS	14 992 000	FM TB	
Superviser trimestriellement les agents des CSPS dans le cadre de l'opérationnalisation du SIGL intégré	X	X	X	X	X	MCD	RCDT RACQS	14 992 000	FM TB	
Réaliser la supervision semestrielle sur la SR/PF/SONU y compris la COVID 19 des équipes des districts et des formations sanitaires	X	X	X	X	X	MCD	RACQS RPSE	14 992 000	UNFPA	
Réaliser une fois par semestre des sorties de supervision intégrée des prestataires des sites de décentralisation de la PECM (CSPS) par les équipes des districts sanitaires	X	X	X	X	X	MCD	ECD	19 492 000	FM VIH	
Assurer la supervision intégrée des agents de santé des Formations sanitaires	X	X	X	X	X	MCD	ECD	3 742 000	Fonds propres	
Assurer la supervision semestrielle sur le WHOPEN	X	X	X	X	X	MCD	ECD	14 992 000	Fonds propres	
Assurer la supervision conjointe des ASBC par les ICP et les animateurs OBC	X	X	X	X	X	MCD	RPS ICP OBC	9 950 000	FM PALU	

Domaine des rencontres statutaires de coordination	Réaliser 2 CSD	2	2	2	2	2	HAUT COMMISSAIRE	ECD	10 084 200	Fonds propres
	Participer à la session du comité régional d'affection	2	2	2	2	2	MCD	RAF GESTIONNAIRE DU CMA	1 370 000	BE
	Participer à la session du Conseil de direction	4	4	4	4	4	MCD	RAF	5 120 000	BE
	Participer à la session du comité technique régional de santé	2	2	2	2	2	MCD	RACQS RCISSE	2 560 000	BE
	Organier les rencontres semestrielles ECD-ICP	2	2	2	2	2	MCD	ECD ICP	17 343 200	Fonds propres
	Organier les rencontres semestrielles ECD-ICP-COGES	2	2	2	2	2	MCD	ECD ICP COGES	28 133 200	Fonds propres
	Organiser les AG semestrielles du CMA	2	2	2	2	2	MCD	ECD AGENTS DU CMA	2 000 000	Fonds propres
	Organiser les rencontres trimestrielles ECD-SUS-SUT-CUS	4	4	4	4	4	MCD	ECD SUS/SUT CUS	1 150 000	Fonds propres
	Organier les rencontres ECD-SYNDICAT	2	2	2	2	2	MCD	ECD SYNDICAT	PM	Fonds propres
	Tenir hebdomadairement les réunions ECD	52	52	52	52	52	MCD	ECD	PM	Fonds propres
	Organiser une journée d'excellence du district	1	1	1	1	1	MCD	ECD SUS/SUT ICP	3 600 000	Fonds propres
	Tenir le comité provincial de gestion de riposte aux épidémies (CPGE) une fois par trimestre	4	4	4	4	4	HAUT COMMISSAIRE	ECD	PM	Fonds propres

Domaine de la planification sanitaire	Elaborer chaque année un plan d'action du district	1	1	1	1	1	MCD	ECD	1 125 000	Fonds propres
	Tenir une session d'évaluation du PA	2	2	2	2	2	MCD	ECD	PM	Fonds propres
	Participer aux sessions d'allocation et de réallocation du PA	2	2	2	2	2	MCD	ECD	4 235 000	BE
Domaine du recouvrement financier	Effectuer les contrôles matières et financières des formations sanitaires	2	2	2	2	2	MCD	RAF RPLMPT	19 740 800	Fonds propres
Domaine de l'offre et du suivi des soins	Assurer la maintenance curative et préventive des réfrigérateurs PEV des 45 CSPS	2	2	2	2	2	MCD	RPEV RAF	10 000 000	GAVI
	Organiser semestriellement un contrôle de qualité (DQS) des données de vaccination district	2	2	2	2	2	MCD	RPEV	4 965 800	GAVI
	Organiser des ateliers trimestriels de validation de données au niveau du DS avec l'appui de la DRS	4	4	4	4	4	MCD	ECD OBC RCDT	PM	FM PALU
	Organiser des ateliers trimestriels de validation de données au niveau du DS avec l'appui de la DRS (OBCE)	4	4	4	4	4	MCD	ECD OBC	14 278 000	FM PALU
Domaine de l'offre et du suivi des soins	Tenir des rencontres semestrielles au niveau des DS entre acteurs intervenants	2	2	2	2	2	MCD	RPEV RAF	2 100 000	FM TB

	dans la PEC des patients coinfectés TB VIH									
	Participer à l'atelier régional pour le bilan de la planification de la lutte contre la tuberculose	2	2	2	2	2	MCD	ECD RAF OBC	7 805 900	FM TB
	Tenir une rencontre bilan sur la surveillance des MPE et des événements inhabituels	2	2	2	2	2	MCD	RCDT	4 385 900	FM PALU
	Participer à 02 sessions de validation des données PEV/CISSE	2	2	2	2	2	MCD	ECD	1 370 000	BE
Développement des stratégies de communication	Elaboration du plan intégré de communication pour la promotion de la santé dans le district sanitaire de Houndé 2023-2027	X					MCD	RCISSE RPEV	PM	
	Elaboration de la stratégie de communication en faveur de la vaccination 2023-2027		X				MCD	ECD	PM	
	Elaboration de la stratégie de communication en faveur de la santé sexuelle et reproductive des femmes 2023-2027		X				MCD	ECD	PM	
	Elaboration de la stratégie de communication en faveur de la nutrition maternelle et infantile 2023-2027		X				MCD	ECD	PM	

	Elaboration de la stratégie de communication pour la promotion de l'hygiène et assainissement 2023-2027		X				MCD	ECD	PM	
Masse média	Renforcement des connaissances des professionnels des médias sur les thématiques prioritaires du district	X					MCD	ECD	353 000	Fonds propres
	Réalisation des émissions radiophoniques sur les thématiques prioritaires du district	X	X	X	X	X	MCD	ECD	2 500 000	Fonds propres
	Organiser des campagnes médiatiques sur les maladies prioritaires du district	X	X	X	X	X	MCD	ECD	PM	FM/UNICEF/OMS
Activités de plaidoyer	Atelier de plaidoyer auprès des différents leaders sur la santé des population						MCD	ECD	476 020	Fonds propres
	Réalisation des visites de plaidoyer auprès des autorités locales						MCD	ECD	400 000	Fonds propres
Documents à imprimer	Plan intégrée de communication pour la promotion de la santé dans le district sanitaire de Houndé 2023-2027	X					MCD	ECD	PM	
	Stratégie de communication en faveur de la vaccination 2023-2027	X					MCD	ECD	PM	

	Stratégie de communication en faveur de la nutrition maternelle et infantile 2023-2029	X					MCD	ECD	PM	
	Stratégie de communication pour la promotion de l'hygiène et assainissement 2023-2027	X					MCD	ECD	PM	
	Guide du leaders coutumier et religieux sur la promotion de là de la santé	X					MCD	ECD	PM	
Activités de stratégies avancées	Organiser des campagnes de proximité pour la sensibilisation en faveur thématiques prioritaire du distric (VBG, SSR, etc)	X	X	X	X	X	MCD	RAF	PM	
Besoin en logistique roulante	Quatre roues	1	0	1	2	0	MCD	RAF	120 000 000	BE
	Deux roues	10	10	10	10	10	MCD	RAF	10 000 000	Collectivités
Infrastructures sanitaires	CSPS complète de Balla	X					MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
	CSPS complète de Darsalamy	X					MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
	DMEG CSPS Sara	X					MCD	RAF	105 000 000	Collectivités
	DMEG Maro	X					MCD	RAF	105 000 000	Collectivités
	Salle de Mise en observation Dohoun et Kari	X				X	MCD	RAF	13 000 000	Collectivités
	CSPS Fing	X				X	MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
	Dépôt MEG du CSPS de Pana	X				X	MCD	RAF	105 000 000	Collectivités
	Logement d'infirmier au CSPS de Founzan et Kouloho		x				MCD	RAF	50 000 000	Collectivités

Clôture des CSPS de Founzan et Kouloho		X				MCD	RAF	100 000 000	Collectivités
Dépôt MEG des CSPS Kovio et Yéhoun		x				MCD	RAF	210 000 000	Collectivités
02 Incinérateurs Nahi et Yéhoun		x				MCD	RAF	30 000 000	Collectivités
Salle d'isolement à Founzan et Nahi			x			MCD	RAF	13 000 000	Collectivités
6 Salle d'hospitalisation (Sauf CSPS Founzan)	x				X	MCD	RAF	39 000 000	Collectivités
Dépôt MEG au CSPS de Kovio	x				X	MCD	RAF	105 000 000	Collectivités
Latrine au CSPS de Kovio	X				X	MCD	RAF	3 500 000	Collectivités
CSPS complète à Dankari,	x					MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
CSPS complète au Secteur 03,	X					MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
CSPS complète à Tiombio,	X					MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
Construction d'un Bloc opératoire CMA			X MSV			MCD	RAF	50 000 000	MSV
Unité d'Ondoto-stomatologie CMA		x				MCD	RAF	45 000 000	Collectivités
Morgue CMA Houndé	X					MCD	RAF		Collectivités
Incinérateur CSPS Urbain, Kari, Bohokari, Bouéré						MCD	RAF	60 000 000	Collectivités
Clôture du CSPS Urbain						MCD	RAF	50 000 000	Collectivités
Maternité au CSPS de Indini	X					MCD	RAF	35 000 000	Collectivités
CSPS complet à Bonzan Pougouli	X					MCD	RAF	80 000 000	Collectivités
Construction d' Incinérateurs dans chaque CSPS			x			MCD	RAF	600 000 000	Collectivités

	Construction d'un CSPS complet à Kongolékan		X				MCD	RAF	40 000 000	Collectivités
	Clôture du CM de Koumbia				X		MCD	RAF	50 000 000	Collectivités
	Réhabilitation Logement ICP Boni		X				MCD	RAF	9 000 000	Collectivités
	Réhabilitation de 03 logements (Founzan, Kouloho et Kovio	x					MCD	RAF	9 000 000	Collectivités
	Réhabilitation CSPS Kovio	x					MCD	RAF	15 000 000	Collectivités
	Entretien de bâtiment CSPS commune Houndé	X					MCD	RAF	15 000 000	Collectivités
	Réhabilitation de CSPS commune Houndé	X					MCD	RAF	15 000 000	Collectivités
	Réhabilitation DRD			X			MCD	RAF	9 500 000	Fonds propres
	Réhabilitation CSPS Poa	X					MCD	RAF	15 000 000	Collectivités
	Réhabilitation de la maternité de Pê		X				MCD	RAF	35 000 000	Collectivités
	Réfection du dispensaire de Koumbia	X					MCD	RAF	35 000 000	Collectivités
	Réfection de la Maternité Sébédougou		X				MCD	RAF	35 000 000	Collectivités
Matériel informatique	Ordinateur portable	2	4	4	0	0	MCD	RAF	MCD	RAF
	Ordinateur de bureau	0	3	3	0	0	MCD	RAF	MCD	RAF
	Rétroprojecteur	2	0	1	0	0	MCD	RAF	MCD	RAF

	Photocopieuse		0	1	0	0	MCD	RAF	MCD	RAF
Autres services	Fourniture et Equipement (Produit d'entretien, Matériel de Protection, Produit informatique et périinformatique, mobilier de bureau, carburant et lubrifiant, médicaments réactifs et consommables médicaux	X	X	X	X	X	MCD	RAF	MCD	RAF
	Prestation de service (Nettoyage de bâtiment, gardiennage, nourriture des malades, assurance des véhicules, entretien véhicule, entretien des équipement médico technique, entretien autre équipement et installation	X	X	X	X	X	MCD	RAF	MCD	RAF
	Coût total :								6 477 311 340	

VIII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

Gestion des risques

La gestion des risques est un processus important dans la bonne exécution du PA. Ainsi, on pourrait élaborer des stratégies pour éviter ou réduire les risques

Tableau 30 : Gestion des risques

Risques majeurs	Stratégies d'atténuation du risque	Activités pour l'atténuation du risque
Rupture des MEG à la CAMEG	Recours à d'autres fournisseurs	Adresser une demande d'autorisation à la DRSHP-HBS
Fermeture de FS pour risque d'insécurité	Redéploiement de personnel dans d'autres formations sanitaires	Prendre des notes de redéploiement en fonction du risque dans la FS
Manque de financement	Recherche de nouveaux partenaires, utilisation des fonds propres dans la mesure du possible	Faire un plaidoyer auprès des partenaire financiers locaux
Ruptures des intrants	Recours à d'autres fournisseurs	Adresser une demande d'autorisation à la DRSHP-HBS
Rupture de vaccins, CDF	Rattrapage des enfants manquées lors des vaccinations	Organiser une campagne de rattrapage des enfants non vaccinés
Le non renouvellement des COGES	Poursuite des activités avec les anciens membres	Faire un plaidoyer auprès des PDS pour le renouvellement des COGES

Conclusion

L'élaboration du PDSD de Houndé a connu la participation active des différentes parties prenantes. Elle intervient dans un contexte marqué par des crises d'ordre sécuritaire, économie et sanitaires sans précédentes. Une analyse sans complaisance de la situation des cinq dernières années nous a permis d'identifier sept priorités pour les cinq années à venir. A travers ces priorités nous avons déterminé des produits à atteindre par la mise en œuvre des activités.

L'exécution du plan permettra une amélioration des indicateurs du district ce qui est synonyme de l'amélioration de l'état de santé des populations couvertes. Pour ce faire l'accompagnement des partenaires techniques et financiers est d'une impérieuse nécessité.

DOCUMENTS DE REFERENCE

- PNS
- PNDES
- Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS
- Directives de planification 2022
- PA des 05 dernières années
- Autres documents de planification stratégique des autres programmes de santé (Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, plan stratégique PEV, plan stratégique paludisme, plan stratégique nutrition, Plans de renforcement de la DGESS, de la DRH et de la DAF, etc.).

ANNEXES DU PDSD 2022-2025

Tableau 31 : Analyse FFOM de l'environnement externe

Orientation stratégique du SNDS 2021-2025	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de COGES dans toutes les FS ; - L'existence des cadres statutaires (CSD, CPGE, ECD/ICP, ECD/ICP/ COGES, AG du CMA) - Participation aux cadres statutaires régionaux (CODI, CTRS) - Respect de l'approche genre dans les COGES des CSPS 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de compétence de certains membres COGES ; - La non disponibilité de certains membres COGES ; - L'irrégularité des AG ; - Les mandats de la plus part des membres COGES sont expirés - L'irrégularité de la tenue de certains cadres statutaires par manque de financement - L'absence de récépissé des COGES dans de nombreuses formations sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement des mairies dans la gestion des CSPS et COGES. - Disponibilité des autorités administratives pour l'accompagnement du district dans la mise en œuvre des activités - Existence d'une veille citoyenne sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de financement de la tenue des cadres statutaires; - L'insuffisance de la motivation des membres COGES.

Orientation stratégique du SNDS 2021-2025	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> - Le faible niveau d'instruction des membres COGES. - L'absence de cadre fonctionnel pour recueillir les plaintes ; - L'insuffisance d'émissions radiophoniques interactives sur la santé ; 		
<p>OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les formations sanitaires respectent les normes en personnel - La plupart des profils est fournie (Gynécologue, médecin, ASOG, attachés de santé...) - Existence de formation continue du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - La mobilité du personnel liée aux affectations, aux concours professionnels ; - La charge élevée du travail ; -Le stress du personnel lié à l'insécurité dans les centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Le recrutement et affectation continue des agents dans le district par l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insécurité.
<p>OS3 : augmentation de l'utilisation des services de santé et</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La disponibilité des médicaments essentiels génériques 	<ul style="list-style-type: none"> - Le rayon moyen théorique reste en deça des normes (6.78 km en 2022) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - L'appui constant des OBC 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insécurité entraînant l'interruption

Orientation stratégique du SNDS 2021-2025	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)	<ul style="list-style-type: none"> et autres produits de santé; - L'existence des compétences ; - Le taux d'utilisation des services de santé est élevé (plus de 1 contact/hbts/an) ; - Mise en œuvre effective de la gratuité de soins au profit des enfants, des femmes enceintes et en accouchement ; - Réfections périodiques des infrastructures des structures de soins - L'organisation des campagnes de masse (CPS, campagne MILDA, JVA+ SNPF, MIRAMA, etc). - Prise en charge gratuite des cas de 	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture fréquentes en produits sanguins labile, en médicaments essentiels génériques, en vaccins et autres produits spécifiques. - L'exiguïté du bloc opératoire du CMA de Houndé - Vétusté des certaines structures de soins - Absence de maternité au CSPS de Indini 	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence des partenaires technique et financiers - L'appui constant de certains partenaires (MSV, Medicus Mundi Sur, TdH...) - 	<ul style="list-style-type: none"> momentanée des soins ; - L'influences négatives ou préjugés de certains leaders d'opinion, surtout pour la vaccination et la planification familiale. -

Orientation stratégique du SNDS 2021-2025	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	malnutrition dans toutes les formations sanitaires			
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	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication des ASBC dans le dépistage et la référence des malnutris ; - Sport - La participation des OBC et des associations dans la sensibilisation ; - Mise en œuvre de la SNPF chaque année ; - Gratuité de la PF depuis juillet 2020 ; - Disponibilité gratuite des intrants de prise en charge : ATPE, lait thérapeutique, médicaments... 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistance des défécations à l'aire libres dans les villages du district ; - Niveau d'hygiène de la ville et des villages n'est pas satisfaisant ; - Faible prévalence contraceptive ; - Le taux de mortalité maternel reste élevé dans le district ; - Insuffisance de formation continue des ASBC et des agents de santé sur la prise en charge de la malnutrition aiguë 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de partenaires œuvrant dans la thématique ; - Existence de médias pour la communication sur la problématique 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistance des pesanteurs socio-culturelles sur la promotion de la santé ; - Afflux massif des personnes déplacées internes - Exode rurale, forte natalité

Orientation stratégique du SNDS 2021-2025	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une équipe d'intervention rapide formée à la gestion des situations d'urgence sanitaire ; - Existence de personnel en système de gestion des incidents ; - Formation du personnel sur la surveillance des événements inhabituels en communauté ; - Existence d'une équipe cliniques expérimentée et pluridisciplinaire ; - Disponibilité des ambulances pour les évacuations sanitaires - Existence d'un centre de référence fonctionnel comprenant, un 	<ul style="list-style-type: none"> - Site d'isolement en mauvais état ; - Absence de ressources dédiées à la gestion des urgences sanitaires. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des autorités administratives, des partenaires et le niveau central et régional. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Le district est traversé par la Route nationale N°1, ceci entraîne des accidents souvent très grave et même mortel ; - Prolifération des sites miniers et d'orpaillage avec utilisation des produits toxiques comme le cyanure, mercure, etc. -

Orientation stratégique du SNDS 2021-2025	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	laboratoire équipé, un bloc opératoire fonctionnel et des unités d'hospitalisation.			

Tableau 32: Analyse des problèmes

Problèmes	Causes	Conséquences
<p>Le leadership, la gouvernance et le management sont insuffisant dans le district sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Irrégularité de la tenue des réunions statutaires (CSD, CPGE) - Seulement 01 membre ECD est formé en gestion de district -Tous les membres ECD non médecin ne sont pas formés en gestion de district -seulement 01 membre ECD est formé en Planification Axée sur les Résultats -l'irrégularité de la tenue des réunions ECD-TPS ; -Non régularité dans la tenue des AG, réunions COGES ; -Absence de supervision et de contrôle des structures sanitaires privées par l'ECD 	<ul style="list-style-type: none"> -la prise tardive des décisions -la capacité managériale limitée des membres ECD - Insuffisance dans la planification des activités - Le dysfonctionnement des services - La démotivation du personnel - L'insuffisance de coordination des activités des TPS -La persistance des problèmes communautaires -Le dysfonctionnement de certains services -La Sous-utilisation des services par la communauté -Faible capacité financière des structures sanitaires -Le non-respect directives en matière d'offre des soins des structures sanitaires privées
<p>L'offre de soins de qualité est</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de compétences de certains agents dans la prise en charge de certaines pathologies 	<ul style="list-style-type: none"> -morbidité et mortalité dans les centres de santé -Non satisfaction des usagers

<p>insuffisante dans le District</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance de médecins spécialistes -Rupture de certains médicaments essentiels et autres produits de consommation (PSL) -Non tenue des monitorages des activités cliniques et communautaire ; -Mauvais accueil des Usagers par certains agents -Faible analyse des contre-références reçues par les équipes de santé ; -Insuffisance d'activités spécifiques de promotion de santé en faveur des jeunes et adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible fréquentation des FS -L'image de marque de la FS affectée
<p>La mise en œuvre des activités de la santé de santé communautaire est faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance dans le dépistage, la prise en charge et le suivi des malades en communauté -Rupture des outils de collectes des données -Insuffisances dans le rapportage et la transmission des données -Non mise en œuvre de la PCIME communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Mortalité en communauté -Surcharge des FS par les malades pouvant être pris en charge au niveau communautaire
<p>Les services de nutrition dans le District ne sont pas de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sous dépistage des MAM -Absence d'intrants de PEC des MAM (plumpy sup) -Insuffisance des intrants lors campagnes JVA -Insuffisances dans le suivi des malnutris 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de cas de MAS -Mortalité liée à la malnutrition -Augmentation des dépenses des ménages

		-Persistance des maladies liées aux carences nutritionnelles
L'implication des communautés dans les activités de santé n'est pas satisfaisante	<ul style="list-style-type: none"> -Faible motivation des communautés -faible engagement des leaders communautaires -Insuffisance de communication des agents de santé -Méconnaissance de leur rôle dans les activités de santé 	<ul style="list-style-type: none"> -échec des stratégies impliquant la communauté -insuffisance dans l'utilisation des services de santé - baisse de qualité des soins de santé
L'implication des collectivités territoriales dans la gestion des FS n'est pas satisfaisante	Appropriation insuffisante des problèmes sanitaires par les collectivités territoriales	<ul style="list-style-type: none"> -Mauvaise planification des besoins des FS -Non prise en compte des besoins réel dans les dotations -vétusté et insuffisances en matériel médicotechnique et de la logistique -Vétusté des infrastructures -baisse de qualité des soins de santé
La fonctionnalité des COGES des FS n'est pas satisfaisante	<ul style="list-style-type: none"> -Expiration des mandats des COGES -Absence de formation au profit des membres COGES -Démission de certains membres COGES -Démotivation de certains membres 	<ul style="list-style-type: none"> -Irrégularité des réunions COGES -Insuffisance dans le fonctionnement des FS -échec des stratégies impliquant la communauté -insuffisance dans l'utilisation des services de santé -Faible mobilisation communautaire

	-Absence de formalisation des COGES par un récépissé	
Les réponses du système de santé face aux urgences et catastrophes ne sont insuffisantes	-Faible fonctionnement du mécanisme de gestion des épidémies et autres catastrophes à échelle provinciale -Non tenue régulière des différents comités de gestion des épidémies (CPGE, CCGE,)	-insuffisance dans la coordination de la riposte contre les MPE -Faible implication communautaire et des autorités à la gestion des épidémies
Le personnel est en nombre et en qualité insuffisant	-départ continue du personnel -Insuffisance dans la formation continue	-charge de travail élevé -non réalisation de certaines prestations -certaines FS ne répondent pas aux normes requises en personnel de santé
La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles n'est pas satisfaisante	-Non-respect des mesures préventives des MNT et maladies transmissibles -faible Capacité de stockage au niveau du dépôt PEV district et dans certaines FS -Persistance des enfants non vaccinés -Faible adhésion des conjoints au dépistage VIH	-Persistance des maladies transmissibles et non transmissibles dans le district -Mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles dans le district -Faible taux de dépistage de certaines maladies d'intérêt spécifique (COVID, HTA, Diabète, VIH)
Les infrastructures sont vétustes peu adaptées et ne sont pas sécurisées	-Infrastructures sanitaires incomplètes dans certaines FS : l'unité d'odontologie au CMA, toutes les FS ne sont pas clôturées en dehors du CSPS de KIERE et du CMA, le DRD et le bloc opératoire non conformes aux normes et exigus, deux CSPS non fonctionnels	-Baisse de la qualité des soins -insuffisance dans l'entreposage des médicaments et autres produits de santé -augmentation du taux des suppurations post opératoires

<p>Le matériel médicotechnique et autres matériels sont en quantité et en qualité insuffisantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> -insuffisance en tables d'accouchement ; - 27 FS ne disposent pas de réfrigérateurs solaires -insuffisance en matériels médicotechniques dans certaines FS : boîtes d'accouchement, boîtes d'insertion d'implants, ... -les sorties de maintenance préventive ne sont pas effectives ; - le matériel informatique et les mobiliers de bureau du siège du district sont insuffisants 	<ul style="list-style-type: none"> -Baisse de la qualité des soins -Augmentation des infections associées aux -soins -Panne récurrente des appareils
<p>La disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) n'est pas satisfaisante</p>	<ul style="list-style-type: none"> -insuffisance dans la gestion des stocks dans certaines FS; -insuffisance dans la réalisation des contrôles internes, -absence de contrôle et d'inspection des dépôts pharmaceutiques privés -faible capacité de stockage du DRD et du Dépôt PEV 	<ul style="list-style-type: none"> -Baisse de la qualité des soins -insuffisance dans la prise en charge des cas -Faible disponibilité des MEG et produits de santé

<p>le système d'information sanitaire n'est pas suffisamment performant</p>	<ul style="list-style-type: none"> -insuffisance de remplissage des supports de collecte des données dans certaines FS y compris les ASBC ; -insuffisance de tenue d'ateliers de validation des données sanitaires ; -faible analyse et interprétation des données sanitaires par certaines FS -Insuffisance dans le remplissage des fiches de références/Evacuations -Insuffisance dans la rédaction et la transmission des contre références 	<ul style="list-style-type: none"> -insuffisance de la qualité de certaines données sanitaires -insuffisance de formation continue à travers la contre-référence
<p>les capacités de l'ECD dans la recherche est faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La plupart des membres ECD ne sont pas formés à la rédaction scientifique -Manque de financement pour les thèmes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> -persistance de certains problèmes de santé récurrents -Baisse des performances du DSH
<p>La gestion des ressources financières en faveur de la santé est insuffisante dans les FS</p>	<ul style="list-style-type: none"> -insuffisance dans la mobilisation des ressources par les collectivités pour les activités de santé -insuffisance dans la gestion des fonds par les COGES (tenue des outils de gestion), - Faible mise en œuvre des recommandations issues des contrôles dans les FS 	<ul style="list-style-type: none"> -rupture fréquente en médicaments et consommables médicaux -retard de la prise en charge des malades

	- Non élaboration des budgets prévisionnels par les COGES au niveau des FS	
L'accessibilité financière des populations aux soins de santé n'est pas satisfaisante	-non prise en compte de toutes communes du district dans la mise en œuvre de l'AMU	-baisse de la fréquentation des formations sanitaires -retard de la prise en charge des malades
Insuffisance en logistique roulante	-vétusté du parc auto (ambulances, véhicules de supervision) -insuffisance dans la maintenance des ambulances dans les communes - statut et motivation des ambulanciers non définis	-immobilisation des ambulances -retard des évacuations sanitaires - survenue des décès avant l'évacuation