MINISTÈRE DE LA SANTE BURKINA FASO

ET DE L’HYGIÈNE PUBLIQUE

-=0=0=0=0=0=0=0=- ***U****nité* ***– P****rogrès* ***– J****ustice*

**RÉGION DES HAUTS-BASSINS**

-=0=0=0=0=00=0=-

**DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTE**

**ET DE L’HYGIÈNE PUBLIQUE**

-=0=0=0=0=00==-

**01 BP 1508 Bobo-Dioulasso 01**

**Tél : 20 98 13 62 /20 97 14 21**

[secretariatDRSHPhbs@gmail.com](mailto:secretariatDRSHPhbs@gmail.com)

PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA REGION DES HAUTS-BASSINS 2023-2027

***MARS 2023***

# 

**PRÉFACE**

Le Burkina Faso s'est engagé depuis les années 1980 à réformer son système de santé pour mieux faire face à de nombreux défis en matière de santé de la population. Pour faire face à ces défis, le ministère de la santé mène une planification sectorielle pour répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du Burkina Faso. Ainsi, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 a été élaboré. Il contient cinq orientations stratégiques sur les priorités du pays.

Afin d'être précis en termes de priorités, tout en restant dans les orientations du PNDS, la région des Hauts-Bassins a élaboré un Plan Régional de Développement Sanitaire (PDSR) 2023-2027.Le PDSR 2023-2027 s'inscrit dans une perspective de relèvement des défis et de contribution à l'atteinte des objectifs du PNDS. Le plan a été élaboré selon une approche participative avec la participation de tous les acteurs des différents secteurs. Il a pour objet de mettre en œuvre le PNDS dans la région.

Le PDSR est un document de référence pour tous les acteurs du secteur de la santé. Le document décrit les besoins réels en matière de santé de la population de la région. Il reste un guide, une véritable référence dans cette situation de résilience. Je continue de croire que ce document fournit aux participants toutes les orientations nécessaires pour coordonner leurs interventions afin d'atteindre les résultats souhaités.

Aussi, j'exhorte chacun à s'en approprier et à contribuer à sa mise en œuvre.

Le Gouverneur

Mariama KONATE/GNANOU

Administrateur civil

Officier de l’ordre de l’étalon

TABLE DES MATIERES

[PRÉFACE 2](#_Toc150154637)

[LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5](#_Toc150154638)

[LISTE DES TABLEAUX 6](#_Toc150154639)

[LISTE DES FIGURES 7](#_Toc150154640)

[RÉSUMÉ 8](#_Toc150154641)

[LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 9](#_Toc150154642)

[LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 11](#_Toc150154643)

[LISTE DES ANNEXES 11](#_Toc150154644)

[INTRODUCTION 13](#_Toc150154645)

[CONTEXTE ET JUSTIFICATION 13](#_Toc150154646)

[PROCESSUS D’ÉLABORATION DU PDSR 14](#_Toc150154647)

[I. GENERALITES SUR LA REGION 14](#_Toc150154648)

[**1.1.** **Données administratives** 14](#_Toc150154649)

[**1.2.** **Données géographiques** 15](#_Toc150154650)

[**1.3.** **Données démographiques** 15](#_Toc150154651)

[**1.4.** **DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES** 19](#_Toc150154652)

[**1.5.** **DONNEES SOCIOCULTURELLES** 20](#_Toc150154653)

[**1.6.** **Situation sécuritaire et humanitaire** 20](#_Toc150154654)

[**1.7.** **Organisation du système sanitaire de la région** 21](#_Toc150154655)

[**1.8.** **Partenaires intervenant dans la région** 23](#_Toc150154656)

[**1.9.** **Profil épidémiologique** 27](#_Toc150154657)

[II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA REGION 28](#_Toc150154658)

[**2.1. Profil sanitaire** 28](#_Toc150154659)

[III. CADRE DE PROGRAMMATION DU PDSR 67](#_Toc150154660)

[**3.1.** **Fondement** 67](#_Toc150154661)

[**3.2.** **Vision** 68](#_Toc150154662)

[**3.3.** **Valeurs et principes directeurs** 68](#_Toc150154663)

[**3.4.** **OBJECTIF GENERAL** 70](#_Toc150154664)

[**3.5.** **RESULTATS** 71](#_Toc150154665)

[**3.6.** **DETERMINATION DES STRATEGIES** 75](#_Toc150154666)

[**3.7.** **CADRE LOGIQUE** 91](#_Toc150154667)

[**3.8.** **ELABORATION DES ACTIVITES** 105](#_Toc150154668)

[PLANIFICATION OPERATIONNELLE DES ACTIVITES DU PDSR 105](#_Toc150154669)

[IV. DISPOSITION DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-ÉVALUATION 121](#_Toc150154670)

[**4.1.** **DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE** 121](#_Toc150154671)

[**4.2.** **Dispositif de coordination de suivi et d’évaluation** 122](#_Toc150154672)

[V. BUDGETISATION ET FINANCEMENT DU PDSR 124](#_Toc150154673)

[**5.1.** **Mécanisme de financement** 124](#_Toc150154674)

[**5.2.** **Estimation des coûts** 125](#_Toc150154675)

[**5.2.1.** **Cadrage budgétaire** 125](#_Toc150154676)

[**5.2.2.** **Hypothèses de calcul des coûts des interventions** 125](#_Toc150154677)

[**5.2.3.** **Tendances et besoins financiers globaux** 127](#_Toc150154678)

[**6.1.** **Estimation des gains de productivité** 133](#_Toc150154679)

[**III.3.1.4. Scénarii de financement du PDSR 2023-2027** 133](#_Toc150154680)

[VII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES 135](#_Toc150154681)

[CONCLUSION 138](#_Toc150154682)

[ANNEXES 139](#_Toc150154683)

# **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

# **LISTE DES TABLEAUX**

* Tableau I : Répartition des populations cibles en 2023 par district dans la région sanitaire des Hauts-Bassins
* Tableau II : Évolution de la population par groupe cible au cours des cinq dernières années
* Tableau III : la cartographie des intervenants de la région
* Tableau IV : Situation des cas et des décès de la méningite, de rougeole et de COVID-19 de 2020 à 2022 dans la région

###### Tableau : Situation des dix (10) premières causes de consultation dans les formations sanitaires de la région en 2022

* Tableau V : Situation des formations sanitaires publiques par localité et leur accessibilité géographique
* Tableau VI: Situation des structures sanitaires privées par district
* Tableau VII : état des infrastructures publiques de la région
* Tableau VIII : Situation du matériel informatique et péri-informatique
* Tableau IX : Situation du matériel de la chaîne de froid par structure
* Tableau X: Situation du matériel médico-technique
* Tableau XI: Situation du matériel et équipements de bureau
* Tableau XII : Situation du matériel roulant
* Tableau XIII : Situation des ressources humaines
* Tableau XIV: Etat de mise en œuvre des activités du PA 2018 à 2022 de la région
* Tableau XV : Bilan financier au cours de 5 dernières années par structure
* Tableau XVI : Bilan financier au cours de 5 dernières années par OS
* Tableau XVII : Bilan financier au cours de 5 dernières années selon les sources de financement
* Tableau XVIII : Evolution de la capacité financière et créances des DRD
* Tableau XIX : Évolution des indicateurs de performances au cours des 5 dernières années dans la région
* Tableau XX: Analyse des parties prenantes de la région sanitaire des Hauts-Bassins
* Tableau XXI : Resultats
* Tableau XXII : Détermination des stratégies
* *Tableau XXIII : Correspondance entre orientations stratégiques, entre les produits et effets*
* *Tableau XXIV : Produits et Effets par orientations strategique*
* Tableau XXV : Cadre logique
* *Tableau XXVI :  Planning des activités par effet, par produit*
* Le tableau XXVII suivant présente les prévisions budgétaires annuelles détaillées par orientation stratégique et année
* Tableau XXVIII : Evolution du budget du budget par structure et par an
* Tableau XXIX : Budget estimatif du PDSR 2023-2027 par scénario
* Tableau XXX : gestion des risques au niveau de la région sanitaire

# **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Proportion par an des prévisions budgétaires du PDSR

Figure 2 : répartition du budget par orientation stratégique

Figure 3 : répartition du budget par structure

# **RÉSUMÉ**

L’élaboration du plan du développement sanitaire de la région des Hauts-Bassins 2023-2027 a été faite de manière participative avec la contribution de toutes les parties prenantes de la région. L’objectif général du plan est d’améliorer l’état de santé des populations dans la région des Hauts bassins. L’analyse de la situation a permis de retenir neuf (9) problèmes prioritaires : (1) la performance du leadership et de la gouvernance n’est pas satisfaisante : (2) le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente ; (3) La gestion et l’utilisation de l’information sanitaire sont peu performantes ; (4) la gestion des ressources humaines n’est pas performante ; (5) les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants ; (6) les produits de santé (y compris les PSL) sont peu accessibles ; (7) les prestations de services de santé et de nutrition restent insuffisantes et de faible qualité à tous les niveaux de soins et en particulier les groupes vulnérables ; (8) l’adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est faible ; (9) Le système de gestion des urgences de santé publique n’est pas performant. Des produits et des stratégies ont été identifiés pour chacune des cinq (5) orientations stratégiques qui sont : (1) le 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 ; (2) le développement des ressources humaines pour la santé ; (3) 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) ; (4) l’adoption par la population d’un mode de vie et des comportements favorables à la santé et à l’accélération de la transition démographique ; et (5) l’amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires. Au total sept (7) effets et un impact ont été retenus à partir de l’analyse situationnelle et en s’inspirant de directives de planification et du PNDS.

Au regard des problèmes prioritaires retenus et à partir des stratégies, des activités innovantes ont été identifiées de manière consensuelle dans le but d’atteindre les résultats attendus. Des instruments ont été mis en place pour la mise en œuvre et le suivi-évaluation du plan.Le coût global du PDSR est de l’ordre **de 503 713 660 165** de FCFA.

# **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

AA : Accoucheuse auxiliaire

ACT : Combinaison à base d’Artémisinine

AEPS : Adductions d’eau potable simplifiées

AIS : Agent itinérant de santé

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

BE : Budget de l’Etat

CDT : Centre de diagnostic et de traitement

CHUSS : Centre hospitalier universitaire Sourô Sanou

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CMLS : Comité ministériel de lutte contre le Sida

CNLS : Conseil national de lutte contre le Sida

CORESUR : Comité régional de secours d’urgence

CREN : Centre de récupération nutritionnel

CRLAT : Centre régional de lutte anti tuberculeuse

CSD : Conseil de santé de district

CSLS : Cadre stratégique de lutte contre le sida et les IST

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

CTRS : Comité technique régional de la santé

DS : District sanitaire

DBC : Distribution à base communautaire

DRD : Dépôt répartiteur de district

DRH : Direction des ressources humaines

DRSHP HBS : Direction régionale de la Santé des Hauts-Bassins

ECD : Équipe cadre de district

EDS : Enquête démographique et de santé

EICVM : Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages

ENSP : École nationale de sante publique

FAP : Femme en âge de procréer

FS : Formation sanitaire

HKI : Helen Keller international

HTA : Hypertension artérielle

IEC/CCC : Information éducation communication / communication pour le changement de comportement

IRSS : Institut de recherche en science de la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

JNV : Journées nationales de vaccination

MAM  : Malnutrition aigüe modérée

MCS : Méningite cérébro spinale

OBC-E : Organisation à base communautaire d’exécution

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Plan d’action

PADS : Programme d’appui au développement sanitaire

PAR : Planification axée sur les résultats

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l’enfant

PECM : Prise En Charge Médicale

PFA : Paralysie flasque aiguë

PMA : Paquet minimum d'activités

PNDSII : Plan national de développement sanitaire 2ème phase

PNS : Politique nationale de santé

PNT : Programme national tuberculeuse

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RAMS : Réseau d’appui aux mutuelles de santé

SIDA : Syndrome de l’immuno- déficience acquise

SLM : Service de lutte contre la maladie

SPS : Service de promotion de la santé

SR : Santé de la reproduction

TARV : Traitement anti rétro viral

TLOH : Télégramme Lettre Officielle Hebdomadaire

TNN : Tétanos néo natal

TPM + : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive

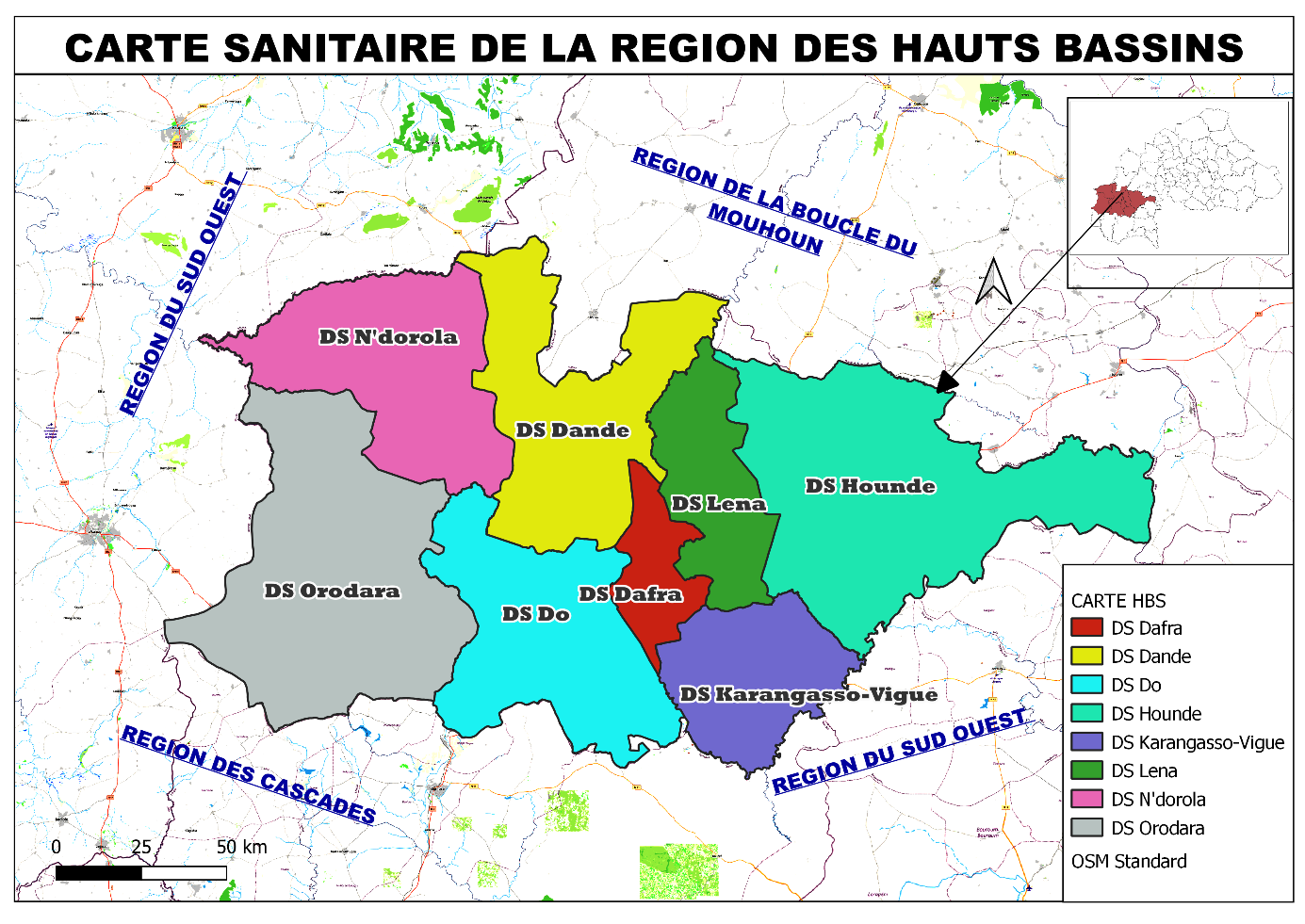
UNICEF : Fond des nations unies pour l’enfance

VIH : Virus de l’immuno- déficience humaine.

# **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

# **LISTE DES ANNEXES**

**Figure 1 : Carte sanitaire de la région des Hauts-Bassins**



# **INTRODUCTION**

La Direction Régionale de la Santé et de l’Hygiène Publique (DRSHP) des Hauts-Bassins (HBS) élabore son plan de développement sanitaire régional (PDSR) pour mettre en œuvre le plan national de développement sanitaire (PNDS 2021-2030). L’élaboration de ce Plan de Développement Sanitaire de la Région (PDSR) se fait en collaboration avec les Directions Centrales, les Équipes Cadres de Districts (ECD), les acteurs locaux et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) Le PDSR a été élaboré selon l’approche Gestion Axée sur les Résultats (GAR) conformément aux guides et directives d’élaboration des Plans Stratégiques (PS), PDSR, Plans de Développement Sanitaires des Districts (PDSD) et Projet d’ Etablissements Hospitaliers (PEH).

Le processus d’élaboration du PDSR a été participatif. Le présent PDSR s’articule autour des points suivants à savoir généralité sur la région, l’analyse de la situation sanitaire de la région, le cadre de programmation du PDSR, disposition de la mise en œuvre et de suivi évaluation, budgétisation et financement du PDSR, l’analyse de gestion des risques

# **CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Dans le but de contribuer à l’atteinte des objectifs de la Politique Sectorielle Santé 2018-2027, une meilleure planification et un suivi-évaluation axé sur les résultats s’avèrent nécessaires. Pour cela, l’élaboration du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, selon le concept, « un plan, un budget, un rapport » nécessite l’élaboration d’un plan de développement sanitaire de la région (PDSR) des Hauts Bassins. La région des Hauts-Bassins compte huit (08) districts sanitaires et un Centre Hospitalier Universitaire pour le secteur public, la médecine traditionnelle et le secteur privé. L’élaboration de ce PDSR tient compte des politiques et stratégies nationales et la gestion axée sur les résultats.

Les indicateurs en lien avec le PNDS à insérer

Dans le contexte actuel, l’élaboration de plans stratégiques sectoriels au niveau provincial et régional, s’impose. Le plan de développement sanitaire de la région (PDSR) est la traduction opérationnelle du PNDS au niveau intermédiaire. Il sera le document de référence pour les intervenants en matière de santé dans la région pour les 05 prochaines années.

Le processus d’élaboration de ce document est une planification systémique globale axée sur les résultats et un exercice participatif et inclusif prenant en compte l’équilibre du système.

En outre, son élaboration intervient dans un contexte humanitaire, où il est plus que jamais nécessaire d’élaborer avec les parties prenantes la réponse adaptée à la situation régionale.

# **PROCESSUS D’ÉLABORATION DU PDSR**

Le processus d’élaboration de ce présent PDSR s’est déroulée en 5 étapes :

Etape 1 : Phase préparatoire

* Réunion de démarrage
* Lancement officiel des activités d’élaboration du PDSR, des PDSD et PEH
* Mise en place du comité de pilotage du PDSR
* Mise en place de l’équipe d’appui aux districts
* Sortie d’appui dans les DS

Etape 2 : Analyse de la situation

* Collecte des données par l’équipe de rédaction
* Réception de l’analyse de la situation des districts
* Rédaction de l’analyse situationnelle au niveau régionale

Etape 3 : Détermination des problèmes prioritaires

Etape 4 : Atelier d’élaboration du PDSR

Sortie de validation technique des PDSD dans les 3 provinces de la région

Etape 5 : Atelier de validation et d’adoption du PDSR

# **GENERALITES SUR LA REGION**

**PRÉSENTATION DE LA RÉGION**

### **Données administratives**

La région des Hauts Bassins est subdivisée en trois (03) provinces (Houet, Kénédougou et Tuy), 33 départements, 33 communes dont trois urbaines (Bobo-Dioulasso, Houndé et Orodara). La commune de Bobo-Dioulasso qui abrite le siège de la DRSHP est subdivisée en 33 secteurs répartis dans sept (07) arrondissements. La région compte 483 villages administratifs et des hameaux de culture dont le nombre reste indéterminé et huit (08) Districts Sanitaires (DS) à savoir celui de Dafra, de Dandé, de Do, de Houndé, de Karangasso-Vigué, de Léna, de N’Dorola et de Orodara. La région dispose aussi d’un Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS), d’un Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS). Il convient de signaler la construction d’un deuxième CHU, d’un hôpital régional des forces armées et trois (03) CMA.

### **Données géographiques**

La région des Hauts-Bassins est située à l’Ouest du Burkina Faso et s’étend sur une superficie[[1]](#footnote-1) de 25 479 km², soit 9,4% du territoire national. Elle est limitée au Nord par la région de la Boucle du Mouhoun, au Sud par la région des Cascades, à l’Est par la région du Sud-ouest et à l’Ouest par la République du Mali.

Le relief est caractérisé par des plateaux, des plaines, des collines et des vallées. Le climat est tropical de type nord-soudanien1, marqué par une saison humide qui dure de quatre (04) à six (0 6)mois (Juin-novembre) et une saison sèche qui s'étend sur six (06) à huit (08) mois (décembre -mai). La végétation est composée essentiellement de savanes boisées et herbeuses.

Les températures moyennes annuelles sont comprises entre 17° C et 36° C. La région des Hauts-Bassins, située entre les isohyètes 900 et 1200 mm, est assez bien arrosée. La végétation de la région des Hauts-Bassins se caractérise par l’abondance de formations végétales à couverts fermés avec une forte présence d’un tapis herbacé graminéen. La région a deux importants fleuves permanents que sont le Mouhoun et la Comoé.

Le climat et la végétation sont favorables à la prolifération des vecteurs de maladies transmissibles telles que le paludisme, l’onchocercose, la filariose lymphatique, la trypanosomiase humaine, la schistosomiase et le trachome.

### **Données démographiques**

Avec un taux d’accroissement de 2,93% en 2023 la population totale de la région des Hauts-Bassins est estimée à 2 511 554 habitants en 2023 (RGPH 2019).

**Tableau I : Répartition des populations cibles en 2023 par district dans la région sanitaire des Hauts-Bassins**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISTRICT SANITAIRE** | **DAFRA** | **DANDE** | **DO** | **HOUNDE** | **KARAN-GASSO VIGUE** | **LENA** | **N'DOROLA** | **ORODARA** |
| POPULATION TOTALE | 488108 | 251546 | 743363 | 366214 | 136051 | 83250 | 167555 | 275467 |
| Naissances vivantes | 17 561 | 9 050 | 26 745 | 13 176 | 4 895 | 2 996 | 6 028 | 9 911 |
| 0-11 mois | 15 404 | 7 939 | 23 462 | 11 557 | 4 294 | 2 628 | 5 288 | 8 694 |
| 0-59 mois | 75089 | 39212 | 115879 | 57085 | 21209 | 12977 | 26119 | 42941 |
| 12-59 mois | 60 685 | 31 273 | 92 417 | 45 528 | 16 915 | 10 349 | 20 831 | 34 247 |
| FAR | 122 547 | 63 157 | 186 639 | 91 947 | 34 159 | 20 904 | 42 066 | 69 163 |
| Grossesses attendues | 22 469 | 11 580 | 34 220 | 16 858 | 6 263 | 3 833 | 7 713 | 12 681 |
| Accouchements attendus | 17 975 | 9 264 | 27 376 | 13 487 | 5 010 | 3 066 | 6 170 | 10 145 |

***Source : CISSE DRSHP HBS 2022***

Les principaux indicateurs démographiques de la région en 2022 étaient :

Le taux de natalité estimé à 45,74‰ ;

La proportion féminine 52% ;

Le taux d’urbanisation de la région 37,6% ;

La densité de la population 75,1 habitants au Km2 ;

Les taux de morbidité et de mortalité générale étaient respectivement de 27,8% et 2,7‰;

L’espérance de vie à la naissance estimée à 54,3ans ;

Le rapport de décès maternel: 146,07 pour 100 000 Naissances vivantes ;

Indice synthétique de fécondité: 5,8 en milieu rural et 4,5 en milieu urbain

Taille moyenne de la famille:

Le taux de mortalité néo-natal: 10,68 pour 1000.

La région connait un flux migratoire important en raison de sa situation géographique (carrefour commercial), de ses potentialités agricoles, minières, du contexte géopolitique avec les immigrés venus des pays voisins et la situation sécuritaire précaire avec des populations déplacées internes (PDI). A la date du 31 janvier 2023 on dénombrait dans la région à 66312 PDIs. selon le Conseil National de Secours d’Urgence et de Réhabilitions (CONASUR).

Le type d’habitation essentiellement utilisé par les ménages dans la région est la maison individuelle simple. En effet 74,0% des ménages de la région habitent dans des maisons individuelles simples. Il est suivi de 16,6% des ménages qui habitent dans des bâtiments à plusieurs logements, puis 5,5% dans des constructions de type villa

**Tableau II : Évolution de la population par groupe cible au cours des cinq dernières années**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Populations cibles** | **Années** | | | | |
| **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
|  | Population totale | 2 158 541 | 2 227 277 | 2 297 496 | 2 354 501 | 2 432 240 |
|  | Enfants de 6 à 11 mois | 30 219 | 31 181 | 32 164 | 37 231 | 37 900 |
|  | Enfants de 0 à 11 mois | 71 464 | 72 884 | 74 310 | 76 652 | 78 027 |
|  | Enfants de 0 à 5 ans | 340 811 | 348 031 | 355 386 | 299 328 | 384 322 |
|  | Femmes en âge de procréer | 537 364 | 556 217 | 575 640 | 587 143 | 608 429 |
|  | Grossesses attendues | 115 168 | 119 208 | 123 371 | 86 120 | 111 554 |
|  | Personnes âgées (50 ans et  plus) | 168 805 | 82 945 | 91 915 | 203 129 | 208 446 |

### **DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES**

Plusieurs unités de production de biens et de services marchands sont implantées dans la région. L’artisanat regroupe la vannerie, la menuiserie, la sculpture, la poterie et la teinture. Les activités industrielles et artisanales, en pleine croissance, constituent une source importante de revenus. Cependant, ce secteur contribue à la pollution de l’environnement. Les produits du secteur de l’agriculture sont constitués pour la plupart des cultures vivrières (maïs, riz et mil), des cultures de rente (coton et sésame), la production fruitière (mangues, agrumes, l’ananas, l’anacarde) les produits de contre saison (cultures maraichères) et les produits de l’élevage.

La région bénéficie d’importantes voies de communication. En effet, la ville de Bobo-Dioulasso est reliée aux autres capitales du monde par un aéroport international et aux pays limitrophes par des voies terrestres. La voie ferrée reliant Ouagadougou à Abidjan traverse la région de part et d’autre. Tous les chefs-lieux de provinces sont également reliés par des routes nationales.

La région, grâce à ses richesses hydriques, floristiques et son relief offre un potentiel touristique fort important. On y trouve des sites touristiques (la grande mosquée de Dioulassoba, les silures sacrés de Dafra, la marre aux hippopotames de Bala, la guinguette etc.. ...).

Des sites d’exploitation de mines et de carrières existent dans la région. On distingue deux types d’exploitation aurifère : l’exploitation industrielle (Houndé Gold Operation) et l’exploitation artisanale (orpaillage). Les sites d’orpaillage constituent de véritables sources d’infection au VIH/SIDA et d’autres IST. Par ailleurs, des maladies telles que les infections respiratoires aigües, les problèmes auditifs, le cancer de poumons sont des risques permanents auxquels s’exposent les orpailleurs. Sur le plan social et sécuritaire, on note une dégradation des mœurs sur ces sites qui deviennent des espaces exposés au banditisme, à la prostitution, à la vente de produits illicites (drogues, médicaments prohibés et alcools frelatés).

La situation sécuritaire et l’avènement de COVID-19 ont impacté négativement l’économie de la région.

Dans toute la région des Hauts-Bassins, le principal mode d’éclairage utilisé par les ménages est le panneau solaire suivi de l’électricité du réseau SONABEL. En effet, 42,8% des ménages utilisent comme mode principal d’éclairage le panneau solaire suivi de l’électricité de la SONABEL (33,3%).

### **DONNEES SOCIOCULTURELLES**

Elles se caractérisent de la façon suivante :

Le taux brut de scolarisation était de 91%en 2018. Au secondaire, il était de 34,6% en 2015 ; Le taux d’alphabétisation était de 35,4% pour les femmes et 49,3% pour les hommes en 2015. Les principales ethnies sont : les Bwa (5,3%) et les Sénoufo (7,6%) les Bobo (10,8%), les Peulh (19.3%), les Dioula (27,1%), les Mossi (29,5%), qui cohabitent avec des communautés étrangères dont les Yoroubas, les Haoussa et les Ashantis. Les religions dominantes sont l’islam (72,3%), le christianisme (15,8%) et la religion traditionnelle (10,9%). Il faut signaler la persistance de certaines pratiques néfastes telles que les Mutilations Génitales Féminines (MGF), les interdits alimentaires et les tabous divers. La région connait l’organisation de plusieurs de manifestations culturelles telles que la Semaine Nationale de la culture (SNC), la Foire Internationale de Bobo (FIBO), la sortie des masques lors des cérémonies coutumières etc. La situation sécuritaire et La COVID ont eu des répercussions sur des conditions socio-culturelles de la population.

**Tableau** : Indicateurs d’accessibilité géographique

### **Situation sécuritaire et humanitaire**

La situation sécuritaire et humanitaire demeure très préoccupante au début de cette année 2023. On estime à 4,7 millions de personnes qui ont besoin d’assistance urgente pour l’année à venir. Les attaques terroristes continuent à faire croître le nombre de personnes déplacées interne (PDI), Selon le CONASUR le pays enregistre 1,94 millions de PDI à la date du 31 janvier 2023 dont 66312 dans la région des Hauts Bassins. La situation sécuritaire avec la poursuite des attaques terroristes impacte négativement le bon fonctionnement de certaines formations sanitaires.

### **Organisation du système sanitaire de la région**

La région des Hauts Bassins à l’instar des autres régions du pays est constituée du niveau intermédiaire représenté par la DRSHP et d’un niveau périphérique qui est le DS. De manière spécifique, il s’agit de la DRSHP, de huit (8) districts sanitaires et du CHUSS le secteur privé de soins et les TPS. La DRSHP/HBS, le CHUSS, les DS sont dirigées respectivement par un Directeur Régional, un Directeur Général, des Médecins Chefs de District tous nommés.

#### **Organisation du premier niveau**

Le premier niveau de la pyramide est constitué par les districts sanitaires et comprend deux échelons :  le Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et le centre médical (CM) représentent le premier échelon ; l’hôpital du district (HD) représente le deuxième niveau de soins.

* **Premier échelon**

Le premier échelon est la porte d'entrée au système de santé. Il est composé des CSPS et des CM. La région compte treize (13) CM fonctionnel, deux cent vingt-sept (227). CSPS fonctionnels deux (2) dispensaires isolés en 2023 Les FS du premier échelon sont sous la responsabilité d’infirmiers-chefs de poste qui reçoivent annuellement des lettres de mission pour lesquelles ils sont évalués.

Le PMA et la politique de la gratuité des soins sont mis en œuvre dans tous les CSPS et des CM. La région compte treize (13) CM fonctionnel, deux cent vingt-sept (227). CSPS fonctionnels deux (2) dispensaires isolés les cabinets de soins infirmiers et des cabinets médicaux. Le centre de santé est le lieu de dispensation du paquet minimum d’activité (PMA). Les agents de santé à base communautaires (ASBC) sont impliqués dans la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire. Les ASBC a plus de 5km prennent en charge certaines pathologies. Tous les CSPS mettent en œuvre la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et la gratuite de la PF.

* **Deuxième échelon**

Le deuxième échelon est constitué des centres médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) ou hôpitaux de districts, les cliniques, les polycliniques et les centres médicaux privés. La région des Hauts Bassins dispose de cinq CMA (Orodara, Dandé, Dafra, Houndé et Do) qui sont des structures de référence au premier échelon (CSPS/CM). Le CMA de N’dorola de Karangasso Vigué et de Lena sont est toujours en chantier. Les CSPS de ces deux (2) districts réfèrent aux CMA de Dafra, de Do et au CHUSS. C’est à ce niveau que le paquet complémentaire d’activité y est mené selon le plateau technique disponible. On note essentiellement les activités suivantes :

* Les activités techniques : laboratoire, imagerie médicale, pharmacie hospitalière (dépôts MEG).
* Les offres de soins : la pédiatrie, la médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales, le centre de dépistage et traitement (CDT), la santé de la reproduction.

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

Tout comme les FS du premier échelon, l’avènement de la gratuité des soins a contribué à augmenter le niveau des indicateurs de performance notamment le fort taux d’utilisation des services de santé, la réduction des mortalités maternelles et infantiles.

#### **Organisation du troisième niveau :**

Le troisième niveau est représenté par le CHUSS qui est le centre de référence des hôpitaux des districts (HD), des CHR de Banfora, Gaoua et Dédougou, des cliniques, des polycliniques, des centres médicaux privés

**Les services cliniques sont** :

* **-**La pédiatrie
* La médecine et spécialités médicales,
* La chirurgie et spécialités chirurgicales,
* La Gynéco obstétrique et médecine de la reproduction
* L’Imagerie médicale
* Les Laboratoires et Pharmacies

#### **Autres structures**

Il s’agit de structures connexes intervenant dans le secteur de la santé au niveau de la région des Hauts-Bassins. Ce sont :

• Le centre Muraz

• L’Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS)

• Le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS)

### **Partenaires intervenant dans la région**

**Tableau III : la cartographie des intervenants de la région**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DISTRICTS SANITAIRES D'INTERVENTIONS** | **Nom du PTF** | **DOMAINES & STRATEGIES D'INTERVENTIONS** |
|  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **DAFRA** | PATHFINDER | Equipement, supervision, renforcement de compétences, Achat des prestation et collation lors des semaines PF, appui à la création de la demande de PF, SAA. |  |
| ABBEF | Appui ponctuel à la demande par des équipes mobiles de prestations lors des SNPF. Prestations de soins en SR |  |
| MSBF | Prestations de PF à travers les MS ladies en stratégie avancée, fixe et mobile |  |
| JHPIEGO | Supervision des prestations de PF des nouveaux agents formés à l'école. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF: Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF, appui aux infirmeries scolaires et la formation des enseignants du secondaire. |  |
| AIMF | Appui aux activités de PF: Renforcement des compétences, équipements en matériel médico technique, Mobilisation communautaire pour la création de la demande. |  |
|  | Save the children | Activités de nutrition: PISA; Renforcement de compétence, IEC/CCC, équipement en matériels culinaires. Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des Jeunes. |  |
|  |  |  |  |
|  | | |  |
| **DANDE** | PATHFINDER | Equipement, supervision, renforcement de compétences, Achat des prestation et collation lors des semaines PF, appui à la création de la demande de PF, SAA. |  |
| ABBEF | Appui au processus de délégation de tâches en PF (formation des ASBC, Fourniture en équipement, Supervision, renforcement des capacités des ASBC), prestations des soins, appui ponctuel à la demande par des épuipes mobiles de prestation lors des SNPF. |  |
| MSBF | Appui au processus de délégation de tâches en PF (formation des agents de première ligne, Equipement, Supervision des APL), Prestations de PF à travers les MS ladies en stratégie avancée. |  |
| JHPIEGO | Supervision sur la PFPP des nouveaux agents formés à l'école, équipement en matériel de PF, formation des prestataire. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF: Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF. |  |
|  |  |  |  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **DO** | PATHFINDER | Appui aux activités de PF: Equipement, supervision, renforcement de compétences, Achat des prestation et collation lors des semaines PF, appui à la création de la demande de PF, SAA. |  |
| JHPIEGO | Supervision sur la PFPP des nouveaux agents formés à l'école, équipement en matériel de PF, formation des prestataire. |  |
| AIMF | Appui aux activités de PF: Renforcement des compétences, équipements en matériel médico technique, Mobilisation communautaire pour la création de la demande. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF: Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF, appui aux infirmeries scolaires et la formation des enseignants du sécondaires. |  |
| MSBF | Prestations de PF à travers les MS ladies en stratégie avancée. |  |
| ABBEF | Appui ponctuel à la demande par des épuipes mobiles de prestations lors des SNPF. |  |
| Médecins du Monde (MDM) | Formation des prestataires en santé sexuelle et reproductive, santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. |  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **HOUNDE** | Pathfinder | PF |  |
| Marie Stope | PF |  |
| UNFPA | PF |  |
| UNICEF | Appui technique en matière de mise en œuvre des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile, de la lutte contre le VIH et la malnutrition |  |
| JHPIEGO | Supervision sur la PFPP des nouveaux agents formés à l'école, équipement en matériel de PF, formation des prestataire. |  |
|  | IMC/Promaco | Appui technique et financiers dans le domaine de la SR |  |
|  | APAIB/IBFAN | Appui technique et financiers dans le domaine de la nutrition, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. |  |
|  |  |  |  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **KARANGASSO-VIGUE** | PATHFINDER | Equipement, supervision, renforcement de compétences, Achat des prestation et collation lors des semaines PF, appui à la création de la demande de PF, SAA, mentora en PF Clinique. |  |
| ABBEF | Appui ponctuel à la demande par des épuipes mobiles de prestations lors des SNPF. |  |
| MSBF | Prestations de PF à travers les MS ladies en stratégie avancée. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF: Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF. |  |
|  |  |  |  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **LENA** | ABBEF | Appui ponctuel à la demande par des épuipes mobiles de prestations lors des SNPF. |  |
| MSBF | Prestations de PF à travers les MS ladies en stratégie avancée. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF, Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF. |  |
| JHPIEGO | Supervision sur la PFPP des nouveaux agents formés à l'école, équipement en matériel de PF, formation des prestataire. |  |
| CREDO/RAPPDE | SRAJ: sensibilisation dans les établissements sécondaires, équipement en matériel médico techniques et consommables. |  |
|  |  |  |  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **N'Dorola** | **Pathfinder international** | Equipement, supervision, renforcement de compétences, Achat des prestation et collation lors des semaines PF, appui à la création de la demande de PF, SAA, mentora en PF Clinique. |  |
| **JHPIEGO** | Supervision sur la PFPP des nouveaux agents formés à l'école, équipement en matériel de PF, formation des prestataire. |  |
| Action contre la faim | Activités de nutrition: PISA; Renforcement de compétence, IEC/CCC, équipement en matériels culinaires, appui technique aux prestataires pour la prise en charge des enfants malnutris. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF: Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF. |  |
|  |  |  |  |
| **DISTRICT** | | |  |
| **ORODORA** | JHPIEGO | Supervision sur la PFPP des nouveaux agents formés à l'école, équipement en matériel de PF, formation des prestataire. |  |
| PATHFINDER | Equipement, supervision, renforcement de compétences, Achat des prestation et collation lors des semaines PF, appui à la création de la demande de PF, SAA, mentora en PF Clinique. |  |
| Action contre la faim | Activités de nutrition: PISA; Renforcement de compétence, IEC/CCC, équipement en matériels culinaires, appui technique aux prestataires pour la prise en charge des enfants malnutris. |  |
| UNFPA | Financement des activités de PF: Renforcement des compétences des prestataires, dotation en équipements, Subvention des contraceptifs, Appui à l'organisation des SNPF. |  |

### **Profil épidémiologique**

L’organisation de la surveillance épidémiologique suit la structure pyramidale du système de santé du BF (formations sanitaires vers les Districts sanitaires, des districts sanitaires vers la région).

Elle commence par l’identification et la détection des cas au niveau des FS à travers l’enregistrement des cas dans les registres (supports de collecte). Ensuite ces cas détectés sont compilés, analysés et notifiés à travers le TLOH au niveau des DS ; qui à leur tour transmettent à la DRS via le TLOH chaque lundi. Au niveau de la DRS, nous faisons la compilation, l’analyse et la transmission au niveau de la DPSP. Nous faisons une retro information chaque semaine auprès des autorité sanitaires et des DS. Des appuis constants sont faits auprès des DS en termes d’investigations de tout phénomène inhabituel, de supervisions et de formations.

Cependant la DRS n’arrive pas à faire des supervisions spécifiques pour faute de moyen financier.

Il faut noter au cours de ces 5 dernières années, la région est confrontée à une flambée de cas de rougeoles, de dengues, de méningite et surtout de COVID-19 à terme de maladies à potentiel. Néanmoins, la létalité de ces maladies à potentiel épidémique est maitrisée.

**Tableau IV : Situation des cas et des décès de la méningite, de rougeole et de COVID-19 de 2020 à 2022 dans la région**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Méningites | | | Rougeole | | | COVID-19 | | |
| Année | Cas | Décès | Létalité (%) | Cas | Décès | Létalité (%) | Cas | Décès | Létalité (%) |
| 2018 | 176 | 11 | 6,36 | 408 | 0 | 0,00 |  |  |  |
| 2019 | 149 | 11 | 7,43 | 147 | 0 | 0,00 |  |  |  |
| 2020 | 132 | 4 | 3,12 | 322 | 0 | 0,00 | 616 | 9 | 1,40 |
| 2021 | 129 | 5 | 3,87 | 186 | 0 | 0,00 | 1066 | 25 | 2,34 |
| 2022 | 144 | 4 | 2,78 | 255 | 0 | 0,00 | 281 | 1 | 0,36 |

Source : TLOH bureau CISSE DRS

Les dix premières maladies qui constituent les principaux motifs de consultation, hospitalisation et décès sont résumés dans le tableau suivant.

###### Tableau : Situation des dix (10) premières causes de consultation dans les formations sanitaires de la région en 2022

| **N°** | **Affections ou symptômes dominant** | **Nombre de cas** | **Proportion (%)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Paludisme simple | 1160543 | 54,71% |
| 2 | IRA Basse Pneumonie | 567809 | 26,77% |
| 3 | IRA Basse Broncho­pneumonie | 107751 | 5,08% |
| 2 | IRA haute Rhinopharyngite | 163474 | 7,71% |
| 5 | Affection de la peau | 32499 | 1,53% |
| 6 | Plaie | 80962 | 3,82% |
| 7 | Parasitoses intestinales | 258 | 0,01% |
| 8 | Diarrhées non sanguinolentes | 3976 | 0,19% |
| 9 | Dysenterie | 2829 | 0,13% |
| 10 | Autres affections App. Digestif | 1025 | 0,05% |
| **TOTAL** | | 2121126 | **100%** |

*Source : DRS HBS*

# **ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA REGION**

### **2.1. Profil sanitaire**

* + 1. Infrastructures sanitaires publiques et privées

**Tableau V : Situation des formations sanitaires publiques par localité et leur accessibilité géographique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formations sanitaires** | **Quantité** | **Population totale** | **Population de moins de 5Km** |  | **Population entre 5 et 10Km** |  | **Population de plus de 10Km** |  |
|  | **Effectif** | **%** | **Effectif** | **%** | **Effectif** | **%** |
| **District sanitaire de Dafra** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Infirmerie | 09 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 17 | 457 561 | 431617 | 88,43 | 12771 | 2,62 | 13172 | 2,70 |
| CM | 03 |  |  |  |  |  |  |  |
| CMA | 01 | 457 561 | 431617 | 88,43 | 12771 | 2,62 | 13172 | 2,70 |
| **District sanitaire de Dande** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 35 | 251546 | 159800 | 63,53% | 47372 | 18,83% | 44374 | 17,64% |
| CM | 01 | 21642 | 9474 | 43,77 % | 12168 | 56,22% | 00 | 0 |
| CMA | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| **District sanitaire de Do** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 2 | 55055 | 55055 | 100,00% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Infirmerie | 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| CSPS | 16 | 375488 | 300221 | 79,95% | 38070 | 55 | 28691 | 47,1 |
| CM | 6 | 286561 | 279039 | 97,38% | 2225 | 10,5 | 5297 | 25 |
| CMA | 1 | 717104 | 595196 | 83,00% | 73209 | 10,21% | 48699 | 6,79% |
| **District sanitaire de Houndé** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 39 | 366214 | 288442 | 78,76% | 61766 | 16,87% | 16006 | 4,37% |
| CM | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| CMA | 1 | 366214 | 288442 | 78,76% | 61766 | 16,87% | 16006 | 4,37% |
| **District sanitaire de KV** | | | | | | | | |
| Dispensaire  Isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 11 | 136051 | 48379 | 35,56% | 47454 | 34,88% | 40217 | 29,56% |
| CM | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CMA | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| **District sanitaire de Lena** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 17 | 80433 | 16108 | 20,02% | 33170 | 41,24% | 31155 | 38,74% |
| CM | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CMA | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| **District sanitaire de N’Dorola** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 21 | 144 904 | 80 637 | 55,65% | 35 664 | 24,61% | 28 603 | 19,74% |
| CM | 1 | 17725 | 8564 | 48,32% | 1946 | 10,98% | 7215 | 40,71% |
| CMA | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| **District sanitaire de Orodara** | | | | | | | | |
| Dispensaire  isolé | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Maternité isolée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CSPS | 43 | 267645 | 171582 | 64,11% | 40883 | 15,28% | 55183 | 20,62% |
| CM | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| CMA | 01 | 267645 | 171582 | 64,11% | 40883 | 15,28% | 55183 | 20,62% |
| **Situation des autres structures sanitaires publiques de la région** | | | | | | | | |
| CHU | 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Structures de l’OST(SST) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ENSP | 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Centre régional de transfusion sanguine | 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Infirmerie de garnison, | 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| Infirmerie de maison d’arrêt et correction | 02 |  |  |  |  |  |  |  |
| Infirmerie des écoles | 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Commentaire** : le tableau révèle que c’est dans les districts sanitaires de Lena et de Karangasso-Vigué qu’une proportion plus importante de la population se trouve a plus de 5 Km.

Globalement pour la région sanitaire, le rayon moyen d’action théorique est de 5,3 Km avec des disparités d’un district à l’autre

**Tableau VI: Situation des structures sanitaires privées par district**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Types de structure** | **DS DAFRA** | **DS DANDE** | **DS DO** | **DS HOUNDE** | **DS KV** | **DS LENA** | **DS N’DOROLA** | **DS ORODARA** | **TOTAL REGION** |
| **Dispensaire** | 13 | 00 | 08 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 21 |
| **Cabinet de soins infirmiers** | 13 | 03 | 27 | 02 | 00 | 00 | 00 | 03 | 48 |
| **Cabinet de soins médicaux** | 02 | 00 | 03 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 05 |
| **Cabinet de soins dentaires** | 00 | 00 | 03 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 03 |
| **Cabinet de soins ophtalmologique** | 00 | 00 | 02 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 02 |
| **Clinique** | 11 | 01 | 11 | 02 | 00 | 00 | 00 | 01 | 26 |
| **Cliniques d’accouchement** | 00 | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 |
| **Polyclinique** | 00 | 00 | 01 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 |
| **Laboratoires d’analyses** | 00 | 00 | 04 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 04 |
| **Officines pharmaceutiques** | 00 | 00 | 38 | 00 | 00 | 00 | 01 | 00 | 39 |
| **Dépôts de médicaments** | 00 | 00 | 01 | 00 | 00 | 04 | 11 | 00 | 16 |
| **Écoles de formation professionnelle** | 00 | 00 | 03 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 03 |
| **Infirmeries** | 00 | 00 | 27 | 00 | 00 | 00 | 02 | 00 | 29 |
| **Autres à préciser** | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |

Les structures sanitaires privées restent concentrées dans la ville de Bobo –Dioulasso. Elles contribuent dans une certaine mesure à la réduction du rayon moyen d’action.

**Tableau VII : état des infrastructures publiques de la région**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’infrastructures** | **Bon** | **Passable** | **Mauvais** | **Total** | **Observations** |
| **Premier niveau** | | | | | |
| **1er échelon** | | | | | |
| Dispensaire | 92 | 81 | 8 | 181 |  |
| Maternité | 88 | 75 | 8 | 171 |  |
| Logements | 162 | 222 | 74 | 458 |  |
| Dépôts MEG | 103 | 58 | 29 | 190 |  |
| Forages | 80 | 35 | 18 | 133 |  |
| Latrines | 237 | 206 | 78 | 521 |  |
| Incinérateurs | 18 | 26 | 32 | 76 |  |
| Cuisine | 34 | 5 | 13 | 52 |  |
| Magasin | 4 | 4 | 1 | 9 |  |
| Salle d’hospitalisation | 24 | 18 | 1 | 43 |  |
| **Deuxième échelon** | | | | | |
| Siege ECD | 05 | 02 | 01 | 08 |  |
| Urgences médicales | 02 | 02 | 00 | 04 |  |
| Médecine hospitalisation | 02 | 04 | 00 | 06 |  |
| Maternité | 03 | 03 | 00 | 06 |  |
| Pédiatrie | 03 | 03 | 00 | 06 |  |
| Bloc opératoire | 02 | 03 | 00 | 05 |  |
| Post-opérés | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Laboratoire | 01 | 01 | 00 | 00 |  |
| Imagerie médicale | 01 | 00 | 00 | 01 |  |
| CREN | 00 | 02 | 00 | 02 |  |
| Odonto stomatologie | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| ORL | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Ophtalmologie | 01 | 01 | 00 | 02 |  |
| Psychiatrie | 01 | 01 | 00 | 02 |  |
| DMEG | 02 | 01 | 00 | 03 |  |
| Autres | 11 | 14 | 00 | 25 |  |
| **Deuxième niveau** | | | | | |
| Urgences médicales | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Médecine hospitalisation | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Maternité | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Pédiatrie | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Bloc opératoire | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Post-opérés | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Laboratoire | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Imagerie médicale | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| CREN | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Odonto stomatologie | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| ORL | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Ophtalmologie | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Psychiatrie | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Pharmacie | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Service administratif | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| Autres services à adapter en fonction des disponibilités | 00 | 00 | 00 | 00 |  |
| **Troisième niveau** | | | | | |
| Urgences médicales | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Médecine hospitalisation | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Maternité | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Pédiatrie | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Bloc opératoire | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Post-opérés | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Laboratoire | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Imagerie médicale | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| CREN | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Odonto stomatologie | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| ORL | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Ophtalmologie | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Psychiatrie | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Pharmacie | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Service administratif | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| Autres services à adapter en fonction des disponibilités | 00 | 01 | 00 | 01 |  |
| **TOTAL** | 00 | 16 | 00 | 16 |  |

**Commentaire** : Il ressort de cette situation des conditions de travail qui méritent d’être améliorées. Par exemple les proportions des infrastructures du premier échelon en état passable ou mauvais sont : dispensaires 49,17%, maternité 48,54%, logements 64,63%, dépôts MEG 45,79%, forages 39,85%, latrines 54,51% , incinérateurs 76,32%. En sus la problématique de l’entretien de ces infrastructures demeure permanente.

* + 1. Matériels et Équipements

¬ **Matériel informatique et péri-informatique** Cette situation peut se présenter selon le tableau ci-contre :

**Tableau VIII : Situation du matériel informatique et péri-informatique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériels**  **Structure** | **DS DAFRA** | | **DS DANDE** | | **DS DO** | | **DS HOUNDE** | | **DS KV** | | **DS LENA** | | **DS N’DOROLA** | | **DS ORODARA** | | **CHU** | | **Total**  **région** |
| Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | |  |
| B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P |  |
| Ordinateurs de bureau | 0 | 0 | 16 | 1 | 25 | 7 | 1 | 0 | 11 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 |
| Ordinateurs portables | 0 | 0 | 10 | 1 | 7 | 3 | 0 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 |
| Imprimantes | 0 | 0 | 14 | 0 | 33 | 1 | 1 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 58 |
| Photocopieurs | 0 | 0 | 4 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Vidéo projecteur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Onduleurs | 0 | 0 | 10 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| Autres à préciser | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Commentaire** : Notons qu’il y a une insuffisance de matériel informatique et péri-informatique dans toutes les structures sanitaires de la région

¬ **Matériel de la chaîne de froid**

Cette situation peut se présenter selon le tableau ci-contre :

**Tableau IX :** **Situation du matériel de la chaîne de froid par structure**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériels**  **Structure** | **DS DAFRA** | | **DS DANDE** | | **DS DO** | | **DS HOUNDE** | | **DS KV** | | **DS LENA** | | **DS N’DOROLA** | | **DS ORODARA** | | **CHU** | | **Total**  **région** | |
| Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | |
| B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P |  |  |
| Réfrigérateurs | 4 | 0 | 32 | 3 | 33 | 0 | 22 | 21 | 09 | 00 | 17 | 00 | 19 | 8 | 25 | 10 |  |  | 194 | 42 |
| Congélateurs | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 03 | 00 | 00 | 01 | 02 | 00 | 1 | 0 | 02 | 00 |  |  | 14 | 3 |
| Glacières | 0 | 3 | 4 | 2 | 3 | 0 | 15 | 03 | 01 | 00 | 05 | 01 | 0 | 0 | 11 |  |  |  |  |  |
| Bouteilles de gaz | 12 | 0 | 46 | 0 | 56 | 0 | 106 | 00 | 21 | 00 | 32 | 00 | 89 | 4 | 42 | 00 |  |  | 404 | 04 |
| Réfrigérateur solaire au niveau CSPS | 10 | 0 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 00 | 14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 00 |  |  | 67 | 02 |
| Porte vaccins niveau CSPS | 05 | 0 | 88 | 25 | 239 | 0 | 233 | 00 | 43 | 41 | 86 | 13 | 139 | 14 | 211 | 00 |  |  | 1044 | 93 |
| Frigo a gaz de marque SIBIR | 4 | 0 | 03 | 0 | 0 | 0 | 11 | 10 | 00 | 00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |  |  | 28 | 10 |
| Treck Pro | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  | 05 | 00 |
| Thermomètre à cadran | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  | 01 | 00 |

**Commentaire :** Certains matériels sont insuffisants dans les formations sanitaires à savoir les glacières et les portes vaccins pour bien mener les stratégies du PEV

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

Cette situation peut se présenter selon le tableau ci-contre :

**Tableau X: Situation du matériel médico-technique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériels**  **Structure** | **DS DAFRA** | | **DS DANDE** | | **DS DO** | | **DS HOUNDE** | | **DS KV** | | **DS LENA** | | **DS N’DOROLA** | | **DS ORODARA** | | **CHU** | | **Total**  **région** |
| Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | |  |
| B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P |  |
| Table d’examen | 44 | 18 | 60 | 46 | 89 | 34 | 64 | 17 | 13 | 08 | 26 | 12 | 46 | 19 |  |  |  |  |  |
| Table d’accouchement | 23 | 13 | 36 | 08 | 37 | 29 | 33 | 15 | 22 | 14 | 23 | 09 | 22 | 19 |  |  |  |  |  |
| Boite de petite chirurgie | 35 | 11 | 35 | 04 | 62 | 46 | 64 | 31 | 20 | 18 |  |  | 42 | 27 |  |  |  |  |  |
| Boîte d’accouchement | 63 | 25 | 43 | 07 | 87 | 38 | 61 | 33 | 22 | 14 | 36 | 12 | 58 | 26 |  |  |  |  |  |
| Poupinel | 8 | 5 | 03 | 01 | 12 | 12 | 07 | 00 | 00 | 00 | 04 | 00 | 4 | 3 |  |  |  |  |  |
| Autoclave | 11 | 4 | 04 | 00 | 25 | 10 | 00 | 02 | 5 | 3 |  |  | 00 | 00 |  |  |  |  |  |
| Boite d’insertion/retrait implant | 16 | 7 |  |  | 26 | 17 |  |  | 10 | 10 | 17 | 0 | 22 | 9 |  |  |  |  |  |
| Lits | 146 | 48 | 291 | 80 | 236 | 90 | 126 | 70 | 48 | 28 | 109 | 33 | 168 | 55 |  |  |  |  |  |
| Matelas | 123 | 77 | 192 | 66 | 147 | 103 | 190 | 77 | 42 | 24 | 126 | 32 | 96 | 101 |  |  |  |  |  |
| Pèse-personne | 41 | 15 | 39 | 10 | 72 | 29 | 52 | 24 | 13 | 13 | 29 | 12 | 34 | 31 |  |  |  |  |  |
| Pèse bébé | 25 | 10 | 27 | 6 | 34 | 24 | 44 | 11 | 28 | 11 | 12 | 8 | 34 | 23 |  |  |  |  |  |
| Tensiomètres | 64 | 13 |  |  | 86 | 32 |  |  | 21 | 32 | 70 | 06 | 49 | 30 |  |  |  |  |  |
| Tambours | 35 | 8 |  |  | 58 | 13 |  |  | 07 | 10 | 29 | 5 | 47 | 7 |  |  |  |  |  |
| Haricots | 40 | 13 |  |  | 81 | 23 |  |  | 12 | 05 | 16 | 0 | 50 | 34 |  |  |  |  |  |
| Aspirateurs | 0 | 0 |  |  | 18 | 5 |  |  | 10 | 12 | 13 | 1 | 1 | 7 |  |  |  |  |  |
| Toise Adulte | 19 | 6 |  |  | 34 | 10 |  |  | 24 | 0 | 14 | 1 | 24 | 8 |  |  |  |  |  |
| Potence | 87 | 27 |  |  | 135 | 64 |  |  | 45 | 10 |  |  | 95 | 79 |  |  |  |  |  |
| Bassin de lit | 91 | 21 | 75 | 09 | 126 | 45 |  |  | 11 | 07 | 82 | 22 | 98 | 37 |  |  |  |  |  |
| Stéthoscope Obstétrical | 44 | 7 |  |  | 77 | 31 |  |  | 11 | 05 |  |  | 50 | 13 |  |  |  |  |  |
| Boite de pansement | 40 | 18 |  |  | 51 | 37 |  |  | 12 | 09 | 28 | 10 | 32 | 20 |  |  |  |  |  |
| Otoscope | 22 | 5 |  |  | 17 | 9 |  |  | 2 | 0 | 14 | 2 | 11 | 4 |  |  |  |  |  |
| Table gynécologique | 5 | 2 |  |  | 12 | 8 |  |  | 06 | 05 | 8 | 0 | 8 | 4 |  |  |  |  |  |
| Poubelle à pédale | 25 | 8 |  |  | 30 | 33 |  |  | 17 | 12 |  |  | 33 | 16 |  |  |  |  |  |
| Aspirateur mécanique | 00 | 00 |  |  | 4 | 1 |  |  | 5 | 3 | 13 | 1 | 5 | 7 |  |  |  |  |  |

**Commentaire :**Il ressort qu’il y a une insuffisance de matériel médico-technique dans toutes les districts sanitaires de la région

**Matériel et équipement de bureau**

L’état des matériels et équipements de bureau peut être présenté selon le tableau ci-après :

**Tableau XI: Situation du matériel et équipements de bureau**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériels**  **Structure** | **DS DAFRA** | | **DS DANDE** | | **DS DO** | | **DS HOUNDE** | | **DS KV** | | **DS LENA** | | **DS N’DOROLA** | | **DS ORODARA** | | **CHU** | | **Total**  **région** |
| Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | | Etat | |  |
| B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P |  |
| Tables |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Armoires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Échéancier |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chaises |  |  |  |  |  |  |  |  | 42 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| etc. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Commentaire :

¬ **Matériel roulant**

La situation du matériel roulant de la région peut être présentée selon le tableau ci-après :

**Tableau XII : Situation du matériel roulant**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériels**  **Structure** | **DS DAFRA** | | **DS DANDE** | | **DS DO** | | **DS HOUNDE** | | **DS KV** | | **DS LENA** | | **DS N’DOROLA** | | **DS ORODARA** | | **CHU** | | **Total**  **région** |
| **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | | **Etat** | |  |
| B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P | B | P |  |
| **Véhicules** | 02 | 01 | 00 | 01 | 01 | 02 | 02 | 01 | 01 | 01 | 1 | 0 |  |  | 00 | 00 | 00 | 0 | 00 |
| **Ambulances 4 roues** | 00 | 04 | 01 | 02 | 06 | 00 | 05 | 02 | 01 | 01 | 4 | 2 | 00 | 00 | 00 | 10 | 00 | 0 | 00 |
| **Ambulance**  **Tricycle** | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 1 | 1 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 0 | 00 |
| **Moto** | 28 | 3 | 24 | 22 | 00 | 00 | 48 | 07 | 07 | 21 | 28 | 15 | 00 | 00 | 18 | 46 | 00 | 0 | 00 |

Source :

**Commentaire :** Pour tout type de matériel roulant la moitié voire plus est en état passable réduisant ainsi les capacités opérationnelles des équipes dans un contexte routier et sécuritaire difficile.

* + 1. Ressources humaines

Tableau XIII : Situation des ressources humaines

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profession | 2021 | 2022 |
| Accoucheuse auxiliaire | 270 | 270 |
| Accoucheuse brevetée | 99 | 99 |
| Adjoint des cadres hospitaliers | 21 | 21 |
| Administrateur des Hôpitaux et des services de santé | 14 | 14 |
| Agent de bureau | 13 | 13 |
| Agent de liaison | 7 | 7 |
| Agent de santé communautaire | 3 | 3 |
| Agent Itinérant de Santé et d'hygiène Communautaire | 389 | 389 |
| Agent spécialisé en gestion des ressources humaines | 3 | 3 |
| Assistant en gestion des ressources humaines | 1 | 1 |
| Attaché de santé | 347 | 347 |
| Attaché en Kinésithérapie | 1 | 1 |
| Auxiliaire de laboratoire | 131 | 131 |
| Biologiste médical | 8 | 8 |
| Cadre manipulateur en électroradiologie médicale | 2 | 2 |
| Cadre Préparateur d'Etat en pharmacie | 8 | 8 |
| Chirurgien-dentiste spécialiste | 5 | 5 |
| Conseiller de santé | 1 | 1 |
| Conseiller en Gestion des Ressources Humaines | 3 | 3 |
| Garçon ou fille de Salle | 4 | 4 |
| Gestionnaire des hôpitaux et des services de santé | 1 | 1 |
| Infirmier | 14 | 14 |
| Infirmier breveté | 187 | 187 |
| Infirmier diplômé d'Etat | 901 | 901 |
| Ingénieur du génie sanitaire | 3 | 3 |
| Manipulateur d'état en électroradiologie médicale | 17 | 17 |
| Médecin généraliste | 3 | 3 |
| Médecin spécialiste | 149 | 149 |
| Nutritionniste médicale | 1 | 1 |
| Pharmacien généraliste | 1 | 1 |
| Pharmacien spécialiste | 34 | 34 |
| Préparateur d'Etat en Pharmacie | 2 | 2 |
| Sagefemme ou Maïeuticien d'Etat | 13 | 13 |
| Standardiste | 1 | 1 |
| Technicien d'Etat du génie sanitaire | 5 | 5 |

Commentaire : les ressources humaines de la région sont insuffisantes en médecin spécialiste, en médecin généraliste, en biologiste, infirmiers et sage-femme.

Les données sur les ressources humaines par structure privée

* 1. Bilan physique et financier des cinq dernières années
     1. Bilan physique du PA antérieur

Il le bilan physique du PA par structure et par orientation stratégique

**Tableau XIV: Etat de mise en œuvre des activités du PA 2018 à 2022 de la région**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structures** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2018** | | | **2019** | | | **2020** | | | **2021** | | | **2022** | | | **Obs** |
| AP | AR | TR | AP | AR | TR | AP | AR | TR | AP | AR | TR | AP | AR | TR |  |
| **DS Dafra** | 81 | 74 | 91 | 77 | 68 | 88,31 | 81 | 68 | 83,95 | 111 | 97 | 88 | 107 | 98 | 92 |  |
| **DS Dande** | 75 | 73 | 97.33 | 50 | 39 | 78 | 58 | 54 | 93,10 | 58 | 47 | 81.03 | 73 | 70 | 95.89 |  |
| **DS Do** | 66 | 58 | 88 | 68 | 57 | 84 | 50 | 42,5 | 85 | 88 | 70 | 80 | 99 | 78 | 79 |  |
| **DS Houndé** | 77 | 54 | 70,13 | 56 | 51 | 91,07 | 66 | 48 | 72,73 | 68 | 57 | 83,82 | 70 | 57 | 81,43 |  |
| **DS KV** | 78 | 56 | 71.79 | 73 | 52 | 71,23 | 71 | 51 | 71,83 | 83 | 60 | 72,28 | 67 | 58 | 86,56 |  |
| **DS Lena** | 50 | 40 | 80% | 49 | 27 | 55% | 49 | 31 | 63,26% | 119 | 68 | 57,14% | 63 | 43 | 68,25% |  |
| **DS N’Dorola** | 71 | 57 | 80,28% | 75 | 55 | 73,33% | 61 | 49 | 80,33% | 69 | 59 | 85,51% |  |  |  |  |
| **DS Orodara** | 83 | 73 | 87,95 | 77 | 68 | 88,31 | 74 | 57 | 77,03 | 75 | 66 | 88,00 | 87 | 78 | 89,65 |  |
| **CHUSS** |  |  |  | 62 | 51 | 82,3 | 63 | 50 | 79,37 | 87 | 48 | 55,7 | 58 | 50 | 86,21 |  |
| **DRS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 72 | 64 | 80 | 79 | 72 | 91,14 |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**AP :** Activités prévues ; AR : Activités réalisées ; TR : Taux de réalisation

**Commentaires**

* + 1. Bilan financier des PA antérieur

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

|  |
| --- |
| Struct ures |
| **2018** | | | **2019** | | | **2020** | | | **2021** | | | **2022** | | |
| P | A | D | P | A | D | P | A | D | P | A | D | P | A | D |
| **DS dafra** |  | **161808188** | **111596565** |  | **1704201161** | **108027788** |  | **221746918** | **184032047** |  | **262391331** | **195248727** |  |  |  |
| **DS Dande** | 26671680 | 24754300,93 | 17641852,93 | 31752000 | 29469405,87 | 21002205,87 | 37800000 | 35082626,04 | 25002626,04 | 45000000 | 41765031 | 29765031 |  |  |  |
| **DS Do** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DS HOUNDE** | 1 663 084 864 | 1 523 645 887 | 1 456 297 942 | 2 011 462 885 | 1 805 679 429 | 1 730 645 598 | 1 902 100 967 | 1 877 285 337 | 1 826 324 205 | 2 156 407 297 | 2 095 817 705 | 2 003 854 033 |  |  |  |
| **DS KV** |  | 349 319 744 | 322 748 421 |  | 338 379 067 | 320 359 624 |  | 378 678 966 | 356 320 870 |  | 390 339 535 | 353 492 529 |  | 449 111 224 | 434 724 081 |
| **DS LENA** |  | 226 171 218 | 225 498 618 |  | 281 294 217 | 259 302 266 |  | 328 010 065 | 313 192 130 |  | 231 542 561 | 228 436 788 |  |  |  |
| **DS N’DOROLA** | 463800685 | 444901833 | 419021979 | 364417290 | 383328269 | 380934872 | 596761590 | 427585922 | 400475169 | 569573955 | 430106187 | 311473794 | 556447108 | 488687156 | 451305916 |
| **DS ORODARA** |  | 199216797 | 199216797 |  | 277772419 | 256 047 992 |  | 110 966 891 | 96 464 940 |  | 126609185 | 107 522 332 |  |  |  |
| **CHUSS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DRS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

P : Prévues

A : Alloué

D : Dépensé

Commentaire :

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OS** | **BILAN FINANCIER** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2018** | | | **2019** | | | **2020** | | | **2021** | | | **2022** | | | **Observation** |
| Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** |  |
| **OS1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OS2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OS3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Commentaires :

**Tableau XVII : Bilan financier au cours de 5 dernières années selon les sources de financement**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOURC ES DE FINAN CEME NT | Montant BILAN **FINANCIER** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2018** | | | **2019** | | | **2020** | | | **2021** | | | **2022** | | | **Observation** |
| Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** | Alloué | Dépensé | **Tx d’absorption** |  |
| FP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARTE NAIRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COLLE CTIVIT ES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Commentaires** :

**Analyse de l’évolution de la capacité financière des DRD**

**Tableau XVIII : Evolution de la capacité financière et créances des DRD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANNEE | Report | Achats MEG | Ventes | Dépenses | Créances | Solde |
| **District de Dafra** | | | | | | |
| **2021** | **71 569 075** | **713023153** | **584673817** | **634 072 888** | **577 883 804** | **21 831 995** |
| **2022** | **21 831 995** | **580460702** | **708741143** | **396 269 557** | **433 138 283** | **52 352 422** |
| **2023** | **52 352 422** | **78841495** | **145627928** | **53 326 662** | **367 356 074** | **53 393 762** |
| **District de DANDE** | | | | | | |
| **2021** | **13 626 443** | **452 678 315** | **349 827 277** | **353 682 698** | **236 249 793** | **9 771 022** |
| **2022** | **9 771 022** | **484 988 476** | **368 455 809** | **307 490 042** | **83 052 361** | **70 736 789** |
| **2023** | **70 736 789** | **68 675 993** | **70 075 112** | **116 970 940** | **109 238 165** | **23 840 961** |
| **District de DO** | | | | | | |
| **2021** | **45 388 490** | 912.827.276 | 998.054.195 | **659 778 601** | **521 616 451** | **65 934 930** |
| **2022** | **65 934 930** | 1.230.842.669 | 1.102 303 954 | **713 726 559** | **853 821 143** | **64 875 172** |
| **2023** | **64 875 172** | 54.607.534 | 218.481 665 | **110 408 515** | **646 831 284** | **77 069 662** |
| **District de HOUNDE** | | | | | | |
| **2021** | **72820897** | **708968553** | **656419914** | **444481087** | **195497809** | **187562526** |
| **2022** | **187562526** | **671194918** | **776413938** | **583691924** | **19808965** | **196499832** |
| **2023** | **196499832** | **107832726** | **120114044** | **75547555** | **17104056** | **109253113** |
| **District de KV** | | | | | | |
| **2021** | **3 842 486** | **255 197 935** | **262 798 180** | **7 789 500** | **258 951 628** | **31 207 321** |
| **2022** | **31 207 321** | **180 067 221** | **199 817 134** | **7 961 500** | **48 513 529** | **7 419 565** |
| **2023** | **7 419 565** | **37 354 150** | **50 430 246** | **2 001 500** | **59 984 272** | **5 016 256** |
| **District de LENA** | | | | | | |
| **2021** | **2 865 250** | **120 686 125** | **125 328 744** | **106 146 043** | **66 513 041** | **1 213 328** |
| **2022** | **1 213 328** | **143 158 633** | **140 613 532** | **68 390 560** | **35 761 102** | **26 428 050** |
| **2023** | **26 428 050** | **32 781 780** | **34 141 363** | **24 055 035** | **14 524 263** | **13 923 654** |
| **District de n’dorola** | | | | | | |
| **2021** | **62 014 568** | **258 490 081** | **243 807 791** | **270 200 472** | **109 995 064** | **32 601 022** |
| **2022** | **32 601 022** | **267 844 360** | **256 433 810** | **279 567 955** | **0** | **51 629 573** |
| **2023** | **51 629 573** | **42 954 799** | **35 847 411** | **17 954 799** | **23 243 625** | **49 008 830** |
| **District de Orodara** | | | | | | |
| **2021** | **48 150 636** | **499 179 334** | **495 357 884** | **391 335 649** | **216 728 604** | **40 303 815** |
| **2022** | **40 303 815** | **513 936 162** | **525 984 447** | **368 617 901** | **274 080 259** | **51 326 861** |
| **2023** | **51 326 861** | **69 769 531** | **115 994 672** | **96 199 613** | **56 160 623** | **9 024 886** |

Commentaire :

* 1. Indicateurs de performance de la région

**Tableau XIX : Évolution des indicateurs de performances au cours des 5 dernières années dans la région**

| **INDICATEURS** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **Résultat attendu** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé** | | | | | | |
| **1.**Disponibilité d’un plan de développement sanitaire du district/régional | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| **2.**Existence d’une lettre de mission pour le DRSHPBE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| **3.**Existence d’une lettre de mission pour les MCD | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| **4.**Existence d’un acte de nomination des membres ECD | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| **5.**Existence d’un organigramme de la structure | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| **6.**Existence d’une description de poste et répartition de taches pour les membres de l’équipe de la DRSHPBE | non | non | non | oui | oui | oui |
| **7.**Nombre de rencontres annuelles des partenaires de la santé intervenant dans la région sanitaire | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **8.**Proportion de tradipraticiens de santé disposant d’autorisation d’exercer | ND | ND | ND | ND | ND | 100 |
| **9.**Proportion des officines privés ayant été contrôlés au moins une fois | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **10.**Proportion des dépôts ayant été contrôlés au moins une fois | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **11.**Proportion des établissements privés de soins ayant été contrôlés | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **12.**Proportion des dépôts répartiteurs des districts (DRD) contrôlés au moins une fois par trimestre | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **13.**Proportion de dépôts MEG des formations sanitaires publiques ayant été contrôlés | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **14.**Proportion de contrôle de la gestion financière de l’ECD | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **15.**Nombre de contrôle de la gestion financière des formations sanitaires publiques | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **2. Amélioration des prestations de services de santé** |  |  |  |  |  |  |
| **16.**Proportion de contre référence effectuée | 11.5 | 9.2 | 16.3 | 20.1 | 18.3 | 25 |
| **17**Taux de guérison des MAM | 93.5 | 92.8 | 93.7 | 92.7 | 96 | 95 |
| **18.T**aux de guérison des MAS | 90.1 | 88.9 | 92.5 | 93.8 | 95.1 | 95 |
| **19.** Taux d’abandon des MAM | 6.3 | 6.7 | 6.2 | 7.2 | 3.7 | <10 |
| **20.** Taux d’abandon des MAS | 8.4 | 9 | 6.3 | 5.1 | 3.9 | <5 |
| **21.** Proportion des décès MAS | 1.5 | 2.1 | 1.2 | 1.1 | 1 | <5 |
| **22.** Existence d’un Plan de réponse aux urgences et aux situations de catastrophe |  |  |  |  |  |  |
| **23.** Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an dans les structures de soins de 1er niveau | 1.2 | 0.89 | 1.2 | 1.3 | 1.2 | 1 |
| **24.** Pourcentage de formations sanitaires utilisant le guide diagnostic et de traitement (GDT) |  |  |  |  |  |  |
| **25.** Taux d’occupation des lits |  |  |  |  |  |  |
| **26.** Taux de couverture en CPN 4 | 43.9 | 34.1 | 44.4 | 63.1 | 66.2 | 70 |
| **27.** Proportion de césariennes réalisées par rapport aux naissances vivantes attendues | 3.4 | 3 | 3.6 | 3.5 | 4.3 | 5 |
| **28.** Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié dans les formations sanitaires | 88.7 | 62.9 | 85.4 | 113.8 | 112.5 | 100 |
| **29.** Taux d’utilisation des méthodes contraceptives modernes | 21.9 | 13.7 | 22.2 | 23.8 | 21.2 | 25 |
| **30.** Taux de couverture vaccinale par antigène des enfants de 0à11mois |  |  |  |  |  |  |
| PEV-Taux de Couverture en Td 2 et + (annualisée) | 93.2 | 116.3 | 82.4 | 107.3 | 104.6 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en BCG (annualise) | 98.7 | 78.1 | 97.1 | 124.1 | 119.8 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en DTC+HepB-Hib3 (annualise) | 113.9 | 88.9 | 116.7 | 117.1 | 118.3 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en MenA (annualisé) | 102.3 | 69.9 | 92.9 | 111 | 101 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en Pneumo3 | 113.1 | 87.8 | 117.2 | 76.4 | 120.1 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en RR1 (annualise) | 109.6 | 88.3 | 115.3 | 110.8 | 121.1 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en Rota3 (annualise) | 98.1 | 60.5 | 111.8 | 103.8 | 91.4 | 100 |
| PEV-Taux de couverture en VAA (annualise) | 104.8 | 88.6 | 114.8 | 112 | 121 | 100 |
| **31.** Taux de couverture en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois | 105 | 106 | 104 | 104 | 105 | 100 |
| **32.** Proportion de CSPS disposant d’un COGES fonctionnel | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| **33.** Proportion de CMA disposant d’un COGECMA fonctionnel | 00% | 00% | 00% | 00% | 00% | 100% |
| **34.** Taux d’adhésion des femmes enceintes à la PTME/VIH | 97.3 | 93.4 | 83.4 | 91.5 | 85.2 | 90 |
| **35.** Proportion de nouveau-nés de mères séropositives testées | 29.8 | 42.9 | 54.3 | 44.5 | 51.3 | 55 |
| **36.** Proportion des femmes enceintes dépistées séropositives et ayant reçu des ARV pour la PTME | 118 | 104.6 | 119.3 | 86.7 | 99.6 | 100 |
| **37.** Proportion de nouveau-nés de mères VIH positifs et testés négatifs |  |  |  |  |  |  |
| **38.** Pourcentage d’enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie TETU |  |  |  |  |  |  |
| **39.** Pourcentage d’enfants de moins de 5ans PEC selon la stratégie PCIME | 49 | 51.8 | 61.7 | 83.4 | 91.4 | 95 |
| **3. Développement des ressources humaines en santé** |  |  |  |  |  |  |
| **40.** Proportion de membres ECD formés en gestion de district |  |  |  |  |  |  |
| **41.** Nombre de médecin formé en chirurgie essentielle |  |  |  |  |  |  |
| **42.** Proportion de supervision intégrée réalisée | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| **43.** Pourcentage de structures sanitaires publiques (CSPS) remplissant les normes en personnel de santé |  |  |  |  |  |  |
| **44.** Ratio des différentes catégories de personnel par rapport à la population par habitants |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4**. **Promotion de la santé et lutte contre la maladie** |  |  |  |  |  |  |
| **45.** Pourcentage de personnes atteintes de SIDA justifiable du traitement qui sont sous traitement anti rétroviral (ARV) | 93.5 | 84.1 | 97.4 | 99.9 | 89.5 |  |
| **46.** Nombre de personnes dépistées au VIH | 8852 | 11387 | 20758 | 21517 | 17705 |  |
| **47.** Nombre de personnes dépistées au VIH (positives) | 1197 | 817 | 1198 | 1320 | 1164 |  |
| **48.** Pourcentage de poussées épidémiques investiguées | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |  |
| **49.** Taux de guérison de la tuberculose | 72.4 | 74.4 | 73.6 | 78.2 | 73.2 | 90 |
| **50.** Taux de PFA non polio | 7 | 5,6 | 6,8 | 7,8 | 8,4 | >2 |
| **51.** Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans | 1.7 | 2.3 | 1.1 | 1.4 | 1.3 | <1 |
| **52.** Létalité des IRA chez les enfants de moins de 5 ans | 1 | 0.56 | 0.36 | 0,4 | 0,24 | <1 |
| **53.** Létalité de la diarrhée chez les moins de 5 ans |  |  |  | 0 | 0 |  |
| **5. Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé** |  |  |  |  |  |  |
| **54.** Pourcentage de dépôts MEG n'ayant pas connu de rupture des 25 principaux MEG |  |  |  |  |  |  |
| **55.** Pourcentage de dépôts MEG n'ayant pas connu de rupture des 50 molécules traceuses | 55.9 | 86.1 | 162 | 61.9 | 77.6 |  |
| **56.** Taux de satisfaction des besoins en produits sanguins labile |  |  |  |  |  |  |
| **57.** Rayon moyen d’action théorique |  |  |  |  | 5,4 |  |
| **58.** Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire |  |  |  |  | 69,87 |  |
| **59.** Pourcentage de la population vivant dans un rayon de moins de 10 km d'une formation sanitaire |  |  |  |  | 30,11 |  |
| **60.** Nombre de blocs opératoires fonctionnels | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  |
| **6. Amélioration de la gestion du système d’information sanitaire** |  |  |  |  |  |  |
| **61.** Taux de promptitude des saisies des rapports d’activités sur ENDOS | 70 | 76 | 60 | 78 | 75 | 100 |
| **62.** Taux de complétude des rapports d’activités saisies sur ENDOS | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **7. Promotion de la recherche en santé** |  |  |  |  |  |  |
| **63.** Nombre de recherche actions programmées |  |  |  |  |  |  |
| **64.** Nombre de recherche actions réalisées |  |  |  |  |  |  |
| **65.** Nombre d’agents formés en recherche opérationnelle |  |  |  |  |  |  |
| **8. Accroissement du financement de la santé et amélioration de l’accessibilité financière des populations aux services de santé** |  |  |  |  |  |  |
| **66.** Taux d’exécution des activités du plan d’action |  |  |  |  |  |  |
| **67.** Taux de mobilisation des ressources |  |  |  |  |  |  |
| **69.** Taux d’allocation des ressources |  |  |  |  |  |  |
| **70.** Taux d’absorption des ressources |  |  |  |  |  |  |

Bref commentaire sur les principaux indicateurs (tableau en annexe)

* 1. Analyse des parties prenantes et identification des bénéficiaires

**Tableau XX**: Analyse des parties prenantes de la région sanitaire des Hauts-Bassins

| **Parties prenantes** | **Éléments d’analyse** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Importance** | **Influence** | **Domaine d’importance** | **Domaine d’influence** |
| Les femmes et les enfants de moins de 5 ans | Faible | Forte | Du fait de leurs vulnérabilités de leur pauvreté et leur faible pouvoir de décision | Adhésion aux différents programmes de santé |
| Les hommes | Forte | Forte | Détiennent le pouvoir économique au sein des ménages | Ils impactent positivement ou négativement sur la mise en œuvre des programmes de santé |
| Les personnes âgées | Faible | Forte | Pauvreté et leur vulnérabilité | Ils influencent beaucoup sur la prise de décision |
| Les responsables coutumiers et religieux | Faible | Forte | Pauvreté | Ils ont une grande capacité de mobilisation sociale  Ils influencent beaucoup sur la prise de décision |
| Les agents de santé à base communautaire | Forte | Forte | Réalisation des interventions communautaires | Grande capacité de mobilisation sociale |
| Les partenaires sociaux | Faible | Forte | Insuffisance de ressource | Collaborent avec les décideurs de la santé |
| Personnels de santé | Forte | Forte | Acteurs de la mise en œuvre des programmes de santé  Mise en œuvre des interventions sur le terrain | Capacité de mobilisation |
| Les partenaires techniques et financiers | Forte | Forte | Appui technique et financier dans la mise en œuvre des programmes | Fonds ciblés sur certaines interventions |
| Organisation de la société civile (OSC, OBC) | Faible | Forte | Insuffisance de ressources | Forte capacité de mobilisation sociale  Action de veille sur la mise en œuvre des interventions |
| Autorités administratives | Forte | Forte | Acteurs de coordination de la mise en œuvre des interventions | Forte capacité de mobilisation sociale |
| OMS | Forte | Forte | * Appui technique en matière de mise en œuvre des politiques sanitaires * Plaidoyer pour la mobilisation des ressources/Appui financier | Forte capacité des ressources financières  Appui technique |
| UNICEF | Forte | Forte | Appui technique en matière de mise en œuvre des interventions en faveur de la santé infantile | Forte capacité de renforcement des activités de nutrition |
| UNFPA | Forte | Forte | Appui technique en matière de mise en œuvre des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile | Forte capacité de renforcement des activités de SR/PF |
| HKI | Forte | Forte | * Appui technique et financier dans le domaine de nutrition * Appui technique et financier dans le domaine de la SR | Forte capacité de mobilisation des ressources financières pour les activités de SR/PF/Nut |
| Terre des Hommes | Forte | Forte | * Appui technique et financier dans le cadre du projet IeDA * Appui technique en matière de mise en œuvre des interventions de PCIME-REC | Prise en charge des enfants de 0-5ans avec le REC-PCIME  Renforcement des compétences des acteurs |
| Pathfinder International | Forte | Forte | Appui technique et financiers dans le domaine de la SR | Forte capacité de renforcement des activités de SR/PF |
| GAVI/RSS | Forte | Forte | Appui technique et financiers dans le domaine du PEV | Forte capacité de renforcement des compétences et d’appui en matériel  Appui financier |
| Fonds Mondial | Forte | Forte | Appui technique et financiers dans le domaine de la TB, Palu, VIH | Forte capacité de renforcement des compétences et d’appui en matériel  Appui financier |
| ABBEF | Forte | Faible | Appui technique dans le domaine de la SR | Forte capacité de renforcement des compétences |
| Comité de gestion des FS | Forte | Faible | Grandes capacités de mobilisation sociales et réalisation d’interventions communautaires | Engagement communautaire |
| Administration publique | Forte | Forte | Grande capacité de coordination et collaboration intersectorielle | Appui financier |
| Collectivités territoriales | Forte | Forte | * Appui à la gestion administrative * Appui à la mobilisation des ressources * Renforcement des infrastructures et équipements | Capacité de mobilisation et de plaidoyer |
| Help | Faible | Faible | Gratuité/mutuelle des soins de santé |  |
| Action contre la Faim (ACF) | Faible | Faible | Appui à la prise en charge de la malnutrition, ANJE, WASH | Renforcement des capacités des acteurs |
| Banque Mondiale | Forte | Forte | * Activités de lutte contre le paludisme * Activité de lutte contre les MTN * Activités de la SR (Dividende démographique) | Forte capacité de renforcement des compétences et d’appui en matériel  Appui financier |
| PRSS | Forte | Forte | Appui technique et financier en matériels, logistiques | Forte capacité de renforcement des compétences et d’appui en matériel  Appui financier |

* 1. DETERMINATION DES PROBLEMES
     1. Identification des problèmes essentiels (en annexe)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OS** | **Problème** | **Causes** | **Conséquences** |
| OS1 | La performance du leadership et de la gouvernance n’est pas satisfaisante | - L’insuffisance de compétences des agents de la région sur la gestion axée sur les résultats (GAR) ;  - La coordination et la collaboration intersectorielle sont insuffisantes ;  - Faible proportion de membres COGES formés sur la gestion des FS  - La coordination des interventions des partenaires (secteur privé, OST, organismes de financement, associations) n’est pas suffisante.  - Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante par manque de financement.  - Insuffisance de compétences dans la planification genre sensible | - Faible capacité de résolution des problèmes  - Insuffisance de dialogue et de communication avec les parties prenantes  - Faible capacité à mobiliser les autres secteurs |
| Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente | - Insuffisance dans l’exécution des fonds transférés aux collectivités  - Insuffisance de financement de la santé par les partenaires locaux  - Absence d’un plan régional de mobilisation des ressources financières  - Faible allocation des ressources financières pour la réalisation des activités | - Faible accessibilité financière de la population aux services de santé  - Accroissement des dépenses catastrophiques de santé pour les ménages |
| La gestion et l’utilisation de l’information sanitaire sont peu performantes | - faible couverture en réseau internet (disponibilité et qualité)  - Insuffisance dans la collecte et la transmission des données des structures privées  - Insuffisance de recherches menées au niveau de la région  - Insuffisance de collaboration avec les institutions de recherche de la région  - Insuffisance de capitalisation des résultats de la recherche (mémoires des étudiants et les résultats de recherche des centres spécialisés)  - Insuffisance dans la prise en compte du genre dans l’analyse des données sanitaires ; | - Faible utilisation des données pour la prise de décision. |
| OS2 | La gestion des ressources humaines n’est pas performante | - L’insuffisance de personnel dans les FS ;  - L’insuffisance de compétence pour certaines spécialités  - Absence de personnel qualifié pour la maintenance au niveau de la région  - L’insuffisance de motivation du personnel (la gestion des carrières)  - Manque de personnel de profil GRH dans les districts  - Forte mobilité du personnel des zones rurales vers les zones urbaines  - Retard dans la prise en compte des actes de carrière | - Faible qualité des services  - Rupture dans la continuité des soins |
| OS3 | Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants | - Insuffisance du plateau technique des FS ;  - Faible taux de transformation des CSPS des chefs-lieux de commune en Centres médicaux ;  - La non-conformité de certaines infrastructures sanitaires (CSPS/CM)  - Aucun bloc opératoire de district ne répond aux normes en infrastructures  - La non transformation des CMA de Dafra et Dô en HD  - Aucun DRD de la région ne répond aux normes en termes d’infrastructures et d’équipements  - Insuffisance dans la couverture sanitaire  - Absence d’ambulances médicalisées dans la région  - Insuffisance en logistique roulante (ambulances, véhicule de supervision et moto)  - Absence d’unité de production d’oxygène fonctionnelle dans les structures sanitaires de la région  - Absence de dispositif de maintenance curative et préventive  - Infrastructures inadaptées pour le centre régional de transfusion sanguine de Bobo  - Insuffisance dans la chaine de froid | - Faible qualité des soins  - Faible couverture sanitaire  - Rupture dans la continuité des soins |
|  | Les produits de santé (y compris les PSL) sont peu accessibles | - Les ruptures fréquentes en MEG  - Absence de la pharmacie hospitalière  - La non satisfaction des besoins en PSL  - Insuffisance dans la gestion des PSL  - Insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles pour la production de PSL  - Absence de cadre de concertation des acteurs de laboratoire pour le contrôle qualité des produits essentiels | - Faible qualité des soins  - Morbidité et mortalité élevées  - Rupture de la continuité des soins |
|  | Les prestations de services de santé et de nutrition restent insuffisantes et de faible qualité | - Insuffisance dans le système de R/CR  - Insuffisance dans la réalisation du monitorage des activités à tous les niveaux  - Insuffisance dans la mise en œuvre des soins palliatifs  - Insuffisance dans l’audit des décès maternels et néonataux  - Insuffisance dans l’évaluation des pratiques professionnelles  - La prévalence du VIH/SIDA est toujours préoccupante ;  - Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de suivi-évaluation de la qualité des soins dans les DS de la région  - Insuffisance dans la gestion des DBM dans la région  - Non tenue du cadre de concertation régionale des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT) | - La morbidité et la mortalité générales demeurent élevées  - Faible qualité des soins  - Rupture dans la continuité des soins  - Pollution environnementale |
|  | La prévention du risque financier est insuffisante | - Faible couverture en mutuelles de santé  - Insuffisance dans le fonctionnement des mutuelles de santé dans la région  - Insuffisance dans la réalisation du contrôle de l’effectivité de la gratuité des soins dans la région | - Faible accessibilité financière aux soins pour la population  - Morbidité et mortalité élevées  - Recours à l’automédication |
| OS4 | L’adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est faible | - Insuffisance dans la participation communautaire (surtout dans la prise de décision) ;  - Insuffisance de collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne  - Insuffisance dans la coordination des activités de sensibilisation  - Faible connaissance des populations sur les facteurs de risques en matière de santé  - faible connaissance des travailleurs sur les risques liés aux troubles psycho-sociaux et musculo-squelettiques  - Insuffisance d’information des populations sur les produits chimiques nocifs à la santé utilisés sur les sites d’orpaillage | - Morbidité et mortalité élevées  - Baisse de l’utilisation des services |
| OS5 | Le système de gestion des urgences de santé publique n’est pas performant | - Absence d’un CORUS régional  - Insuffisance d’équipement des salles d’isolement pour les maladies à potentiels épidémiques  - Insuffisance d’infrastructures, d’équipements, de matériel et de logistique pour le triage et la PEC des cas lors des urgences sanitaires  - Absence d’un fond permanent de réponse aux situations de crises sanitaires.  - Insuffisance de RH qualifiées dans les services d’urgences des CHU/HD  - Absence de SAMU dans la région  - Insuffisance dans la coordination de l’approche « one health » dans la région | - Morbidité et mortalité élevées  - Flambées épidémiques  - Faible qualité des soins en situations d’urgences |

* + 1. Sélection des problèmes prioritaires

L’ensemble des problèmes identifiés dans la région ont été priorisés en tenant compte des critères et des goulots d’étranglement suivants : l’ampleur du problème, sa gravité, sa vulnérabilité (technique, opérationnelle), l’acceptabilité des mesures préconisées, le coût, la faisabilité (opportunités, contraintes) et la perception qu’en a la population.

Ce qui nous a permis de retenir les problèmes prioritaires suivants :

* La performance du leadership et de la gouvernance n’est pas satisfaisante ;
* Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente ;
* La gestion et l’utilisation de l’information sanitaire sont peu performantes ;
* La gestion des ressources humaines n’est pas performante ;
* Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants ;
* Les produits de santé (y compris les PSL) sont peu accessibles ;
* Les prestations de services de santé et de nutrition restent insuffisantes et de faible qualité a tous les niveaux de soins, en particulier pour les groupes vulnérables ;
* L’adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est faible ;
* Le système de gestion des urgences de santé publique n’est pas performant.

1. 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
   1. La performance du leadership et de la gouvernance n’est pas satisfaisante

La performance du leadership et de la gouvernance à tous les niveaux du secteur de la santé n’est pas satisfaisante.

Les causes de cette situation sont l’insuffisance dans la coordination et la collaboration intersectorielle, l’insuffisance dans la coordination des interventions des partenaires, les compétences insuffisantes en management, en gestion axée sur les résultats (GAR) et en planification genre sensible, la faible proportion de membres COGES formés sur la gestion des FS, l’irrégularité dans la tenue des cadres de concertation statutaires, le faible fonctionnement des mécanismes garantissant l’efficience, l’équité, la transparence et la redevabilité. Les actions pour corriger les inégalités notamment liées au genre et aux groupes spécifiques sont insuffisantes.

Les conséquences sont une faible capacité de résolution des problèmes, une insuffisance du dialogue et de la communication avec les parties prenantes, une faible capacité à mobiliser les autres secteurs sur l’agenda du développement sanitaire.

Cela a pour conséquences, la faible capacité de résolution des problèmes, une insuffisance de dialogue et de communication avec les parties prenantes et la faible capacité à mobiliser les autres secteurs (autres départements ministériels).

* 1. Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente

Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion peu efficiente.

Cette situation est due à l’insuffisance des crédits délégués aux structures sanitaires, au retard dans l’opérationnalisation de l’assurance maladie universelle, à l’absence d’un plan régional de mobilisation des ressources financières, au faible développement du financement de la santé par les partenaires locaux, au faible taux d’exécution des fonds transférées aux collectivités territoriales, a l’insuffisance et au retard dans le remboursement de la gratuité des soins. A cela s’ajoutent les insuffisances dans la traçabilité, l’efficacité et l’efficience de la dépense publique et la faiblesse des mécanismes de transparence et de lutte contre la corruption. Tout cela a pour conséquence une faible accessibilité financière de la population aux services de santé et un accroissement des dépenses catastrophiques de santé pour les ménages.

* 1. La gestion et l’utilisation de l’information sanitaire sont peu performantes

La collecte et le rapportage des données sont insuffisants notamment les données du secteur privé, de la médecine traditionnelle et alternative et les données de la santé communautaire. D’autre part ; il faut signaler les ruptures des supports de collecte des données, la persistance des collectes parallèles et l’insuffisance dans la désagrégation des données sensibles au genre et aux groupes spécifiques.

La production, la diffusion et l’utilisation des résultats de recherche en santé sont insuffisantes à cause d’une coordination et un financement insuffisants, une faible valorisation et capitalisation des résultats ainsi que la faible collaboration avec les institutions de recherche dans la région.

Ceci a pour conséquence une faible utilisation des données probantes pour la prise de décision.

1. OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé
   1. La gestion des ressources humaines n’est pas performante

L’insuffisance du suivi de la carrière et des mécanismes de rétention des agents, l’insuffisance de de description des postes à tous les niveaux, l’absence d’un mécanisme de capitalisation des renforcements de compétences des agents et l’absence de plan de formation continue des agents entraînent une faible motivation des RHS. Par ailleurs, la région est confrontée à certaines difficultés telles que l’une insuffisance de personnel dans plusieurs structures sanitaires, l’absence de personnel qualifié pour la maintenance et l’absence de personnel de profil GRH dans les districts.

La non-application des textes règlementaires notamment certains dispositifs de la fonction publique hospitalière a pour conséquence l’indiscipline, la non-application des sanctions, les passe-droits, l’absentéisme et la faible productivité.

En raison de l’absence de normes à certains paliers ou la faible application de normes existantes et de la faiblesse de mécanismes incitatifs adaptés, la répartition des RHS est inégale au détriment des zones rurales, de certains paliers de soins, entre districts et même entre formations sanitaires d’un même district. Ceci a pour conséquences une faible qualité des services et une rupture dans la continuité des soins.

1. 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)
   1. Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants

Les insuffisances au niveau des infrastructures sont principalement la faible couverture sanitaire de la région, le faible taux de transformation des CSPS des chefs-lieux de commune en Centres médicaux, la vétusté de certaines infrastructures, la non-conformité de certaines infrastructures telles les blocs opératoires, les DRD et le centre régional de transfusion sanguine, la rareté de dispositifs d’accès pour les personnes ayant un handicap physique, la non transformation des CMA de Dô et Dafra en hôpitaux de districts, l’absence d’unité de production d’oxygène fonctionnelle dans les structures sanitaires de la région et un entretien insuffisant.

Les infrastructures, les équipements y compris la chaine de froid, le matériel et la logistique sont insuffisants à tous les niveaux. Leur maintenance préventive et curative est insuffisante à cause de l’absence d’agents de maintenance qualifiés et l’absence d’un dispositif de maintenance curative et préventive.

Les conséquences sont une répartition géographique inégale des infrastructures, une rupture de continuité des soins et un accès limité à des prestations de qualité.

* 1. Les produits de santé (y compris les PSL) sont peu accessibles

La gouvernance pharmaceutique et la disponibilité des produits de santé de qualité en général et des produits spécifiques (médicaments, vaccins et réactifs, produits SR/PF, anticancéreux, médicaments des hépatites, médicaments radio pharmaceutiques, produits sanguins labiles, etc.) sont faibles. La production locale des produits de santé, le développement de la pharmacopée traditionnelle, la mise en œuvre de la pharmacie hospitalière, et la qualité des examens de biologie médicale sont insuffisants. On note également la circulation des faux médicaments et le coût élevé des produits de santé. La production, la qualité, la distribution et la gestion des produits sanguins labiles sont insuffisantes.

Il en résulte une offre de services de qualité faible, une rupture dans la continuité des soins et un faible taux de satisfaction en produits sanguins labiles.

* 1. Les prestations de services de santé et de nutrition restent insuffisantes et de faible qualité a tous les niveaux de soins et en particulier les groupes vulnérables

La disponibilité de services de qualité de SRMNEAN, de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, d’hygiène en milieu de soins et en milieu communautaire est insuffisante.

La réalisation du monitorage des activités et l’évaluation des pratiques professionnelles sont insuffisantes, la mise en œuvre des soins palliatifs et les audits des décès maternels et néonataux sont insuffisants et la prévalence du VIH/Sida reste toujours préoccupante dans la région.

L’organisation de l’offre de soins, le système de référence et de contre référence et la mise en œuvre du mécanisme de suivi-évaluation de la qualité des soins dans les DS présentent des insuffisances notables. A cela s’ajoute la fermeture ou le fonctionnement à minima des formations sanitaires dans les zones touchées par l’insécurité.

L’offre des services de prévention contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles est faible. L’offre de soins et des services de santé sont interrompus dans les zones à fort défi sécuritaire. La gestion des déchets biomédicaux est insuffisante à tous les niveaux.

La prévention du risque financier est insuffisante. En effet**,** Cela pourrait s’expliquer par la faible couverture de la région en mutuelles de santé, à l’insuffisance dans la coordination et le fonctionnement des mutuelles de santé existantes. En outre, on note une insuffisance dans la réalisation du contrôle de l’effectivité de la gratuité des soins (faible taux de couverture des structures sanitaires et la non-implication des ECD). Par ailleurs, la veille communautaire et la participation des communes à l’amélioration de l’offre de soins restent faibles.

Les conséquences sont la persistance de taux élevés de morbidité et de mortalité en particulier dans les zones touchées par l’insécurité ou les zones d’accueil des personnes déplacées internes, une faible accessibilité financière des populations aux soins et le recours fréquent à l’automédication.

1. 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
   1. L’adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est faible

Cela est due à une insuffisance dans la participation communautaire (surtout dans la prise de décision), de collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne et dans la coordination des activités de sensibilisation.

La gratuité de la PF est effective au niveau de la région qui d’ailleurs a organisé une édition de la semaine de planification familiale en 2022. Cependant, il existe des zones où certains partenaires de femmes sont peu favorables à la PF en raison des pesanteurs socio-culturelles. Aussi on assiste à une insuffisance en matériels médico-techniques pour le retrait des implants et l’insertion des DIU. Il y a également une insuffisance dans la collecte des données de certaines structures sanitaires privées sur la PF. En termes d’opportunité on note l’engagement des responsables coutumiers et religieux pour la réussite des activités de PF dans la région et la collaboration intersectorielle. L’insécurité constitue une menace pour la réussite des activités de PF.

De même, on note une faible connaissance des populations sur les facteurs de risques en matière de santé, ceux liés aux troubles psycho-sociaux et musculo-squelettiques des travailleurs et une insuffisance d’information des populations sur les produits chimiques nocifs à la santé utilisée sur les sites d’orpaillage.

Les conséquences sont : la Baisse de l’utilisation des services de santé et une morbidité et mortalité élevées.

1. OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires
   1. Le système de gestion des urgences de santé publique n’est pas performant

La prévention et la réponse aux situations de crises sanitaires (épidémies, maladies émergentes, catastrophes, conséquences de l’insécurité…) sont tardives et insuffisantes. La surveillance, la préparation et la riposte aux épidémies et catastrophes sont insuffisantes.

Pour la réponse aux situations d’urgences sanitaires, il existe une insuffisance d’infrastructures, d’équipements, de matériel et de logistique pour le triage et la PEC des cas lors des urgences sanitaires, d’équipement des salles d’isolement pour les maladies à potentiels épidémiques et de RH qualifiées dans les services d’urgences des CHU/HD. On note aussi une absence de SAMU dans la région, de fond permanent de réponse aux situations de crises sanitaires et un CORUS régional. Enfin, la coordination de l’approche « one health » dans la région est insuffisante.

Cela a pour conséquence, la Faible qualité des soins en situations d’urgences, les Flambées épidémiques et une Morbidité et mortalité élevées

Les priorités de la région sanitaire des Hauts-Bassins découlent de l’analyse de la situation par orientation stratégique. Elles ont été identifiées à travers les faiblesses de la structure.

# **CADRE DE PROGRAMMATION DU PDSR**

### **Fondement**

Le PSDR trouve son fondement dans la Politique sectorielle santé (PSS) et le Plan national de développement sanitaire (PNDS), ceux-ci étant basés sur la Constitution et les engagements internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit en matière de santé.  
Aussi, la région sanitaire intègre les textes et politiques adopté au plan national, 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, à la Politique nationale de population, à la Loi sur la santé de la reproduction et au 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.

### **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 : « le Burkina Faso, une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale » et celle du PNDES II, se formule comme suit : « le Burkina Faso, une nation solidaire, démocratique, résiliente et de paix, transformant la structure de son économie pour réaliser une croissance forte, inclusive et durable ». 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 régional performant et résilient. Elle s’appuie sur les fondements, principes et valeurs ci-après énoncées.

### **Valeurs et principes directeurs**

Les valeurs et les principes qui sous-tendent le pilotage et soutien des services du ministère en charge de la santé et partant de la DRSHP des Hauts Bassins 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

#### **Valeurs**

• **Équité et genre**

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

• **Responsabilité**

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

• **Redevabilité**

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

#### **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 ministère en charge de la santé 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 santé89.

### **OBJECTIF GENERAL**

Le PDSR 2023-2027 se fixe comme objectif général d’améliorer l’état de santé de la population des Hauts-Bassins**.**

### **RESULTATS**

**Tableau XXI : Resultats**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORIENTATION STRATEGIQUE DU PNDS | PRODUITS | STRATEGIES |
| 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 | P1.1. La performance du leadership et de la gouvernance est satisfaisante | Tenue des cadres de concertation |
| Renforcement de compétence en GAR, genre sensible et sur la gestion des FS |
| Coordination et collaboration intersectorielle |
| P1.2. Le financement de la santé est suffisant et sa gestion est efficiente | Plaidoyer |
| Mobilisation des ressources financières |
| Renforcement de compétence |
| P1.3. La gestion et l’utilisation de l’information sanitaire sont performantes | - Collaboration |
| - Supervision |
| - Monitorage des données |
| - Validation des données |
| - Dotation en équipement et en matériel informatique et des supports de collecte |
| - Diffusion de l’information sanitaire |
| OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé | P2.1. La gestion des ressources humaines est performante | - Rencontre de concertation des responsables des ressources humaines |
| - Renforcement de compétence du personnel RH |
| Plaidoyer pour l’affectation des profils manquants |
| 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) | P3.1. Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont suffisants | Suivi des constructions/réhabilitations d’infrastructures |
| Dotation en équipements et en logistique roulante |
| Construction d’infrastructure répondant aux normes |
| Réhabilitation/Réfection des infrastructures |
| P3.2. Les produits de santé (y compris les PSL) sont accessibles | Renforcement des compétences en prescription rationnel et a l’utilisation des PSL |
| - Dotation en matériels et équipements |
| Approvisionnement en produits de sante |
| - Maintenance de la logistique |
| - tenue de cadre de concertation |
| - Construction d’infrastructures |
| P3.3. Les prestations de services de santé et de nutrition sont suffisantes et de meilleurs qualité | - monitorage des activités |
| - tenue de cadre de concertation |
| Renforcement du suivi-évaluation |
| Renforcement de compétence |
| - Sensibilisation |
| P3.4 : La prévention du risque financier est suffisante | - Supervision |
| - Renforcement de compétences sur les 5S KAIZEN TQM |
| - Formation des agents de santé sur les soins centré sur la personne. y compris l’humanisation des soins |
| - Réalisation d’un audit diagnostique |
|
|
|
| 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 | P4.1. L’adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est forte | - Dotation en équipement de la chaine de froid |
| - Approvisionnement en vaccins et consommables |
| - Formation du personnel |
| - Supervision du personnel |
| - Maintenance préventive et curative de la chaine de froid et groupe électrogène |
| - Approvisionnement en supports de données |
| - Mise en œuvre de la stratégie OMV |
| - Campagne de rattrapage vaccinale au profit des PDIs |
|  |
| OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires | P5.1. Le système de gestion des urgences de santé publique est performant | - Suivi des tendances des maladies à potentiel épidémique et urgences sanitaires |
| - investigations des cas des MPE et des urgences sanitaires |
| - Supervision des agents |
| - Dotation en équipement et en matériel informatique |
| - Dotation en kits de dépistage et de protection contre la COVID-19 et les autres épidémies. |
| - Élaboration du plan de lutte et de riposte aux éventuelles épidémies et des urgences sanitaires |

### **DETERMINATION DES STRATEGIES**

**Tableau XXII : Détermination des stratégies**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problèmes Prioritaires** | **Causes** | **Résultats** | **Stratégies** |
| La performance du leadership et de la gouvernance n’est pas satisfaisante ; | Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon régulière par manque de financement. | Les cadres de concertation sont tenus selon la périodicité requise | Plaidoyer pour le financement des cadres de concertation |
| La coordination et la collaboration intersectorielle sont insuffisantes ; | La coordination et la collaboration intersectorielle sont renforcées | Planification des cadres de concertation  Concertation intersectorielle (one health)  Suivi des recommandations |
| La coordination des interventions des partenaires (secteur privé, OST, ONG, organismes de financement, associations) n’est pas suffisante | La coordination des interventions des partenaires est renforcée | Planification des cadres de concertations  Concertation  Mise à jour de la cartographie des partenaires,  Monitorage des interventions  Suivi – évaluation des interventions des partenaires |
| Faible proportion de membres COGES formés sur la gestion des FS | Tous les membres COGES sontformés sur la gestion des FS | Formation des membres COGES |
| L’insuffisance de compétences des agents de la région sur la gestion axée sur les résultats (GAR) ; | Les agentsde la région maitrisent la gestion axée sur les résultats (GAR) ; | Formation des agents en GAR  Suivi post formation  Supervision des agents formés |
| Lourdeur administrative pour le déblocage des fonds transférés aux collectivités | Les différentes allocations de fonds transférés aux collectivités sont traités et suivi avec diligence | Diligence dans le traitement et le suivi de l’allocation des fonds transférés aux collectivités |
| Insuffisance de compétences dans la planification genre sensible | Les agentsde la région maitrisent la planification genre sensible | Renforcement de compétence des agents sur la planification genre sensible |
| Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion est peu efficiente ; | Retard dans l’allocation des fonds à transférer aux collectivités | **L**es fonds sont transférés à temps aux collectivités | Plaidoyer pour le transfert à temps des fonds aux collectivités ;  Suivi – évaluation de l’exécution des fonds transférés |
| Absence d’un plan régional de mobilisation des ressources financières | Un plan régional de mobilisation des ressources financières est disponible | Élaboration d’un plan régional de mobilisation des ressources financières  Suivi-évaluation du plan |
| Insuffisance de financement de la santé par les partenaires locaux | Le financement des partenaires locaux des activités de la santé est renforcé | Plaidoyer pour le financement endogène  L’élaboration de la cartographie des partenaires locaux |
| Faible allocation des ressources financières pour la réalisation des activités | L’allocation des ressources financières pour la réalisation des activités est satisfaisante | Plaidoyer pour l’allocation des ressources financières |
| La gestion et l’utilisation de l’information sanitaire sont peu performantes ; | Insuffisance dans la collecte et la transmission des données des structures privées de santé | La collecte et la transmission des données des structures privées de sante sont renforcées | Suivi – évaluation des activités des structures privées de santé  Concertation  Désignation des points focaux |
| Insuffisance dans la prise en compte du genre dans l’analyse des données sanitaires ; | Le genre est pris en compte dans l’analyse des données sanitaires | Plaidoyer pour la révision des outils (RMA, ENDOS) prenant en compte le genre |
| Insuffisance de recherches menées au niveau de la région | Des recherches sont menées au niveau de la région | Identification des thèmes de recherche  Elaboration des protocoles de recherche  Plaidoyer pour le financement des recherches |
| Insuffisance de collaboration avec les institutions de recherche de la région | La collaboration avec les institutions de recherche de la région est satisfaisante | Concertation avec les institutions de recherche |
| Insuffisance de capitalisation des résultats de la recherche (mémoires des étudiants et les résultats de recherche des centres spécialisés) | La capitalisation des résultats de la recherche est renforcée | Suivi des travaux de la recherche  L’archivage des travaux de recherche  Désignation des points focaux ;  Création de bibliothèque régionale ; |
| Insuffisance dans l’utilisation et la diffusion des données | Les données sanitaires sont utilisées et diffusées | Suivi de l’utilisation  Dissémination des résultats des recherche |
| Faible couverture en réseau internet (disponibilité et qualité) | La couverture en réseau internet est améliorée | Plaidoyer pour l’amélioration de la couverture du réseau internet |
| La gestion des ressources humaines n’est pas performante ; | L’insuffisance de personnel dans les FS ; | Les normes en personnels sont respectées dans les FS | Plaidoyer pour l’affectation de nouveau personnel  Redéploiement du personnel  Affectation du personnel  Motivation du personnel |
| L’insuffisance de certains spécialistes dans les structures de référence | Les normes en personnel spécialistes sont respectées dans les structures sanitaires | Plaidoyer pour l’affectation des spécialistes |
| La gestion des ressources humaines en santé n’est pas performante (inégale répartition, gestion des carrières, motivation du personnel | La gestion des ressources humaines est performante | Institution de cadre de concertation entre les GRH  Suivi de carrière des agents |
| Absence de personnel qualifié en GRH dans les districts | Existence de personnel qualifié en GRH dans tous les districts | Plaidoyer pour l’affectation de personnel qualifié en GRH dans tous les districts |
| Forte mobilité du personnel des zones rurales vers les zones urbaines | La mobilité du personnel des zones rurales vers les zones urbaines est réduite | Plaidoyer pour le renforcement de la motivation du personnel des zones rurales |
| Retard dans le traitement des actes de carrière | Les actes de carrière sont traités dans les délais | Plaidoyer pour l’affectation de personnel de profil GRH |
| Inégalité dans la répartition du personnel | Le personnel est réparti selon les normes établies par le ministère de la santé et de l’hygiène publique | Répartition du personnel selon les normes établies par le ministère de la santé et de l’hygiène publique |
| Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaire sont insuffisants ; | Insuffisance du plateau technique des FS | Le plateau technique des FS est renforcé | Acquisition de matériels médico-techniques  Dotation  Plaidoyer  Suivi/ contrôle du matériel |
| Insuffisance/non-conformité des équipements sanitaires | Les équipements sanitaires acquis sont en nombre suffisant et conformes | Acquisition d’équipements sanitaire en nombre suffisant et conformes |
| Infrastructures et équipements inadaptés aux personnes vivant avec un handicap | Les équipements sanitaires adaptés aux personnes vivant avec un handicap sont acquis  Les infrastructures adaptées aux personnes vivant avec un handicap sont réalisées | Acquisition d’équipements sanitaires adaptés aux personnes vivant avec un handicap  La réalisation des infrastructures adaptées aux personnes vivant avec un handicap |
| Non sécurisation des espaces sanitaires | Les espaces sanitaires sont clôturés et protégés par des documents | Sécurisation des espaces sanitaires (documents, clôture) |
| Faible taux de transformation des CSPS des chefs-lieux de commune en Centres médicaux ; | La proportion des CSPS des chefs-lieux de commune transformée en Centres médicaux a augmenté | Construction  Équipement  Affectation  Redéploiement  Suivi |
| La non-conformité de certaines infrastructures sanitaires (CSPS/CM) | Les infrastructures sanitaires sont normalisées | Plaidoyer  Construction  Équipement  Réhabilitation |
| Aucun bloc opératoire de district ne répond aux normes en infrastructures | Les blocs opératoires des districts sont normalisés | Plaidoyer  Construction  Équipement  Réhabilitation |
| La non transformation des CMA de Dafra et Dô en HD | Les CMA de Dafra et Dô sont transformés en HD | Construction  Équipement  Affectation  Redéploiement  Formation  Plaidoyer |
| Absence d’infrastructure pour la médecine traditionnelle | Une infrastructure pour la médecine traditionnelle est disponible dans la région | Plaidoyer pour la construction d’une infrastructure au profit de la médecine traditionnelle dans la région |
| Aucun DRD de la région ne répond aux normes en termes d’infrastructures et d’équipements | Les DRD de la région sont normalisés | Construction  Équipement  Réhabilitation  Plaidoyer |
| Le rayon moyen d’action reste élevé dans certains districts | Rayon moyen d’action est dans les normes (< 5 Km) | Construction  Équipement  Plaidoyer |
| Absence d’ambulances médicalisées dans la région | Des ambulances médicalisées sont disponibles dans la région | Plaidoyer pour l’acquisition d’ambulances médicalisées,  Acquisition d’ambulances médicalisées |
| Insuffisance en logistique roulante (ambulances, véhicule de supervision et moto) | La logistique roulante (ambulances, véhicules de supervision et motos) est disponible en nombre suffisant | Plaidoyer pour l’acquisition d’ambulances, véhicules de supervision et motos |
| Absence d’unité de production d’oxygène fonctionnelle dans les structures sanitaires de la région | Chaque CMA /HD dispose d’une unité de production d’oxygène fonctionnelle (PSA) | Plaidoyer pour la construction d’unités de production d’oxygène (PSA) au niveau des CMA/HD |
| Absence de dispositif de maintenance curative et préventive | Un plan de maintenance curative et préventive est disponible | Elaboration d’un plan de maintenance curative et préventive |
| Infrastructures inadaptées pour le centre régional de transfusion sanguine de Bobo-Dioulasso | Un nouveau centre régional de transfusion sanguine est opérationnel à Bobo-Dioulasso | Plaidoyer pour la construction d’un nouveau centre de transfusion sanguine à Bobo-Dioulasso |
| Insuffisance en équipements de chaine de froid | Les équipements de chaine de froid sont renforcés | Plaidoyer  Acquisition |
| * Les produits de santé (y compris les PSL) sont peu accessibles ; | Les ruptures fréquentes en MEG | Les MEG sont disponibles | -Gestion  -Suivi |
| Absence de la pharmacie hospitalière | La mise en place de la pharmacie hospitalière est effective dans la région | - Plaidoyer pour la mise en œuvre de la pharmacie hospitalière  - Concertation |
| La non satisfaction des besoins en PSL | Les besoins exprimés en PSL sont satisfaits | - Promotion du don de sang  - Coordination  Ravitaillement  - gestion |
| Insuffisance dans la gestion des PSL | La gestion est conforme aux normes de gestion des PSL | - Suivi  - Monitorage  - Supervision |
| Insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles pour la production de PSL | Les ressources humaines, financières et matérielles pour la production de PSL sont suffisantes | - Plaidoyer pour l’affectation d’agents qualifiés  - Plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles  - Acquisition de matériel nécessaire à la production de PSL  Gestion rationnelle  Entretien du matériel |
| Insuffisance dans le contrôle qualité des produits essentiels | le contrôle qualité des produits essentiels est amélioré | - Coordination  - Collaboration  Rencontres de concertation |
| * Les prestations de services de santé et de nutrition restent insuffisantes et de faible qualité à tous les niveaux de soins et en particulier les groupes vulnérables | Insuffisance dans le système de R/CR | Le fonctionnement du système de R/CR est satisfaisant | - Coordination  - Collaboration  - Concertation  - Suivi-évaluation |
| Insuffisance dans la réalisation du monitorage des activités à tous les niveaux | Le monitorage des activités à tous les niveaux est renforcé | - Coordination  - Collaboration  - Concertation  - Suivi-évaluation |
| Insuffisance dans la mise en œuvre des soins palliatifs | La mise en œuvre des soins palliatifs est jugée satisfaisante | - Formation  - Suivi  - Supervision  - Monitorage |
| Insuffisance dans la formation continue des agents | Les agents bénéficient des formations et de renforcement de compétences de façon continue | Formation/renforcement des compétences |
| Insuffisance dans l’audit des décès maternels et néonataux | Une proportion appréciable des décès maternels et néonataux est auditée | - Formation  - Suivi  - Supervision  - Concertation |
| Absence d’évaluation des pratiques professionnelles | L’évaluation des pratiques professionnelles est réalisée | - Diffusion du référentiel  - Suivi  - Supervision  - Concertation |
| La prévalence du VIH/SIDA est toujours préoccupante | La prévalence du VIH/SIDA est en baisse | - Formation  - Sensibilisation  - Suivi  - Supervision  - Concertation |
| Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de suivi-évaluation de la qualité des soins dans les DS de la région | La mise en œuvre du mécanisme de suivi-évaluation de la qualité des soins dans les DS de la région est renforcée | - Suivi  - Supervision  - Concertation |
| Insuffisance dans la gestion des DBM dans la région | La gestion des DBM dans la région est conforme aux protocoles | - Formation  - Suivi  - Supervision  - Acquisition de matériel et consommables  - Construction/réhabilitation |
|  | Non tenue du cadre de concertation régionale des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT) | Les cadres de concertation régionale des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT) sont organisés | - Plaidoyer pour le financement des cadres de concertation  - Collaboration  - Concertation |
| Faible couverture en mutuelles de santé | La couverture en mutuelles de santé au niveau régional est satisfaisante | - Promotion pour la mise en place de mutuelles de santé  - Formation pour l’accompagnement/suivi  - Collaboration  - Concertation |
| Insuffisance dans le fonctionnement des mutuelles de santé dans la région | Le fonctionnement des mutuelles de santé dans la région est jugé satisfaisant |
| Insuffisance dans la réalisation du contrôle de l’effectivité de la gratuité des soins dans la région | Le contrôle de l’effectivité de la gratuité des soins dans la région est réalisé conformément aux directives | - Contrôle  - Concertation  - Suivi |
| L’adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est faible ;  . | Insuffisance dans la participation communautaire (surtout dans la prise de décision) ; | La participation communautaire est renforcée | Plaidoyer pour le renforcement de la participation communautaire |
| Insuffisance dans la coordination des activités de sensibilisation | La coordination des activités de sensibilisation est renforcée | - Plaidoyer  - Collaboration  - Coordination |
| Faible connaissance des populations sur les facteurs de risque en matière de santé | Les populations de la région ont une meilleure connaissance des facteurs de risque en matière de santé | - Renforcement de compétence  - CCSC  - Suivi  - Acquisition d’outils & matériel de sensibilisation  - Dotation en outils & matériel de sensibilisation |
| Faible connaissance des travailleurs sur les risques liés aux troubles psycho-sociaux et musculo - squelettiques | La connaissance des travailleurs sur les risques liés aux troubles psycho-sociaux et musculo - squelettiques est renforcée | - Formation  - CCSC  - Suivi  - Evaluation |
| Insuffisance d’information des populations sur les produits chimiques nocifs à la santé utilisés sur les sites d’orpaillage | Le niveau d’information des populations sur les produits chimiques nocifs à la santé utilisés sur les sites d’orpaillage est jugé satisfaisant |
| Le système de gestion des urgences de santé publique n’est pas performant | Absence d’un CORUS régional | Un CORUS régional est fonctionnel | Suivi du processus de mise en place du CORUS régional |
| Insuffisance d’équipement des salles d’isolement pour les maladies à potentiels épidémiques | Les salles d’isolement pour les maladies à potentiels épidémiques sont équipées conformément aux directives | - Acquisition  - Dotation |
| Insuffisance d’infrastructures, d’équipements, de matériel et de logistique pour le triage et la PEC des cas lors des urgences sanitaires | Des infrastructures, équipements, matériel et logistique adaptés pour le triage et la PEC des cas lors des urgences sanitaires sont disponibles | - Construction  - Equipement |
| Absence d’un fonds permanent de réponse aux situations de crises sanitaires | Un fonds permanent de réponse aux situations de crises sanitaires est disponible | Plaidoyer pour la disponibilité de ressources au niveau local |
| Insuffisance de RH qualifiées dans les services d’urgences des CHU/HD | Les services d’urgence des CHU/HD disposent de ressources humaines qualifiées | - Renforcement en personnel  - Renforcement en compétences  - Affectation |
| Absence de SAMU dans la région | Le SAMU est mis en place dans la région | Plaidoyer pour l’acquisition de SAMU |
| Insuffisance dans la coordination de l’approche « one health » dans la région | La coordination de l’approche « one health » dans la région est renforcée | * Concertation * Coordination |

***Tableau XXIII : Correspondance entre orientations stratégiques, entre les produits et effets***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produits** | **Effets** | **Impacts** |
| P1.1. Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables  et fonctionnels  P1.2. Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux  P1.3. Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences  P1.4 Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision  P1.5. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU | E1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité | L’ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE LA REGION DES HAUTS-BASSINS EST AMÉLIORÉ |
| P2.1. Des ressources humaines régionales compétentes, motivées et productives sont disponibles selon les normes à tous les niveaux.  P2.2 La gestion des ressources humaines en santé est efficace | E2.1 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé |
| P3.1. Les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l’utilisation des services de santé sont fonctionnels  P3.2. Les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus P3.3. 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.  P3.4. L’approche qualité des services et les soins centrés sur la personne et la sécurité des patients y compris l’humanisation des soins est intégrée dans la prestation de services  P3.5 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  P3.6. 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  P3.7. 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.  P3.8. 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.  P3.9. 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 | E3 : L’utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier  E3.2. La morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles sont réduites  E3.3. Les populations ont accès à des services essentiels intégrés SRMEA-N et de nutrition y compris les services de santé à base communautaire de qualité |
| P4.1. Les services de prévention, d’éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population P4.2. 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  P4.3. Les services de promotion de l’alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés  P4.4. Des approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées | E4.1: La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l’accélération la transition démographique |
| P5.1. 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  P5.2. Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d’urgences sanitaires  P5.3. La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l’approche « One Health » | E5.1. Les populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits ont accès à des services et des prestations de qualité |

***Tableau XXIV : Produits et Effets par orientations strategique***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Orientation Stratégique (OS)** | **Produits** | **Effets** |
| 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 | P1.1. Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables  et fonctionnels | E1.1. Le leadership, la gouvernance et la redevabilité sont renforcés  E1.2. Les données sanitaires de qualité sont utilisées pour la prise de décision  E1.3. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU |
| P1.2. Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux |
| P1.3. Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences |
| P1.4 Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision |
| P1.5. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU |
| OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé | P2.1. Des ressources humaines régionales compétentes, motivées et productives sont disponibles selon les normes à tous les niveaux. | E2.1 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé |
| 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) | P3.1. Les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l’utilisation des services de santé sont fonctionnels | E3.1: L’utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier |
| P3.2. Les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus |
| P3.3. 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 |
| P3.4. L’approche qualité des services et les soins centrés sur la personne et la sécurité des patients y compris l’humanisation des soins est intégrée dans la prestation de services |
| P3.5 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 | E3.2. La morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles sont réduites |
| P3.6. 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 |
| P3.7. 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. | E3.3. Les populations ont accès à des services essentiels intégrés SRMEA-N et de nutrition y compris les services de santé à base communautaire de qualité |
| P3.8. 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. |
| P3.9. 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 |
| 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 | P4.1. Les services de prévention, d’éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population | E4.1 : La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l’accélération la transition démographique |
| P4.2. 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 |
| P4.3. Les services de promotion de l’alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés |
| P4.4. Des approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées |
| OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires | P5.1. 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 | E5.1. Les populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits ont accès à des services et des prestations de qualité |
| P5.2. Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d’urgences sanitaires |
| P5.3. La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l’approche « One Health » |

### **CADRE LOGIQUE**

**Tableau XXV : Cadre logique**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRODUITS** | **INDICATEURS** | **Sources de vérification de l'indicateur** | **HYPOTHESES** | **RISQUES** |
| Impact : Réduction des morbidités et de la mortalité | Taux de mortalité maternelle /100000 naissances vivantes | Endos | Engagement et compétence des acteurs | Crise sanitaire et humanitaire, Insécurité |
| Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5ans /1000 | Engagement et compétence des acteurs |
| E1.1. Le leadership, la gouvernance et la redevabilité sont renforcés | Proportion des structures de santé disposant d’un PDSD, PEH, PDSR, PTA (%) | Endos, Rapport de supervision intégrée | Engagement et compétence des acteurs | Crise sanitaire et humanitaire, Insécurité |
| Proportion de cadre de concertation tenue | Rapport de progrès, Rapport d’activité | Engagement des acteurs  Disponibilité des ressources financières |
| E1.2. Les données sanitaires de qualité sont utilisées pour la prise de décision | Proportion des structures élaborant un Bulletin de retro-information | Rapport d’analyse des  Données de la région | Engagement des acteurs du Bureau CISSE | Instabilité du réseau internet, Mouvement d’humeur |
|  |
| E1.3. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU | Taux de mobilisation des ressources financières | Rapport de progrès, Endos | Engagement des PTF | Instabilité Socio-politique |  |
| Taux d’absorption des ressources financières | Rapport de progrès, Endos, rapport d’audit | Engagement des acteurs |  |
| Proportion de contrôle de gestion financière et matière effectuée au niveau des DRD | Rapport de contrôle | Engagement des acteurs  Disponibilité des ressources |  |
| E2.1 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé | Proportion de formations sanitaires respectant les normes en personnel | Rapport de progrès, Endos | Disponibilité du personnel en quantité et en qualité | Instabilité Socio-politique Insécurité |  |
| Proportion d’agents de la région évalués | Bordereau d’envoi | Engagement des acteurs |  |
| E3.1 : L’utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier | Nombre de nouveaux contacts par habitants et par enfants de moins de 5 ans | Rapport de progrès, Endos | Disponibilité CAMEG, CRTS, Gestion rationnelle | Crise sanitaire et humanitaire  Insécurité |  |
| Taux de satisfaction des parties prenantes des services de sante | Rapport d’enquête de satisfaction | Disponibilité de personnel Compétent et des outils de collecte |  |
| E3.2. La morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles sont réduites | Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans | Rapport de progrès, Endos | Compétences | Crise sanitaire et humanitaire, Insécurité |  |
| Séroprévalence de l’infection à VIH | Rapport des sites sentinelles | Financement du rapportage |  |
| Taux de notification de la TB | Rapport de progrès, Endos | Compétence, Accompagnement communautaire |  |
| Incidence des cas de paludisme par formation sanitaire (pour 1000 habitants) | Endos  Annuaire statistique, | Compétence, Disponibilité des TDR |  |
| Taux de mortalité intra hospitalière (CHU/CHR, HD) (%) | Endos  Annuaire statistique, | Compétence, Disponibilité matériel médico-technique |  |
| Incidence des cas de MNT (HTA, Diabète, Cancers, Asthme) | Endos  Annuaire statistique, | Compétence, Disponibilité matériel médico-technique |  |  |
| Proportion des FS mettant en œuvre la triple e-TME | rapport de supervision intégrée | Compétence, Disponibilité matériel médico-technique |  |  |
| E3.3. Les populations ont accès à des services essentiels intégrés SRMEA-N et de nutrition y compris les services de santé à base communautaire de qualité | Taux d’abandon des MAM | Endos | L’adhésion des mères, Suivi communautaire | Crise sanitaire et humanitaire, Insécurité |  |
| Proportion des décès MAS | Compétence, Disponibilité Matérielle | Rupture en Intrants, Financement des PTF |  |
| Couverture en soins prénatales | Compétence,  Disponibilité d’outils et de Matérielle |  |
| E4.1 : La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l’accélération la transition démographique | Taux de prévalence contraceptive | Endos  Annuaire statistique, | Compétences, Disponibilité des intrants | Crise sanitaire et humanitaire, Insécurité |  |
| E5.1. Les populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits ont accès à des services et des prestations de qualité | Proportion de FS mettant en œuvre le paquet de services et de soins essentiels, diversifiés et adaptés aux zones à fort défi sécuritaire | Rapport de supervision  Rapport d’activité des ASBC | Compétences, Disponibilité de directives et d’outils de collecte des données | Insuffisance de financement |  |
| P1.1. Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables et fonctionnels | Nombre de supervision intégrée des membres ECD réalisées | Rapport supervision intégré | Compétence, Logistique | Financement |  |
| Nombre de membres ECD formés en planification axée sur les résultats | Rapport de formation | Compétence | Financement |  |
| Nombre de chefs de services et responsables de bureau de la DRSHP formés en planification axée sur les résultats | Rapport de formation | Compétence | Financement |  |
| Nombre de CTRS tenus | Rapport de rencontre | Engagement des acteurs | Financement |  |
| Nombre de CODI tenus | Rapport de rencontre | Engagement des acteurs | Financement |  |
| Nombre de PTA élaboré | Rapport supervision intégré | Engagement des acteurs | Financement |  |
| P1.2. Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux | Nombre de CRS/PNDS tenus | Rapport de rencontre | Engagement des acteurs | Financement |  |
| Nombre de conseil régional pour la nutrition tenus | Rapport de rencontre | Engagement des acteurs | Financement |  |
| Nombre de cadres de concertation des intervenants en SR tenus | Rapport de rencontre | Engagement des acteurs | Financement |  |
| Nombre de comité régional de gestion des épidémies tenus | Rapport de rencontre | Engagement des acteurs | Financement |  |
| P1.3. Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences | Nombre de rencontres de validation des données | Rapport d’activité | Disponibilité des données | Financement |  |
| Taux de promptitude des données | Endos, Rapports de progrès | Engagement des acteurs | Instabilité du réseau internet |  |
| Taux de complétude des données |  |
| Nombre de bulletin élaboré | Disponibilité du document | Contrainte de temps |  |
| P1.4 Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision | Nombre de recherche action menée | Disponibilité du document | Elaboration d’un protocole, Compétence des acteurs | Absence de financement |  |
| Proportion des résultats de recherches utilisés pour la prise de décision | Plan de travail annuel | Disponibilité du rapport d'étude |  |
| P1.5. La mobilisation et la gestion des ressources financières sont améliorées | Taux de mobilisation des ressources financières | Endos, Rapports d'activités | Engagement des PTF et de l’Etat | Instabilité socio-politique, Insécurité |  |
| Taux d’absorption des ressources financières | L’exécution des activités planifiées, L’allocation des ressources à temps |  |
| P2.1. Des ressources humaines régionales compétentes, motivées et productives sont disponibles selon les normes à tous les niveaux | Proportion des agents dont la carrière est suivie | Rapport de suivi de carrière | Engagement des acteurs | Instabilité du réseau internet |  |
| Proportion des agents évalués | Bordereau d'envoi |  |
| P3.1. Les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l’utilisation des services de santé sont fonctionnels | Proportion de FS mettant en œuvre les mesures de gratuité | Rapport de progrès, Rapport de supervision | Disponibilité des intrants de PEC | Retard dans le remboursement |  |
| Proportion de formation sanitaire mettant en œuvre l’assurance maladie universelle (AMU) | Rapport de mise en œuvre de l’AMU | Engagement des acteurs | Instabilité socio-politique, Insuffisance de ressources financières |  |
| P3.2. Les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus | Proportion d’infrastructures sanitaires réfectionnées/réhabilitées | PV de réception | Suivi régulier des infrastructures | Insuffisance de financement |  |
| Taux d’immobilisation des équipements critiques | Rapport de maintenance curative | Existence d’une liste d’équipements critiques  Disponibilité d’outils de suivi |  |
| Proportion d’équipements ayant bénéficié d’une maintenance préventive | Rapport de maintenance | Suivi régulier des équipements |  |
| Proportion de véhicules ayant bénéficié d’une maintenance préventive | Rapport de maintenance, Carnet de bord | Compétence des chauffeurs | Insuffisance de financement |  |
| Proportion des véhicules ayant effectué une visite technique annuelle (%) | Rapport de visite technique | Engagement des acteurs |  |
| P3.3. 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 | Nombre de jours de rupture des 50 molécules traceuses au DRD | Endos, Rapport de progrès | Suivi régulier des molécules traceuses du DRD | Insécurité |  |
| Nombre de rapport SIGL transmis | Endos, Bordereau de transmission | Engagement des acteurs |  |
| Taux de satisfaction des besoins en PSL | Bon de commande  Bordereau de livraison | Disponibilité des PSL  Engagement des acteurs  Disponibilité des outils de suivi | Instabilité socio-politique |  |
| Proportion de TPS formée sur les techniques de production et d’emballage des produits | Rapport de formation | Compétences | Insuffisance de financement |  |
| P3.4 : L’approche qualité des services et les soins centrés sur la personne et la sécurité des patients y compris l’humanisation des soins sont intégrées dans la prestation de services | Nombre de formation sanitaire appliquant la démarche qualité | Rapport d’activité | Application de la mesure | Financement Instabilité socio-politique Insécurité |  |
| P3.5. 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 | Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes pour 100 000 habitants | Endos Rapport de progrès | Compétence Engagement des acteurs | Instabilité Socio-politique Insécurité |  |
| Nombre de supervisions spécifiques réalisées sur la lutte contre la tuberculose | Rapport de supervision spécifique | Compétence | Insécurité Financement |  |
| Proportion d’enfants de 3-59 mois ayant bénéficié de la CPS | Rapport de campagne | Disponibilité des intrants  Accompagnement communautaire |  |
| Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI4 | Endos | Engagement des acteurs |  |
| Nombre de supervisions spécifiques réalisées sur la lutte contre le paludisme | Rapport de supervision paludisme | Compétence |  |
| Nombre de cas de filariose lymphatique traités | Rapport de campagne | Engagement des acteurs et mobilisation communautaire | Financement  Disponibilité des intrants |  |
| Nombre de cas de trichiasis trachomatis traités | Rapport de campagne |  |
| P3.6. 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 | Nombre de journées de dépistage de diabète et de d’HTA | Rapport de dépistage | Engagement des acteurs et mobilisation communautaire | Financement  Disponibilité des intrants |  |
| Nombre de journées de dépistage de cancer du col/seins | Rapport de dépistage | Financement  Rupture en intrants |  |
| P3.7. 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. | Proportion des enfants pris en charge selon la stratégie PCIME / REC | Endos | Engagement des acteurs, Compétence | Charge de travail, Insécurité |  |
| Proportion des enfants pris en charge selon la stratégie TETU | Endos |  |
| Proportion des femmes enceintes séropositives dépistées | Endos | TDR VIH, Compétence en counseling | Stigmatisation Insécurité |  |
| Proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié | Endos, Rapport de progrès | Disponibilité de personnel qualifié | Instabilité Socio-politique Insécurité |  |
| Taux de couverture en CPN4 | Endos, Rapport de progrès |  |
| Nombre des jeunes et adolescents ayant bénéficié d’une PEC en SSRAJ | Rapport Ado-santé | Engagement des acteurs, Compétence |  |
| Proportion de personnes âgées ayant bénéficié d’une consultation médicale gratuite | Rapport d’activité Plateforme e-gratuité | Application de la mesure de gratuité | Insuffisance Financement Instabilité socio-politique Insécurité |  |
| P3.8. 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. | % des enfants de 6 à 59 mois supplémentés en Vitamine A | Endos Rapport de campagne JVA+ | Disponibilité des intrants  Engagement communautaire | Non-respect de l’engagement des PTF |  |
| Taux de guérison des malnutris (MAM, MAS) | Endos | Compétence des agents Engagement communautaire | Insuffisance de Financement des PTF |  |
| Nombre des agents de santé formés sur la PCIMA/ANJE | Rapport de formation | Financement | Insécurité |  |
| Proportion des FS ayant connu une rupture en intrants de PEC de la malnutrition | TLOH Nutrition | Approvisionnement régulier en intrants Gestion rationnelle des intrants | Rupture en intrants |  |
| P3.9. 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 | Proportion des ASBC recrutés mettant en œuvre le paquet des SBC | Rapport mensuel d’activité des ASBC | Compétence Engagement des acteurs | Retard dans la Motivation Insécurité |  |
| Proportion de FS mettant en œuvre la PCIME communautaire | Endos, Rapport de progrès | Compétence Engagement des acteurs | Absence de financement |  |
| P4.1. Les services de prévention, d’éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population | Taux de Couverture en VAT2 et + chez les femmes enceintes | Endos Rapport de progrès | Engagement des acteurs L’adhésion des cibles | Rupture en intrants Insécurité |  |
| Taux de couverture en RR1 |  |
| Taux de couverture en BCG |  |
| Taux de couverture en VPO3 |  |
| Taux de couverture vaccinale en penta 3 |  |
| Taux d’abandon Penta1-Penta3 |  |
| Taux d’abandon BGC-RR1 |  |
| Proportion des FS disposant d’un incinérateur fonctionnel | Rapport de supervision | Engagement des acteurs | Insuffisance de financement Insécurité |  |
| Proportion de formations sanitaires ayant réalisé la quantification des DBM | Rapport d'activités | Engagement des acteurs |  |
| Proportion des FS ayant une chaine de froid fonctionnelle | Rapport de supervision | Maintenance préventive et curative | Insuffisance des ressources financières |  |
| P4.2. 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 | Proportion de nouvelles utilisatrices recrutées lors des semaines nationales PF | Rapport de SNPF | Engagement des acteurs  Mobilisation communautaire | Insuffisance Financement Insécurité |  |
| Taux d’utilisation des méthodes contraceptives modernes | Endos Rapport de progrès | Mise en œuvre du Plan intégré de communication |  |
| P4.3. Les services de promotion de l’alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés | Proportion de FS disposant de GASPA | Rapport nutrition | Compétence et engagement des acteurs | Insuffisance Financement |  |
| P4.4. Les approches de santé développées dans le cadre des « communes modèles » sont mises en œuvre à l’échelle régionale | Proportion de FS mettant en œuvre l'approche "communes modèles" | Rapport d'activités | Compétence et engagement des acteurs | Insuffisance Financement |  |
| P5.1. 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 | Proportion de personnes vivants en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits ayant bénéficié des campagnes de riposte | Rapport de campagne | Compétence et engagement des acteurs | Insuffisance de financement et Insécurité |  |
| P5.2. Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d’urgences sanitaires et autres catastrophes | Nombre d’agents de santé formé en PCI dans le contexte de COVID-19 | Rapport de formation | Existence des modules de formation | Insuffisance des ressources financières |  |
| Proportion de formations sanitaires évaluées sur les mesures de PCI | Rapport d’évaluation | Compétence en PCI Existence d’une grille d’évaluation |  |
| Nombre d'agents de santé formés à la gestion des urgences sanitaires et catastrophes | Rapport de formation | Existence des modules de formation | Absence de financement |  |
| P5.3. La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l’approche « One Health » | Taux de PFA non polio | Endos Base SIMR | Site prioritaire  Site environnemental | Instabilité socio-politique Insécurité |  |
| Proportion de districts ayant notifiés au moins un cas de rougeole | Engagement  Compétence des acteurs |  |
| Pourcentage des districts ayant notifiés au moins un cas suspect de fièvre jaune |  |

### **ELABORATION DES ACTIVITES**

# **PLANIFICATION OPERATIONNELLE DES ACTIVITES DU PDSR**

***Tableau XXVI :******Planning des activités par effet, par produit***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ACTIVITES** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | | **Responsable** | **Autres concernés** | **Coût (CFA)** | **Source de financement** |
|  | **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** | | | | | | | | | | |
|  | **E1.1. Le leadership, la gouvernance et la redevabilité sont renforcés** | | | | | | | | | | |
|  | **P1.1. Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables**  **et fonctionnels** | | | | | | | | | | |
| 01 | Assurer les frais de fonctionnement de la flotte téléphonique de la DRSHP | X | X | X | X | X |  | |  | 4 800 000 |  |
| 02 | Assurer les frais de tenue de comptes bancaires | X | X | X | X | X |  | |  | 933 600 |  |
| 03 | Évaluer et élaborer le plan d’action annuel | X | X | X | X | X |  | |  | 6 425 000 |  |
| 04 | Elaborer le Plan de Développement Sanitaire de la région et des Districts Sanitaires | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 05 | Tenir deux (2) fois par an une rencontre de concertation entre la DRSHP, les structures privées de soins et les écoles de formation des agents de santé | X | X | X | X | X |  | |  | 1 260 000 |  |
| 06 | Tenir une (1) par an une rencontre de briefing avec les acteurs des médias | X | X | X | X | X |  | |  | 1260 000 |  |
| 07 | Réaliser par an la supervision intégrée semestrielle des membres ECD des DS | X | X | X | X | X |  | |  | 19 350 000 |  |
| 08 | Appuyer les ECD dans l’élaboration de leur plan d’action annuel | X | X | X | X | X |  | |  | 9 120 000 |  |
| 09 | Formation des membres ECD en management et rédaction administrative | X | X | X | X | X |  | |  | 41 056 500 |  |
| 12 | Contrôler 1 fois tous les 2 mois chaque année la gestion des fonds alloués par le PADS aux DS | X | X | X | X | X |  | |  | 17 800 000 |  |
|  | **P1.2. Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux** | | | | | | | | | | |
| 13 | Tenir un conseil de direction par trimestre chaque année | X | X | X | X |  |  | |  | 31 068 000 |  |
| 16 | Organiser la rencontre semestriellement chaque année du comité régional du suivi des indicateurs du PNDS | X | X | X | X |  |  | |  | 5 680 000 |  |
| 18 | Tenir un conseil de direction par trimestre chaque année. | X | X | X | X |  |  | |  |  |  |
| 19 | Tenir une fois par semestre et par an le CTRS | X | X | X | X |  |  | |  | 14 030 000 |  |
| 20 | Assurer les missions d'appui conseil des OBC par les superviseurs régionaux | X | X | X | X |  |  | |  | 19 290 000 |  |
| 21 | Organiser une fois par an et par région une rencontre de plaidoyer sur la SR/PF et les VBG sous la direction du gouverneur des HBS | X | X | X | X |  |  | |  | 16 611 000 |  |
| Coût total Effet 1.1 de la DRS : | | | | | | | | | | | |
|  | **E1.2. Les données sanitaires de qualité sont utilisées pour la prise de décision**  **P1.3. Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences** | | | | | | | | | | |
| 22 | Tenir une rencontre semestrielle chaque année de validation des données SISSE et PEV | X | X | X | X | X |  | |  | 7 115 000 |  |
| 25 | Appuyer une fois par trimestre et par an les districts dans la recherche active des PFA | X | X | X | X | X |  | |  | 2 500 000 |  |
| 27 | Assurer chaque année la maintenance du groupe électrogène | X | X | X | X | X |  | |  | 20 000 000 |  |
| 28 | Assurer les missions de contrôle et d'appui conseil des OBC par les comptables régionaux | X | X | X | X | X |  | |  |  |  |
| 29 | Assurer les missions de contrôle et d'appui conseil de la DRS-HBS et des DS par les comptables régionaux | X | X | X | X | X |  | |  | 17 800 000 |  |
| 31 | Organiser chaque année des supervisions intégrées des acteurs de lutte contre le paludisme du niveau DRS vers les districts chaque semestre | X | X | X | X | X |  | |  | 23 284 000 |  |
| 32 | Assurer chaque année les entretiens et les maintenances des matériels, équipements et véhicules de la DRS | X | X | X | X | X |  | |  | 30000000 |  |
| 33 | Assurer chaque année les frais d'assurance des matériels roulants de la DRS | X | X | X | X | X |  | |  | 4 000 000 |  |
| 34 | Organiser chaque année des ateliers semestriels de validation des données SIGL des DS au niveau des régions avec l'appui du niveau central | X | X | X | X | X |  | |  | 25 235 000 |  |
|  | **P1.4 Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision** | | | | | | | | | | |
| 35 | Réaliser chaque année une recherche action dans la région des hauts bassins | X |  | X |  | X |  | |  | 15 000 000 |  |
| Coût total Effet 1.2 de la DRS : | | | | | | | | | | | |
|  | **E1.3. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU** | | | | | | | | | | |
|  | **P1.5. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU** | | | | | | | | | | |
| 36 | Suivre la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins pour la femme et les enfants de moins de 5 ans et les services de SR/PF | X | X | X | X | X | SLM | | RPSE | PM |  |
| 37 | Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des contrôles de l’effectivité de la gratuité | X | X | X | X | X | SLM | | RPSE | PM |  |
| 38 | Coordonner les sorties de contrôle de l’effectivité de la gratuité dans les DS | X | X | X | X | X | SLM | | RPSE | PM |  |
| 39 | Suivre l’opérationnalisation de l’assurance maladie universelle dans la région | X | X | X | X | X | SLM | | RPSE | PM |  |
| Coût total Effet 1.3 de la DRS : | | | | | | | | | | |  |
| **Coût total de l’effet 1 :** | | | | | | | | | | |  |
|  | **OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé** | | | | | | | | | | |
|  | **E2.1 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé** | | | | | | | | | | |
|  | **P2.1. Des ressources humaines régionales compétentes, motivées et productives sont disponibles selon les normes à tous les niveaux** | | | | | | | | | | |
| 40 | Suivre une fois par trimestre et par an la carrière des agents de santé de la région | X | X | X | X | X |  | |  | 14 220 000 |  |
| 41 | Organiser chaque année le déploiement des agents nouvellement affectés dans la région | X | X | X | X | X | DRSHP | | SRH | PM |  |
| 42 | Participer chaque année à la commission ministérielle d’affectation des agents de santé | X | X | X | X | X |  | |  | 3 120 000 |  |
| 43 | Organiser une (1) fois par an une session de la commission régionale d’affectation des agents de santé (CRA) | X | X | X | X | X |  | |  | 3 375 000 |  |
| 44 | Effectuer trimestriellement chaque année le suivi des carrières du personnel à la DRH santé | X | X | X | X | X |  | |  | 3 340 000 |  |
| Coût total Effet 2.1 de la DRS : | | | | | | | | | | | |
| Coût total de l’effet 2**:** | | | | | | | | | | | |
|  | **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)** | | | | | | | | | | |
|  | **E3.1: L’utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier** | | | | | | | | | | |
|  | **P3.1. Les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l’utilisation des services de santé sont fonctionnels** | | | | | | | | | | |
| 45 | Effectuer une fois par semestre et par an l’inspection des dépôts privés de vente de médicaments | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | PM |  |
| 46 | Assurer chaque année l’inspection des services de santé (polyclinique et officine pharmaceutique) | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | 3 550 000 |  |
| 47 | Assurer le contrôle semestriel chaque année de la gestion des intrants de nutrition dans les districts | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | PM |  |
| 49 | Effectuer semestriellement chaque année des missions de contrôle de la gestion des stocks et des finances des DRD (Equipe de 2 personnes + 1 chauffeur, 3jours /DRD/pharmacies des hôpitaux) | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | PM  30160 000 |  |
| 50 | Superviser trimestriellement chaque année les agents des districts sanitaires dans le cadre de l'opérationnalisation du SIGL intégré (équipe de 2 personnes/DRS à raison d'une journée par DS pour 70 DS) | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | 12286 000 |  |
| 51 | Organiser chaque année des sorties trimestrielles de supervision par les régions sanitaires dans les districts sanitaires sur le NetSIGL en 2021 et 2023 | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | 18 240 000 |  |
| 52 | Assurer chaque année les contrôles semestriels de la gestion des stocks des DRD | X | X | X | X | X | DRSHP | | SPLM | 17 800 000 |  |
|  | **P3.2. Les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus** | | | | | | | | | | |
| 56 | Assurer la maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux de la DRS et des DS) | X | X | X | X | X | DRSHP | | CSAF | PM |  |
| 57 | Assurer la maintenance curative de la logistique roulante | X | X | X | X | X | DRSHP | | CSAF | 25 000 000 |  |
| 58 | Réaliser la visite technique et la police d’assurance pour les véhicules une fois par semestre et par an. | X | X | X | X | X | DRSHP | | CSAF | 4 500 000 |  |
| 59 | Suivre la réalisation des infrastructures sanitaires dans la région | X | X | X | X | X | DRSHP | | CSAF | PM |  |
|  | Acquérir du matériel informatique et péri informatique pour le fonctionnement des DS et de la DRS | X | X | X | X | X | DRSHP | | CSAF | 67 500 000 |  |
|  | **P3.3. 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** | | | | | | | | | | |
| 62 | Superviser trimestriellement chaque année les agents des districts sanitaires dans le cadre de l'opérationnalisation du SIGL intégré (équipe de 2 personnes/DRSHP à raison d'une journée par DS pour 70 DS) | X | X | X | X | X |  | |  | 6 143 000 |  |
| 63 | Organiser chaque année des sorties trimestrielles de supervision par les régions sanitaires dans les districts sanitaires sur le NetSIGL en 2021 et 2023 | X | X | X | X | X |  | |  | 9 120 000 |  |
| 64 | Effectuer semestriellement et par an des missions de contrôle de la gestion des stocks et des finances des DRD (Equipe de 2 personnes + 1 chauffeur, 3jours /DRD/pharmacies des hôpitaux) | X | X | X | X | X |  | |  | 15 080 000 |  |
|  | **P3.4. L’approche qualité des services et les soins centrés sur la personne et la sécurité des patients y compris l’humanisation des soins est intégrée dans la prestation de services** | | | | | | | | | | |
| 65 | Organiser une rencontre régionale de 5 jours sur l’implémentation du référentiel qualité avec les membres ECD et les FS privées | X | X | X | X | X |  | |  | 19 437150 |  |
| 66 | Organiser une rencontre régionale de 5 jours sur la stratégie 5S-KAIZEN | X | X | X | X | X |  | |  | 27 822 000 |  |
| 67 | Tenir en une session de 5jours un atelier de formation des acteurs des CMA(DO, Dandé et Orodara) sur les évènements indésirables associées aux soins. | X | X | X | X | X |  | |  | 15 687 150 |  |
| Coût total Effet 3.1 de la DRS : | | | | | | | | | | |  |
| **E3.2. La morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles sont réduites** | | | | | | | | | | |  |
|  | **P3.5 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** | | | | | | | | | | |
| 69 | Superviser les agents des sites CDT (5) trimestriellement chaque année par une équipe de la DRS (responsable SLM/PGS ; superviseur régional de laboratoire, pharmacien régional) dont 1 fois par an conjointement avec l'équipe VIH | X | X | X | X | X |  | |  | 23766 000 |  |
| 70 | Organiser en T4 de chaque année un atelier régional pour le bilan et la planification de la lutte contre la tuberculose | X | X | X | X | X |  | |  | 7 965 355 |  |
| 72 | Assurer une supervision trimestrielle intégrée chaque année sur les activités de PEC médicale (y compris la co-infection TB/VIH), de suivi biologique des PvVIH et de eTME/SR et de PEC communautaire dans chaque district par le niveau régional | X | X | X | X | X |  | |  | 23 100 000 |  |
| 73 | Organiser une rencontre annuelle et régionale de bilan et d'analyse de la riposte régionale à l'infection à VIH par tous les acteurs (secteur santé public et communautaire) | X | X | X | X | X |  | |  | 4 635 000 |  |
| 74 | Superviser les membres des ECD sur la MEO de la eTME chaque année. | X | X | X | X | X |  | |  | 4 880 000 |  |
| 75 | Tenir une rencontre régionale de 5 jours une fois par an sur l’élaboration du PIC eTME | X | X | X | X | X |  | |  | 21 265 500 |  |
| 76 | Tenir un atelier régional de concertation sur la eTME chaque année. | X | X | X | X | X |  | |  | 13 110 000 |  |
|  | **P3**.6. 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 | | | | | | | | | | |
| 77 | Organiser les quatre passages de la campagne CPS chaque année | X | X | X | X | X |  | |  | 39 840 000 |  |
| Coût total Effet 3.2 de la DRS : | | | | | | | | | |  |  |
|  | **E3.3. Les populations ont accès à des services essentiels intégrés SRMEA-N et de nutrition y compris les services de santé à base communautaire de qualité** | | | | | | | | | | |
|  | **P3.7. 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** | | | | | | | | | | |
| 78 | Organiser chaque année des sessions de renforcement de compétences des prestataires en / meilleures pratiques sur les compétences qui sauvent des vies (AMS, ABR, prévention FO, SONU) selon les besoins identifiés | X | X | X | X | X |  | |  | 12 916 000 |  |
| 79 | Réaliser 10 sorties de Monitoring semestriel par an des SONU dans 20 FS (collecte, analyse et rapportage) | X | X | X | X | X |  | |  | 6 950 000 |  |
| 80 | Tenir une fois par semestre et par an une session de revue des données de nutrition dans la région des Hauts Bassins | X | X | X | X | X |  | |  | 21460 000 |  |
| 81 | Tenir une fois par semestre et par an une session de revue des données de routine | X | X | X | X | X |  | |  | 39 750 000 |  |
| 82 | Réaliser le monitoring trimestriel des SONU (collecte, analyse, rapportage et restitution) et restituer les résultats du monitoring chaque année. | X | X | X | X | X |  | |  | 6950 000 |  |
| 83 | Organiser une fois par semestre chaque année un atelier régional de coordination des interventions en SR/PF y compris la dissémination des résultats de l'enquête annuelle sur la disponibilité des produits SR et la surveillance des décès maternels et néonatals | X | X | X | X | X |  | |  | 5362 000 |  |
| 84 | Soutenir chaque année 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 |  | |  | 10 700 000 |  |
| 85 | Appuyer chaque année une fois par trimestre la réalisation des audits et revue des décès maternels et néonatals dans les districts sanitaires | X | X | X | X | X |  | |  | 8 700 000 |  |
| 86 | Mener Chaque année des activités de promotion de la santé de la SR/PF/VBG et la COVID19 au sein des maisons de la femme des Hauts Bassins | X | X | X | X | X |  | |  | 12 825 000 |  |
| 88 | Apporter un appui aux régions et aux districts pour la coordination de la mise en œuvre des interventions du projet Canada (rencontre bilan des interventions, rapportage) dans les régions (Hauts Bassins, Cascades, Sud-Ouest, Centre-Sud, Centre-Est, Centre Ouest, Plateau Central et Centre) | X | X | X | X | X |  | |  | 2 832 500 |  |
| 89 | Elaborer annuellement un plan intégré de communication en eTME de la DRSHP-HBS | X | X | X | X | X |  | |  | 10 000 000 |  |
|  | **P3.8. 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**. | | | | | | | | | |  |
| 90 | Organiser deux passages de JVA plus chaque année au profil des enfants de 6 à 59 mois couplée au déparasitage et au dépistage de la malnutrition aigüe | X | X | X | X | X |  | |  | 38 020 000 |  |
| 91 | Superviser semestriellement et par an les ECD par l'équipe de la DRS sur la nutrition (PCIMA/ANJE) | X | X | X | X | X |  | |  | 4 950 000 |  |
| 92 | Appuyer les DS dans la mise œuvre de la PCMA communautaire | X | X | X | X | X |  | |  | 4 950 000 |  |
|  | **P3.9. 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** | | | | | | | | | |  |
| 93 | Assurer la supervision/suivi post formation des ASBC sur la PCI communautaire 2 fois par an | X | X | X | X | X |  | |  | 6 800 000 |  |
|  | Coût total Effet 3.3 de la DRS : | | | | | | | | |  |  |
|  | **Coût total de l’effet 3 :** | | | | | | | | |  |  |
|  | **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** | | | | | | | | | |  |
|  | **E4.1 : La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l’accélération la transition démographique** | | | | | | | | | |  |
|  | **P4.1. Les services de prévention, d’éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population** | | | | | | | | |  |  |
| 94 | Mettre à jour chaque année la cartographie des ASBC | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 95 | Mettre en œuvre les activités de communication sur la prévention et la promotion de la santé. | X | X | X | X | X | DRSHP | | RPS | PM |  |
| 96 | Former 150 acteurs des DS et DRSHP en 6 sessions de 6 jours chacune sur les interventions innovantes en CSC pour faciliter l’anticipation des populations aux risques de catastrophes et urgences au niveau régional | X | X | X | X | X | DRSHP | | RPS | PM |  |
| 97 | Réaliser un suivi-post formation des acteurs sur les interventions innovantes en CSC pour faciliter l’anticipation des populations aux risques de catastrophes et urgences | X | X | X | X | X | DRSHP | | RPS | PM |  |
| 98 | Réaliser une étude annuelle d’évaluation de la performance des ASBC dans le cadre de la délégation des tâches | X | X | X | X | X | DRSHP | | RPS | PM |  |
| 99 | Réaliser des sorties semestrielles d’inspection sanitaires dans les FS publiques et privées | X | X | X | X | X | DRSHP | | RPS | PM |  |
|  | **P4.2. 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** | | | | | | | | | |  |
| 100 | Appuyer l'organisation de la semaine de PF au niveau régional et district | X | X | X | X | X |  | |  | 34 000 000 |  |
| 101 | Assurer la mise en œuvre du mentorat au profit de 50 prestataires de PF dans les 08 districts | X | X | X | X | X |  | |  | 41 532 500 |  |
| 102 | Organiser une fois par semestre un atelier régional de coordination des interventions en SR/PF y compris la dissémination des résultats de l'enquête annuelle sur la disponibilité des produits SR et la surveillance des décès maternels | X | X | X | X | X |  | |  | 42 800 000 |  |
|  | **P4.3. Les services de promotion de l’alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés** | | | | | | | | | |  |
| 103 | Superviser les membres ECD sur la mise en œuvre de la PCIME clinique/REC, PEV y compris la gratuité des soins au niveau communautaire une fois par semestre | X | X | X | X | X |  | |  | 47 840 000 |  |
| 104 | Superviser les ECD sur les activités de prise en charge de la malnutrition par les ASBC | X | X | X | X | X |  | |  | 4 950 000 |  |
|  | **P4.4. Des approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées** | | | | | | | | | |  |
| 105 | Appuyer la mise en place des « communes modèles » en matière de santé dans la région des Hauts Bassins | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 106 | Superviser semestriellement chaque année les responsables des « communes modèles » dans la mise en œuvre des activités. | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 107 | Réaliser une évaluation de communication et de CSC par DS dans la région | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 108 | Organiser un atelier de diffusion des résultats de l’évaluation de la communication et de CSC | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| Coût total Effet 4.1 de la DRS : | | | | | | | | | | |  |
| **Coût total de l’effet 4** | | | | | | | | | | |  |
|  | **OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires** | | | | | | | | | |  |
|  | **E5.1. Les populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits ont accès à des services et des prestations de qualité** | | | | | | | | | |  |
|  | **P5.1. 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** | | | | | | | | | |  |
| 109 | Renforcer la capacité de surveillance et de détection des épidémies | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 110 | Assurer la disponibilité des intrants sanitaires pour la prise en charge des victimes de situations d’urgence | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 111 | Renforcer la prise en charge de la malnutrition en situation d’urgence | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 112 | Renforcer les compétences des infirmiers chefs de poste des FS frontaliers en vaccination en situation d’urgence | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 113 | Renforcer les compétences des ASBC pour la poursuite des activités (vaccination, PEC palu, ANJE, SR) en situation d’urgence | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 114 | Réaliser en une session de 3jours un atelier de formation des chauffeurs sur la conduite offensive et défensive en situation d’urgence | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 115 | Organiser un atelier de formation de 2 jours des acteurs de la DRSHP sur la gestion des incendies | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
|  | **P5.2. Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d’urgences sanitaires** | | | | | | | | | |  |
| 116 | Former les agents de santé des services des urgences sanitaires du CHUSS et des CMA sur l’approche centré sur la personne ; | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 117 | Former les coordonnateurs de soins des CMA et du CHUSSS sur la gestion administrative des Hôpitaux. | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
|  | **P5.3. La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l’approche « One Health »** | | | | | | | | | |  |
| 118 | Renforcer selon l’approche « One health », la surveillance et la détection focalisée sur les maladies zoonotiques prioritaires au Burkina Faso | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| 119 | Renforcer le cadre de coordination de l’approche « One health » | X | X | X | X | X |  | |  | PM |  |
| Coût total Effet 5.1 de la DRS : | | | | | | | | | | |  |
| **Coût total de l’effet 5 :** | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |

# **DISPOSITION DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-ÉVALUATION**

### **DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE**

#### **Instruments de mise en œuvre**

Les instruments utilisés pour la mise en œuvre du suivi évaluation sont les suivants :

-Documents stratégiques des programmes

Plan de développement sanitaire de district (PDSD) 2023-2027 qui est un outil d’appui à la planification, au suivi et à l’évaluation axés sur les résultats.

Plan de travail glissant

Plan de travail annuel (PTA)s’inspire des priorités stratégiques du PDSR. Ce plan permettra d’exécution les activités planifiées annuellement.

Les documents de programmation budgétaire ; La planification budgétaire des interventions du PDSR s’appuie sur les Document de programmation budgétaire du ministère de la santé. Ces documents font ressortir de façon claire et cohérente une prévision de ressources financières auprès des partenaires nationaux et locaux. Cela permettra d’aboutir à une meilleure mobilisation de ces ressources.

La cartographie des ressources et des dépenses en santé de la région (Plans de passation des marchés est un instrument qui permettre d’accroître la transparence, permettre une mobilisation plus efficace des ressources, rehausser l’efficience de l’allocation et améliorer la coordination entre les partenaires.

La stratégie de communication doit être globale et coordonnée prenant en compte la communication institutionnelle, le changement social et comportemental (CSC), la communication de risques et l’engagement communautaire, etc. Elle se veut être un document unique d’orientation de tous les intervenants en matière de communication en santé, pour une synergie d’action. Elle couvre le champ d’action de la politique sectorielle santé.

La matrice des investissements de la région (Programme d’investissement régional)

#### **Acteurs de mise en œuvre**

La mise en œuvre du PDSR fait intervenir plusieurs acteurs dont les principaux sont :

* La direction régionale de l’économie et de la planification (DREP)
* Les autres structures déconcentrées et/ou décentralisées de la région
* Les collectivités territoriales : Elles vont assurer la gestion des formations sanitaires décentralisées (Postes de santé, CSPS, CM, CMA). Elles ordonnent les fonds de construction, d’équipements et appuient le fonctionnement des structures sanitaires sur ressources propres et dans le cadre de la coopération décentralisée. Dans le cadre du transfert des compétences, les collectivités assureront la gestion administrative courante des agents des formations sanitaires.
* Les organisations de la société civile (OSC) et les associations intervenant dans le domaine de la santé : Elles vont participer au contrôle et à la veille citoyenne et contribueront à la prévention et à la promotion de la santé, et feront un appui technique et financier.
* Les partenaires techniques et financiers
* Le secteur privé de santé
* Les institutions académiques et de recherche
* Les acteurs communautaires de santé

La direction régionale de la santé à travers le bureau planification de la Direction Régionale de la Santé et de l’hygiène publique veillera au suivi/évaluation périodique de ce plan. Le suivi de la mise en œuvre se fera, essentiellement, à travers des programmations hebdomadaires, mensuelles et trimestrielles. Ce bureau rendra compte régulièrement de l’état de mise en œuvre du plan à l’occasion des staffs hebdomadaires de la DRSHP et des cadres de concertation au niveau régional. Les outils à cet effet sont le planning hebdomadaire, mensuel et trimestriel. Le suivi de l’exécution sera fait également au cours des cadres sus cités.

### **Dispositif de coordination de suivi et d’évaluation**

#### **Organes et instances de coordination**

* Le cadre régional de dialogue (CRD)
* Le comité régional de suivi du PDSR
* Le comité de santé du district
* Le comité technique de santé du district

#### **Mécanisme de suivi et d’évaluation**

**- Le Monitorage des activités**

Le monitorage est une activité de redevabilité qui est réalisée semestriellement au premier échelon et dans les hôpitaux avec pour but d’améliorer la qualité des interventions. La restitution des résultats du monitorage se fait lors d’une assemblée générale regroupant l’équipe de santé de la structure et les autres parties prenantes (les usagers, les collectivités territoriales, les ONG/Associations, la communauté, les partenaires sociaux, etc.).

**Revue à mi-parcours de l’année et revue annuelle.**

La revue annuelle et à mi-parcours est axée sur les indicateurs et les cibles qui figurent dans les plans opérationnels annuels de la DRSHP. Il s’agit principalement d’indicateurs d’intrants, de processus et de résultats (couverture des interventions essentiellement). Ces revues doivent régulièrement orienter l’évaluation. Elles seront réalisées au cours du mois de juillet S1(pour la revue à mi-parcours) et le mois de décembre S2 (pour la revue annuelle) et aux niveaux des districts sanitaire afin de faire le bilan à mi-parcours et le bilan de l’année écoulée.

**- Revue finale du PDSR.**

Cette revue consiste en une analyse globale des progrès et des performances pendant toute la période couverte par la phase quinquennale du PDSR. Elle s’appuie sur les revues annuelles et à moyen terme, auxquels s’ajoutent les résultats de certains travaux de recherche et de l’évaluation prospective qui doit être prévue dès le début. Elle coïncidera avec la revue de la dernière mise en œuvre du PDSR c’est-à-dire en novembre-décembre 2027. Cette revue devra servir à alimenter l’analyse de la situation pour le prochain cycle de planification.

* **Evaluation à mi-parcours**

L’évaluation à mi-parcours du PNDS sera réalisée entre juin et décembre 2025. Elle utilisera l’approche JANS c’est-à-dire l’approche d’évaluation conjointe des stratégies de santé pour examiner les points forts et les points faibles de cinq groupes d’attributs considérés comme fondamentaux pour toute stratégie nationale solide et exhaustive que sont : (i) l’analyse de la situation et programmation (ii) le processus d’élaboration des stratégies et des plans nationaux (iii) les coûts et financement de la stratégie (iv) la mise en œuvre et les dispositifs de gestion, (v) les mécanismes d’évaluation des résultats, de suivi et de révision.

* **Évaluation finale**

L’évaluation portera sur l’atteinte des objectifs du PDSR et servira à fixer de nouvelles orientations pour le PDSR prochain. Une évaluation finale aura lieu en fin d’année 2027pour préparer l’élaboration du PDSR suivant de la DRSHP. Cette évaluation sera assortie d’un rapport final qui sera diffusé au niveau central et à toutes les parties prenantes.

#### **Outils de suivi**

Les outils de suivi seront les rapports d’activités et la production des pièces justificatives. Le suivi des effets se fera à travers les données de la plateforme Endos BF et les rencontres de validation des données. Les outils à cet effet sont le planning hebdomadaire, mensuel et trimestriel. Le suivi de l’exécution sera fait également au cours des cadres de concertation suivants :

* Les staffs hebdomadaires de la DRSHP ;
* Les AG semestrielles du personnel de la DRSHP-siège ;
* Les CODI trimestrielles.

De même, les supervisions intégrées et spécifiques entreprises en direction des DS seront mises à profit pour le suivi et l’évaluation du plan d’action 2023 dans le strict respect des mesures barrières.

Outils de suivi à prendre en compte :

* Les rapports de progrès (district, région et hôpital)
* Les cadres de mesure de la performance (PDSR et PDSD)
* Les tableaux de bord dans ENDOS
* Les cartes de scores
* Les outils de suivi des programmes
* Les rapports d’activités (RMA, RTA)

# **BUDGETISATION ET FINANCEMENT DU PDSR**

### **Mécanisme de financement**

Le financement de mise en œuvre du PDSR sera assuré par l’Etat et les partenaires techniques et financiers à travers un plaidoyer permanent. Une attention particulière est accordée à la capacité de la DRSHP à développer des stratégies innovantes pour la mobilisation des ressources et à s’autofinancer.

La DRSHP élabore annuellement Plan de travail annuel avec un budget prévisionnel. Ce budget présente les prévisions de financement et décrit les mécanismes de mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du PDSR. En plus des efforts de l’Etat à travers la subvention et celles des financements des partenaires techniques et financiers, des initiatives doivent être développées pour mobiliser des ressources additionnelles pour les investissements.

La disponibilité de la matrice des investissements à la DRSHP est un acquis pour améliorer l’efficience de la gestion et aussi contribuer à la mobilisation des de ressources additionnelles**.**

### **Estimation des coûts**

Le coût global du PDSR est de l’ordre de 503 713 660 165 de FCFA.

### **Cadrage budgétaire**

Au regard des difficultés sur le plan sociopolitique, sanitaire et sécuritaire, l'analyse du budget de l’État au cours de ces cinq dernières années indique que la part du budget national allouée au Ministère en charge de la santé a connu une tendance à la baisse passant de 12,81% en 2014 à 10,70% en 2018. Pour le secteur de la santé, la part du budget a été moins de 15% pour la même période en lien avec les engagements pris par les Chefs d’État à Abuja au Nigeria. Ces niveaux d’allocation budgétaire devraient tout de même permettre une amélioration conséquente du secteur de la santé au Burkina Faso. Pour la même période, les dépenses totales de santé ont représenté en moyenne annuelle 6,88% du PIB nominal. La planification budgétaire des interventions s’appuie sur le document de programmation budgétaire, économique et pluriannuelle (DPBEP). Ce document fait ressortir de façon claire et cohérente une prévision de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs. Cela permettra d’aboutir à une meilleure mobilisation de ces ressources.

### **Hypothèses de calcul des coûts des interventions**

L’estimation des coûts du plan de Développement Sanitaire de la région des Hauts-bassins 2023-2027 a été faite à l’aide de l’outil de planification et de budgétisation « Onehealth ». C’est un outil qui a été développé dans un élan d’unification des outils de planification et/ou de budgétisation mis en place pour les différents programmes de santé avec l’appui de différents Partenaires techniques et financiers, en particulier les agences des Nations Unies en fonction de leurs mandats respectifs. Ainsi, le Burkina Faso a fait le choix d’utilisation de cet outil en conformité avec les recommandations internationales en la matière.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le PDSR, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients est une méthode ascendante de calcul des coûts, en isolant d'abord les interventions définissant chaque activité, puis en identifiant, en quantifiant et en calculant les intrants nécessaires pour la production de l'unité cible et en déterminant le coût unitaire moyen pour chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent également une partie des coûts du programme qui sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions qui ne sont pas directement liées au nombre de personnes recevant des soins comme la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, l'équipement, le plaidoyer et la communication, les masses médias et la sensibilisation.

Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes.

Le costing a tenu compte d’une analyse des déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d’accessibilité, d’utilisation des services de santé par la population, de couverture adéquate et de couverture effective en vue de la réalisation des objectifs du PNDS 2021-2030. Concrètement, la budgétisation a pris en compte les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de construction et de réhabilitation des centres de santé et de promotion sociale des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux, de transformation des centres médicaux avec antenne chirurgicale en hôpitaux de districts, de la mise en œuvre du plan d’urgence pour les hôpitaux dans le contexte de COVID-19, du développement de la santé communautaire et des soins de santé primaires, la poursuite de l’opérationnalisation de la fonction publique hospitalière et le développement de l’approche Onehealth ainsi que les engagements pris par le Gouvernement en vue de l’atteinte des objectifs de développement durable en 2030.

### **Tendances et besoins financiers globaux**

1. Budget global

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement du PDSR sur la base des cinq (5) orientations stratégiques. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PDSR 2023-2027 s’élève à 503 713 660 165 de FCFA soit environ 915,84 millions de dollars US. La figure xx ci-dessous donne l’évolution annuelle du besoin de financement.

**Figure 1 : Proportion par an des prévisions budgétaires du PDSR**

La figure montre une évolution croissante du budget entre 2023 et 2024 (respectivement 11% à 32%), avant de décroître entre 2025 et 2026 (respectivement 27% et 14%), puis une légère croissance en 2027 (15%). La hausse du budget en 2024 s’explique par la programmation des investissements en l’occurrence les constructions et les réhabilitations des infrastructures et l’acquisition des équipements. en 2024.

* Budget par orientations stratégiques

**Figure 2 : répartition du budget par orientation stratégique**

La figure ci-dessus montre que l’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 » consomme plus de la moitié du budget (61%) et suivi de l’OS 2 « Développement des ressources humaines pour la santé » avec 20%. Suivent dans l’ordre d’importance de poids, l’OS 5 (11%), l’OS 4 et l’OS 1 (4%) chacune.

L’importance du poids de l’OS 3 s’explique par le fait qu’elle contient les coûts relatifs aux infrastructures à réaliser, à équiper et/ou à réhabiliter et aussi ceux relatifs aux médicaments et consommables.

**Le tableau XXVII suivant présente les prévisions budgétaires annuelles détaillées par orientation stratégique et année.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIENTATIONS STRATÉGIQUES** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **Total** |
| OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d’efficacité, efficience, transparence, redevabilité et prise en compte du Genre | 2 241 840 783 | 6 546 951 664 | 5 362 118 994 | 2 881 993 895 | 3 115 641 070 | 20 148 546 407 |
| OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé | 11 209 203 917 | 32 734 758 322 | 26 810 594 970 | 14 409 969 474 | 15 578 205 351 | 100 742 732 033 |
| 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) | 34 188 071 945 | 99 841 012 883 | 81 772 314 657 | 43 950 406 896 | 47 513 526 319 | 307 265 332 701 |
| 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 | 2 241 840 783 | 6 546 951 664 | 5 362 118 994 | 2 881 993 895 | 3 115 641 070 | 20 148 546 407 |
| OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires | 6 165 062 154 | 18 004 117 077 | 14 745 827 233 | 7 925 483 211 | 8 568 012 943 | 55 408 502 618 |
| **Total** | **56 046 019 583** | **163 673 791 612** | **134 052 974 848** | **72 049 847 370** | **77 891 026 753** | **503 713 660 165** |

* **Répartition du budget par structure**

**Figure 3 : répartition du budget par structure**

* **Répartition du budget par structure**

**Tableau XXVIII : Evolution du budget du budget par structure et par an**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structure** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **Total** |
| ***DS KV*** | 1 503 987 223 | 4 392 163 674 | 3 597 293 132 | 1 933 447 739 | 2 090 194 984 | 13 517 086 752 |
| ***DS LENA*** | 2 673 755 063 | 7 808 290 976 | 6 395 187 791 | 3 437 240 425 | 3 715 902 194 | 24 030 376 448 |
| ***DS DAFRA*** | 3 007 974 445 | 8 784 327 348 | 7 194 586 265 | 3 866 895 478 | 4 180 389 968 | 27 034 173 504 |
| ***DS N'DOROLA*** | 3 676 413 211 | 10 736 400 092 | 8 793 383 212 | 4 726 205 584 | 5 109 365 516 | 33 041 767 616 |
| ***DS DO*** | 4 846 181 051 | 14 152 527 394 | 11 591 277 871 | 6 229 998 270 | 6 735 072 726 | 43 555 057 312 |
| ***DRSHP/HB*** | 5 604 601 958 | 16 367 379 161 | 13 405 297 485 | 7 204 984 737 | 7 789 102 675 | 50 371 366 016 |
| ***DS DANDE*** | 6 517 277 965 | 19 032 709 254 | 15 588 270 240 | 8 378 273 536 | 9 057 511 597 | 58 574 042 593 |
| ***DS ORODARA*** | 6 684 387 657 | 19 520 727 440 | 15 987 969 477 | 8 593 101 062 | 9 289 755 484 | 60 075 941 121 |
| ***DS HOUNDE*** | 7 519 936 114 | 21 960 818 370 | 17 986 465 662 | 9 667 238 695 | 10 450 974 920 | 67 585 433 761 |
| ***CHUSS*** | 14 011 504 896 | 40 918 447 903 | 33 513 243 712 | 18 012 461 842 | 19 472 756 688 | 125 928 415 041 |
| **Total** | **56 046 019 583** | **163 673 791 612** | **134 052 974 848** | **72 049 847 370** | **77 891 026 753** | **503 713 660 165** |

### **Estimation des gains de productivité**

Il existe une relation entre santé de l’enfant et développement économique. En effet, un enfant bien soigné (en bonne santé) sera mieux éduqué, et plus productif à l’avenir. En revanche, un mauvais état de santé au cours de l’enfance entraîne une perte de productivité des parents au moment de la maladie, et à long terme entraîne des troubles à l’âge adulte. Dans les familles pauvres, cela contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté dans les générations à venir. La mise en œuvre du PDSR va réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de **4,89%** en passant de **84,45** pour 1000 à **80,17** pour 1000.

Des analyses économétriques estiment qu’une réduction de **5 %** du taux de mortalité des enfants entraîne un gain de productivité de 1% sur le produit intérieur brut. Le PIB actuel du Burkina Faso est estimé en **2023 à 10 857 milliards de FCFA**. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, permettra au pays de générer un gain de productivité d’environ **106 milliards** pendant les 05 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

### **III.3.1.4. Scénarii de financement du PDSR 2023-2027**

Dans le cadre de l’estimation des coûts, trois scénarii ont été proposés ;

* un ***scénario minimum*** repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l’ordre de 5% sur les couvertures ;
* un ***scénario moyen*** repose sur les couvertures moyennes attendues. En effet, sur la base de données existantes jusqu’en 2022, il a été procédé à des projections de 2023 à 2027 en utilisant la méthode des moindres carrées ordinaires ;
* un ***scénario maximum*** repose sur les projections de couvertures maximales, portant à 100% toutes les couvertures attendues en 2027.

Le coût par scénario est consigné dans le tableau ci-dessous :

**Tableau XXIX : Budget estimatif du PDSR 2023-2027 par scénario.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCÉNARIO** | **Coût en CFA** | **Coût en USD** |
| Minimum (pessimiste) | **466 743 978 490** | **848 625 415** |
| Moyen (tendanciel) | **503 713 660 165** | **915 843 018** |
| Maximum (optimiste) | **618 239 984 535** | **1 124 072 699** |

De l’analyse des différents scénarii, le scénario minimum ou pessimiste se plie aux contraintes conjoncturelles actuelles. Quant au scénario moyen ou tendanciel, il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes. Le scénario maximum est le scénario idéal nécessitant plus de ressources. Ce dernier scénario est celui qui est souvent retenu lorsqu’il n’y a pas de problème de ressources dans le pays.

Le scénario moyen ou tendanciel est donc celui qui a été retenu pour le PDSR 2023-2027 parce que plus réaliste et réalisable, moyennant un effort acceptable de mobilisation de ressources.

# **ANALYSE ET GESTION DES RISQUES**

L’identification des risques a été réalisée à travers la cartographie des risques élaborée avec l’outil STAR et leur évaluation avec l’outil VRAM. Les risques ont été identifiés et gérés en tenant compte de leur vulnérabilité et des capacités à faire face.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Risques majeurs** | **Stratégies d’atténuation/ correctrices** | **Activités pour l’atténuation du risque** |
| Terrorisme | Renforcement des compétences des ASBC pour mener les activités préventives et curatives dans les zones à fort défi sécuritaire | Former les ASBC sur les activités à mener en cas de situation d’urgences sanitaires |
| Paludisme | Organisation de journées de salubrité | Organiser des journées de salubrité |
| Sensibilisation sur les mesures de prévention contre le paludisme | Mener des séances de sensibilisation sur les mesures de prévention contre le paludisme |
| Organisation de journées de collecte de sang | Organiser des journées de collecte de sang |
| Covid-19 | Elaboration des plans de riposte et de communication contre la COVID 19 | Elaborer des plans de riposte et de communication contre la COVID 19 |
| Renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans les formations sanitaires | Renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans les formations sanitaires |
| Organisation d’émission radio sur la vaccination contre la COVID 19 à l’endroit de la population | Organiser une émission radio sur la vaccination contre la COVID 19 à l’endroit de la population |
| Mouvements sociaux | Formalisation des cadres de concertation entre partenaires sociaux et équipes cadre de district par des notes et règlements intérieurs | Formaliser des cadres de concertation entre partenaires sociaux et équipes cadre de district par des notes et règlements intérieurs |
| Suivi régulier des recommandations issues du dialogue partenaires sociaux ECD | Assurer le suivi régulier des recommandations issues du dialogue partenaires sociaux ECD |
| Suivi de la carrière professionnelle des agents de santé au niveau régional (Avancements, reclassements, correction des indemnités …) | Assurer le suivi de la carrière professionnelle des agents de santé au niveau régional (Avancements, reclassements, correction des indemnités …) |
| Accident de la voie publique | Sensibilisation sur le port du casque et le respect du code de la route | Mener des séances de sensibilisation sur le port du casque et le respect du code de la route |
| Intoxication alimentaire liée aux pesticides | Sensibilisation sur les modes d’utilisation des pesticides | Mener des séances de sensibilisation sur les modes d’utilisation des pesticides |
| Inondations | Renforcement du système d'évacuation des eaux pluviales | Renforcer le système d’évacuation des eaux pluviales |
| Pratiques culturales respectueuses en normes environnementales au tour des barrages | Respecter les normes environnementales en matière de pratiques culturales |
| Rougeole | Renforcement de la connaissance de la population sur la maladie | Renforcer la connaissance de la population sur la maladie |
| Suivi régulier des enfants de moins de 5 ans | Assurer un suivi régulier des enfants de moins de cinq (05) ans |
| Suivi de la vaccination des PDI | Assurer le suivi de la vaccination des PDI |
| Implication de la communauté dans les activités de vaccination de routine | Impliquer la communauté dans les activités de vaccination de routine |
| Variole du singe | Renforcement des connaissances de la population sur la maladie ; | Renforcer les connaissances de la population sur la maladie ; |
| Renforcement du contrôle sanitaire aux points d'entrée | Renforcer le contrôle sanitaire aux points d'entrée |
| Maladies mentales | Régulation de la vente illicite des médicaments de la rue | Réguler la vente illicite des médicaments de la rue |
| Renforcement des ressources humaines en santé qualifiées pour la prise en charge des maladies mentales | Rendre disponibles des ressources humaines qualifiées pour la prise en charge des maladies mentales dans la région |
| Rupture en MEG | Approvisionnement régulier des MEG | Approvisionner régulièrement les DRD |
| Formation | Former les acteurs de la chaine d’approvisionnement des produits de santé sur la gestion des stocks |
| Supervision | Superviser semestriellement les acteurs de la chaine d’approvisionnement des produits de santé sur la gestion des stocks |
| Charge de travail | Redéploiement | Redéployer les agents en tenant compte des besoins |
| Réorganisation du travail |  |
| Affectation |  |
| Non-respect de l’engagement des PTF | Plaidoyer | Renforcer le plaidoyer auprès des PTF |
| Insuffisance de financement | Plaidoyer | Faire le plaidoyer auprès des différents bailleurs de fonds |
| Rupture en intrants | Approvisionnement régulier des intrants | Approvisionner régulièrement les DRD |
| Formation | Former les acteurs de la chaine d’approvisionnement des produits de santé sur la gestion des stocks |
| Supervision | Superviser semestriellement les acteurs de la chaine d’approvisionnement des produits de santé sur la gestion des stocks |

# **CONCLUSION**

L’élaboration du PDSR 2023-2027 de la DRSHP a été faite selon la démarche de planification axée sur les résultats et a connu la participation des parties prenantes. Il tient compte des engagements nationaux et ainsi que les politiques et directives nationales de santé. S’appuyant sur une analyse de la situation, il dégage les priorités actuelles de la DRSHP et dispose des résultats et indicateurs à même de relever les défis dans un contexte marqué par des défis sécuritaires et humanitaires difficiles.

La région des Hauts Bassins vu sa position géographique subit plusieurs influences culturelles du aux déplacements de population. L’élaboration de ce plan est un signal fort pour la région afin de prendre en compte toutes les sensibilités pour impacter positivement l’état de santé de la population.

Ainsi, l’atteinte des résultats fixés nécessite l’adhésion de tous. Pour ce faire, faudra-t-il que tous les partenaires techniques et financiers, les opérateurs économiques ainsi que la population lui accordent davantage d’attention pour que l’aboutissement contribue à l’amélioration de l’état de santé des populations de la région sanitaire.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Région** | **DISTRICT SANITAIRE** | **FS** |
| **Haut Bassin** | Dafra | CMA Dafra |
| Baré |
| Bindougousso |
| Bolomakoté |
| Guimbi |
| Kotédougou |
| Kouentou |
| Léguéma |
| Moukoma |
| Ouézzin ville |
| Panamasso |
| Santidougou |
| Sarfalao |
| Secteur 24 |
| Secteur 25 |
| Sogossagasso |
| Tounouma |
| Yéguéresso |
| **DO** | **Accart Ville** |
| **Belle Ville** |
| **Bouende** |
| **Colma 1** |
| **Colma 2** |
| **Colsama** |
| **Dodougou** |
| **Dogona** |
| **Farakan** |
| **Gnafongon** |
| **Hamdalaye** |
| **K/Sambla** |
| **Kiri** |
| **Kouakoualé** |
| **Koumi** |
| **Lafiabougou** |
| **Logofourso** |
| **Marbagasso** |
| **Matourkou** |
| **Moussobadougou** |
| **Nasso** |
| **Ouolokoto** |
| **Peni** |
| **Sakaby** |
| **Sikasso Cira** |
| **Tapoko** |
| **Tiara** |
| **Toussiana** |
| **CMA Do** |
| Houndé | CMA Houndé |
| Bassé |
| Békuy |
| Béréba |
| Bohokari |
| Boni |
| Bouahoun |
| Bouéré |
| Dohoun |
| Dossi |
| Dougoumato II |
| Fafo |
| Founzan |
| Gombélédougou |
| Indini |
| Karaba |
| Kari |
| Kayao |
| Kiéré |
| Koho |
| Koti |
| Kouloho |
| Koumbia |
| Kovio |
| Lamba |
| Lokiéhoun |
| Lollio |
| Man |
| Maro |
| Nahi |
| Ouakuy |
| Pana |
| Pê |
| Sara |
| Sébédougou |
| Secteur 02 |
| Siéni |
| Urbain |
| Yéhoun |
| OST |
| Clinique HGO |
| Fiéhamba |
| Solidarité |
| Clinique AMITIE |
| Poa |
| K Vigue | DAN |
| DEGUELIN |
| DIOSSO |
| K-VIGUE |
| KLESSO |
| POYA |
| SOUMSSO |
| WARA |
| YEGUERE |
| Lena | BAH |
| BALLA |
| BONA |
| BOSSORA |
| DOROSSIAMASSO |
| FINA |
| KADOMBA |
| KOFILA |
| KOUEKOUESSO |
| KOROMA |
| LENA |
| SALA |
| SATIRI |
| SISSA |
| TIARAKO |
| WEROU |
| Orodara  Orodara | Banzon |
| Karna |
| Kongolikoro |
| Samorogouan |
| Sikorla |
| Soungalobougou |
| Sourou |
| Bléni |
| Fignana |
| N'Gorlani |
| Niamana |
| Sindo |
| Badara |
| Banflagouê |
| Guena |
| Kourinion |
| Sidi |
| Bandougou |
| Central |
| Dieri |
| Tin |
| Urbain |
| CMA Orodara |
| Dissanga |
| Djigouera |
| Kouini |
| Serekeni |
| Kangala |
| Kotoura |
| Lanfiera |
| Mahon |
| Ouolonkoto |
| Sayaga |
| Sokouraba |
| Koloko |
| Sifarasso |
| Sokoroni |
| Zitonosso |
| Samogohiri |
| Saraba |
| N'dorola | Bangasso |
| Djonkélé |
| Fadona |
| Famberla |
| Fara |
| Fofara |
| Foulasso |
| Kayan |
| Kodona |
| kôkôrô |
| kourouma |
| Morolaba |
| CM N'dorola |
| N'Gorguerla |
| N'Gorlani |
| Niamberla |
| Sadina |
| Séguédougou |
| Silorola |
| Temètemèsso |
| Tigan |
| Zanfara |
| Dandé | CMA DE DANDE |
| BAMA |
| BANWALY |
| BOUBOURA |
| DANDE |
| DANGOUNANI |
| DAWERA |
| DESSO |
| DIARRADOUGOU |
| FARAMANA |
| FO |
| KIEBANI |
| KIMINI |
| KOGOUE |
| KOKOROBA |
| KOREDENI |
| KOUBY |
| KOUNDOUGOU |
| LAHIRASSO |
| LANFIERA COURA |
| MANGOROTOU |
| NEMATOULAYE |
| PADEMA |
| SAMANDENI |
| SANGOULEMA |
| SARFALAYE |
| SEGUERE |
| SIANKORO |
| SOUNGALODAGA |
| SOUNGALODAGA 3 |
| SOURKOUDOUGOU |
| TOUKORO |
| VALLEE DU KOU |
| ZANGOMA |
| KONGODJAN |
| WIGAYATOULAYE |
| CM LAGRACE |
| CABINET SAFA |
| ST MICHEL |

# **ANNEXES**

Annexe 1 : Liste des formations sanitaires par district sanitaire et par commune

**Annexe 2 : Analyse FFOM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OS** | **FORCES** | **FAIBLESSES** | **OPPORTUNITES** | **MENACES** |
| OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d’efficacité d’efficience, de transparence, de redévabilité, d’équité et de prise en compte du genre | - Existence de cadres de concertation intra et intersectorielle  - Allocation des ressources pour les évacuations des CMA vers les CHU  - Réalisation de supervision intégrée (coordination, gouvernance, planification…) à tous les niveaux  - Existence d’une veille citoyenne pilotée par les ONG/OSC  - Effectivité du transfert de compétences aux collectivités territoriales  - Effectivité de la saisie décentralisée des données statistiques sur Endos-bf et des données de la gratuité (e-gratuité)  - Le système de surveillance des maladies est performant  - Mise en œuvre de la surveillance environnementale dans la région  - Le système intégré de transport des échantillons biologiques (SITEB) est fonctionnel  - Existence de personnel qualifié pour la recherche | - L’insuffisance de compétences des agents de la région sur la gestion axée sur les résultats (GAR) ;  - La coordination et la collaboration intersectorielle sont insuffisantes ;  - Insuffisance dans l’exécution des fonds transférés aux collectivités  -Retard dans l’allocation des fonds à transférer aux collectivités  - Faible proportion de membres COGES formés sur la gestion des FS  - La coordination des interventions des partenaires (secteur privé, OST, organismes de financement, ONG/associations, TPS) n’est pas suffisante.  - Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante par manque de financement.  - Insuffisance dans la collecte et la transmission des données des structures privées  - Insuffisance de recherches menées au niveau de la région  - Insuffisance de collaboration avec les institutions de recherche de la région  - Insuffisance de capitalisation des résultats de la recherche (mémoires des étudiants et les résultats de recherche des centres spécialisés)  - Insuffisance de financement de la santé par les partenaires locaux  - Insuffisance de compétences dans la planification genre sensible  - Insuffisance dans la prise en compte du genre dans l’analyse des données sanitaires ;  - Absence d’un plan régional de mobilisation des ressources financières  - Faible allocation des ressources financières pour la réalisation des activités  - Insuffisance dans le remboursement de la gratuité des soins (retard, montants insuffisants, gestion irrationnelle…)  - Non tenue du cadre de concertation régionale des acteurs de la Médecine et pharmacopée traditionnelle (MPT) | - Existence de plusieurs centres de recherche dans la région  - L’Engagement des autorités administratives, coutumières, religieuses et politiques ;  - L’appui constant de l’Etat et des PTF  - La mise en place de l’Assurance maladie universelle  - La présence d’adduction d’eau potable/ Forages et d’électricité dans les villes et les chefs-lieux de communes  - La présence de réseaux téléphoniques (téléphone et internet) dans certaines zones  - L’appui de certaines sociétés/entreprises  - Appui des partenaires locaux | - L’insécurité  - La mauvaise gouvernance  - L’instabilité politique  - Les Mouvements sociaux  - La cybercriminalité  - La prolifération des produits illégaux et illicites  - La prolifération des sites miniers artisanaux  -  - Faible couverture en réseau internet (disponibilité et qualité) |
| OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé | - Tenue régulière des commissions régionales d’affectation  - L’opérationnalisation de l’AGSP dans la région | - L’insuffisance de personnel dans les FS ;  - L’insuffisance de compétence pour certaines spécialités  - Absence de personnel qualifié pour la maintenance des équipements  - Absence de personnel qualifié en GRH dans les DS  - La gestion des ressources humaines en santé n’est pas performante (inégale répartition, gestion des carrières, motivation du personnel;  - Forte mobilité du personnel des zones rurales vers les zones urbaines  - Retard dans la prise en compte des actes de carrière  - Absence d’un plan regional de production en ressources humaines | - Appui du personnel des ONG et projets intervenant dans la région  - Appui des collectivités territoriales en ressources humaines (agents de soutien, agents de sécurité, agents recrutés et affectés dans le service d’hygiène par certaines communes) | - Insécurité  - Instabilité politique |
| 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) | -- Gratuité des évacuations sanitaires des autres cibles des CMA au CHU à l’intérieur de la région  La disponibilité de plusieurs structures de soins privés dans la région –  - Construction de nouvelles infrastructures dans la région (Centre de Radiothérapie, Centre de gériatrie, CHU de Pala, CHU des Forces Armées)  Existence du système de R/CR à tous les niveaux  - Effectivité de la mise en œuvre des mesures de gratuité pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes  - Collaboration avec les TPS dans la recherche des cas de Tuberculose et de PFA  L’utilisation de l’outil REC dans les consultations des enfants de moins de 5ans.  - Effectivité de la mise en œuvre de la gratuité de la PF  - Suivi régulier de la mise en œuvre de la gratuité  - Présence de plusieurs laboratoires nationaux de référence dans la région  - Mise en œuvre de la démarche de soins centrés sur la personne y compris l’humanisation des soins  - Mise en œuvre de la gestion des effets indésirables associés aux soins (EIAS) dans les CMA de Houndé, Dô et Dafra  - Mise en œuvre de la PID et LAL à Houndé  - Mise en œuvre de la PCIME-REC  - Mise en œuvre de la campagne MIRAMA | - Insuffisance du plateau technique des FS ;  - Insuffisance dans la gestion du matériel et équipements médico-techniques  - La morbidité et la mortalité générales demeurent élevées pour certaines affections ;  - La morbidité et la mortalité maternelle restent élevées dans la région ;  - Insuffisance dans le système de R/CR ;  - La rupture de médicaments et autres produits de santé à la CAMEG  - Absence de mise en œuvre du système de R/CR entre les TPS et les structures sanitaires  - Les ruptures fréquentes en MEG  - Absence de la pharmacie hospitalière  - La qualité des services de santé est faible  - Insuffisance dans la réalisation du monitorage des activités à tous les niveaux  - Insuffisance dans la mise en œuvre des soins palliatifs  - Insuffisance dans l’audit des décès maternels et néonataux  (compétences, réalisation non-systématique des audits, , restitution, suivi…)  - Insuffisance dans l’évaluation des pratiques professionnelles  - Insuffisance dans la chaine de froid  - La prévalence du VIH/SIDA est toujours préoccupante ;  - Insuffisance dans la mise en œuvre de la triple eTME dans les structures privées ;  - Insuffisance dans l’application des directives, normes et standards dans les FS de la région des Hauts-Bassins  - Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de suivi-évaluation de la qualité des soins dans les DS de la région  - Faible taux de transformation des CSPS des chefs-lieux de commune en Centres médicaux  - La non-conformité de certaines infrastructures sanitaires (CSPS/CM)  - Aucun bloc opératoire de district ne répond aux normes en infrastructures  - La non transformation des CMA de Dafra et Dô en HD  - Aucun DRD de la région ne répond aux normes en termes d’infrastructures et d’équipements  - Insuffisance dans la couverture sanitaire  - Insuffisance dans la gestion des DBM dans la région (compétences, consommables/matériels, incinérateurs adaptés, suivi/sanctions…)  - Absence d’ambulances médicalisées dans la région  - Insuffisance en logistique roulante (ambulances, véhicule de supervision et moto)  - Absence d’unité de production d’oxygène fonctionnelle dans les structures sanitaires de la région  - Absence de dispositif de maintenance curative et préventive  - Infrastructures inadaptées pour le centre régional de transfusion sanguine de Bobo  - La non satisfaction des besoins en PSL  - Insuffisance dans la gestion des PSL  - Insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles pour la production de PSL  - Faible couverture en mutuelles de santé  - Insuffisance dans le fonctionnement des mutuelles de santé dans la région  - Insuffisance dans la réalisation du contrôle de l’effectivité de la gratuité des soins dans la région  - Insuffisance dans le contrôle qualité des produits essentiels | -  - Appui des partenaires dans la construction/ réhabilitation d’infrastructures sanitaires et la dotation en équipements  - Appui de la SAPHYTO et la commune de Bobo  dans la gestion des DBM  - | - Prolifération des TPS (locaux et étrangers) avec un exercice illégal de la MPT  - L’extension de la vente des médicaments de la rue  - Les Mouvements sociaux  - La rupture nationale en vaccins et consommables vaccinaux  - La discontinuité de la fourniture en électricité et eau |
| 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 | - Niveau de Mise en œuvre du PMA des ASBC satisfaisant dans la région  - Existence d’OBCE intervenant dans le domaine de la santé dans les DS de la région  - Mise en œuvre de la délégation des taches en PF chez les ASBC dans la région  - Demarrage de la mise en place des Clubs de Santé Communautaire dans la région des Hauts-Bassins | - Insuffisance dans la participation communautaire (surtout dans la prise de décision) ;  - Insuffisance dans la coordination des activités de sensibilisation  - Faible connaissance des populations sur les facteurs de risques/ comportements à risque en matière de santé (alcoolisme, tabagisme, drogue, alimentation, sédentarité, Violences Basées sur le Genre)  - Insuffisance dans la prise en charge de la Santé des ados-jeunes (alcoolisme, tabagisme, drogue dans les établissements scolaires, gestion des menstrues, les Violences Basées sur le Genre)  - faible connaissance des travailleurs sur les risques liés aux troubles psycho-sociaux et musculo-squelettiques  - Insuffisance d’information des populations sur les produits chimiques nocifs à la santé utilisée sur les sites d’orpaillage | - Participation des leaders locaux aux cadres de concertation régionaux  - Appui et bonne couverture en masse médias de la région ; | - Diffusion de fausses informations sur les réseaux sociaux  -Insécurité  - Retard dans le paiement de la motivation des ASBC  - Prolifération des stupéfiants et de l’alcool frelaté |
| OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires | - fonctionnalité du comité régional de gestion des épidémies  - Existence d’un plan régional de préparation et de riposte aux éventuelles épidémies  - Renforcement des capacités des ECD et ICP sur le SGI  - Formation des acteurs des points d’entrée terrestre et aérienne sur le RSI et les évènements indésirables associés aux soins  - Elaboration des SOP des points d’entrée terrestre et aérienne  - Supervision conjointe des points d’entrée  - Démarrage effectif de l’approche « one health » dans la région  - Existence d’un système d’alerte précoce au niveau communautaire  - Création des Postes de Santé Communautaire (PSC) | - Absence d’un CORUS régional  - Insuffisance d’équipement des salles d’isolement pour les maladies à potentiels épidémiques  - Insuffisance d’infrastructures, d’équipements, de matériel et de logistique pour le triage et la PEC des cas lors des urgences sanitaires  - Absence d’un fond permanent de réponse aux situations de crises sanitaires.  - Insuffisance de RH qualifiées dans les services d’urgences des CHU/HD  - Absence de SAMU dans la région  - Insuffisance dans la coordination de l’approche « one health » dans la région | - Collaboration intersectorielle (CORESUR, COPROSUR, Infirmeries des Forces armées et de la MACB, Croix rouge, Burkina secours, Ordre de Malte, Commune de Bobo, BNSP…), | - Insécurité  - Baisse des financements  - Les Catastrophes naturelles  - Les changements climatiques |

**Annexe 3 : Cadre de mesure du PDSR**

| **Indicateurs** | **Année** | **Reference** | **Cible 2023** | **Cible 2024** | **Cible 2025** | **Cible 2026** | **Cible 2027** | **Sources de données** | **Méthode de collecte** | **Fréquence** | **Responsables** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **La morbidité et la mortalité est réduite** | | | | | | | | | | |  |
| **La morbidité et la mortalité est réduite** | | | | | | | | | | | |
| **Indicateur d'impact** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes | 2022 | 164,8 | 160 | 155 | 150 | 145 | 140 | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de mortalité néonatale (‰) | 2022 | 11, 0 | 10,0 | 9,0 | 8,0 | 7, 0 | 6,0 | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de mortalité infantile (‰) | 2022 | 35 | 32 | 29 | 26 | 23 | 20 | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Espérance de vie à la naissance | 2019 | 61,9 |  |  |  |  |  | RGPH | Enquêtes | 10 ans | DGESS |
| **Effet 1 PNDS : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité, équité et prise en compte du genre** | | | | | | | | | | | |
| **Effet 1 PDSR :** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs d'effet** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des recommandations du CSD mises en œuvre dans les délais (%) | 2022 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapport | Routine | Semestrielle | DRSHP |
| Taux de satisfaction des usagers des services de santé (%) | 2022 |  |  |  |  |  |  | HHFA | Enquête | 2 ans | DGESS |
| **Produit 1.1 :** D’ici à fin 2030, Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables et fonctionnels. | | | | | | | | | | | |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des DS ayant atteint au moins 80% de performance à l’évaluation (%) | 2022 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapport d'évaluation des DS | Routine | Annuelle | DGESS/DRSHP |
| Pourcentage de COGES ayant tenu 12 réunions mensuelles par an | 2022 |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapport d'évaluation des DS | Routine | Annuelle | DRSHP |
| Proportion des COGES dont le mandat est à jour | 2022 |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapport d'évaluation des DS | Routine | Annuelle | DRSHP |
| **Produit 1.2 : , les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des organes et instances de coordination tenus à tous les niveaux du système de santé (CSD, CODI, CTRS, Comité de santé de district) | 100 | 2022 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapports de progrès | Routine | Trimestrielle  Annuelle | DRS |
| **Produit 1.3: une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux de complétude des saisies des rapports d’activités des formations sanitaires privés et publics de soins | 2022 | 86,3 | 90 | 95 | 95 | 100 | 100 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Mensuelle  Annuelle | CISSE |
| Taux de promptitude des saisies des rapports d’activités des formations sanitaires privés et publics de soins | 2022 | 76,6 | 80 | 85 | 90 | 100 | 100 | Endos  Annuelle | Routine | Mensuelle  Annuelle | CISSE |
| Indice de concordance des données du système de routine | 2022 |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos  Annuelle | Routine | Mensuelle  Annuelle | CISSE |
| **Produit 1.4: : Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décisions** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effet 2: D’ici 2030, les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé** | | | | | | | | | | | |
| **Effet 2 PDSR:** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs d'effet** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Produit 2.1:** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ratio population/médecin | 2022 |  |  |  |  |  |  | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | DRH |
| Ratio population /Sagefemme-Maïeuticien | 2022 |  |  |  |  |  |  | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | DRH |
| Proportion des CMA disposant d’au moins 2 médecins formés en Chirurgie essentielle | 2022 |  |  |  |  |  |  | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | DRH |
| Ratio population /infirmier | 2022 |  |  |  |  |  |  | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | DRH |
| Ratio population /pharmacien | 2022 |  |  |  |  |  |  | Annuaire statistique | Routine | Annuelle | DRH |
| **Produit 2.2:** la gestion des ressources humaines en santé est efficace. | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des structures de santé en adéquation avec les standards WISN minimaux | 2018 | 20,74 | 55 | 80 | - | - | - | Plateforme e-gratuite des soins | Routine | Annuelle | ST RFS |
| **Effet 3: D’ici 2030, l’utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier** | | | | | | | | | | | |
| **Effet 3 PDSR :** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs d'effet** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans | 2022 | 2,67 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Trimestre  Annuelle | SLM |
| Prévalence contraceptive (chez les femmes en union) (%) | 2022 | 21,3 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Trimestre  Annuelle | SLM |
| Taux de mortalité maternelle intrahospitalière pour 100 000 parturientes | 2022 | 164,8 | 160 | 155 | 150 | 145 | 140 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Proportion d'enfants de 15-23 mois complètement vaccinés | 2022 | 99,8 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Incidence du paludisme confirmé (pour 1000 hbts) | 2022 | 474,2 | 470 | 465 | 460 | 455 | 450 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant (%) | 2022 | 3,04 | 3,0 | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 2,6 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans (%) | 2022 | 1,0 | 0,8 | 0,6 | 0,4 | 0,2 | <0 | ENN  SMART | Enquêtes | Annuelle | DGSP |
| Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les femmes enceintes | 2022 |  |  |  |  |  | <0 | ENN  SMART | Enquêtes | Annuelle | DGSP |
| Taux de notification de nouveaux cas de tuberculose toute forme et rechute (pour 100 000 habitants) | 2022 | 40,5 | 42 | 42,5 | 43 | 43,5 | 44 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.1:** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pourcentage du budget de l’État alloué à la santé (%) | 2022 |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapport des Comptes de la santé | Enquête | Annuelle | SAF |
| Taux d'exécution des ressources financières (%) | 2022 | 92,38 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Bilan des PA | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.2:** : Les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l’utilisation des services de santé sont fonctionnels. | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux de satisfaction des bénéficiaires de la gratuité (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) | 2022 |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Rapport d’enquête | Enquête | Annuelle | ST RFS |
| **Produit 3.3:** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Score moyen de la disponibilité des éléments de la capacité opérationnelle pour les SONUB (%) | 2022 |  |  |  |  |  |  | Rapport enquête HHFA | Enquête | Tous les deux ans | DGOS |
| Proportion de la population vivant à moins de 5 km d’une formation sanitaire (%) | 2022 | 64,11 | 64,5 | 64,8 | 65 | 65,4 | 66 | Carte sanitaire  Endos | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.4:** 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 | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pourcentage des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 molécules traceurs (%) | 2022 |  |  |  |  |  |  | Annuaire statistique | Routine | Semestrielle | SPLM |
| Pourcentage des hôpitaux publics où la pharmacie hospitalière est fonctionnelle (%) | 2022 | 0 | 10 | 30 | 40 | 50 | 60 | Rapport d'activités | Routine | Semestrielle | SPLM |
| Proportion des CM/CMA n’ayant pas connu de rupture des examens traceurs (%) | 2022 | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos | Routine | Annuelle | SPLM |
| Taux de satisfaction des demandes (utilisateurs) en PSL (%) | 2022 |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos | Routine | Annuelle | SPLM |
| **Produit 3.5 :** 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 | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pourcentage des femmes ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent pendant les consultations prénatales (%) | 2022 | 69,4 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Nombre de districts exclus du traitement de la filariose lymphatique | 2022 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Pourcentage de femmes enceintes dépistées positives pour le VIH qui reçoivent un traitement ARV adapté | 2022 | 99,6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de succès aux traitements antituberculeux | 2022 | 78,3 | 80 | 82 | 85 | 87 | 90 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.6:** 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 | | | | | | | |  | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pourcentage des femmes de 30 à 49 ans qui ont été soumises à un dépistage du cancer du col de l’utérus par les méthodes appropriées (inspection visuelle après application d’acide acétique/vinaigre et au Lugol (IVA/IVL), frottis (test de Pap), test VPH (virus du papillome humain) (%) | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Proportion des formations sanitaires mettant en œuvre l’approche WHO-PEN | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.7:** 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. | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans | 2022 | 1,3 | 1 | <1 | <1 | <1 | <1 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de couverture en CPN4 et plus (%) | 2022 | 66,2 | 70 | 71 | 72 | 73 | 75 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de couverture en RR2 (%) | 2022 | 99,8 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux d’accouchements par du personnel qualifié (%) | 2022 | 112,5 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux d’utilisation des méthodes contraceptives (%) | 2022 | 21,3 | 21,5 | 22,0 | 22,5 | 23,0 | 23,5 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Proportion d’enfants pris en charge selon l'approche PCIME (%) | 2022 | 93,9 | 94 | 94,5 | 95 | 95,5 | 96 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Pourcentage des faibles poids à la naissance (poids <2,5kg) | 2022 | 9,1 | 9 | 8,9 | 8,7 | 8,5 | 8,2 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux d’infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.8 :** 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 | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pourcentage de mères mettant précocement le nourrisson au sein | 2022 | **92,2** | **93** | **94** | **95** | **95** | **95** | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Taux de guérison de la MAS en interne (%) | 2022 | 91,0 | 91,5 | 92 | 92,5 | 93 | 93,5 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 3.9 :** La continuité des services dans les zones éloignées et à défi sécuritaire est assurée à travers l’approche santé communautaire | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des formations sanitaires fermées où les agents communautaires (ASBC, AV, assimilés,) offrent un paquet de prestation de soins de santé adaptés dans les zones à défis sécuritaires | 2022 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Proportions d’agents communautaires offrant le paquet minimum d’activités dans les zones à défis sécuritaires | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SPS |
| Nombre de postes de santé fonctionnelles dans les zones inaccessibles | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Effet 4 PNDS: D’ici 2030, la population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé.** | | | | | | | | | | |  |
| **Effet 4 PDSR:** | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs d'effet** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Produit 4.1:** Les services de prévention, d’éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population. | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux de couverture en Penta 3 | 2022 | 118,3 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 4.2:** : 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 | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Demande contraceptive satisfaite par des méthodes modernes (%) | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 4.3:** Les services de promotion de l’alimentation, de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés. | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Produit 4.4:** Les approches de santé développées dans le cadre des « communes modèles » sont mises en œuvre à l’échelle nationale. | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pourcentage de formations sanitaires disposant d’une source d’eau potable | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SPS |
| **Effet 5 PNDS: D’ici 2030, les situations d’urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience.** | | | | | | | | | | | |
| **Effet 5 PDSR : D’ici 2030, les situations d’urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience.** | | | | | | | | | | | |
| **Indicateurs d'effet** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux de létalité liée à une maladie d'urgence en santé publique | 2022 | 0,49 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | TLOH  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| Proportion des pathologies sous surveillance dont l’incidence est en dessous du seuil d’alerte | 2022 | 97 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | TLOH  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 5.1:** 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 | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des formations sanitaires fermées et remises en fonction dans les zones à fort défi sécuritaire | 2022 |  |  |  |  |  |  | Endos  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 5.2:** les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d’urgences sanitaires | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Proportion des hôpitaux disposant de plan blanc (%) | 2022 | 66 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Plan blanc | Routine | Annuelle | SLM |
| **Produit 5.3:** La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l’approche « One Heath » | | | | | | | | | | |  |
| **Indicateurs Produit** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Taux d’investigations conjointes des événements inhabituels | 2022 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | TLOH  Annuaire statistique | Routine | Annuelle | SLM |

1. Profil régional des Hauts-Bassins 2014, DREP-HBS, Burkina Faso [↑](#footnote-ref-1)