**[](https://www.ifris-bf.org/)**

**INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE   
 INTERDISCIPLINAIRE EN SCIENCES   
 DE LA SANTÉ ET DE L’EDUCATION (IFRISSE)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Evaluation du cours de PLANIFICATION SANITAIRE**

Exercices pour les Travaux de Groupes

**UE : Planification, Gestion, Suivi et Evaluation des Programmes et Projets de santé**

**Instructions pour les Travaux de Groupes**

Chaque groupe devra un élaborer un Plan Opérationnel Annuel (POA) selon le canevas ci-joint contenant les directives d’élaboration. Les données/informations de base pour guider/orienter le processus de planification sont présentées ci-dessous **(Analyse de la situation)**

Chaque groupe doit s’organiser pour élaborer le document avec la **participation effective de tous les membres** du groupe.

La note du groupe sera comptabilisée pour 50% de la note du Module de Planification Sanitaire

**ANALYSE DE LA SITUATION DANS LE DISTRICT DE KOLANGA**

**1. Hygiène et assainissement**

Dans le district de Kolanga, L’hygiène publique de façon générale est précaire. Le système d’évacuation des eaux usées et pluviales est inexistant. Il n’existe pas de service de collecte et d’évacuation des déchets ménagers dans la ville de Kolanga. Dans les autres localités de la province, la gestion des ordures ménagères reste traditionnelle. A cela s’ajoute une très faible utilisation des latrines dans les ménages et une cohabitation avec les animaux. La vidange de ces latrines existantes est manuelle. Les excrétas sont déposés à l’air libre à proximité des concessions.

L’approvisionnement en eau potable se fait à travers les forages dans les villages. Seule la ville de Kolanga dispose de l’eau courante. A certaines périodes de l’année, des populations utilisent les eaux de ruissellement et des mares pour leur consommation. Cette eau de quantité insuffisante et de qualité impropre ne favorise pas une bonne hygiène de vie mais également entraine fréquemment des maladies parasitaires, bactériennes, virales et des intoxications alimentaires.

Dans le système de santé, il existe deux types de collecte des déchets bio médicaux dans les formations sanitaires. Seuls l’hôpital de district, les formations sanitaires (FOSA) de Bena, Wana, et de Tachi disposent d’incinérateurs. Le traitement des déchets médicaux se fait à l’air libre par le brulis. Par

**2. Le profil épidémiologique du district se présente comme suit :**

*2.1. Morbidité générale*

Les maladies infectieuses occupent les 1ers rangs en termes de morbidité pour 2021. Les traumatismes, pathologie non infectieuse sont de plus en plus observés ; de même que les autres maladies non transmissibles comme la malnutrition aiguë (9ème) et les affections cardiovasculaires (12ème rang).

**Tableau 1 : Situation des principales affections/maladies par tranche d’âge dans le district sanitaire de Kolanga en 2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Principales pathologies** | **Nombre** | **%** |
| Paludisme | 65 092 | 44,60% |
| Infections Respiratoires Aigues (IRA) | 32 066 | 21,97% |
| Affection de la peau | 11 778 | 8,07% |
| Diarrhées | 5 993 | 4,11% |
| Traumatisme | 4 273 | 2,93% |
| Affections de l'appareil digestif | 4 001 | 2,74% |
| Parasitoses intestinales | 3 889 | 2,66% |
| Affect. App. Ostéo-articulaire | 1 809 | 1,24% |
| Malnutrition aigue | 1 583 | 1,08% |
| Affections de l'œil et de ses annexes | 1 484 | 1,02% |

Les affections les plus fréquentes sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les affections de la peau et les maladies diarrhéiques. La malnutrition, l’une des préoccupations majeures du district entre cette année parmi ces dix principales pathologies. Ces pathologies représentent près de 90% des motifs de consultations.

*2.2. Situation des maladies à potentiel épidémique*

**Tableau 2 : Situation des maladies à potentiel épidémique de 2019 à 2021 dans le district sanitaire de Kolanga**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
| **Maladies** | *Cas* | *Décès* | *Létalité* | *Cas* | *Décès* | *Létalité* | *Cas* | *Décès* | *Létalité* |
| Choléra | 39 | 02 | 5,13 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| Méningite | 09 | 00 | 0,00 | 12 | 01 | 8,33 | 26 | 04 | 15,38 |
| Ictère fébrile | 00 | 00 | - | 01 | 00 | 0,00 | 06 | 00 | 0,00 |
| Sanguinolentes | 01 | 00 | 0,00 | 05 | 00 | 0,00 | 00 | 00 | - |
| F. typhoïde | 201 | 00 | 0,00 | 417 | 00 | 0,00 | 686 | 00 | 0,00 |

Le renforcement des activités de surveillance épidémiologique a permis de notifier en 2021, 6 cas d’ictère fébrile. Les prélèvements ont été effectués et acheminés au laboratoire de référence et les résultats se sont révélés négatifs. Depuis 2019, on note une augmentation du nombre de cas de méningite malgré la vaccination MenAfriVac. En 2021, 26 cas suspects de méningite ont été notifiés dont 04 décès soit une létalité élevée de 15,38%. Le nombre de cas suspects de fièvre typhoïde, maladie du péril fécal est en nette augmentation depuis 2019.

*2.3. Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) & VIH*

Les manifestations cliniques des IST sont polymorphes. Le tableau suivant donne la situation des cas d’IST de 2019 à 2021.

**Tableau 3 : Répartition des cas d’IST par tranche d’âge et par sexe de 2019 à 2021 au DS de Kolanga**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tranche d’âge** | **2019** | | **2020** | | **2021** | |
| *M* | *F* | *M* | *F* | *M* | *F* |
| Moins de 1 an | 1 | 3 | 13 | 11 | 3 | 4 |
| 1-4 ans | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5-14 ans | 3 | 16 | 60 | 76 | 4 | 10 |
| 15-19 ans | 23 | 146 | 162 | 267 | 51 | 166 |
| 20-29 ans | 175 | 389 | 398 | 415 | 174 | 263 |
| 30-39 ans | 186 | 259 | 465 | 510 | 307 | 400 |
| 40ans et plus | 96 | 77 | 108 | 185 | 30 | 33 |
| **Total** | **484** | **890** | **1206** | **1464** | **566** | **872** |

Toutes les tranches d’âge sont concernées par les IST. La tranche de 20 à 39 ans est la plus touchée avec près de 79,55% des cas en 2019. Chez les enfants de moins d’un an, on a noté essentiellement des cas de conjonctivites purulentes. Les IST touchent aussi bien les hommes que les femmes avec cependant une prédominance féminine (60,64% en 2019). Dans l’ensemble, on note une baisse de la morbidité des IST par rapport aux données de 2018 mais reste une préoccupation pour le district.

La file active du district est fonctionnelle depuis 2006. Le conseil dépistage du VIH se fait dans toutes les formations sanitaires. Les bilans pré thérapeutiques et de suivi du traitement sont réalisés au laboratoire de l’hôpital de district qui dispose d’un compteur de CD4. Seul le dosage de la charge virale et la PCR ne sont pas réalisés au sein du district. Néanmoins ces examens sont réalisés en collaboration avec les laboratoires de référence.

**Tableau 4 : Données de la file active[[1]](#footnote-1) du VIH de 2012 à 2014 au DS de Kolanga**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Années** | **2019** | **2020** | **2021** |
| Adhésion au dépistage | 5495 | 6753 | 5289 |
| Nombre de patients enrôlés | 79 | 144 | 71 |
| Nombre de patients éligibles au traitement | 46 | 102 | 41 |
| Nombre de patients sous TARV | 46 | 102 | 41 |
| % de patients éligibles au TARV et effectivement sous TARV | 100 | 100 | 100 |

Le nombre de personnes ayant adhéré au dépistage du VIH bien qu’en hausse depuis 2019 reste faible. Aussi la progression du nombre de patients enrôlés est-elle restée faible depuis cette année. Tous les patients éligibles au traitement sont sous ARV.

*2.4. Mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile*

Le district sanitaire de Kolanga a enregistré 19 décès en 2019, 11 en 2020 et 13 en 2021, ce qui donne respectivement un indice 424, 224 et 229 décès pour 100 000 parturientes. Ces indices sont supérieurs au seuil des OMD (121 pour 100000 parturientes) et à l’objectif national (55 pour 100 000). Cette mortalité maternelle est due d’une part aux retards à la consultation (inaccessibilité et éloignement des formations sanitaires, retards de décision de consulter, persistance des accouchements à domicile, absence de moyens d’évacuation communautaire, insuffisance d’ambulance) et d’autre part à l’insuffisance de la prise en charge (l’insuffisance en produits sanguins labiles, l’insuffisance en personnel formé en SONU.

Les causes de décès maternels sont multiples et dominées par les pathologies vasculo-rénales, les infections et les hémorragies/anémie etc.

Le taux de mortalité néonatale reste préoccupant. Il est de 28 pour 1000 naissances vivantes au niveau national. En 2020, ce taux est de 3,31 pour 1000 naissances vivantes au district sanitaire de Kolanga. L’analyse faite des rapports de supervision montre qu’il existe une faible connaissance des agents de santé sur la définition des cas de décès néonatals, ce qui pourrait engendrer une sous-notification de ces phénomènes.

*2.5. Etat nutritionnel des mères, des enfants et les problèmes liés aux micronutriments*

La consultation des nourrissons sains constitue une opportunité pour le suivi nutritionnel des enfants. Elle est intégrée aux activités de la CPN et du PEV en stratégies fixe et avancée. Ce suivi s’accompagne de séances d’IEC et de distribution de rations sèches aux enfants malnutris. Les partenaires impliqués dans cette activité sont le PAM, la Croix Rouge et l’UNICEF. La participation communautaire est marquée par la contribution de 250 agents de santé communautaires et de 100 animatrices villageoises dans la sensibilisation, le dépistage et la référence des cas.

En 2020, le district a organisé deux journées de survie de l’enfant au cours desquelles, les enfants de 6 à 59 mois ont bénéficié de déparasitage et de supplémentation en vitamine A. Cette activité de prise en charge nutritionnelle prend en compte les femmes enceintes, en post partum et allaitantes. Le tableau ci-après fait le point de l’état nutritionnel des enfants et des mères dans le district sanitaire de 2019 à 2021.

**Tableau 5 : Etat nutritionnel des groupes cibles de 2019 à 2021 dans le DS de Kolanga**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Items (%)** | **2012** | **2013** | **2014** |
| Goitre (%) | ND | ND | ND |
| Enfants malnutris aigus sévères (%) | 3,33 | 4,42 | 1,93 |
| Enfants malnutris aigus modérés (%) | 26,12 | 27,75 | 31,63 |
| Enfants anémiés (%) | 0,33 | 0 ,39 | 0,31 |
| Enfants de faible poids de naissance (%) | 8,04 | 7,3 | 6,06 |
| Femmes enceintes malnutries | 685 | 1726 | 808 |
| Femmes allaitantes malnutries | 860 | 2162 | 1076 |
| Femmes enceintes anémiées (%) | 0,11 | 0,32 | 0,18 |
| Femmes post partum supplémentées en vitamine A (%) | 30,43 | 44,25 | 83,57 |
| Enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A (%) | 97,97 | 100,2 | 95,97 |

Tous les groupes vulnérables sont touchés par la malnutrition aiguë. Le dépistage et la prise en charge de la malnutrition connait une nette amélioration de 2019 à 2021 dans le district de Kolanga. Cette situation est favorisée par le passage à l’échelle de la PCIMA dans le district. Aussi, il faut signaler l’apport des partenaires comme la Croix Rouge et UNICEF. Par ailleurs, certains indicateurs sont restés stables, voire se sont détériorés en 2014. De plus les données de l’enquête SMART montrent une augmentation de la prévalence de la malnutrition, passant de 10,8% en 2013 à 14,2% en 2014. On note une insuffisance dans le rapportage des données sur le dépistage du goitre. Il existe une sous notification des cas d’anémie chez les femmes enceintes liée à l’absence d’examens paracliniques dans les formations sanitaires périphériques.

Le taux de supplémentation en vitamine A chez les femmes en post partum est en progression. En 2020, elle a atteint l’objectif national (80%). Mais cela demeure insuffisant car certaines femmes ne bénéficient pas de cette supplémentation due aux ruptures ponctuelles. Par ailleurs, la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois lors des campagnes a permis d’avoir des couvertures satisfaisantes (101,28%) par rapport à l’objectif attendu (90%).

*2.6. Santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées*

La population du district est caractérisée par sa forte jeunesse (32,19%). Le district regorge de nombreux sites d’orpaillages artisanaux dans les aires sanitaires de Tossou, Passa et Baran, exposant les jeunes et adolescents à la consommation de substances psychoactives, à l’alcoolisme, à la délinquance et à la prostitution. Aussi, la prise en charge de la santé des personnes âgées se limite le plus souvent à la visite médicale annuelle des retraités. Lors de ces visites, les pathologies comme le diabète et les HTA, les pathologies cardio-vasculaires et rénales sont fréquemment rencontrées. Le traitement et le suivi de ces malades sont difficiles à cause des revenus très limités des patients.

**3. Analyse des** [**ressources**](#_Toc229972662)

*3.1. Infrastructures sanitaires publiques et privées*

Le district compte 24 structures sanitaires dont un hôpital de district qui est le centre de référence, un centre médical, dix-huit formations sanitaires (FOSA) dont huit ne respectent pas les normes de construction, deux centres de santé confessionnel, une infirmerie de garnison et une clinique de la mine d’or de Iamgold SA. Le district compte également une officine et 5 dépôts pharmaceutiques privés.

* Situation de l’hôpital du district

L’hôpital du district de Kolanga est vétuste et inadapté dans son ensemble. Les bâtiments du bloc opératoire et du laboratoire ne répondent pas aux normes de construction d’un bloc opératoire. La clôture de l’hôpital est en terre, et quasi inexistante par endroits, laissant libre passage aux animaux. Aussi, les locaux du dépôt de médicaments sont vétustes et inadaptés. Par ailleurs, l’hôpital du district ne dispose pas de morgue, d’aire de lavage, de buanderie et de réfectoire. Le château d’eau est en panne depuis 2015. Les logements administratifs sont aussi vétustes, inadaptés et en état de délabrement.

* Situation des FOSA

La plupart des formations sanitaires ne sont pas bornées et ne disposent pas de clôture. L’insuffisance des infrastructures au niveau des formations sanitaires se traduit aussi par un manque crucial de logements. Les agents sont parfois obligés de cohabiter ensemble ou de loger au village. Cinq formations sanitaires sur 18 répondent aux normes nationales en matière d’infrastructures sanitaires ; quatre ne disposent pas de forages, cinq sont sans maternité et trois sont en manque de dépôts MEG.

**Tableau 6 : Répartition de la population par FOSA et par commune selon l’accessibilité géographique en 2021.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Communes** | **FOSA** | **Nbre villages** | **Population totale** | **Population à moins de-5km** | | **Population entre 5-10km** | | **Population à plus de 10km** | |
| **Effectif** | **%** | **Effectif** | **%** | **Effectif** | **%** |
| I | Douri | 4 | 6 859 | 1 467 | 21% | 734 | 11% | 4 657 | 68% |
| Koua | 10 | 18 750 | 11 189 | 60% | 0 | 0% | 7 561 | 40% |
| Gandafa | 6 | 6 911 | 1 505 | 22% | 0 | 0% | 5 406 | 78% |
| II | Din | 8 | 10 675 | 6 156 | 58% | 0 | 0% | 4 519 | 42% |
| Korezeni | 6 | 14 366 | 9 669 | 67% | 4 697 | 33% | 0 | 0% |
| Saouda | 9 | 14 639 | 4 790 | 33% | 0 | 0% | 9 849 | 67% |
| Tasma | 20 | 22 642 | 3 819 | 17% | 2 664 | 12% | 16 159 | 71% |
| Dangani | 8 | 17 298 | 1 059 | 6% | 2 468 | 14% | 13 770 | 80% |
| Dosse | 11 | 13 384 | 2 466 | 18% | 1 125 | 8% | 9 793 | 73% |
| Urbain | 18 | 34 730 | 10 311 | 30% | 6 396 | 18% | 18 024 | 52% |
| III | Salmossi | 6 | 11 650 | 3 255 | 28% | 2 768 | 24% | 5 627 | 48% |
| Larka | 7 | 12 895 | 7 950 | 62% | 167 | 1% | 4 778 | 37% |
| Tokaban | 6 | 11 911 | 2 376 | 20% | 0 | 0% | 9 535 | 80% |
| Dinagadel | 9 | 11 126 | 2 152 | 19% | 1 638 | 15% | 7 336 | 66% |
| IV | Fadar-kaba | 3 | 8 136 | 1 665 | 20% | 0 | 0% | 6 470 | 80% |
| Korobe | 5 | 5 977 | 1 162 | 19% | 0 | 0% | 4 816 | 81% |
| Sanga | 7 | 10 634 | 3 071 | 29% | 0 | 0% | 7 563 | 71% |
| V | Daman | 21 | 20 742 | 2 246 | 11% | 2 968 | 14% | 15 528 | 75% |
| **Total DS** | | **164** | **253 325** | **76 309** | **30%** | **25 624** | **10%** | **151 393** | **60%** |

Dans le district, environ 60% de la population est à plus de 10 km d’une formation sanitaire. Cette accessibilité varie d’une aire sanitaire à une autre. Le rayon moyen d’action est très élevé (12,07 km) contre un rayon au niveau national de 7 km.

*3.2. Chaîne de froid du district*

La logistique chaine de froid constitue un maillon essentiel de la vaccination. Sa situation se présente comme suit :

T**ableau 7 : Situation du matériel de froid du DS de Kolanga selon leur état en 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type** | **2019** | | **2020** | | **2021** | |
| *Bon* | *Mauvais* | *Bon* | *Mauvais* | *Bon* | *Mauvais* |
| Congélateurs | 05 | 02 | 03 | 02 | 03 | 02 |
| Réfrigérateurs | 20 | 04 | 18 | 05 | 28 | 6 |
| Glacières | 08 | 02 | 06 | 02 | 5 | 2 |
| Vaccine carrier | 390 | 50 | 356 | 30 | 300 | 60 |
| Thermomètres internes | 20 | 05 | 15 | 02 | 30 | 00 |
| Bouteilles de gaz | 100 | 02 | 90 | 02 | 105 | 02 |

Le district dispose du minimum de matériel pour l’exécution des activités du PEV. Le dépôt PEV du district a reçu de la Direction Centrale de la Vaccination en 2021 trois réfrigérateurs. La maintenance de ce matériel est insuffisance par manque de techniciens locaux. La région sanitaire appuie souvent le district dans la maintenance de cette logistique.

*3.3. Matériel médico-technique*

Grâce à l’appui de l’Etat et de ses partenaires, les FOSA ont été dotées en matériel médicotechnique pour leur fonctionnement. Cependant ce matériel reste largement en deçà des besoins vu l’accroissement de la demande. De plus on note au niveau de l’hôpital de district, l’absence de services spécialisés (radiologie, santé mentale, bucco-dentaire, neurologie…).  Le bloc opératoire manque de certains équipements. On note également l’absence de fauteuil dentaire, d’extracteur d’oxygène et d’aspirateur électrique

*3.4. Moyens de communication*

La majorité des FOSA ne sont pas couverts par le réseau de communication téléphonique. Les besoins du district en lignes de communication demeurent insatisfaits. Le siège du district ne dispose pas de connexion internet

*3.5. Source d’énergie*

La continuité des soins exige la disponibilité permanente d’un système d’éclairage. Quelques FOSA disposent de source d’énergie solaire peu performante. Les structures sanitaires urbaines de Kolanga sont alimentées par la société nationale d’électricité. Pour pallier aux multiples délestages, le bloc opératoire est doté d’un groupe électrogène de relais. Cependant celui-ci ne peut pas alimenter tout l’hôpital de district du fait d’un circuit d’installation défaillant.

*3.6. Situation du personnel*

Le district compte 150 agents. Ce personnel est jeune dans son ensemble. La plupart des agents demandent des affectations dès qu’ils remplissent les conditions requises et le district reçoit très peu d’agents expérimentés. Cette mobilité ne permet pas de capitaliser les expériences acquises, ce qui met le district dans un besoin permanent en personnel expérimenté. En 2021, seulement 45% des formations sanitaires remplissent les normes en personnel.

*3.7. Ressources financières.*

Le tableau 8 ci-dessous montre l’évolution des financements au cours des trois dernières années. De façon générale, on note une baisse progressive du financement des activités dans le district. Cela s’explique en partie par la réduction de l’appui des partenaires. Les premières mutuelles de santé mises en place en 2010 ne sont pas fonctionnelles. Avec l’appui des communes, le district a rendu opérationnel un système de partage de coûts dans toutes les FOSA depuis Avril 2015. Cependant, ce système rencontre des difficultés dues au retard de remboursement par les mairies. Les subventions des soins obstétricaux et néonataux d’urgence est effective. Les arriérés de remboursement accumulés par l’Etat jouent négativement sur le fonctionnement de certaines formations sanitaires.

**Tableau 8 : Evolution des financements du DS de Kolanga de 2019 à 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Source de financement** | **2012** | | **2013** | | **2014** | |
| **Montant alloué (CFA)** | **%** | **Montant alloué (CFA)** | **%** | **Montant alloué (CFA)** | **%** |
| Etat | 95 272 000 | 28 | 64 127 000 | 19,49 | 62 936 000 | 16 ,27 |
| Projet Santé Communes | 38 798 553 | 11,38 | 32 125 690 | 9,76 | 66 964 314 | 17,31 |
| UNICEF | 17 762 700 | 5,21 | 14 639 850 | 4,45 | 14 180 500 | 3,66 |
| UNFPA | 2 971 425 | 0,87 | 4 855 755 | 1,48 | 4 855 325 | 1,25 |
| Projet Appui Vaccination | 1 204 760 | 0,35 | 1 988 000 | 0,60 | 5 780 020 | 1,49 |
| Etat (SONU et gratuités) | 20 636445 | 6,04 | 31 885 889 | 9,69 | 32 997 416 | 8,53 |
| Fonds Propres District | 121 989 230 | 35,77 | 131 297 620 | 39,90 | 148 762 204 | 38,47 |
| PAM | 1 540773 | 0,45 | 2 865 728 | 0,87 | 2 037 292 | 0,52 |
| Programme Maladies Tropicales Négligées | 1 127600 | 0,33 | 0 | 0,00 | 0 | 0 |
| OMS | 38 355 690 | 11,25 | 41 571 104 | 12,63 | 48 111 724 | 12,44 |
| **TOTAL** | **341 054 676** | **100** | **329 036 136** | **100** | **386 631 795** | **100** |

Le niveau de financement du district varie d’une année à une autre en dents de scie. On note qu’au niveau du budget de l’Etat, l’évolution du financement est en nette régression. Les fonds propres demeurent la principale source de financement du district.

**4. Analyse des prestations de service**

*4**.1 Consultations curatives*

L’utilisation des services de santé est faible en général. En 2021, le nombre de nouveau contact par habitant est de 0,40. Chez les enfants de moins de cinq ans, ce nombre est de 0,75. Il reste faible par rapport à l’objectif national qui est de 2 contacts par enfants de moins de cinq ans et par an. Le faible taux d’utilisation des services de soins curatifs est en grande partie lié à l’inaccessibilité géographique, financière et aux pesanteurs socio-culturelles. Les enfants de moins de cinq ans vus en consultation curative ont représenté 28,50% des nouveaux consultants en 2021.

*4.2. Accouchements*

Le taux des accouchements assistés par un personnel qualifié s’améliore d’année en année depuis la mise en œuvre de la subvention des SONU et du système de partage de coûts. Il est de 35,25% en 2019, 38,33% en 2020 et 45,87% en 202. Cependant, ce taux reste faible par rapport à l’objectif national de 85%.

Les facteurs expliquant cette situation sont essentiellement l’inaccessibilité géographique, accentuée par les pesanteurs socioculturelles et l’insuffisance dans la mise en œuvre du système de partage des coûts.

*4.3. Vaccination*

La vaccination est une activité continue qui se réalise dans toutes les FOSA. Deux stratégies sont essentiellement développées : la stratégie fixe et la stratégie avancée. La stratégie avancée se fait de porte à porte compte tenu de l’éloignement des ménages, l’absence de moyens de déplacement pour les mères et le terrain très accidenté. Les couvertures vaccinales sont satisfaisantes pour l’ensemble des antigènes. Les taux d’abandon enregistrés sont de 9,32% pour le Penta1/penta3 et 20,56% pour BCG/VAR en 2021. Ces taux élevés par rapport aux normes nationales (Penta1/penta3 inférieur 5% ; BCG-VAR inférieur à 15%) s’expliquent par les mouvements de population et l’inaccessibilité géographique. Par ailleurs, l’insuffisance en logistique roulante demeure une préoccupation majeure du fait de la stratégie avancée.

*4.4. Consultations prénatales et postnatales*

En 2021, les taux de couverture prénatale sont de 75,25% pour la CPN2 et 15,80% pour la CPN4. Le taux de déperdition élevé entre la CPN2 et la CPN4, malgré la mise en place des facteurs de motivation tels la distribution gratuite de moustiquaires, de vivres PAM et la gratuité des CPN, s’expliquerait par le début tardif de la première CPN et la faible accessibilité géographique aux services de santé. La consultation post-natale, bien que meilleure par rapport aux années antérieures demeure faible. En 2019, le taux de consultation post-natale au 6ème jour est de 35,72% et 24,56% à la 6ème semaine. Par ailleurs, peu de femmes reviennent après l’accouchement à la formation sanitaire malgré les sensibilisations.

*4.5. Consultation du nourrisson sain.*

Cette activité connaît des progrès ces dernières années grâce à l’appui des partenaires. Elle se réalise dans toutes les FOSA et constitue une opportunité pour le suivi vaccinal et nutritionnel des enfants. En 2021, le taux de couverture en consultation de nourrisson sain est de 64,60%.

*4.6. Récupération nutritionnelle*

Toutes les FOSA assurent le dépistage et la prise en charge des malnutris en collaboration avec les agents de santé communautaires. Au cours de l’année 2021, le district a enregistré 8 569 cas de malnutris modérés et 2536 cas de malnutris sévères dont 302 avec complications pour ce qui concerne la cible de 6-59 mois. Aussi, 1596 femmes enceintes et allaitantes ont été dépistées malnutries et prises en charge. Afin de mieux organiser la prise en charge de la malnutrition, le district a mis en place un cadre semestriel de concertation avec les différents intervenants. Malheureusement, ce cadre n’est pas fonctionnel à cause de l’absence de financement.

*4.7. Information- éducation- communication (IEC)*

Durant l’année 2021 le district a réalisé 12565 séances de sensibilisation dont 86,78% de causeries éducatives. La radio locale contribue également à cette activité à travers les émissions radiodiffusées. Le nombre de radio communautaires/locales était estimé à 3 dans le district en 2021.

*4.8. Services à base communautaire.*

Le district compte en 2021, 255 Agents de Santé Communautaire. Ils apportent un appui considérable aux activités des FOSA (dépistage et la prise en charge du paludisme simple, planification familiale, sensibilisation, référence des cas vers les FOSA). La mise en œuvre des services à base communautaire est insuffisante par manque de financement. Aussi, l’âge avancé de certains ASC réduit leur dynamisme et constitue un frein majeur à la mise en œuvre des activités communautaires.

*4.9. Gestion des médicaments et des vaccins*

Le dépôt du district de Kolanga est approvisionné par l’agence centrale. Il ravitaille toutes les structures sanitaires publiques de son aire de responsabilité et certains points de vente de médicaments tels que l’Orphelinat et l’infirmerie de la garnison. Des insuffisances sont souvent constatées dans la gestion des dépôts MEG. Elles sont liées à l’insuffisance en nombre et en qualité des gérants, à leur mobilité et à leur motivation salariale. Le dépôt de district connaît souvent des ruptures de certains médicaments liées essentiellement à l’insuffisance d’estimation des besoins de commandes, à l’insuffisance de suivi des stocks et à la faible capacité financière de certaines formations sanitaires. Le dépôt du programme de vaccination du district ne dispose pas de local approprié.

***Ex canevas de budgétisation***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité 1 : Former 25 agents de santé sur la vaccination** | | | | |
| **Désignation** | **Nb de nuitées** | **Quantité** | **P.U** | **Montant** |
| Frais de subsistance |  |  |  |  |
| Participants | 5 | 25 | 7 500 | 937 500 |
| Facilitateurs ECD | 5 | 3 | 12 500 | 187 500 |
| Administrateur | 5 | 1 | 7 500 | 37 500 |
| Personnel de soutien | 5 | 2 | 5000 | 50 000 |
| ***Sous-Total*** |  |  |  | ***1 212 500*** |
| Pause café | 5 | 31 | 2 500 | 387 500 |
| Transport |  |  |  |  |
| Frais de transport des participants | 1 | 2400 | 50 | 120 000 |
| ***Sous-Total*** |  | ***1*** |  | ***120 000*** |
| Fournitures de Bureau |  |  |  |  |
| Cahier de 100 pages | 1 | 25 | 200 | 5 000 |
| Rames de papier | 1 | 4 | 4000 | 16 000 |
| Marqueurs (paquets) | 1 | 1 | 7500 | 7 500 |
| Bic | 1 | 28 | 100 | 2 800 |
| Blocs notes | 1 | 3 | 1200 | 3 600 |
| ***Sous-Total*** |  |  |  | ***34 900*** |
| **TOTAL GENERAL** |  |  |  | **1 754 900** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité 2 : Superviser une fois par trimestre les agents de santé sur la lutte contre la malnutrition** | | | | |
| **Désignation** | **Nuitée** | **Quantité** | **PU** | **Montant** |
| Prise en charge | | | | 810 000 |
| ECD | 18 | 4 | 10 000 | 720 000 |
| Chauffeur | 18 | 1 | 5 000 | 90 000 |
| Carburant | | | | 240 000 |
| Carburant ECD | 1 | 2400 | 100 | 240 000 |
| ***Sous total semestre*** |  |  |  | ***1 050 000*** |
| **TOTAL ANNEE** |  | **4** |  | **4 200 000** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité 3 : Organiser le monitorage semestriel des activités des formations sanitaires et le monitorage annuel** | | | | |
| **Désignation** | **Nuitée** | **Quantité** | **PU** | **Montant** |
| Prises en charge |  |  |  | 450 000 |
| ECD | 18 | 2 | 10 000 | 360 000 |
| Chauffeur | 18 | 1 | 5 000 | 90 000 |
| Carburant | 1 | 2 400 | 100 | 240 000 |
| Sous total semestre |  |  |  | 690 000 |
| **TOTAL GENERAL** |  |  |  | **1 380 000** |
| Monitorage annuel des activités communautaires | | | | |
| **Désignation** | **Nuitées** | **Quantité** | **Prix unitaire** | **Montant** |
| Frais de subsistance |  |  |  |  |
| Formation des enquêteurs |  |  |  |  |
| Participants | 1 | 24 | 5 000 | 120 000 |
| Formateurs | 1 | 5 | 12 500 | 62 500 |
| Administrateur | 1 | 1 | 7 500 | 7 500 |
| Cahier de 100 pages | 1 | 30 | 150 | 4 500 |
| Bics | 1 | 30 | 100 | 3 000 |
| Carburant pour les enquêteurs pour la formation | 1 | 24 | 5 000 | 120 000 |
| Pause café et repas pour la formation des enquêteurs | 1 | 29 | 17 500 | 507 500 |
| *Sous total Formation* |  |  |  | *825 000* |
| Réalisation de l'enquête | | | | |
| Enquêteurs | 4 | 24 | 5 000 | 480 000 |
| Frais de transport pour les enquêteurs (5000 FCFA par équipe et par jour)) | 4 | 12 | 5 000 | 240 000 |
| Rames de papiers pour multiplication des fiches d'enquête | 1 | 20 | 4 000 | 80 000 |
| Encre pour photocopies des fiches d'enquête | 1 | 1 | 85 000 | 85 000 |
| Superviseurs des enquêteurs | 5 | 1 | 5 000 | 25 000 |
| Carburant pour la supervision des enquêteurs | 4 | 1 | 10 000 | 40 000 |
| *Sous total Réalisation de l'enquête* |  |  |  | *950 000* |
| Traitement et analyse des données de l'enquête |  |  |  |  |
| Membres de l'ECD | 10 | 5 | 5 000 | 250 000 |
| *Sous total analyse des résultats* |  |  |  | *250 000* |
| Restitution des résultats |  |  |  |  |
| Participants ICP | 1 | 18 | 7 500 | 135 000 |
| Membres des COGES | 1 | 18 | 5 000 | 90 000 |
| Facilitateurs | 1 | 5 | 12 500 | 62 500 |
| Membres de l'ECD et SUS CMA | 1 | 6 | 7 500 | 45 000 |
| Administrateur | 1 | 1 | 7 500 | 7 500 |
| Personnel de soutien | 2 | 1 | 5 000 | 10 000 |
| Sous-Total |  |  |  | 350 000 |
| Transport |  |  |  |  |
| Carburants ICP | 1 | 2400 | 50 | 120 000 |
| Carburants COGES | 1 | 2400 | 50 | 120 000 |
| Sous-Total |  |  |  | 240 000 |
| Fournitures de Bureau |  |  |  |  |
| Cahier de 100 pages | 1 | 42 | 140 | 5 880 |
| Rames de papier | 1 | 5 | 4 000 | 20 000 |
| Bic | 1 | 48 | 100 | 4 800 |
| Bloc notes | 1 | 5 | 1 200 | 6 000 |
| Sous-Total |  |  |  | 36 680 |
| Pause café et repas pour la restitution des résultats |  |  |  |  |
| Service | 1 | 49 | 2500 | 122 500 |
| Sous total |  |  |  | 122 500 |
| Total pour la restitution |  |  |  | 749 180 |
| **TOTAL MONITORAGE** |  |  |  | **2 774 180** |

1. [↑](#footnote-ref-1)