

**ORIENTATIONS POUR LE
RENFORCEMENT DES CAPACITES DES
DISTRICTS DE SANTE ET POUR LA MISE
EN PLACE D'UN CADRE DE SUIVI ET DE
MESURE DE LEUR PERFORMANCE DANS
LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS DE SANTE
PRIMAIRES AU CAMEROUN**

Septembre 2024

Sommaire

Contexte	3
Introduction.....	4
1. Analyse globale des résultats de l'évaluation des districts de santé	5
1.1 Au niveau de la définition du district de santé	5
1.2 Au niveau de l'autorité du district de santé : infrastructure et Equipe cadre de district	5
1.3 Au niveau de la gouvernance du district de santé : planification et supervision.....	7
1.4 Disponibilité et gestion des ressources au niveau des districts de santé et décentralisation.	7
1.5 Au niveau de la disponibilité des services et de la qualité des soins	8
1.6 Le rôle de l'hôpital de référence dans le district de santé et le système de référence	9
1.7 Au niveau de la disponibilité des Médicaments essentiels et produits de santé.....	10
1.8 Au niveau de l'information sanitaire, processus décisionnel et redevabilité	10
1.9 Au niveau de la participation communautaire et collaboration intersectorielle	11
2. Cadre de renforcement des capacités des districts de santé.....	12
3. Cadre de coordination du suivi de la performance des districts de santé.....	17
3.1 Suivi de la performance des districts de santé au niveau opérationnel.....	17
3.2 Suivi de la performance des districts de santé au niveau régional	18
3.3 Suivi de la performance des districts de santé au niveau central	18
3.4 Tableau de bord et indicateurs clés de performance	19
Conclusion	32

Contexte

Suite à la demande du Ministère de la Santé Publique pour l'évaluation de la fonctionnalité des districts de santé au Cameroun, l'OMS a apporté un appui technique et financier à cette importante activité en vue d'identifier les défis liés à la mise en œuvre efficace des soins de santé primaire au Cameroun.

Une première évaluation réalisée en 2022 avait donné des résultats sur la performance du système de santé. La deuxième évaluation complémentaire réalisée en 2023 s'est focalisée sur la fonctionnalité du district de santé considéré comme unité opérationnelle du système de santé ou encore système de santé local.

Ces deux évaluations ont utilisé les outils développés par l'OMS à cet effet. Concernant la deuxième évaluation la nouvelle méthodologie de l'OMS pour l'évaluation des sous-systèmes de santé s'est basée sur la redéfinition des soins de santé primaires issus de la déclaration d'Astana (2018) et qui organisent les soins de santé primaires en vue de tendre vers la CSU et les ODD.

Les résultats issus de l'analyse des données collectées au cours de ces deux évaluations bien que globaux et dans un intervalle de temps d'au moins un an, donnent un aperçu général sur la situation des districts de santé au Cameroun à partir de l'échantillon considéré comme représentatif selon la méthodologie définie, et ce tant au niveau de leur fonctionnement que de leur performance.

La présente note technique essaie à partir des résultats obtenus de comparer la situation des districts tels que présentés au regard des objectifs réels d'un district de santé. Ensuite, elle propose un cadre de renforcement des capacités des districts de santé en vue d'améliorer leur fonctionnalité. Enfin elle propose un cadre de coordination et un cadre de suivi des performances des Districts de santé dans la mise en œuvre des soins de santé primaires en vue de soutenir la prise de décision dans la mise en œuvre des interventions correctrices pour l'amélioration des résultats sanitaires au Cameroun.

Introduction

En effet, la 39^{ème} assemblée mondiale de la Santé (1986) qui a adopté le concept de système de santé de district en mettant l'accent sur le renforcement du système de santé basé sur les soins de santé primaires (WHA 1986) le définit ainsi : « un système de santé de district fondé sur les soins de santé primaires comprend tout d'abord une population bien définie habitant dans une zone administrative et géographique urbaine ou rurale, clairement délimitée. Il englobe toutes les structures de santé de la zone, publiques ou privées, professionnelles ou traditionnelles, qui coopèrent à l'établissement d'un système de district au sein duquel elles travailleront ensemble.

Un système de santé de district se compose donc d'une grande diversité d'éléments imbriqués qui contribuent à la santé au foyer, à l'école, sur le lieu de travail et dans la communauté. Son orientation est multisectorielle. Il comprend les soins autonomes et tous les agents et établissements de santé, publics ou non, jusque et y compris le premier niveau de recours, ainsi que les structures de soutien appropriées, laboratoires, services de diagnostic et appui logistique.

Ce système doit être géré comme une entité unique, en principe par un seul administrateur à plein temps, dont les responsabilités couvrent aussi bien la santé publique que les activités thérapeutiques, de manière à interconnecter tous ces éléments et toutes ces institutions pour obtenir un éventail complet d'activités de promotion, prévention, de traitement et de réadaptation et en suivre les progrès. »

1. Analyse globale des résultats de l'évaluation des districts de santé

1.1 Au niveau de la définition du district de santé

La compréhension de ce concept ne serait-ce que dans sa définition, entend par district de santé (DS), une unité au service d'une population bien définie et maîtrisée. La norme nationale définie pour qu'un district de santé soit viable fait correspondre le district de santé à une couverture, variant entre 100 000 à 300 000 habitants en zone urbaine et 50 000 à 100 000 habitants en zone rurale et stipule que tous les districts de santé doivent impérativement respecter les tailles minimales des populations requises sans déborder si possible les limites d'un département.

Les résultats de l'évaluation montrent que la taille des DS oscillait entre [22.400 - 445.412] à minima pour les ruraux et à maxima pour les urbains. De sorte que 39% des DS urbains et 70% des DS ruraux avaient une taille largement supérieure à la norme recommandée. De ce fait, il est difficile de faire correspondre les moyens prévus pour la gestion d'un district à la population qu'il doit desservir et pourrait amenuiser la qualité des services qu'il doit fournir. Ceci pose également avec acuité les problèmes de planification et de coordination des activités à mener envers la population, par rapport à une population non-maîtrisée que le district lui-même ne peut desservir entièrement et entendre apporter une réponse adéquate à leurs besoins.

Les répercussions de cette définition sont en lien également avec l'implantation des établissements sanitaires qui devraient suivre la carte sanitaire. En effet, l'accès global aux services de santé a été évalué à 47,1% dont 47,3% attribué à l'accès physique. Ce qui dénote d'une faible équité dans l'accès géographique aux soins des populations dans un même district de santé.

Il importe donc de faire correspondre le district de santé à une population entière bien définie d'une zone géographique précise pour assurer que le district de santé soit responsable et au service d'une population cible bénéficiaire des services de santé qu'il doit offrir aux échelons concernés pour assurer la prise en charge de leurs problèmes de santé. C'est à ce prix que sera instaurée une couverture sanitaire complète des populations à prendre en charge au niveau de son ressort ou mieux sous sa responsabilité.

1.2 Au niveau de l'autorité du district de santé : infrastructure et Equipe cadre de district

La Déclaration d'Hararé sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaires précise les éléments du fonctionnement du district avec notamment la notion de l'équipe cadre de district comme équipe chargée de la gestion de cette unité pour en assurer son autorité. Le district de santé doit être sous le leadership d'un médecin-chef de district qui est responsable de la gestion et de la coordination des services de santé ayant des compétences essentielles de leadership, communication, planification, gestion, épidémiologie, et supervision.

Les Services de Santé de District (SSD) constituent l'organe de coordination des structures de santé implantées dans le District. Ils veillent à la viabilisation de ces dernières et sert de relais entre elles et les services déconcentrés de l'Etat d'une part et les Collectivités Territoriales Décentralisées d'autre part. Les SSD sont chargés de la planification des activités et de la gestion administrative du District en collaboration avec les autres structures dans les domaines du Personnel, des Finances, de l'équipement, de l'Approvisionnement, des Médicaments, de la Logistique, de la construction et de la Maintenance. Ils ont pour mission : (i) la planification, (ii) la coordination des interventions, (iii) la supervision, (iv) le suivi et l'évaluation, (v) la surveillance épidémiologique, (vi) la gestion de l'information sanitaire, (vii) la gestion du personnel, (viii) la gestion des produits de santé, (ix) les investissements, (x) la maintenance des équipements biomédicaux et (xi) la mobilisation des ressources.

Pour se faire, les SSD doivent disposer de ressources humaines clés avec à la tête le Chef de service District de Santé (CDS) de district et ses 3 adjoints tels que définis par le Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique n° 95/013 du 07 février 1995 portant organisation des services de santé de base en Districts de santé. En outre, il doit disposer de locaux adaptés et des équipements appropriés.

Relativement à cette dimension, l'étude a révélé que 10% des DS ne dispose pas de chef de District, et que seuls 20,7% des DS ont déclaré disposer des ressources humaines suffisantes pour le fonctionnement des SSD selon les normes. 72,4% des DS disposent d'une Équipe Cadre de District (ECD) avec une Note de service du CDS (Chef du District de Santé) qui la formalise et 41,4% des DS disposent d'un Comité de Santé de District (COSADI) avec Récépissé de déclaration d'Association à la Préfecture. En outre en termes d'infrastructures, 34,5% des DS disposent de bureaux du SSD construits selon les normes.

Diverses ressources existent au sein de l'ECD et au niveau des SSD pour en animer les responsabilités, cependant, les données ont révélé que non seulement les équipes en termes de personnels n'étaient pas complètes en termes de nombre par rapport aux textes réglementaires en vigueur mais aussi que des efforts étaient nécessaires en vue de renforcer leurs capacités à assurer les responsabilités qui leur sont confiés.

Toutefois, l'on peut supposer que cela peut influencer sur la responsabilité commune des autorités du DS et la qualité de la prise de décision face aux problèmes. Notamment, cette implication est encore importante dans les activités de supervision des prestations sanitaires pour en améliorer leur qualité. Ceci peut porter atteinte à la crédibilité des responsables du DS en termes de compétences face au personnel sous leur responsabilité, dans la gestion même du district de santé, et dans l'atteinte des résultats de santé.

Il est important que le personnel de l'ECD ait une compétence technique avérée pour assurer un encadrement de qualité des personnels de santé sous leur responsabilité. De ce fait il est primordial qu'ils aient une formation dans la compréhension et la gestion d'un système de santé de district.

1.3 Au niveau de la gouvernance du district de santé : planification et supervision

Les documents de référence ne sont pas suffisamment diffusés au niveau des districts de santé, et sont donc indisponibles pour être connus, être appropriés par les personnels et être utilisés comme référence pour la gestion du DS et la mise en œuvre des interventions.

En matière de gestion et planification, les capacités sont limitées y compris l'implication des acteurs au sein des districts de santé dans l'évaluation des besoins des populations et la définition des priorités. Ce processus de gestion et planification qui est très important au niveau local, ne semble pas être participatif et inclusif dans la mesure où les données ont révélé une responsabilité technique et sociale moyenne avec un score de 59,1%.

En effet, moins de la moitié des DS ont développé un plan de développement sanitaire local en lien avec la stratégie sectorielle de santé, en vigueur et seulement 27,6% disposaient également de plan d'action opérationnel pour la planification et le suivi de leurs activités. Ceci pourrait dénoter en partie des capacités insuffisantes dans l'élaboration des plans d'actions opérationnels et l'élaboration de plans de développement locaux, y compris l'élaboration de plan de suivi évaluation pour leur mise en œuvre.

Cette absence de planification ascendante et participative limite l'évaluation des besoins, la fixation de priorités claires, et l'implication des acteurs dans la mise en œuvre des interventions pour l'atteinte des résultats escomptés. Ce qui pourrait indiquer, que la planification pour ceux qui ont élaboré des plans ne soit pas réaliste et cohérente.

Pour ce qui est des supervisions, le nombre de supervision obligatoires est d'une par trimestre soit 4 par an. Cependant seuls 62,1% des DS disposent d'un programme de supervision trimestrielle.

Il est impérieux de renforcer les capacités des responsables de DS non seulement à élaborer des plans d'action de façon participative et consensuelle pour assurer une meilleure gestion et coordination des activités à mener au sein des districts ; mais aussi à réaliser les activités de supervision formatrice de façon périodique et continue car elles permettent de maintenir la compétence des personnels de santé exerçant au niveau des services de santé et donc d'avoir un meilleur impact sur la qualité des services délivrés.

1.4 Disponibilité et gestion des ressources au niveau des districts de santé et décentralisation

Au niveau des **ressources humaines**, les données ont révélé une disponibilité limitée en personnels de santé et une disparité en lien avec une inégale répartition en nombre à l'intérieur de l'aire du district de santé. L'on note également un faible nombre de spécialistes requis au niveau de l'hôpital de district. Ceci en inadéquation avec les normes de personnels défini. Ce qui pose un problème de disponibilité des services. En outre, l'environnement de travail décrit ne favorisent pas la motivation des personnels de santé.

Au niveau des **ressources matérielles**, leur disponibilité est également limitée au niveau des établissements sanitaires. En effet, l'on note une insuffisance des moyens logistiques pour fournir des services adéquats en position fixe et en stratégie avancée. Ce qui complexifie les efforts potentiels pour offrir des services aux populations éloignées et n'ayant pas toujours accès aux services tant de prévention, de soins curatifs et de promotion de la santé. De ce fait, le fonctionnement régulier des services est affecté et par ricochet la continuité des services. Cela s'entend également dans la fonction de référence et contre-référence, où les capacités limitées en matériel logistique limite le fonctionnement de ce système. Il s'agit de facteur de dysfonctionnement, d'inefficacité et d'inefficience des services de santé. Les résultats ont également montré que les ressources financières limitées sont également à l'origine de l'indisponibilité des ressources matérielles pour défaut de maintenance, absence de carburant etc.

Pour ce qui est des ressources financières, les résultats indiquent des ressources financières limitées aussi bien au niveau des CSI/CMA qu'au niveau des HD. Cela semble être plus marqué en milieu rural. Les ressources existantes ne semblent pas être suffisantes pour assurer un fonctionnement optimal des établissements sanitaires et de réaliser les activités planifiées. Les cadres de contrôle et de redevabilité sont très faiblement utilisés et ne permettent pas d'assurer une transparence dans l'utilisation des ressources allouées. Or le contrôle est nécessaire à une bonne gestion budgétaire instaurant ainsi un cadre de reddition des comptes utiles dans la mise en œuvre des responsabilités des gestionnaires dans l'atteinte des résultats.

En outre, aucune information n'a été recherchée sur l'élaboration du budget, pour apprécier s'il est aligné aux plans d'action ou concourt à la mise en œuvre du plan d'action. Néanmoins au vu des données en lien avec les plans de développement et les plans d'actions, on peut être en mesure de dire, qu'il n'y a pas d'adéquation entre le budget alloué ou défini et les activités planifiées. Ce qui remet en cause soit le réalisme des plans d'actions ou le niveau des ressources allouées.

Cet état de fait, indiquerait donc une autonomie de gestion des districts de santé limitée incluant celles des établissements sanitaires limitant également leur processus décisionnel.

1.5 Au niveau de la disponibilité des services et de la qualité des soins

Un paquet minimum a été défini pour les établissements sanitaires type CSI/CMA et pour l'hôpital de district au travers de documents normatifs et de directives.

Les données montrent que les services curatifs, préventifs, promotionnels sont délivrés au sein des aires de santé. Cependant il se pose un problème d'accès aux services essentiels avec un score moyen estimé à 47,1% qui est fortement influencé par l'accès physique des populations aux services (47,3%) et l'accès financier des services essentiels (48,7%) du fait de leur coût.

Bien que les directives, standards et autres aient été développés au niveau national pour améliorer la qualité de la prise en charge des cas, ils ne sont pas toujours totalement diffusés de sorte qu'ils ne sont pas disponibles et donc utilisés par une partie des prestataires. Ceci affecte en partie la qualité de la prise en charge qui est également tributaire de l'insuffisance de formation continue

des personnels de santé et supervision formative périodique. En effet le score global moyen de la qualité a été estimé à 32,71%.

De façon globale, pour ce qui concerne les modèles de soins, les paquets d'activités des Soins de Santé Primaires au sein des DS sont encore incomplètement mis en œuvre. Cela dénote donc d'une indisponibilité de certains services essentiels pour les populations.

1.6 Le rôle de l'hôpital de référence dans le district de santé et le système de référence

La pyramide sanitaire nationale dans son versant offre de soins, définit l'hôpital de district comme premier niveau de la référence dans l'aire de desserte du district de santé.

Les fonctions de l'hôpital sont définies au niveau national selon les normes, cependant, l'on constate un manque d'applicabilité en termes de ressources humaines. En effet, seuls 51,9% des DS sont construits selon les normes par manque d'espace et de financement, seuls 65% des HD au moment des évaluations disposaient d'unité de radiologie, 90% de bloc opératoire, 95% de laboratoire.

De sorte que les plateaux techniques ne sont pas toujours adaptés à la définition qui leur est conférée, et de ce fait ne leur permet pas d'assurer de façon optimale les fonctions qui leur sont dévolues. C'est le cas de la non-fonctionnalité des blocs opératoires au sein de certains HD enquêtés qui ne leur permettent pas de répondre aux urgences médico-chirurgicales essentielles et rendant ainsi les services indisponibles (SONU, etc.).

Avec 37% d'HD disposant d'ambulance, l'absence ou la limite des moyens pour organiser la référence et contre-référence, limite le processus du continuum de soins et mettent à mal la relation entre les centres de santé et l'hôpital dans la gestion de l'état de santé des populations, mais également le rôle d'intégration de l'hôpital dans le district de santé.

L'absence de certains types essentiels de ressources humaines spécialisées, limite également les capacités de prise en charge adéquate des cas et pose le problème de la disponibilité de compétences essentielles au sein du district de santé et constitue en partie un facteur causal des cas de mortalité maternelles et infantiles.

Du fait des incapacités constatées dans les établissements type primaires, l'on constate une véritable concurrence dans la délivrance des prestations au niveau des soins curatifs, préventifs qui sont délivrés aux deux niveaux, puisque l'hôpital délivre également le même type de soins que le centre de santé, tandis qu'il devrait être complémentaire. Il y a donc un chevauchement entre le niveau des établissements type primaire et l'hôpital.

Cette analyse doit pouvoir conduire à repenser le rôle de l'hôpital de district qui doit mener à lui faire jouer un véritable moteur de soutien aux soins de santé primaires délivrés au niveau des établissements de base (type CSI et CMA) sans le concurrencer et le rôle d'orientation-recours selon les 4 dimensions reconnues à savoir : technique sophistiquée, avis d'experts, intervention spécialisée, hospitalisation. Cela suppose donc que les CSI /CMA et

hôpital soient complémentaires. Pour ce faire, l'hôpital doit pouvoir posséder un plateau technique disponible et adapté, des équipements corrects et fonctionnels, des compétences nécessaires et disponibles, ainsi que des ressources suffisantes. C'est à cette condition que l'on aura également un système de santé de district intégré. Cela sous-entend également une réelle autonomie de gestion de l'hôpital pour lui permettre d'assumer pleinement ses responsabilités et améliorer sa gouvernance.

1.7 Au niveau de la disponibilité des Médicaments essentiels et produits de santé

La disponibilité des FRSP pour la plupart des districts de santé, chargés d'approvisionner les établissements de santé en produits de santé permettent de décentraliser l'approvisionnement en médicaments essentiels depuis la centrale d'achat et améliorer la disponibilité des médicaments auprès des populations. Cependant, l'évaluation a révélé que le score global moyen des technologies sanitaires incluant les médicaments et produits de santé a été estimé à 42,32% au sein des DS. Ces résultats sont en faveur de l'existence de ruptures de stock ou pénuries en produits essentiels de santé que connaît les pharmacies au sein des établissements sanitaires.

Les ruptures de stocks en médicaments essentiels et produits de santé aussi fréquentes soient elles compromettent la disponibilité en médicaments et produits de santé essentiels dans établissements sanitaires et donc limite leur accès aux populations qui en sont les bénéficiaires. La non-disponibilité des médicaments et produits de santé essentiels altère la qualité de la prise en charge des patients voire la qualité des services et constitue également un facteur limitant à l'utilisation des services.

Toutefois, cette situation pourrait supposer une mauvaise quantification des besoins des populations voire des faiblesses dans la gestion des médicaments liés la qualité de la formation des personnels en charge de cette activité, ou alors à des incapacités dans la chaîne d'approvisionnement depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique. Les données disponibles n'ont pas permis d'aller plus loin dans l'analyse malheureusement, pour tout ce qui est lié à l'accessibilité financière même des médicaments et produits de santé également.

Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que la gestion des médicaments et produits de santé pour en assurer leur accessibilité aux populations n'est pas aisée et nécessite un minimum de compétences en la matière pour amoindrir les difficultés et tendre vers leur utilisation rationnelle, du fait que les médicaments sont indispensables pour le fonctionnement régulier des services de santé. Leurs enjeux sont énormes aux plans social, sanitaire et économique. Autant, les erreurs de prévision peuvent entraîner des ruptures lourdes de conséquences, autant la constitution de stocks inutiles est un gaspillage de ressources notamment financières.

1.8 Au niveau de l'information sanitaire, processus décisionnel et redevabilité

Les aspects liés à la gestion de l'information sanitaire ne semblent pas être dans l'ensemble, d'un bon niveau. En effet la responsabilité technique a été estimée à 59,1% et traduit des insuffisances

dans le processus de génération des données sanitaires, de prise de décision et de redevabilité. En outre, il est rapporté que 10,3% des DS ne réalisent pas de revues mensuelles des données du DHIS2 de façon régulière. Ce qui impacte sur la qualité des données produites. En effet, cette situation dénote d'un niveau de compréhension insuffisant de l'intérêt de la mise à disposition des données sanitaires pour suivre la situation sanitaire au sein du district et prendre les décisions appropriées.

L'on peut être amenée à penser qu'il s'agisse de problèmes liés à la disponibilité des outils et leur compréhension ainsi qu'à la disponibilité de personnel dédié, représentant des facteurs limitant la qualité de l'information sanitaire et à son utilisation pour la prise de décision au sein du district de santé lui-même.

En outre, sur la base des données collectées dans le cadre de cette évaluation, avec une responsabilité sociale estimée à 51,8%, les aspects liés à la rétro-information et l'implication des parties prenantes dans le processus décisionnel, de redevabilité n'est pas de mise. Ceci limite donc l'appropriation et l'implication des parties prenantes et autres acteurs dans la mise en œuvre des solutions idoines à apporter pour la prise en charge des potentiels événements qui se produisent.

1.9 Au niveau de la participation communautaire et collaboration intersectorielle

Les résultats de cette évaluation ne montrent pas un niveau élevé de dialogue entre les responsables et gestionnaires des districts de santé et les acteurs relevant de la communauté à savoir les collectivités territoriales, les leaders communautaires. Les comités de santé existants créés pour assurer la gestion des établissements ne sont pas fonctionnels conformément aux textes réglementaires. Leur participation dans les activités de gestion au niveau du district est limitée.

Il ne semble pas y avoir non plus de collaboration intersectorielle marquée. Les données ne permettent pas de relever une implication forte du secteur privé, qui semble fonctionner de façon cloisonnée voire isolée en dehors de la collecte de quelques données sanitaires pour certains, et des autres secteurs clés de développement tels que l'éducation, l'agriculture notamment sur des sujets qui pourraient être collaboratifs.

L'étude ne révèle pas non plus de communication structurée avec les représentants de la population ni de concertation avec les diverses autorités relevant de l'aire de desserte. Ceci ne facilite pas non plus l'information efficace des usagers des services qui leur auraient permis d'agir en usagers éclairés face à l'offre de soins proposées et surtout d'être mieux associés à la prise en charge de leur propre état de santé.

Même si des enquêtes de satisfaction sont faites çà et là, aucune donnée n'indique que ces éléments de réponses sont utilisés. De ce fait, l'on peut être amené à dire que les soins au niveau des établissements sanitaires relevant des districts de santé ne semblent pas être centrés sur la personne.

2. Cadre de renforcement des capacités des districts de santé

A l'issue des deux évaluations portant sur la fonctionnalité des districts de santé au Cameroun, sur la base des forces et des faiblesses constatées, des recommandations formulées, un cadre de renforcement des capacités des districts sanitaires est proposé.

Il présente les axes stratégiques de renforcement autour des 14 leviers définis par la déclaration d'Astana pour l'opérationnalisation des soins de santé primaires.

Tableau des axes stratégiques pour le renforcement des capacités fonctionnelles des Districts de Santé

Domaines	Axes de renforcement
Au niveau des leviers stratégiques	
Engagement politique et leadership	Organiser un forum national sur les soins de santé primaire et la place du district de santé dans leur mise en œuvre plus efficace en vue de renforcer l'engagement des décideurs politiques au niveau national à remettre le DS au cœur des priorités sanitaires et de la décentralisation sanitaire
Cadres de gouvernance et politiques	- Réviser le cadre conceptuel du DS datant de 2017 et l'adapter aux nouvelles réalités et paradigmes pour une mise en œuvre efficace des SSP et de meilleurs progrès vers les ODD - Réviser l'arrêté portant organisation et fonctionnement des districts de santé au vu du cadre conceptuel - Réviser la composition et attributions/fonctionnement de l'équipe cadre de district - Définir le kit minimum pour qu'un DS fonctionne bien - Respecter les normes établies pour ériger un district de santé - Clarifier le rôle des différents membres du COGES - Réviser les textes existant pour redéfinir/clarifier la Composition - l'organisation- les missions et le fonctionnement des DS - Réviser et respecter les critères de création des districts sanitaires

	▪ Mettre aux normes les districts (en locaux, en RM et en RH) ▪ Développer un Programme national et Pérenne de formation portant sur le processus de management des DS à échelle nationale (modules de formation, formateurs, outils de formation, site de formation) ▪ Elaborer un plan de formation global sur 5 ans tenant compte des priorités du Ministère de la santé publique ▪ Doter les DRSP et les districts de santé de moyens pour coordonner les formations et leur suivi ▪ Mettre en place un pool de formateurs nationaux sur le management des DS ▪ Mettre en place des districts de santé modèles pour renforcer l'apprentissage par les pairs ▪ Mettre en place un cadre de coordination du suivi de la performance des DS autour du niveau central, des DRSP et des DS eux-mêmes ▪ Renforcer les capacités des DS dans la planification sanitaire, la coordination, la redevabilité, le suivi ▪ Définir les textes d'application de la loi sur la décentralisation pour faciliter la fonctionnalité des DS et leur collaboration avec les CTD en charge de différences compétences utiles au fonctionnement du DS.
Financement et allocation des ressources	▪ Faire les allocations budgétaires des DS en fonction des besoins ▪ Mettre en œuvre un système de gestion financière local ▪ Elaborer une procédure de gestion financière adaptée au district de santé ▪ Renforcer les capacités des districts de santé en planification, en budgétisation, gestion financière, comptabilité, en leadership et en management ▪ Rendre disponibles les outils de gestion adaptés aux DS ▪ Rendre opérationnelle la CSU sur l'ensemble du territoire national pour améliorer le financement des établissements de santé et accroître la protection financière des ménages ainsi que l'accès financiers aux structures sanitaires

Engagement des communautés et autres parties prenantes	Renforcer la fonctionnalité des structures de dialogues (COSA, COGE, COSADI : texte, plaidoyer, engagement, coordination, recrutement ou mise à disposition de personnels qualifiés)
Au niveau des leviers opérationnels	
Modèles de soins	- Réviser les textes réglementaires et normatifs régissant les établissements sanitaires et veiller à leur application effective en définissant un mécanisme de redevabilité - Réviser le paquet essentiel de services de santé au niveau des SSP tenant compte des 5 catégories de soins (curatifs, préventifs, promotionnels, palliatifs, de réadaptation) - Rendre effectif la CSU - Renforcer les capacités des prestataires à travers la formation continue y compris sur site - Développer et diffuser les protocoles, directives et standards pour le fonctionnement des établissements et la mise en œuvre des activités de soins et veiller à leur application - Renforcer le cadre de collaboration entre les établissements sanitaires du secteur privé et public - Renforcer le cadre normatif et appliquer les directives sur la référence et contre référence - Elaborer un document d'évaluation de la performance des établissements sanitaires - Evaluer périodiquement la performance des établissements sanitaires - Renforcer les missions de supervisions obligatoires des prestataires par l'équipe cadre de district
Personnel de Soins de Santé Primaires	- Réviser ou actualiser les normes de dotation en personnels de santé selon la charge de travail et par catégorie de formation sanitaire selon le paquet de services à offrir - Développer un plan de formation continue des prestataires de santé - Renforcer le cadre de déploiement des prestataires en vue d'assurer une répartition équitable par DS

	▪ Mettre en place un système de motivation pour soutenir la disponibilité des personnels de santé notamment en zone rurale ainsi que leur fidélisation au poste
Infrastructure physique	▪ Doter les DS en infrastructures type, en matériels et logistiques adéquates selon les normes définies ▪ Mettre aux normes les établissements sanitaires HD et Etablissements sanitaires de base en termes de construction, d'équipements et de matériels ▪ Développer ou mettre à jour les normes en infrastructures par catégories d'infrastructures
Médicaments et autres produits de santé	▪ Renforcer les capacités des pharmacies en approvisionnement et gestion optimale des médicaments et produits de santé essentiels à tous les niveaux jusqu'au dernier kilomètre ▪ Assurer le suivi régulier du panier de médicaments traceurs ▪ Assurer la disponibilité des médicaments et produits essentiels de santé conformément aux paquets de services de santé et à la liste nationale des médicaments essentiels
Engagement avec les prestataires du secteur privé	▪ Renforcer le cadre de collaboration et de coordination des activités du secteur privé sanitaire
Systèmes d'achat et de paiement des services et soins de santé	▪ Renforcer les mécanismes d'achat de prestations des services basées sur l'achat stratégique
Technologies numériques pour la santé	▪ Renforcer les capacités des gestionnaires des formations sanitaires et des DS à la production de données de qualité, leur analyse et leur utilisation pour la prise de décision ▪ Renforcer les mécanismes de revue périodiques de la qualité des données ▪ Renforcer l'utilisation des plateformes de gestion de l'information sanitaire : DHIS2, ▪ Développer les plateformes de santé numérique pour soutenir les prestations sanitaires et l'information sanitaire

Systèmes d'amélioration de la qualité des soins	▪ Renforcer les mécanismes de contrôle du fonctionnement des établissements sanitaires selon les normes définies ▪ Renforcer les mécanismes d'inspection et de contrôle des prestations sanitaires conformément aux directives, procédures et standards et protocoles ▪ Mettre en place un mécanisme d'accréditation des établissements sanitaires
Recherche axée sur les soins de santé primaires	▪ Renforcer les capacités des DS en matière de recherche opérationnelle
Monitoring et Evaluation	▪ Mettre en place un cadre de suivi de la performance des DS ▪ Renforcer les cadres de suivi et d'évaluation impliquant les parties prenantes clés du DS ▪ Organiser des revues annuelles sur les performances des DS

3. Cadre de coordination du suivi de la performance des districts de santé

Le cadre logique de Coordination du suivi de la performance des districts de santé (DS) comprend les étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités de renforcement des capacités des DS. Il repose sur des indicateurs dits clés de performance qui vont permettre de mesurer le degré de fonctionnalité et de la performance des DS.

Le suivi des indicateurs de performance sera effectué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, district) à travers un tableau de bord. Cependant il ne s'agira pas d'un cloisonnement par niveau mais plutôt d'une continuité, avec des échanges d'informations, d'analyse et de partage de données permanents entre les différents niveaux. Tout au long de la mise en œuvre, il existera donc une rétroactivité entre les différents niveaux.

En effet, le tableau de bord est un outil qui offrira au gestionnaire une vue synthétique de la situation et des tendances en matière d'évolution ou de progression des DS. Celui-ci sera rapidement renseigné sur le niveau d'atteinte des cibles projetées et pourra prendre des décisions conséquentes.

En d'autres termes, le tableau de bord permettra de trouver les réponses aux trois questions clés suivantes : (i) Où en sommes-nous aujourd'hui ? (ii) Où voulons-nous aller ? (iii) Comment faire pour atteindre facilement les résultats projetés.

3.1 Suivi de la performance des districts de santé au niveau opérationnel

Il est recommandé la mise en place d'un **Comité Opérationnel de Suivi des performances du DS** au sein de chaque DS qui assurera le suivi de la performance des districts de santé.

Il sera présidé par le Chef de District. Ses membres seront issus des administrations partenaires notamment : le président du COSADI, les membres de l'Equipe Cadre du District, les responsables des CTD et des organisations de la société civile affiliées à la plateforme régionale des OSC, les délégués départementaux des ministères partenaires. Ceux-ci participeront au suivi de la performance des districts de santé.

Il organisera la tenue de réunion périodique de suivi des performances des DS qui permettront d'apprécier le niveau des indicateurs définis dans le cadre du tableau de bord et de les analyser, puis prendre des décisions pour leurs améliorations.

Ces réunions de suivi se tiendront trimestriellement et devront être préparées par le responsable de la gestion des données sanitaires au sein du DS en collaboration avec les responsables des DS de l'ensemble des aires sanitaires.

Le suivi de la performance des districts de santé au niveau opérationnel, sera essentiellement axé sur le suivi périodique des indicateurs.

3.2 Suivi de la performance des districts de santé au niveau régional

Au niveau régional, le suivi de la performance des DS sera réalisé à travers la mise en place d'un comité régional de suivi de la performance des DS.

Ce comité présidé par le Délégué régional de la santé publique est composé de membre de l'équipe cadre de la région, du responsable de l'hôpital régional, d'acteurs concernés par la gestion du DS au niveau de la région.

Ce comité est chargé de suivre la performance des DS sous sa responsabilité. Le secrétariat de ce comité est assuré par le responsable en charge de la gestion des données. A ce titre il est chargé de préparer les réunions de coordination de suivi avec l'ensemble des gestionnaires de données des DS de la région.

Les réunions de coordination de suivi de la performance des DS se tiennent de façon trimestrielle.

Elles réunissent l'ensemble des chefs de DS de la région. Au cours de ces réunions, les chefs de DS présentent les niveaux des indicateurs, les défis qu'ils rencontrent ainsi que les actions menées pour lever les goulots. Ces données et informations sont analysées et discutées au cours de ces réunions. Elles permettent également de faire le point des diligences des réunions précédentes, d'apprécier les efforts fournis par les DS et de voir comment la DRSP peut leur apporter un soutien.

3.3 Suivi de la performance des districts de santé au niveau central

Le suivi de la performance des districts de santé s'alignera sur les prévisions des progrès du cadre de performance de la SSS 2020-2030. A cet effet un comité de coordination sera mis en place et présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique.

Il dispose d'un secrétariat animé par la DOSTS qui prépare les réunions de coordination en collaboration avec les 10 DRSP et les gestionnaires de données des DRSP. Tous les chefs de DS assistés de membres de leur ECD et de leurs gestionnaires de données participent à ces réunions.

Ces réunions se tiennent de façon semestrielle. Elles donnent l'occasion aux DRSP de présenter la situation de performance de leur DS, les efforts fournis et les défis rencontrés ainsi que les besoins d'appui ou d'assistance du niveau central.

Les districts de santé à faible performance pourront faire l'objet de discussion plus approfondie au cours de ces réunions. A cet effet, des décisions visant des descentes sur le terrain pourront être décidées.

Les réunions de coordination du suivi de la performance des DS du niveau central pourront en cas de besoin solliciter la présence des experts du MINSANTE, des Partenaires Techniques et Financiers et éventuellement des ministères partenaires en cas de besoin.

Les missions de terrain se focaliseront sur les indicateurs de performance et les seuils fixés et permettront de faire des recommandations. A la fin de ces missions, un plan de suivi de la mise en œuvre des recommandations opérationnelles arrêtées sera élaboré de manière participative. Le

suivi de la mise en œuvre de ce plan sera réalisé par le Comité Régional de Coordination et de Suivi des DS.

Les résultats de ce cadre de suivi de la performance des DS pourront nourrir les revues annuelles du Ministère de la santé.

3.4 Tableau de bord et indicateurs clés de performance

L'utilisation d'un tableau de bord approprié facilitera le suivi des progrès et performances réalisées dans les divers domaines.

Les indicateurs calculés seront analysés et discutés lors des réunions mensuelles, trimestrielles, semestrielles organisées à chaque niveau de coordination.

Au cours de ces réunions, les progrès et performances seront analysées et les tableaux de bord renseignés. Les problèmes, les faiblesses ou les goulots d'étranglements seront identifiés et les actions correctrices à entreprendre recommandées.

Nota bane

L'OMS propose un ensemble d'indicateurs pour chaque domaine clé visant le fonctionnement du District de santé ainsi que les résultats poursuivis par la performance du système de santé. Les indicateurs suivis au niveau national et intégré dans le DHIS2 devront être bien évidemment la base et devront être utilisés ou revus sur la base des propositions faites. Référence est également faite à la liste des 100 indicateurs de santé au niveau mondial déjà suivie au niveau national pour apprécier les progrès et la performance des systèmes de santé.

Il appartiendra au Ministère de la santé, de les sélectionner et les valider puis les utiliser pour en faire le suivi.

S'agissant du tableau de bord, sur la base des scores d'évaluation définis dans le cadre de l'évaluation de la fonctionnalité des unités infranationales du système de santé, l'OMS propose que chaque Indicateur Clé de Performance (ICP) soit analysé sur la base d'un « Threehold » à trois couleurs indiquant les performances suivantes :

Code couleur	Niveau de performance	Valeur
Indicateur quantitatif		
	Faible	0 – 49%
	Moyenne	50 – 74%
	Forte	75% - 100%
Indicateur qualitatif		
	Faible	Non
	Moyenne	En cours
	Forte	Oui

Ces éléments devront être définis et validés avec la partie nationale et sur la base des indicateurs clés retenus.

Les indicateurs seront répartis en ICP de fonctionnalité et ICP de performance et par domaine.
Les ICP pourront être des ICP quantitatif ou qualitatif.

Chaque indicateur sélectionné en tant qu'Indicateur Clé de Performance (ICP) sera défini avec les éléments suivants :

- **Code attribué**
- **Libellé de l'indicateur**
- **Définition de l'indicateur**
- **Source de données**
- **Méthode de collecte**
- **Fréquence de collecte**
- **Cible**
- **Fréquence de collecte**
- **Responsable de la collecte**

Exemple

Indicateur clé de Performance – Fiche de référence	
Code	ICP x.x
Nom de l'indicateur : Taux de succès du traitement pour les nouveaux cas et les cas de rechute de tuberculose (TB) qui ont été notifiés et traités la même année	
Description	
Définition : L'indicateur reflète la mesure dans laquelle les personnes atteintes de tuberculose sont détectées, notifiées et traitées, et traitées. Il permet également de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux en matière de détection et de traitement de la tuberculose. Les nouveaux cas de tuberculose et les cas de rechute sont ceux qui n'ont pas été enregistrés auparavant pour un traitement et/ou qui ont eu un épisode antérieur de tuberculose et qui commencent un nouveau traitement. Nouveau : il s'agit de nouveaux patients qui n'ont jamais été traités pour la tuberculose ou qui ont pris des médicaments antituberculeux pendant moins d'un mois. Rechute : Les patients en rechute ont déjà été traités pour la tuberculose, ont été déclarés guéris ou ont vu leur traitement se terminer à la fin de la période de traitement la plus récente et sont maintenant diagnostiqués avec une récurrence (soit une véritable rechute, soit un nouvel épisode de tuberculose causé par une réinfection). Méthode de mesure : L'indicateur est une mesure de la performance et de la couverture des services de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Il est calculé en divisant le nombre de nouveaux cas et de cas de rechute de tuberculose qui ont été notifiés et traités au cours d'une année donnée (A) par le nombre d'habitants de la région (B). Formule = $A/B \times 100$ (A) Numérateur = le nombre de nouveaux cas de tuberculose et de cas de rechute qui ont été notifiés au cours de la même année (A) et de rechutes de tuberculose qui ont été traités avec succès au cours d'une année donnée. (B) Dénominateur = nombre de cas incidents de TB NOTIFIÉS au cours de la même année	
Source	Registre des formations sanitaires
Méthode de collecte	District de santé - DHIS2
Fréquence de collecte	Annuelle

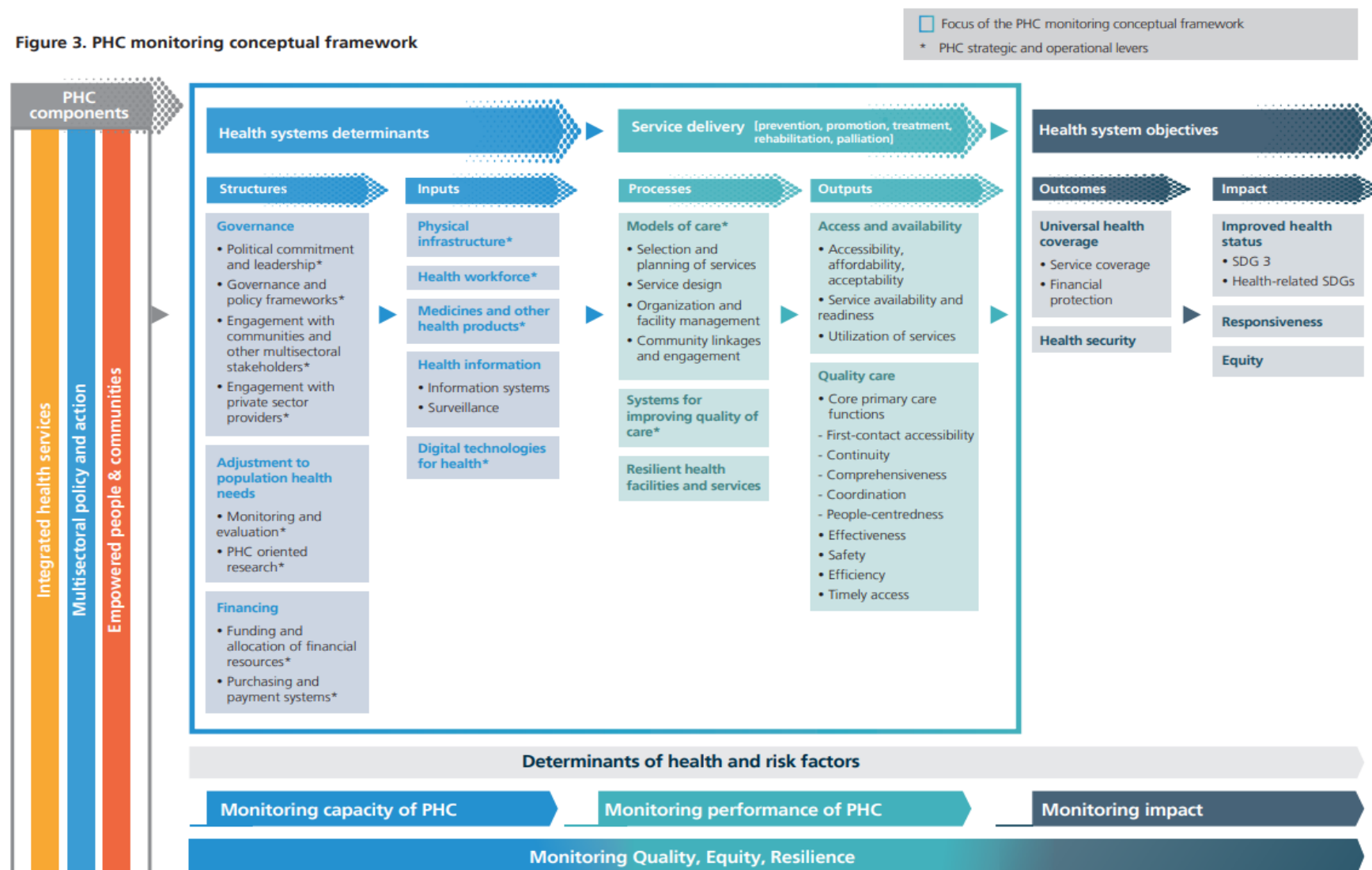
Les cadres de suivi de la mise en œuvre des SSP sont utilisés comme cadre de référence à cet effet.

Les illustrations ci-dessous présentent les cadres de suivi de mesure de la performance des systèmes de santé à mettre en œuvre les SSP.

Ils portent aussi bien sur : (i) les capacités du système de santé, (ii) les processus, (iii) la performance et (iv) le suivi des objectifs du système de santé.

Il est bon de noter que tous les indicateurs doivent être des ICP capables d'être collectés au niveau district de santé.

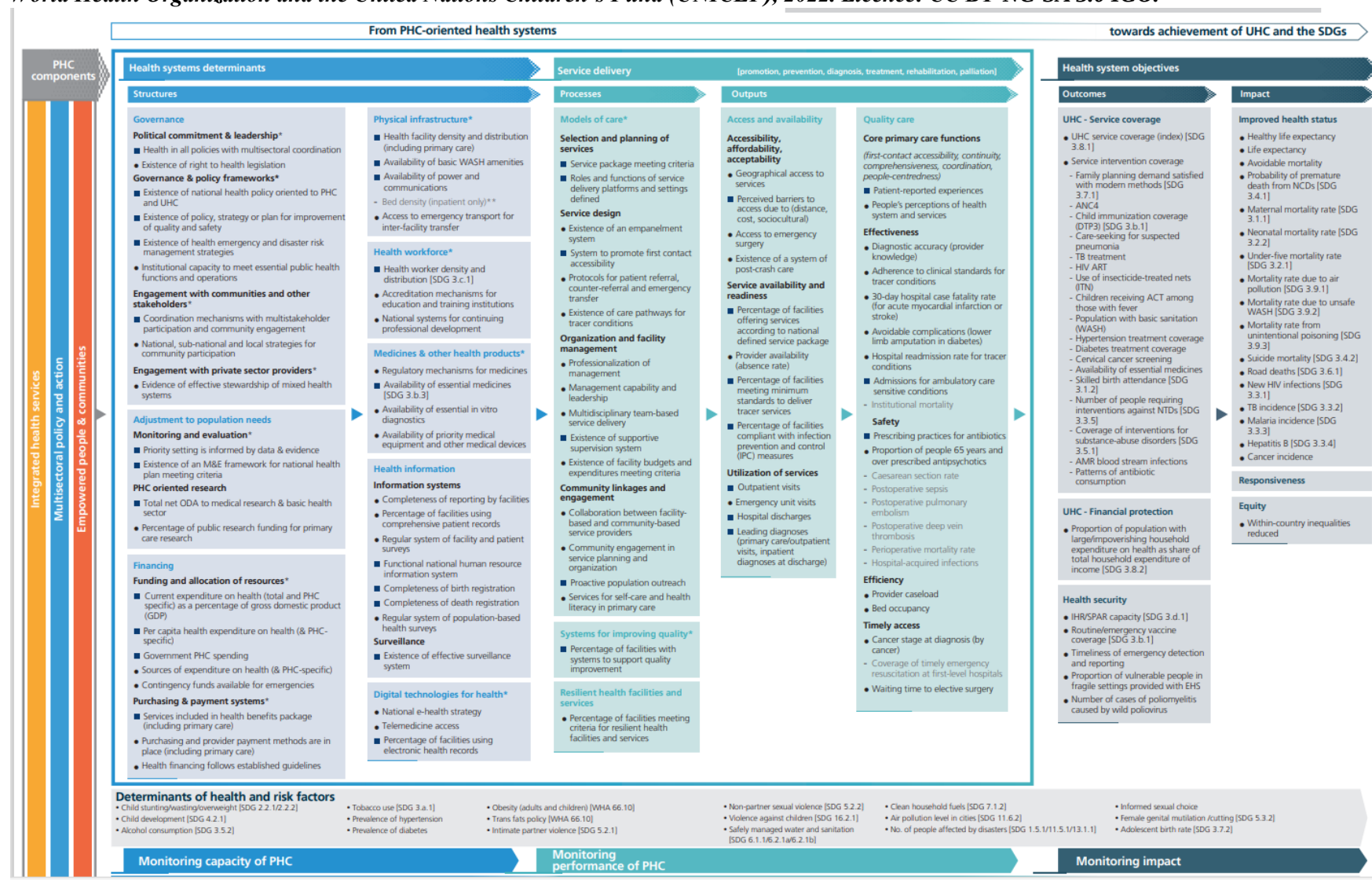
Figure 3. PHC monitoring conceptual framework



Liste des 100 indicateurs mondiaux



Source : *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Liste des indicateurs proposés pour le suivi de la performance des Districts de santé et suivi de la mise en œuvre des soins de santé primaires

Domaines	Indicateurs proposés
Au niveau des leviers stratégiques	
Engagement politique et leadership	1 La santé dans toutes les politiques, avec une coordination multisectorielle 2 Existence d'une législation sur le droit à la santé
Cadres de gouvernance et politiques	Gouvernance et cadres stratégiques 3 Existence d'une politique de santé nationale orientée vers les SSP et la CSU 4 Existence d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan pour améliorer la qualité et la sécurité 5 Existence de stratégies de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe 6 Capacité institutionnelle à la hauteur des fonctions et opérations essentielles de santé publique Collaboration avec les communautés et les autres parties prenantes multisectorielles 7 Mécanismes de coordination avec la participation multipartite et la participation des communautés 8 Existence de stratégies nationales, infranationales et locales pour la participation des communautés
Financement et allocation des ressources	Financement et répartition des ressources 14 Dépenses actuelles de santé (total et SSP en particulier) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) 15 Dépenses de santé totales par habitant (et pour les SSP) 16 Dépenses publiques pour les SSP, en pourcentage des dépenses publiques de santé 17 Sources de dépenses de santé (et pour les SSP) 18 Fonds de réserve disponibles pour les urgences
Engagement des communautés et autres parties prenantes	7 Mécanismes de coordination avec la participation multipartite et la participation des communautés

	8 Existence de stratégies nationales, infranationales et locales pour la participation des communautés
Au niveau des leviers opérationnels	
Modèles de soins	Sélection et planification des services 45 Panier de services respectant les critères 46 Rôles et fonctions des plateformes de prestation de services et paramètres définis Conception des services 47 Existence d'un système d'affectation de patients 48 Système pour promouvoir l'accessibilité du premier contact 49 Protocoles pour l'orientation et la contre-orientation des patients et le transfert en urgence 50 Existence de parcours de soins pour les affections de référence Organisation et gestion des établissements 51 Professionnalisation de la gestion 52 Capacité de gestion et de direction 53 Prestation de services par une équipe multidisciplinaire 54 Existence d'un système de supervision de soutien 55 Existence de budgets d'établissement et de dépenses d'établissement respectant les critères Liens avec les communautés et participation des communautés 56 Collaboration entre les prestataires de services basés sur les établissements et basés sur les communautés 57 Participation des communautés à la planification et à l'organisation des services 58 Communication proactive à destination de la population 59 Services pour l'autoprise en charge et d'éducation sanitaire dans les soins primaires
Personnel de Soins de Santé Primaires	27 Densité et répartition du personnel de santé [ODD 3.c.I] 28 Mécanismes d'accréditation pour les établissements d'enseignement et de formation 29 Systèmes nationaux pour le perfectionnement professionnel continu

Infrastructure physique	▪ 22 Densité/répartition des établissements de santé (y compris soins primaires) ▪ 23 Disponibilité des installations de base en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène ▪ 24 Disponibilité de l'électricité ▪ 25 Disponibilité des communications ▪ 26 Accès au transport d'urgence aux fins du transfert entre établissements
Médicaments et autres produits de santé	▪ 30 Mécanismes réglementaires pour les médicaments ▪ 31 Disponibilité des médicaments essentiels [ODD 3.b.3] ▪ 32 Disponibilité des diagnostics in vitro essentiels ▪ 33 Disponibilité des équipements médicaux prioritaires et d'autres dispositifs médicaux
Engagement avec les prestataires du secteur privé	▪ 9 Preuves d'une bonne gestion des systèmes de santé mixtes
Systèmes d'achat et de paiement des services et soins de santé	▪ 19 Services inclus dans l'ensemble des bénéfices sanitaires (y compris soins primaires) ▪ 20 Des méthodes d'achat et de paiement des prestataires sont en place (y compris soins primaires) ▪ 21 Le financement de la santé suit des lignes directrices établies
Systèmes d'information	▪ 34 Exhaustivité des comptes rendus fournis par les établissements ▪ 35 Pourcentage d'établissements utilisant des dossiers médicaux complets ▪ 36 Système régulier d'enquêtes en établissement et d'enquêtes auprès des patients ▪ 37 Système national d'information sur les ressources humaines fonctionnel et comptes nationaux du personnel de santé ▪ 38 Exhaustivité de l'acte de naissance ▪ 39 Exhaustivité de l'acte de décès ▪ 40 Système régulier d'enquêtes médicales en population
Technologies numériques pour la santé	▪ 42 Stratégie nationale pour la cybersanté ▪ 43 Accès à la télémédecine ▪ 44 Pourcentage d'établissements utilisant des dossiers médicaux électroniques

Surveillance	41 Existence d'un système efficace de surveillance
Systèmes d'amélioration de la qualité des soins	60 Pourcentage d'établissements disposant de systèmes facilitant l'amélioration de la qualité
Établissements et services de santé résilients	61 Pourcentage d'établissements remplissant les critères des établissements et services de santé résilients
Recherche axée sur les soins de santé primaires	12 Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base 13 Pourcentage du financement de la recherche publique qui est consacré à la recherche sur les soins primaires
Monitoring et Evaluation	10 La fixation des priorités est étayée par des données et des preuves 11 Existence d'un cadre de suivi et d'évaluation pour un plan de santé national conforme aux critères
Capacités du système de santé : Accès et disponibilité	
Caractère accessible, abordable, acceptable	62 Accès géographique aux services 63 Obstacles perçus à l'accès (géographique, financier, socioculturel) 64 Accès à la chirurgie d'urgence 65 Existence d'un système de soins après un choc
Disponibilité et préparation des services	66 Pourcentage d'établissements proposant des services en fonction d'un panier de services défini au niveau national 67 Disponibilité des prestataires (taux d'absence) 68 Pourcentage d'établissements respectant les normes minimales pour assurer les services de référence 69 Pourcentage d'établissements respectant les mesures de prévention et maîtrise des infections (IPC)
Utilisation des services	70 Visites de patients ambulatoires 71 Visites des groupes d'urgence 72 Sorties de l'hôpital

	73 Diagnostics dominants (soins primaires/visites de patients ambulatoires, diagnostics des patients hospitalisés à leur sortie**)
Capacités du système de santé : Soins de qualité	
Principales fonctions de soins primaires (accessibilité du premier contact, continuité, exhaustivité, coordination, approche centrée sur la personne)	74 Expériences rapportées par les patients 75 Façon dont les personnes perçoivent le système et les services de santé
Efficacité	76 Précision du diagnostic (connaissances des prestataires) 77 Respect des normes cliniques pour les affections de référence 78 Taux de létalité à 30 jours d'hospitalisation (pour infarctus aigu du myocarde ou accident vasculaire cérébral) 79 Complications évitables (amputation d'un membre inférieur en cas de diabète) 80 Taux de réadmission à l'hôpital pour les affections de référence 81 Admissions pour affections propices aux soins ambulatoires
Sécurité	82 Pratiques de prescription en matière d'antibiotiques 83 Proportion des personnes de 65 ans ou plus qui ont reçu une prescription pour des antipsychotiques
Efficienne	84 Charge de travail des prestataires 85 Taux d'occupation des lits
Accès en temps voulu	86 Stade du cancer au moment du diagnostic (par cancer) 87 Délai d'attente pour une intervention programmée
Performance du Système de santé	
Couverture des services	- Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes - Taux de prévalence de la contraception - Couverture par les soins anténatals - Naissances assistées par du personnel de santé qualifié - Couverture par les soins postnatals - Demande de soins pour des symptômes de pneumonie

	▪ Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO) ▪ Couverture par la supplémentation en vitamine A ▪ Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national ▪ Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé ▪ Prévention de la transmission mère-enfant ▪ Couverture par les soins de l'infection à VIH ▪ Couverture par le traitement antirétroviral (TAR) ▪ Suppression de la charge virale du VIH ▪ Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH ▪ Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute ▪ Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux ▪ Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme ▪ Taux de détection des cas de tuberculose ▪ Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante ▪ Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes ▪ Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ▪ Traitement des cas de paludisme confirmés ▪ Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent ▪ Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées ▪ Dépistage du cancer du col de l'utérus ▪ Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves
Facteurs de risques	▪ Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois ▪ Initiation précoce de l'allaitement au sein ▪ Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés ▪ Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance ▪ Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation

	▪ Prévalence de l'anémie chez les enfants ▪ Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer ▪ Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque ▪ Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus) ▪ Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus ▪ Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale ▪ Obésité et surpoids chez l'adulte (également : chez l'adolescent) ▪ Hypertension chez l'adulte ▪ Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte ▪ Apport en sel ▪ Activité physique insuffisante chez l'adulte (également : chez l'adolescent) ▪ Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime
Déterminants de la santé	▪ Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre ▪ Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre ▪ Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer ▪ Niveau de pollution atmosphérique en ville

Conclusion

A l'instar de nombreux pays, la stratégie des soins de santé primaires au Cameroun s'est traduite à travers la création du district de santé comme unité opérationnelle du système de santé, au niveau duquel, la Politique nationale de santé, est mise en œuvre pour répondre aux besoins des populations et ainsi, contribuer à l'amélioration de leur état de santé.

L'accompagnement institutionnel et la mise à disposition d'un niveau de ressources a permis aux districts de santé depuis 1994 de fonctionner jusqu'à un certain niveau. Toutefois, différentes analyses du processus gestionnaire au niveau des districts de santé ont permis de noter quelques dysfonctionnements ne permettant pas aux districts de santé de jouer pleinement leur rôle de niveau de mise en œuvre opérationnelle de la politique nationale de santé et donc de répondre aux besoins des populations notamment dans les aspects d'équité et de qualité des services.

L'évaluation du fonctionnement des districts de santé au Cameroun commanditée par le Ministère de la Santé Publique et appuyé par l'OMS avec pour objectif d'apprécier globalement la situation de la fonctionnalité des districts de santé afin de proposer des options réalistes pour leur amélioration et l'atteinte d'un niveau de performance vers de meilleurs résultats sanitaires.

Réalisée dans 31 districts de santé du pays soit 15% de leur effectif total, les résultats de l'évaluation ont permis de relever que de façon globale, même si les districts de santé ont été définis selon une approche bien précise, la couverture sanitaire des populations n'est pas complète et en matière de ressources ils sont limités, de sorte que leur fonctionnement n'est pas optimal. Il s'agit de l'insuffisance en équipement et moyens logistiques adéquats, l'insuffisance des ressources financières, les capacités limitées en planification, l'inégale répartition des ressources humaines qualifiées et motivées, ainsi que la disponibilité non permanente des médicaments et produits de santé essentiels.

Pour ce qui est de l'offre de services, même si elle est disponible, le continuum de soins est souvent interrompu du fait d'un paquet de services essentiels de santé incomplètement mis en œuvre, du manque de ressources matérielles de sorte que la qualité du service n'est pas assurée. Ceci dans un contexte où la décentralisation bien qu'effective ne bénéficie pas totalement au DS en l'absence de collaboration vraie, quand bien même certaines ressources financières sont allouées aux collectivités locales pour leurs activités de santé qui ne sont pas réellement coordonnées par le DS.

Au demeurant, il s'en déduit que les districts de santé de par leur profil actuel n'arrivent pas dans leur ensemble à apporter une réponse adéquate aux problèmes de santé des populations dont ils ont la responsabilité au sein de leur aire de desserte.

Ces dysfonctionnements sont observés dans un environnement en changement profond. Il s'agit en l'occurrence, du niveau de pauvreté des populations, de l'apparition de nouveaux besoins sanitaires (maladies non transmissibles en pleine évolution), l'urbanisation et la croissance démographique, ainsi que l'évolution des technologies sanitaires, la notion de redevabilité face aux nouveaux défis des ODD, du rôle de plus en plus marqué de la communauté mais surtout aux niveaux élevés des mortalités maternelles et infantiles.

Ces changements appellent à mettre en œuvre un ensemble d'actions qui devrait contribuer à prendre en compte ces nouveaux défis et paradigmes et à rendre le fonctionnement du district de santé optimal afin de le rendre performant dans la réponse aux besoins de santé des populations.