

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTE AU CAMEROUN

2024-2028

DRAFFET

MINSANTE
DOSTS

Table des matières

| | |
|---|-------------------------------------|
| AVANT-PROPOS | 5 |
| REMERCIEMENTS | 6 |
| ÉQUIPE DE REDACTION | 7 |
| SIGLES ET ACRONYMES | 8 |
| RESUME EXECUTIF..... | 9 |
| GLOSSAIRE | 11 |
| METHODOLOGIE DE L'ELABORATION PSNAQSSS..... | 12 |
| INTRODUCTION..... | 14 |
| CHAPITRE I - CONTEXTE ET JUSTIFICATION | 17 |
| 1 CONTEXTE GENERAL : PRESENTATION DU PAYS | 17 |
| 1.1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE..... | 17 |
| 1.2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE | 17 |
| 1.3 CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE | 17 |
| 2 SITUATION SANITAIRE | 18 |
| 2.1 ORGANISATION ADMINISTRATIVE..... | 18 |
| 2.2 ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS..... | 19 |
| 2.3 ORGANISATION DE LA COUVERTURE SANITAIRE | 20 |
| 2.3.1 <i>Sous-secteur public</i> | 20 |
| 2.3.2 <i>Sous-secteur privée</i> | 20 |
| 3 CONCEPT DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ | 21 |
| 3.1 DEFINITION DE LA QUALITE | 21 |
| 3.2 ASSURANCE QUALITE..... | 22 |
| 3.3 DEMARCHE QUALITE | 22 |
| 4 ETAT DES LIEUX..... | 23 |
| 4.1 VUE D'ENSEMBLE DE LA QUALITE DES SOINS DANS LE MONDE | ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED. |
| 4.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA QUALITE DES SOINS AU CAMEROUN..... | 23 |
| 4.2.1 <i>Analyse situationnelle</i> | 26 |
| 5 JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DE LA STRATEGIE DE QUALITE DES SERVICES DE SANTE..... | 40 |
| CHAPITRE II- CADRAGE POLITIQUE | 41 |
| 6 VALEURS, PRINCIPES, VISION, MISSION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE | 41 |
| 6.1 VALEURS..... | 41 |
| 6.2 PRINCIPES | 41 |
| 6.3 VISION | 42 |
| 6.4 MISSION..... | 42 |
| 6.5 BUT | 42 |
| 6.6 OBJECTIFS | 42 |
| 6.6.1 <i>Objectif général</i> | 42 |
| 6.6.2 <i>Objectifs spécifiques</i> | 43 |
| CHAPITRE III- STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE QUALITE DES SOINS, DES SERVICES DE SANTE | 43 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7 | INTERVENTIONS STRATEGIQUES..... | 43 |
| 7.1 | AXE STRATEGIQUE 1 : LEADERSHIP ET GOUVERNANCE | 43 |
| 7.1.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 43 |
| 7.1.2 | <i>Objectif stratégique 2</i> | 43 |
| 7.2 | AXE STRATEGIQUE 2 : POLITIQUE ET CONFORMITE..... | 43 |
| 7.2.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 44 |
| 7.2.2 | <i>Objectif stratégique 2</i> | 44 |
| 7.3 | AXE STRATEGIQUE 3 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES 44 | |
| 7.3.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 44 |
| 7.3.2 | <i>Objectif stratégique 2</i> | 44 |
| 7.4 | AXE STRATEGIQUE 4 : RESSOURCES HUMAINES | 44 |
| 7.4.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 44 |
| 7.4.2 | <i>Objectif stratégique 2</i> | 44 |
| 7.5 | AXE STRATEGIQUE 5 : REDEVABILITE DES FORMATIONS SANITAIRES | 44 |
| 7.5.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 44 |
| 7.5.2 | <i>Objectif opérationnel 2</i> | 44 |
| 7.6 | 6.6. AXE STRATEGIQUE 6 : SURVEILLANCE DE LA QUALITE DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTE | 44 |
| 7.6.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 44 |
| 7.6.2 | <i>Objectif stratégique 2</i> | 44 |
| 7.7 | AXE STRATEGIQUE 7 : RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE | 44 |
| 7.7.1 | <i>Objectif stratégique 1</i> | 45 |
| 7.7.2 | <i>Objectif stratégique 2</i> | 45 |
| 8 | CADRE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS | 45 |
| 9 | CADRE DE PERFORMANCE DU PSNAQSSS 2024-2028..... | 69 |
| | CHAPITRE IV- CADRE DE MISE EN OEUVRE ET MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION..... | 72 |
| 10 | CADRE DE MISE EN ŒUVRE..... | 73 |
| 10.1 | NIVEAU CENTRAL..... | 73 |
| 10.1.1 | <i>Le niveau central est constitué de la Direction en charge de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, d'un comité de pilotage et d'un groupe de travail technique. Il a pour rôle de :.....</i> | 73 |
| 10.1.2 | <i>La Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS).....</i> | 73 |
| 10.1.3 | <i>Le comité national de pilotage.....</i> | 74 |
| 10.1.4 | <i>Le Groupe de travail technique</i> | 75 |
| 10.2 | NIVEAU REGIONAL | 76 |
| 10.3 | NIVEAU PERIPHERIQUE..... | 76 |
| 10.3.1 | <i>Le district de santé</i> | 76 |
| 10.3.2 | <i>Le comité d'amélioration de la qualité du District</i> | 77 |
| 10.3.3 | <i>Les Formations Sanitaires et les services spécifiques</i> | 78 |
| 10.4 | PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF) | 79 |
| 10.5 | ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES | 79 |
| 10.6 | ORGANISMES D'ASSURANCE | 79 |
| 10.7 | COMMUNAUTÉ /BENEFICIAIRES | 79 |
| 11 | MECANISMES DE SUIVI EVALUATION..... | 79 |
| 11.1 | LE DISPOSITIF DE SUIVI | 80 |
| 11.2 | LES STRUCTURES DU DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE..... | 86 |
| 11.3 | LES OUTILS DE SUIVI | 88 |
| 11.4 | LE CIRCUIT DE L'INFORMATION SUR LA QUALITE | 89 |
| 11.5 | LE DISPOSITIF D'EVALUATION | 89 |
| 12 | BUDGET ET MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNAQSSS..... | 90 |

| | | |
|------|---|----|
| 12.1 | ESTIMATION DU BUDGET | 90 |
| 12.2 | MECANISME DE MOBILISATION DES RESSOURCES..... | 93 |

DRAFT

DRAFT

Avant-propos

Les Objectifs du développement durable (ODD) réaffirment l'engagement international à atteindre la couverture santé universelle (CSU) d'ici 2030. Cela signifie que tous les individus et toutes les communautés, partout dans le monde, devront avoir accès aux services de santé promotifs, préventifs, curatifs, réadaptatifs ou palliatifs de haute qualité dont ils ont besoin, sans se trouver exposés à des difficultés financières. L'un des plus grands défis aujourd'hui est d'améliorer la sécurité des soins dispensés dans des environnements complexes, sous pression et où la rapidité d'action joue un grand rôle. Dans ce type d'environnements, les choses peuvent souvent mal tourner, des événements indésirables surviennent et des dommages non intentionnels, mais graves, affectent des patients dans le cadre de la pratique clinique habituelle ou consécutivement à une décision clinique.

Face à ces défis, le Ministère de la sante Publique a déjà reconnu l'importance de la sécurité des patients et élaboré des documents de Politique et Stratégie visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Nous prenons également conscience de la nécessité d'éduquer les professionnels de santé aux principes et concepts de la sécurité des patients. Il est indispensable de renforcer ces compétences afin de s'adapter à la complexité croissante du système et aux exigences imposées aux professionnels car des soins de qualité insuffisantes entraînent un important gaspillage de ressources et nuisent à la santé des populations, en détruisant le capital humain et en réduisant la productivité. La qualité des soins est indispensable pour promouvoir la confiance à l'égard des services de santé. La mise en œuvre de ce Plan Stratégique d'Amélioration de la Qualité des Soins et Services de Santé au Cameroun, permettra de garantir à tous les citoyens une qualité des soins en terme d'efficacité et d'efficience.

Le présent document est élaboré selon l'approche de Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et inclut un plan de financement et de suivi- évaluation. Vue son importance, je recommande vivement aux responsables, aussi bien publics que privés, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de se l'approprier et de la traduire en plans opérationnels pour une meilleure applicabilité d'une part, et à l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers de soutenir efficacement sa mise en œuvre, d'autre part.

Dr MANAOUA Malachie

Ministre de la Santé Publique

Remerciements

Le présent document de stratégie a le mérite d'être un instrument fédérateur des efforts et des ressources en faveur de l'amélioration de la qualité des soins. Son élaboration résulte d'un processus participatif des différents acteurs de la santé, qui ont fait montre de leur compétence et de leur disponibilité pour ce travail. Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements et notre profonde gratitude à l'endroit de tous les experts nationaux qui ont participé à des degrés divers à l'élaboration du présent plan stratégique.

Les remerciements vont aussi à l'endroit au développement en particulier OMS et CDC dont l'appui technique et financier a permis la matérialisation de ce précieux outil, aux autres partenaires de mise en œuvre, aux personnes ressources et aux membres de la société civile qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite du processus d'élaboration.

Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les structures et personnes qui ont apporté aide, appui et soutien à ce travail. Puisse cette stratégie contribuer à l'amélioration

Pr SOBNGWI Eugene

Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire

Équipe de rédaction

COORDINATION GENERALE

Dr MANAOUA Malachie

Ministre de la Santé Publique

SUPERVISION GENERALE

Pr NDJOCK Louis Richard

Secrétaire Générale du Ministère de la Santé Publique

COORDINATION TECHNIQUE

Pr SOBNGWI Eugène

Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire

RÉDACTION TECHNIQUE

- **Dr SONFACK Pamela**, *Chef de Service de la Viabilisation du District de Santé ;*

- **Dr TOMEBA Claude**, *Médecin de Santé Publique ;*

- **Dr FEUGANG Estelle**, *Médecin de Santé Publique ;*

- **Mme NONO Kathy**, *Cadre DOSTS/MINSANTE ;*

- **M. BENG SANDING Pierre**, *Expert en Santé Publique.*

- **Mme WAMBO Mireille**, *Chef de bureau de ;*

-

PARTENAIRES TECHNIQUES

- **Dr MONONO EKEKE**, *OMS ;*

- **M. KOUEMOGNE Boris**, *OMS.*

Sigles et acronymes

| | |
|----------|--|
| CNP | : Comité National de Pilotage |
| COSA | : Comité de Santé |
| COSADI | : Comité de Santé du District |
| CSU | : Couverture Santé Universel |
| DOSTS | : Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire |
| DRSP | : Délégation Régionale de la Santé Publique |
| DS | : District de Santé |
| DSCE | : Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi |
| FBP | : Financement Basé sur la Performance |
| FOSA | : Formation Sanitaire |
| GIZ | : Agence Allemande pour la Coopération Internationale |
| GTT | : Groupe de Travail Technique |
| KfW | : Kreditanstalt für Wiederaufbau |
| MINSANTE | : Ministère de la Santé Publique |
| OBC | : Organisation à Base Communautaire |
| ODD | : Objectifs de Développement Durable |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PPP | : Partenariat Public Privé |
| PTF | : Partenaire Technique et Financier |
| PVVIH | : Personnes Vivant avec le VIH |
| RSI | : Règlement Sanitaire International |
| SND | : Stratégie Nationale de Développement |
| SQI | : Systemic quality improvement |
| SSP | : Soins de Santé Primaires |
| SSS | : Stratégie Sectorielle de Santé |
| TB | : Tuberculose |

Résumé exécutif

Le Cameroun s'est engagé à assurer une meilleure santé à toute sa population. La matérialisation de cet engagement passe par le développement de son système de santé dont l'un des axes stratégiques garantit un accès équitable aux soins et services de santé de qualité.

Plusieurs documents stratégiques donnent une importance particulière à la qualité des soins et services. Il s'agit de la Vision Cameroun 2035, la loi N° 96/03 du 04 Janvier 1996, le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2019, la Stratégie Nationale de Développement du Cameroun (SND 30), la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030, le Plan National Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025. Ce concept d'amélioration de la qualité de soins s'est matérialisé à travers plusieurs stratégies relatives à la qualité de soins.

La qualité des soins et des services de santé se conçoit au Cameroun comme étant la satisfaction des attentes du demandeur et du prestataire de soins dont la réalisation est basée sur les connaissances fondées, la réglementation et les normes en vigueur au moindre risque et au moindre coût pour un résultat optimal pour tous, avec la pleine participation des communautés. Pour ce faire, le MINSANTE a articulé sa stratégie autour de sept (07) axes assortis de leurs objectifs stratégiques :

- Axe stratégique 1 : leadership et gouvernance ;
- Axe stratégique 2 : Politique et Conformité ;
- Axe stratégique 3 : Amélioration de la qualité des soins et services de santé dans les formations sanitaires ;
- Axe stratégique 4 : Ressources humaines ;
- Axe stratégique 5 : Redevabilité des formations sanitaires ;
- Axe stratégique 6 : Surveillance de la qualité des soins et des services de santé ;
- Axe stratégique 7 : Renforcement de la participation communautaire.

Les parties prenantes clés chargés d'assurer l'implémentation et le suivi et évaluation des différentes activités d'amélioration de la qualité comprennent les acteurs du niveau central (la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, le Comité National de Pilotage (CNP) et le Groupe de Travail Technique (GTT)), le Niveau régional et le Niveau périphérique (le District de Santé, la formation sanitaire et les services spécifiques, les partenaire technique et financier (PTF) , les

organisations professionnelles, les organismes d'assurance et la communauté/bénéficiaire).

Le processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé nécessite la mise en place d'un système d'information sanitaire et système de données, la définition des indicatrices et suivi de la qualité par les structures de gouvernance et le développement d'un cadre de suivi évaluations qui intègre le Suivi de la qualité par l'utilisateur des services de santé et le Contrôle de la qualité par les

DRAFT

Glossaire

Dimensions de la qualité : Valeurs attribuées à des services de santé.

La sécurité : système visant à réduire au maximum les risques et préjudices pour le patient et le prestataire de soins notamment les lésions évitables et les erreurs médicales.

L'efficacité : Dispensation des soins conformes aux connaissances scientifiques et aux lignes directrices basées sur des données probantes.

Approche centrée sur le patient : Les prestataires de soins de santé doivent se montrer à l'écoute des besoins et préférences des personnes.

Opportunité : Toute personne doit recevoir les soins dont elle a besoin au moment opportun.

Adéquation des ressources : Les soignants et professionnels doivent posséder les compétences appropriées à leur pratique et avoir accès à l'information, à l'équipement, aux fournitures et aux installations nécessaires pour répondre aux besoins de santé de leurs patients.

L'efficience : La dispensation des meilleurs soins au plus grand nombre en évitant le gaspillage des ressources.

L'équité : La qualité des soins ne change pas en fonction de l'identité et du lieu de résidence.

Accessibilité : Toute personne devrait pouvoir accéder financièrement, géographiquement et techniquement aux soins de santé.

Continuité : Capacité du système à garantir que les soins prodigués à un patient soient organisés de manière fluide, coordonnés (au fil du temps, mais aussi entre prestataires, institutions et régions), interreliés et couvrent l'ensemble de sa trajectoire.

L'évaluation des pratiques professionnelles : Analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

Les pratiques professionnelles : Pratiques individuelles et collectives qui concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.

La priorité à la personne : Des soins qui respectent la personne et tiennent compte effectivement de ses préférences, besoins et valeurs ;

La rapidité : Éviter au maximum les retards dans la prestation et la réception des services ;

L'intégration : Soins coordonnés entre établissements et prestataires de soins ;

DRAFT

METHODOLOGIE DE L'ELABORATION PSNAQSSS

La méthodologie d'élaboration a consisté en une démarche participative selon l'approche Co création, incluant les Directions Techniques du Ministère de la Santé Publique, les programmes verticaux, les points focaux des sectoriels, les parties prenantes, la DOSTS et les Partenaires Techniques et Financiers au rang desquels, l'OMS, la GIZ -PROPASSAR et CDC-PepFAR.

Les étapes qui ont ponctué cette méthodologie sont les suivantes :

- L'étape préparatoire au cours de laquelle un comité de pilotage ministériel a été mis en place à travers une note de service du chef de département. S'en est suivi la création d'un groupe de travail constitué de membres provenant des toutes les sous directions du Minsanté et des Programmes prioritaires. Le secrétariat technique a été mis en place au sein de la DOSTS et placé sous la supervision du Directeur de l'Organisation des Soins.
- Réunion de plaidoyer présidée par le ministre de la sante
- Les différents chronogrammes de travail ont été élaborés et adoptés pour la collecte des documents ressources sur la qualité des soins et services auprès des différentes parties prenantes dans le cadre de la revue de la littérature ;
- Une analyse situationnelle de la qualité des soins et services dans le système de santé a été conduite à travers trois (03) enquêtes (Enquêtes auprès des PTF en 2022 ; évaluation rapide sur la qualité des soins et des services dans 07 régions en 2022 et évaluation rapide sur la qualité des soins et des services dans 06 régions en 2023) pour l'évaluation des besoins ;
- Des réunions hebdomadaires et des concertations régulières entre les membres du Groupe de travail chargé du suivi de l'élaboration du document de PSNAQSSS ont été organisées tout au long du processus ;
- C'est au terme de plusieurs réunions techniques, que le draft 0 de la politique nationale a été produit.
- Sous le leadership de la DOSTS avec l'apport multiforme du bureau OMS Cameroun, CDC et GIZ notamment la mise à disposition des documents ressources et un appui financier pour l'organisation des ateliers au terme desquels le présent document de politique et de stratégie a été produit.

INTRODUCTION

Le Cameroun s'est engagé, dans le développement de son système sanitaire, à assurer un bon état de santé à toute sa population. Ce développement du système sanitaire se traduit par le déploiement d'efforts pour : (I) Le renforcement de la gouvernance du secteur de la santé et du leadership du Ministère de la santé ; (II) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé de qualité ; (III) l'amélioration de la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans ; (IV) le renforcement de la lutte contre les maladies et les infections nosocomiales ; (V) le renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la médecine de proximité. (1)

En effet, la qualité des soins et des services de santé se définit selon l'OMS comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins » (2) . La qualité permet ainsi, le meilleur soin au meilleur endroit, au meilleur coût par le meilleur dispensateur. De par ces effets, la qualité des soins et des services est un puissant levier de performance des systèmes de santé.

Cependant, bien qu'il y ait une volonté des pouvoirs publics à offrir un meilleur état de santé aux populations à travers l'amélioration des plateaux techniques, en ressources humaines et en équipements, les manifestations de mécontentement des populations sont récurrentes dans les établissements de santé en rapport avec la mauvaise qualité des soins et services. Les défis du système de santé tels que l'inaccessibilité géographique, la faible demande de services, le retard dans la prestation des soins, le faible respect des protocoles cliniques et les coûts supportés par les individus, contribuent à des pertes supplémentaires de performance du système de santé, avec un impact cumulatif négatif sur la santé des individus. Ces lacunes limitent la capacité de combler les gaps en matière de couverture de qualité (3). Cette situation est soutenue par une absence d'orientations générales dans lesquelles toutes les activités d'amélioration des soins et services de santé devraient trouver leurs sources.

Pour pallier à cette faiblesse, le MINSANTE, à travers la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS), a fait de l'élaboration des documents de Politique et d'une Stratégie Nationales de la Qualité des Soins et des Services de Santé une priorité dans le contexte du renforcement du système de santé pour l'atteinte de la Couverture Santé Universelle (CSU) et de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Le présent document constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base visant à des décisions et des actions à long terme. Il définit ainsi un cadre propice de référence où l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé au Cameroun trouvera une réponse efficace, efficiente et durable.

Le document est inspiré des orientations mondiales et régionales en matière de qualité des soins. :

- **Les Objectifs de développement durable** mettent un point d'honneur à atteindre une couverture sanitaire universelle, à savoir à « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ».
- **Le Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne** présente une vision d'un avenir dans lequel « toutes les personnes ont accès à des services de santé qui sont dispensés de façon à répondre à leurs besoins en respectant leurs préférences, qui sont complets, sûrs, efficaces, fournis en temps utile, efficaces et de qualité acceptable ». L'action proposée dans le Cadre de l'OMS met particulièrement l'accent sur les leviers politiques pour améliorer la qualité.
- Trois publications ont mis en lumière la qualité des services de santé (1,2,4). **L' Organisation mondiale de la santé (OMS), la Banque mondiale, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les Académies nationales des sciences des États-Unis d'Amérique et le Lancet Global Commission** de la santé ont toutes appelé à ce que la qualité soit une considération essentielle de la CSU et que les pays procèdent à améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du système de santé grâce à un plan national clairement articulé.
- **La Stratégie Africaine de La Santé 2016 – 2030** de L'Union Africain recommande dans les principes directeurs que Les systèmes de santé doivent fournir des services de qualité, être centrés sur les personnes, appartenir à la communauté et rendre des comptes à tous. *

- **La Région africaine de l'OMS** s'est engagée à améliorer la qualité des soins des systèmes de santé de la Région par l'élaboration du *Cadre d'actions visant à progresser dans la réalisation de la CSU et des cibles des ODD liées à la santé* . Le cadre, qui a été approuvé par les ministres de la Santé de la région lors de la 67e réunion du Comité régional, en 2017, prévoit trois dimensions de la qualité des soins à prendre en compte : (i) améliorer l'expérience des utilisateurs dans le processus de soins,(ii) garantir la sécurité des patients et (iii) améliorer l'efficacité des interventions
- **La Banque Africaine de Développement (BAD)** a développé une stratégie pour des Infrastructures Sanitaires de Qualité en Afrique 2021-2030 (SISQA) de la) . Le but de cette stratégie est de garantir aux populations africaines un accès accru à des services de santé de qualité d'ici à 2030, afin d'améliorer la qualité de vie des populations africaines et de promouvoir la réalisation de l'ODD3
- **Les soins de santé primaires** : Les trois piliers essentiels et interdépendants des soins de santé primaires sont : (i) des personnes responsabilisées et des communautés engagées ; (ii) une action multisectorielle et intersectorielle pour la santé ; et (iii),des services de santé qui fournissent à la fois des soins primaires de haute qualité et des fonctions essentielles de santé publique Atteindre l'objectif d'une vie saine et du bien-être pour tous à tout âge nécessite une et des actions cohérentes et fondées sur des données probantes pour renforcer les soins de santé primaires, en mettant l'accent sur l'équité, l'efficacité et la qualité (1).

-

CHAPITRE I - CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1 CONTEXTE GENERAL : PRESENTATION DU PAYS

1.1 Contexte géographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé dans le Golfe de Guinée entre le 2ème et le 13ème degré de latitude Nord et le 9ème et 16ème degré de longitude Est. Il couvre une superficie de **475 440 km² (REF)** ; s'étend du Sud au Nord sur près de 1200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud-Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique. Le Cameroun est subdivisé en 10 Régions Administratives, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 Collectivités Territoriales Décentralisées (communes et communautés urbaines). Sa capitale politique est Yaoundé et sa capitale économique est Douala.

1.2 Contexte démographique

En 2022 la population du Cameroun était estimée à 27, 911,548 habitants ; soit une augmentation de 2,52 % par rapport à 2021. La densité de population au Cameroun en 2022 est de 59 personnes par Km² (4). Cette population (comme les ressources humaines) est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population totale. Les régions les plus peuplées sont le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), Le Littoral (15,1%) et le Nord (11%). (6)

1.3 Contexte socio-économique

En 2020, le Produit Intérieur Brut (PIB) était estimé à 22 775,7 milliards de F CFA avec un taux de croissance de 0,7%, et un taux d'inflation de 2.1%.

2 SITUATION SANITAIRE

2.1 Organisation administrative

Le système de santé camerounais est organisé suivant une structure pyramidale à trois niveaux selon le schéma adopté à la conférence de Lusaka (1985) à savoir : le niveau central qui comprend des services centraux, le niveau intermédiaire qui comprend des services extérieurs tels que les Délégations Régionales de la santé publique (DRSP), les Fonds Régionaux de promotion de la santé (FRPS) et le niveau périphérique qui comprennent les Districts de Santé (DS) et les Formations Sanitaires (FOSA). Il compte près de 6000 structures sanitaires privées et publiques en 2023 (Tableau 1).

Le niveau central est chargé de l'administration du système de santé et de l'élaboration des politiques et stratégies de santé. Il est constitué des Structures administratives (cabinet du ministre, secrétariat général, directions...) services et Structures de santé (hôpitaux généraux, hôpitaux centraux, ...) autres structures techniques (cérâme, ...) centrales. Ces structures administratives et techniques concourent à la réalisation de ses missions. La participation communautaire à ce niveau se traduit par la présence des acteurs communautaires au sein du Conseil National de la Santé de l'Hygiène et des Affaires Sociales (CNSHAS), des Comités Nationaux et des différents Conseils d'Administration ou Comités de Gestion des structures sanitaires de ce niveau de la pyramide sanitaire.

Le niveau intermédiaire est représenté par les 10 Délégations Régionales de Santé Publique (DRSP) qui jouent un rôle d'appui technique au niveau opérationnel que sont les DS. A ce niveau, les FOSA du niveau intermédiaire sont les Hôpitaux Régionaux et assimilés qui sont au nombre de 14 et qui sont les structures de troisième catégorie. Les structures de participation communautaire sont constituées des Comités de gestion (COGE) de ces FOSA et des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) qui entre autres missions assurent l'approvisionnement desdites FOSA en médicaments essentiels.

Le niveau opérationnel ou périphérique est constitué des DS qui sont au nombre de 203. Le DS est défini comme une entité socio-économique qui épouse les limites administratives d'une ou de plusieurs Communes, au sein de laquelle des prestations de services et soins de santé essentiels y compris de la médecine

traditionnelle, coordonnées par les Services du District de Sante (SDS), sont offertes à une population donnée par des structures de prestations pouvant être publiques ou privées, avec la pleine participation des populations à travers ses représentants regroupés au sein des Structures de Dialogue que sont les comité de sante (COSA), comité de gestion (COGE), comité de gestion de district (COGEDI) et les comité de santé de district (COSADI). Les structures d'appui au DS sont représentées par les collectivités territoriales décentralisées (CTD), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) / Organisations de la Société Civile (OSC) / Organisations à Base Communautaire (OBC), conformément au Décret présidentiel N° 95/013 du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en Districts de Santé.

2.2 Organisation de l'offre de soins

Tableau 1 :

| ❖ Répartition des formations sanitaires par catégorie et par région au Cameroun en 2020/Région | Population 2020 | CSI | CMA | HD & Assimilés | HR | HC & HG | Total général |
|--|-------------------|-------------|------------|----------------|-----------|-----------|---------------|
| Sud-Ouest | 1 899 941 | 276 | 26 | 32 | 2 | 0 | 336 |
| Centre | 4 965 861 | 1425 | 95 | 49 | 1 | 10 | 1580 |
| Nord-Ouest | 1 868 031 | 346 | 32 | 30 | 1 | 0 | 409 |
| Nord | 2 996 271 | 287 | 9 | 16 | 1 | 0 | 313 |
| Ouest | 2 327 807 | 727 | 68 | 35 | 1 | 0 | 831 |
| Est | 1 360 451 | 220 | 21 | 21 | 1 | 0 | 263 |
| Sud | 894 878 | 260 | 34 | 13 | 1 | 1 | 309 |
| Littoral | 4 277 464 | 1159 | 79 | 53 | 2 | 4 | 1297 |
| Extrême Nord | 4 967 788 | 384 | 27 | 30 | 3 | 0 | 444 |
| Adamaoua | 1 518 189 | 154 | 17 | 12 | 1 | 0 | 184 |
| Total général | 27 076 681 | 5328 | 408 | 291 | 14 | 15 | 5966 |

Source : PNDS 2021-2025

Ce tableau révèle qu'il y a une répartition inégale de l'offre de soins entre les différentes régions du Cameroun. Pour illustration, les régions du Centre et du littoral ont une population légèrement inférieure à celle de l'Extrême-Nord, cependant elles ont trois fois plus et deux fois plus de FOSA que celle-ci ; de plus l'Extrême-Nord ne dispose pas de FOSA de 1ere catégorie contre dix dans la région du Centre ceci

pourrait entraîner une meilleure qualité des soins et des services dans la région du Centre.

2.3 Organisation de la couverture sanitaire

Au plan institutionnel, le système de santé comporte trois sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé (laïc et confessionnel) et un sous-secteur traditionnel qui sont tous sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), conformément au Décret N° 2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation Ministère de la Santé Publique.

2.3.1 Sous-secteur public

Il est constitué des hôpitaux publics et des structures sanitaires, sous-tutelle du MINSANTE et d'autres départements ministériels (Ministère de la Défense ; Ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle, Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale ; Ministère de l'Education de Base ; DGSN ; Ministère des Enseignements Secondaires ; Ministère de l'Enseignement Supérieur) (9).

2.3.2 Sous-secteur privée

Le secteur privé dispose d'environ 27,9% des FOSA répertoriées. La médecine traditionnelle et la médecine parallèle restent le premier recours aux soins de la population.

2.3.2.1 Sous-secteur privé à but lucratif

Il regroupe les structures sanitaires privées à but lucratif notamment les cliniques médicales et les cabinets de soins.

2.3.2.2 Sous-secteur privé confessionnel / associatif

Les confessions religieuses jouent un rôle capital dans l'offre des services de santé au Cameroun. Il n'y a pas à ce jour une étude plus récente et mieux détaillée sur ce sous-secteur. Un constat unanime est que toutes les grandes confessions (Catholique, Musulmane et Evangélique) disposent des structures de soins.

2.3.2.3 Sous-secteur traditionnel

Le sous-secteur traditionnel est un maillon important du système de santé car environ 80% des populations africaines ont recours à cette forme de médecine. (REF) Au

Cameroun, ce chiffre n'est pas connu. L'intérêt du Gouvernement pour la promotion de la médecine traditionnelle s'est traduit par la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans le texte portant organisation du MINSANTE. Toutefois, cet intérêt tarde à se matérialiser par d'autres actions notamment la mise en place d'un cadre juridique organisant le fonctionnement, la coordination et le suivi des activités de ce sous-secteur (7).

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

3 CONCEPT DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

3.1 Définition de la QUALITE

La qualité des soins et des services de santé se conçoit au Cameroun comme étant « la satisfaction des attentes du demandeur et du prestataires des soins dont la réalisation est basée sur les connaissances fondées, la réglementation et les normes en vigueur au moindre risque et au moindre coût pour un résultat optimal pour tous, avec la pleine participation des communautés ».

Les principales dimensions de la qualité sont les suivantes :

- **L'efficacité** : des soins conformes aux connaissances scientifiques et aux lignes directrices basées sur des données probantes ;
- **La sécurité** : des soins réduisant au minimum les risques de préjudice pour le patient et le prestataire de soins notamment les lésions évitables et les erreurs médicales ;
- **La priorité à la personne** : des soins qui respectent la personne et tiennent compte effectivement de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs ;
- **La rapidité** : célérité dans la prestation des soins et l'offre des services ;
- **L'équité** : la qualité des soins ne change pas en fonction de caractéristiques personnelles comme le genre, la race, l'appartenance ethnique, la localité ou la situation socioéconomique ;
- **L'intégration** : c'est-à-dire des soins coordonnés entre établissements et prestataires de soins ;

- **L'efficience** : permet d'éviter le gaspillage de ressources et des équipements médicaux y compris, de médicaments, d'énergie et d'idées.

3.2 ASSURANCE QUALITE

L'assurance qualité est : « l'ensemble de toutes les activités systématiques et planifiées mises en œuvre au sein du système de la qualité et présenté au besoin afin de susciter la confiance requise dans le fait qu'une entité satisfait aux exigences de la qualité » (REF). Elle vise à garantir un niveau constant de qualité grâce à une organisation spécifique. A titre d'exemple, la mise en place d'un système qualité permet à une structure de s'assurer qu'elle détecte, mesure, corrige les dysfonctionnements potentiels et met en place les actions préventives appropriées de façon continue.

La qualité perçue par un patient ne peut être confondue avec la qualité de l'établissement de santé dans son ensemble, évaluée par la procédure de certification. La qualité perçue par les patients prend en compte les caractéristiques relationnelles avec les soignants et dans une moindre mesure les caractéristiques physiques et techniques. La qualité d'une FOSA dans son ensemble prend en compte les caractéristiques physiques, technique et les résultats des soins obtenus par la FOSA pour l'ensemble du système de santé. La qualité du système dans son ensemble (perçue par la population, les institutions, la société civile et les organismes payeurs) quant à elle prend en compte les caractéristiques socio-économiques et les résultats des soins pour l'ensemble des patients soignés.

3.3 DEMARCHE QUALITE

La « Démarche Qualité » est définie comme l'ensemble des actions que mène une organisation ou une structure quelconque pour développer la satisfaction de ses clients. La « Démarche Qualité » peut aussi être définie comme une démarche cheminement organisationnel et fonctionnel qui vise à corriger les dysfonctionnements d'un système, d'un service ou d'un établissement de santé par différents mécanismes de planification, de définition et de répartition du travail et par différents mécanismes de coordination.

Pour un service ou un établissement de santé, on dira que c'est l'ensemble des actions qu'il mène pour développer la satisfaction des populations ou des patients,

mais aussi pour améliorer leur état de santé. Ces actions entrent dans le cadre d'une Politique de Santé et comportent (REF):

- ❖ La planification stratégique ;
- ❖ L'allocation des ressources ;
- ❖ La planification des activités opérationnelles ;
- ❖ La réalisation de ces activités opérationnelles ;
- ❖ Les évaluations et les prises de décisions relatives à la qualité.

Pour qu'une démarche qualité se développe et réussisse au sein d'un système de santé, les conditions suivantes doivent être remplies (REF):

- ❖ Il doit exister un cadre institutionnel et réglementaire approprié ;
- ❖ Il doit exister des normes de qualité et des protocoles de soins ;
- ❖ Les professionnels de la santé doivent être bien formés et suffisamment motivés ;
- ❖ Il doit exister un système d'information sanitaire approprié et fonctionnel ;
- ❖ Les soins doivent être intégrés et bien coordonnés ;
- ❖ Les soins doivent être tarifés de façon appropriée et financés à travers des systèmes collectifs de type public, assurantiel ou mutualiste ;
- ❖ Les établissements de santé doivent avoir une personnalité juridique et une gestion.

4 ETAT DES LIEUX

4.1 Vue d'ensemble de la qualité des soins au Cameroun

4.1.1 L'Histoire des initiatives de qualité

Le Cameroun a entrepris plusieurs initiatives visant l'amélioration de la qualité depuis plusieurs années. La plupart de ces initiatives ont été soutenues par les partenaires techniques et financiers. Ainsi

- **Systemic quality improvement (SQI) (GIZ):** Introduit en 2007-2008 cette initiative a visé le territoire national et a été incorporé dans la stratégie sectorielle de santé 2001-2015 actualisée. Elle a permis de créer (i) une culture d'auto évaluation/auto critique (ii) un classement des structures du niveau périphérique sur la maîtrise du processus et (iii) la création d'une base des données pour le monitoring des performances
- **Financement Base sur la Performance (FBP)(BM):** Introduit en 2010, Le FBP utilise des contrats de performance pour acheter des services de qualité et pour renforcer la

disponibilité et l'accessibilité des services de santé curatifs et préventifs essentiels, en particulier pour les plus pauvres. Le PBF est désormais adopté comme stratégie nationale pour aider le gouvernement camerounais à atteindre la Couverture Santé Universelle(CSU) pour sa population

- **Cheque sante 2015-2018 (AFD et KfW)** Considéré par les autorités dirigeantes comme une amorce de la Couverture sanitaire universelle (CSU), le chèque santé encore appelé « bon d'achat » est un mécanisme de prépaiement visant la réduction de la mortalité néonatale et maternelle à travers l'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte. Le mécanisme opère par la mise en place d'un système de prépaiement permettant le suivi intégral de la grossesse, un accouchement sécurisé et un suivi postnatal allant jusqu'à 42 jours après l'accouchement. L'utilisation du chèque santé avait contribué à augmenter le recours aux soins obstétricaux et à réduire les décès néonataux mais sans effet sur la mortalité maternelle.
- **Programmes des maladies prioritaires.** Dans le cadre de financement du Fonds mondiale pour la lutte contre VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose il y a des activités pour l'amélioration de la qualité des soins et services. D'autres programmes prioritaires comme le Programme Elargie de vaccination (PEV) ainsi que les programmes de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont intégré des interventions d'amélioration de la qualité dans leurs activités.
- **Le Challenge Qualité (GIZ)** vise à favoriser la motivation intrinsèque des équipes des centres de santé par la liberté d'adhérer au processus, le travail d'équipe qui met en valeur les contributions du personnel technique, du personnel d'appui et de la communauté, le plaisir de la compétition et la satisfaction d'avoir pu réaliser des changements par eux-mêmes. Les résultats validés de la première et de la deuxième auto-évaluation par les 41 équipes des centres de santé montrent effectivement des améliorations impressionnantes en matière d'hygiène et d'accueil des usagers pour la grande majorité.

Ces initiatives ont produit quelques résultats positifs comme l'augmentation du volume des activités, amélioration de la performance. Par contre ces initiatives ont eu des insuffisances (i)réponse à des besoins spécifiques, (ii) Ancrage institutionnel limite (iii)un manque de normes de qualité nationales ;(iii) mauvais déploiement du système de gestion de la qualité dans les FOSA (v) manque de durabilité (vi) absence de porteur et donc la redevabilité au niveau institutionnel.

4.2.2 Priorités nationales en sante

La revue documentaire a révélé que beaucoup de documents stratégiques donnent une importance particulière à la qualité des soins et services..

Orientations nationales

- **La loi cadre dans le domaine de la santé**

La loi N° 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé stipule en son article 2 que:« la politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé. »

- **La Vision Cameroun 2035**

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une vision à l'horizon 2035 : « Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité ». Dans cette vision, le pays s'est assigné quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de « Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ».

La réalisation de cet objectif, nécessitera dans le domaine de la santé, d'améliorer l'offre de soins et de services et de garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité²⁸³. Ceci permettra de relever l'enjeu du développement du capital humain qui consiste à doter la population camerounaise d'un bon état de santé, d'éducation, de connaissances et d'aptitude professionnelle.

Par ailleurs, la vision 2035 dans sa deuxième phase (2020-2030) prévoit sur le plan social, les objectifs suivants: (i) la densification des infrastructures sociales ; (ii) l'élargissement du système de sécurité sociale ; et (iii) le renforcement des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale.

- **Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE)**

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi DSCE (2010-2019), document de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié l'amélioration de l'état de santé des populations comme un objectif à la fois de développement social et de croissance économique²⁸⁴

- **La Stratégie Nationale de Développement du Cameroun (SND 30)** La Stratégie nationale de développement (2020-2030), qui opérationnalise la seconde phase de la vision 2035 du Cameroun, en intégrant également les ODD, vise entre autres à améliorer les conditions de vie des Camerounais avec l'accélération de la réduction de la pauvreté, de l'amélioration de la situation du sous-emploi, et de l'accès des populations aux services sociaux de base. Dans le domaine de la santé, trois principes fondamentaux vont guider les interventions du Gouvernement, à savoir : i) l'amélioration de la gouvernance du système de santé ; ii) le renforcement du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence ; et iii) la valorisation du potentiel thérapeutique local.
- **La Stratégie Sectorielle de Santé 2017-2030** Le choix stratégique retenu par l'ensemble des parties prenantes est le suivant : Garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés. »
- **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025** .Objectif global du PNDS: Améliorer l'accès des populations aux services et soins de santé essentiels et spécialisés

4.2.3 Définition locale de la qualité : La grande majorité du public est conscient et préoccupé par la qualité des soins mais il n'existe pas une définition locale de la qualité

4.1.1 Analyse situationnelle

Pour jouer leur rôle de façon optimale et offrir aux populations les Soins de Santé Primaires (SSP), les DS doivent être viabilisés. Mais, il est difficile à ce jour d'apprécier le niveau de viabilisation de l'ensemble des DS du pays. Toutefois, une étude réalisée par la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire DOSTS (2021) rapporte que 7,4% des DS étaient considérés comme viables.

Dans ces conditions, la plupart des structures de ce niveau de la pyramide sanitaire n'ont pas un niveau de développement leur permettant d'offrir de manière optimale le Paquet Minimum d'Activité (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activité (PCA) complets aux populations. En effet, les résultats de l'enquête PEPTSII conduite au niveau des DS montrent que 24,5% des FOSA du niveau opérationnel ne disposaient pas de boîtes d'accouchement, 39,5% manquaient de système de stérilisation à sec, 67,5% affichaient une absence de Kits de césarienne et 11,6% n'avaient pas de microscopes fonctionnels (7).

A ce jour, le nombre de FOSA capable d'offrir le PMA/PCA complet n'est pas connu. On observe d'importantes disparités dans la distribution des FOSA entre régions sanitaires d'une part et entre zones rurales et les zones urbaines d'autre part. On note également une prolifération anarchique des FOSA privées dont plusieurs ne sont pas agréées par le MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle (mission d'assainissement de la carte sanitaire 2023). Il n'existe pas encore de document permettant de renseigner la proportion des FOSA construites, équipées et disposant des RHS selon les normes.

Enfin, il existe peu d'informations sur la proportion des FOSA dont le niveau de vétusté a été évalué. La plupart des infrastructures sanitaires du niveau opérationnel, et le matériel roulant sont aussi vétustes ou non fonctionnels en raison de l'absence d'un système approprié de maintenance et d'amortissement (7).

4.1.1.1 Cadre propice spécifique à la qualité

a -Facteurs contextuels

Les acteurs clés identifiés comme ayant un impact sur la qualité des soins, des équipements et des services sont :

- Au niveau stratégique : le MINSANTE et ses Sectorielles, les PTF,

- Au niveau intermédiaire les DRSP,
- Au niveau opérationnel : les DS, les FOSA, les structures de dialogue, les acteurs communautaires et les bénéficiaires.

Les répondants au niveau stratégique lors de l'analyse situationnelle sont répartis ainsi qu'il suit : niveau central (DOSTS, DLMEP, DSF, DPML, DSF, DPS, PNLT, PLMNI, PEV, PNLP, CNLS), niveau régional (Centre, Littoral, Ouest, Nord, Extrême-Nord, Est, Adamaoua, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Sud). Au niveau opérationnel (DS, les FOSA, les structures de dialogue et la communauté)

La plupart des facteurs recensés comme ayant un impact sur les forces du système national de santé étaient sont : l'engagement de la hiérarchie ; la bonne gouvernance et le leadership ; la disponibilité des plans stratégiques ; la CSU ; la pertinence des cinq programmes de gouvernance ; la pertinence des six piliers du système sanitaire ; les ressources humaines disponibles et suffisantes en qualité ; le renforcement des capacités du personnel de santé ; le dynamisme et l'engagement des acteurs ; la politique de gratuité de certains médicaments ; l'opérationnalisation de plusieurs projets de financement (PBF, USERFEES), l'appui des PTF, l'accompagnement des autorités traditionnelles et locales ; la supervision à tous les niveaux ; les équipements disponibles ; les infrastructures adéquates. Leur pertinence est due au fait qu'ils contribuent à l'amélioration du système de santé. Parmi ceux qui ont un impact sur les faiblesses du système national de santé, ont été recensés entre autres : la réglementation insuffisante, l'absence des documents normatifs, les facteurs socio-culturels, l'insuffisance des ressources financières, le financement des soins par les ménages, les ressources humaines insuffisantes, l'instabilité du personnel, l'inadéquation entre le profil et le poste de responsabilité, l'absence de profil de carrière, le salaire du personnel insuffisant et la faible motivation, l'insuffisance d'infrastructures, le plateau technique désuet dans les FOSA, le non-respect de la politique des normes et standards sanitaires (construction anarchique des FOSA), l'accessibilité géographique dans certaines zones, l'absence des supervisions, l'absence d'une carte sanitaire actualisée. En outre certains défis pourraient prioritairement être pris en compte dans le processus de mise en œuvre parmi lesquels : l'augmentation des ressources financières, l'effectivité de la CSU, la bonne gouvernance, l'assainissement de la carte sanitaire, les ressources humaines compétentes et suffisantes, les supervisions à tous les niveaux, la meilleure

planification stratégique, la mise à jour de la réglementation, l'implication des communautés, l'élaboration d'une politique et stratégie de la qualité des soins.

Pour la plupart des répondants, les responsables directs de la qualité des soins dans les FOSA sont : la tutelle (MINSANTE), la DRSP, les DS les PTF, les programmes de gratuité, le personnel soignant, les acteurs communautaires, les structures de dialogue les associations et ONG .Toujours d'après nos répondants, ces parties prenantes clés de la qualité ont une connaissance et une compréhension insuffisantes de leur rôle et de celui des autres dans la promotion et la sauvegarde de la qualité des soins. **La majorité des répondants (53,3%) ignorent s'il existe un cadre législatif réglementaire qui traite de la qualité des soins.** Les facteurs qui ont entravé le développement et la mise en œuvre du plan stratégique national de qualité (PSNQ) par le passé sont : l'insuffisance de ressources, le suivi insuffisant, la mauvaise gouvernance ; le manque de volonté politique, l'absence de supervision.

Le succès de la mise en œuvre d'une stratégie aurait abouti aux meilleurs soins, aux meilleurs coûts avec la satisfaction du patient à travers un système de santé plus performant, efficace et plus sûr, répondant au bien-être des populations.

b - Contexte et structure de la qualité

Selon les répondants 53,3% du public est assez conscient et préoccupé par la sécurité et qualité des soins. Ce public est informé des problèmes par plusieurs canaux tels que : les affiches dans les structures sanitaires, la sensibilisation par les structures de dialogue, de bouche à oreille, la sensibilisation par les ASC, les réseaux sociaux et les médias. **Cette perception du public est influencée par : le retard dans la prise en charge, les incidents dans les FOSA, L'insatisfaction, l'absence de communication et les mauvais témoignages.** Seulement 40% des répondants étaient au courant des efforts fournis en vue du développement du PSNQ. Ceux qui le sont pensent pour la majorité que le PSNQ devrait couvrir les FOSA des secteurs publics et privés. La couverture santé universelle représente 33% des perspectives de financement pour améliorer l'effort national sur la qualité. **A propos du financement, 53, 3% des répondants ne savent pas s'il existe des fonds directs dédiés à la qualité dans les FOSA.** Par ailleurs, seulement 46,7% a pensé qu'il y a possibilité de solliciter des fonds supplémentaires pour le financement de la qualité. La CSU est relevée à 86,7% comme le 1er point des réformes ou changements majeurs qui pourraient se produire

dans le secteur de la santé au cours des 3 à 5 prochaines années, bien qu'il existe des menaces en dehors du secteur de la santé susceptibles d'affecter sa réforme.

Les problèmes jusqu'ici identifiés sont : l'inexistence d'une stratégie nationale de qualité écrite, l'inexistence d'une définition largement acceptée de la qualité dans le secteur santé. Les parties prenantes clés, le contexte culturel et local, les considérations politiques, les enseignements importants tirés d'autres processus récents sont quelques autres facteurs qui seront importants pour façonner la politique et la stratégie de qualité dans le pays.

En outre, il existe pour 26,7% des répondants un processus clair pour l'établissement des priorités nationales en fonction des besoins de santé identifiés de la population. Pour la moitié des répondants, les FOSA sont reliées entre elles de manière à faciliter l'intégration et la coordination des soins aux patients. Selon 67% d'entre eux, il existe des normes et des directives de pratique pour la prestation commune d'intervention médicale. La plupart pense que les prestataires des soins de santé n'utilisent pas régulièrement des normes et des lignes directrices ; la recherche et les données probantes ne sont pas toujours utilisées dans la prise des décisions. Cela implique que l'allocation des ressources ne tienne pas toujours compte des principales priorités et lacunes en matière de qualité.

L'analyse a révélé que seulement 50,3% des FOSA avaient un poste dédié à la qualité. Ce pourcentage était encore plus bas dans les FOSA de catégories 4, 5, 6 et chez les privés confessionnels. Dans le même ordre d'idée, 55% des FOSA ne disposaient pas d'un comité de qualité. Cependant, 83% des FOSA affirmaient mettre en œuvre des initiatives d'amélioration et de mesure de la qualité. Les initiatives les plus récurrentes étaient les formations continues, les supervisions, les évaluations. 66% des FOSA disposaient d'un document de politique ou une stratégie de l'établissement en matière de qualité. Ce chiffre était de 100% dans les FOSA publiques de 1ère catégorie et diminuait graduellement au-fur-et-à-mesure que la catégorie diminuait ; il était de 50% chez les FOSA privées confessionnelles et de seulement 25% chez les privés laïcs. Sur les 58% ayant déclaré disposer d'un document, seulement 29% utilisent une politique ou une stratégie nationale sur la qualité. Selon 67% des répondants, les dirigeants ne sont pas tenus responsables de la qualité de leur institution mais quelques actions telles que les contrôles inopinés, les réunions de coordination, les formations continues du personnel, le recrutement du

personnel, les primes et reconnaissances sont entreprises pour améliorer la qualité par ces derniers. (Evaluation rapide)

Les principales raisons qui entravent le bon fonctionnement des FOSA sont entre autres : la non-disponibilité/insuffisance quantitative du personnel (21,1%), le manque d'infrastructures adéquates (18,2%), le manque d'équipement (16,5%) et le non recouvrement des coûts (11,8%). Parmi les raisons minoritaires, on peut citer : la non disponibilité de médicaments (5,6%), le manque d'autonomie (1,4%), le manque de direction ou de leadership (1,2%), la gratuité (1,2%). (HHFA)

c - Politique et planification

Il existe un comité fonctionnel de management de la qualité dans 71,9 % des organisations enquêtées dont 91,3% tiennent des réunions régulières dans l'OBC/OSC, FOSA, AS, DS à des fréquences irrégulières. Dans la plupart de ces organisations (71,9%), le comité fait une revue continue des performances des services communautaires offerts.

Aussi, 68,8% des comités suivent un plan de management de la qualité des services de l'OBC/OSC, COSA, FOSA, AS, DS. En outre, il existe un plan écrit de management de la qualité définissant les rôles et responsabilités du personnel de l'OBC, ASC dans 65,6% des organisations et mis en œuvre pour le plus grand nombre (95,2%). La majorité (93,8%) des OBC/OSC supervisent les activités des acteurs communautaires sous sa responsabilité.

Par ailleurs, il existe un plan d'action écrit décrivant les interventions communautaires et mis en œuvre dans 84,4% des OBC/OSC. Ces résultats montrent également que 81,3% des organisations ont effectué une revue des données de performance pour identifier les gaps et initier les activités d'amélioration de la qualité.

Dans 81,3% de ces organisations, les données de performance sont collectées et revues en routine par l'organisation de façon hebdomadaire (7,7%), bimensuelle (15,4%), mensuelle (57,7%), trimestrielle (15,4%), et semestrielle (3,8%). La moitié des OBC/ OSC reconnaît des excellentes performances des personnes conduisant les activités/projets d'amélioration de la qualité.

Toutefois, il existe dans 56,3% de ces organisations un mécanisme de renforcement de la contre référence pour les patients des FOSA vers l'OBC/OSC. (Évaluation rapide)

d - Régulation, gouvernance et supervision

Il existe un système d'agrément des professionnels de la santé. Qui n'ont pas à prouver régulièrement leur compétence ; toutefois, Leur performance peut être surveillée par des méthodes telles que : l'évaluation par le responsable, le recueil des plaintes, l'évaluation par le DS, l'action des ordres professionnels et l'évaluation Performance Basée sur le Financement (PBF).

Ces méthodes ont comme bénéfices : l'amélioration des pratiques, l'amélioration du rendement, l'amélioration de l'assiduité du personnel, l'amélioration de la qualité des services. Elles ont cependant certaines limites à savoir : le manque de motivation, le manque d'objectivité, l'absence de sanctions correctrices et l'irrégularité des paiements des prestations. Pour 53,3% des répondants, il existe un système clair de feed-back sur les performances par rapport aux normes. Il existe un processus pour que les FOSA obtiennent un agrément et tous les types d'établissements hospitaliers doivent être agréés. Le MINSANTE est la seule instance gouvernementale habilitée à créer des FOSA publiques ou privées. Il est également responsable des inspections des FOSA à travers les inspections générales dans les services centraux, les brigades dans les DRSP et à travers les DS. Ces inspections sont périodiques mais à fréquences irrégulières. Il existe cependant quelques processus de traitement des problèmes de qualité grave qui causent des dommages et des souffrances évitables aux patients tels que : les sanctions, les demandes d'explication et la dénonciation à la hiérarchie. (Evaluation rapide)

De façon générale, les structures de dialogue mobilisent la communauté à l'utilisation des services des FOSA, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé à travers plusieurs moyens qui sont : la sensibilisation, les leaders traditionnels et religieux, les campagnes, les informations au cours des réunions en communauté, les affichages, la mairie, les élites et les associations. (Evaluation rapide)

e - Gouvernance et responsabilité

L'enquête a été menée dans 40 structures de dialogue à savoir : 8 COGE, 2 COGEDI, 1 COGEHD, 17 COSA, 12 COSADI. Les résultats montrent que 66,7% des structures de dialogue étaient légalisées et 97,5% étaient fonctionnelles. 85% des structures disposent d'un plan de travail annuel conçu sur la base des besoins sanitaires de la communauté, de l'analyse des rapports d'activités, de l'analyse des données sanitaires de la communauté, de la stratégie de mobilisation des ressources, des

priorités de la structure de dialogue et de la disponibilité du budget. **Mais seulement 40% des structures de dialogue mobilisent les ressources financières, alors que la plupart (97,5%) mobilisent les ressources humaines et 67,5% les ressources matérielles.** Toutes ces ressources proviennent de : l'Etat, les plaidoyers, les CTD, les ressources des FOSA, la communauté, les élites, les religieux, les PTF.

4.1.1.2 Réduction des préjudices et des risques

a- Sécurité hospitalière

La plupart 93% des FOSA disposent des bâtiments offrant un abri suffisant contre les éléments à savoir, d'une salle d'accueil 91%, d'une salle d'isolement 62%. Seulement 57% disposent d'un logement d'astreinte pour le personnel soignant.

Cependant dans 79% des cas, ces FOSA disposent des toilettes réservées au personnel. 95% de FOSA disposent d'une alimentation électrique fiable et 82% d'affiches signalétiques dans l'enceinte de l'hôpital. **97% réfèrent les patients vers d'autres FOSA, 58% ont à disposition un moyen de transport pour les références.**

Concernant / au sujet des incidents liés à la sécurité des patients il ressort **qu'il existe un système pour enregistrer les incidents liés à la sécurité des patients dans seulement 60% des FOSA, ce score diminue au-fur-et-à-mesure qu'on descend dans les catégories de FOSA, 87,5% dans les catégories 1, de 40,9% dans les catégories 4, ce système d'enregistrement des incidents est quasiment inexistant dans les FOSA privées soit 50% pour les privées laïques et 16,7% pour les privées confessionnelles.** En marge de l'enregistrement des incidents, seulement 66% des FOSA disposent d'un système pour agir sur les incidents, il n'existe que dans 17% des FOSA privées confessionnelles. **Cependant il existe dans 71% des FOSA un système de réclamations bien que dans seulement 66% on ait un système pour agir sur les réclamations des patients.** (Evaluation rapide)

Il ressort que le réseau électrique "ENEO" représente la principale source d'approvisionnement en énergie électrique (77,8%) des FOSA. 5,2% de FOSA utilisent plutôt des panneaux solaires, 3,2% d'entre elles utilisent des groupes électrogènes et 0,9% d'autres sources. Cependant, 12,9% de FOSA n'utilisent pas d'alimentation électrique. Cette dernière situation est plus criarde dans les régions de l'Extrême- Nord et du Nord où respectivement 34,4% et 28,4% de formations sanitaires n'ont pas accès à l'énergie électrique. (HHFA)

b- PCI/WASH

La Prévention et le contrôle des Infections PCI/WASH est un pilier essentiel dans les activités de la santé. Les FOSA doivent être bien sécurisés pour protéger les agents de santé, les patients, les visiteurs ainsi que toute la communauté face au risque de transmission d'infections nosocomiales.

Selon une étude menée par la DOSTS en août 2023, Proportion des Fosa/District/Régions visités à préciser : 78% des FOSA ont un personnel formé à la PCI tandis que 75% des FOSA ont un point focal PCI. **La majorité des FOSA disposent d'un système d'approvisionnement en eau courante 94%**, des réservoirs pour disponibilité de l'eau en cas de coupure 85%, de douches avec eau courante ou récipients 74%, des boîtes de sécurité dans toutes les salles 89%, de solution de décontamination en permanence 81%, les protocoles de décontamination des instruments 86%, d'un autoclave ou d'un Poupinel en bon état 91%. **Quelques FOSA publiques (3%), privées laïques (21%) et privées confessionnelles (11%) ne disposent ni d'autoclave, ni de Poupinel.** Il existe dans **75% des FOSA des messages de promotion affichés à l'entrée des lieux d'hygiène.** **Les installations de lavage des mains sont disponibles et fonctionnelles dans 82% des FOSA ;** elles sont disponibles et fonctionnelles chez 87% des FOSA de catégorie 1, chez 67% des FOSA de catégorie 2, chez 79% des FOSA de catégorie 3, chez 81% des FOSA de catégorie 4, chez 81% des FOSA privées confessionnelles et chez 86% des FOSA privées laïques. 22% des FOSA n'ont pas suffisamment de toilettes pour les patients Ce chiffre monte à 42, 86% lorsqu'on s'intéresse uniquement aux FOSA de catégorie 2 et à 37,50% lorsqu'on s'intéresse aux FOSA privées laïques. 71% des FOSA ont prévu des espaces de vie pour le lavage de la vaisselle et du linge des patients. 82% des FOSA disposent d'une poubelle à ordures ménagères dans la cour, **mais seulement 51% disposent des poubelles à pédales dans toutes les salles.** Dans 80% des FOSA il existe des procédures de gestion connues par l'équipe et **72% d'entre elles ont soit un incinérateur, soit un brûleur, soit une fosse à déchets fonctionnelle.** (Evaluation rapide)

Les deux principales sources d'approvisionnement en eau potable dans les FOSA sont l'eau courante de la CAMWATER **(dans 37,1% de FOSA)** et les puits tubulaires/puits de forage **(dans 32,6% de FOSA)**. Toutefois, 3,7% de FOSA n'ont accès à aucune source d'eau potable. **Cette dernière situation est très préoccupante**

dans les régions du Sud (14,1%) et de l'Adamaoua (11,5%), et serait récurrente dans les CSI/infirmes, comparés aux autres catégories de formation sanitaire. (HHFA)

Concernant l'incinération des déchets à ciel ouvert à l'intérieur de la FOSA, 24,6% des formations sanitaires évacuent leurs déchets dans une fosse ou sur un sol protégé, 5% par un brûleur en brique et 10,3% à même le sol. Parlant des décharges sans incinération à l'intérieur de la FOSA, 81,2% des FOSA évacuent leurs déchets dans des boîtes de sécurité, 13,2% dans des fosses ouvertes sans protection, 6,2% dans des sacs plastiques, 6,5% stockés dans une fosse couverte ou latrines à fosse, 3,3% dans un sol couvert ou une fosse et 2,0% dans un sol plat n'ayant pas de protection. (HHFA)

4.1.1.3 Amélioration des soins cliniques

a- Mesure d'amélioration de la qualité

L'analyse a révélé que seulement 50,3% des FOSA avaient un poste dédié à la qualité. Ce pourcentage était encore plus bas dans les FOSA de catégories 4, 5, 6 et chez les privés confessionnels. Dans le même ordre d'idée, 55% des FOSA ne disposaient pas d'un comité de qualité. Cependant, 83% des FOSA affirmaient mettre en œuvre des initiatives d'amélioration et de mesure de la qualité. Les initiatives les plus récurrentes étaient les formations continues, les supervisions, les évaluations. 60% des FOSA affirment participer à la recherche et parmi elles, 72% affirment utiliser régulièrement la recherche et les preuves pour guider les soins cliniques. 75% des FOSA font l'objet d'une évaluation externe parmi lesquelles 78% le font de façon obligatoire. Par ailleurs, la quasi-totalité (95%) des structures de dialogue proposent des mesures pour améliorer la qualité de service et d'accueil. Elles utilisent les rapports d'analyse des maladies dépistées à l'hôpital venant de la communauté afin de mener des interventions dans la communauté et contribuent à la promotion des activités sanitaires, à la promotion dans la communauté. En effet, les structures de dialogue tiennent des réunions à fréquence variée (mensuelles, semestrielles, annuelles ou extraordinaires) ; ces réunions peuvent être avec d'autres parties prenantes aux Interventions Sous Directives Communautaires telles que : DRSP, DS, AS, FOSA, CTD, ASCP, OBC/OSC, communauté, PTF, Chefs traditionnels. La plupart des structures de dialogue (75%) documentent et transmettent leurs rapports d'activités ; cependant, 32,5% ne font pas le suivi-évaluation des FOSA. Dans l'ensemble, les structures de dialogue font des supervisions des interventions sous directives

communautaires (ISDC) et sont outillées pour leurs fonctions. La plupart sont formés après la prise de fonction. Des résultats de l'enquête réalisée auprès des OBC/OSC, il ressort que 87,5% des OBC/OSC disposent d'un système qualité mettant en exergue le suivi et évaluation continus de l'offre des services. Selon la majorité (87,5%), les acteurs externes à l'organisation (patients/bénéficiaires, autres communautaires, district...) sont activement impliqués dans les activités de management de la qualité. Dans 75% de ces organisations, les initiatives d'amélioration de la qualité terminées ou en cours sont documentées. (Evaluation rapide)

La plupart des partenaires (94%) ont intégré des aspects de la qualité dans les activités/interventions prévues dans leur plan d'action en cours. Cependant, la moitié ne dispose pas d'un programme ou service chargé des questions de qualité des services. Les différents partenaires ont émis des suggestions concernant le processus de la gestion de la qualité dans le pays, il s'agit entre autres de: l'élaboration d'un cadre d'orientation pour la gestion de la qualité des soins, la mise en place d'une plateforme d'échanges entre le MINSANTE et les PTF impliqués dans la qualité, la capitalisation des initiatives mises en œuvre et leurs appropriations par le MINSANTE, la création d'un comité de la qualité comprenant les services et organisme concernés, la définition claire les objectifs et le processus de mise en œuvre, l'assignation des rôles et responsabilités ainsi que les différents niveaux d'application dans la pyramide sanitaire, la description des étapes des évaluations, le renforcement des plateaux techniques, le recrutement d'un personnel bien formé, l'unification des protocoles sur le plan national, l'organisation de la formation continue du personnel.(Enquête des partenaires).

b- Formation

85% des FOSA affirment assurer des formations continues pour le personnel clinique. Ce chiffre descend à 75% lorsqu'on s'intéresse aux FOSA privées laïques. Seulement 71% des FOSA ont un personnel formé à la qualité des soins et 78% à la PCI tandis que 75% des FOSA ont un point focal PCI. (Evaluation rapide)

c- Offres de soins et de services

99,4% des FOSA disposant d'un service de vaccination ont des boîtes de sécurité ; plus de 98% disposent de seringues autobloquantes 0,5ml et de porte-vaccin ; 97,7% disposent d'un accumulateur de froid et plus de 85% disposent de seringues de dilution 2 ml et 5 ml. Dans l'ensemble, plus de deux formations sanitaires sur cinq ne disposent

pas d'une salle de travail où les femmes peuvent séjourner avant l'accouchement. Le nombre moyen de décès des femmes en couche par FOSA du pays au cours du dernier trimestre de l'année 2017 est de 0,3. ? Pour ce qui est des accouchements instrumentés (ventouse et forceps), les formations sanitaires du Sud-Ouest (42%) et de l'Adamaoua (28,2%) sont les mieux dotées à l'inverse des strates de l'Ouest (1,4%), du Centre hors Yaoundé (4,8%), de Douala (5,2%), du Littoral hors Douala (5,8%) et de Yaoundé (7,0%) qui sont les moins bien dotées. Enfin concernant les réanimations du nouveau-né avec masque et ballon, les formations sanitaires de l'Extrême-Nord (73,6%) et du Sud-Ouest (53,0%) sont les mieux dotées, suivies de celles de Douala (47,9%) et de l'Adamaoua (47,7%). Par contre, les FOSA de l'Ouest (8,9%) et du Sud (16,9%) offrent le moins ce type de soins. A l'échelle nationale, la proportion d'utilisation de la technique de biologie moléculaire pour l'évaluation de la charge ou diagnostic précoce du VIH chez l'enfant sur site ou hors site est de 1,7%. Seules 56 FOSA ont été répertoriées lors de l'enquête, sur un total de 667 FOSA (soit à peine 8%) qui effectuent les différents examens de dépistage de la tuberculose. (HHFA).

La plupart des FOSA disposent des bâtiments offrant un abri suffisant contre les éléments (lesquels) 93%, d'une salle d'accueil 91%, d'une salle d'isolement 62%. 97% réfèrent les patients vers d'autres FOSA, 58% ont à disposition un moyen de transport pour les références. (Evaluation rapide).

d- Protocoles nationaux

La quasi-totalité des FOSA enquêtées (99,4%) déclarent diagnostiquer le paludisme quels que soient la région, le statut et le type de FOSA. Il en est de même du Test de Diagnostic Rapide (TDR) qui est pratiqué dans 90,4% des FOSA. Par contre, 81,6% des FOSA ont déclaré utiliser les symptômes cliniques comme méthodes de diagnostic du paludisme et 66,7% de FOSA recourent à la microscopie (goutte épaisse/Frottis) pour diagnostiquer le paludisme.

Le traitement des malades souffrant de la tuberculose n'est pas toujours ne s'effectue pas toujours le jour même du diagnostic. En effet, seulement 20,4% des patients ont reçu le traitement antituberculeux le jour même du diagnostic. Il ressort que le respect du dosage des ACT en cas de paludisme simple n'est pas généralisé (70,4 %) ; dans les régions du Nord et du Centre, on note les proportions plus élevées de dosages des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) non

conformes aux directives nationales soit 90 % pour le Nord et 56,5 % pour le Centre. (HHFA)

Sur le plan du respect des procédures, les personnels dans 97% des FOSA ont accès aux directives cliniques pour les affections courantes, parmi lesquels seulement 87% suivent systématiquement ces directives. (Evaluation rapide).

e- Equipements essentiels pour les FOSA

Les FOSA enquêtées disposent en moyenne en leur sein de 12,7 lits pour les patients, avec en moyenne 8,9 lits pour l'hospitalisation, près de 2,7 lits pour la maternité et 1,7 lits pour l'observation. Les HD et militaires ont le plus grand nombre moyen de lits disponibles pour les patients, soit près de 55 lits, contre 10 lits pour les CSI/Infirmieries et 13 lits pour les cliniques/cabinets médicaux/autres et 22 lits en moyenne au niveau d'une CMA.

Plusieurs équipements sont moins présents dans l'ensemble des FOSA : le concentrateur d'oxygène (15,4%), le masque à ballon pour la réanimation du nouveau-né (30,3%) et la balance enfant/accroché (31,3%). Dans les régions du Sud et de l'Ouest, le masque à ballon pour la réanimation du nouveau-né est présent respectivement dans 19,1% et 11,3% des cas. Le concentrateur d'oxygène quant à lui fait défaut dans les formations sanitaires du Nord (seulement 0,4% en disposent).

En ce qui concerne le matériel de stérilisation, 39,8% de FOSA disposent d'un stérilisateur à chaleur sèche/Poupinel, 32,7% utilisent une casserole ou récipient servant à bouillir le matériel (32,7%) et 23,4% disposent d'un autoclave. (HHFA)

4.1.1.4 Mobilisation et autonomisation du patient, de la famille et de la communauté

a- Engagement communautaire

Parmi les fonctions régaliennes des ASCP, il y a entre autres la visite des ménages, la participation aux réunions des autres acteurs. On note que la quasi-totalité des ASCP (97,2%) participent aux réunions des autres acteurs ; bénéficient des renforcements de capacités ; réalisent des activités de promotion de la santé sur l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation équilibrée, l'hygiène des mains et de l'environnement, l'utilisation des MILDA, l'utilisation des services de vaccination, CPN et CPON, le planning familial, la vaccination, le don de sang ; recherchent les enfants mal nourris...etc.

En effet, les ASCP mènent les activités de prévention auprès des ménages sur les maladies. La plupart enregistrent tous les enfants de 0-11 mois dans sa communauté, enregistrent tous les cas des IRA/ diarrhée/ paludisme simple, dispose du carnet de référence / contre référence, utilisent la fiche de suivi de consommation journalière des médicaments, disposent des outils de collecte des données, transmettent le rapport mensuel à la FOSA de rattachement.

Dans l'ensemble, 66,7% des ASCP perçoivent une motivation. La moitié (52,8%) a déjà reçu la motivation financière issue des médicaments vendus. Par ailleurs, 16,7% des ASCP n'ont pas été supervisés au cours des trois derniers mois. (Evaluation rapide)

De façon générale, les communautés sont diversement impliquées dans la gestion des formations sanitaires. L'exploitation des données montre que 46,5% des FOSA disposent d'un COGE. Selon les régions, plus de 50% des FOSA disposent d'un COGE, excepté dans la région du Sud où seulement 39,3% de FOSA disposent d'un COGE et dans les villes de Douala avec 15,3% et de Yaoundé avec 18,1%. (HHFA)

b- Evaluation externe /Incidents et plaintes

Il existe des systèmes moyens tels que les boîtes à suggestions, les lettres au MINSANTE, les réseaux sociaux et le numéro vert qui permettent aux patients et au public de se plaindre et de demander réparation. La plupart des patients (92,9%) sont au courant et les utilisent. Il existe un processus en place permettant aux communautés locales de fournir des commentaires sur les problèmes liés aux services des soins de santé à travers les structures de dialogue et les associations locales.

c- Enquête communautaire

On constate que 62,5% des organisations (OBC/OSC) disposent des intrants pour mener leurs activités parmi lesquelles 90% ont des ruptures d'intrants. Les résultats de l'enquête effectuée chez les bénéficiaires révèlent que pour la majorité des bénéficiaires enquêtés (94,4 %), la FOSA la plus proche est facilement accessible et que la qualité des soins reçus dépend du type de FOSA.

Par ailleurs, la majorité soit 66,7% préfèrent les structures sanitaires publiques. La tarification pratiquée au sein des FOSA est à la portée de la plupart des

bénéficiaires (80,6%) mais seulement 69% sont prêts à payer plus pour bénéficier des soins de qualité.

Le concept « Un soin de qualité » est perçu pour certains comme un soin qui permet de régler le problème ponctuel que présente le patient ; pour d'autres c'est un soin gratuit ; il y en a qui pensent que cela correspond à un soin coûteux ; selon les autres c'est un bon accueil par le personnel de santé, accueil et suivi du patient.

Concernant les services rendus par le personnel médical durant les douze derniers mois, 47,2 % des répondants ont bien apprécié, peu ont apprécié très bien (25%) et 27,8 % les ont trouvés passable ; ceci reflète également la qualité de la relation bénéficiaire et personnel de l'hôpital. La majorité des bénéficiaires (86,1%) ont affirmé être bien accueillis et bien orientés par le personnel de santé. 11,1% des bénéficiaires trouvent que les procédures (circuit, orientation) sont complexes et 22,2% pensent que les délais et les formalités dans la FOSA sont complexes. Selon 77,8% des bénéficiaires, les personnels de santé sont bien identifiés. Seulement 27,8% n'ont pas trouvé les médicaments dans la pharmacie de la FOSA. Pour la majorité (88,9%), la FOSA était propre et disposait de toilettes propres et fonctionnelles. 83,3% des bénéficiaires ont déclaré que toutes les prestations sont payées à la caisse.

En outre, le patient est impliqué dans le choix thérapeutique dans seulement 47,2% des cas. 11,1% ont affirmé avoir été victime d'un manque de confidentialité. Cependant, 91,7% ont une satisfaction globale par rapport aux soins administrés. 55,6% des bénéficiaires ont déjà entendu parler de la Couverture Santé Universelle (CSU) mais seulement 33,3% ont une idée des paquets de soins de la CSU.

La plupart soit 80,6% bénéficient des services des ASCP relativement à la promotion de la santé, la prévention, la dispensation des médicaments, la réhabilitation, les Visites A Domicile (VAD). 47,2% apprécient bien, 30,6% très bien, pour 5,6% c'est passable et le reste est neutre (16,6%). De plus, seulement 38,9% des bénéficiaires connaissent les OBC/OSC dans leur aire de santé. Il ressort que la majorité des bénéficiaires (80,6%) prennent part aux campagnes de santé qu'organise le MINSANTE (vaccination, déparasitage...), le reste n'y prend pas part pour de multiples raisons : certains ont affirmé qu'ils sont en déplacements très souvent, être absents à la maison en journée ; d'autres ont dit ne pas être intéressés.

4.1.1.5 Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Pour surveiller en permanence les performances des FOSA, on s'appuie essentiellement sur les supervisions, le Rapport Mensuel d'Activité (RMA), le système de surveillance des informations sanitaires.

Suivant l'évaluation rapide de la qualité des soins dans les FOSA, La collecte des données se fait de façon électronique et papier manuscrite. 96% des FOSA disposent d'un poste de gestionnaire des données (seulement 67% dans les structures du MINDEF) et dans 84% de ces FOSA les données collectées sont utilisées pour l'évaluation de la qualité des soins en interne. Cependant il n'existe pas des indicateurs définis au niveau national pour le suivi de la qualité des soins et des services de santé. 60% des FOSA affirment participer à la recherche et parmi elles, 72% affirment utiliser régulièrement la recherche et les preuves pour guider les soins cliniques. La plupart des OBS/OSC (65,6%) ont affirmé que leur organisation transmet les données dans le SNIS.

5 JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DE LA STRATEGIE DE QUALITE DES SERVICES DE SANTE

S'inscrivant dans les ODD, un des engagements relatifs à la santé au Cameroun est d'assurer la CSU pour sa population. La CSU consiste à : « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ».

Malgré les efforts fournis par le gouvernement pour l'amélioration de la santé de la population, plusieurs difficultés sont présentes telles que : l'inaccessibilité géographique, la faible demande de services, le retard dans la prestation des soins, le faible respect des protocoles cliniques et les coûts supportés par les individus ; le refus de l'enrôlement des usagers. Celles-ci contribuant à des pertes supplémentaires de performance du système de santé, avec un impact cumulatif négatif sur la santé des individus. Les données de l'analyse de la situation ont démontré les faiblesses du système de santé relatives à la qualité des soins et services.

Afin d'améliorer la qualité des soins et services, le MINSANTE avec le soutien des partenaires s'est résolument engagé à définir une stratégie claire d'assurance qualité des services.

CHAPITRE II- CADRAGE POLITIQUE

6 VALEURS, PRINCIPES, VISION, MISSION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE

6.1 Valeurs

La politique nationale relative à la qualité des soins et des services mettra en lumière l'intégrité ; le respect de la personne ; l'autonomie professionnelle ; la compétence professionnelle ; l'excellence des soins ; la collaboration professionnelle et l'humanité.

6.2 Principes

Les principes directeurs suivants conduisent la mise en œuvre de la présente stratégie :

- **L'appropriation nationale** : maîtrise du développement sanitaire et du système de santé nécessitant une expérience probante et un fort leadership ;

- **La décentralisation** : transfert de compétences, de pouvoir, et des ressources aux services techniques déconcentrés et aux collectivités territoriales décentralisées ;
- **L'équité** : forme d'égalité ou d'impartialité des traitements en matière de santé ;
- **La couverture santé universelle** : accès à des services de santé de qualité sans avoir à souffrir de difficultés financières indues ;
- **La bonne gouvernance et l'implication de tous les secteurs**: bonne gestion à tous les niveaux, coalitions, réglementations, incitations et redevabilité appropriées, coordination de la planification opérationnelle en impliquant tous les acteurs du développement sanitaire.

6.3 Vision

La vision de la Politique relative à la qualité des soins et des services au Cameroun découle de la vision 2035 du Président de la République: **“le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales avec la pleine participation des communautés”**.

6.4 Mission

La mission de la politique nationale de qualité est de définir un cadre adapté pour la mise en place des soins et des services de qualité aux patients, assurant ainsi leur sécurité et leur plus grande satisfaction.

6.5 But

Le but de cette politique est de contribuer à créer les conditions pour que tout individu vivant au Cameroun, sans aucune distinction, ait accès à des services de santé capables de le satisfaire sur les plans physique, mental et social, et ceci dans un environnement dans lequel le prestataire s'épanouit et utilise tout son potentiel.

6.6 Objectifs

6.6.1 Objectif général

L'objectif général est de fixer les repères de la qualité des soins, et des services de santé au Cameroun pour permettre une offre de soins techniquement valable, répondant aux besoins de la population dans les formations sanitaires publiques et privées, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6.6.2 Objectifs spécifiques (Stratégiques)

Les objectifs spécifiques de la politique nationale de la qualité des soins et des services de santé sont les suivants :

- Renforcer la gouvernance, la gestion et le leadership des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Développer un mécanisme harmonisé de mise en œuvre des changements visant l'amélioration continue de la qualité des services;
- Renforcer en quantité et en qualité les infrastructures, les équipements et les ressources humaines dans les structures de prestation des services de santé ;
- Mettre en place un cadre de redevabilité des formations sanitaires concernant la qualité des soins ;
- Définir un mécanisme de surveillance de la démarche qualité des soins et des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

CHAPITRE III- STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE QUALITE DES SOINS, DES SERVICES DE SANTE

7 INTERVENTIONS STRATEGIQUES

L'atteinte du but visé par le MINSANTE souligne le rôle de ce dernier en tant que structure soucieuse de la couverture sanitaire universelle dans le contexte de la mise en œuvre des ODD. Pour ce faire, le MINSANTE a articulé sa stratégie autour de sept (07) axes assortis de leurs objectifs stratégiques :

7.1 Axe stratégique 1 : leadership et gouvernance

7.1.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2024, la structure nationale de leadership pour la qualité des soins dans les services de santé est renforcée au moins à 50%.

7.1.2 Objectif stratégique 2

D'ici 2024, le document de politique et stratégie nationale relatif à la qualité des soins est élaboré à 100%.

7.2 Axe stratégique 2 : politique et Conformité

7.2.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2024, élaborer l'ancrage juridique de la qualité des soins et des services de santé à 100 %.

7.2.2 Objectif stratégique 2

D'ici 2024, élaborer l'ancrage institutionnel de la qualité des soins et services de santé à 100 %.

7.3 Axe stratégique 3 : amélioration de la qualité des soins et services de santé dans les formations sanitaires

7.3.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2026, accélérer la mise en œuvre des améliorations de la qualité des soins et des services de santé dans 50% des formations sanitaires.

7.3.2 Objectif stratégique 2

D'ici 2026, améliorer l'offre de soins et des services de santé dans 50 % des formations sanitaires.

7.4 Axe stratégique 4 : ressources humaines

7.4.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2026, renforcer les capacités des acteurs sur la qualité des soins et des services de santé dans 50% des formations sanitaires.

7.4.2 Objectif stratégique 2

D'ici 2026, faciliter l'apprentissage et la formation continue sur la qualité des soins et des services de santé dans 50% des formations sanitaires.

7.5 Axe stratégique 5 : redevabilité des formations sanitaires

7.5.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2025, élaborer un mécanisme de redevabilité des formations sanitaires sur la qualité des soins et services des soins à 100 %.

7.5.2 Objectif opérationnel 2

D'ici 2026, démarrer la certification pilote dans 50% des formations sanitaires.

7.6 6.6. Axe stratégique 6 : surveillance de la qualité des soins et des services de santé

7.6.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2026, élaborer les indicateurs de suivi de la qualité des soins et des services de santé à 100 %.

7.6.2 Objectif stratégique 2

D'ici 2026, faire le suivi des indicateurs de la qualité des soins et des services de santé dans 50 % des formations sanitaires.

7.7 Axe stratégique 7 : renforcement de la participation communautaire

7.7.1 Objectif stratégique 1

D'ici 2024, assurer la mise en œuvre de la stratégie de Communication pour le Changement Social et de Comportement sur la qualité des soins au sein du système de santé à 50 %.

7.7.2 Objectif stratégique 2

D'ici 2026, mettre en œuvre des interventions centrées sur le patient (patient expert) et la famille pour la promotion de la qualité des soins et des services de santé dans 50 % des formations sanitaires.

8 CADRE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

Le Ministère de la Santé Publique, soucieux de se conformer aux standards de bonne gouvernance a adopté l'approche de gestion basée sur les résultats. Ainsi, le cadre de résultats se focalise sur la performance et l'atteinte des résultats espérés et traduit le plus haut niveau d'efforts que peut produire le secteur.

Tableau 2 :

DRAFT

| INTERVENTIONS | ACTIVITES | RESPONSABLES | CHRONOGRAMME | | | | | APPROCHE DE MISE EN OEUVRE | Indicateurs de suivi (source de vérification objective) |
|--|--|-------------------|--------------|------|------|------|------|----------------------------|---|
| | | | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | | |
| Axe stratégique N°1. : Leadership et Gouvernance | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique 1.1. : D'ici fin 2024, la structure nationale de leadership pour la qualité des soins dans les services de santé est renforcée au moins à 50%. | | | | | | | | | |
| 1.1.1. Renforcer et rendre fonctionnelles les structures de leadership et gouvernance nationale de la qualité des soins de santé et services de santé | 1.1.1.1. Mise en place ou renforcement d'un comité de pilotage multipartite pour l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé | MINSANTE | | | | | | Réunions | |
| | 1.1.1.2. Mise en place ou renforcement d'un groupe de travail ministériel pour le suivi de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé | MINSANTE/D RSP/DS | | | | | | Réunion | |
| | 1.1.1.3. Mise en place d'un mécanisme de liaison fonctionnel sur les questions de qualité sur le plan national | MINSANTE | | | | | | Réunions | |
| | 1.1.2.1. Création des comités fonctionnels de | | | | | | | Réunions | |

| | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|
| | qualité des soins au sein des équipes de gestion des régions et des districts avec des représentants de des structures de dialogue | | | | | | | |
| | 1.1.2.2. Création et Renforcement des capacités dans les hôpitaux et les établissements de santé des comités relatifs à la qualité des soins et services de sante | | | | | | Réunions / Ateliers | |
| | 1.1.2.3- Désignation dans les FOSA d'un point focal, membre du comité, dédié uniquement au suivi de la qualité des soins et des services travaillant en étroite collaboration avec le responsable de la structure. | FOSA | | | | | Note de Service de Désignation | |
| 1.1. Renforcer et rendre fonctionnel les structures de gouvernance vis-à-vis des partenaires pour la qualité des soins et services de santé | 1.1.3.1 Réalisation de la Cartographie des partenaires de la qualité a tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | MINSANTE DRSP DS PTF | | | | | Réunions / Atelier | |
| | 1.1.3.2 Mobilisation des partenaires pour la mise en | MINSANTE | | | | | Réunions | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|----------------------|--|
| | œuvre du plan opérationnel national de la qualité | | | | | | | |
| Objectif stratégique 1.2 : D'ici fin 2024, le document de politique et stratégie nationale relatif à la qualité des soins et services de santé est élaboré. | | | | | | | | |
| 1.2.1 Élaborer les documents de politique et stratégie nationales relatifs à la qualité des soins et services de santé | 1.2.1.1 Élaboration d'un document de Politique et de Stratégie (avec des objectifs) pour améliorer la qualité des soins et des services de santé | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | |
| | 1.2.1.2 Élaboration d'un plan opérationnel national de la qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | Réunions. / Ateliers | |
| 1.2.2 Développer une stratégie nationale de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour la qualité | 1.2.2.1. Elaborer un document de plaidoyer national, et de mobilisation des ressources (cible et analyse des parties prenantes et de leur niveau d'influence) sur la qualité des soins et des services de santé (<i>Fact-sheet</i>) | MINSANTE | | | | | Réunions | |
| | 1.2.2.2. Susciter l'engagement de toutes les parties prenantes (Publique, Privée, PTF, société civile) pour la mise en œuvre du plan national de la qualité | MINSANTE | | | | | Réunions | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|--|--|---------------------|--|--|
| | des soins et services de santé | | | | | | | | |
| Axe stratégique N°2. : politique et conformité | | | | | | | | | |
| Objectif Stratégique 2.1 : Fin 2024, définir le cadre juridique et institutionnel de régulation de la qualité des soins et des services de santé | | | | | | | | | |
| 2.1.1 Actualiser le cadre juridique et réglementaire en matière de qualité des soins et services de santé | 2.1.1.1 Réalisation d'un état des lieux des textes réglementaires en matière de qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | | |
| | 2.1.1.2 Elaboration et validation des textes réglementaires manquants en matière de qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | | |
| | 2.1.1.3 Production, formation/ sensibilisation et dissémination d'un recueil des textes réglementaires sur la Qualité des Soins et des Services de Santé | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | | |
| | 2.1.1.4 Rédaction du cadre juridique de fermeture de structures non réglementaires | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|--|--|------------------------|--|--|
| | 2.1.1.5 Rédaction de cadre juridique de sanctions civiles et pénales des personnels de santé | MINSANTE | | | | | | | |
| 2.1.2 Mettre en place les structures de gouvernance | 2.1.2.1 Mise en place d'une Agence d'accréditation et de certification des FOSA en matière de qualité de soins et services de sante | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | | |
| Objectif stratégique 2.2 : Renforcement des mécanismes d'accréditation et de certification | | | | | | | | | |
| 2.2.1 Ouverture et fermeture des FOSA | 2.2.1.1 Mettre à jour les procédures de création et d'ouverture des FOSA publiques et privées | MINSANTE | | | | | Réunions | | |
| | 2.2.1.2 Renforcer le cadre de collaboration avec les autorités juridiques compétentes | MINSANTE | | | | | Réunions | | |
| | 2.2.1.3 Mettre régulièrement à jour la carte sanitaire a tous les niveaux de la pyramide sanitaire | MINSANTE | | | | | Reunions | | |
| 2.2.2 Responsabilité individuelle (promouvoir les bonnes pratiques) | 2.2.2.1 Mettre en place les mécanismes de dénonciation des personnels de santé qui ne respectent pas les normes de qualité | MINSANTE | | | | | Réunions | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--------------------------|-------|
| | dans l'offre des soins et services de santé | | | | | | | |
| | 2.2.2.3 Mettre en place des mécanismes visant à réduire les paiements directs entre le soignant et le soigné en dehors des caisses de la FOSA | MINSANTE | | | | | Réunion mission contrôle | et de |
| Axe stratégique N°3 : Amélioration de la qualité des soins et des services de santé | | | | | | | | |
| Objectif stratégique 3.1 : D'ici 2026, accélérer la mise en œuvre des interventions d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans au moins 50% des FOSA. | | | | | | | | |
| 3.1.1 Adapter et diffuser les normes de soins et services de sante | 3.1.1.1 Compilation et révision des normes et protocoles nationaux de qualité des soins et services de sante | Ordres professionnels Sociétés savantes DOSTS FOSA | | | | | Réunions / Ateliers | |
| | 3.1.1.2 Dissémination des normes et protocoles nationaux ainsi que leurs outils de pratique à toutes les parties prenantes concernées | MINSANTE DRSP DS | | | | | Réunions | |
| | 3.1.1.3 Intégration des normes et protocoles nationaux dans les outils et | DRSP DS | | | | | Réunions | |

| | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------|--|--|--|--|--------------|--|
| | usages de pratiques quotidiennes | FOSA | | | | | Ateliers | |
| 3.1.2. Recenser, capitaliser et appuyer la mise à échelle des interventions d'amélioration de la qualité dont des pilotes ont déjà été réalisées sur le terrain, en collaboration avec les CTD et les PTF (Chèque Santé, Challenge Qualité des FOSA, approche de mentoring des sages-femmes pour l'amélioration de la PEC de la femme enceinte.... etc) | 3.2.2.1. Elaboration et diffusion des interventions d'amélioration nationale de la qualité, en s'appuyant sur les interventions d'amélioration de la qualité de l'OMS dans 4 domaines (système favorable à la qualité, sécurité des patients et réduction des risques, amélioration des soins cliniques, engagement et autonomisation des patients, familles et communautés) | MINSANTE | | | | | Réunions | |
| | 3.2.2.2. Évaluation de la situation de la qualité des soins et services de santé et identification des écarts de qualité sur la base des normes nationales de soins | MINSANTE | | | | | | |
| | 3.2.2.3. Mise en place d'un plan d'amélioration continu basé sur les résultats de l'évaluation | MINSANTE DRSP DSFOSA | | | | | Supervisions | |
| | 3.2.2.4 . Elaboration d'un guide de - bonnes pratiques | MINSANTE | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|
| | sur la Qualité des Soins et services de sante | | | | | | | |
| | 3.2.2.5 . Production, formation et dissémination du guide des meilleures pratiques d'interventions d'amélioration de la qualité des soins et services de santé dans le pays | MINSANTE | | | | | Réunions Missions de terrains | |
| Objectif stratégique 3.2. : D'ici 2026, améliorer la qualité de l'offre des soins et services de santé dans au moins 50 % des FOSA. | | | | | | | | |
| 3.2.1. Développer, renforcer et maintenir les capacités cliniques et de gestion pour soutenir l'amélioration de la qualité des soins et services de santé | 3.2.1.1. Élaboration, validation, production, formation, et diffusion des procédures opérationnelles standards (POS) de la qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers Missions de terrains | |
| | 3.2.1.2. Planification et mise en œuvre des réunions mensuelles (institutionnalisation de ce point lors de la réunion mensuelle du district) pour l'apprentissage participatif sur l'amélioration de la qualité des soins et services de santé aux niveaux du | MINSANTE | | | | | Réunions / Ateliers | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------|--|--|--|--|--------------------------------|----|
| | district, des FOSA et de la communauté | | | | | | | |
| | 3.2.1.3. Renforcement des infrastructures, des équipements dans les structures de prestation des services de santé en fonction du PMA/PCA | MINSANTE | | | | | Missions terrain Réunions | de |
| 23.2.2. Mettre en œuvre des interventions d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé | 3.2.2.1. Identification d'un ensemble d'interventions d'amélioration de la qualité efficaces et évolutives et extension de la mise en œuvre dans les FOSA | MINSANTE | | | | | | |
| | 3.2.2.2. Adaptation (imprégnation, connaissances) d'un paquet de changement dans le contexte de décentralisation. | MINSANTE DS | | | | | Missions terrain / Réunions | de |
| | 3.2.2.3. Fourniture des ressources et d'un soutien technique pour mettre en œuvre le programme de changement dans les DS | MINSANTE | | | | | Réunions | |
| Axe stratégique N°4. : Ressources humaines | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Objectif stratégique 4.1 d'ici 2026, faciliter l'apprentissage et la formation continue des professionnels de santé sur l'approche qualité des soins et services de santé à 75% | | | | | | | | |
| 4.1.1. Renforcer les capacités des ressources humaines sur les soins et services de santé de qualité | 4.1.1.1. Intégration de l'approche de la qualité des soins et des services dans les curricula de formation de base | MINSANTE MINSUP MINEFOP MINESUP | | | | | | |
| | 4.1.1.2. Élaborer un Référentiels des compétences en matière de des soins et services de santé de Qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | MINSANTE ANOR | | | | | | |
| | 4.1.1.3. Identification et cartographie des besoins en renforcement de compétence des professionnels de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | MINSANTE MINESUP MINTSS | | | | | | |
| | 4.1.1.4. Création d'un organe national de gestion de la qualité des soins et services de santé et désignation d'un responsable en charge de cet organe pour coordonner | MINSANTE | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | et soutenir un réseau national d'apprentissage | | | | | | | |
| | 4.1.1.5 Établissement et d'un réseau de soutien de l'apprentissage collaboratif entre les établissements de santé et les districts pour un partage d'expériences sur la pratique de la qualité des soins et services de sante | MINSANTE DRSP DS FOSA | | | | | | |
| | 4.1.1.6. Favoriser la Formation continue, communication, et avec le personnel de santé, les responsables des établissements de soins et les décideurs sur la qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | | |
| 4.1.2 Développer un réseau de formation digitale | 4.1.2.1 <i>Appui</i> au développement des approches d'apprentissage en ligne pour la formation initiale et continue des personnels de santé au management de la qualité. | MINSANTE | | | | | | |
| | 4.1.2.2 Garanti de l'accès aux ressources nationales et internationales sur la qualité des soins et services | MINSANTE CIS | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | de santé grâce à un site Web dédié à la qualité des soins | | | | | | | | |
| | 4.1.2.3 Établissement et soutien des réseaux d'apprentissage virtuels, présents et des communautés de pratique aux niveaux national, régional et de district | MINSANTE CIS | | | | | | | |
| Objectif stratégique 4.2 : D'ici 2026, faciliter l'apprentissage et la formation continue sur la qualité des soins et des services de santé dans au-moins 50% des FOSA. | | | | | | | | | |
| 4.2.1 Développer et renforcer des mécanismes pour partager les connaissances à travers un réseau d'apprentissage | 4.2.1.1 Identification et formation des pools nationaux, régionaux et de districts d'experts en amélioration de la qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | | | |
| | 4.2.1.2 Établissement ou renforcement d'un centre de ressources national, avec des outils pour améliorer les capacités des prestataires et des gestionnaires sur l'amélioration de la qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|--|--|--|--|
| 4.2.2 Multiplier les partages d'expériences | 4.2.2.1 Produire un recueil de bonnes pratiques du terrain sur les normes et standards en qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | | |
| | 4.2.2.2 Supervision pour le renforcement de la mise en application des directives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | MINSANTE | | | | | | |
| Axe stratégique N°5. : Redevabilité des FOSA | | | | | | | | |
| Objectif stratégique 5.1 : D'ici 2025, élaborer un mécanisme de redevabilité des FOSA sur la qualité des soins et services de santé à 100 %. | | | | | | | | |
| 5.1.1 Etablir et rendre fonctionnel un cadre national et des mécanismes de responsabilisation/redevabilité en matière de qualité des soins et services de sante | 5.1.1 Etablir et rendre fonctionnel un cadre national et des mécanismes de responsabilisation/redevabilité en matière de qualité des soins et services de sante | FOSA | | | | | | |
| | 5.1.1 Etablir et rendre fonctionnel un cadre national et des mécanismes de responsabilisation/redevabilité en matière de qualité des soins et services de sante | FOSA | | | | | | |
| | 5.1.1.3 Engagement des ressources et prise des | MINSANTE | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | décisions pour résoudre les problèmes | | | | | | | |
| | 5.1.1.4 Organisation des évaluations indépendantes périodiques des progrès pour une validation régulière des bonnes pratiques en matière de qualité des soins et services de sante | MINSANTE | | | | | | |
| | 5.1.1.5 Mise en place d'un mécanisme d'accompagnement des FOSA privées laïc et confessionnelles à la régularisation en matière de qualité des soins et services de santé | MINSANTE | | | | | | |
| 5.1.2 Établir et rendre fonctionnel un cadre national de mécanisme de récompenses et de sanctions (négatives) | 5.1.2.1 Mise en place d'un mécanisme d'identification et de soumission de tout acte de bravoure ou de manquement grave de personnel/ structure de santé à la signature du chef de département | MINSANTE Ordres professionnels | | | | | | |
| | 5.1.2.2 Mise en place d'un système de fidélisation au poste pour lutter contre les déserts médicaux | MINSANTE MINFOPRA MINFI | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|--|--|--|--|-------------------------|
| Objectif stratégique 5.2 : D'ici 2026, démarrer la certification pilote dans 50% des FOSA. | | | | | | | | |
| 5.2.1 Mettre sur pied les organes de pilotage de certification | 5.2.1.1 Mise en place d'une commission adhoc de certification | MINSANTE | | | | | | Réunions / Ateliers |
| | 5.2.1.2 Elaboration des outils et instruments de régulation | MINSANTE | | | | | | Réunions / Ateliers |
| | 5.2.1.3 Elaboration des outils du responsable en charge de la certification | MINSANTE | | | | | | Réunions / Ateliers |
| 5.2.2 Mettre sur pied une démarche de certification des FOSA | 5.2.2.1 Elaboration du guide de certification des FOSA et de tous les autres outils y afférent | MINSANTE | | | | | | Réunions / Ateliers |
| | 5.2.2.2 Diffusion-à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des outils de certification des FOSA | MINSANTE | | | | | | Réunions / Ateliers |
| | 5.2.2.3 Evaluation de la qualité des soins et services à travers une grille intégrée | MINSANTE | | | | | | Réunions / Supervisions |
| Axe stratégique N°6. : Surveillance de la qualité des soins et des services de santé | | | | | | | | |
| Objectif stratégique 6.1 : D'ici 2026, élaborer les indicateurs de suivi de la qualité des soins et des services de santé à 100 %. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|--|--|--|--|----------|--|
| 6.1.2 Développer ou renforcer les systèmes de collecte et d'analyse afin de faciliter leur utilisation pour l'amélioration des soins et services de sante | 6.1.1.1 Mettre en place des procédures de mise à jour régulière des indicateurs | MINSANTE | | | | | | | |
| | 6.1.2.1 Renforcement des capacités des acteurs de la pyramide sanitaire sur la collecte, la synthèse et l'utilisation des données | | | | | | | | |
| | 6.1.2.2 Systématisation de la collecte, la synthèse et la transmission des données, la surveillance et l'évaluation de la qualité - de celles-ci | MINSANTE | | | | | | | |
| | 6.1.2.3 Développement et utilisation d'un système de notification et d'investigation des cas de plaintes sur la qualité | MINSANTE | | | | | | | |
| Objectif stratégique 6.2 : D'ici 2026, faire le suivi des indicateurs de la qualité des soins et des services de santé dans 50 % des FOSA. | | | | | | | | | |
| 6.2.1 Analyser et synthétiser les données et les pratiques pour une base factuelle sur l'amélioration de la qualité | 6.2.1 Analyse et synthèse régulières des données pour identifier les interventions réussies | MINSANTE | | | | | | Réunions | |
| | 6.2.2.2 Identification et diffusion des meilleures pratiques et des variations | MINSANTE | | | | | | Réunions | |

| | | | | | | | | |
|--|---|----------|--|--|--|--|----------------------|--|
| | au sein et entre les districts et les régions | | | | | | | |
| | 6.2.2.3 Identification des gaps pour correction | MINSANTE | | | | | Réunions | |
| 6.2.2 Assurer une communication effective à travers un mécanisme de retro-information | 6.2.2.1 Partage des données clés avec le personnel des FOSA, les équipes cadres des districts et les groupes communautaires pour éclairer la prise de décision, la priorisation et la planification des utilisateurs | MINSANTE | | | | | Réunions Ateliers | |
| | 6.2.2.2 Création, mise à jour régulière et publication des tableaux de bord d'indicateurs de qualité, avec des analyses appropriées pour suivre les progrès à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | MINSANTE | | | | | Réunions | |
| | 6.2.1.3. Elaboration des rapports publics et comparatifs pour la | MINSANTE | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|-----------------------------|--|
| | transparence et la redevabilité | | | | | | | |
| Axe stratégique n°7. : Renforcement de la participation communautaire pour la qualité des soins et des services de santé | | | | | | | | |
| 7.1. Objectif stratégique : D'ici 2024, assurer la mise en œuvre de la stratégie de la Communication pour le Changement de Comportement sur la qualité des soins et services de santé au sein du système de santé à 50 %. | | | | | | | | |
| 7.1.1. Effectuer une recherche et évaluation sur les perceptions liées à la qualité des soins dans les FOSA, programmes et au sein des communautés | 7.1.1.1. Conduite d'une recherche initiale approfondie pour comprendre les expériences des bénéficiaires liées à la qualité des soins au sein des FOSA | MINSANTE | | | | | Etude CAP | |
| | 7.1.1.2. Réalisation des enquêtes de satisfaction des patients afin d'évaluer l'efficacité et la pertinence des interventions de la CCC existantes en rapport avec les bonnes pratiques en matière de qualité des soins et services de sante | MINSANTE | | | | | Revue croisées des enquêtes | |
| 7.1.2. Mobiliser la communauté pour l'amélioration de la qualité des soins | 7.1.2.1. Réalisation de la cartographie des parties prenantes et analyser leur niveau d'influence en lien avec la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | MINSANTE | | | | | Ateliers | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|-----------------------|--|
| | 7.1.2.2. Renforcement de l'engagement des communautés locales dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de CCC dans une démarche co créatrice | MINSANTE | | | | | Réunions de plaidoyer | |
| | 7.1.2.3. Renforcement de l'engagement des parties prenantes notamment les autorités locales, les leaders communautaires, les professionnels de la santé et les organisations de la société civile. | MINSANTE | | | | | Réunions de plaidoyer | |
| 7.1.3 Définir une approche multisectorielle pour l'équité dans l'offre de soins | 7.1.3.1 Mise en place d'un cadre de collaboration fonctionnelle, dynamique et inclusif, pour promouvoir une approche intégrée et genre sensible et respectueux des droits humains pour la création de la demande de soins et services de santé de qualité | MINSANTE | | | | | Réunions | |
| | | | | | | | | |
| 7.1.4. Renforcer les capacités et Formation continue des parties prenantes sur la | 7.1.4.1. Formation des acteurs clés notamment les agents de santé communautaires | MINSANTE | | | | | Ateliers | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|--|--|--|--|--|----------------------------|--|
| <p>qualité des soins et services de sante :</p> | <p>Polyvalents (ASCP), et les différents leaders communautaires issus des structures de dialogue, sur la qualité des soins et services de santé et la sécurité des patients, leurs modes de transmission et les mesures de prévention contre les infections nosocomiales.</p> | | | | | | | | |
| | <p>7.1.4.2. Renforcement des compétences des ASC en communication selon l'approche SBC des professionnels impliqués dans Polyvalents la promotion de la santé conformément aux les POS.</p> | <p>MINSANTE</p> | | | | | | <p>Atelier</p> | |
| <p>7.2. Objectif stratégique : D'ici 2026, mettre en œuvre des interventions centrées sur le patient et la communauté (patient expert) et - pour la promotion de la qualité des soins et des services de santé dans 50 % des formations sanitaires</p> | | | | | | | | | |
| <p>7.2. 1. Mener des campagnes de Sensibilisation et éducation sur la qualité des soins et services de sante</p> | <p>7.2.1.1. Organisation des campagnes de sensibilisation à travers des informations claires et précises sur la qualité des soins et susciter l'engagement des communautés de patients</p> | <p>MINSANTE</p> | | | | | | <p>Missions de terrain</p> | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|--|--|--|----------------------|--|
| | (association de PVVIH , TB club, groupe de soutien) à travers des approches comme le <i>community lead monitoring</i> (CLM). | | | | | | | | |
| | 7.2.1.2. Éducation des individus et les ménages sur l'importance des pratiques familiales essentielles sur l'hygiène personnelle, de l'hygiène alimentaire, de la vaccination et l'éducation thérapeutique. | MINSANTE | | | | | | Missions de terrains | |
| 7.2.2. Mener des activités de promotion des comportements à moindre risque | 7.2.2.1. Organisation des campagnes de sensibilisation et d'éducation des populations sur la promotion des comportements qui vont réduire le risque de survenue des maladies tel que le lavage fréquent des mains avec du savon ou l'utilisation de désinfectants, en particulier après tout contact avec des animaux ou des surfaces potentiellement contaminées. | MINSANTE | | | | | | Missions de terrain | |
| | 7.2.2.2. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|---------------------|--|
| 7.2.3. Mener des activités de communication interpersonnelle et de plaidoyer | 7.2.3.1. Organisation des discussions ouvertes et des échanges d'informations entre les individus, et les communautés sur les zoonoses et les mesures préventives. | MINSANTE | | | | | Missions de terrain | |
| | 7.2.3.2. Organisation des activités encourageant les leaders communautaires, les professionnels de la santé et d'autres influenceurs à promouvoir activement la qualité et la sécurité des patients dans l'offre de soins à tous les échelons de la pyramide sanitaire | MINSANTE | | | | | Missions de terrain | |

DRAFT

DRAFT

9 CADRE DE PERFORMANCE DU PSNAQSSS 2024-2028

Tableau 3 :

| N° | Indicateurs | Baseline | | Cible annuelle | | | | | Source de verification | |
|--|--|----------|-------|----------------|------|------|------|------|------------------------|--|
| | | Valeur | Année | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | | |
| Axe stratégique n°1: Leadership et gouvernance | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques: | | | | | | | | | | |
| 1.1: D'ici 2028, la structure nationale de leadership pour la qualité des soins dans les services de santé est renforcée et fonctionnelle au moins à 100%. | | | | | | | | | | |
| 1.2: D'ici 2028, le document de politique et stratégie nationale relatif à la qualité des soins est élaboré à 100%. | | | | | | | | | | |
| 1 | Proportion des structures de gouvernance la qualité créée | 0 | 2024 | 100% | | | | | | -Décisions portant création des structures de gouvernance de la qualité; |
| 2 | Proportion des structures ayant des acteurs formés | 0 | 2024 | 20% | 50% | 70% | 100% | | | -Rapports de formation -Rapport annuel de la qualité |
| 3 | Proportion des structures de gouvernance de la qualité fonctionnelles | 0 | 2024 | 20% | 50% | 70% | 100% | | | -Rapports d'activités de la feuille de route |
| 2 | Document de politique nationale de la qualité élaboré | 0 | 2024 | 1 | | | | | | -Document de politique disponible |
| 3 | Document de stratégie nationale de la qualité élaboré | 0 | 2024 | 1 | | | | | | -Document de stratégie disponible |
| Axe stratégique N°2. : politique et conformité | | | | | | | | | | |
| Objectif Stratégique | | | | | | | | | | |
| 2.1 : D'ici 2028, définir le cadre juridique et institutionnel de régulation de la qualité des soins et des services de santé à 100%. | | | | | | | | | | |
| 1 | textes réglementaires de la qualité élaborés et diffusés | 0 | 2024 | 100% | | | | | | -Textes réglementaires disponibles |
| | Référentiel des normes sur la qualité des soins et services élaboré et diffusé | 0 | 2024 | 1 | | | | | | -Document disponible |
| Axe stratégique N°3 : Amélioration de la qualité des soins et des services de santé | | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique | | | | | | | | | | |

3.1 : D'ici 2028, accélérer la mise en œuvre des interventions d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé dans au moins 80% des FOSA.

3.2 : D'ici 2028, améliorer la qualité de l'offre des soins et services de santé dans au moins 80 % des FOSA.

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 1 | Proportion des FOSA ayant un dispositif d'amélioration de la qualité fonctionnel | 10% | 2024 | 10% | 30% | 50% | 60% | 80% | -Rapport MINSANTE |
| 2 | Proportion des FOSA ayant amélioré la qualité des soins et services dispensés | 10% | 2024 | 10% | 30% | 50% | 60% | 80% | -Rapport MINSANTE -Grilles d'évaluation de la qualité |

Axe stratégique N°4. : Ressources humaines

Objectif stratégique

4.1 d'ici 2028, renforcer les capacités d'au moins 75% des personnels soignants et autres personnels des établissements de santé sur la qualité

4.2 : D'ici 2028, intégrer les modules de la qualité des soins et services dans 100% des curricula de formation académiques des personnels de santé.

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|------|----|-----|-----|-----|-----|---|
| 1 | Modules qualité intégré aux curricula de formation des écoles de santé | 0 | 2024 | | X | | | | -Module qualité élaboré et intégré dans les curricula |
| | Modules de la qualité pour le renforcement des capacités des personnels de santé élaboré et validé | 0 | 2024 | | X | | | | -Module qualité élaboré et validé |
| | Plateformes de formation sur la qualité des soins et services (MOOC, plateforme wiki) | 0 | 2024 | | | | X | | -Plateforme existante et fonctionnelle |
| | Proportion des personnels dont les capacités sont renforcées sur la qualité des soins et services | 0 | 2024 | 5% | 20% | 40% | 60% | 75% | -Rapport MINSANTE |

Axe stratégique N°5. : Redevabilité des FOSA

Objectif stratégique

5.1 : D'ici 2028, assurer la redevabilité d'au moins 80% des FOSA.

5.2 : D'ici 2028, certifier au moins 50 % des FOSA sur la qualité des soins et services.

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|------|-----|-----|-----|-----|------|------------------------|
| 1 | | | | | | | | | |
| | Un mécanisme de redevabilité des FOSA sur la qualité des soins et services de santé est mis en place | 0 | 2024 | | X | | | | -Mécanisme fonctionnel |
| 2 | Proportion des FOSA qui rendent compte de la mise en œuvre du plan | 0 | 2024 | 10% | 60% | 80% | 80% | 100% | Rapport MINSANTE |

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----|------|------|------|------|------|-------|---|
| | qualité aux instances de régulation et de certification | | | | | | | | |
| | Un mécanisme de certification/accréditation de la qualité des soins et services de santé est mis en place et est fonctionnel | 0 | 2024 | | X | | | | Mécanisme fonctionnel existant |
| 3 | Proportion de FOSA enrôlées dans le processus de certification/accréditation de la qualité des soins et services | 0 | 2024 | | 10% | 25% | 35% | 50 % | Rapport MINSANTE |
| Axe stratégique N°6. : Surveillance de la qualité des soins et des services de santé | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique | | | | | | | | | |
| 6.1 : D'ici 2028, rendre fonctionnel au moins 80 % des composantes du système de suivi évaluation sur la qualité prenant en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire | | | | | | | | | |
| 6.2 D'ici 2028, rendre disponible 100 % des informations sur la qualité pour la prise de décision. | | | | | | | | | |
| 1 | Pourcentage de composantes du système de suivi et évaluation sur la qualité fonctionnel | 0 % | 2024 | 20 % | 50 % | 70 % | 80 % | 80% | Rapport Minsante |
| 2 | Pourcentage de données/informations attendues disponibles pour la prise de décision | 0 % | 2024 | 50 % | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % | Rapport Minsante |
| Axe stratégique n°7. : Renforcement de la qualité des soins et des services de santé en communauté | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique : | | | | | | | | | |
| 7.1. D'ici 2028, Mettre en place un mécanisme d'évaluation de la qualité des soins et services en communautés | | | | | | | | | |
| 1 | Elaborer et valider les normes de qualité applicables aux soins de santé communautaires | 0 | 2023 | | X | | | | -Normes élaborées et validées |
| 2 | Elaborer et valider les outils d'évaluation de la qualité des soins et services en communautés | 0 | 2023 | | X | | | | -Outils d'évaluation de la qualité des soins et services en communautés élaborées et validées |
| 3 | Renforcer les capacités des acteurs communautaires à la mise en œuvre de la qualité | 0 | 2023 | | X | | | | -Rapport de formation MINSANTE |

DRAFT

**CHAPITRE IV- CADRE DE MISE EN OEUVRE ET
MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION**

10 CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Conformément aux orientations du Gouvernement, la qualité des soins sera mise en œuvre dans un environnement juridique caractérisé par la mise en application de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État relativement à la qualité et à l'efficacité de la dépense en général y inclut le secteur santé. Cette loi, entrée en vigueur en 2013, institutionnalise une budgétisation basée sur les programmes avec des objectifs clairs à atteindre au bout d'une période déterminée. Elle privilégie la performance et l'utilisation efficace et équitable des ressources publiques. Ainsi, dans un contexte économique marqué par des ressources limitées, le passage d'une logique de moyens à une logique de performance, facilitera l'atteinte des résultats escomptés dans la politique d'amélioration de la qualité des soins et services de santé. La politique d'amélioration de la qualité des soins et services de santé sera déclinée en stratégie et sa mise en œuvre à travers un plan opérationnel avec l'implication de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

10.1 Niveau central

10.1.1 Le niveau central est constitué de la Direction en charge de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, d'un comité de pilotage et d'un groupe de travail technique. Il a pour rôle de :

- D'identifier les parties prenantes et assurer leur mobilisation ;
- Définir les structures de gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les modalités de mise en œuvre ;
- Définir les indicateurs de qualité à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- Définir un cadre de mise en œuvre et mécanismes de suivi-évaluation.

10.1.2 La Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS)

Elle est spécifiquement chargée : (i) d'élaborer les documents normatifs, de les diffuser et d'assurer le suivi de leur utilisation effective pour des prestations de qualité ; (ii) d'élaborer /actualiser les textes en lien avec la qualité; (iii) de mobiliser les ressources nécessaires et de leurs allocations optimales pour la mise en œuvre des interventions planifiées ; (iv) de mettre en place des réformes indispensables à l'atteinte des objectifs inscrits dans la SSS et dans le PNDS ; (v) de renforcer le partenariat avec la société civile et le sous-secteur privé ainsi que de leur participation

effective; ; (vi) d'apporter un appui technique aux structures sanitaires du niveau déconcentré dans les domaines de la planification, de la coordination et du suivi évaluation; (vii) d'élaborer les outils de planification et de supervision permettant de décliner les interventions en activités et tâches concrètes.

10.1.3 Le comité national de pilotage

Le comité de pilotage est chargé d'identifier les lacunes en matière de qualité, de coordonner et veiller à l'alignement les contributions des multiples parties prenantes à la politique et à la stratégie. A cet effet, Il est chargé :

- D'élaborer un plan opérationnel et de planifier les ressources avec les parties prenantes ;
- Coordonner les activités de planification et de suivi - évaluation ;
- De mobiliser un engagement national pour améliorer la qualité des soins de santé ;
- De procéder aux arbitrages nécessaires (budget, calendrier, ...) ;
- De faciliter le déploiement des projets d'amélioration (mobilisation des ressources) ;
- De valider les décisions du groupe de travail technique ;
- De sélectionner et de prioriser un ensemble d'interventions relatives à la qualité des soins de santé ;
- D'impulser, de légitimer et de pérenniser (appui institutionnel) une dynamique interne et externe aux actions d'amélioration à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- De faire des recommandations pour la bonne exécution du plan stratégique pour assurer la prise en compte de tous les aspects se rapportant à la qualité.

Dans le secteur santé, le Comité de pilotage est constitué des structures suivantes :

Secretariat general

- Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS) ;
- Direction de la Promotion de la Santé (DPS) ;
- Direction de la Santé Familiale (DSF);
- Direction de Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP) ;
- Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) ;
- Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP) ;

- Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) ;
- Division des Etudes et des Projets (DEP) ;
- Division de la Coopération (DCOOP).
- Ordres professionnels
- Instituts de formation
- Société savantes
- Secteur privé
- Bénéficiaires

10.1.4 Le Groupe de travail technique

Le Groupe de Travail technique est chargé du suivi de la mise en œuvre de la Stratégie en matière de qualité des soins et services de santé. Le Secrétariat du groupe technique de travail est assuré par la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire

Le groupe technique a pour mission :

- De coordonner au niveau central, les activités relatives à la mise en œuvre de la qualité des soins et services de santé ;
- D'intégrer les interventions de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de la qualité des soins et services de santé ;
- D'harmoniser les approches et procédures, sur la base des directives nationales sur la qualité des soins et services de santé ;
- De valider les stratégies et directives relatives à la qualité des soins et services de santé ;
- D'encadrer et d'arbitrer les activités des interventions de toutes les parties prenantes ;
- De rendre compte de l'évolution de l'exécution du plan stratégique au comité de pilotage ;
- De suivre et d'évaluer la mise en œuvre du plan opérationnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- D'apporter l'appui technique nécessaire aux différents acteurs ;
- D'Organiser les différentes revues/évaluation du PSNAQSSS et du plan opérationnel ;

- D'analyser périodiquement les performances réalisées dans la mise en œuvre du Plan Stratégique et mettre à la disposition des décideurs à temps opportun les informations stratégiques ;
- D'organiser des réunions de présentation des résultats, de partage d'expériences et de suivi de progrès au niveau des structures sanitaires.

10.2 Niveau régional

La Délégation Régionale de la santé publique, en liaison avec les structures techniques du Ministère de la Santé Publique a pour mission d'assurer le suivi de la performance de la qualité dans les structures sanitaires dont ils ont la charge. A ce titre, elle est chargée :

D'assurer l'appropriation des directives nationales en matière de qualité au niveau régional et des structures sanitaires ;

- D'apporter l'appui technique nécessaire aux Districts et aux structures sanitaires de son ressort ;
- De superviser la mise en œuvre de la qualité dans les structures sanitaires ;
- Maîtriser la qualité et les délais des produits de SE ;
- Coordonner au niveau régional les évaluations planifiées par le GTT (Groupe de Travail Technique), et favoriser l'autoévaluation des acteurs sectoriels ;
- Analyser les données recueillies auprès des acteurs et préparer les différents rapports du Coordonnateur Régional ;
- D'organiser les réunions de présentation des résultats, de partage d'expériences et de suivi de progrès ;
- Garantir la diffusion et la circulation des informations sur l'assurance qualité des soins et services de santé.

10.3 Niveau périphérique

10.3.1 Le district de santé

Il doit assurer la mise en œuvre effective de la qualité dans les structures sanitaires publiques, privées et dans la communauté. A cet effet il est chargé :

- D'assurer la coordination des interventions des parties prenantes dans le processus ;
- De mobiliser les ressources pour financer les activités en lien avec la qualité ;

- De mettre en œuvre des changements dans les structures sanitaires ;
- D'organiser des visites d'appui technique (coaching, supervision) dans les structures sous sa tutelle ;
- De mettre en place d'un cadre formel de partage des résultats et des expériences ;
- D'aligner le district aux objectifs et aux priorités nationales relatives à la qualité des soins de santé ;
- De développer les organes d'appui nécessaires à l'amélioration de la qualité ;
- De développer les plans opérationnels du niveau district et/ou les mettre à jour ;
- De répondre aux besoins des structures de santé en vue de l'atteinte des objectifs en matière de qualité ;
- De maintenir l'engagement avec les niveaux central et régional pour fournir des services de santé de qualité ;
- D'adapter les interventions d'amélioration de la qualité au contexte local.

10.3.2 Le comité d'amélioration de la qualité du District

Sous le leadership du Chef de District, le comité d'amélioration de la qualité est composé :

- Des chefs des aires de santé ;
- Des responsables des hôpitaux privés et publics ;
- Des partenaires locaux d'implémentation des projets de santé.
 - Les CTDs

Il a pour rôle d'opérationnaliser les projets d'amélioration de la qualité dans les structures sanitaires. A cet effet, il est chargé de :

- Analyser les pratiques actuelles ;
- Identifier les problèmes en vue de leur résolution ;
- Assurer la collecte des données liées à l'assurance qualité des soins et services de santé au sein du district ;
- Analyser les rapports des FOSA ;
- Identifier les problèmes liés à la mise en œuvre du plan opération en vue de leur résolution ;

- Participer aux missions de supervisions formatives ;
- Participer aux sessions de partage d'expériences.

10.3.3 Les Formations Sanitaires et les services spécifiques

Les Formations sanitaires (publiques et privées), et les services spécifiques ont pour rôle de mettre en application les pratiques et normes de soins et services de qualité.

A ce titre, elles sont chargées :

- De conduire une analyse situationnelle de base pour identifier les manquements en termes de qualité des soins et services de santé ;
- D'adopter les normes et directives de qualité pour la fourniture des soins et services ;
- De mettre en place, d'organiser et de soutenir des équipes multidisciplinaires d'amélioration de la qualité ;
- D'élaborer des plans d'action hospitaliers de l'amélioration de la qualité des soins et services ;
- De mettre en œuvre un plan d'action hospitalier validé ;
- D'entreprendre une évaluation continue des résultats (avec indicateurs mesurables) ;
- De créer et/ou redynamiser les comités de prévention et contrôle des infections (PCI) ;
- D'élaborer et valider les protocoles de soins ;
- D'élaborer et valider un plan de formation continue sur la qualité des soins et services ;
- De conduire et restituer des évaluations de contrôle de la qualité des soins et services ;
- De transmettre les rapports et les données sur la qualité au District de Santé.

Toutefois, la mise en application de la qualité doit être en adéquation avec le paquet de soins offert par la FOSA. La Politique Nationale relative à la qualité exige que les FOSA du secteur privé autant que public s'alignent sur les normes de management de la qualité, ceci dans le but d'établir un système de santé national efficace et efficient.

10.4 Partenaires techniques et financiers (PTF)

Les PTF apportent au gouvernement un appui multiforme dans la mise en place des Politique et Stratégie nationales de la qualité des soins et services de santé.

10.5 Organisations professionnelles

Les organisations professionnelles comme les ordres nationaux et les sociétés savantes ont pour rôle de participer au suivi de la mise en œuvre de la stratégie. A cet effet, elles sont chargées :

- De contribuer à l'élaboration et la mise à jour des normes et directives de prestations des soins et services de santé ;
- De contribuer à la mise en œuvre des interventions relatives à la qualité.

10.6 Organismes d'assurance

Les organismes d'assurance contribuent au financement et à la surveillance des programmes d'incitation à la qualité des services ; intègrent les mesures d'amélioration de la qualité dans les mécanismes de paiement, etc.

10.7 Communauté /bénéficiaires

La communauté contribue à la mise en œuvre de la qualité des services de plusieurs manières :

- Fournir aux acteurs des feedback sur l'organisation, l'offre des services et la satisfaction des usagers ;
- Répondre aux questions lors des recherches sur la qualité ;
- Participer aux activités et aux regroupements (COSADI, COSA, OBC, etc.) nécessaires pour l'application de la qualité des services ;
- Participer à l'offre de soins conformément à la politique de délégation de tâches et à la mise en place des mécanismes de mesure de la satisfaction des patients entre autres ;
- Participer et suivre les enquêtes de satisfaction des patients.

11 MECANISMES DE SUIVI EVALUATION

Le cadre de suivi et évaluation de la mise en œuvre de la présente stratégie sera axé sur les résultats en s'appuyant sur les organes prévus dans le document afin de garantir une bonne harmonisation et une coordination efficace. Le suivi et l'évaluation s'appuieront sur le système d'information sanitaire national. Il est question dans

cette partie de présenter la structure du dispositif de suivi évaluation, le dispositif d'évaluation, les outils de suivi et le circuit de l'information.

11.1 Le dispositif de suivi

La structure de coordination de la mise en œuvre du PSNAQSSS est le Comité National de Pilotage et le secrétariat est assuré par la DOSTS. Elle travaillera en étroite collaboration avec les unités de suivi et évaluation des structures centrales en utilisant le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) pour la remontée des données relatives à la qualité des soins et des services de santé du niveau opérationnel au niveau central. La DRSP assurera la centralisation des données régionales sur la qualité. Toutes les fiches de collecte de données seront paramétrées dans le DHIS2, ce qui permettra non seulement une totale intégration du système de transmission, de stockage et de diffusion des informations sanitaires, mais aussi de renseigner la liste des indicateurs sanitaires de base.

Tableau 4 :

| Axe stratégique | Objectif Strategique | Points stratégiques | Indicateurs | Description de l'Indicateur | Variabes à collecter | Mode Vérification | Cible |
|---|--|---|---|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Pourcentage des structures de gouvernance nationales créée | Mesure la mise en place de toutes les structures de gouvernance nationales de la qualité | numérateur : Nombre de structures de gouvernance nationales créée | procès-verbal de création de la structure de gouvernance | 100% | National | National | Annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de structures de gouvernance nationales planifiées | | | | | |
| Pourcentage des structures de gouvernance nationales renforcées | mesure le renforcement des structures de gouvernance nationales a gérer la qualite des soins et services | Numérateur : Nombre de structures de gouvernance nationales renforcée | Compte rendu des séances de renforcements | 100% | National | National | Annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de structures de gouvernance nationales créée | | | | | |
| Proportion des structures de gouvernance infranationales renforcées | mesure la renforcement des structures de gouvernance infranationales | Numérateur : Nombre de structures de gouvernance infranationales renforcée | Compte rendu des séances de renforcements | 100% | National | Région, district | Annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de structures de gouvernance infranationales créée | | | | | |
| Proportion de structures de gouvernance vis-à-vis des partenaires sont renforcées | mesure le renforcement des structures de gouvernances vis-à-vis des partenaires | Numérateur : Nombre de structures de gouvernance vis-à-vis des partenaires renforcée | compte rendu des séances de renforcements | 50% | National | Région, district | Annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de structures de gouvernance vis-à-vis des partenaires créée | | | | | |
| Proportion de document de politique et stratégie nationale qualité élaborés | Mesure l'existence des documents de politique et de stratégie nationale de qualité | numérateur : Nombre de document de politique et stratégie nationale qualité élaborés | Documents de politique et de stratégie nationale de qualité produit | 100% | National | Région, district | Annuelle |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|------|----------|----------------------------|-----------|
| Nombre de document de politique et stratégie nationale qualité distribués | Mesure la vulgarisation des documents de politique et stratégie nationale sur la qualité des soins et service | Numérateur : Nombre de document de politique et stratégie nationale qualité distribués | accusés de réception des documents de politique et stratégie nationale de la qualité, Evènement présentation officielle des documents organisé | 100% | National | Région, district | Annuelle |
| Nombre de textes réglementaires élaborés | Mesure l'encadrement juridiquement la qualite des soins et services | Numérateur: Nbr de textes réglementaires élaborés | Textes reglementaires de la qualité des soins et services promulgués | 100% | National | | annuelle |
| | | Dénominateur: 1 | | 100% | | | |
| Proportion des structures de gouvernance mises en place | Mesure l'existence des structures de gouvernance | Numérateur : Nbr de structures de gouvernance mises en place | procès-verbal de création de la structure de gouvernance | 100% | National | National, Région, district | annuelle |
| | | Dénominateur: Nbr de structures de gouvernance planifiées | | 100% | | | |
| Proportion de parties prenantes ayant participé à l'élaboration des textes réglementaires | Mesure la participation des parties prenantes a l'élaboration des textes réglementaires | Numérateur: Nbr de type de partie prenante par séance d'élaboration de texte | Fiche de présence des séances d'élaboration de texte réglementaires comprenant toutes les parties prenantes | 100% | National | National, Région, district | mensuelle |
| | | Dénominateur : Nbr total de type de partie prenante par seance | | | | | |
| Nombre de nouvelles normes de soins élaborées | mesure l'actualisation des des normes de qualité des soins et services | Numerateur : Nombre de nouvelles normes élaborées | Nouvelles normes de qualité des soins et services élaborées validées | 100% | National | National, Région, district | annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de normes en vigueur selon les standard ISO | | | | | annuelle |
| Proportion des normes de soins adaptées | Mesure la mise à jour des anciennes normes de la qualité des soins et services | Numérateur : Nombre total de normes adaptées | Normes actualisées de la qualité de soins et services validées | 100% | National | National, Région, district | annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre total de normes à mettre a jour | | | National | | annuelle |
| Proportion des normes qualité de soins et services | Mesure la vulgarisation des normes sur la qualité des | Numérateur : Nombre total de normes de soins diffusées aux parties prenantes | accusés de réception des normes de soins; normes archivées | 100% | National | National, Région, district | annuelle |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|------|------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| diffusées aux parties prenantes | soins et services aux parties prenantes | Dénominateur : Nombre total de normes de soins (élaborées et adaptées) | | | National | | annuelle |
| Proportion des personnels soignant ayant des capacités cliniques et de gestion renforcées | Proportion de personnel soignant dont les capacités cliniques et de gestion renforcées | Numérateur : Nombre de parties prenantes de la santé dont les capacités ont été renforcé | Rapport des sessions de renforcement des capacités | 100% | National | National, Région, district | mensuelle |
| Proportion des interventions d'amélioration de la qualité mises en œuvre | | Dénominateur : Nombre total de personnel de soignant | | | National | | mensuelle |
| Proportion de séances de formations organisées | Mesure la mise en œuvre de la capacitation du personnel à l'assurance qualité des soins et services | Numérateur : Nombre de séances de renforcement de capacité organisées | compte rendu des séances de renforcements de capacité | 100% | National | National, régional, district | mensuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de séances de renforcement de capacité planifiées | | | | | |
| Nombre d'outils numériques d'apprentissage développés | Mesure la capacité à assurer la formation continue numérique du personnel | Numérateur : Nombre d'outils numériques d'apprentissage développés | Outil numérique réalisé et fonctionnel | 100% | National | National, régional, district | mensuelle |
| | | Dénominateur : Nombre total d'outils numériques d'apprentissage disponible | | | | | |
| Nombre de séances de partages d'expériences effectués entre les parties prenantes | Mesure la capacité à capitaliser les expériences et bonnes pratiques de la qualité des soins et services | Numérateur : Nombre de séances de partages d'expériences entre les parties prenantes organisée | Compte rendu des séances de partage d'expérience | 50% | National, régional, district | National, régional, district | trimestrielle |
| | | Dénominateur : Nombre de séances de partages d'expériences entre les parties prenantes planifiées | | | | | |
| Nombre et type de mécanismes de responsabilisation établis | mesure la mise en œuvre des mécanismes de responsabilisation | Numérateur : Nombre et type de mécanisme mis en place | Fiche technique des mécanismes de responsabilisation validés | 100% | National, régional, district | National, régional, district | annuelle |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|------|------------------------------|------------------------------|--------------|
| | | Dénominateur : Nombre de FOSA ayant mis en place des mécanismes de responsabilisations | | | | | |
| Proportion et type de récompenses établies | Mesure de redevabilité mise en place au sein des FOSA | Numérateur : nombre de personnel récompensé | Rapport de la cérémonie des Awards de la qualité | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Annuelle |
| | | Dénominateur : nombre total de récompense distribué par FOSA | | | | | |
| Proportion des organes de pilotage et certification mis sur pied | mesure la fonctionnalité des organes de pilotage et de certification | numérateur : Nombre d'organe de pilotage de certification mis sur pied | Procès-verbal de création des organes de pilotage et de certification | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Semestrielle |
| | | Dénominateur : Nombre d'organe de pilotage de certification planifié | | | | | |
| Proportion d'indicateurs liés au suivi de la qualité définis par les parties prenantes | Mesure la capacité à suivre et évaluer les activités du processus d'assurance qualité des soins et services | numérateur : Nombre d'indicateurs liés au suivi de la qualité définis par les parties prenantes | Fiches techniques des indicateurs liés au suivi de la qualité validés | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Semestrielle |
| | | Dénominateur : Nombre d'indicateurs liés au suivi de la qualité identifiés par les parties prenantes | | | | | |
| Pourcentage de grilles d'évaluation de la qualité des soins et services élaborées | Nombre de FOSA ayant procédé à une auto évaluation de la qualité des soins et services de santé | Numérateur : Nombre de grille d'évaluation de la qualité élaborées | grilles d'évaluation de la qualité des soins et services élaborées validées | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Semestrielle |
| | | Dénominateur : Nombre de grille d'évaluation de la qualité planifiées | | | | | |
| Proportions de session de Formation à la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de qualité des soins et services | mesure la mise en œuvre de la formation des personnels à la collecte, l'analyse et utilisation de données sur la qualité des soins et services | Numérateur : Nombre de session de formation à la collecte, l'analyse et utilisation de données sur la qualité des soins et services organisée | Compte rendu des sessions de formation à la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de la qualité des soins et services | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Semestrielle |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|------|------------------------------|------------------------------|-----------|
| Enquête de perception sur la qualité menée auprès des communautés | Mesure la perception de base des communautés à la qualité des soins et services | Numérateur : Nombre d'enquête de perception menée au auprès des communautés | Publication de l'enquête de perception menée | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Annuelle |
| | | Dénominateur : Proportion des perceptions de la qualité évaluées | | | | | |
| Mobilisation de la communauté par type de méthodes, déployée pour l'amélioration de la qualité des soins et services | Mesure le niveau de mobilisation des communauté à l'amélioration de la qualité des soins et services | Numérateur : Nombre de mobilisation de la communauté par type de méthode, déployées pour l'amélioration de la qualité des soins et services | Rapport des campagnes de mobilisation | 100% | National, régional, district | National, régional, district | Annuelle |
| | | Dénominateur : Proportion des communautés mobilisées pour l'amélioration de la qualité des soins | | | | | |
| Proportion des personnels formés à la qualité | Mesure la mise en œuvre de la formation des ASCP à la qualite des soins et services | Numerateur : Nombre de session de formation des ASCP à la qualité des soins et services communautaires réalisées | Rapport des sessions de formation des ASCP | 100% | National, régional, district | National, régional, district | mensuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de session de formation des ASCP à la qualité des soins et services communautaires planifiées | | | | | |
| Nombre des campagnes de sensibilisation menées auprès des parties prenantes | Mesure la mise en œuvre de la sensibilisation des communautés sur la qualite des soins et services | Numérateur : Nombre de campagnes de sensibilisation menées | Rapport des campagnes de sensibilisation | 100% | National, régional, district | National, régional, district | mensuelle |
| | | Dénominateur : Nombre de campagnes de sensibilisation planifiées | | | | | |
| Nombre et type de mécanismes de responsabilisation établis | Mesurer l'impact des interventions de CCSC sur la qualité des soins et services de santé sur les parties prenantes. | Numerateur : Nombre de partie prenante évalué | Rapport enquête CAP | 100% | National, régional, district | National, régional, district | annuelle |
| | | Dénominateur : Nombre total d'outils d'évaluation de l'impact de l CCSC administré | | | | | |

11.2 Les structures du dispositif de suivi-évaluation par niveau de la pyramide sanitaire

Tableau 6 :

| NIVEAU | INSTANCE DE SUIVI | FONCTIONS | METHODOLOGIE | FREQUENCE | RESPONSABLE |
|---------|--|---|----------------------|---------------|-----------------------------|
| CENTRAL | DOSTS, Comité de Pilotage, Groupe de Travail Technique | Élaboration et actualisation des textes | Réunions et ateliers | Annuelle | DOSTS |
| | | Mobilisation des ressources | Réunion de plaidoyer | Annuelle | DOSTS |
| | | Mise en place des réformes | Réunions et ateliers | Annuelle | DOSTS |
| | | Renforcement du partenariat | Réunions et ateliers | Trimestriel | DOSTS |
| | | Appui technique aux structures sanitaires | Réunions et ateliers | Semestrielle | DOSTS |
| | | Coordination générale | Réunions et ateliers | Trimestrielle | DOSTS |
| | | Élaboration des outils de planification et de supervision | Réunions et ateliers | Annuelle | DOSTS |
| | | Suivi et évaluation des progrès | Réunions et ateliers | Semestrielle | Comité de pilotage |
| | | Coordination et alignement des différentes parties prenantes à la politique et à la stratégie | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité de pilotage |
| | | Arbitrage | Réunions | Trimestrielle | Comité de pilotage |
| | | Formulation des recommandations | Réunions | Trimestrielle | Comité de pilotage |
| | | Validation des décisions du comité | Réunions | Trimestrielle | Comité de pilotage |
| | | Élaboration du plan opérationnel | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité de pilotage |
| | | Planification des ressources | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité de pilotage |
| | | Priorisation des interventions | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité de pilotage |
| | | Harmonisation des approches et procédures | Réunions et ateliers | Annuelle | Groupe de Travail Technique |
| | | Rendre compte de l'évolution de l'exécution du plan stratégique au comité de pilotage | Réunions | Trimestrielle | Groupe de Travail Technique |
| | | Validation des stratégies et des directives | Réunions et ateliers | Annuelle | Groupe de Travail Technique |
| | | Encadrement, arbitrage et intégration des interventions de toutes les parties prenantes | Réunions | Semestrielle | Comité de pilotage |
| | | Diffusion des résultats et partage d'expériences | Réunions et ateliers | Trimestrielle | Groupe de Travail Technique |

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------------|
| | | Suivi des progrès au niveau des structures sanitaires | Descentes et Réunions | Semestrielle | Groupe de Travail Technique |
| | | Impulser, légitimer et pérenniser les dynamiques internes et externes | Réunions et ateliers | Trimestrielle | Comité de pilotage |
| | | Elaboration du plan de suivi-évaluation | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité de pilotage |
| REGIONAL | DRSP | Assurer l'appropriation des directives nationales | Réunions et ateliers | Mensuelle | DRSP |
| | | Appui technique aux districts et FOSA | Réunions et ateliers | Mensuelle | DRSP |
| | | Supervision de la mise en œuvre de la qualité | Réunions et ateliers | Semestrielle | DRSP |
| | | Partage d'expériences | Réunions et ateliers | Mensuelle | DRSP |
| DISTRICT | District de Santé | Coordination des activités du district | Réunions et ateliers | Mensuelle | Chef de District |
| | | Mobilisation des ressources | Plaidoyer | Annuelle | Chef de District |
| | | Coordination des interventions des parties prenantes | Réunions et ateliers | Annuelle | Chef de District |
| | | Suivi de la mise en œuvre des changements dans les structures sanitaires | Réunions et ateliers | Trimestrielle | Chef de District |
| | | Appui technique | Descentes et Réunions | Trimestrielle | Chef de District |
| | | Supervision | Descentes et Réunions | Trimestrielle | Chef de District |
| | | Vérification des résultats | Descentes et Réunions | Trimestrielle | Chef de District |
| | | Alignement du district aux priorités nationales | Descentes et Réunions | Trimestrielle | Chef de District |
| | | Développement des plans opérationnels du district | Réunions et ateliers | Annuelle | Chef de District |
| | | Collaboration avec le niveau national | Réunions et ateliers | Semestrielle | Chef de District |
| | | Adaptation des interventions au contexte | Réunions et ateliers | Annuelle | Chef de District |
| | | Analyse des pratiques | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité qualité du District |
| | | Identification des problèmes | Réunions et ateliers | Annuelle | Comité qualité du District |
| | | Partage d'expériences | Réunions | Trimestrielle | Comité qualité du District |

11.3 Les outils de suivi

Tableau 7 :

| ACTIVITES | TYPE D'OUTILS | DESIGNATION |
|--|---|---|
| Collecte des données | Rapport | Rapports d'analyse situationnelle qualité |
| | | Plan d'action opérationnel |
| | | Rapport d'évaluation du contrôle de la qualité des soins et services |
| | | Protocoles de soins |
| | | Rapport de transmission des données sur la qualité au District de santé |
| | | Rapport d'analyse des pratiques actuelles |
| | | Rapport de réunion |
| | | Rapport de supervision |
| | | Rapport du comité PCI |
| | Registres | Registres d'accueil |
| | | Registres de soins |
| Registres de consultations | | |
| Formulaire | Formulaire de suivi de la qualité des soins | |
| Bases de données | Bases de données des structures | |
| Rapportage des données | Formulaire | Formulaire de collecte des données sur la qualité des soins |
| | Rapport | Rapport d'activités |
| Analyse et validation des données | Rapports | Rapports d'analyse situationnelle qualité |
| | | Rapport d'évaluation du contrôle de la qualité des soins et services |
| | | Rapport de transmission des données sur la qualité au District de santé |
| | | Rapport d'analyse des pratiques actuelles |
| | | Rapport de réunion |
| | | Rapport de supervision |
| | Rapport du comité PCI | |
| Plan d'action | Plan d'action opérationnel | |
| Transmission des données | Rapports | Rapport mensuel d'activité |
| | Formulaires | Formulaires de notification |
| | Logiciel | Logiciel de saisie |
| Supervision formative | Grille | Grille de supervision |
| | Rapport | Canevas de rapport de supervision |
| Réunion des instances et comités qualité | Rapport | Rapports périodiques d'activités |

11.4 Le circuit de l'Information sur la qualité

Les données partiront des structures de base (comité hygiène de la FOSA) qui assurent la collecte au niveau primaire, vers le niveau central, en passant par les niveaux district et régional. A chaque niveau, des outils de rapportage sont utilisés, un support de transmission mis à disposition et une fréquence d'envoi définie.

Le flux comprend quatre niveaux :

- Le niveau de base comprend les structures publiques de santé (CSI, CMA, HD), les structures scolaires, les entreprises et les OBC. Les responsables qui opèrent à ce niveau travaillent sur les registres et les fiches pour collecter les données et transmettent leur rapport mensuel au niveau supérieur le District de Santé.
- Le niveau district compile toutes les données venant du niveau de base et les transmettent mensuellement par des supports appropriés au niveau supérieur la Délégation Régionale de sante Publique.
- Le niveau régional compile et analysent toutes les données/informations venant des différents districts de santé qui composent la DRSP puis, après validation, les transmettent mensuellement au niveau central, via des supports appropriés.
- Le niveau central assure la triangulation des données en provenance des régions pour en garantir la qualité. Les données ainsi traitées sont soumises à validation de la DOSTS, avant d'être disséminées et utilisées par le Comité National de Pilotage.

11.5 Le dispositif d'évaluation

Tableau 5 :

| NIVEAU | ACTIVITES | ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE | PERIODICITE | OUTILS |
|---------|---|---|----------------|----------------------------------|
| CENTRAL | Revue nationale des performances de qualité des soins et services de santé. | Comité de pilotage, Groupe de travail technique | Annuelle | Rapports, Bases de données |
| | Évaluation externe de la qualité des soins | Consultant/Structure indépendante | Tous les 2 ans | Protocole et Grille d'évaluation |

| | | | | |
|----------|--|--|----------------|----------------------------------|
| | et services de santé. | | | |
| | Étude d'impact | Consultant/Structure indépendante | Tous les 3 ans | Protocole et Grille d'évaluation |
| REGIONAL | Revue régionale des performances de qualité des soins et services de santé. | DRSP, Districts | Semestrielle | Rapports, Bases de données |
| DISTRICT | Revue des performances de qualité des soins et services de santé du District | District de santé, Formations sanitaires, comité qualité du district | Trimestrielle | Rapports, Bases de données |

12 BUDGET ET MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNAQSSS

12.1 Estimation du budget

L'estimation du budget de la PSNAQSSS 2024-2028 a été réalisée à partir de la détermination des types des activités opérationnelles et l'estimation des coûts unitaires pour chaque type d'activité opérationnelle. Pour l'estimation des coûts unitaires pour chaque type d'activité opérationnelle, les coûts historiques des activités opérationnelles mises en œuvre par le MINSANTE (Directions Techniques et Programmes de santé publique) et les PTF ont été utilisés. Tous les types d'activités opérationnelles nécessaires pour mettre en œuvre chaque activité stratégique de la PSNAQSSS 2024-2028 ont ainsi été déterminés. Les différents types d'activités opérationnelles recensées sont :

- Les Réunions techniques (coordination, plaidoyer, statutaire, etc.) qui correspondent au regroupement de 5 à 20 personnes dans un lieu précis sur une thématique bien précise. Elles peuvent durer plusieurs jours et sont organisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les CTD ;
- Les Ateliers techniques (revue/planification, élaboration des outils, etc.) qui correspondent au regroupement de 10 à 50 personnes, voire un peu plus, dans

un lieu précis et pendant plusieurs jours (2 à 5 jours), pour réfléchir ou travailler en groupe sur une thématique bien précise. Ils sont organisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les CTD ;

- Les Formations (Ateliers/Séminaires de formation) correspondant au regroupement de 5 à 50 personnes, voire un peu plus, dans un lieu précis et pendant plusieurs jours (5 à 30 jours, voire plus), pour leur transmettre des connaissances et compétences ou renforcer leurs capacités sur une ou plusieurs thématique(s) bien précise(s). Elles seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les CTD ;
- Les Missions qui correspondent aux voyages des acteurs du niveau central, régional ou périphérique pour faire la supervision ou organiser d'autres types d'activités dans leurs lieux de destination pendant plusieurs jours ;
- Les Campagnes de sensibilisation qui correspondent aux descentes des individus dans leur communauté de résidence, au sein des OBC/OSC, dans les lieux publics ou en porte-à-porte, pour faire des animations de groupe ou des causeries éducatives. Pour ces activités, les éléments budgétaires sont le transport et la collation des équipes ;
- Les Cérémonies qui correspondent au regroupement d'un grand nombre de personnes (50 à 500 personnes, voire plus) pour manifester ou lancer une activité d'envergure ou un projet en rapport avec la mise en œuvre de la PSNAQSSS 2024-2028 ;
- La Production des documents qui correspond au travail d'imprimerie des documents en plusieurs exemplaires à distribuer à large échelle ;
- La diffusion des documents qui correspond à la distribution ou à la mise à disposition des documents produits auprès des utilisateurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le Matériel informatique qui correspond aux ordinateurs et autres accessoires informatiques (imprimantes, Smartphone, Modems pour le personnel impliqué dans la mise en œuvre de la PSNAQSSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les CTD ;
- Le Matériel roulant qui correspond aux voitures pour faciliter la mise en œuvre de la PSNAQSSS 2024-2028 au niveau central, régional, des Districts et des CTD. Y compris le Carburant et l'Entretien des moyens de locomotion ;

- L'Assistance technique qui correspond au recrutement d'Experts/Consultants pour appuyer les acteurs de mise en œuvre de la PSNAQSS 2024-2028 dans l'élaboration des documents stratégiques et techniques ou la mise en œuvre de certaines activités ;
- Les Etudes qui correspondent à l'analyse des rapports d'activités ou la revue documentaire ainsi que la collecte des données pour rechercher des réponses à certains questionnements en rapport avec la mise en œuvre de la PSNAQSS 2024-2028 ;
- Les frais de fonctionnement qui correspondent à la dotation octroyée pour appuyer le fonctionnement des sous-bénéficiaires de la mise en œuvre de la PSNAQSS 2024-2028 à tous les niveaux.

En appliquant les différents coûts historiques de ces différents types d'activités opérationnelles, le budget estimatif total de la PSNAQSS s'élève à Six cent dix-huit millions (618 000 000) FCFA. Le détail de ce budget par Axe d'intervention et par année est présenté dans le tableau 8 qui présente la ventilation de ce budget par niveau de mise en œuvre de la PSNAQSS et par année.

Tableau 8 : Détail du budget estimatif de la PSNAQSS 2024-2028 par axe stratégique et par année (en milliers de FCFA).

| Activités | Coût total par année | | | | | | % du budget total |
|--|----------------------|------|------|------|------|-------------|-------------------|
| | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | Total | |
| Axe stratégique N°1 : Leadership et gouvernance | 75% | 100% | 100% | | | 66 000 000 | 11% |
| Axe stratégique N°2. : politique et conformité | 75% | 100% | | | | 50 000 000 | 8% |
| Axe stratégique N°3 : Amélioration de la qualité des soins et des services de santé | 25% | 35% | 50% | 75% | 100% | 190 000 000 | 31% |
| Axe stratégique N°4. : Ressources humaines | 25% | 35% | 50% | 75% | 100% | 56 500 000 | 9% |
| Axe stratégique N°5. : Redevabilité des FOSA | 25% | 35% | 50% | 75% | 100% | 75 500 000 | 12% |
| Axe stratégique N°6. : Surveillance de la qualité des soins et des services de santé | 25% | 35% | 50% | 75% | 100% | 53 500 000 | 9% |
| Axe stratégique n°7. : Renforcement de la participation communautaire pour la | 25% | 35% | 50% | 75% | 100% | 96 500 000 | 16% |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-------------|-----|
| qualité des soins et des services de santé | | | | | | | |
| Total general | | | | | | 618 000 000 | 100 |

L'analyse du budget montre que :

Les aspects de politique, leadership et gouvernance doivent être réalisés prioritairement avant 2025 afin de catalyser les autres activités décrites pour l'amélioration nationale de la qualité et correspondent respectivement à 8% et 11% du budget global de mise en œuvre. Les autres axes stratégiques seront implémentés chronologiquement jusqu'en 2028 avec une particularité sur la qualité des soins et services qui à lui seul représente 31% du budget global, justifiant l'impact attendu du plan d'amélioration de la qualité.

12.2 Mécanisme de mobilisation des ressources

Le Gouvernement camerounais vient d'élaborer sa toute première stratégie de financement de la santé. Celle-ci vise à reformer le système de financement de la santé dans le but de lui octroyer les moyens de répondre aux besoins en santé des populations de manière équitable, efficiente, pérenne et transparente.

Ce document de référence devrait permettre à terme, de garantir une meilleure santé des populations, gage de la contribution du secteur santé au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte inclusive et durable. Cette stratégie a pour Vision, « le Cameroun, un pays disposant d'un système de financement de la santé qui mobilise des ressources suffisantes pour répondre avec efficacité, efficience, équité et transparence aux besoins de santé des populations et du système national de santé ».

Le Document de Stratégie de Financement de la santé (DSFS) précise les axes d'interventions majeurs et les réformes à entreprendre pour que notre système de santé soit capable d'offrir aux populations les soins et services de santé de qualité. Il précise aussi les stratégies à déployer pour mobiliser davantage de ressources financières en faveur du secteur de la santé, puis assurer une redistribution stratégique des ressources mobilisées.

Le MINSANTE avec l'appui financier de la Banque Mondiale a conduit une étude dans l'optique de proposer au Gouvernement des alternatives de mobilisation des ressources additionnelles et pérennes en faveur du secteur de la santé publique. Cette étude a porté sur vingt-quatre (24) sources mobilisables de financement de la santé.

Cette étude a également permis de prioriser les sources de financement de la santé selon leur niveau d'exigibilité et en fonction du potentiel de la source, en vue de leur institutionnalisation. Ainsi, les sources de financement ci-après sont classées par ordre décroissant d'exigibilité :

- Le budget de l'État alloué au secteur de la santé publique ;
- Les prélèvements obligatoires chez les travailleurs des secteurs formels ;
- Les contributions du secteur informel agricole et non agricole ;
- Les ressources des CTD pour la santé.

Quant aux autres sources innovantes de financement de la santé, leur degré d'exigibilité dépendrait de leur nocivité pour la santé. Toutefois, à défaut de mener des études appropriées pour mesurer la nuisance et l'impact sur les consommateurs finaux de chacune, on les classe par ordre de potentiel décroissant, c'est-à-dire en fonction de la capacité de la source à fournir des ressources financières spécifiques et pérennes pour le secteur de la santé. C'est ainsi que ces sources ont été classées comme suit :

- Majoration de la TVA en faveur de la santé ;
- Taxe sanitaire sur les boissons alcoolisées et les tabacs
- Taxe sanitaire sur les produits pétroliers (prix à la pompe) ;
- Taxe sanitaire sur les industries extractives ;
- Taxe sanitaire sur le secteur du transport ;
- Taxe sanitaire sur les marchés publics ;
- Taxe sanitaire sur les transferts monétaires internes par téléphonie mobile et les devises ;
- Taxe sanitaire sur les communications téléphoniques et par Internet ;
- Taxe sanitaire sur l'exploitation forestière ;
- Taxe sanitaire sur les entreprises polluantes et les produits chimiques potentiellement nocifs ;
- Taxe sanitaire sur les véhicules importés ;
- Taxe sanitaire sur les cultures d'exportation ;
- Taxe sanitaire sur le séjour dans les hôtels et appartements meublés ;
- Taxe sanitaire sur la consommation de l'énergie électrique ;

- Taxe sanitaire sur les jeux de hasard et divertissements. Cette source, bien que n'ayant pas été quantifiée, mériterait d'être prise en compte lors de l'institutionnalisation.

Ces sources sont en attente de validation par le gouvernement en vue de leur institutionnalisation. En dehors des formes de collecte des fonds ci-dessus rappelées, il existe d'autres formes comme les dons en nature et en numéraire provenant des ONG nationales et internationales, de la diaspora, des personnes physiques ou morales, etc...

Les Principaux mécanismes de mobilisation des ressources pour financer le plan d'amélioration de la qualité des services de santé au Cameroun devra s'appuyer sur un contexte favorable marqué par cadre réglementaire propice à la mobilisation des ressources :

1. Le Crowdfunding : Utiliser des plateformes de crowdfunding pour collecter des fonds de la population générale, en mettant en place des campagnes de financement participatif pour soutenir les projets de développement dans le secteur de la santé. En effet, la Couverture Santé Universelle (CSU) fait partie des priorités inscrites dans l'agenda international et constitue l'une des cibles de l'ODD n°3 ; en outre le Cameroun s'est doté d'un Plan Stratégique National de Protection Sociale validé en décembre 2017. Ces deux programmes bénéficient d'un soutien manifeste de la haute hiérarchie et de nombreux partenaires au développement.
2. Le Partenariats public-privé : Établir des partenariats avec des entreprises privées pour lever des fonds et des ressources pour la santé, en échange d'avantages fiscaux ou de visibilité pour les entreprises. Faisant à la suite du décret de PM de 2023 sur le Partenariats Public-Privé, des dispositions nouvelles et attractives ont accordé aux entreprises du secteur privé (industrie pharmaceutique, etc..) et autre Acteurs Non Étatiques (ANE). Ceci une opportunité majeure pour le PNAMQSS
3. Fonds de dotation : Créer un fonds de dotation pour l'amélioration de la qualité des services de santé au Cameroun, qui pourrait être alimenté par des donations des collectivités territoriales, des entreprises du secteur de la santé et des organisations internationales.

4. Prêts et subventions : Demander des prêts et des subventions à des institutions financières internationales, telles que la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, ou des organisations de développement régionales, pour financer les projets de développement dans le secteur de la santé.
5. Impôts et taxes : Augmenter les impôts et les taxes pour financer les services de santé, en veillant à ce que les ressources supplémentaires soient affectées de manière efficace et transparente aux besoins de la santé.
6. Partage de la Santé : Établir un système de partage de la santé, où les personnes qui ont des ressources supplémentaires peuvent partager avec celles qui en ont besoin, dans le cadre d'un système de solidarité et de mutualisation.

Il est important de noter que ces mécanismes ne sont pas mutuellement exclusifs, et peuvent être combinés pour maximiser l'impact de la mobilisation des ressources pour financer le plan d'amélioration de la qualité des services de santé au Cameroun.

ANNEXE 1 PROPOSITION AXES STRATEGIQUES

5.5 Les Axes stratégiques Pour atteindre les résultats politiques ci-dessus, cette politique de gestion de la qualité se concentrera sur les objectifs suivants

1. Améliorer le leadership, la gouvernance et la responsabilité du secteur de la santé ;
2. Accroître la capacité des ressources humaines pour la santé (RHS) à fournir des prestations de service de santé de qualité
3. Promouvoir l'excellence dans la pratique clinique tout au long du continuum de soins ;
4. Améliorer la sécurité des clients à tous les niveaux des soins de santé ;
5. Renforcer les soins centrés sur la personne et la participation communautaire à tous les niveaux du système de santé
6. Renforcer le système de soutien pour la prestation de services de santé de qualité ;
7. Augmenter la capacité de génération et d'utilisation d'informations stratégiques précises pour la prise de décision et formulation de politiques fondées sur des données probantes

5.6 Domaines prioritaires

Axe stratégiques1 : Leadership, gouvernance et responsabilité/

Mettre en place et renforcer les institutions et mécanismes nationaux pour améliorer la qualité des soins dans le secteur de la santé

Même si des progrès ont été réalisés dans le renforcement du leadership, de la gouvernance et responsabilité dans l'ensemble du système de santé, des lacunes importantes existent toujours. Dans un système de santé fortement décentralisé, la qualité des soins sera limitée sans un leadership plus fort et des structures de gouvernance saines a tous les niveaux, compromettant ainsi la possibilité d'atteindre les objectifs de cette politique.

Objectif stratégique 1 : Etablir et faire fonctionner les structures de gouvernance nationales et déconcentrées pour la qualité des soins

Interventions stratégiques

1. Création d'une structure/unité nationale de leadership pour la qualité des soins dans les services de santé
2. Création d'un Comité de pilotage ministériel multipartite pour l'amélioration de la qualité des services de santé ;
3. Création et fonctionnement de comités de qualité des soins au sein des équipes cadres de district (avec la participation de représentants de la communauté et des associations de femmes) ;
4. Création ou intégration dans les structures existantes des comités de qualité des soins dans les régions et districts et les équipes d'amélioration de la qualité dans les FOSA (avec la participation de représentants de la communauté et des associations de femmes) ;
5. mise en place d'un mécanisme fonctionnel de liaison sur les questions de qualité, entre les groupes aux trois niveaux – national, régional, district ainsi que dans les FOSA.

Objectif stratégique 2 : à l'élaboration, le financement et le suivi d'une vision nationale, une stratégie et un plan opérationnel chiffré pour améliorer la qualité des soins dans les services de santé.

Interventions Stratégiques

1. Elaboration d'une vision nationale, une stratégie et un plan opérationnel ont été élaborés (avec des objectifs) pour améliorer la qualité des soins dans les services de santé ;
2. L'alignement des partenaires et la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan opérationnel national ;
3. Le chiffrage et l'allocation d'un financement provenant du budget pour la mise en œuvre du plan opérationnel national
4. L'engagement des ressources humaines et la définition des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes pour la mise en œuvre du plan national ;
5. La mise en place du suivi régulier des progrès par rapport aux objectifs et l'ajustement du plan national si nécessaire

Objectif stratégique 3 : Le ministère veillera à l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de plaidoyer et de mobilisation pour la qualité des soins

Interventions Stratégiques

1. Rassemblement et mobilisation des associations professionnelles, les universitaires, la société civile et le secteur privé pour défendre la Qualité des soins et services et soutenir sa mise en œuvre.
2. Elaboration d'une stratégie nationale de plaidoyer et de mobilisation a été e avec l participation d'un large éventail de parties prenantes, et est mis en œuvre et surveillé

Axe stratégique 2 : Accroître la capacité des ressources humaines pour la santé (RHS) à fournir des prestations de service de santé de qualité

Même si le secteur de la santé a fait d'énormes progrès en augmentant l'offre et la capacité des ressources humaines pour la santé, ainsi que leur recrutement et leur rétention, des défis importants persistent. Le Cameroun connaît une pénurie de ressources humaines depuis plusieurs années .

Objectif stratégique 1 : Le ministère veillera à la disponibilité, la répartition de manière appropriée et la rétention du personnel compétent à tous les niveaux du système des soins de santé

Interventions Stratégies

- 2.1 Définir les exigences minimales en matière de personnel en fonction de la charge de travail à tous les niveaux
- 2.2 Déployer le personnel conformément aux besoins et aux normes en matière de personnel à tous les niveaux de soins de santé
- 2.3 Améliorer les connaissances et les compétences des ressources humaines pour la santé en gestion de la qualité par le biais de formations initiales et continues
- 2.4 Introduire et opérationnaliser des mécanismes pour la coordination des formations en gestion de la qualité à tous les niveaux
- 2.5 Renforcer les mécanismes de motivation du personnel

Axe stratégique 3 : Promouvoir l'excellence dans la pratique clinique

Les pratiques cliniques restent sous-optimales en raison du manque d'équipement de diagnostic, manque de compétences cliniques et utilisation inadéquate des lignes directrices et les procédures opérationnelles standard (SOP), ainsi qu'une documentation et une tenue de dossiers médiocre,

Objectif stratégique 1 : Le Ministère veillera à ce que les lignes directrices cliniques, les POS et les normes sont disponibles et respectées dans toutes les FOSA à tout moment

Interventions Stratégies

- 3.1 Réviser et mettre à jour les normes et standards et lignes directrices cliniques pour améliorer la qualité des soins de santé
- 3.2 S'assurer que les lignes directrices cliniques et les SOP sont disponibles au point de service
- 3.2 Renforcer les capacités de tous les agents de santé en matière d'utilisation des directives cliniques et SOP
- 3.3 Instaurer une approche systématique d'Assurance qualité pour garantir le respect des critères cliniques les directives et SOP à tous les niveaux
- 3.4 Établir un système national de dossiers médicaux électroniques, un fichier principal des patients, et autres technologies pour la gestion des patients
- 3.5 Renforcer la supervision formative intégrée et le mentorat des personnels
- 3.7 Renforcer les systèmes de reconnaissance pour les FOSA qui se conforment aux normes de qualité

Axe stratégique 4 : Sécurité des patients/clients

Bien que des améliorations significatives aient été réalisées en matière de prévention et contrôle des infections des défis subsistent en raison d'infrastructures et équipements à risque .la pénurie de fournitures, une faiblesse dans la reconnaissance et la gestion des erreurs médicales et des événements indésirables.

Objectif strategique 1 : Le Ministère veillera à ce que les clients et les patients sont protégés contre les mauvaises pratiques, les agents de santé non qualifiés et les dangers des produits

Interventions Stratégies

- 4.1 Veiller à ce que le personnel de santé soit correctement formé, enregistré et réglementé
- 4.2 Établir des systèmes pour prévenir, surveiller et gérer la résistance aux médicaments
- 4.3 Établir des systèmes pour prévenir, signaler et gérer de manière éthique les erreurs médicales et événements indésirables

Objectif strategique 2 : Le Ministère veillera à ce que les normes de sécurité des patients/clients et les directives sont respectées à tout moment, y compris celles liées à l'utilisation en toute sécurité des injections, des dispositifs invasifs et des transfusions sanguines

Stratégies

- 4.4 Élaborer, diffuser et mettre en œuvre des normes de sécurité pour les patients/clients
- 4.5 Veiller à ce que les infrastructures de santé soient conformes aux normes de sécurité
- 4.6 Réglementer l'utilisation sécurisée des technologies médicales

Objectif strategique 3 : Le ministère assurera une prévention et le contrôle des infections (PCI), les programmes de résistance aux antimicrobiens et l'eau, L'assainissement et l'hygiène (WASH) sont intégrés dans chaque formation sanitaire

Stratégies

- 4.7 Disséminer le guide national de prévention et control des infections a toutes les FOSAs
- 4.8 Renforcer la disponibilité des fournitures et des infrastructures de PCI, y compris les équipements de protection individuels à tous les niveaux
- 4.9 Faire respecter les pratiques de prévention et de contrôle des infections, y compris la gestion des déchets médicaux
- 4.10 Établir et renforcer les systèmes de surveillance et de gestion de la prévention et contrôle des infections
- 4.11 Veiller à ce que chaque établissement de santé ait accès à un approvisionnement en eau potable et des installations sanitaires à tout moment

Axe strategique 5 : Soins centrés sur la personne

Bien que plusieurs interventions visant à améliorer les soins centrés sur la personne aient été introduites dans le passé comme l'introduction de boîtes à suggestions, des lacunes importantes subsistent pour adopter pleinement les soins centrés sur la personne. Les chartes des patients n'existent pas, la communication entre les prestataires et les clients est inadéquate, les mécanismes de réception, d'analyse et de traitement des commentaires des clients existent mais sont encore

faibles, et la participation des patients /clients et de leurs communautés à la prestation des soins et la décision thérapeutique est limitée.

Objectif stratégique 1 : Le ministère veillera à ce que les normes les plus élevées en matière des soins centrés sur la personne sont mis en œuvre et renforcés à tous les niveaux en étroite collaboration avec la communauté et la société civile

Interventions Stratégiques

- 5.1 Établir et mettre en œuvre des structures pour des soins centrés sur la personne à tous les niveaux
- 5.2 Assurer la prestation de soins respectueux aux patients à tous les niveaux
- 5.3 Renforcer les mécanismes de communication et de feedback entre les patients/clients et prestataires
- 5.4 Assurer la mise en œuvre de la stratégie de Communication pour le Changement Social et de Comportement sur la qualité des soins au sein du système de santé
- 5.5 Elaborer et améliorer l'utilisation des chartes des prestataires, des patients et des services
- 5.6 Garantir un accès équitable aux soins de santé pour les populations marginalisées

Axe stratégique 6 : Renforcement du Système de soutien

Malgré une attention accrue portée au renforcement des systèmes de santé au cours de la dernière décennie, des lacunes importantes existent encore dans les systèmes de soutien, telles que des ruptures de stock fréquentes de médicaments et fournitures essentiels, sécurité inadéquate des installations pour les soins médicaux, mauvaise gestion des infrastructures et des équipements médicaux, un système de référence qui n'est pas réactif et des systèmes financiers et d'approvisionnement faibles.

Objectif stratégique 1 : Le Ministère veillera à ce que les équipements, les médicaments, les consommables et les technologies appropriées sont disponibles, équitablement distribués, financièrement accessibles et sûres à tout moment

Stratégies

- 6.1 Renforcer la gestion des actifs physiques à tous les niveaux
- 6.2 Standardiser et coordonner les achats/dons, l'allocation, la distribution, entretien et remplacement des équipements et des fournitures médicales
- 6.4 Renforcer la chaîne d'approvisionnement, les stocks et la sécurité/qualité des médicaments et des fournitures à tous les niveaux du système de santé
- 6.5 Veiller au respect des normes minimales en matière d'équipement, de médicaments et fournitures pour installations

Objectif stratégique 2 : Le Ministère assurera qu'un système de référence fonctionnel et des services ambulanciers sécurisés et rapides sont en place dans l'ensemble des services de santé.

Stratégies

6.6 Renforcer le système de référence, y compris une communication en temps opportun

6.7 Assurer un transport sécurisé des patients

Axe stratégique 7 : Prise de décision fondée sur des données probantes

Même si des progrès notables ont été réalisés dans la génération de données, l'utilisation à des fins de prise de décision reste un défi majeur. Il existe également une capacité limitée à mener la recherche pertinente et la traduction des résultats de la recherche dans la pratique sont faibles.

Objectif stratégique1 : Le ministère garantira une capacité appropriée dans la génération et utilisation précise de données pour une prise de décision fondée sur des preuves pour la qualité des soins à tous les niveaux

Stratégies

7.1 Renforcer la collecte, l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données pour la planification, la programmation et la formulation de politiques

7.2 Améliorer la qualité des données de santé à tous les niveaux

7.3 Renforcer l'intégration et le reporting des indicateurs de qualité des soins au sein du SIS

7.4 Renforcer l'utilisation des informations sur la qualité des soins et santé au point de service

7.5 Renforcer la recherche opérationnelle ainsi que le suivi et l'évaluation à tous les niveaux

7.6 Renforcer la coordination des activités de recherche dans le pays

7.7 Promouvoir une culture de partage d'informations et d'apprentissage à tous les niveaux