



MINSANTE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

RAPPORT D'ÉVALUATION COMPLEMENTAIRE DE LA FONCTIONNALITÉ DES DISTRICTS SANTAIRES AU CAMEROUN

Décembre 2023



Table des matières

Remerciements	4
Abréviations et Acronymes	5
Liste des Tableaux	6
Liste des Figures	7
Résumé exécutif	10
Introduction	12
1. Les objectifs de l'évaluation complémentaire	13
2. Organisation du système de santé au Cameroun	14
3. Méthodologie	16
3.1. Échantillonnage et taille de l'échantillon	16
3.2. Équipe d'évaluation	17
3.3. Outils de collecte	17
3.4. Collecte de données	18
3.5. Assurance qualité des données	18
3.6. Analyse des données et rédaction du rapport d'évaluation	19
3.7. Interprétation des résultats :	19
4. Résultats	20
4.1. Résultats globaux de l'évaluation	20
4.2. Niveau et répartition des résultats du système de santé	20
4.2.1. Couverture sanitaire universelle	20
4.2.1.1. Disponibilité des services essentiels	21
4.2.1.2. Couverture des services de santé essentiels	25
4.2.1.3. Protection contre les risques financiers	28
4.2.2. Résultats en vue de maximiser la sécurité sanitaire	30
4.2.2.1. Prévention de la sécurité sanitaire	30
4.2.2.2. Réponse à la sécurité sanitaire	31
4.2.2.3. Détection des menaces sanitaires	31
4.2.2.4. Organisation et leadership des systèmes de santé par district	32
4.2.3. Résultats concernant les déterminants de la santé	33
4.2.3.1. Les Déterminants sociaux	34
4.2.3.2. Déterminants environnementaux	35
4.2.3.3. Déterminants économiques	36
4.2.3.4. Déterminants politiques et sécuritaires	37
4.2.4. L'approche des soins de santé primaires (SSP)	38
4.2.4.1. Ressources Humaines	38
4.2.4.2. Capacité de connaissances des SSP	39
4.2.4.3. Alignement des parties prenantes sur les priorités nationales SSP	41
4.2.4.4. Autonomisation des SSP	41
4.2.4.5. Financement des SSP	42
4.2.4.6. Technologie des SSP	43
4.3. Résultats de la Fonctionnalité des districts de santé	44
4.3.1. La capacité des systèmes de santé	44
4.3.1.1. Accès aux services essentiels	45
4.3.1.2. Qualité des soins	46

4.3.1.3.	Demande effective de services essentiels de santé	47
4.3.1.4.	Résilience des systèmes de santé	48
4.3.2.	Capacité de gestion	49
4.3.2.1.	Stratégie.....	50
4.3.2.2.	Structure	51
4.3.2.3.	Compétences	51
4.3.2.4.	Les Systèmes	52
4.3.2.5.	Capacités de gestion de la dotation en personnel.....	52
4.3.2.6.	Style.....	53
4.3.2.7.	Capacités de gestion - Valeurs partagées	54
4.3.3.	Capacité de surveillance globale	55
4.3.3.1.	Responsabilité technique et sociale.....	55
4.3.3.2.	Confiance du public et engagement des Parties prenantes.....	57
4.3.3.3.	Autorité et mécanismes de régulation	57
5.	Limites et développement futurs	59
	Conclusion	60
	Recommandations	62
	Annexes	64

Remerciements

Le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires (DOSTS) a réalisé l'évaluation complémentaire de la fonctionnalité des districts sanitaires portant sur un échantillon prescrit défini avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé.

La DOSTS exprime sa gratitude à toutes personnes qui, d'une manière ou d'une autre et à un moment ou à un autre, ont joué un rôle important dans la réalisation de cette importante activité.

Ces remerciements s'adressent de prime à bord aux autorités du Ministère de la Santé qui ont soutenu cette activité par leur engagement et leur suivi tout au long du processus.

La DOSTS exprime sa profonde gratitude à l'OMS, à travers son bureau régional pour l'Afrique (AFRO) de Brazzaville et sa Représentation pays au Cameroun pour l'appui technique et financier apporté aux préparatifs et à la mise en œuvre de cette évaluation.

La DOSTS exprime davantage ses sincères remerciements aux Délégués régionaux de la Santé Publique et aux Médecins-chefs de Districts qui ont accueilli avec beaucoup d'intérêt cette évaluation ainsi que pour leur supervision et leur suivi.

Enfin, la DOSTS adresse ses remerciements profonds à tous les membres des équipes cadres des Districts sanitaires qui ont participé au remplissage en ligne et à la soumission des outils d'auto-évaluation en dépit de toutes les difficultés rencontrées au cours du processus.

Abréviations et Acronymes

BPCO	Bronchopneumonie chronique obstructive
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion de District
COSA	Comité de Santé
COSADI	Comité de Santé de District
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
HD	Hôpital de District
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
N-N	Nouveau-né
MNT	Maladies Non Transmissibles
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
RH	Ressources Humaines
SSP	Soins de Santé Primaires

Liste des Tableaux

Tableau 1. Différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions	15
Tableau 2. Répartition du nombre de Districts de Santé sélectionnés par Région.....	16
Tableau 3. Récapitulatif des résultats en matière de santé et de la fonctionnalité des districts de santé	20
Tableau 4. Résultats synthèse de la fonctionnalité des districts de santé.....	44

Liste des Figures

Figure 1. Construction de la fonctionnalité d'un système de santé	12
Figure 2. Disponibilité des services essentiels pour les femmes enceintes et les Nouveau-Nés	21
Figure 3. Disponibilité des services essentiels pour l'enfant par DS	22
Figure 4. Disponibilité des services essentiels de santé pour les adolescents	23
Figure 5. Disponibilité des services pour les adultes par DS	24
Figure 6. Disponibilité des services pour les personnes âgées.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 7. Distribution de la Couverture des services de santé essentiels	26
Figure 8. Couverture des services essentiels pour les maladies infectieuses par DS	26
Figure 9. Score de couverture des services essentiels pour les maladies non transmissibles	27
Figure 10. Score de couverture des services essentiels de santé reproductive, maternelle et néonatale.....	28
Figure 11. Protection contre les risques financiers par district	29
Figure 12. Score de prévention des menaces pour la sécurité sanitaire dans les établissements des soins primaires par rapport aux hôpitaux	30
Figure 13. Score des capacités de réponse à la sécurité sanitaire	31
Figure 14. Score des capacités de détection des menaces de la sécurité sanitaire	32
Figure 15. Score des capacités en matière d'organisation et de leadership par district de Santé.....	333
Figure 16. Score des déterminants de la santé.....	34
Figure 17. Score sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé par DS	355
Figure 18. Score sur la prise en compte des Déterminants environnementaux de la santé.....	36
Figure 19. Score sur les capacités de prise en charge des déterminants économiques de la santé.....	377
Figure 20. Score des capacités de prise en charge des déterminants politiques de la santé.....	38
Figure 21. Score pour les ressources humaines par DS	39
Figure 22. Score de Connaissance des SSP par DS	400
Figure 23. Score d'alignement des partenaires sur les priorités nationales par DS	41
Figure 24. Score autonomisation des individus et des communautés par DS	42
Figure 25. Score de financement des SSP par DS	42
Figure 26. Technologie des SSP par DS	433
Figure 27. Capacité des systèmes de santé par District de Santé.....	45
Figure 28. Accès physique, financier et socio-culturel.....	46
Figure 29. Score de demande effective de services essentiels par DS	47
Figure 30. Capacité de Résilience.....	48
Figure 31. Score de capacité de gestion de stratégie par DS	50
Figure 32. Capacités de gestion - Personnel	533

Figure 33. Capacités de gestion – Valeurs partagées..... 55
Figure 34. Responsabilité technique et sociale 56

Membre de l'équipe technique de l'évaluation complémentaire

L'équipe technique de cette évaluation complémentaire était composée du personnel de la DOSTS et du personnel de l'OMS.

Pour le Ministère de la Santé:

- Pr Eugene Sobngwi, Directeur de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires
- Dr Mbuih Idrisu, Sous-Directeur des Soins de Santé Primaires

Pour l'OMS :

- Dr Bissouma-Ledjou Renée Tania, Coordinatrice des Politiques Sanitaires, Team Lead ULC Cluster, OMS Bureau pays du Cameroon
- Dr Patrice Ngangue, Consultant international HSS, OMS Bureau Pays du Cameroon
- Solyana Kidyane, Technical officer, ARD/AFRO (Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique)

Résumé exécutif

Le Cameroun a exprimé son intérêt pour la réalisation de l'évaluation de la fonctionnalité de ses districts sanitaires avec le soutien de l'OMS. C'est ainsi que, de décembre 2021 à mars 2022, une évaluation du niveau de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé de notre pays avait été faite. Le rapport y relatif a ressorti essentiellement des éléments en lien avec la performance des Districts de Santé (DS). Une deuxième évaluation a été envisagée pour collecter des données additionnelles sur la fonctionnalité des DS. Cette collecte a été organisée dans les mêmes DS que ceux de la première évaluation. La collecte de données a porté sur 31 districts sanitaires (DS) échantillonnés, représentant environ 15 % des 203 districts du pays. Elle a eu lieu sur la période d'octobre à novembre 2023.

A cet effet, au cours d'un atelier de 4 jours tenu à Ebolowa, les représentants des équipes des dix régions ont été informés sur les objectifs et les critères d'évaluation des résultats et de l'opérationnalité des systèmes de santé infranationaux puis formés à l'utilisation des outils.

Les discussions ont permis d'obtenir des informations et des éclaircissements sur les différentes composantes des outils. Une communication et une collaboration étroites avec les collègues du bureau régional ont permis de mettre à jour le profil du Cameroun dans l'outil d'évaluation de la fonctionnalité des systèmes de santé en ajoutant une liste déroulante de DS pour les régions du Littoral et du Nord.

En outre, la base de données a été nettoyée (harmonisation des données et élimination des doublons) afin de permettre l'analyse et l'interprétation des données.

L'analyse et l'interprétation des données ont été effectuées directement via l'outil en ligne. Les résultats de l'évaluation ont révélé des disparités significatives entre les DS.

Les scores moyens globaux de la CSU et de la sécurité sanitaire étaient respectivement de 55,1% et de 55,8%. Ces scores qui traduisent un niveau moyen de fonctionnalité nécessitent le renforcement des interventions dans les DS ayant les scores les plus faibles.

Le score moyen global pour l'approche des Soins de Santé Primaires de 48,1% demeure faible nécessitant la mise en œuvre d'interventions ciblées. L'analyse des performances des districts révèle des disparités significatives dans les niveaux d'accès physique, socioculturel et financier. Cette analyse souligne ainsi la nécessité d'adopter des approches différenciées pour améliorer l'accès aux services et aux ressources essentiels dans ces districts.

L'examen de la capacité de contrôle (gestion) des districts sanitaires a mis en évidence des disparités dans les valeurs partagées, les compétences, le personnel, la stratégie, la structure, le style, les systèmes, et la capacité de contrôle globale. Ces résultats soulignent la nécessité d'identifier les facteurs sous-jacents afin de permettre une gestion efficace des services dans chaque district sanitaire.

La capacité de surveillance en matière de santé dans différents districts sanitaires a révélé des degrés variables de performance en termes d'autorité, d'intégrité et de confiance du public, de mécanismes juridiques et réglementaires, de structure organisationnelle, d'orientation politique et stratégique, de responsabilité sociale, d'engagement des parties prenantes et de responsabilité technique. La moyenne globale de la capacité de surveillance était de 56%, soulignant la nécessité d'améliorations ciblées dans des régions spécifiques pour renforcer l'efficacité globale.

A l'issue des résultats, des recommandations majeures ont été formulées à l'endroit des Districts sanitaires, des Délégations Régionales de la Santé Publique, du Niveau central du Ministère de la Santé Publique et

des partenaires. Ces recommandations visent de façon globale, la généralisation de l'évaluation à l'ensemble des districts sanitaires que compte le pays, à l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités des districts sanitaires et à la mise en place d'un cadre de suivi des performances des districts sanitaires impliquant les trois niveaux, central, régional et périphérique. En outre, les conclusions de ces évaluations nécessitent le développement et la mise en œuvre de plan de renforcement adapté aux réalités de chaque district sanitaire.

Introduction

La capacité du système de santé à fournir les services essentiels nécessaires reste un facteur crucial pour la réalisation des objectifs sanitaires dans tous les pays de la Région africaine. Le Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique a énormément investi dans l'identification des moyens les plus appropriés pour aider les pays à mettre en place les systèmes de santé adaptés dont ils ont besoin pour atteindre ces objectifs.

Les investissements dans les systèmes de santé se sont traditionnellement concentrés sur la mise à disposition d'investissements dans les éléments constitutifs nécessaires pour réduire la charge des principaux facteurs de morbidité et de mortalité. Cependant, les attentes de la population ont évolué, passant d'une population de bénéficiaires passifs assiégés par des maladies transmissibles à une population plus informée ayant des besoins de santé dynamiques auxquels le système doit répondre. La compréhension des actions du système de santé nécessaires pour répondre à ces nouvelles compréhensions a évolué au-delà de l'approche normative des blocs de construction, vers un besoin d'investir dans un ensemble complexe et dynamique de matériel et de logiciel qui sont à la fois tangibles et intangibles. De multiples actions doivent être investies et ciblées, toutes dans un contexte spécifique pour obtenir les résultats souhaités.

Pour comprendre la performance du système de santé, il faut donc explorer la nature, la profondeur et les interactions de ces éléments complexes et dynamiques dans le temps, entre eux et dans un contexte donné. Le bureau de l'OMS pour la région Afrique a développé des outils pour aider les pays de la région à évaluer systématiquement la fonctionnalité de leurs unités de santé infranationales ou District sanitaire (DS). Ceci en développant une compréhension de leurs niveaux d'opérationnalité et en les comparant aux résultats sanitaires atteints. Le résultat de l'évaluation devrait être des domaines spécifiques sur lesquels une unité sous-nationale ou un pays devrait se concentrer pour accélérer l'obtention de résultats sanitaires.

Le Cameroun a exprimé son intérêt pour la réalisation de l'évaluation de la fonctionnalité de ses districts sanitaires avec le soutien de l'OMS. C'est ainsi que, de décembre 2021 à mars 2022, une évaluation du niveau de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé de notre pays avait été faite. Le rapport y relatif a ressorti essentiellement des éléments en lien avec la performance des Districts de Santé (DS). Lors de la validation de ce rapport, les acteurs avaient recommandé une collecte additionnelle de données clés portant sur la fonctionnalité des DS. Cette collecte a été organisée dans les mêmes DS que ceux de la première évaluation. Ce rapport présente donc en détail les résultats de l'évaluation complémentaire de la fonctionnalité des districts sanitaires.

1. Les objectifs de l'évaluation complémentaire

L'Approche développée dans le cadre de cette évaluation ne se concentre pas sur la performance du système, car celle-ci est généralement spécifique au contexte et à l'investissement. En revanche, elle se concentre sur la définition de la fonctionnalité du système de santé - ce qui revient plutôt à définir les capacités qu'un système doit avoir, indépendamment de la façon dont il est configuré.

Un système fonctionnel doit maximiser l'obtention de résultats sanitaires dans le pays. La compréhension de sa fonctionnalité repose sur deux axes :

- i) **Les résultats obtenus par le système de santé.** Ces résultats concernent :
 - a. Couverture sanitaire universelle - avec des informations sur la disponibilité des services, la couverture et la protection contre les risques financiers
 - b. Sécurité sanitaire - avec des informations sur les domaines sous-nationaux du RSI et la résilience du système.
 - c. Déterminants de la santé - état général avec les déterminants politiques, sociaux, environnementaux et économiques influençant la santé.
 - d. L'approche des soins de santé primaires - le statut actuel des différents éléments de l'approche des soins de santé primaires et des investissements de base dans le pays.
- ii) **L'opérationnalité du système de santé.** Cela concerne :
 - a. Capacité de contrôle - le **processus** par lequel il prend des décisions et implique les parties prenantes dans ce processus.
 - b. Capacité de gestion - le mécanisme par lequel il **traduit les** décisions en actions qui répondent aux besoins de santé de la population, et
 - c. Capacité de prestation de services - le **contenu des** actions qui garantissent que les populations reçoivent les services demandés.

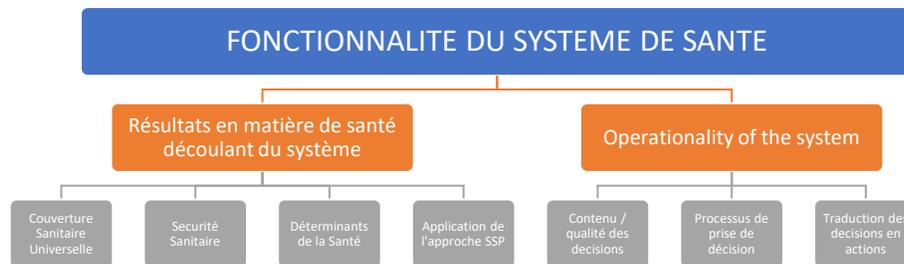


Figure 1: Construction de la fonctionnalité d'un système de santé (Source : Les nouveaux outils d'évaluation de l'opérationnalité des systèmes de santé subnationaux, OMS Bureau régional pour l'Afrique)

Ainsi la compréhension de la fonctionnalité de l'unité évaluée se construit en consolidant ses réalisations/résultats atteints et son degré d'opérationnalité. Cette fonctionnalité doit être évaluée au niveau le plus bas du système qui possède un espace de décision managérial et administratif en l'occurrence le district sanitaire qui constitue de facto l'unité sous-nationale, lieu de l'évaluation.

Conformément donc à ce qui précède, l'objectif général de l'évaluation est d'évaluer systématiquement la fonctionnalité des unités de santé sous-nationales donc des districts sanitaires. Ceci en développant une compréhension de leurs niveaux d'opérationnalité et en les comparant aux résultats sanitaires atteints.

Le résultat de l'évaluation est constitué par des domaines spécifiques sur lesquels une unité sous-nationale, un pays et la région dans son ensemble doivent se concentrer pour accélérer l'atteinte des résultats de santé.

L'évaluation permettra de :

- Mettre à disposition des outils et des processus pour évaluer la fonctionnalité des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS,
- Fournir des informations succinctes aux unités sous-nationales participantes sur les domaines sur lesquels elles doivent se concentrer pour améliorer leur fonctionnalité,
- Consolider au niveau national les priorités qui entravent le plus l'obtention de résultats en matière de santé au niveau infranational, et
- Définir les priorités régionales d'investissement dans les unités sous-nationales, pour l'obtention de résultats en matière de santé.

Cette évaluation complémentaire est donc axée sur la compréhension de l'état des différentes influences qui ont un impact sur la capacité d'un système à garantir l'accès aux services de santé essentiels de qualité exigés par la population bénéficiaire, dans les situations perturbatrices de routine et d'urgence.

Les moteurs de la fonctionnalité sont liés aux capacités de prestation de services, de gestion et de contrôle qui existent au sein d'un système donné. L'évaluation de la fonctionnalité porte sur l'état de ces capacités par rapport aux résultats que le système est en mesure d'obtenir. Elle sert principalement à identifier les domaines qui doivent être renforcés.

2. Organisation du système de santé au Cameroun

Le système national de santé du Cameroun répond au scénario africain pyramidal à trois niveaux (niveau central, niveau intermédiaire et niveau périphérique) pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Chaque niveau de la pyramide dispose des éléments qui concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à savoir des structures administratives, des structures sanitaires et des structures de dialogue (voir tableau 1).

A la base de la pyramide sanitaire on retrouve le niveau périphérique du système avec ses districts de santé qui jouent le rôle d'unités opérationnelles ; chaque district est subdivisé en aires de santé.

Le niveau intermédiaire comporte 10 Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP). Elles appuient les districts de santé à la mise en œuvre des programmes techniques.

Au sommet de la pyramide, le niveau central, constitué des structures centrales du Ministère de la Santé Publique, qui élabore les stratégies de la politique en matière de santé publique.

Chaque niveau du système de santé comporte des structures de dialogue. Pour accomplir leurs missions et fonctions, des structures administratives, techniques et communautaires ont été développées à chaque niveau comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau 1. Différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	- Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, - SESP - Directions techniques et assimilées	- Elaboration des politiques - Coordination - Régulation - Supervision	- Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés	- Conseil National de la Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	- Appui technique aux Districts de Santé - Coordination régionale - Régulation - Supervision	- Hôpitaux régionaux et assimilés	- Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	203 Districts de Santé	- Offre de soins - Coordination du District - Régulation - Supervision	- Hôpitaux de District - Cliniques - CMA - CSI, Cabinet de soins	COSADI ; COGEDI COSA ; COGE

Source : MINSANTE. Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030. Complété à partir de la carte sanitaire 2020

Le District de santé (DS) se présente comme une entité socio-économique couvrant un territoire suffisamment petit pour que ses problèmes soient rapidement identifiés et les réponses adaptées, mais assez grand pour disposer de toutes les ressources nécessaires à son développement optimal.

Le DS est le maillon essentiel de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027 et du renforcement du Système de Santé au Cameroun.

Selon le Décret présidentiel N° 95/013 du 07 Février 1995 portant organisation des services de santé de base en District de Santé, opérationnels en Mai 1995 par la création des premiers DS, le système de santé de district comprend : un service de santé de district, un Hôpital de District comme hôpital de première référence, un ou plusieurs CMA, des services de santé du premier échelon (cabinet de soins, cabinets médicaux, centres de soins ambulatoires, CSI).

Au Cameroun, le secteur de la santé est structuré lui-même en trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public, (ii) un sous-secteur privé (à but non lucratif et lucratif) et (iii) un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

3. Méthodologie

Cette évaluation est réalisée par chaque district sanitaire qui souhaite savoir où se concentrer pour améliorer son fonctionnement. Les informations sont structurées sous forme de modules pour chaque composante de la fonctionnalité.

Un district sanitaire s'évalue lui-même en fonction de l'état d'un certain nombre d'attributs qui définissent chaque module. Les informations sont ensuite rassemblées pour chaque composante au sein de l'unité sous-nationale ou DS et entre les DS afin de déchiffrer la fonctionnalité aux niveaux sous-national et national.

Les modules sont structurés en (1) ceux qui évaluent le fonctionnement d'une unité sous-nationale ou DS, (2) ceux qui déterminent le niveau des résultats atteints par l'unité sous-nationale ou DS et (3) ceux qui évaluent la fonctionnalité d'un établissement de santé spécifique.

3.1. Échantillonnage et taille de l'échantillon

Pour cette évaluation complémentaire, nous avons adopté le même échantillonnage que celui de la première évaluation.

Rappel de la méthodologie d'échantillonnage

La taille de l'échantillon a été estimée à 31 districts de santé (DS) représentant environ 15% de tous les 201 districts du pays considérés (à Octobre 2023). Le nombre de DS à sélectionner dans chacune des 10 Régions que compte le pays s'est fait en appliquant la proportion de 15% au nombre total de DS que compte la Région, et en choisissant le chiffre entier le plus proche de la valeur obtenue, tel que recommandé par les directives de la méthodologie de l'évaluation.

Pour prendre en compte la complexité des DS relativement à la taille démographique, au nombre de formations sanitaires (FOSA) à coordonner ou à superviser, ou la superficie, une catégorisation des DS s'est faite au sein des Régions en DS urbains (ceux situés dans le périmètre d'une Communauté Urbaine) qu'on a appelé Grands DS (GDS), en DS semi-urbains (ceux situés dans le périmètre d'une Ville départementale) qu'on a appelé Moyens DS (MDS), et en DS ruraux (ceux situés dans le périmètre d'une ou de plusieurs Communes rurales) qu'on a appelé Petits DS (PDS).

A l'intérieur de chaque Région, la sélection des DS par catégorie s'est faite par tirage aléatoire sans remise en respectant le nombre fixé consensuellement comme présenté dans le tableau. Dans un premier temps, les DS de chaque Région ont été tirés au sort. Les DS ont été préalablement classés par catégorie. Par la suite, les DS à enquêter dans chaque catégorie dans la Région ont été tirés au sort.

Tableau 2. Répartition du nombre de Districts de Santé sélectionnés par Région

N°	Région	Nombre total de DS	Nombre de DS à sélectionner
1	Adamaoua	11	2
2	Centre	32	5
3	Est	15	2
4	Extrême-Nord	32	5
5	Littoral	24	4
6	Nord	15	2

7	Nord-Ouest	21	3
8	Ouest	20	3
9	Sud	12	2
10	Sud-Ouest	19	3
TOTAL		201	31

3.2. Équipe d'évaluation

Pour chacune des régions, l'équipe d'évaluation était composée de 10 personnes dont 4 membres des équipes de gestion de la Délégation régionale de la santé publique (DRSP) et de 6 membres des équipes de gestion des districts de santé

Le suivi étant assurée par la DOSTS avec l'appui technique de l'OMS.

3.3. Outils de collecte

Les nouveaux outils développés par l'OMS (Cf. Annexe) pour évaluer la fonctionnalité des unités sous-nationales ont été utilisés. Parmi les trois développés, deux outils ont été utilisés pour la collecte de données à savoir : (i) **P'outil 1** d'évaluation du niveau et de la distribution des résultats de santé et (ii) **P'outil 2** d'évaluation de la fonctionnalité de l'unité sous-nationale.

L'outil 1 examine l'éventail des résultats de santé que le district sanitaire produit, à savoir l'état de la couverture sanitaire universelle (CSU), l'état de la sécurité sanitaire, l'état des déterminants de la santé et l'approche des soins de santé primaires. L'outil 2 quant à lui examine la fonctionnalité du District Sanitaire, à travers la capacité des systèmes de santé, la capacité de gestion et la capacité de supervision. L'analyse est automatisée, et les résultats sont fournis immédiatement après la fin de l'évaluation. Afin de permettre une compréhension partagée des termes et concepts utilisés, un glossaire agissant comme guide de référence a été développé par l'OMS¹.

Ainsi, selon l'OMS, la couverture sanitaire universelle (CSU) s'entend de ce que chaque individu a accès à toute la gamme des services de santé dont il a besoin, quand et là où il en a besoin, sans difficulté financière. La CSU couvre l'ensemble des services essentiels, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation ou encore des soins palliatifs.

La sécurité sanitaire comprend les activités requises, aussi bien proactives que réactives, pour limiter le danger et l'impact des événements de santé publique aigus qui mettent en danger la santé des personnes à travers les régions géographiques et les frontières internationales.

Les déterminants de la santé sont dans une large mesure, des facteurs tels que le lieu où nous vivons, l'état de notre environnement, la génétique, notre niveau de revenu et d'instruction, ainsi que les relations avec nos amis et notre famille qui ont tous des répercussions considérables sur notre santé, tandis que les facteurs les plus couramment pris en considération, comme l'accès et l'utilisation des services de soins de santé, ont souvent moins d'impact.

¹ https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/SNU_Glossary_v2-FR.pdf

Les soins de santé primaires sont une approche globale de la société visant à organiser et à renforcer efficacement les systèmes de santé nationaux afin de rapprocher les services de santé et de bien-être des populations. Les soins de santé primaires comportent trois composantes : (i) des services de santé intégrés pour répondre aux besoins des personnes en matière de santé tout au long de leur vie, (ii) la prise en compte des déterminants généraux de la santé au moyen de politiques et d'actions multisectorielles, et (iii) donner aux individus, aux familles et aux communautés les moyens de prendre en charge leur propre santé.

Les soins de santé primaires permettent aux systèmes de santé de répondre aux besoins de santé d'une personne, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du traitement, de la réadaptation, des soins palliatifs ou de bien d'autres actions encore. Cette stratégie veille également à ce que les soins de santé soient dispensés d'une manière centrée sur les besoins des personnes et qui respectent leurs préférences.

La fonctionnalité du système est sa capacité à assurer l'accès à des services essentiels de qualité demandés par les bénéficiaires, dans les situations ordinaires comme d'urgence, pour la santé et le bien-être de la communauté.

3.4. Collecte de données

La collecte des données a été effectuée à l'aide des outils en ligne décrits dans le chapitre ci-dessus. Elle a porté sur (i) le niveau des résultats de santé atteints au sein des districts sanitaires (outil 1) et sur la fonctionnalité des unités infranationales ou districts sanitaires (outil 2). La collecte a concerné les 31 districts de santé (DS) échantillonnés.

Au préalable, es représentants des équipes des dix régions, les représentants des équipes des dix régions ont été formés sur l'utilisation des outils de collecte au cours d'un atelier qui s'est tenu à Ebolowa en octobre 2023. Cet atelier a permis de les entretenir sur la justification, les objectifs et les critères d'évaluation des résultats et de l'opérationnalité des systèmes de santé infranationaux. Les échanges et discussions ont permis de fournir des informations et d'apporter des éclaircissements sur les différentes composantes des outils.

La collecte proprement dite s'est réalisée sur la période durant les mois d'octobre et novembre 2023.

L'objectif de la collecte des données est de rassembler les informations importantes relatives à la gestion du district sanitaire afin d'aider l'équipe d'évaluation à mieux comprendre la manière dont fonctionne le système de santé, à identifier les forces et les faiblesses y relatives et à mener les actions correctrices en faveur de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins.

Les données collectées étaient directement centralisées au niveau du serveur par l'OMS/Afro sous forme de bases des données Excel (outil 1 et 2) et Dashboard. Les équipes d'évaluation se sont réunies et ont eu recours aux entretiens (tables rondes)/interviews, examens des archives et des infrastructures, informations provenant d'autres sources et aux remarques pour fournir des informations sur les différentes composantes des outils. Toute autre information supplémentaire a été triée auprès des parties prenantes concernées.

Les outils d'évaluation étant disponibles en ligne et accessibles aux DS, ceux-ci ont pu les compléter en ligne et les soumettre directement.

3.5. Assurance qualité des données

Une communication rapprochée avec des collègues du bureau régional a permis la mise à jour du profil du Cameroun dans l'outil d'évaluation de la fonctionnalité des DS avec l'ajout de la liste déroulante des DS

pour les régions du Littoral et du Nord. Par ailleurs, un travail nettoyage de la base de données (harmonisation des données et suppression des doublons) a été fait afin de permettre l'analyse et l'interprétation des données.

A l'analyse des données par outil, 4 autres districts supplémentaires non sélectionnés au départ ont renseigné l'outil 1 portant à 35 DS le nombre de DS ayant collecté des informations sur les résultats de santé au niveau des districts sanitaires. Pour ce qui est de l'outil 2, le nombre de district est resté inchangé par rapport à l'échantillon et concerne les 31 DS sélectionnés. (Cf. Annexe pour la liste des DS sélectionnés).

3.6. Analyse des données et rédaction du rapport d'évaluation

L'analyse a été faite et des tableaux de bord de visualisation ont été générés pour chacune des composantes des résultats des systèmes de santé et la fonctionnalité du système de santé sous national.

Les valeurs fournies sur les analyses comprenaient le score global de chaque unité sous-nationale pour un résultat sanitaire particulier (c'est-à-dire la couverture sanitaire universelle, l'approche SSP, les déterminants de la santé et la sécurité sanitaire) et pour chacune des dimensions de la fonctionnalité, par exemple le score de la capacité de gestion, le score global au niveau national, la fourchette montrant les scores les plus bas et les plus élevés.

Le rapport d'évaluation a ensuite été élaboré reprenant les résultats obtenus et faisant une synthèse voire un résumé des points forts et des domaines nécessitant des améliorations. Il est prévu que le rapport soit utilisé pour informer les domaines d'action afin d'améliorer la fonctionnalité des systèmes de santé dans le pays.

3.7. Interprétation des résultats :

Tous les scores sont en pourcentage. Lorsque le score est :

- Compris entre 0 – 54%, il est nécessaire d'introduire de nouvelles interventions,
- Compris entre 55 – 74%, il est nécessaire d'intensifier les interventions d'amélioration.
- Supérieur à 75%, il est nécessaire de soutenir les efforts et de partager les leçons apprises. (Échelle généralisée qui peut être ajustée en fonction de la notation)

4. Résultats

4.1. Résultats globaux de l'évaluation

Le tableau ci-dessous indique l'aperçu global des résultats de l'évaluation de la fonctionnalité des districts de santé par composante au Cameroun prenant en compte les composantes évaluées, les résultats produits par le système de santé et l'opérationnalité (fonctionnalité) des districts de Santé.

Tableau 3. Récapitulatif des résultats en matière de santé et de la fonctionnalité des districts de santé

Dimension	Score global (%)	Score le plus bas (%)	Score le plus élevé (%)
Résultats des systèmes de santé			
Couverture Sanitaire Universelle	55,1	19,6	95,0
Sécurité sanitaire	55,8	22,2	89,1
Approche Soins de Santé Primaires (SSP)	48,1	25,5	89,0
Déterminants de la santé	51,7	17	98
Fonctionnalité des systèmes de santé			
Capacité des systèmes de santé	49,8	00,0	85,0
Capacité de gestion	52,4	00,0	88,0
Capacité de surveillance	56,0	38,8	97,2

4.2. Niveau et répartition des résultats du système de santé

L'évaluation du niveau et de la répartition des résultats produits par le système de santé a concerné 4 domaines des résultats de santé : la Couverture Sanitaire Universelle, la sécurité sanitaire, les déterminants de la santé et l'approche SSP. Les détails des résultats sont donnés ci-dessous selon les domaines ci-hauts cités.

Le score moyen global de la CSU au Cameroun est de 55,1%. Le score le plus bas est de 19,6% (DS de Malentouen) et le plus élevé est de 95,0% (DS de Bourha).

Le score moyen global de la Sécurité Sanitaire s'élève à 55,8%. Le score le plus bas est de 22,2% (DS de Mfou) et le score le plus élevé est de 89,1% (DS de Bourha).

Le score moyen global de l'Approche SSP est de 48,1%. Le score le plus bas est de 25,5% (DS de Mfou) et le score le plus élevé est de 89,0% (DS de Deido).

Le score moyen global des Déterminants de la santé est de 51,7%. Le score le plus bas est de 17,0% (DS de Abo) et le score le plus élevé est de 98,0% (DS de Bourha).

4.2.1. Couverture sanitaire universelle

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) s'entend de ce que chaque individu a accès à toute la gamme des services de santé dont il a besoin sans encourir de difficulté financière. Les composantes de la CSU évaluées comprennent la disponibilité des services de santé essentiels, la couverture des services essentiels et la protection contre les risques financiers.

Ainsi, les résultats de l'auto-évaluation au Cameroun montrent que le score moyen global de la couverture sanitaire universelle est de 55,1%. Celui de la disponibilité des services essentiels est de 56,3% alors que la couverture des services essentiels a un score de 67,4%. La protection contre les risques financiers quant à elle a atteint un score de 48,7%.

Les résultats désagrégés par composantes évaluées sont décrits ci-après.

4.2.1.1. Disponibilité des services essentiels

La disponibilité des services essentiels se réfère à la présence en temps opportun de services publics cruciaux, tels que les soins de santé, l'eau potable, l'assainissement et l'éducation, qui sont accessibles et fournis à tous les individus au sein d'une population, en particulier dans les populations mal desservies ou vulnérables.

Le score moyen global de disponibilité des services essentiels pour toutes les cohortes est de 56,28 sur 100 dont 58,59% à l'hôpital de district et 53,97% dans les établissements des soins primaires. La disponibilité des services essentiels est de 73,4% pour la prise en charge de la grossesse et du nouveau-né, de 71,6% pour l'enfance, de 56,4%, pour l'adolescent, pour les adultes de 54,1% et de 40,1% pour les personnes âgées.

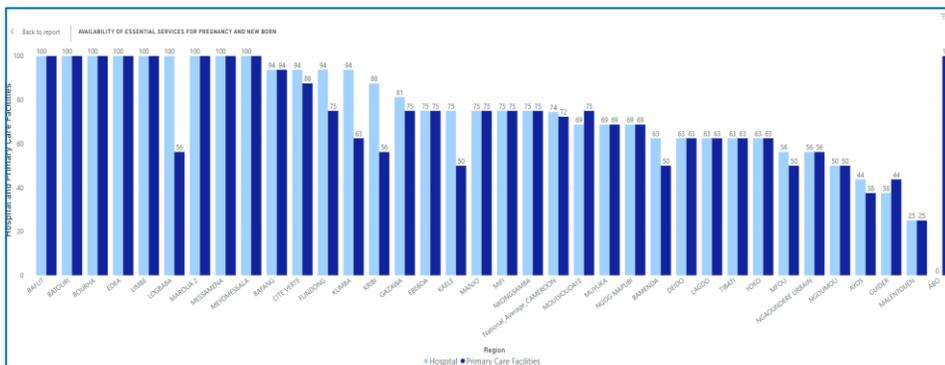


Figure 2. Disponibilité des services essentiels pour les femmes enceintes et les Nouveau-Nés

Disponibilité des services essentiels pour la femme enceinte et le nouveau-né

Elle concerne les soins prénatals, les soins périnataux/accouchement, les soins postnatals (6 semaines après l'accouchement), les soins aux nouveau-nés.

Le graphique ci-haut illustre que le score global moyen de disponibilité des services essentiels pour la femme enceinte et le nouveau-né (N-N) au Cameroun s'élève à 74,46% dans les hôpitaux de district contre 72,32% dans les établissements des soins primaires.

Le score le plus bas est de 25% alors que le score le plus élevé est de 100%. Nous remarquons par ailleurs que de manière générale, 41,17 % des DS ont un score en dessous de la moyenne nationale. En plus, 11,76 % des DS ont un score compris entre 0-54%, nécessitant des efforts pour assurer la disponibilité et la fonctionnalité effective des services essentiels considérés pour la femme enceinte et le N-N, 29,41% des DS ont un score compris entre 55-74% nécessitant le passage à l'échelle des interventions déjà opérationnelles dans les DS concernées et 58,82 % des DS ont obtenu un score supérieur à 75% traduisant un besoin de partage des leçons apprises.

Mesures correctrices : Pour améliorer la disponibilité des services essentiels pour les femmes enceintes et les N-N, les DS moins performants (11,76%) et spécifiquement ceux de Malentouen, Guider, Ayos et

Ngoumou doivent concentrer leurs efforts dans le renforcement des interventions liées à l'offre des soins prénataux, soins périnataux / accouchement, soins postnatals (6 semaines après l'accouchement) et soins aux nouveau-nés dans au moins 80% des hôpitaux et établissements de soins primaires.

Disponibilité des services essentiels pour l'enfant

Elle concerne la vaccination des enfants, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la nutrition de l'enfant et les services de santé adaptés aux enfants.

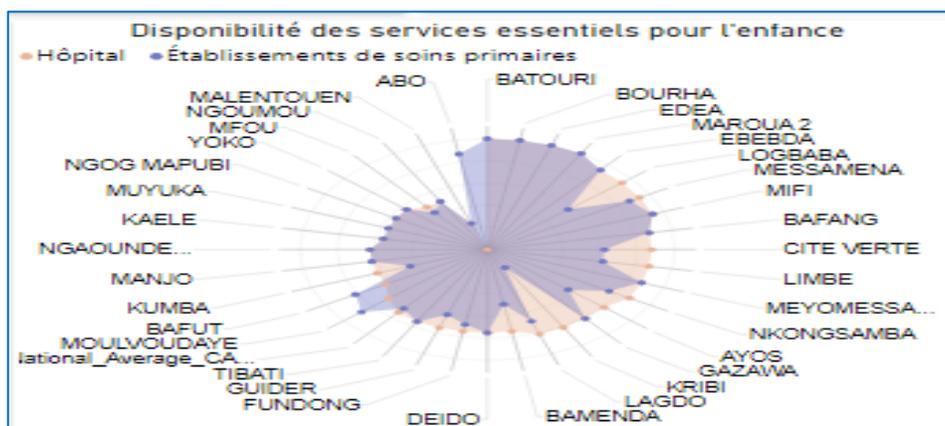


Figure 3. Disponibilité des services essentiels pour l'enfant par DS

La figure ci-haut indique que le score national global de disponibilité de services essentiels pour l'enfant est de 73,7% pour les hôpitaux contre 69,4% dans les établissements de soins primaires. Le DS de Kribi a eu le score le plus bas de 18,75% tandis que le score le plus élevé de 100 % est observé dans les DS de Batouri, Bourha, Edéa et Maroua 2.

Disponibilité des services essentiels pour l'adolescent

Elle concerne la vaccination des adolescents, les services de santé reproductive pour les adolescents, les services de santé adaptés aux jeunes, les services de planification familiale, le dépistage et soutien des Maladie Non Transmissibles (MNT), la prévention de la violence et des blessures, la prévention des maladies transmissibles, la prise en charge des maladies de l'adolescent, les services de réadaptation pour adolescents (ergothérapie, physique, orthophonie), les services de santé mentale pour adolescents ainsi que les soins palliatifs pour adolescents.

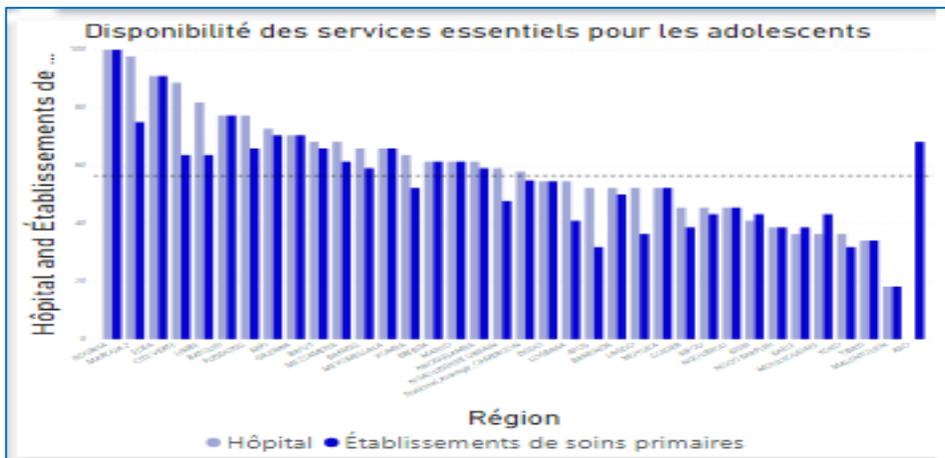


Figure 4. Disponibilité des services essentiels de santé pour les adolescents

Le score national moyen de disponibilité des services essentiels de santé pour les adolescents s’élève à 57,9% dans les hôpitaux contre 54,8% dans les établissements de soins primaires. Le score le plus bas est 00% dans les hôpitaux (DS de Abo) indiquant une indisponibilité de ses services offerts aux adolescents et de 18,1% dans les établissements des soins primaires (DS de Malentouin). Le score le plus élevé est de 100% dans les 2 niveaux des structures de santé dans le DS de Bourha.

Mesures correctrices pour les DS moins performantes :

Les DS ayant des scores relativement faibles nécessitent de renforcer leurs interventions orientées vers les adolescents en milieu hospitalier et dans les établissements des soins primaires. Il s’agit globalement de la vaccination des adolescents, les services de santé reproductive pour les adolescents, les services de santé adaptés aux jeunes, les services de planification familiale, le dépistage et soutien des MNT, la prévention de la violence et des blessures, la prévention des maladies transmissibles, la prise en charge des maladies de l’adolescent, les services de réadaptation pour adolescents (ergothérapie, physique, orthophonie), les services de santé mentale pour adolescents ainsi que les soins palliatifs pour adolescents.

Disponibilité des services essentiels pour l’adulte

Les services essentiels pour l’adulte concerne la promotion de modes de vie sains en matière de MNT (alimentation, activité physique, tabagisme, abus d’alcool), la promotion de modes de vie sains en matière de maladies infectieuses (VIH, tuberculose, mal, maladies tropicales négligées, le dépistage des principales maladies non transmissibles (hypertension, diabète, BPCO, cancer,) les services de santé mentale, la prévention de la violence et des blessures, la prise en charge des maladies de l’adulte, les services de santé génésique et la réhabilitation (occupationnelle, physique et vocale).

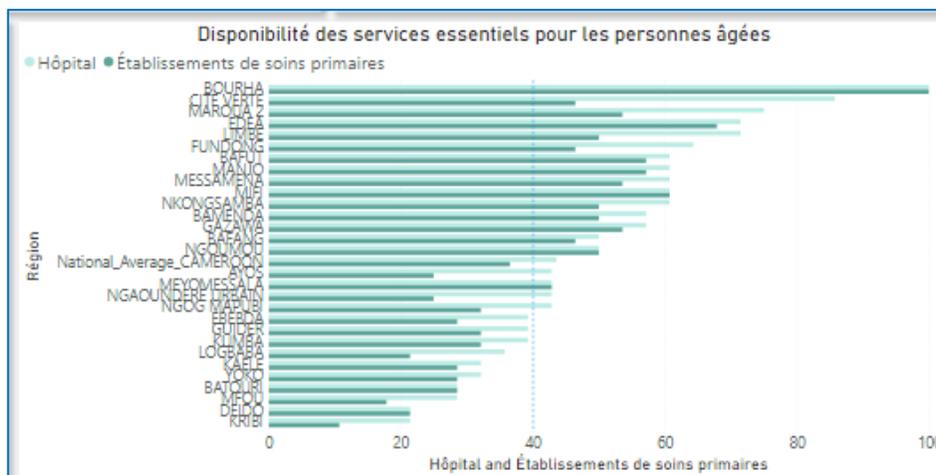


Figure 6 : Disponibilité des services pour les personnes âgées

La figure ci-haut montre que les capacités moyennes nécessaires (personnel, fournitures et infrastructures) du Cameroun pour répondre aux besoins des personnes les plus âgées sont évaluées à 43,5% dans les hôpitaux contre 36,5% dans les établissements de soins primaires. Il indique ainsi que, les DS de Abo, Moulvoudaye et Tibati semblent ne pas disposer de capacités dans leur hôpital de district et les DS de Moulvoudaye et Tibati dans les établissements de soins primaires pour fournir les services aux personnes âgées.

On constate par ailleurs que 62,8% des DS ont un score de disponibilité des services essentiels pour les personnes âgées entre 0-54% dans les hôpitaux de district contre 85,7 % dans les établissements des soins primaires ; 28,5% des DS ont un score compris entre 55-74 % dans les hôpitaux de district et dans les établissements de soins primaires et enfin 0,08% des DS avec un score supérieur à 75% dans les hôpitaux de district contre 0,02% dans les établissements de soins primaires.

Mesures correctrices : De ce qui précède, il est impératif d'envisager dans pratiquement tous les établissements des soins des DS, l'introduction des interventions suivantes : soins de réadaptation pour les personnes âgées, dépistage des principales maladies non transmissibles (hypertension, diabète, BPCO, cancer.), prise en charge des maladies des personnes âgées, soutien social et psychologique, soins palliatifs pour personnes âgées à domicile, soins palliatifs pour personnes âgées.

4.2.1.2. Couverture des services de santé essentiels

La couverture moyenne des services de santé essentiels est basée sur des interventions de suivi qui couvrent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles ainsi que la capacité et l'accessibilité des services, parmi la population générale et la population la plus défavorisée. Elle est censée donner une indication de la couverture des services et ne doit pas être interprétée comme une liste complète ou exhaustive des services ou interventions de santé nécessaires pour assurer la couverture sanitaire universelle.

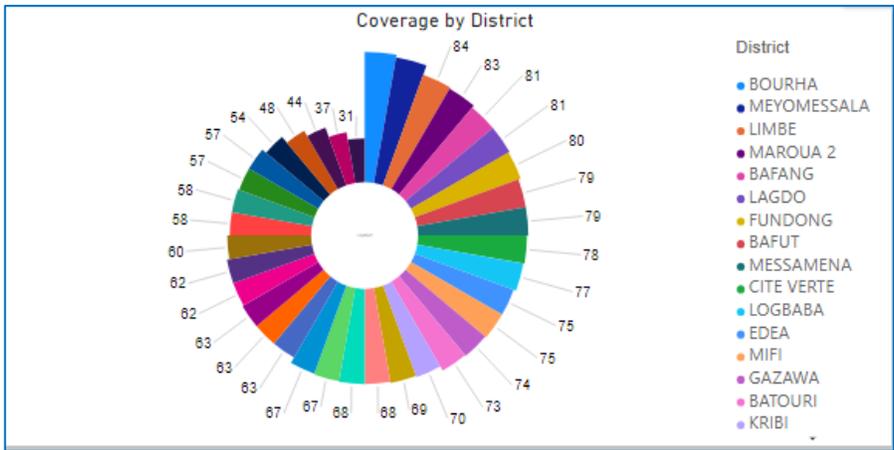


Figure 7. Distribution de la Couverture des services de santé essentiels

La figure 7 ci-dessus montre que les capacités moyennes nationales pour assurer la couverture de services essentiels sont évaluées à un score de 67,4 sur 100. Le score de capacité pour la couverture des services essentiels pour les maladies infectieuses est de 74,3% alors que celui de la couverture des MNT est de 66,3%, puis celui des services de santé de la reproduction, maternels et NN est évalué à 72,5%.

Couverture des services de prise en charge des maladies transmissibles

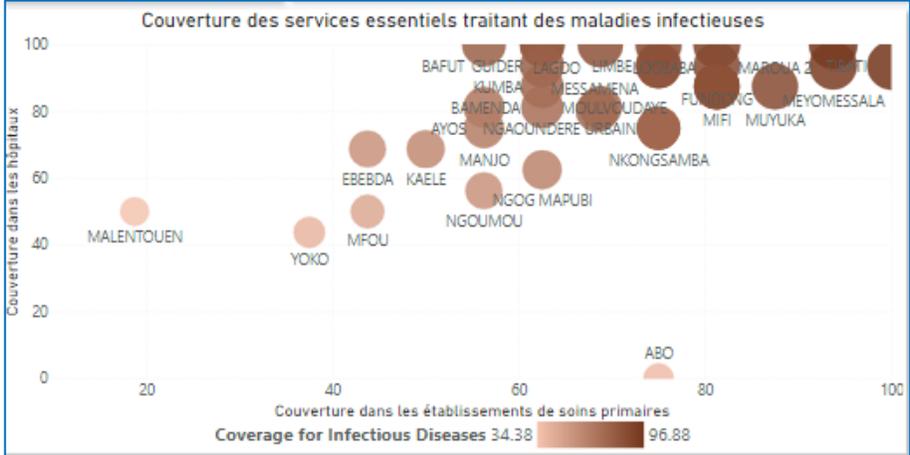


Figure 8. Couverture des services essentiels pour les maladies infectieuses par DS

Selon la figure 8, la couverture moyenne des services essentiels pour les maladies transmissibles est de 74,29%, soit 68,39% dans les établissements de soins primaires et 80,18% dans les hôpitaux de district. Dans les établissements de soins primaires, la valeur la plus faible est de 18,75% (DS de Malentouen) et la

valeur la plus élevée est de 100% (DS de Tibati). Dans les hôpitaux, la valeur la plus faible est de 00% (DS de Abo) et la valeur la plus élevée de 100% (DS de Bafut, Bourha, Cité verte, Guider, Lagdo, Logbaba et Maroua 2).

Couverture des services de prise en charge des maladies non transmissibles

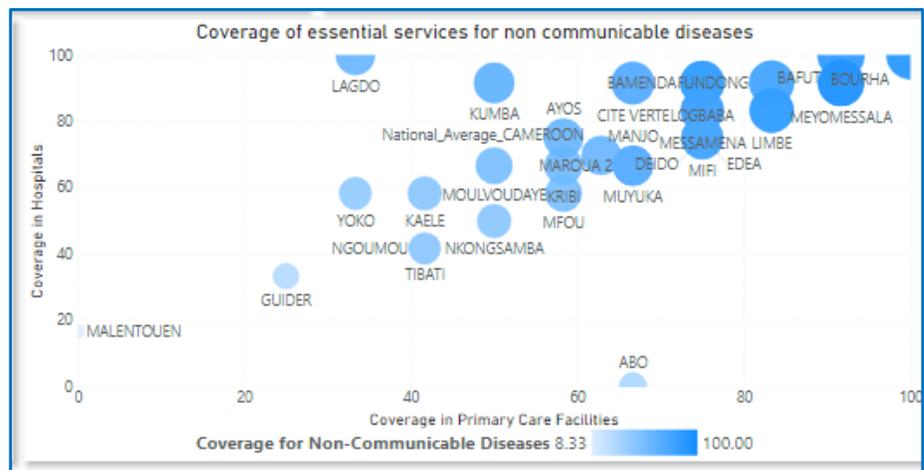


Figure 9. Score de couverture des services essentiels pour les maladies non transmissibles

Selon la figure 9 ci-dessus, la couverture des services essentiels moyenne pour les maladies non transmissibles est de 66,3%, soit 69,76% dans les hôpitaux de district et 62,8% dans les établissements de soins primaires. Dans les établissements de soins primaires, la valeur la plus faible est de 00% (DS de Malentouen) et la valeur la plus élevée est de 100% (DS de Bourha). Dans les hôpitaux, la valeur la plus faible est de 00% (DS de Abo) et la valeur la plus élevée de 100% (DS de Bafut, Bourha et Lagdo).

Couverture des services essentiels de santé reproductive, maternelle et néonatale

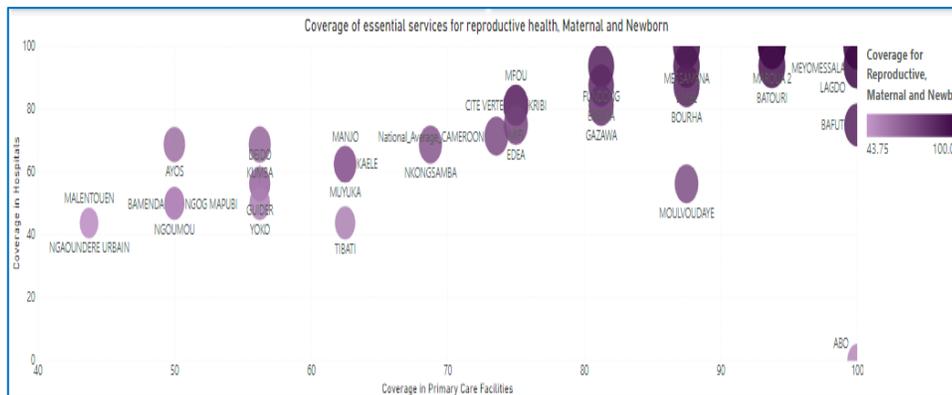


Figure 10. Score de couverture des services essentiels de santé reproductive, maternelle et néonatale

La figure 10 ci-dessus montre que la couverture moyenne des services essentiels pour la santé reproductive, maternelle et néonatale est de 72,5%, soit 71,43% dans les hôpitaux de district et 73,57% dans les établissements de soins primaires, donc jugée relativement élevée. Dans les établissements de soins primaires, la valeur la plus faible est de 43,75% (DS de Malentouen et Ngaoundéré urbain) et la valeur la plus élevée est de 100% (DS de Abo, Bafut, Lagdo et Meyomessala). Dans les hôpitaux de district, la valeur la plus faible est de 00% (DS de Abo) et la valeur la plus élevée de 100% (DS de Bafang, Logbaba, Maroua 2, Messamena et Meyomessala).

Mesures correctrices

Pour les établissements ayant une couverture des services de santé essentiels faible, il faut investiguer pour trouver les causes de cette indisponibilité des services de SRMN et rapidement les corriger. Pour les DS ayant un score de couverture de services moyen, il faut renforcer les services existants.

4.2.1.3. Protection contre les risques financiers

La protection contre les risques financiers est assurée lorsque les paiements directs effectués pour obtenir des services de santé n'exposent pas les individus à des difficultés financières et ne mettent pas en péril leur niveau de vie. La clé de la protection contre les risques consiste à assurer le prépaiement et la mise en commun des ressources pour la santé, plutôt que de laisser les individus payer pour les services de santé de leur poche au moment où ils les utilisent.

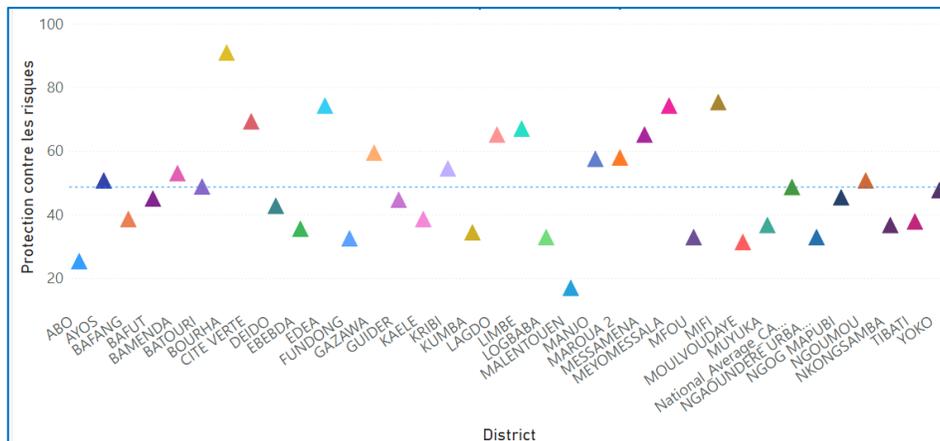


Figure 11. Protection contre les risques financiers par district

En ce qui concerne la protection contre les risques financiers pour l'utilisation des services essentiels en milieu hospitalier et dans les établissements des soins primaires, il faut souligner que la compréhension du concept par les répondants reste un défi. Toutefois, l'évaluation de cette composante de la CSU a démontré que les capacités moyennes des DS à protéger les utilisateurs des services contre les risques financiers lors de l'accès aux différents établissements des soins sont estimées à 48,7%. Les données désagrégées montrent que la protection contre les risques financiers varie d'un DS à un autre et entre les établissements hospitaliers et les établissements des soins primaires.

Ainsi, les constats suivants ont été faits. Sur l'échantillon considéré, 20 DS sur 34 présentent un score de protection contre les risques financiers compris entre 0-54% dans les services d'hospitalisation et dans les établissements de soins primaires. Seulement 11 DS sur 34 semblent avoir un score de protection contre les risques financiers supérieur à 55%. Ces performances pourraient se justifier par l'existence dans ces DS de mécanismes de protection contre les risques financiers à travers l'effectivité de la gratuité de certaines services essentiels de santé, l'existence de mécanisme d'achats de services à l'avance tels que le chèque santé dans le cadre des services maternels et néonataux, l'existence de mutuelles communautaires ou des appuis des ONG locales.

Par rapport aux différents services essentiels de santé, il ressort que le score le plus bas pour la protection contre les risques financiers est observé dans le service de réadaptation (24,8% pour les hôpitaux de district et 19,0% pour les établissements de soins primaires), suivi des soins palliatifs (32,5% pour les hôpitaux de district et 33,6% pour les établissements de soins primaires). Les scores les plus élevés sont observés dans les services ambulatoires spécialisés (62,9% pour les hôpitaux et 56,4% pour les établissements de soins primaires).

Mesures correctrices pour les DS à problèmes :

De manière générale, beaucoup d'efforts restent à fournir afin d'améliorer la protection contre les risques financiers dans les différents services. Pour ce faire, le projet de mise en place du mécanisme assurantiel de la couverture santé universelle au Cameroun est une grande opportunité pour renforcer la protection des

populations contre le risque financier et améliorer leur accès aux services de santé. Ces mécanismes devraient couvrir l'offre de soins dans les services suivants : services ambulatoires généraux, services ambulatoires spécialisés, services d'admission des patients hospitalisés, services opératoires pour les patients hospitalisés, services de diagnostic, services de prévention des maladies, services de promotion de la santé, services de réadaptation et les services de soins palliatifs.

4.2.2. Résultats en vue de maximiser la sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire comprend les activités requises, aussi bien proactives que réactives, pour limiter le danger et l'impact des événements de santé publique aigus qui mettent en danger la santé des personnes à travers les régions géographiques et les frontières internationales.

Elle a été évaluée par rapport aux 4 domaines qui la composent : (i) Prévention des menaces sanitaires, (ii) détection des menaces sanitaires, (iii) Réponse aux menaces sanitaires et (iv) Organisation et leadership des systèmes de santé par les DS. Le score moyen des capacités des DS d'optimiser la sécurité sanitaire est de 55,1%. Celui de prévenir les menaces sanitaires s'élève à 55,8%, alors que celui de détecter les menaces sanitaires a été évalué à 15,0%. Par ailleurs, celui de répondre aux menaces sanitaires est à 56,1% et celui de l'organisation et leadership à 44,9%.

Pour maximiser la sécurité sanitaire dans les DS moins performants, il est important d'harmoniser les efforts et de travailler de façon simultanée sur l'ensemble des 4 domaines évalués et particulièrement sur celui de la détection des menaces sanitaires tout en renforçant le leadership et les capacités d'organisation.

4.2.2.1. Prévention de la sécurité sanitaire

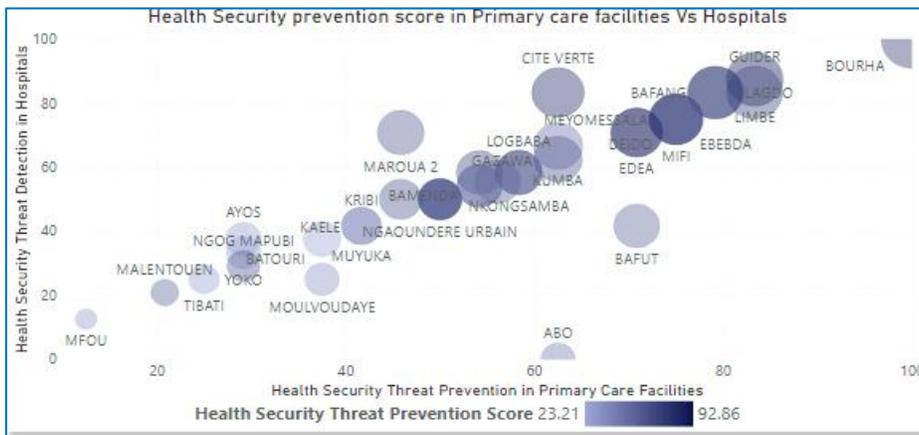


Figure 12. Score de prévention des menaces pour la sécurité sanitaire dans les établissements des soins primaires par rapport aux hôpitaux

La figure 12 ci-dessus montre que les capacités moyennes des DS à prévenir les menaces sanitaires sont de 56,07% dans les établissements primaires et de 55,48% dans les hôpitaux de district. Les scores des capacités de prévention les plus élevés sont observés dans les DS de Bourha, Guider, Limbé et Bafang. Les scores les plus bas ont été observés dans les DS de Mfou, Malentouin, Tibati, Yoko, Ayos et Ngog Mapubi.

Afin d'améliorer les capacités de prévention des menaces sanitaires dans les districts de santé concernés, il est recommandé d'introduire et/ou de renforcer les interventions suivantes selon les besoins : (i) élaboration de la cartographie annuelle et modélisation prédictive des menaces pour la santé et le système de santé, (ii) renforcement de la réglementation en matière de biosécurité et de sûreté biologique, (iii) renforcement de la surveillance et application de la vaccination conformément au Règlement Sanitaire International (RSI) y compris les règlements relatifs aux points d'entrée, (iv) renforcement de la surveillance en temps réel des risques sanitaires, (v) amélioration de la fourniture continue des services de santé essentiels avec une protection adéquate des risques financiers pour les patients et observance des règles de sécurité alimentaire.

4.2.2.2. Réponse à la sécurité sanitaire

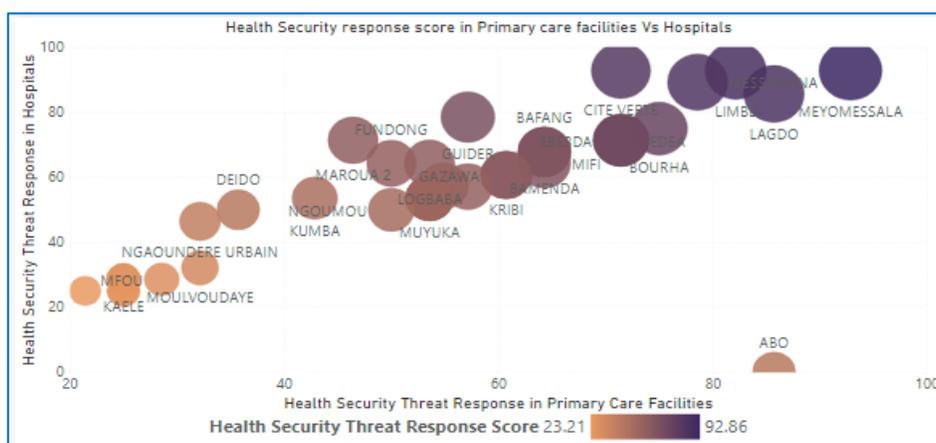


Figure 13. Score des capacités de réponse à la sécurité sanitaire

La réponse moyenne aux menaces sanitaires est de 54,90% dans les établissements de soins primaires et de 57,35% dans les hôpitaux de district. Le score le plus bas est de 23,21% (DS de Batouri) et le score le plus élevé est de 92,86% (DS de Meyomessala). Une bonne partie des DS (41,17%) a un score compris entre 0 et 54%. Par conséquent, il est fortement recommandé l'introduction et l'intensification des mesures suivantes dans ces districts de santé : renforcement des capacités du personnel à isoler efficacement une menace sanitaire, renforcement des capacités des établissements de santé à mettre en place des mécanismes d'urgence permettant de continuer à fournir des services essentiels, renforcement des capacités en Ressources Humaines supplémentaires nécessaires pour répondre à la menace ainsi que des procédures pour les intégrer, mettre en place des mécanismes fonctionnels de communication et d'engagement avec les partenaires autres que la santé publique (sectorielles) et la population pendant la réponse à une menace sanitaire.

4.2.2.3. Détection des menaces sanitaires

La détection des menaces sanitaires concerne la surveillance en temps réel des maladies infectieuses ou d'autres menaces pour la santé, le système de laboratoire établi ayant la capacité de détecter les menaces pour la santé, la détection, contrôle et déclaration des maladies zoonotiques, la capacité de diagnostic efficace dans le secteur de la santé et les secteurs connexes pour détecter les menaces pour la santé et la

communication améliorée/accélérée des menaces présumées pour la santé et le système de santé.

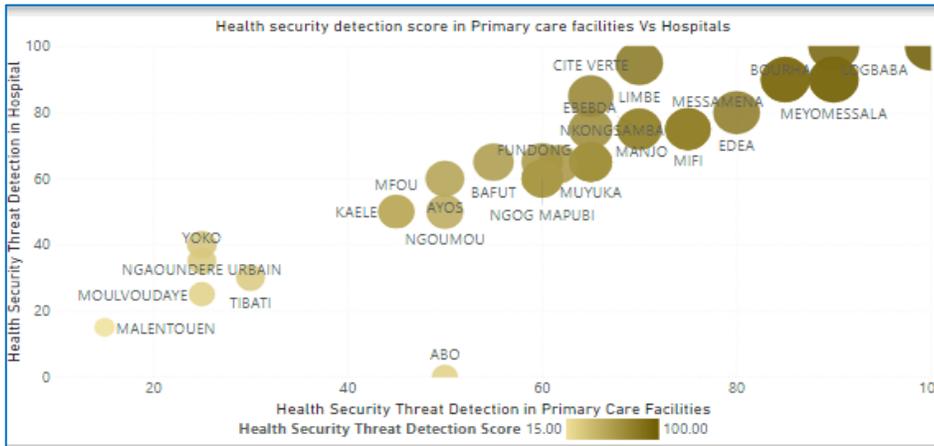


Figure 2 Score des capacités de détection des menaces de la sécurité sanitaire

Des disparités ont été notées en ce qui concerne les scores relatifs aux capacités de détection des menaces pour la sécurité sanitaire dans l'ensemble des districts de santé au niveau des établissements de soins primaires et dans les hôpitaux de district. Si certains DS notamment ceux de Malentouen (15%), Moulvoudaye (25%), Ngaoundéré urbain (25%), Tibati (30%) et Yoko (25%) semblent être à la traine, en revanche d'autres DS de santé en l'occurrence Bourha (90%), Logbaba (100%), Kumba (90%) et Meyomessala (90%) présentent les scores les plus élevés en matière de détection des menaces sanitaires.

Afin de rehausser le niveau des capacités de détection des DS, il est suggéré les interventions suivantes : le renforcement de la surveillance en temps réel des maladies infectieuses ou d'autres menaces pour la santé, la mise sur pied d'un réseau de laboratoires ayant la capacité de détecter les menaces pour la santé, le renforcement des capacités de détection, de contrôle et de déclaration à temps des maladies zoonotiques.

4.2.2.4. Organisation et leadership des systèmes de santé par district

Les organisations et le leadership concernent les cadres, les systèmes, la structure de financement, le processus, la coordination, l'application et la gestion du DS évalué.

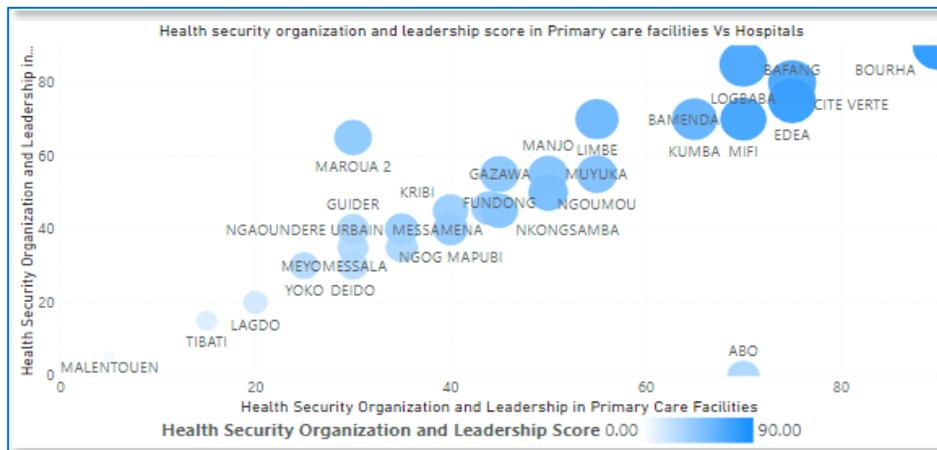


Figure 15. Score des capacités en matière d'organisation et de leadership par district de Santé

Le graphique ci-dessus montre que le score moyen des capacités des DS pour l'organisation et le leadership dans les établissements des soins primaires et dans les hôpitaux de district est de 44,86% avec des disparités dans les DS. Les scores des capacités les plus élevés de l'organisation et de leadership sont observés dans les DS de Bourha (90%), Cité verte (75%) et Logbaba (70%). Les scores les plus bas ont été observés dans les DS de Malentouen (5%), Mfou et Batouri. On note que les DS de de Mfou et Batouri ont des capacités évaluées nulles à la fois dans les établissements de soins primaires et dans les hôpitaux.

Mesures correctrices : (i) Mettre en place dans les DS concernées un cadre juridique/politique adéquat qui soutient la préparation aux menaces sanitaires, (ii) allouer un financement adéquat et dédié au renforcement de l'organisation et du leadership, (iii) mettre en place un processus administratif qui appuie les actions visant à faire face aux menaces émergentes pour la santé (approvisionnement, plaidoyer...), (iv) mettre en place un centre local de coordination des opérations d'urgence établi avec une capacité de mobilisation de l'action multisectorielle et une main-d'œuvre qualifiée nécessaire.

4.2.3. Résultats concernant les déterminants de la santé

Dans une large mesure, les déterminants de la santé qui sont des facteurs tels que le lieu où nous vivons, l'état de notre environnement, la génétique, notre niveau de revenu et d'instruction, ainsi que les relations avec nos amis et notre famille, ont tous des répercussions considérables sur notre santé, tandis que les facteurs les plus couramment pris en considération, comme l'accès et l'utilisation des services de soins de santé, ont souvent moins d'impact. Les composantes évaluées dans cette dimension comprennent, les déterminants sociaux, les déterminants environnementaux, les déterminants économiques et les déterminants politiques.

Le score moyen global des déterminants de la santé est de 51,7%. Les déterminants sociaux de la santé se situent à 49,1%, les déterminants environnementaux à 55,5%, les déterminants économiques à 48,3% et les déterminants politiques à 55,1%.

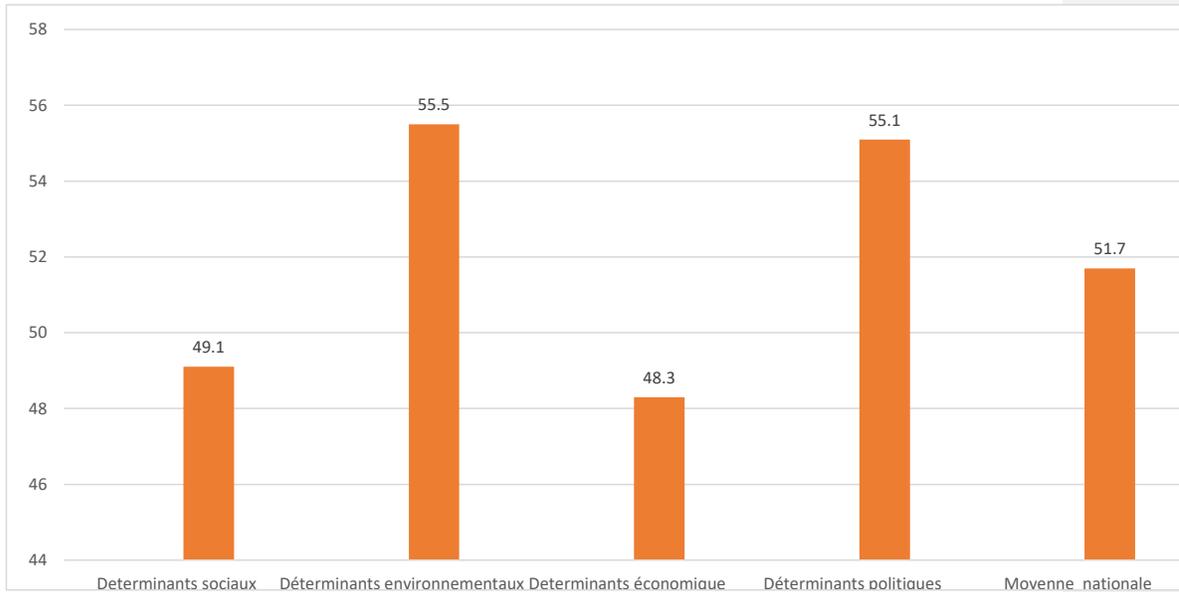


Figure 16 : Score des déterminants de la santé

4.2.3.1. Les Déterminants sociaux

Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs non médicaux qui influent sur les résultats en matière de santé. Ce sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques. Plus spécifiquement, il s'agit du revenu et de la protection sociale, l'éducation, le chômage et la précarité de l'emploi, les conditions de vie professionnelle, l'insécurité alimentaire, le logement, les équipements de base et l'environnement, le développement du jeune enfant, l'inclusion sociale et la non-discrimination, les conflits structurels, l'accès à des services de santé abordables et de qualité décente.

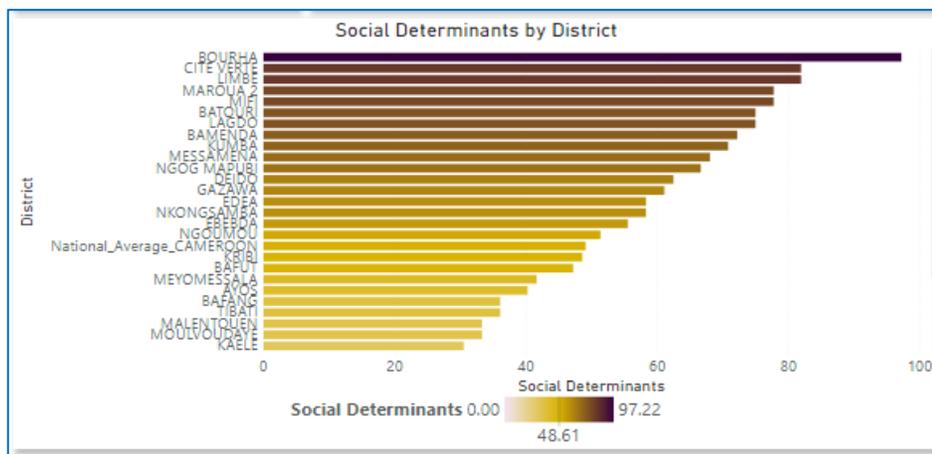


Figure 17. Score sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé par DS

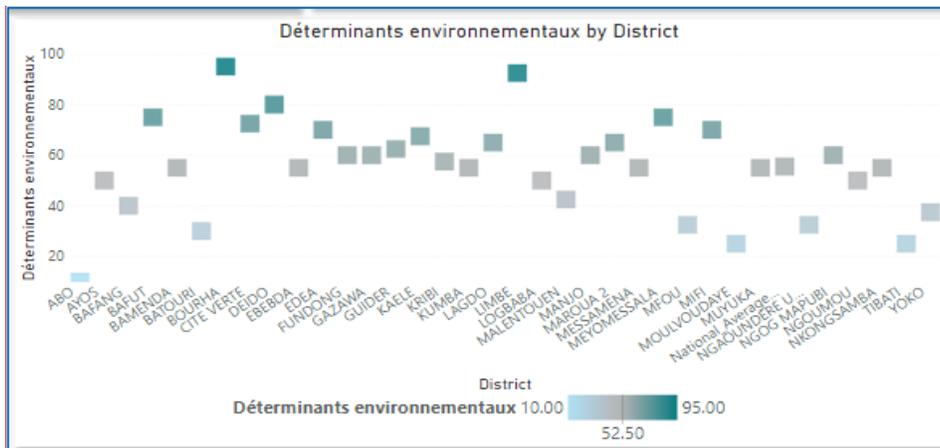
Le graphique ci-dessus montre qu'en ce qui concerne les déterminants sociaux appréciés dans le cadre de cette évaluation, le score moyen global est estimé à 49,13%. Le score le plus bas étant de 0% (DS de Mfou) et les plus élevés 97,22% (Bourha), 81,94% (Lagdo, Limbé). On constate que

- 57,1% des DS ont atteint un score compris entre 0-54%,
- 20,0% des DS ont un score compris entre 55-74%
- 22,9 % des DS ont un score supérieur à 75%.

Pour améliorer le score de déterminants sociaux dans les nombreux DS moins performants, il est impérieux d'introduire les interventions qui visent l'augmentation de la proportion de la population couverte par l'aide sociale, la réduction du retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. En outre, il faut également promouvoir l'inscription à l'école pré-primaire et secondaire, la participation des femmes à la prise de décision et la lutte contre les mutilations génitales féminines.

4.2.3.2. Déterminants environnementaux

Les déterminants environnementaux font référence à un air pur, un climat stable, une eau adéquate, un assainissement et une hygiène adéquats, une utilisation sans risque des produits chimiques, une protection contre les radiations, des lieux de travail sains et sûrs, des pratiques agricoles saines, des villes et des environnements bâtis propices à la santé et une nature préservée. Ils constituent autant de conditions préalables pour une bonne santé.



Commented [BLT1]: On ne voit pas les étiquettes – chiffres des scores obtenus par district

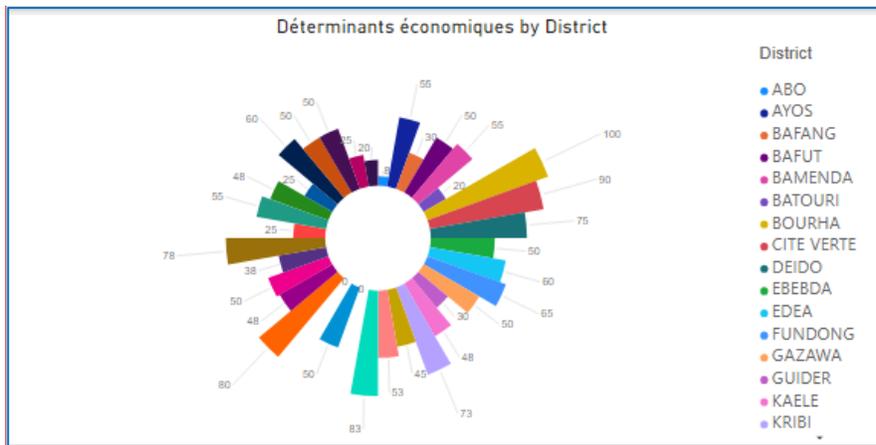
Figure 3. Score sur la prise en compte des Déterminants environnementaux de la santé

Le score moyen relatif à la prise en compte des déterminants environnementaux de la santé s'élève à 55,50% avec une grande concentration des DS dans l'intervalle de 40 à 60%. Le score le plus bas est 10,00% (Abo), le score le plus élevé est de 95,00% (Bourha).

En vue d'améliorer le score des déterminants environnementaux de la santé dans les établissements des soins primaires et dans les hôpitaux de district, les mesures correctrices suivantes doivent être envisagées : la construction des sources et l'approvisionnement en eau potable, ainsi que le renforcement de la sensibilisation de la population sur son utilisation ainsi que sur les mesures d'assainissement de base (défécation en plein air, pollution de l'air), une meilleure gestion de l'air, la gestion de l'assainissement du milieu pour favoriser un environnement sain pour ne citer que celles-là.

4.2.3.3. Déterminants économiques

Les déterminants économiques de la santé sont un facteur social clé désignant les conditions, les actions et les omissions des acteurs commerciaux qui ont des incidences sur la santé. Les déterminants économiques apparaissent dans le contexte de la fourniture de biens ou de services contre paiement et comprennent les activités commerciales, ainsi que l'environnement dans lequel le commerce a lieu. Ils peuvent avoir des effets bénéfiques ou néfastes sur la santé.



Commented [BLT2]: Tous les DS ne sont pas représentés ou cités – les noms – a ranger par ordre croissant ou décroissant

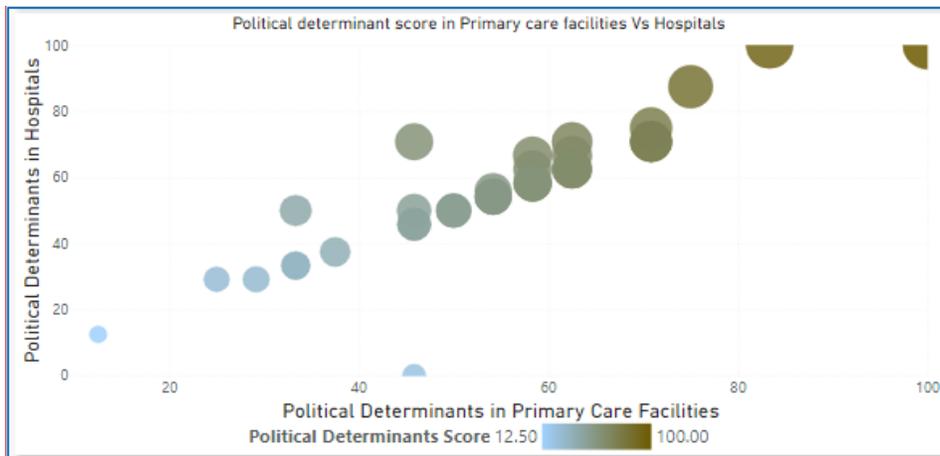
Figure 4. Score sur les capacités de prise en charge des déterminants économiques de la santé

Le graphique ci-dessus montre que le score moyen national de déterminants économiques est de 48,3%. Les scores les plus bas sont observés dans les DS de Logbaba (0%), Manjo (0%), Abo (8%), Malentouen, Batouri (20%), Yoko (20%) et Tibati (25%) tandis que les plus élevés concernent les DS de Bourha (100%), Cité verte (90%), Limbé (83%) et Maroua 2 (80%).

Les mesures correctrices pour améliorer les déterminants économiques dans les DS moins performants consistent à mettre un accent sur les actions relatives à l'amélioration du taux de croissance économique, de l'accès à l'électricité, de l'utilisation de l'Internet, de la disponibilité de l'infrastructure et la réduction du taux de chômage.

4.2.3.4. Déterminants politiques et sécuritaires

Les déterminants politiques englobent le processus systématique de structuration des relations de distribution des ressources et d'administration du pouvoir, fonctionnant simultanément de manière à se renforcer ou à s'influencer mutuellement pour façonner les possibilités qui font progresser l'équité ou exacerbent les inégalités dans le domaine de la santé. Ils créent les conditions structurelles et les moteurs sociaux – notamment les mauvaises conditions environnementales, les moyens de transport inadéquats, les quartiers peu sûrs, les logements pauvres et instables, et le manque d'options pour une alimentation saine – qui influent sur toutes les dynamiques qui prévalent dans la santé.



Commented [BLT3]: On ne voit pas le nom des DS – les moyenne calculées ne sont pas représentées dans les graphiques – pas d’étiquettes

Figure 5. Score des capacités de prise en charge des déterminants politiques de la santé

Le graphique ci-haut illustre que la moyenne globale du score relatif aux déterminants politiques et sécuritaires s’élève à 56,0%. Les scores les plus bas se situent dans les DS de Logbaba (12,50%), Yoko (25%) et Manjo (29,17%), alors que les plus élevés sont dans les DS de Bourha (100%) et Cité verte (83,33%).

Pour améliorer les scores des déterminants politiques et sécuritaires dans les DS, les mesures visant la réduction des décès, aux conflits et à l’insécurité doivent être envisagées. En plus, il faut envisager la promotion de l’enregistrement des naissances et des décès et augmenter la part du financement de l’État au secteur de la santé.

4.2.4.L’approche des soins de santé primaires (SSP)

L’évaluation de l’approche Soins de Santé Primaires (SSP) consiste à mesurer l’état actuel des différents éléments de l’approche des soins de santé primaires et des investissements essentiels dans le pays. Il est calculé en fonction de 6 éléments basés sur la déclaration de Astana, à savoir : les ressources humaines, l’autonomisation communautaire, la capacité de production et d’utilisation des connaissances, l’alignement des parties prenantes sur les priorités nationales, le financement et le transfert des technologies.

L’évaluation de cette composante des résultats du système de santé montre que le score moyen global des SSP est de 48,1%. Il s’élève également à 48,1% dans les établissements des soins primaires et dans les hôpitaux de district.

4.2.4.1. Ressources Humaines

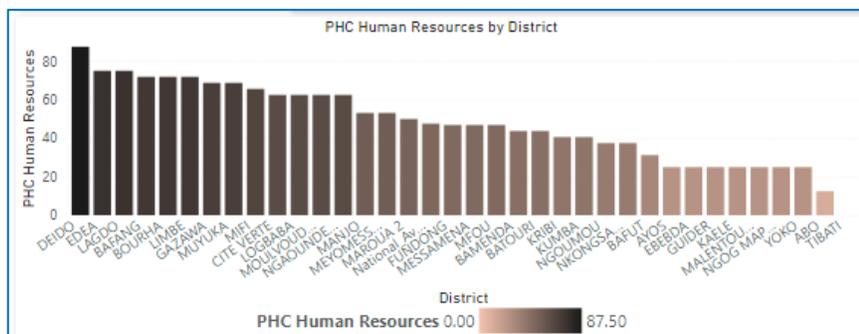


Figure 21. Score pour les ressources humaines par DS

Le graphique ci-dessus montre que le score moyen global des ressources humaines est de 47,59%. Le score le plus élevé est de 87,50% dans le DS de Deido.

On note en plus que la majorité des DS (62,85%) ont un score compris entre 0-54% nécessitant l'introduction des nouvelles interventions et très peu (8%) ont un score situé à plus de 75%.

Pour améliorer le score des ressources humaines dans les districts de santé à problème il faut envisager des mécanismes pour combler les gaps en termes de personnel de santé essentiels (médecins, infirmiers et sages-femmes) et mettre sur pied les initiatives visant à retenir les travailleurs de la santé dans tous les établissements desservant des zones éloignées et/ou difficiles d'accès, En plus, il faut rendre disponible le personnel couvrant les services de promotion, de prévention, traitement, de réadaptation et palliatifs dans les hôpitaux et établissements de soins primaires.

4.2.4.2. Capacité de connaissances des SSP

La capacité en connaissances pour une prise de décisions fondées sur les données va au-delà de la simple collecte de données. Elle englobe la capacité de transformer les données recueillies en information concrètes, de favoriser l'application de ces connaissances et de promouvoir des échanges significatifs par le biais du réseautage et du dialogue. Elle suppose non seulement de générer des connaissances précieuses à partir de données, mais aussi de créer un environnement où ces connaissances sont utilisées et partagées efficacement afin de favoriser la prise de décisions éclairées et ayant un réel impact.

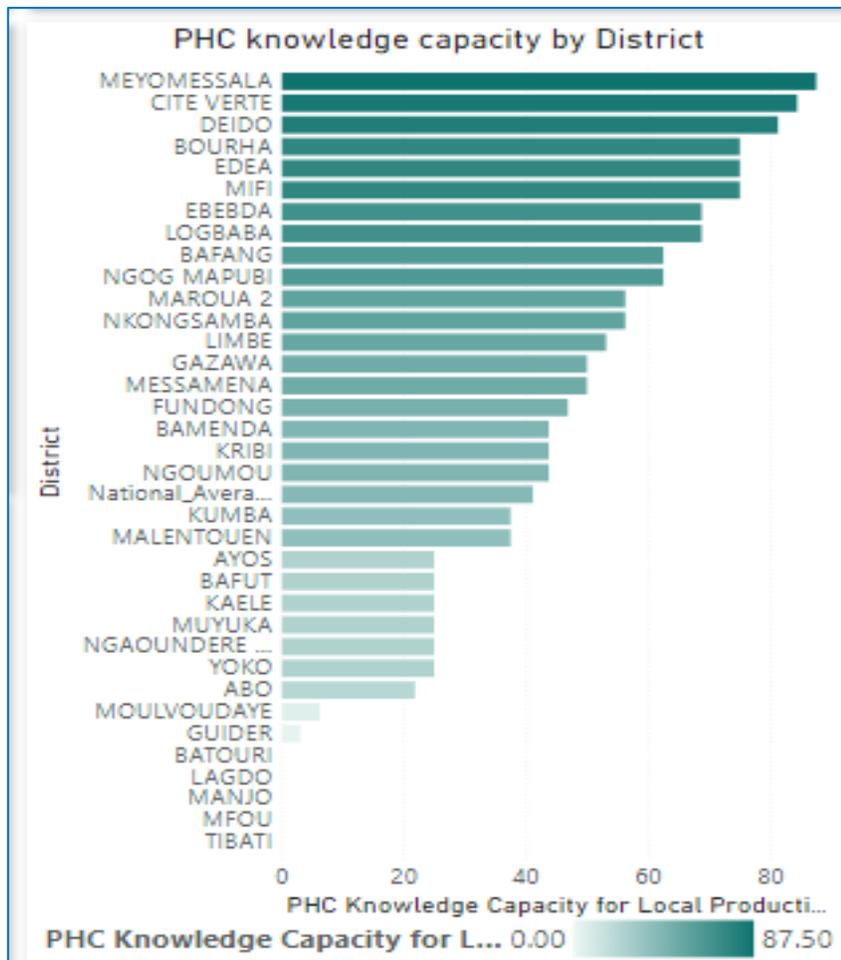


Figure 22. Score de Connaissance des SSP par DS

La capacité moyenne globale en matière de gestion des connaissances sur les SSP dans l'échantillon de DS considéré reste faible avec un score de 41,16%. Le score est nul dans les DS de Batouri, Lagdo, Manjo, Mfou, Tibati. Les scores les plus élevés se retrouvent dans les districts de Meyomessala (87,50%), Cité verte (84,38%) et Deido (81,25%).

On note que seulement 17% des DS ont un score au-dessus de 74%.

Pour améliorer la capacité de gestion des connaissances sur les SSP et soutenir la prise de décision dans les DS à problème il est nécessaire de mener des recherches opérationnelles dans les aires de santé des DS, renforcer les capacités de production des résultats de recherche sur les services en vue de leur amélioration

et de mettre en place une équipe de définition des priorités qui dirige la génération et l'utilisation des preuves.

4.2.4.3. Alignement des parties prenantes sur les priorités nationales SSP

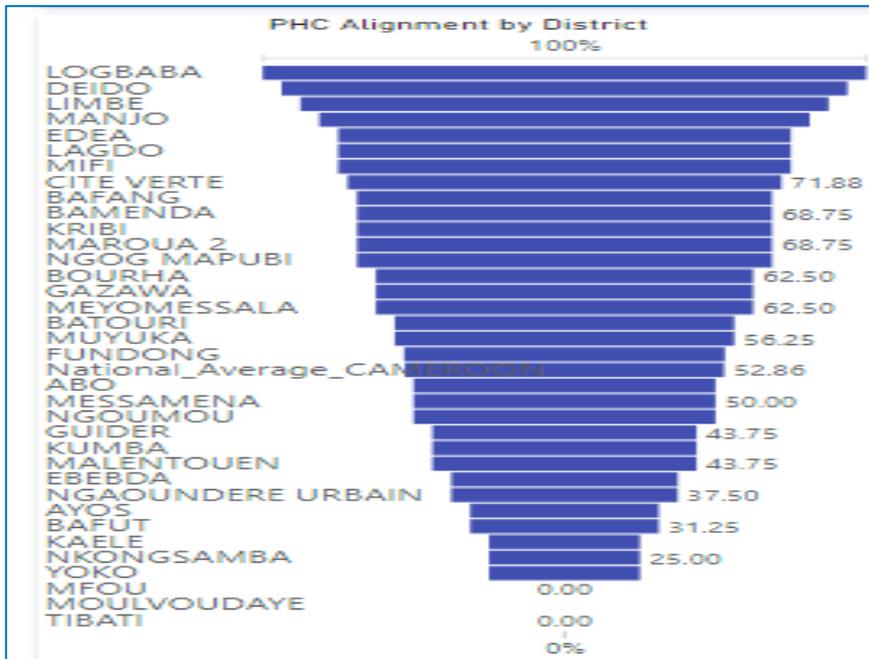


Figure 23. Score d'alignement des partenaires sur les priorités nationales par DS

Le graphique ci-dessus montre que le score moyen global en matière d'alignement des partenaires sur les priorités nationales s'élève à 52,86% . Le score le plus bas se situe à 0% (DS Tobati, Moulvoudaye, Mfou) tandis que le plus élevé est de 100% (Logbaba). En plus, on observe que 48,57% des DS ont eu un score compris entre 0-54% nécessitant l'introduction des nouvelles interventions, 31,42% ont eu un score compris entre 55-74 nécessitant de passer à l'échelle des interventions existantes et 20% ont eu un score supérieur à 75% et peuvent partager leurs expériences.

Mesures correctrices pour les DS moins performants : il sera nécessaire de renforcer l'alignement des donateurs externes, des prestataires du secteur privé et de la société civile et les ONG aux activités qui ont été classées prioritaires pour améliorer la qualité de l'assistance à l'unité sous nationale et la mise en œuvre des interventions.

4.2.4.4. Autonomisation des SSP

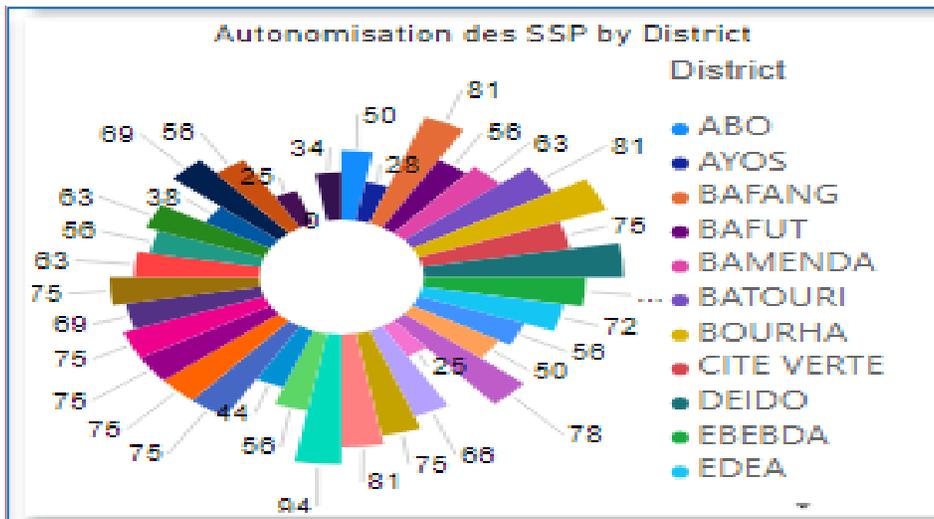


Figure 24. Score autonomisation des individus et des communautés par DS

Le score moyen relatif à l'autonomisation des individus et des communautés est de 62,76%. Le score le plus bas (25%) est observé dans les DS de Nkongsamba et de Kaele, tandis que le score le plus élevé (100%) se situe dans les DS de Bourha et Deido.

Pour renforcer davantage l'habilitation dans les DS moins performants il faudra envisager des mécanismes d'appropriation des services essentiels par la communauté, notamment en l'associant dans le processus de mise en œuvre des services essentiels et dans l'évaluation des progrès réalisés. En plus, on pourrait aussi assurer le renforcement des capacités du DS dans la création des conditions visant l'engagement des communautés dans l'établissement des priorités et dans la mise en œuvre et le suivi de la fourniture des services essentiels.

4.2.4.5. Financement des SSP

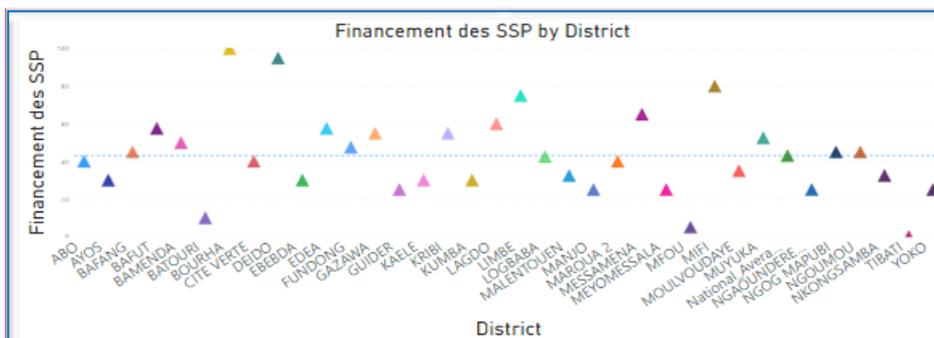


Figure 25. Score de financement des SSP par DS

Commented [BLT4]: Tous les DS n'apparaissent pas dans le graphique en terme de nom ce qui devrait et au moins les ranger par ordre décroissant ou croissant

Commented [BLT5]: Pas très lisible les chiffres sur les axes

D'après le graphique ci-dessus, le score global moyen de financement des SSP est relativement faible, soit 43,07%. Il est essentiellement constitué par la part des ménages en raison de l'insuffisance des mécanismes de protection des utilisateurs des services de santé contre le risque financier. Le score le plus bas est 00% ans les DS de Tibati et Mfou et le score le plus élevé est de 100% dans le DS de Bourha. De manière détaillée la répartition des scores pour l'ensemble des zones de santé évaluées se présente comme suit :

- 60 % des DS ont un score compris entre 0-54%
- 28,5 % des DS compris entre 55-74%
- 11,4% des DS ont un score supérieur à 75%

De ce qui précède, les mesures correctrices visant l'amélioration du financement des SSP dans les DS cibles consistent à mettre sur pied des mécanismes sociaux pour aider les personnes pauvres, indigentes et vulnérables à surmonter les difficultés financières pour accéder aux services essentiels, réduire voire supprimer le paiement direct à l'accès aux services essentiels, mettre sur pied les mécanismes de prépaiement des soins, initier un financement local des activités de santé par les bénéficiaires (suivi à domicile, construction d'établissements de santé, etc.), amener la communauté à diriger certaines initiatives financières pour minimiser les paiements directs (par exemple en espèces ou en nature) et mettre en place des approches innovatrices afin de mobiliser des fonds pendant les périodes de conflit en vue de maintenir la fourniture de services essentiels. Dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun, son extension sera une voie salubre pour la réduction des paiements directs au point de service et donc l'amélioration du financement de la santé à travers le prépaiement.

4.2.4.6. Technologie des SSP

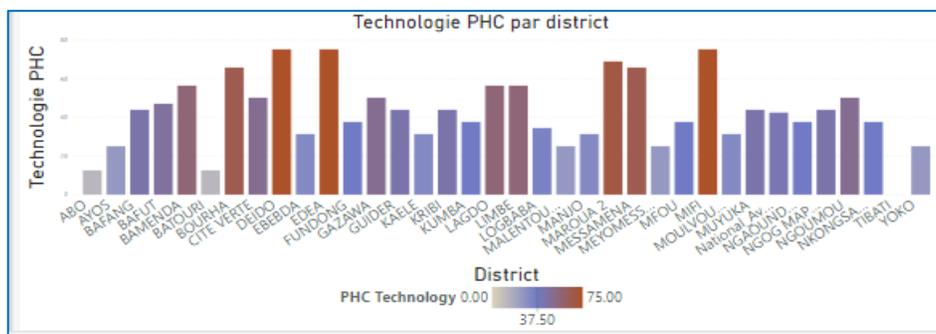


Figure 26. Technologie des SSP par DS

Le score global moyen de disponibilité des technologies pour la mise en œuvre des SSP est de 42,32%. Le score le plus bas est 0% et le score le plus haut est 75%.

Les mesures correctrices pour les DS moins performants consiste à rendre disponibles les solutions numériques complètes couvrant les processus de soins pour tous les services dans les hôpitaux et les établissements de soins primaires, à mettre sur pied les mécanismes visant à garantir la sécurité des informations sanitaires, des vaccins, des diagnostics et d'autres technologies utilisés dans la prestation des services de santé tel que les consultations en ligne qui sont utilisées pour élargir l'accès aux services

essentiels dans les zones difficiles à atteindre.

4.3. Résultats de la Fonctionnalité des districts de santé

La fonctionnalité des districts sanitaires a été évaluée à travers trois (03) dimensions : (i) la capacité de surveillance, (ii) la capacité de gestion et (iii) la capacité de système de santé.

Le score global moyen de la fonctionnalité des systèmes de santé estimé dans le cadre de cette évaluation est estimé à 51,8%. Il est désagrégé comme suit : (i) la capacité de surveillance à 56,0%, (ii) la capacité de gestion à 52,4% et (iii) la capacité de système de santé à 49,8%. En outre, on observe que sur l'échantillon des DS évalués, le DS Abo a le score de fonctionnalité le plus élevé, soit 97,2% ; alors que le DS Bafang a le score le plus bas (0,0) %.

Tableau 4. Résultats synthèse de la fonctionnalité des districts de santé

Fonctionnalité des zones de santé			
Composantes	Score global moyen	Score le plus bas	Score le plus élevé
La capacité des systèmes de santé	49,8%	00,0%	85,0%
La capacité de gestion	52,4%	00,0%	88,01%
La capacité de surveillance	56,0%	38,8%	97,2%

4.3.1. La capacité des systèmes de santé

L'évaluation de la capacité des systèmes de santé s'est déroulée conformément aux 4 sous-composantes qu'elle comprend : (i) l'accès aux services essentiels, (ii) la qualité des services, (iii) la demande et (iv) la résilience. Les résultats de l'évaluation de la capacité des systèmes de santé présentés dans le tableau ci-dessous indique que le score global moyen de capacité de système de santé est de 49,8%. Par rapport à ses sous-composantes, il ressort que l'accès est à 47,1% ; la qualité des soins est à 52,0%, la demande à 54,5% et la résilience à 49,3%.

Selon l'échelle standard d'interprétation des résultats :

- 34,21% des DS avec un score de capacité de système compris entre 0-54% ont des capacités de système de santé faible
- 52,68% des DS avec un score compris entre 55-74% ont des capacités dites moyennes
- 13,15% des DS avec un score supérieur à 75% ont de fortes capacités de système de santé.

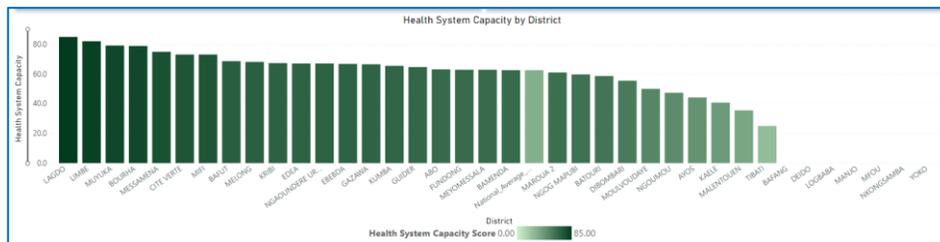


Figure 27. Capacité des systèmes de santé par District de Santé

4.3.1.1. Accès aux services essentiels

L'accès aux services essentiels de santé est évalué dans ses composantes d'accès physique, d'accès financier, d'accès socio-culturel. Dans le cadre de cette évaluation, le score global moyen de l'accès aux services essentiels s'élève à 47,1%.

L'accès physique aux services de santé s'entend de la facilité avec laquelle les individus peuvent accéder aux soins médicaux essentiels et les utiliser, en particulier dans les régions où les longues distances menant aux établissements de santé, souvent en dehors des grandes zones urbaines, compromettent l'accès aux soins de santé de base. Ce concept va au-delà de la simple distance géographique, au regard de facteurs tels que la disponibilité des services, le choix de les utiliser et les éléments sociopolitiques et contextuels plus larges qui influent sur l'accessibilité des soins de santé, y compris la mobilité, la région et les variations saisonnières. Ainsi pour cette évaluation, le score global moyen d'accès physique est de 47,3%. Il faut noter que de nombreux DS ont un score nul (Bafang, Deido, Logbaba, Manjo, Mfou, Nkongsamba et Yoko) et indiqueraient de réelles difficultés des populations à accéder aux services de santé essentiels avec environ 53% des établissements de santé qui ne sont pas accessibles de façon globale aux populations.

Concernant l'accès financier aux services de santé, il fait référence à la capacité des individus à payer et utiliser les soins médicaux nécessaires, englobant des facteurs tels que les difficultés à s'acquitter des frais des soins de santé, la nature de l'assurance maladie et le recours à des services caritatifs et sociaux. Cette dimension expose les disparités dans une approche de marché du système de santé, dans lequel les personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté prennent en charge les risques financiers des moins privilégiés. Pour cette évaluation, le score global moyen d'accès financier est estimé à 48,7% et sous-entendrait que plus de 50% de la population ne pourraient accéder aux services de santé du fait de leur coût ou du fait de leur niveau de pauvreté ou encore par manque de revenus.

En effet, la fragmentation des systèmes d'assurance et la diversité des régimes d'avantages sociaux peuvent entraîner un accès inégal aux soins de santé pour différents groupes de population, exacerbé par les obstacles financiers créés par le coût des nouveaux outils médicaux et médicaments. La dépendance à l'égard des importations de médicaments, conjuguée à une production locale limitée.

De médicaments génériques, contribue encore à la hausse des prix pratiqués sur les marchés et entrave l'accessibilité.

Pour ce qui est de l'accès socioculturel, il est déterminé par les valeurs sociétales et culturelles qui influencent les comportements des individus pour la recherche de services de santé et la prise de décision sur la prestation de services de santé dans les communautés. Une répartition inégale des responsabilités ou

du pouvoir au sein des familles dans la décision de fréquenter ou utiliser les services de santé essentiels dont ils ont besoin retarde la réception de ces nécessaires, voire limite les possibilités d’avoir recours aux soins. La stigmatisation associée à certains types de maladies place de grandes barrières entre les populations et les services de diagnostic ainsi que les traitements. Les normes sociétales telles que les rôles des femmes et des hommes contribuent à réduire les chances d’accès aux services de santé essentiels. Pour cette évaluation, le score global moyen d’accès socio-culturel a été évalué à 51,8%.

De ce qui précède, il y a lieu de signaler que c’est l’accès physique qui a le score le plus bas.

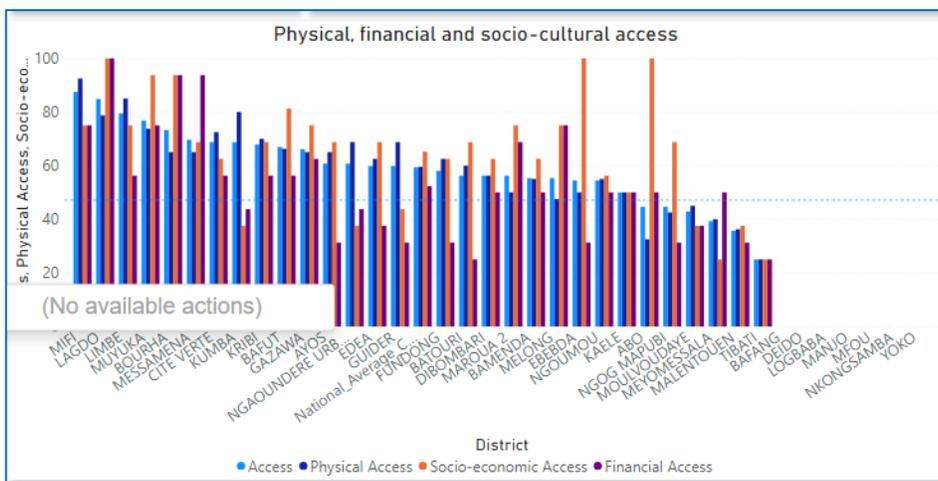


Figure 68. Accès physique, financier et socio-culturel

En vue de favoriser un meilleur accès aux services essentiels, il est important que les zones de santé à faible accès assurent une disponibilité en ressources humaines, en équipement sanitaire surtout en milieu rural, élaborent et mettent en œuvre leurs plans de couverture sanitaire de manière à réduire les distances à parcourir par les malades.

En outre, pour réduire les barrières financières à l’accès aux soins, il est impératif de mettre en œuvre de façon effective le dispositif prévu dans le plan national de développement de l’assurance maladie nationale obligatoire qu’est la CSU, en plus des autres mécanismes de protection financière existants qu’il s’agisse de ceux orientés vers des populations cibles spécifiques que celles prenant en compte les indigents.

4.3.1.2. Qualité des soins

L’évaluation de la qualité des soins a porté sur l’expérience et la sécurité de l’utilisateur ainsi que l’efficacité des soins.

Dans le cadre de cette évaluation, comme indiqué par le graphique ci-dessous, le score global moyen de la qualité des soins est estimé à 32,71%. Ceci indique une qualité des soins fournis jugée insuffisante au sein des services de santé essentiels qui les fournissent. Le score le plus bas est 00% (DS de Bafang, Manjo, Nkongsamba, Yoko), le score le plus élevé est 96,88% (DS de Abo).

En fonction des interventions, il est important de signaler que 36,84% des DS ont atteint un score compris entre 0-54% nécessitant l'introduction des nouvelles interventions. La même proportion de DS soit 36,84% ont eu un score compris entre 55-74% et nécessite plutôt l'intensification des interventions.

Pour améliorer la qualité des soins dans les établissements, les DS à problème doivent concentrer leurs efforts sur les mécanismes visant à garantir la confidentialité, le choix du prestataire, la réduction du temps d'attente, la réduction des erreurs médicales, la fonctionnalité des comités thérapeutiques, la formation continue des prestataires, la disponibilité et le suivi du respect des directives, standards et protocoles édictés en la matière.

4.3.1.3. Demande effective de services essentiels de santé

Au sujet de la demande en service de santé ou en soins, les différents aspects qui ont été évalués sont de trois ordres : (i) le comportement de recherche de soins de santé, (ii) l'action individuelle en matière de la santé et (iii) la demande de capacité du système de la santé. Le score global moyen de la demande effective de services essentiels s'élève à 68,54%. Le score le plus bas est 00%, le score le plus élevé est 100%. Les résultats montrent que 34,21% des DS ont un score compris entre 0-54, alors que 23,68% des DS ont obtenu un score compris entre 54-74 et 42,1% des DS un score supérieur à 75%.

Pour ce qui est du comportement de recherche de soins de santé le score moyen a été estimé à 68%. Il est de 69% pour ce qui est de l'action de santé individuelle et de 68,54% pour ce qui est de la demande de capacité du système de santé.

En vue d'améliorer la demande des services de santé par la communauté, les DS doivent concentrer leurs efforts pour (i) accroître la disponibilité des programmes de promotion de la santé et du bien-être des individus, (ii) renforcer les processus permettant de surveiller et d'encourager un comportement approprié de recherche en soins pour toutes les cohortes, (iii) renforcer les actions que les individus entreprennent lorsqu'ils ont le sentiment d'être malades, le but étant de trouver des remèdes appropriés à leurs problèmes de santé.

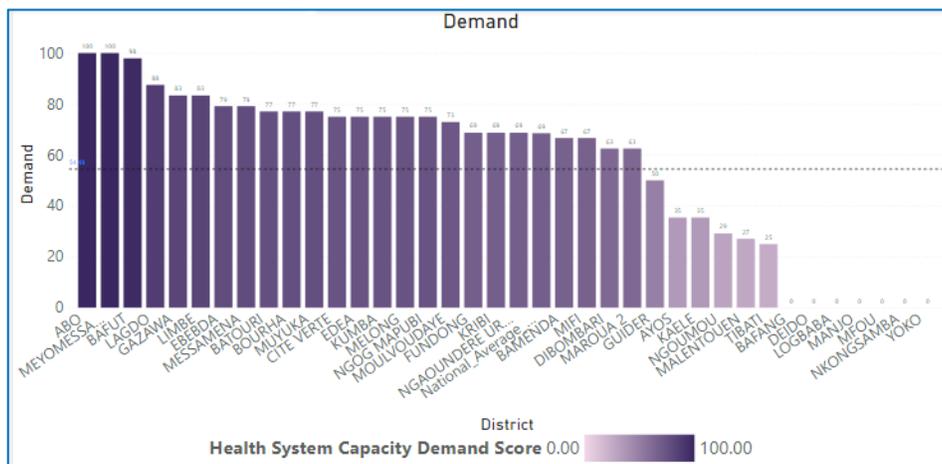


Figure 29. Score de demande effective de services essentiels par DS

4.3.1.4. Résilience des systèmes de santé

L'évaluation de la résilience des systèmes de santé a porté sur la résilience ciblée et la résilience inhérente. La résilience ciblée est une approche ciblée et adaptée pour améliorer la capacité des personnes ou des systèmes à surmonter efficacement des problèmes ou des perturbations spécifiques dans le domaine de la santé et à s'en remettre. Cela implique l'identification et la mise en œuvre de stratégies, de ressources et d'interventions précises qui répondent aux vulnérabilités et aux besoins uniques d'un contexte particulier, renforçant ainsi la capacité de résister et de s'adapter aux événements indésirables pour la santé tout en réduisant les effets négatifs.

La résilience inhérente quant à elle comprend les caractéristiques et capacité intrinsèques d'une infrastructure de soins de santé à absorber les perturbations, s'y adapter et s'en remettre de manière efficace (ces perturbations pouvant inclure les chocs, les situations d'urgence ou le changement de circonstances) tout en maintenant ses fonctions de base et en fournissant des services de santé essentiels à la population. Cela comprend la capacité du système à anticiper les défis, à les relever et à les atténuer grâce à ses structures, processus et ressources internes, contribuant ainsi à une performance soutenue et à de meilleurs résultats en santé.

Le score global moyen de résilience de système de santé est 49,3%, avec une résilience inhérente de 51,2% et une résilience ciblée de 58,17%. Le score le plus bas de résilience ciblée est 0% tandis que le score le plus haut est 86,67%. On observe également que 42,1% des DS avec un score de résilience ciblée faible compris entre 0-54% ; 37,2% des DS avec un score compris entre 55-74% et 18,42 % des DS avec un score supérieur à 75%. Au sein de la résilience inhérente, 5 éléments clés sont évalués. Ce sont la prise de conscience (48,7%), la diversité, la mobilisation et déploiement,

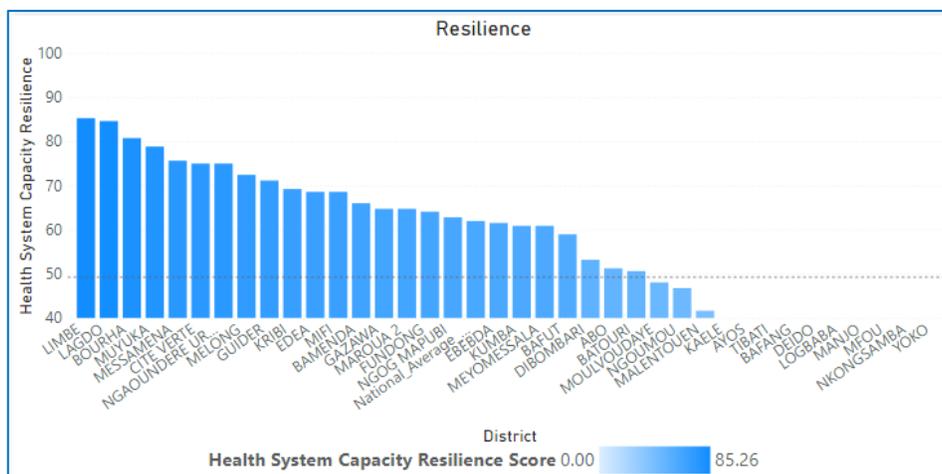


Figure 30. Capacité de Résilience

Pour améliorer la résilience ciblée il faut mettre sur pied des mécanismes d'acquisition des capacités appropriées de leadership et de gouvernance pour les événements de choc ciblés (la législation, la politique, le financement dédié, la coordination, la communication et défense du RSI, la surveillance et déclaration

de la résistance aux antimicrobiens et l'application de la réglementation en matière de sécurité alimentaire). Il faut également mettre en œuvre un système de surveillance du niveau de préparation pour détecter et contrôler des maladies zoonotiques (l'effet des réglementations en matière de biosécurité et de biosûreté, la surveillance et l'application de la vaccination conformément au RSI, y compris les réglementations transfrontalières), etc.

En ce qui concerne la résilience inhérente, les interventions à intégrer et à renforcer consistent à :

- Renforcer la sensibilisation du système sur l'existence d'une cartographie documentée et à jour (datant de moins d'un an) des actifs du système de santé, notamment le personnel, les infrastructures et les commodités, l'existence d'une cartographie des chocs potentiels couvrant les maladies aiguës et chroniques, les chocs environnementaux, économiques, politiques documentée et actualisée, , etc.
- Renforcer les capacités de gestion des comités de santé afin qu'ils s'assurent qu'il n'y a pas eu de rupture de stock pour les médicaments et les fournitures de soutien courants utilisés en cas d'urgence (Oxygène, analgésiques, EPI et autres fournitures de soutien), etc.
- Augmenter les ressources humaines des établissements de soins primaires en épidémiologie et en d'autres compétences techniques nécessaires pour détecter et mitiger risques de menaces sanitaires voire y répondre efficacement.
- Augmenter la capacité de mobilisation et de déploiement à travers la mise en place des mécanismes fonctionnels de communication et d'engagement avec (i) les prestataires de santé non publics tels que le secteur privé, les ONG, les OSC et autres, et (ii) les groupes communautaires.

4.3.2. Capacité de gestion

Les composantes de la capacité de gestion qui ont été évaluées dans chaque DS comprennent la stratégie, la structure, le personnel, le système, le style, les valeurs partagées et les compétences.

La stratégie fait référence au plan ou à l'approche globale qui guide le système de gestion de la santé du district. Elle englobe les buts et objectifs à long terme et les méthodes choisies pour les atteindre. Dans le contexte des soins de santé, il s'agit de définir comment le système de santé de district fournira des services, affectera des ressources et répondra aux besoins en matière de soins de santé.

La structure est un dispositif organisationnel des rôles, des responsabilités, des hiérarchies et des rapports hiérarchiques au sein du système de gestion de du district sanitaire. Une structure efficace garantit que les rôles sont clairement définis et que les processus décisionnels sont rationalisés afin d'améliorer la communication et la coordination entre les diverses unités de soins de santé.

Le style fait référence à l'approche de leadership et de gestion adoptée au sein du système de gestion de la santé du district. Le style influe sur la façon dont les décisions sont prises, dont les conflits sont résolus et dont la communication circule. Un style de leadership qui favorise la collaboration, la communication ouverte et la prise de décision partagée peut améliorer le fonctionnement global du système de santé.

Les systèmes sont les processus, procédures et flux de travail qui régissent les opérations quotidiennes du système de gestion de la santé du district. Cela comprend le mode de prestation de soins aux patients, de collecte et d'analyse des données, d'affectation des ressources et de communication de l'information entre les différents services.

Le personnel représente les ressources humaines au sein du système de gestion du district de santé. Il englobe les professionnels de la santé, le personnel administratif et le personnel d'appui. Il est essentiel de s'assurer que les bonnes personnes possédant les compétences et les valeurs voulues sont en place pour fournir des services de santé de qualité et obtenir des résultats positifs en matière de santé.

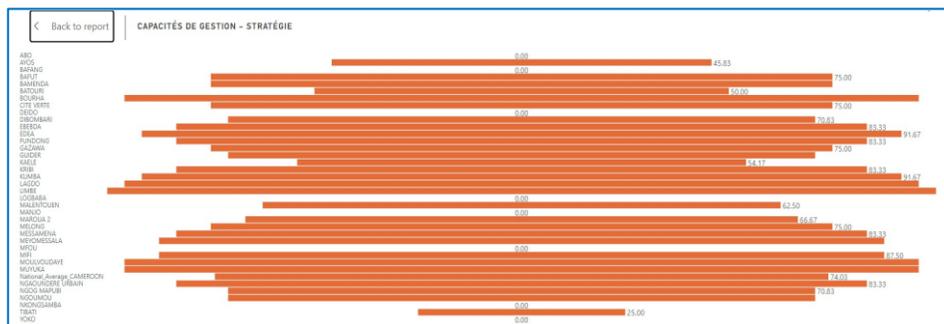
Les valeurs partagées représentent les croyances, les normes et les principes fondamentaux qui guident le comportement et les actions des individus au sein du système de gestion de la santé du district. Ces valeurs contribuent à créer une culture organisationnelle commune qui soutient la poursuite des objectifs en matière de santé et la prestation de services de qualité.

Le score global pour la capacité de gestion des DS est de 52,4%. Ce score est dérivé des scores individuels de DS indiqués dans les graphiques qui suivent.

Ces différentes composantes sont classées en Hard System (Hard S) / S durs et en Soft System (Soft S). La stratégie, la structure et les systèmes sont qualifiés de « S durs » et les en personnel, les compétences, le style et les valeurs partagées.

Ainsi dans le cadre de cette évaluation, les différentes composantes ont eu les scores globaux suivants : (i) la stratégie (58,8%), (ii) la structure (48,9%), les systèmes (42,6%), (iii) la dotation en personnel (52,2%), (iv) les compétences (55,0%), (v) le style (43,6%) et (vi) les valeurs partagées (58,9%).

4.3.2.1. Stratégie



et améliorer l'efficacité de la mise en œuvre des interventions sanitaires.

Bien que le système de santé du Cameroun connaisse des avancées significatives dans la définition des zones de responsabilité avec une population cible fixe dans chaque établissement de santé, des efforts doivent être fournis pour (i) renforcer les capacités des responsables de districts sanitaires en gestion managériales des DS, (ii) redéfinir les attributions des responsables des DS dans la gestion du DS au vue des avancées politiques telles que la loi sur la décentralisation, (iii) doter les DS des moyens nécessaires à la mise en œuvre de leurs missions régaliennes pour la mise en œuvre efficace des soins de santé primaires. Parmi ces attributions, les capacités de planification opérationnelle implique l'ensemble des acteurs permettraient de renforcer les capacités de coordination et de gestion basée sur les besoins.

4.3.2.2. Structure

Le score global moyen de capacité de gestion pour les structures (hôpitaux et établissements de soins primaires) est de 61,56%. Le score le plus bas est de 00% et le score le plus élevé est de 91,67%. Il apparait que :

- 40,5 % des DS ont un score compris entre 0-54% donc insuffisant indiquant une faible capacité de gestion des établissements de santé
- 24,4 % des DS ont un score compris entre 55-78% donc moyen
- 35,1 % des DS ont un score supérieur à 75% donc des capacités supérieures de gestion des établissement sanitaires.

En vue d'améliorer les interventions délivrées par les établissement sanitaires, il serait nécessaire de (i) améliorer la définition claire des objectifs de couverture pour la CSU et de la sécurité sanitaire par chaque DS afin de bien guider ses actions, (iii) identifier des interventions sanitaires essentielles à travers les fonctions de santé publique par niveau de soins et par cohorte d'âge par les DS, (iv) définir des objectifs explicites pour améliorer les capacités relatives à un meilleur accès, à la qualité, à la demande et à la résilience du système, (v) rendre disponible la stratégie à moyen terme pour la réalisation progressive des cibles pour la CSU et la sécurité sanitaire et

Les interventions visant à améliorer la gestion des structures dans les établissements sanitaires comprendraient celles visant à garantir que tous ces établissements qu'ils s'agissent des établissements de soins primaires et des hôpitaux de districts offrent les catégories de services de santé prévues par les paquets essentiels de services définis par niveau de la pyramide.

4.3.2.3. Compétences

Le score global de gestion des compétences est de 68,70%. Le score le plus élevé étant situé dans le DS d'Edéa (96,88%). Les scores les plus bas qui traduisent l'inexistence des capacités se retrouvent dans les DS de Bafang, Deido, Logbaba, Manjo, Mfou et Nkongsamba avec des scores à 00%

Les compétences traduisent la capacité des équipes cadres de district à encadrer le personnel de santé et les pratiques dans la fourniture des services essentiels. Ainsi au vu des résultats de l'évaluation, et selon l'échelle standard montre, 37,3% des DS ont un score compris entre 0-54% indiquant une faible capacité d'encadrement; 27,6% des DS ont obtenu un score compris entre 55-78 soit une capacité moyenne et 35,1% des DS ont eu un score supérieur à 75% indiquant des capacités en matière d'encadrement meilleures.

Les interventions pour combler les lacunes observées en matière de compétences notamment par la

disponibilité d'une ECD compétente restent (i) le renforcement de la disponibilité d'un personnel ayant les compétences techniques pour traiter, réhabiliter et fournir des soins palliatifs et promotionnels aux usagers utilisant les services essentiels de santé et (ii) d'un personnel ayant les compétences avérées en matière de communication, leadership, connaissances du développement des systèmes de santé et dans la coordination des ressources telles que les RH, infrastructures, médicaments dans les établissements de soins primaires, etc.

4.3.2.4. Les Systèmes

Les systèmes sont les processus, procédures et flux de travail qui régissent les opérations quotidiennes du système de gestion de la santé au sein du sanitaire district. Cela comprend le modèle de prestation de soins aux patients, de collecte et d'analyse des données ou de l'information, d'affectation des ressources et de communication de l'information entre les différents services.

Les systèmes ont été évalués en termes d'attributs et de la disponibilité des systèmes d'orientation efficace. En ce qui concerne les attributs, l'évaluation a porté sur la supervision des établissements de santé, l'autorisation d'exercer et de l'accréditation, les modèles de prestation de services au niveau communautaire (visites à domicile, activités de proximité, événements communautaires, etc.) et la référence des malades des établissements de soins primaires vers les hôpitaux de districts. Quant à la disponibilité des systèmes d'orientation ou de référence efficace, il s'est agi d'évaluer les capacités à assurer le déplacement des patients (services d'ambulance), du transfert d'échantillons (extraction d'échantillons de laboratoire), de la capacité à utiliser les technologies de l'information pour soutenir la prestation de services (e-consultations) et du mouvement de spécialistes (cliniques privées).

Le score global moyen de gestion pour les systèmes est de 53,5%. Le score le plus bas se retrouve dans le DS de Malentouen (15,6%) et le score le plus élevé dans les DS de Kumba et Bourha (84,4%).

Mesures correctrices : Ces mesures doivent être instaurées dans les formations sanitaires où elles sont inexistantes à savoir dans les DS ayant des scores faibles. Elles doivent être renforcées dans les DS ayant un score moyen. Il s'agira de (i) Assurer la fonction de supervision de façon régulière en soutien aux établissements de santé, (ii) réviser ou adapter les modèles de prestation de services dans les établissements de soins primaires incluant les interventions définies aux communautaires, (iii) Assurer la fonctionnalité du système de référence vers les hôpitaux de District des malades provenant des établissements de soins primaires, (iv) renforcer le système d'orientation en vue de plus d'efficacité pour le déplacement des patients, le transport des échantillons, l'utilisation des technologies de l'information pour soutenir la prestation des services de santé et la rendre accessibles auprès des patients tels que la e-Santé et enfin la collaboration avec les établissements du secteur privé et le recours aux spécialistes .

4.3.2.5. Capacités de gestion de la dotation en personnel

Le personnel représente les ressources humaines au sein du système de gestion de la santé du district. Il englobe les professionnels de la santé, le personnel administratif et le personnel d'appui. Il est essentiel de s'assurer que les bonnes personnes en quantité suffisante et possédant les compétences et les valeurs voulues sont en place au bon moment pour fournir des services de santé de qualité nécessaires et obtenir des résultats positifs en matière de santé.

Le score global moyen de gestion du personnel est de 65,6% avec des disparités dans les DS évalués. Le score le plus bas étant à 37,5% et le plus élevé à 100%. Ces scores indiquent une disponibilité très limitée des personnels et notamment des personnels de santé limitant ainsi les établissements à offrir des services

essentiels de santé en continu.

Pour améliorer la capacité du personnel, les DS à problème devront améliorer leur disponibilité en complétant leurs équipes par personnel requis nécessaire selon les normes de dotation en personnel et ce dans le but d'assurer la prestation des services.

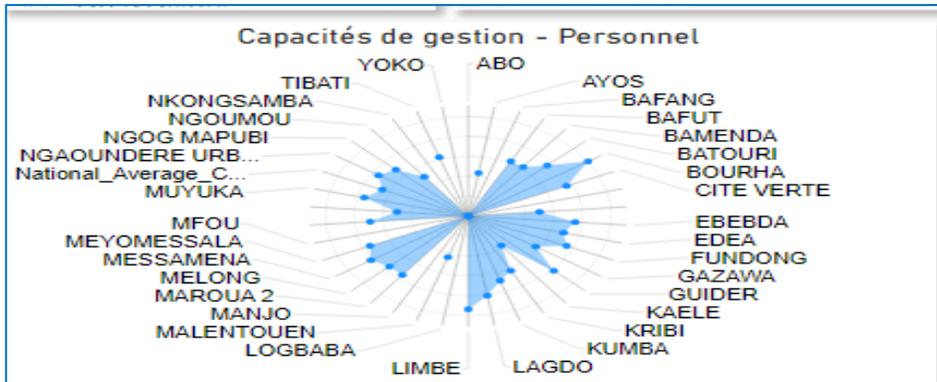


Figure 32. Capacités de gestion en Personnel

4.3.2.6. Style

Le style fait référence à l'approche de leadership et de gestion adoptée au sein du système de gestion de la santé du district. Le style influe sur la façon dont les décisions sont prises, dont les conflits sont résolus et dont la communication circule. Un style de leadership qui favorise la collaboration, la communication ouverte et la prise de décision partagée peut améliorer le fonctionnement global du système de santé.

La composante style apprécie les capacités en leadership et management des DS. A ce niveau, les principaux attributs qui ont été évalués comprennent les attributs de leadership stratégique des gestionnaires d'établissements de santé, les attributs de leadership transactionnel, les attributs de leadership démocratique et les attributs de leadership transformationnel.

Les attributs du leadership stratégique englobent les qualités et les compétences qui permettent aux dirigeants de guider les organisations vers le succès à long terme et de s'adapter à des environnements dynamiques. Ces attributs supposent de comprendre clairement la vision de l'organisation, la capacité de formuler des stratégies novatrices et prospectives, une prise de décision efficace basée sur une analyse approfondie des facteurs internes et externes, et la capacité d'aligner les ressources et les équipes pour atteindre les objectifs stratégiques. Les leaders stratégiques font preuve d'une combinaison de pensée visionnaire, de perspicacité analytique, d'adaptabilité et de compétences pour inspirer et mobiliser leurs équipes vers un avenir partagé et durable.

Le leadership transactionnel est un style de leadership centré sur les échanges entre les leaders et les suiveurs, où les premiers fournissent des récompenses en échange de la conformité et de la performance ou infligent des punitions. Ses attributs comprennent l'accent mis sur des objectifs axés sur les tâches, des attentes claires concernant le rôle, des structures bien définies et l'utilisation de récompenses conditionnelles pour motiver et gérer le comportement des suiveurs. Les leaders transactionnels établissent et appliquent des règles, surveillent de près les performances et offrent des incitations tangibles pour obtenir

les résultats souhaités et maintenir l'ordre au sein de l'organisation.

Le leadership démocratique encourage la créativité et la collaboration en valorisant des points de vue divers et en favorisant les idées novatrices au sein des équipes. Des retours d'information réguliers sont activement recherchés, démontrant une appréciation de la contribution et de la résolution collective de problèmes. Ces leaders donnent la priorité au travail d'équipe, offrant un soutien et des conseils cohérents pour assurer le succès du projet, tout en accordant de la flexibilité pour les approches individuelles. La transparence et la communication ouverte renforcent la confiance et la culture organisationnelle et permettent aux dirigeants de prendre des décisions éclairées fondées sur des idées partagées.

Le leadership de transformation va au-delà du leader principal. Les leaders de transformation les plus efficaces inspirent leurs collègues à aller là où ils n'iraient pas autrement, créent et communiquent un argument convaincant en faveur du changement, et sont des modèles pour le comportement qu'ils veulent voir dans toute l'organisation.

La moyenne du score global de gestion pour les styles est de 54,79%. 18, 91% des DS avaient un score nul. Il s'agit des DS de Abo, Bafang, Deido, Logbaba, Manjo, Mfou, Mouvouldaye. Au total, 37, 8% des DS avaient un score faible. 27% des DS avaient un score élevé. Le DS ayant obtenu le score plus élevé de 87,50% est celui de Guider.

Le style de gestion des chefs de district sanitaire étant très important, des efforts doivent être pour renforcer les capacités en gestion des gestionnaires des DS ayant des scores faibles et moyen.

4.3.2.7. Capacités de gestion - Valeurs partagées

Les valeurs partagées représentent les croyances, les normes et les principes fondamentaux qui guident le comportement et les actions des individus au sein du système de gestion de la santé du district. Ces valeurs contribuent à créer une culture organisationnelle commune qui soutient la poursuite des objectifs en matière de santé et la prestation de services de qualité.

Le score global moyen des valeurs partagées de la capacité de gestion est de 74%. Ce qui traduit l'existence d'une culture organisationnelle de façon globale reconnue par les acteurs, cependant qui comportent des limites dans sa mise en œuvre ou son effectivité. Limitant ainsi les capacités de gestion pour un bon nombre de districts sanitaires.

La valeur la plus faible est de 00% (DS de Bafang, Deido, Logbaba, Manjo, Mfou, Nkongsamba, Tibati et Yoko). La valeur la plus élevée est de 100% (DS de Abo et Limbé).

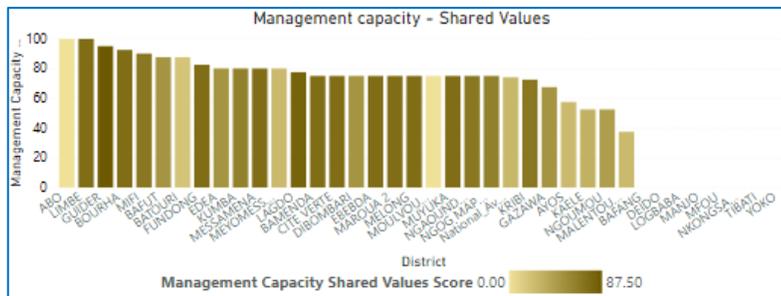


Figure 33. Capacités de gestion – Valeurs partagées

4.3.3. Capacité de surveillance globale

La composante capacité de surveillance apprécie les capacités de régulation des DS. Elle s'évalue à travers un certain nombre d'attributs que sont la responsabilité technique, la responsabilité sociale, l'engagement des parties prenantes, la confiance du public, l'autorité et le mécanisme de régulation.

Le score global moyen de capacité de surveillance de l'ensemble des DS évalués est de 56,0%. Le score le plus bas est 00%, le score le plus élevé est 97,72%. La responsabilité technique a été notée à 59,1%. La responsabilité sociale a été évaluée à 51,8%. La confiance en santé publique est de 51,7%, alors que l'engagement des parties prenantes est de 57,5%. Le score juridique et d'autorité est de 57,4%, alors que le mécanisme de régulation a un score de 56,1%.

4.3.3.1. Responsabilité technique et sociale

La responsabilité technique et sociale traduit la capacité à rendre compte de la gestion du District sanitaire et des résultats obtenus aux acteurs concernés ainsi que de l'implication des acteurs dans le processus de prise de décision à partir des données existantes et autres évidences.

La figure ci-dessous décrit à la fois le score de responsabilité technique (à gauche : violet) et sociale (à droite : vert) par district de santé. Les résultats indiquent que pour la responsabilité technique, le score moyen global est à 59,1% avec le plus élevé situé à 100% et le plus bas à 00%. Pour la responsabilité sociale, le score moyen global est à 51,8% avec le plus élevé situé à 100% et le plus bas à 00%.

Ceci traduit des insuffisances dans le processus de prise de décision et de redevabilité, qui devrait être renforcé.

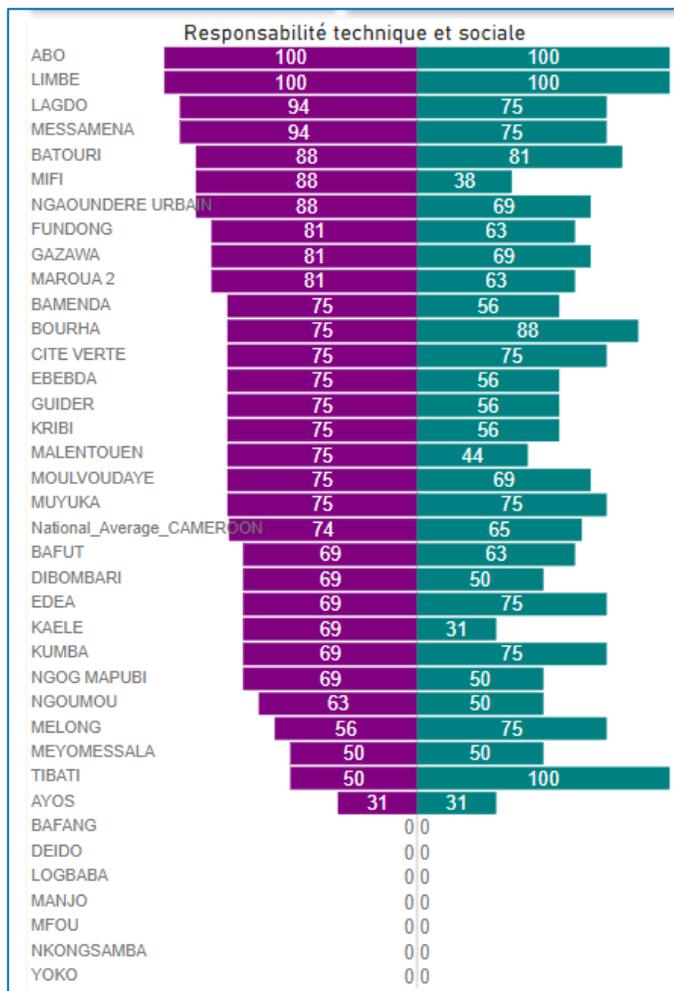


Figure 34. Responsabilité technique et sociale

Pour améliorer le niveau de responsabilité technique dans les DS concernées, les interventions à implanter et/ou intensifier sont les suivantes : (i) Instaurer un système d'évaluation trimestrielle systématique et régulier de la mise en œuvre opérationnelle des interventions, (ii) Réaliser une évaluation annuelle des performances réalisées par le District sur toutes les composantes pour examiner les progrès par rapport aux activités planifiées, (iii) procéder à l'analyse des données sanitaires afin de disposer d'une intelligence sanitaire en temps réel sur l'état de la fourniture et de la capacité des services, (iv) organiser une évaluation stratégique quinquennale des progrès du secteur vers ses objectifs.

S'agissant de la responsabilité sociale, les actions visant son renforcement sont les suivantes : (i) Organiser

une rencontre annuelle sur la santé, impliquant le public, les partenaires, la société civile, les acteurs privés et d'autres parties prenantes pour partager les progrès réalisés à l'ensemble des parties prenantes, (ii) impliquer le public (communauté, société civile...) dans le processus de prise de décision concernant l'allocation et l'utilisation des ressources publiques, (iii) élaborer les rapports sur les progrès en matière de santé et les partager avec le public pour qu'il puisse les examiner et apporter sa contribution, (iv) fournir les informations sur toutes les ressources (publiques, des donateurs et privées) à tous les acteurs de la santé, en particulier le public.

4.3.3.2. Confiance du public et engagement des Parties prenantes

Cette dimension traduit la confiance des populations dans la capacité du système de santé à répondre à ses problèmes ou besoins de santé.

Le score global de la confiance du public et des engagements des parties prenantes est respectivement de 65% et 72%. Le score le plus élevé étant de 100% et le plus bas de 00%. Bien que ce score soit appréciable, il demeure tout de même dans un besoin d'amélioration dans la mesure où une bonne frange de la population et des acteurs n'expriment pas un degré de confiance dans leur système de santé.

Pour améliorer le score de la confiance du public dans les DS concernés, les interventions à implanter et/ou intensifier sont les suivantes : (i) mettre en place des cadres de communication et des mécanismes fonctionnels pour recueillir l'avis du public sur le secteur dans chaque unité de prestation de services (boîte à suggestion, lignes directes, boîtes anti-corruption, etc.), (ii) mettre sur pied une équipe dédiée à l'engagement avec le public sur une base constante, afin de s'assurer qu'elle est constamment au courant des opinions du public, (iii) instaurer un processus entièrement fonctionnel pour saisir en permanence les opinions du public sur son intégrité, (iv) promouvoir la culture qui consiste à prendre des mesures décisives et correctives lorsque la réputation et l'intégrité sont compromises.

Pour ce qui est du renforcement des engagements des parties prenantes à collaborer avec les DS, il sera nécessaire de : (i) élaborer clairement les rôles des partenaires publics, privés et externes dans les interventions de santé, (ii) mettre en place un mécanisme de partenariat qui consolide les responsabilités, définit comment elles sont appliquées et précise les actions lorsqu'elles ne le sont pas (un pacte / un protocole d'accord / un code de conduite / etc), (iii) instaurer un partenariat public-privé fonctionnel qui garantisse que des actions complémentaires sont en place pour réaliser les interventions de santé, (iv) organiser régulièrement des réunions avec les parties prenantes externes et non publiques pour examiner les progrès réalisés en matière d'harmonisation et d'accords de travail conjoints, (v) des cadres de collaboration intersectorielle avec les autres secteur contribuant à la santé en tant que déterminants (eau, assainissement, environnement, éducation, etc.).

4.3.3.3. Autorité et mécanismes de régulation

Ces deux dimensions analysent la disponibilité d'une autorité bien établie et des mécanismes de contrôle et régulation bien établis par rapport aux attributions qui lui sont conférées.

Le score global de surveillance pour l'autorité est de 72% contre 71% pour les mécanismes de régulation. Les scores les plus bas sont de 00% pour le mécanisme de régulation et l'autorité, tandis que les scores les plus élevés sont de 100% pour les deux sous-composantes.

Les scores moyens indiqués traduisent quelques limites dans la capacité des DS à mener leur autorité en tant que structure de coordination de la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau local. Ces limites

sont probablement liées à la politique de décentralisation en vigueur qui n'a pas totalement été établie au niveau local dans la collaboration entre District sanitaire et collectivité territoriale décentralisée pour la gestion du système de santé et la prise en compte des besoins des populations.

Pour améliorer le score de cette dimension dans les DS concernés, les interventions nécessaires à mettre en œuvre sont les suivantes : (i) Renforcer le cadre juridique en vigueur sur la décentralisation dans le secteur de la santé permettant la création d'un espace de décision efficace pour la gestion locale des financements et des investissements, (ii) développer ou réviser les directives de fonctionnement du district sanitaire, (iii) élaborer un organigramme explicite au vu des attributions du district pour le district de santé et le mettre régulièrement à jour, (iv) responsabiliser la DRSP dans le développement et l'opérationnalisation optimale de l'organigramme du district sanitaire.

5. Limites et développement futurs

Limite méthodologique

Pour amoindrir les limites méthodologiques de l'étude, plusieurs dispositions pratiques avaient été prises, notamment le respect des normes de sélection de l'échantillon, la formation et la motivation financière des équipes cadres concernées, l'appui logistique aux DRSP pour l'encodage et la soumission des données.

Néanmoins certaines limites méthodologiques méritent d'être signalées. Il s'agit de :

- La liste complète des districts de santé du Cameroun n'était pas disponible dans l'outil en ligne au début de la collecte des données, ce qui a retardé la transmission pour certains DS. Le problème a par la suite été réglé,
- Dépassement de l'échéance accordée au remplissage et à la soumission des outils par la majorité des districts de santé allant de 2 à 6 semaines,
- Problème de qualité des données collectées à distance par les DS non présents à l'atelier de formation,
- Existence dans la base des données des DS doublons, triplets et quadruplets à cause de plusieurs tentatives de soumissions qui ont été corrigés lors de l'exercice de contrôle qualité après la collecte des données,
- Présence des DS non sélectionnées dans la base de données de l'échantillon.

Méthode de calcul

La méthode de calcul des scores des différentes dimensions (variables) est intégrée au logiciel. Les données ont été générées automatiquement au niveau du serveur après la soumission par les zones de santé.

Il en est de même des graphiques qui ont été directement fait par Power BI puis importés dans le rapport.

Complétude

La complétude des données de 100% obtenue difficilement en raison de la faible promptitude de soumission en ligne des outils par les DS en raison des problèmes sus-évoqués.

Défis dans la mise en œuvre

- Vérification des données très difficile car les outils de collecte (outil 1 et 2) étaient remplis et soumis directement au serveur à distance en ligne par les DS cibles.
- Retard dans la mise à jour du Tableau de Bord qui ne permet pas de confirmer spontanément les soumissions des outils par les DS.
- Faible niveau de suivi et supervision de l'activité par les DRSP en lien avec les DS concernés

Conclusion

La capacité du système de santé à fournir les services essentiels de santé nécessaires reste un facteur crucial pour la réalisation des objectifs sanitaires dans tous les pays de la Région africaine notamment pour ce qui est des soins de santé primaires.

La déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires vient d'ailleurs réaffirmer leur importance pour l'atteinte de la CSU et permettre à tous les individus et communautés d'avoir accès à des soins de santé essentiels de qualité et abordables incluant leur plein engagement.

A cet effet et dans l'intérêt général des populations, le gouvernement est tenu de mettre en place un système de santé abordable offrant un large éventail de services de qualité acceptable. Ce système de soins de santé doit être accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus démunis, pour lesquels des dispositions spéciales doivent s'appliquer.

Le district sanitaire auquel a souscrit le Cameroun suite à la Déclaration de Harare de 1987 en l'érigeant comme unité opérationnelle de son système de santé offre les meilleures chances de mettre les SSP en œuvre conformément aux résolutions arrêtées à Alma-Ata puis renouvelée à Astana. Le District sanitaire ayant le rôle de tout mettre en place afin d'assurer une couverture efficace en soins de santé essentiels. Pour ce faire, il nécessite des pouvoirs et compétences avérées en coordination, planification et gestion qui sont absolument nécessaires. Il a donc un rôle vital à jouer dans cette architecture du système de santé national.

Ainsi les éléments clés qui le définissent doivent être bien intégrés afin de lui donner les moyens de toutes sa fonctionnalité :

- Un responsable de district sanitaire compétent
- Une population bien définie
- Les services essentiels de santé bien définis conformément aux paquets de services à délivrer à cet échelon (Hôpital de district, établissement de soins primaires, communauté)
- Disponibilité des ressources nécessaires pour assurer des soins de santé adéquats dans les services de santé fournis au sein du district sanitaire
- Accessibilité géographique, financière et socio-culturelle
- Qualité des soins offerts et satisfaction des usagers
- Appui du niveau régional dans la coordination et le soutien au district sanitaire
- Supervision, coordination et soutien des prestations délivrées par une équipe technique compétente
- Système de référence entre les établissements de soins primaires et l'hôpital de district à travers des mécanismes établis de logistique
- L'engagement de la communauté dans la résolution de ses problèmes de santé

Soucieux de comprendre ce qui soutient la non-atteinte de meilleurs résultats sanitaires par les districts sanitaires, le Ministère de la Santé a sollicité l'appui technique de l'OMS pour mener une évaluation complémentaire de la fonctionnalité des districts sanitaires.

Cette évaluation avait pour objectifs de : (i) mettre à disposition des outils et des processus pour évaluer la fonctionnalité des systèmes de santé dans le pays; (ii) fournir des informations succinctes aux DS

sélectionnés sur les domaines sur lesquels ils doivent se concentrer pour améliorer leur fonctionnalité, (iii) consolider au niveau national les priorités qui entravent le plus, l'atteinte des résultats sanitaires au niveau opérationnel, et (iv) définir les priorités nationales pour l'investissement dans les Districts Sanitaires en vue d'atteindre les résultats attendus dans le système de santé.

De façon globale, cette évaluation qui a concerné un échantillon de DS a permis de mettre en exergue les résultats suivants :

En matière de résultats :

- Des services de santé disponibles et accessibles à 55,1% des cas
- Des services de santé résilient à 55,8%
- Des soins de santé primaires mis en œuvre à 48,1%
- La prise en compte des déterminants de la santé dans 51.7% des cas.

Concernant l'opérationnalité ou la fonctionnalité des districts de santé

De façon globale 51,8% des districts sanitaires de l'échantillon ont un niveau de fonctionnalité leur permettant de mettre en œuvre leurs attributions.

- 56% des Districts sanitaires évalués mettent en œuvre des processus de contrôle leur permettant de prendre des décisions en impliquant les parties prenantes
- 52,4% des Districts ont des capacités de gestion leur permettant de répondre aux besoins de santé des populations
- 49,8% seulement des Districts sanitaires garantissent la mise en œuvre des interventions sanitaires pour que les populations reçoivent les services essentiels demandés.

Ces résultats qui complètent ceux de la première évaluation mettent en exergue des insuffisances constituant des freins dans la fonctionnalité optimale des districts sanitaires à garantir une mise en œuvre efficace des soins de santé primaires et donc l'atteinte de meilleurs résultats sanitaires. Et cela requiert de ce fait des mesures de renforcement nécessaires dans toutes leurs composantes.

Recommandations

Au terme de cette activité, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux Districts de Santé :

- Étendre les auto-évaluations dans tous les districts de santé et les formations sanitaires de leurs aires de santé pour apprécier leurs niveaux de fonctionnalité
- Etablir et mettre en œuvre des plans de corrections ou de renforcement des capacités des districts sanitaires avec l'appui des DRSP
- Etablir des mécanismes de coordination du suivi des performances au sein du district sanitaire avec l'ensemble des parties prenantes
- Procéder à une planification des activités basée sur les SSP en impliquant effectivement toutes les parties prenantes dans le processus de gestion du système de santé sur la base d'une évaluation régulière de la fonctionnalité.
- Améliorer la qualité de l'offre des soins en se focalisant sur les paquets d'activités relatifs à l'expérience et sécurité des utilisateurs ainsi qu'à l'efficacité des soins.
- Améliorer la mise en œuvre des activités en rapport avec la sécurité sanitaire notamment l'Organisation et le leadership (l'existence d'une organisation appropriée et des interventions adéquates pour faire face aux menaces émergentes qui pèsent sur le système de santé et sur la santé des populations cibles), prévention des menaces pour la santé, la détection des menaces pour la santé et la réponse aux menaces pour la santé.

Aux Délégations Régionales de la Santé Publique :

- Apporter un encadrement technique adéquat au développement et renforcement des DS dans la perspective de l'approche globale des SSP, la CSU et l'atteinte des ODD.
- Accompagner les DS dans la mise en œuvre des activités en rapport avec la sécurité sanitaire notamment l'organisation et le leadership, la prévention, la détection et la réponse aux menaces pour la santé.
- Assurer le suivi de la performance des Districts sanitaires de leur ressort

Au niveau central :

- Étendre l'évaluation de la fonctionnalité de tous les districts sanitaires du pays avec l'outil électronique de l'OMS à disposition de pays
- Développer un plan de renforcement des capacités fonctionnelles des districts sanitaires
- Mobiliser suffisamment des ressources en faveur de la fonctionnalité des DS afin d'introduire les nouvelles interventions dans les DS moins performants et les intensifier dans les DS où elles sont déjà opérationnelles, ceci dans une perspective de l'approche globale des SSP, la CSU et l'atteinte des ODD.
- Accélérer l'opérationnalisation et l'extension du mécanisme de CSU au niveau national pour améliorer la protection financière des ménages et donc l'accessibilité financière des services de santé

- Soutenir le renforcement du cadre réglementaire pour la mise en œuvre effectives des attributions du district sanitaire dans le cadre de la décentralisation
- Mettre en place des mécanismes efficaces de coordination des interventions des partenaires au niveau opérationnel afin d'éviter les chevauchements.
- Mettre en place des mécanismes de partage d'expérience entre les zones de santé des différentes régions
- Travailler à l'établissement de district sanitaire modèle pouvant servir de zone d'apprentissage
- Mettre en place un mécanisme de coordination du suivi de la performance des DS impliquant le niveau central (SG, DOSTS), les DRSP et les Districts sanitaires eux-mêmes
- Renforcer les capacités managériales des districts sanitaires

Aux partenaires :

- Appuyer techniquement le renforcement des districts sanitaires pour la mise en œuvre des soins de santé primaires
- Renforcer l'appui pour la mise en œuvre effective des soins de santé primaires
- Soutenir le renforcement des capacités des managériales des Districts sanitaires

Annexes

Répartition des districts sanitaires ayant rempli les outils

N°	Region	Outil 1	Outil 2
1	Adamaoua	Ngaoundere Urbain Tibati,	Ngaoundere Urbain Tibati,
2	Centre	Ayos, Cite Verte, Ebebda Mfou, Ngog Mapubi, Ngoumou, Yoko	Ayos, Cite Verte, Ebebda, Ngog Mapubi, Ngoumou
3	Est	Batouri, Messamena	Batouri, Messamena
4	Extrême-Nord	Bourha, Gazawa, Kaele, Maroua 2, Moulvoudaye	Bourha, Gazawa, Kaele, Maroua 2, Moulvoudaye
5	Littoral	Abo, Deido Edea, Nkongsamba, Logbaba, Manjo,	Abo, Deido Dibombari, Edea, Melong
6	Nord	Lagdo, Guider	Guider, Lagdo
7	Nord-Ouest	Bafut, Bamenda Fundong,	Bafut, Bamenda, Fundong
8	Ouest	Bafang, Malentouen	Malentouen, Mifi
9	Sud	Kribi Meyomessala,	Kribi, Meyomessala
10	Sud-Ouest	Kumba Limbe Muyuka	Kumba, Limbe, Muyuka
Total		35	31