



MINSANTE



Organisation
mondiale de la Santé



Rapport final de l'évaluation du niveau actuel de viabilisation, de fonctionnalité et de performance des Districts de santé au Cameroun au 31 Décembre 2021



Mis en oeuvre par
giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Table des matières

Liste des tableaux.....	5
Liste des figures	6
Abréviations et acronymes	10
Membres de l'équipe technique ayant conduit l'évaluation	12
Remerciements du Ministre de la Santé Publique	14
Résumé	15
Introduction	20
1. Contexte général des districts sanitaires au Cameroun	23
1.1. Historique du développement des Districts de santé au Cameroun.....	23
1.2. Les critères de découpage de la Carte sanitaire en Districts de santé dans les années 1990	23
1.3. Difficultés rencontrées lors du découpage de la Carte sanitaire en Districts de santé..	24
1.4. Les difficultés de découpage des Districts de santé en milieu urbain	25
1.5. Place des Districts de santé au Cameroun aujourd'hui	27
1.5.1. Les modalités de découpage et de développement des Districts de santé aujourd'hui	27
1.5.2. Répartition des Districts de Santé existant au Cameroun en Décembre 2021	27
1.5.3. Enjeux du développement des Districts de santé aujourd'hui	29
2. Justification de l'étude	29
3. Objectifs de l'évaluation.....	30
4. Méthodologie de l'évaluation.....	31
4.5. Cadre conceptuel de l'évaluation des Systèmes de Santé de District.....	31
4.5.1. Cadre opérationnel de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires	31
4.5.2. Définitions des concepts	32
4.5.3. Conceptualisation et structuration de l'évaluation	33
4.5.4. Normes utilisées pour l'évaluation	35
4.5.5. Définition des domaines et variables à considérer pour l'analyse.....	35
4.6. Méthode d'échantillonnage.....	39
4.6.1. Echantillonnage des Districts de Santé à évaluer	39
4.6.2. Echantillonnage des structures sanitaires à évaluer dans les Districts de Santé.....	41
4.7. Outils de collecte des données.....	42
4.7.1. Outil de collecte des données au niveau central	42
4.7.2. Outil de collecte des données au niveau régional.....	43
4.7.3. Outils de collecte des données au niveau des Districts de santé	43

4.8.	Collecte des données.....	44
4.9.	Assurance qualité, traitement et analyse des données.....	45
4.10.	Considérations éthiques.....	46
4.11.	Déroulement de l'évaluation.....	46
4.12.	Limites et difficultés de l'évaluation.....	46
4.12.1.	Limites.....	47
4.12.2.	Difficultés.....	48
5.	Résultats de l'évaluation.....	48
5.1.	Caractéristiques générales de l'échantillon des Districts de santé.....	48
5.2.	Les Services de Santé de District (SSD).....	49
5.1.1.	Situation des ressources des SSD.....	50
5.1.2.	Situation de la mise en œuvre des activités liées aux missions du SSD.....	56
5.1.3.	Analyse des niveaux de ressources et de fonctionnalité des SSD au Cameroun.....	63
5.3.	Les Hôpitaux de District.....	64
5.1.4.	Informations générales sur la population couverte et le nombre de lits dans les HD.....	65
5.1.5.	Situation des ressources des HD.....	65
5.1.6.	Situation de mise en œuvre des activités (fonctionnalité des HD).....	69
5.1.7.	Analyse des niveaux de ressources et de fonctionnalité des HD au Cameroun.....	84
5.4.	Les CSI/CMA et CSP/CMP.....	86
5.1.8.	Informations générales sur les CSI/CMA et CSP/CMP.....	86
5.1.9.	Situation des ressources des CSI/CMA et CSP/CMP.....	86
5.1.10.	Situation de mise en œuvre des activités (fonctionnalité des CSI/CMA et CSP/CMP).....	92
5.1.11.	Analyse des niveaux de ressources et de fonctionnalité des CSI/CMA et CSP/CMP au Cameroun.....	111
5.5.	Niveau actuel de viabilisation (ressources), de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé au Cameroun.....	112
6.	Analyse des forces et faiblesses identifiées au niveau des Districts de Santé.....	121
7.	Discussion.....	125
8.	Recommandations et suggestions.....	129
8.1.	Recommandations.....	129
8.1.1.	Recommandations envers le Ministère de la santé publique (et les PTF).....	129
8.1.2.	Recommandations en rapport avec les Textes (Arrêtés du MINSANTE) qui encadrent le développement des Districts de santé.....	129
8.1.3.	Recommandation en rapport avec les Normes et Directives.....	130

8.1.4.	<i>Recommandations en rapport avec les Guides et Documents d'orientation des Responsables Gestionnaires des structures des Districts de santé</i>	130
8.1.5.	<i>Recommandations envers les Gestionnaires des structures sanitaires des Districts de santé</i>	130
8.1.6.	<i>Recommandations envers les Collectivités Territoriales Décentralisées CTD</i>	131
8.1.7.	<i>Recommandations envers le secteur privé</i>	131
8.2.	Suggestions	131
9.	Perspectives : Développer les « Districts de Santé Modèles » pour accélérer l'évolution vers la CSU	132
10.	Références	134
11.	Annexes : Outils de collecte des données	136

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des Districts de santé par Région selon leur localisation dans le périmètre d'une Communauté urbaine, d'une Ville départementale (semi-urbaine), ou d'une ou plusieurs Commune(s) rurale(s).	27
Tableau 2 : Domaines et Variables évalués par niveau de la pyramide sanitaire pour la viabilisation, la fonctionnalité et la performance des Districts de santé	35
Tableau 3 : Répartition du nombre de Districts de santé sélectionnés par Région	39
Tableau 4 : Répartition des Districts de santé sélectionnés dans l'échantillon évalué selon leur localisation territoriale.	40
Tableau 5 : Informations générales sur l'échantillon des Districts de santé évalués	48
Tableau 6 : Existence des structures clés dans le District (ECD et COSADI)	53
Tableau 7 : Equipements bureautiques disponibles au niveau des SSD	55
Tableau 8 : Existence d'un Modem ou d'un mécanisme de facilitation de la connexion Internet dans les SSD	55
Tableau 9 : Logistique de déplacement disponible au niveau des SSD	55
Tableau 10 : Organisation des SSD	56
Tableau 11 : Disponibilité des outils pratiques en appui à la planification	56
Tableau 12 : Disponibilité des Plans d'action pluriannuel et des Plans de travail mensuel ou trimestriel	56
Tableau 13 : Maintenance préventive et curative et inventaires périodiques des équipements	57
Tableau 14 : Composition et fonctionnalité de l'ECD	57
Tableau 15 : Fonctionnalité du COSADI	58
Tableau 16 : Organisation des réunions et Assemblées Générales du COSADI	58
Tableau 17 : Coordination des activités au niveau du SSD	59
Tableau 18 : Supervision des équipes des CSI/CMA et autres FOSA par l'ECD	59
Tableau 19 : Organisation de la formation continue du personnel de santé du DS	59
Tableau 20 : Gestion du Programme Elargi de Vaccination (PEV) selon les normes	60
Tableau 21 : Formalisation du suivi des décès maternels	60
Tableau 22 : Gestion des médicaments essentiels et de la pharmacie du SSD	61
Tableau 23 : Gestion de l'information pour l'action	61
Tableau 24 : Surveillance épidémiologique et gestion des urgences	62
Tableau 25 : Partenariat et multisectorialité pour le développement du DS	62
Tableau 26 : Promotion de la recherche opérationnelle	62
Tableau 27 : Statistiques générales des scores présentant les niveaux de ressources et de fonctionnalité des SSD	63
Tableau 28 : Statistique des scores des SSD selon le milieu urbain, semi-urbain et rural	63
Tableau 29 : Population couverte et nombre de lit dans les HD au Cameroun	65
Tableau 30 : Ressources humaines disponibles dans les HD	65
Tableau 31 : Situation de l'environnement hospitalier et des commodités connexes	67
Tableau 32 : Disponibilité et sources de financement du Modem ou de la facilité de connexion Internet dans les HD	67
Tableau 33 : Fréquence de la disponibilité des outils de planification stratégique et opérationnelle dans les HD	71
Tableau 34 : Constitution et opérationnalisation des Comités de gestion des HD	72
Tableau 35 : Les différents thèmes du programme de promotion de la santé des HD	73
Tableau 36 : Les différentes activités de prévention des maladies infectieuses et de suivi des cas à haut risque organisées par les HD	74

Tableau 37 : Les différentes activités du PCA mises en oeuvre dans les HD	76
Tableau 38 : Critères de qualité technique des consultations externes remplis par les HD	77
Tableau 39 : Statistiques générales des scores des HD	84
Tableau 40 : Statistiques des scores des HD selon le milieu.....	84
Tableau 41 : Informations générales sur les CSI/CMA et CSP/CMP	86
Tableau 42 : Disponibilité moyenne des ressources humaines dans les CSI/CMA et CSP/CMP.....	86
Tableau 43 : Statistiques générales des scores des CSI/CMA et CSP/CMP	111
Tableau 44 : Récapitulatif des scores des différentes structures évaluées et pour chaque District de santé pour les ressources (viabilisation) et pour la fonctionnalité, et score de performance de chaque District de santé calculé à partir du Pent3 et RR en 2021	117
Tableau 45 : Présentation des scores de viabilisation (ressources), de fonctionnalité et de performance des Districts de santé sur le plan national.....	119
Tableau 46 : Comparaison des scores moyens des différentes structures sanitaires des Districts de santé	120

Liste des figures

Figure 1 : Eléments d'évaluation de l'opérationnalité du système infranational.....	33
Figure 2 : Schématisation par la Triade de DONABEDIAN du lien entre la viabilisation, la fonctionnalité et la performance d'un District de santé	34
Figure 3 : Carte du Cameroun présentant les Districts sélectionnés pour l'échantillon toute catégorie confondue	41
Figure 4 : Schématisation de la répartition des ressources financières du système de santé et de la contribution attendue de chaque bénéficiaire à l'atteinte des objectifs du système de santé	43
Figure 5 : Les ressources humaines indisponibles dans les SSD.....	50
Figure 6 : Répartition des SSD suivant qu'ils recrutent du personnel d'appui ou pas	51
Figure 7 : Proportion des SSD qui recrutent chaque type de personnel d'appui.....	51
Figure 8 : Répartition des Bureaux des SSD suivant qu'ils sont construits selon les normes	52
Figure 9 : Proportion de SSD qui ont les différents manques	52
Figure 10 : Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides dans les SSD.....	54
Figure 11 : Répartition des SSD par milieu suivant leur niveau de ressources	64
Figure 12 : Répartition des SSD par milieu suivant leur niveau de fonctionnalité	64
Figure 13 : Répartition des HD selon qu'ils soient construits selon les normes ou pas.....	66
Figure 14 : Disponibilité des services essentiels pour le PCA dans les HD.....	66
Figure 15 : Disponibilité de la logistique de transport dans les HD	68
Figure 16 : Disponibilité des équipements bureautiques dans les HD	68
Figure 17 : Répartition des HD suivant qu'ils disposent de l'ensemble des Textes spécifiés portant sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion des recettes de l'Hôpital ou pas	69
Figure 18 : Disponibilité de tous les outils d'organisation spécifiés dans les HD	69
Figure 19 : Fréquence de la disponibilité des outils d'organisation spécifiés dans les HD	70
Figure 20 : Répartition des HD suivant qu'ils disposent de l'ensemble des outils de planification stratégique et opérationnelle ou pas	70
Figure 21 : Répartition des HD suivant qu'ils remplissent tous les critères d'un environnement favorable induisant la demande des services ou pas.....	71
Figure 22 : Fréquence des critères d'un environnement favorable induisant la demande de service remplis par les HD.....	72
Figure 23 : Répartition des HD suivant que le Comité de gestion est fonctionnel ou pas.....	72

Figure 24 : Répartition des HD suivant qu'ils ont un programme de promotion de la santé avec l'ensemble des thèmes spécifiés ou pas	73
Figure 25 : Répartition des HD suivant qu'ils organisent toutes les activités spécifiées de prévention des maladies infectieuses et de suivi des cas à haut risque avec du personnel qualifié, formé et dans des conditions acceptables.....	74
Figure 26 : Répartition des HD suivant qu'ils mettent en œuvre toutes les activités du PCA spécifiées ou pas.....	75
Figure 27 : Répartition des HD suivant que les critères spécifiés de qualité technique des consultations externes soient remplis totalement ou pas.....	76
Figure 28 : Proportion d'HD organisant chacun des 4 services spécifiés avec du personnel qualifié et formé	78
Figure 29 : Répartition des HD suivant qu'ils réalisent l'ensemble des 15 analyses spécifiées selon les normes ou pas.....	78
Figure 30 : Proportion d'HD réalisant chacun des 15 analyses spécifiées selon les normes	79
Figure 31 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 4 conditions spécifiées de la PCI ou pas.....	79
Figure 32 : Proportion d'HD respectant chacun des 4 conditions spécifiées de la PCI	80
Figure 33 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 10 critères spécifiés de qualité technique des soins ou pas.....	80
Figure 34 : Proportion d'HD respectant chacun des 10 critères spécifiés de qualité technique des soins	81
Figure 35 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 8 critères de bonne gestion de la pharmacie de l'HD ou pas.....	81
Figure 36 : Proportion d'HD respectant chacun des 8 critères spécifiés de bonne gestion de la pharmacie de l'HD.....	82
Figure 37 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 10 critères de bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action ou pas.....	82
Figure 38 : Proportion d'HD respectant chacun des 10 critères spécifiés de bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action.....	83
Figure 39 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 7 critères de bonne gestion des ressources financières de l'hôpital ou pas.....	83
Figure 40 : Proportion d'HD respectant chacun des 7 critères spécifiés de bonne gestion des ressources financières de l'HD	84
Figure 41 : Répartition des HD suivant leurs niveaux de ressources.	85
Figure 42 : Répartition des HD suivant leurs niveaux de fonctionnalité (mise en œuvre du PMA/PCA)	85
Figure 43 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils respectent la norme d'au moins un personnel qualifié pour 2000 habitants ou pas	87
Figure 44 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils soient construits selon les normes ou pas.....	87
Figure 45 : Raisons pour lesquelles les CSI/CMA et CSP/CMP sont considérés comme n'étant pas construits selon les normes.....	88
Figure 46 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'il existe un moyen (radio et/ou téléphone portable) pour faciliter la communication avec l'Hôpital/autres FOSA/Prestataires ou pas	88
Figure 47 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chaque matériel de communication .	89
Figure 48 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent d'au moins un moyen de transport ou pas	89
Figure 49 : Proportion de CSI/CMA et CSI/CMP disposant de chaque moyen de transport.....	90

Figure 50 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent à la fois d'au moins un moyen de transport et d'au moins un moyen de communication avec l'Hôpital/autres FOSA/Prestataires ou pas.....	90
Figure 51 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chaque matériel bureautique spécifié	90
Figure 52 : Répartition des CSI/CMA suivant qu'ils disposent de l'ensemble des Textes, Directives, Normes et Guides portant sur l'organisation et le fonctionnement des CSI/CMA ou pas.....	91
Figure 53 : Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides dans les CSI/CMA	91
Figure 54 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils aient un minimum d'organisation ou pas.....	92
Figure 55 : Disponibilité des outils d'organisation dans les CSI/CMA et CSP/CMP	92
Figure 56 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils aient un minimum de planification opérationnelle des activités ou pas	93
Figure 57 : Disponibilité des outils de planification opérationnelle des activités dans les CSI/CMA et CSP/CMP	93
Figure 58 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils aient un environnement favorable induisant la demande des services ou pas.....	94
Figure 59 : Qualité de l'environnement des CSI/CMA et CSP/CMP favorable à la demande des services	94
Figure 60 : Répartition des CSI/CMA suivant que le Comité de santé existe et soit fonctionnel ou pas	95
Figure 61 : Fonctionnalité des Comités de santé des CSI/CMA	95
Figure 62 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils mettent en œuvre toutes les activités du PMA ou pas.....	96
Figure 63 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP mettant en oeuvre les différentes activités spécifiées du PMA	96
Figure 64 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils mettent en œuvre tous les programmes de promotion de la santé spécifiés ou pas	96
Figure 65 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP mettant en oeuvre chacune des activités de promotion de la santé spécifiées.....	97
Figure 66 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant ou pas de l'ensemble des 9 équipements spécifiés.....	97
Figure 67 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant chacun des 9 équipements spécifiés....	98
Figure 68 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant que l'ensemble des activités liées à la Protection Maternelle et Infantile soient organisées dans un environnement favorable ou pas	98
Figure 69 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP organisant les activités de PMI spécifiées dans un environnement favorable.....	99
Figure 70 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils organisent l'ensemble des activités curatives spécifiées ou pas	99
Figure 71 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP organisant chacune des activités curatives spécifiées	100
Figure 72 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant que les consultations ambulatoires soient d'une qualité acceptable ou pas	100
Figure 73 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP dans lesquels les commodités pour les consultations ambulatoires sont d'une qualité technique acceptable	101
Figure 74 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP ne remplissant pas les conditions spécifiques pour l'organisation des consultations ambulatoires de qualité.....	101

Figure 75 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils remplissent l'ensemble des critères de qualité minimale des activités de petite chirurgie ou pas	102
Figure 76 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant des commodités spécifiées pour une qualité minimale des activités de petite chirurgie	102
Figure 77 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils hospitalisent les patients dans des conditions optimales ou pas	103
Figure 78 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP respectant chacune des conditions d'hospitalisation spécifiées	103
Figure 79 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent de tous les équipements spécifiés ou remplissent toutes les conditions spécifiées pour les accouchements de qualité.....	104
Figure 80 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chacun des équipements spécifiés ou remplissant chacune des conditions spécifiées pour les accouchements de qualité	104
Figure 81 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils réalisent l'ensemble des examens de laboratoire spécifiés dans des conditions optimales ou pas.....	105
Figure 82 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP remplissant chacune des conditions optimales pour les examens de laboratoire spécifiés.....	105
Figure 83 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils mettent en œuvre ou pas les activités du PEV avec une qualité optimale.....	106
Figure 84 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant des intrants spécifiés ou remplissant les conditions optimales de qualité spécifiées pour les activités du PEV	106
Figure 85 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent de l'ensemble des intrants et dispositifs de PF ou pas	107
Figure 86 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chacun des intrants ou dispositifs pour la PF.....	107
Figure 87 : Répartition des CSI/CMA et CSI/CMP suivant qu'ils disposent de l'ensemble des dispositifs de lutte contre le VIH/SIDA ou pas	108
Figure 88 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chacun des dispositifs spécifiés de lutte contre le VIH/SIDA.....	108
Figure 89 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant que la pharmacie respecte l'ensemble des conditions de bonne gestion ou pas	109
Figure 90 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP dans lesquels la pharmacie respecte chacune des conditions de bonne gestion spécifiées.....	109
Figure 91 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils remplissent toutes les conditions spécifiées de PCI ou pas	110
Figure 92 : Proportion de CSI/CMA remplissant chacune des conditions spécifiées de PCI	110
Figure 93 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils respectent toutes les conditions spécifiées de qualité pour les interventions à base communautaire ou pas	111
Figure 94 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP respectant chacune des conditions de qualité spécifiées pour les interventions à base communautaire	111
Figure 95 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant leurs niveaux de ressources	112
Figure 96 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant leurs niveaux de fonctionnalité.....	112
Figure 97 : Classement des Districts de santé suivant leur score moyen de ressources (en %)	113
Figure 98 : Classement des Districts de santé selon leur score moyen de fonctionnalité (en %).....	113
Figure 99 : Classement des Districts de santé suivant leur score moyen de performance (en %).....	114
Figure 100 : Situation des Districts de santé suivant leurs scores moyens (en %) par domaine	114
Figure 101 : Nombre de Districts de santé par niveau de score et par domaine évalué	115
Figure 102 : Répartition des Districts par milieu suivant leur score moyen par domaine.....	116
Figure 103 : Scores globaux moyens obtenus par les Districts de santé par domaine évalué	116

Abréviations et acronymes

AS	: Aide-Soignant(e).
ATMS	: Agent Technique Médico-Sanitaire.
CDS	: Chef de District de Santé.
CMA	: Centre Médical d'Arrondissement.
CMP	: Centre Médical Privé.
COGE	: Comité de Gestion.
COSA	: Comité de Santé de l'Aire.
COSADI	: Comité de Santé de District.
CPN4	: Consultation Prénatale Numéro 4.
CPS	: Consultation Préscolaire.
CSI	: Centre de Santé Intégré.
CSP	: Centre de Santé Privé.
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle.
CTD	: Collectivité Territoriale Décentralisé.
DEP	: Division des Etudes et des Projets.
DHIS2	: District Health Information System 2 ^e version.
DIU	: Dispositif Intra-Utérin.
DRSP	: Délégation Régionale de la Santé Publique.
DS	: District de Santé.
ECD	: Equipe-Cadre de District.
FOSA	: Formation Sanitaire.
GIZ	: Agence de Coopération Technique Allemande.
GDS	: Grand District de Santé.
HD	: Hôpital de District.
HP	: Hôpital Privé.
HTA	: Hypertension Artérielle.
IB	: Infirmier Accoucheur.
IBA	: Infirmier Breveté Accoucheur.
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat.
IS	: Infirmier Supérieur.
MAPE	: Maladie à Potentiel Epidémique.
MDS	: Moyen District de Santé.
MINADER	: Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural.
MINAS	: Ministère des Affaires Sociales.
MINAT	: Ministère de l'Administration Territoriale.
MINDCAF	: Ministère du Domaine, du Cadastre et des Affaires Foncières.
MINDDEVEL	: Ministère de la décentralisation et du Développement Local.
MINEDUB	: Ministère de l'Education de Base.
MINEE	: Ministère de l'Eau et de l'Energie.
MINEPDED	: Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable.
MINEPIA	: Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales.
MINESEC	: Ministère des Enseignements Secondaires.
MINJEUN	: Ministère de la Jeunesse.
MINJUSTICE	: Ministère de la Justice.

MINPROFF	: Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.
MINSANTE	: Ministère de la Santé Publique
OBC	: Organisation à Base Communautaire.
ODD	: Objectifs de développement Durable
ONG	: Organisation Non Gouvernementale.
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie.
OSC	: Organisation de la Société Civile.
PBF	: Performances-Based-Financing (Financement Basé sur la Performance)
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités.
PCI	: Prévention Contre les Infections.
PDS	: Petit District de Santé.
PEC	: Prise En Charge.
Penta3	: Vaccin Pentavalent 3 ^e dose.
PEV	: Programme Elargi de Vaccination.
PF	: Planification Familiale.
PMA	: Paquet Minimum d'Activités.
PMI	: Protection Maternelle et Infantile.
PSFN	: Projet Santé Fécondité Nutrition.
PTF	: Partenaire technique et Financier.
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH.
PV	: Procès-verbal.
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH.
REO-SSP	: Réorganisation des Soins de Santé Primaires.
RH	: Ressources Humaines.
RR	: Rougeole-Rubéole (vaccin).
SAM	: Structure d'Assurance-Maladie.
SD	: Structure de Dialogue.
SF	: Sage-Femme.
SIS	: Système d'Information Sanitaire.
SPC	: Structure de Participation Communautaire.
SSD	: Service de Santé de District.
SSP	: Soins de Santé Primaires.
TAL	: Technicien Adjoint de Laboratoire.
TMS	: Technicien Médico-Sanitaire.
TPI3	: Traitement Préventif Intermittent (du Paludisme) 3 ^e dose.

Membres de l'équipe technique ayant conduit l'évaluation

L'évaluation a été conduite par une équipe multidisciplinaire constituée des hauts cadres du Ministère de la Santé Publique et des Experts de l'OMS, de l'UNICEF, de la GIZ et de la Société Civile.

Le Comité Technique National mis en place au Ministère de la Santé Publique pour conduire cette évaluation par Notes de Service N°D30-1181/NS/MINSANTE/SG/DOSTS/SDSSP du 28 Octobre 2021 et N°D30-1244/NS/MINSANTE/SG/DOSTS/SDSSP du 08 Novembre 2021, était constitué des membres suivants :

SUPERVISEUR GENERAL : Pr NJOCK Louis Richard (SG/MINSANTE),

COORDONNATEUR GENERAL : Pr SOBNGWI Eugène (DOSTS/MINSANTE),

COORDONNATEUR TECHNIQUE : Dr FOUAKENG Flaubert (SDSSP/DOSTS/MINSANTE),

SUPERVISEURS TECHNIQUES PAR REGION :

N°	REGION	SUPERVISEUR CENTRAL	SUPERVISEUR REGIONAL
1	ADAMAOUA	Dr HASSAN BEN BACHIR	Dr ZAKARI YAOU ALHADJI
2	CENTRE	Dr NKO'AYISSI Georges	Dr MOUSSI Charlotte
3	EST	EFOUBA AWONO Polycarpe	Dr ANDJEMBE ESSOLA José P.
4	EXTREME-NORD	Dr TCHOKFE SHALOM	Dr BAVA HAMADOU
5	LITTORAL	Dr FOUAKENG Flaubert	Dr MAMBO Albert
6	NORD	Dr HAMIDA YACOUBOU	Dr DJAMILATOU LEILA
7	NORD-OUEST	Dr TAMBASHO AFISU	Dr KINGSLEY CHE SOH
8	OUEST	Dr EMAH MANDA Basile	Dr CHINMOUN DAOUDA
9	SUD	Dr MINTOP Désiré	Dr BIDJANG Robert Mathurin
10	SUD-OUEST	Dr EBONGO ZACHEUS NANJE	Dr LAMBI Joyce

Au décours de la mise en œuvre de l'évaluation, d'autres hauts cadres du Ministère de la santé publique ont été associés à l'équipe technique d'évaluation pour compléter la liste des Superviseurs Centraux et l'équipe d'analyse des données. Il s'agit de :

- Dr MBUIH IDRISU NJAH (SDSSP/DOSTS/MINSANTE),
- Dr SONFACK TSAFACK Elodie Pamela (Cadre à la SDOS),
- Mme KOA ELOUNDOU Elisabeth (CSPC/SDSSP/DOSTS),
- M. TCHIDA TIOTSAP Maxwell (Statisticien à la CIS/SG/MINSANTE).

Au niveau des Régions, les Délégués Régionaux de la Santé Publique ont désigné des Superviseurs Techniques de l'évaluation qui sont présentés dans le tableau ci-après.

N°	REGION	SUPERVISEUR TECHNIQUE	POSTE DE RESPONSABILITE
1	ADAMAOUA	M. EGRIBA WANGNANG Raphael	CBCASS
2	CENTRE	Dr ONAMBELE Paul Marie Guy P.	CDS de NKOLNDONGO
3	EST	M. ETOKE Robert Christian	CSISP
4	EXTREME-NORD	M. BAYECK Charles Josué	CSISP
5	LITTORAL	M. MBELLA Gustave Abel	CBCASS
6	NORD	NDOUTOU EPOH Bruno	CSISP
7	NORD-OUEST	BERI ANNY GARIBA et ASONGWE IGNATIUS FORSUH	CSISP et Coordonnateur MNT / Point Focal Nutrition
8	OUEST	M. TEME NOMO Désiré	CSISP
9	SUD	Dr NGONGLA NGONGLA Firmin N.	Coordonateur CERPLE
10	SUD-OUEST	Dr LAMBI Epse TUMASANG Joyce	CBCASS

Les Experts de l’OMS étaient constitués de :

- Dr ELONGO LOKOMBE Narcisse (Bureau OMS-AFRO, Brazzaville),
- Dr BISSOUMA LEDJOU Tania (Bureau OMS, Yaoundé),
- Dr YAKANA Irène Epse EMAH (Bureau OMS, Yaoundé),
- Dr KAMGA Guy Roger (Bureau OMS, Yaoundé),
- Dr OUMAROU GNIGNINANJOUENA (Bureau OMS, Yaoundé),
- Dr Francis Sixte BANYI (Bureau OMS, Yaoundé),
- M. KOUONTCHOU MIMBE Jean-Christian (Data Manager, Bureau OMS, Yaoundé),
- M. LELE YOUMSSI Collins Parfait (Data Manager, Bureau OMS, Yaoundé),
- M. MENAN Germain (Data Manager, Bureau OMS, Yaoundé).

L’Expert de l’UNICEF était : Dr NGUM HALMATA Belyse (Bureau UNICEF, Yaoundé).

L’Expert de la GIZ était : M. BELA Christian (Conseiller Technique, Bureau GIZ, Yaoundé).

La Société Civile était représentée par les Experts de l’ONG Impact Santé Afrique (ISA). Il s’agit de :

- M. FOUDA ESSAMA Pierre Pascal (Data Manager, Bureau Siège ISA, Yaoundé),
- Mlle FOMEKONG F. SUZIE Estelle (Epidémiologiste, Bureau Siège ISA, Yaoundé).

Remerciements du Ministre de la Santé Publique

Le District de santé est l'Unité opérationnelle du Système de santé camerounais. Sa viabilisation et sa bonne fonctionnalité conditionnent l'atteindre des meilleurs résultats et donc des meilleures performances qui, à leur tour permettent au Système de santé d'atteindre ses objectifs en termes de Couverture Santé Universelle.

Cependant, depuis les années 1990 où on a lancé la réforme visant à transformer le Système de santé camerounais en un Système de santé basé sur les Districts de santé, l'évaluation du niveau de viabilisation, de fonctionnalité et de performance de ces Districts de santé n'a jamais été réalisée. C'est ainsi que, dans le cadre de l'accélération du processus visant à faire évoluer le Cameroun vers la Couverture Santé Universelle, cette évaluation s'est avérée nécessaire.

La mise en œuvre de cette évaluation a été rendue possible grâce à l'appui des Partenaires Techniques et Financiers du Cameroun dont l'OMS principalement, en collaboration avec l'UNICEF et la GIZ. Ces Partenaires ont mis à contribution des fonds et des ressources humaines en termes d'Experts et de Consultants nationaux et internationaux de qualité pour renforcer l'équipe du Comité Technique National mis en place par le Ministre de la santé publique.

À cet effet, mes remerciements particuliers vont à l'endroit de l'OMS, de l'UNICEF et de la GIZ, non seulement pour leur appui à la mise en œuvre de cette évaluation, mais aussi pour les appuis techniques et financiers futurs qu'elles pourront apporter à la mise en œuvre des recommandations formulées pour le renforcement de notre système de santé.

Mes remerciements sont également adressés aux membres du Comité Technique National, aux Superviseurs Régionaux de l'évaluation et aux acteurs des Districts de santé qui ont bien voulu coordonner, superviser ou fournir des informations nécessaires pour cette évaluation .

Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées de manière singulière, et les personnes-ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à la réussite de cette activité trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Dr MANAOUDA MALACHIE

Ministre de la santé publique

Résumé

La réforme qui transforme le système de santé camerounais en un système basé sur les Districts de Santé date des années 1990, suite aux recommandations des Conférences internationales de Lusaka (1985), d'Harare (1987) et de Bamako (1987). Ces Conférences donnaient des orientations aux pays pour implémenter efficacement les Soins de Santé Primaires et atteindre l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 » fixé à Alma-Ata en 1978 lors de la Conférence internationale sur cette thématique.

Pour prendre en compte ces orientations dans la réforme du système de santé camerounais, le Décret N°95/013 du 07 février 1995 portant organisation des services de santé de base en Districts de Santé, et l'Arrêté N°035/A/MSP/CAB du 8 octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des Districts de Santé au Cameroun ont été signés.

Alors que l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 » n'a pas été atteint jusqu'ici, l'évaluation des 40 ans de mise en œuvre des SSP a été effectuée en octobre 2018 lors de la Conférence internationale organisée à Astana, et de nouvelles orientations pour évoluer vers la Couverture Santé Universelle (CSU) ont été données. La Déclaration issue de cette Conférence, connue sous le nom de « Déclaration d'Astana », est venue réaffirmer le rôle des Soins de Santé Primaires pour atteindre la CSU. Elle propose des actions concrètes déclinées en 14 leviers pour évoluer dans cette direction.

Le District de Santé est le lieu par excellence pour l'implémentation des Soins de Santé Primaires. La décentralisation du système de santé camerounais pour le baser sur les District de Santé date des années 1990. Aujourd'hui, la loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) exige le transfert de certaines compétences en matière de santé publique vers ces CTD que sont les Communes et les Régions. En effet, cette loi confère aux CTD la compétence de la création, la construction, l'équipement et la gestion des Formations Sanitaires (FOSA) publiques au niveau des Districts de santé. Ce qui place ces CTD au centre et leur permet de mieux s'impliquer dans le processus de viabilisation des Districts de Santé, à côté du secteur privé dont la place et le rôle ne sont pas négligeables.

Ainsi, au moment où certaines compétences en matière de santé publique sont en train d'être transférées aux CTD, on s'est posé la question de savoir : « Quel est le niveau actuel de viabilisation, de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé dans la mesure où le Cameroun veut évoluer vers la CSU et atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030 ? ». D'où la présente évaluation.

Cette évaluation avait pour objectif général de « Déterminer le niveau actuel de viabilisation, de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé au Cameroun à partir d'un échantillon représentatif ».

Les objectifs spécifiques étaient les suivantes :

- Identifier les forces et les faiblesses des mécanismes institutionnels, des structures organisationnelles, des processus de gestion, des partenariats, de la mobilisation des ressources, et des capacités managériales au niveau des District de Santé.
- Fournir des bases factuelles pour le développement du plan de renforcement des capacités des District de Santé afin d'améliorer les indicateurs de performance et, par ricochet faire de meilleurs progrès vers la CSU ainsi que l'atteinte des ODD.

- Faire des recommandations à l'attention des décideurs et des acteurs du niveau district pour orienter les réformes politiques, les investissements, les processus de collaboration afin de progresser vers la CSU et les ODD liés à la santé au niveau district.

La méthodologie utilisée a au préalable consisté en la mise en place d'une équipe technique nationale pour conduire l'évaluation. Cette équipe technique était conduite par un Consultant national assisté par un Expert de l'OMS-AFRO de Brazzaville et les Experts du Bureau pays de l'OMS. L'équipe était constituée des responsables du niveau central du Ministère de la Santé Publique et des Délégations Régionales de la Santé Publique.

Le travail de l'équipe technique nationale a d'abord consisté en la revue documentaire et l'élaboration de la Note conceptuelle et méthodologique de l'évaluation. Les discussions initiales entre les membres de l'équipe ont permis l'adoption d'une définition consensuelle pour chacun des concepts clés à utiliser. Les différents concepts clés étaient les suivants : le District de Santé ; la Viabilisation d'un District de Santé ; la Fonctionnalité d'un District de Santé et la Performance d'un District de Santé. Ainsi, la définition adoptée pour le DS est celle adoptée par l'OMS à Harare en 1987. Les autres définitions adoptées peuvent être traduites de la manière suivante : la Viabilisation d'un District de Santé consiste à rendre disponibles des ressources de qualité pour offrir de façon pérenne les services et soins de santé essentiels dans le District ; tandis que la Fonctionnalité d'un District de Santé consiste à mettre en œuvre les activités sanitaires contenues dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) des Soins de Santé Primaires – il s'agit pour un District de Santé d'offrir l'ensemble des prestations de services et soins de santé essentiels de qualité à sa population ; et enfin, la Performance d'un District de Santé consiste à atteindre le niveau le plus élevé possible des indicateurs de résultat de la mise en œuvre des activités sanitaires (PMA et PCA). Ces trois concepts relatifs au District de Santé ont été mis en relation en empruntant le schéma de la « Triade de DONABEDIAN » qui stipule que ce sont les structures ou ressources de qualité (viabilisation) qui utilisent des processus de qualité (bon fonctionnement ou bonne fonctionnalité) qui sont capables de produire des résultats de qualité (et donc d'être performantes).

A partir de ces définitions, des outils d'évaluation du niveau actuel de viabilisation et de fonctionnalité ont été élaborés et validés lors d'un atelier avec l'ensemble des membres de l'équipe technique nationale d'évaluation et les Experts de l'OMS, l'évaluation du niveau de performance devant se faire à partir des données relevées dans le DHIS2. Après cette validation des outils, ils ont été paramétrés dans l'outil ODK et un atelier a permis de former les superviseurs centraux et régionaux (membres de l'équipe technique nationale) à la collecte des données avec l'outil ODK, ces superviseurs devant former à leur tour les enquêteurs sur le terrain. C'est au cours de cet atelier de formation des superviseurs centraux et régionaux que l'échantillonnage des DS et des Formations Sanitaires à évaluer a été effectué. Les Districts de Santé ont été stratifiés en Districts urbains, semi-urbains et ruraux et le nombre total de Districts à évaluer a été déterminé en appliquant la proportion de 15% sur l'ensemble des Districts de santé du pays et par Région. C'est ainsi que 31 DS au total ont été sélectionnés au hasard (par tirage au sort) pour l'évaluation, repartis en 7 Districts urbains, 10 semi-urbains et 14 ruraux.

Au niveau de chaque District de Santé inclus dans l'évaluation, le Service de Santé de District (SSD) a été systématiquement évalué ainsi qu'un échantillon de 6 Formations Sanitaires (FOSA) dont 03 publiques et 03 privées.

Les 03 FOSA publiques étaient constituées de l'Hôpital de District (HD), d'un Centre Médical d'Arrondissement (CMA) sélectionné au hasard et d'un Centre de Santé Intégré (CSI) sélectionné aussi de façon aléatoire. En l'absence d'un Hôpital tenant lieu d'HD, le plus grand hôpital ou CMA existant

dans le DS a été évalué et complété par l'évaluation d'un autre CMA et d'un CSI ou de deux CSI le cas échéant.

Les 03 FOSA privées étaient confessionnelles ou laïques et étaient constituées autant que possible d'un hôpital, d'un centre médical et d'un centre de santé. En l'absence d'un hôpital privé, on a tiré et évalué un centre médical privé et deux centres de santé privés, et en l'absence de centre médical privé, on a tiré et évalué trois centres de santé privés.

Les données ont été collectées par les superviseurs centraux et régionaux pour les SSD et par les enquêteurs sélectionnés puis formés localement pour les Formations Sanitaires.

Les données ont été collectées directement dans la base de données ODK qui a généré automatiquement les scores de viabilisation et de fonctionnalité de chaque structure sanitaire évaluée. Les analyses ultérieures effectuées par les Data Managers de l'OMS ont permis de mettre ensemble les scores des structures sanitaires de chaque DS évalué pour trouver le score moyen du DS. Les données de performance de chaque DS évalué ont été relevées dans le DHIS2 pour les 05 indicateurs clés choisis et la moyenne a été calculée.

Les niveaux de viabilisation, de fonctionnalité et de performance mesurés pour chaque District de santé évalué ont été exprimés sous la forme des scores (exprimés en pourcentage). Trois niveaux ont été fixés consensuellement par l'équipe technique nationale pour classer les DS. Les 3 niveaux étaient les suivantes :

1. Le niveau a été considéré comme « faible » si le score est inférieur à 50%,
2. Le niveau a été considéré « moyen » si le score est supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80%,
3. Le niveau a été considéré comme « élevé » (haut ou fort) si le score est supérieur ou égal à 80%.

Les scores de l'ensemble des 31 DS sélectionnés et évalués ont permis de calculer la moyenne de score pour le pays en termes de viabilisation, de fonctionnalité et de performance des DS.

Les résultats de cette évaluation montrent que :

- Concernant le niveau de viabilisation (niveau de ressources des DS), 54,8% des DS ont un niveau de ressource faible, 45,2% ont un niveau de ressource moyen, et aucun DS n'a un niveau de ressources élevé.
- Concernant le niveau de fonctionnalité, 83,9% des DS ont un niveau de fonctionnalité moyen et 16,1% ont un niveau de fonctionnalité élevé. Aucun DS n'a un niveau de fonctionnalité faible. Cette relative bonne fonctionnalité des DS est liée à la mise en œuvre des Programmes verticaux de santé publique qui bénéficient des appuis des PTF.
- Pour la performance, 9,7% ont une faible performance, tandis que 54,8% ont une performance moyenne et 35,5% une performance élevée.
- Les Districts de Santé ruraux ont les niveaux de score les plus faibles par rapport aux Districts de Santé semi-urbains et urbains.
- Les Districts de Santé urbains ont un score moyen de ressources supérieur à celui des Districts de Santé semi-urbains, un score moyen de fonctionnalité inférieur à celui des Districts semi-urbains, et presque le même score moyen de performance.
- Le score moyen des ressources pour l'ensemble des Districts de santé est globalement faible (47,18%) et les scores moyens de fonctionnalité et de performance pour l'ensemble des

Districts de santé sont globalement moyens et se chiffrent respectivement à 70,72% et 75,53%.

- Le niveau moyen des ressources des Hôpitaux Privés est le double de celui des Hôpitaux de Districts (qui sont des hôpitaux publics), soit 82,14% pour les Hôpitaux Privés contre 41,10% pour les Hôpitaux Publics (Hôpitaux de District).
- Le niveau moyen des ressources des Centres de Santé Privés et Centre Médicaux Privés est aussi très largement supérieur à celui des Centres de Santé Intégrés et Centre Médicaux d'Arrondissement (qui sont des FOSA publiques), soit 59,44% pour les privés contre 37,82% pour les publics.
- Pour la fonctionnalité, le niveau moyen des Hôpitaux Privés est légèrement supérieur à celui des Hôpitaux de District publics (soit 85,21% contre 77,00%), et le niveau moyen des Centres de Santé Intégrés et Centre Médicaux d'Arrondissement (qui sont des FOSA publiques) est très légèrement supérieur à celui des Centres de Santé Privés et Centre Médicaux Privés (soit 76,63% contre 74,59%).

Les forces et faiblesses des Districts de Santé ont été relevées en lien avec les 14 leviers de la Déclaration d'Astana.

La conclusion de cette évaluation est que : Aucun District de santé du Cameroun n'a de ressources suffisantes pour être considéré comme District de santé viable. Les Districts de santé urbains et semi-urbains ont plus de ressources que les Districts ruraux. L'analyse a montré que les Formations Sanitaires privées ont en général beaucoup plus de ressources que les Formations Sanitaires publiques. Malgré ce faible niveau de ressources, la fonctionnalité et la performance des Districts de santé semblent plutôt moyennes en général, peut-être du fait que l'accent y est mis plutôt sur la mise en œuvre des activités des Programmes verticaux fortement financés et non sur le renforcement de la viabilisation du District de santé.

A la suite de cette conclusion, des recommandations ont été formulées aux fins d'orienter le Cameroun dans le développement des « Districts de Santé Modèles » pour faciliter l'évolution vers la CSU. Ce concept de « District de Santé Modèle » prend en compte les caractéristiques suivantes :

1. C'est un District de Santé qui dispose de ressources de qualité et suffisantes pour sa viabilisation, c'est-à-dire les infrastructures et les équipements de qualité, le personnel qualifié en quantité suffisante pour offrir des services et soins de santé essentiels de haute qualité et atteindre les meilleures performances ; Cette mission incombe désormais prioritairement aux CTD qui doivent mobiliser les ressources locales, auprès de l'Etat et des partenaires pour viabiliser les Districts de santé
2. Un District de Santé qui fonctionne de façon optimale à travers une planification appropriée, mise en œuvre efficace des activités sanitaires, une coordination et une supervision effectives des services et structures de santé ; Cette mission incombe au Ministère de la Santé Publique qui doit renforcer les capacités des Equipes Cadres de District, et élaborer les Normes, Directives et Guides pour les orienter dans leurs activités ;
3. Un District de Santé dont les structures sont gérées selon les principes de bonne gouvernance participative en respectant les dispositions des lois et règlements de la République, les Normes, Guides et Directives du Ministère de la Santé Publique, en impliquant les membres de la Communauté, les CTD, les ONG/OSC/OBC et tous les secteurs de la vie socio-économique au sein des Comités de Santé des Aires (COSA) et du Comité de Santé de District (COSADI) ; Cette mission incombe désormais à la fois aux CTD et aux Services déconcentrés du Ministère de la Santé Publique ;

4. Un District de Santé au sein duquel les services et soins de santé et les interventions de santé publique sont de haute qualité ; Cette mission incombe au Ministère de la Santé Publique qui doit mettre les moyens pour développer et suivre l'amélioration continue de la qualité dans les structures sanitaires ;
5. Enfin, un District de Santé au sein duquel l'accès financier aux soins de santé de qualité est garanti pour toutes les couches sociales de la population ; Cette mission incombe aux CTD, au Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et au Ministère de la Santé Publique.

Introduction

La revitalisation des Districts sanitaires constitue un défi majeur pour le Gouvernement Camerounais et l'ensemble de ses Partenaires Techniques et Financiers dans le domaine de la santé. Elle est perçue comme le gage de l'offre des Soins de Santé Primaires, principal fondement pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle(CSU) et des objectifs de développement durable (ODD). Cette réalité justifie autant la place importante qu'occupe cet objectif prioritaire dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2022-2025 d'une part, et d'autre part dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2030

En effet le District sanitaire constitue le niveau opérationnel de mise en œuvre des interventions de la politique sanitaire nationale. Il est composé d'Aires de Santé incluant notamment des centres de santé gravitant autour d'un hôpital de base ou de district. La revitalisation des districts sanitaires est un processus. Son but est de créer un cadre et des conditions propices à un accès équitable et à moindre coût aux soins et services de santé pour les populations au niveau du district sanitaire, conformément aux principes fondamentaux du système des soins de santé primaires. La revitalisation des districts sanitaires induit inéluctablement une amélioration systématique des indicateurs de santé et, ipso-facto, le renforcement des performances à différents niveaux du système national de santé.

En 2018, la déclaration d'Astana vient réaffirmer le rôle des soins de santé primaires en faveur de la CSU et propose des actions concrètes pour progresser dans cette direction.

Dans le contexte Camerounais, alors que la réflexion pour la mise en place des Districts sanitaires (DS) a commencé dès 1990, le Décret n° 95/013 du 07 février 1995 portant organisation des services de santé de base en Districts de santé est venu poser les prémisses de la décentralisation dans le secteur de la santé pour mieux opérationnaliser les Soins de Santé Primaires dans les DS.

Dans le processus de mise en œuvre de la Politique des Soins de Santé Primaires (SSP) recommandée par l'OMS pour améliorer la santé des populations, le Gouvernement Camerounais s'est inscrit dans une réforme de son système de santé en instaurant les Districts sanitaires dans les années 1990.

Cette réforme dénommée « Réorganisation ou Réorientation des Soins de Santé Primaires (REOSSP) », a entraîné le découpage du territoire national en Districts de santé au sein desquels sont créés des Services de Santé de District (SSD), des Hôpitaux de District (HD), des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et des Centres de Santé Intégrés (CSI). Le secteur privé y participe en créant des Centres de Santé Privés (CSP), des Centres Médicaux Privés (CMP) et des Hôpitaux Privés (HP).

Aussi considéré comme unité opérationnelle du système de santé et lieu de la mise en œuvre opérationnelle de la politique sanitaire nationale, la mise en place des Districts de santé a consacré définitivement l'organisation du système de santé camerounais autour des Unités administratives locales pour mieux opérationnaliser les Soins de Santé Primaires. En effet, le Décret n° 95/013 du 07 février

1995 portant organisation des services de santé de base en Districts de santé précise en son article premier que les services chargés de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires sont organisés en Districts de Santé dans l'ensemble du Territoire National, et que le District de santé suit les limites administratives du territoire national, toutefois, en cas de besoin, celui-ci peut couvrir plusieurs entités administratives limitrophes. Ces entités administratives étant les Arrondissements ou les Communes.

De nombreux appuis ont consisté à soutenir la mise en œuvre de cette réforme notamment à travers divers partenaires et dans le cadre de plusieurs projets.

Cependant les résultats sanitaires encore mitigés, dans un contexte sanitaire en proie à des épidémies récurrentes et à un contexte humanitaire et sécuritaire, freinent l'atteinte des objectifs sanitaires définis notamment dans une situation de ressources limitées.

C'est dans ce contexte que la Constitution de 1996 est venue consacrer définitivement la décentralisation dans l'ensemble des secteurs de la vie publique du pays. Aujourd'hui, la loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) qui est un prolongement des lois de juillet 2004 sur la décentralisation, exige le transfert de certaines compétences en matière de santé publique vers les Collectivités Territoriale Décentralisées (Articles 160 et 270 de cette loi). En effet, cette loi confère aux CTD(Collectivités Territoriales Décentralisées) la compétence de la création, construction, équipement et gestion des Formations Sanitaires (FOSA) des DS. Ce qui les place au centre et leur permet de mieux s'impliquer dans le processus de viabilisation des Districts de Santé, à côté du secteur privé dont la place et le rôle ne sont pas négligeables.

En outre, la réforme en cours actuellement visant à faire évoluer le Cameroun vers la CSU, basée sur le renforcement du système de santé, ne pourra être une réussite que si les CTD et le secteur privé jouent pleinement leur rôle, notamment dans l'amélioration de la qualité des structures sanitaires (construction, réhabilitation, équipement, recrutement et prise en charge du personnel des Formations Sanitaires) et des soins essentiels (SSP) délivrés dans les DS.

Pour mieux accompagner cette action des CTD, les Equipes-Cadres de District (ECD) et les autres professionnels exerçant dans les DS doivent s'impliquer efficacement dans le développement harmonieux des DS, assurer une bonne fonctionnalité afin de contribuer suffisamment à des performances optimales au niveau des DS.

Au moment où ces compétences en matière de santé publique (développement des Soins de santé Primaires) sont en train d'être transférées aux CTD, on se pose la question de savoir :« Quelle est le niveau de viabilisation des DS dans le contexte où le Cameroun veut évoluer vers la Couverture Santé Universelle (CSU) et les Objectifs de Développement Durable (ODD)? ».

Une évaluation du niveau actuel de viabilisation, de fonctionnalité et de performance, afin de mieux identifier les besoins de renforcement des Districts de santé s'est avérée donc nécessaire.

C'est devant ce besoin exprimé par le Ministère de la Santé Publique que l'OMS et d'autres partenaires comme l'UNICEF et la GIZ ont accepté d'apporter un appui technique et financier pour faire cette évaluation afin d'envisager d'autres appuis pour le renforcement de la viabilisation et de la fonctionnalité des DS en réponse à la Feuille de Route de renforcement de la viabilisation des districts sanitaires élaborés en décembre 2020.

1. Contexte général des districts sanitaires au Cameroun

1.1. Historique du développement des Districts de santé au Cameroun

NB : Les données présentées dans ce chapitre sont tirées des travaux de Raphael Okalla et Alain Le Vigouroux (2001) et de Jean-François Médard (2001).

Recommandé par l'OMS lors des conférences de Lusaka en 1985, d'Harare et de Bamako en 1987, les Districts de Santé se sont mis en place au Cameroun dans le cadre global de la politique dite de "Réorganisation des Soins de Santé Primaires" (REO-SSP). Pour mettre en œuvre cette nouvelle politique, le Gouvernement camerounais avait contracté un prêt auprès de la Banque Mondiale pour financer le projet pilote, dans le cadre du "Projet Santé Fécondité Nutrition" (PSFN). Le Projet devait durer initialement 60 mois, avec un coût total estimé à 240 millions de FF, soit 24 milliards de FCFA. Il prévoyait des constructions et des rénovations de bâtiments, l'achat du matériel et des médicaments, la formation du personnel et des représentants de la communauté, ainsi que la mobilisation sociale. Le Ministère de la santé était l'organe d'exécution, l'équipe de coordination du projet, la Banque Mondiale se limitant à donner un appui technique, logistique et financier. La mise en place des DS a conduit à la confection d'une nouvelle Carte sanitaire dans le pays tout au long des années 1990.

1.2. Les critères de découpage de la Carte sanitaire en Districts de santé dans les années 1990

Dans le cadre de la mise en place des Districts de santé, plusieurs critères avaient été élaborés par le Programme Santé – Fécondité – Nutrition, à savoir :

1. Critère démographique (au moins 100 mille habitants)
2. Accessibilité géographique
3. Affinité socioculturelle des populations
4. Disponibilité des structures sanitaires préalablement existantes
5. Potentialités économiques de la zone
6. Conformité avec le découpage administratif.

L'exploitation de ces critères pour la création des DS a été formalisée par l'Arrêté N°35/A/MSP/CAB du 8 Octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des DS

La confection d'une nouvelle Carte sanitaire du Cameroun dans les 1990 en utilisant les critères ci-dessus a été confrontée à de multiples contraintes politiques, administratives et sanitaires, contraintes exacerbées par la mise en place concomitante de la Démocratie à travers les lois sur les libertés et de la Décentralisation. En effet, dans l'application de ces critères, il y a eu manque de coordination. Elles résultaient de la pluralité des acteurs qui devaient intervenir à L'élaboration et à l'exécution de la Carte sanitaire camerounaise.

Ces différents acteurs étaient constitués des responsables du Ministère de la santé d'un côté, les Bailleurs de fonds (la Banque Mondiale principalement) et les acteurs administratifs ou politiques de l'autre côté. Ce manque de coordination entre les acteurs provenait de l'absence d'un canevas précis de politique sanitaire nationale.

Avec la Déclaration d'Astana, l'enjeu est pour les pays, de réorganiser les Soins de Santé Primaires en coordonnant toutes les interventions autour d'un axe fédérateur, reconnu et partagé par tous.

1.3. Difficultés rencontrées lors du découpage de la Carte sanitaire en Districts de santé

Lors du premier découpage de la Carte Sanitaire du Cameroun en Districts de santé dans les années 1990, une mésentente est apparue à la suite de la forte attente des acteurs politiques locaux à l'égard de cette délimitation territoriale. En effet, trois logiques opposées se sont dessinées à savoir :

- i. La logique des **Bailleurs de fonds** œuvrant dans le domaine de la santé (avec la Banque Mondiale en tête) qui entendaient accorder la primauté au critère démographique. En effet, les bailleurs de fonds se sont opposés aux deux logiques précédentes en mettant le critère démographique en avant. Ce critère indiquait qu'il fallait un seuil critique de population par District pour que celui-ci soit viable. Un District devait, dans ces conditions, englober une population entre 100.000 et 200.000 habitants et être découpé en 7 à 10 Aires de santé pour les Districts Ruraux, et 10 à 15 pour les Districts Urbains. Cet impératif démographique prôné par les bailleurs s'est heurté à la structuration Administrative et Démographique du Cameroun. Car s'il est apparu rapidement peu viable d'implanter un DS par Arrondissement, le niveau du Département a semblé, quant à lui, incontournable pour les Responsables Nationaux et les Délégués Provinciaux de la Santé. Or, il existait et il existe encore des Départements qui ne regroupent pas 100.000 habitants, notamment dans les Régions de l'Est, de l'Adamaoua et d'une partie du Centre. Pour ces Régions, la faible densité Démographique a conduit les Délégués à proposer la création des DS de 27.000 habitants, par exemple, pour ne pas à avoir à se retrouver avec des Districts d'une très grande superficie de plus de 100 kilomètres. Ces propositions de découpage ont rencontré l'opposition de plusieurs bailleurs de fonds qui ont contesté la viabilité de tels Districts. Les négociations entamées entre le Niveau Central du Ministère et les Bailleurs réticents ont permis d'abaisser le seuil Démographique minimum pour un District de 100.000 à moins de 40.000 habitants, à condition de considérer ces Districts comme Expérimentaux et non Prioritaires pour les interventions extérieures.
- ii. La logique des **Acteurs politiques locaux** qui entendaient accorder la primauté à la conformité au découpage administratif existant. En effet, la solution prônée par les représentants politiques lors des concertations était de faire coïncider le DS avec l'Arrondissement administratif ou la Commune. Chaque leader politique local souhaitant bénéficier de son DS créaient de nouveaux Arrondissements dans le pays. Ce découpage administratif avait conduit à un besoin d'affirmation

identitaire pour les nouveaux Arrondissements. Une des modalités de cette affirmation devait donc passer par la création d'un DS , et ses structures afférentes : (Hôpital de District et Centres de santé). En effet, la présence d'un DS, son équipement, voire son suréquipement étaient révélateur de la puissance de l'élite politique ou administrative locale.

- iii. La logique du **Ministère de la Santé** (la Direction de la Médecine Préventive au Niveau Central, les Délégués Provinciaux du Niveau Décentralisé) qui entendait privilégier une flexibilité des critères pour une meilleure logique d'opérationnalité des Districts de santé. La délimitation de ces derniers ne devait pas forcément suivre les critères démographiques et de conformité avec le découpage administratif. En effet, pour cet acteur, on pouvait faire en sorte qu'un Hôpital de District puisse desservir plusieurs Arrondissements afin de sortir de la carte Administrative, le cas échéant, pour tenter de viabiliser un DS , au regard des bassins de fréquentation des hôpitaux déjà existants. En fait, le constat avait été fait par le Ministère que les bassins de fréquentation tenaient plus des contingences géographiques :(distance, facilité de déplacement) ou sanitaires (qualité du plateau technique, tissu des formations sanitaires publiques ou privées confessionnelles présentes), que des délimitations administratives. Cette démarche d'affranchissement de la structuration administrative était renforcée par les Agences de Coopération qui souhaitaient conforter leur "Politique du projet accompli". Ainsi, initialement présents au Cameroun pour des projets de développement sanitaire, rural, d'aménagement urbain ou routier, certaines Agences de Coopération ont souhaité adjoindre un volet santé ou préserver les acquis du volet santé initial. Ces Agences entendaient faire pression, le cas échéant, sur le Ministère de la santé pour que la zone du projet devienne un DS , que cette zone corresponde à un Arrondissement, ou à plusieurs Arrondissements. La logique d'un découpage sanitaire selon une base territoriale préétablie se trouvait ainsi confrontée à une logique de puissance financière déséquilibrée entre la puissance Publique et les Agences de Coopération. une Agence peut amener plus de ressources financières pour son DS et intervenir également pour toute une Région.

1.4. Les difficultés de découpage des Districts de santé en milieu urbain

Les Bailleurs de Fonds ont, dans un premier temps, considéré les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'implantation des DS comme les modalités organisationnelles du système de s santé en milieu rural uniquement. Les zones urbaines n'étaient pas exclues de la réforme sanitaire, mais étaient délaissées par les Bailleurs qui préféraient se concentrer sur les zones Rurales. Les villes étaient d'abord laissées avec leur structuration hospitalo-centrée. La nécessité d'étendre de façon globale la nouvelle Carte Sanitaire au milieu urbain a conduit le Cameroun à élaborer un projet pilote et à faire appel en 1991 à un consultant pour l'édification des Normes et des Recommandations permettant l'application des Soins de Santé Primaires en zone urbaine. Sur la base de ce document, le Gouvernement a demandé un financement auprès de la Banque Mondiale pour implanter les DS en zone urbaine, et tout particulièrement dans les deux principales villes de Yaoundé et de Douala.

Le découpage a été réalisé initialement par les mêmes experts du Ministère de la Santé qui avaient déjà commencé à travailler sur la mise en place de la Politique du DS au Cameroun. Le principe retenu était de se baser sur le découpage administratif préexistant. La délimitation des Districts Urbains de Yaoundé et Douala date ainsi de 1991 pour les études et 1992 pour les réalisations. Selon les experts, la ville semble plus complexe parce qu'il n'y a pas de délimitations Naturelles, comme les cours d'eau par exemple. La délimitation géographique des Districts de Santé urbains est ainsi devenue un enjeu de pouvoir et de compétition. Il fallait faire des négociations pour inclure ou non tel quartier ou tel village de la communauté urbaine dans un DS particulier. Le consensus pour valider les découpages auprès de la population était difficile, la contestation étant favorisée par un contexte accru de liberté et de diversité (ethnique, politique, etc.). Cette situation ne facilitait pas les regroupements et les réunions des personnes d'un même quartier, surtout lorsqu'elles ne voyaient pas immédiatement leurs intérêts en jeu. Une autre particularité du milieu urbain est l'importance et la diversité de l'offre de soins qui permettent aux populations, en premier lieu aux plus aisées, de choisir elles-mêmes leurs lieux de soins, indépendamment de la carte sanitaire.

Une solution pour pallier à cette complexité du découpage en milieu urbain était de faire coïncider ce découpage avec le découpage Administratif. Aussi, le découpage de Yaoundé s'est fait sur la base du découpage en Arrondissements, alors au nombre de quatre. Le processus s'est poursuivi jusqu'au niveau des Aires de santé, où le découpage a respecté l'existence de quartiers et de blocs, en les regroupant le cas échéant. Cette adéquation permettait de restreindre les difficultés de coordination administrative dans un contexte généralisé de décentralisation en faveur des Arrondissements urbains.

Aux quatre Arrondissements urbains de Yaoundé ont donc d'abord correspondu quatre Districts sanitaires. Le maintien de cette adéquation initiale, souhaitée par les autorités sanitaires, s'est heurté à un découpage administratif caractérisé par un processus évolutif encore à l'œuvre après l'instauration des DS. Car le découpage administratif a été modifié en 1994, soit trois ans après les études pour la délimitation des Districts de Santé à Yaoundé et Douala. Les Arrondissements à Yaoundé sont passés de quatre à six. Ainsi, le District Sanitaire de Biyem-Assi, qui initialement était confiné au sein de l'Arrondissement de Yaoundé III, englobait désormais deux Arrondissements : Yaoundé III et Yaoundé VI, issu d'une partition de l'ancien Yaoundé III.

Ainsi, l'intention d'une nouvelle adéquation entre les deux structurations Administrative et Sanitaire, par la création de six DS à Yaoundé, s'est heurtée à la réticence du principal Bailleur de Fonds, la Banque Mondiale, qui n'acceptait pas la remise en cause d'un plan d'interventions qui venait d'être arrêté dans le cadre de son Projet Santé – Fécondité – Nutrition (PSFN). Il est donc resté quatre Districts Sanitaires sur les six Arrondissements. Dans ce cas, comment faire correspondre deux schémas d'organisation territoriale discordants ? Surtout lorsque le modèle de référence est en perpétuelle évolution ? C'est ce

qui a conduit à la création des DS couvrants plusieurs Communes ou Arrondissements aussi bien en milieu urbain qu'en milieux semi-urbain et rural.

1.5. Place des Districts de santé au Cameroun aujourd'hui

1.5.1. Les modalités de découpage et de développement des Districts de santé aujourd'hui

Dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique de 2013 (Décret N° 2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du Ministère de la santé publique), il est mentionné à l'Alinéa 2 de l'Article 127 que les Districts de santé (DS) suivent les limites des circonscriptions administratives, et peuvent, en cas de besoin, couvrir une ou plusieurs unités administratives limitrophes. Les unités administratives sont entendues ici comme les Communes.

Le Cameroun compte à ce jour 360 Communes et 197 DS, soit en moyenne 2 Communes par DS.

Malgré les prescriptions du Décret n° 95/013 du 07 février 1995 portant organisation des services de santé de base en DS, de l'Arrêté N°35/A/MSP/CAB du 8 Octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des Districts de santé, et du Décret N° 2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du Ministère de la santé publique, qui fixent les limites d'un DS sur les limites des unités Administratives (Communes), on rencontre de nos jours, particulièrement en milieu urbain, des DS dont les limites chevauchent sur les limites de plusieurs Communes, ou des Communes subdivisées ou reparties sur plusieurs DS.

1.5.2. Répartition des Districts de Santé existant au Cameroun en Décembre 2021

En décembre 2021, le Cameroun compte 197 Districts de santé répartis sur les 10 Régions comme le montre le tableau 1.

Selon leur localisation sur le territoire national, 36 (soit 18,27%) de ces DS sont localisés dans le périmètre d'une Communauté Urbaine, 46 (soit 23,35%) dans le périmètre d'une Ville départementale, et 115 (soit 58,37%) dans le périmètre d'une ou de plusieurs Commune(s) rurale(s) comme le montre le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des Districts de santé par Région selon leur localisation dans le périmètre d'une Communauté urbaine, d'une Ville départementale (semi-urbaine), ou d'une ou plusieurs Commune(s) rurale(s).

N°	REGION	DS situés dans le périmètre d'une Communauté Urbaine	DS situés dans le périmètre d'une Ville départementale	DS situés dans le périmètre d'une/des Commune(s) rurales
1	ADAMAOUA (10 DS)	1. Ngaoundéré urbain	2. Banyo, 3. Meiganga, 4. Tibati, 5. Tignère.	6. Bankim, 7. Dang, 8. Djohong, 9. Ngaoundal, 10. Ngaoundéré Rural.

2	CENTRE (32 DS)	1. Biyem-Assi, 2. Cité-verte, 3. Djoungolo, 4. Efoulan, 5. Elig-Mfomo, 6. Mvog-Ada, 7. Nkolbisson, 8. Nkolndongo, 9. Odza.	10. Akonolinga, 11. Bafia, 12. Eseka, 13. Mbalmayo, 14. Mfou, 15. Monatéle, 16. NangaEboko, 17. Ngoumou, 18. Yoko.	19. Awae, 1 20. Ayos, 21. Ebebda, 22. Elig-Mfomo, 23. Esse, 24. Evodoula, 25. Mbandjock,	26. Mbankomo, 27. Ndikinimeki, 28. Ngog-Mapubi, 29. Ntui, 30. Obala, 31. Okola, 32. Saa.
3	EST (15 DS)	1. Bertoua,	2. Abong-Mbang, 3. Batouri, 4. Yokadouma	5. Bélabo, 6. Betare Oya, 7. Doume, 8. Garoua-Boulai, 9. Kette, 10. Lomie,	11. Mbang, 12. Messamena, 13. Moloundou, 14. Ndelele, 15. Nguelemendouka.
4	EXTREME-NORD (32 DS)	1. Maroua 1, 2. Maroua 2, 3. Maroua 3.	4. Kaele, 5. Kousseri, 6. Mokolo, 7. Mora, 8. Yagoua.	9. Bogo, 10. Bourha, 11. Gazawa, 12. Goulfey, 13. Guere, 14. Guidiguis, 15. Hina, 16. Kar Hay, 17. Kolofata, 18. Koza, 19. Mada, 20. Maga,	21. Makary, 22. Meri, 23. Mindif, 24. Mogode, 25. Moulvoudaye, 26. Moutourwa, 27. Mozogo, 28. Pette, 29. Roua, 30. Tokombere, 31. Vele, 32. Fotokol.
5	LITTORAL (24 DS)	1. Bangue, 2. Boko, 3. Bonassama, 4. Cité des Palmiers, 5. Déido, 6. Japoma, 7. Logbaba, 8. Manoka, 9. New Bell, 10. Nylon, 11. Edéa, 12. Nkongsamba.	13. Yabassi.	14. Abo, 15. Dibombari, 16. Loum, 17. Manjo, 18. Mbanga, 19. Melong, 20. Ndom, 21. Ngambe, 22. Njombe-Penja, 23. Nkondjock, 24. Pouma.	
6	NORD (15 DS)	1. Garoua 1, 2. Garoua 2.	3. Guider, 4. Poli, 5. Tchollire,	6. Bibemi, 7. Figuil, 8. Gascjiga, 9. Golombé, 10. Lagdo,	11. Mayo Oulo, 12. Ngong, 13. Pitoa, 14. Rey Bouba, 15. Touboro
7	NORD-OUEST (20 DS)	1. Bamenda, 2. Bamenda III,	3. Fundong, 4. Kumbo East, 5. Kumbo West, 6. Mbengwi, 7. Ndop, 8. Nkambe, 9. Wum	10. Ako, 11. Bafut, 12. Bali, 13. Batibo, 14. Benakuma, 15. Ndu,	16. Njikwa, 17. Nwa, 18. Oku, 19. Santa, 20. Tubah.
8	OUEST (20 DS)	1. Mifi,	2. Bafang, 3. Baham,	9. Bamendjou, 10. Bandja,	15. Kekem, 16. Kouoptamo,

			4. Bandjoun, 5. Bangangte, 6. Dschang, 7. Foumban, 8. Mbouda.	11. Bangourain, 12. Batcham, 13. Foumbot, 14. Galim,	17. Malentouen, 18. Massangam, 19. Penka-Michel, 20. Santchou.
9	SUD (10 DS)	1. Ebolowa, 2. Kribi.	3. Ambam, 4. Sangmelima.	5. Djoum, 6. Lolodorf, 7. Meyomessala,	8. Mvangan, 9. Olamze, 10. Zoetele
10	SUD-OUEST (19 DS)	1. Kumba, 2. Kumba-North, 3. Limbé,	4. Bangem, 5. Buéa, 6. Fontem, 7. Mamfe, 8. Mundemba.	9. Akwaya, 10. Bakassi, 11. Ekondo Titi, 12. Eyumodjock, 13. Konye, 14. Mbonge,	15. Muyuka, 16. Nguti, 17. Tiko, 18. Tombel, 19. Wabane
TOTAL		36	46	115	
PROPORTION		18,27%	23,35%	58,37%	

1.5.3. Enjeux du développement des Districts de santé aujourd'hui

En Octobre 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Unicef et le Gouvernement de la République de Kazakhstan ont organisé la conférence internationale sur les Soins de Santé Primaires (SSP) qui a abouti à la Déclaration d'Astana sur les SSP pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et les Objectifs de Développement Durable (ODD). Cette réunion reste un des événements clés du 21^{ème} siècle. Elle a constitué une opportunité pour les Chefs d'État et de Gouvernement, Ministres et représentants d'États et de Gouvernements de réaffirmer leurs engagements exprimés dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma-Ata de 1978 et l'Agenda 2030 pour le développement durable, dans la poursuite de la « santé pour tous ». Cette importante réunion a connu la participation des partenaires du secteur de la santé, les bailleurs des fonds ainsi que la société civile.

Pour accélérer la mise en œuvre de la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP (Septembre 1978), à l'issue de la conférence interrégionale tenue à Harare en août 1987, le District sanitaire (DS) a été défini et retenu comme le niveau opérationnel pour la traduction de cette Déclaration en action concrète. Se questionnant sur sa validité après 25 ans de la Déclaration de Harare, la conclusion principale de la conférence régionale sous l'égide de HHA (la communauté des pratiques sur les prestations des services UNICEF, OMS) tenue à Dakar avait été que l'approche du Système de Santé de District sanitaire était encore nécessaire dans l'accélération de la marche vers la CSU et l'atteinte des ODD.

Le développement du District de Santé est donc primordial aujourd'hui pour accélérer l'évolution vers la CSU et l'atteinte des ODD.

2. Justification de l'étude

Au Cameroun, le District de Santé est l'unité opérationnelle du système de santé depuis les années 1990. Le développement des Districts de santé incombait prioritairement à l'Etat (Ministère de la santé

publique) jusqu'à l'option récente de transférer une grande partie de cette compétence aux Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD).

En effet, la loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées exige le transfert de certaines compétences en matière de santé publique vers les CTD (Articles 160 et 270 de cette loi). Cette loi confère aux CTD la compétence de la création, construction, équipement et gestion des Formations Sanitaires (FOSA) des DS. Ce qui place ces CTD désormais au centre et leur permet de mieux s'impliquer dans le processus de viabilisation des Districts de Santé, à côté de l'Etat et du secteur privé dont la place et le rôle sont tous aussi primordiaux.

En outre, la réforme actuellement en cours d'implémentation visant à faire évoluer le système de santé du Cameroun vers la CSU, basée sur le renforcement du système de santé, ne pourra être une réussite que si l'Etat, les CTD et le secteur privé jouent pleinement leurs rôles, notamment dans l'amélioration de la qualité des structures sanitaires (construction, , équipement, recrutement du personnel de santé bien qualifié pour les services et soins essentiels (SSP) délivrés dans les Districts de santé.

Pour accomplir cette mission confiée aux CTD, les Equipes Cadres de District (ECD) et les autres professionnels exerçant dans les DS doivent s'organiser, planifier et conduire efficacement la mise en œuvre des actions de viabilisation/développement des DS afin de contribuer à suffisance à l'atteinte des performances du système de santé et ce, de façon optimale.

Il était donc opportun d'apprécier les niveaux actuels, de Fonctionnalité et de Performance des DS.

3. Objectifs de l'évaluation

L'objectif général de l'étude était d'évaluer le niveau actuel de viabilisation, de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé au Cameroun à partir d'un échantillon représentatif.

Les objectifs spécifiques assignés à cette étude sont les suivants :

1. Identifier les forces et les faiblesses des mécanismes institutionnels, des structures organisationnelles, des processus de gestion, de prestation des services sanitaires, des partenariats, de la mobilisation des ressources et des capacités managériales au niveau district.
 - a. Déterminer le niveau actuel des ressources et de fonctionnalité des SSD (Services de Santé de District) au Cameroun.
 - b. Déterminer le niveau actuel des ressources et de fonctionnalité des Hôpitaux de District (HD) au Cameroun, y compris les Hôpitaux Privés (HP) de la catégorie des HD.
 - c. Déterminer le niveau actuel des ressources et de fonctionnalité des CSI/CMA (Centres de Santé Intégrés et Centres Médicaux d'Arrondissement) au Cameroun, y compris ceux du secteur privé (CSP/CMP).

- d. Déterminer plus globalement le niveau actuel des ressources et de fonctionnalité des Districts de Santé (DS) au Cameroun à partir des résultats des SSD, des HD, des HP, des CSI/CMA et des CSP/CMP.
 - e. Déterminer le niveau actuel de performance des Districts de Santé au Cameroun.
 - f. Déterminer les facteurs qui influencent la viabilisation et la fonctionnalité des Districts de Santé au Cameroun.
2. Fournir des bases factuelles pour le développement du plan de renforcement des capacités des Districts Sanitaires afin d'améliorer les indicateurs de performance et de meilleurs progrès vers la Couverture Santé Universelle (CSU) et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

A retenir :

- Les données sur le niveau actuel des ressources et de fonctionnalité des Structures de Dialogue et de participation communautaire (COSA et COSADI) ont été intégrées dans le Service de Santé de District (SSD).
- Compte-tenu du très faible niveau d'implémentation des Structures de partage du risque maladie (Structures d'Assurance-Maladie), les données sur cette composante ont été exclues de l'évaluation.

4. Méthodologie de l'évaluation

Cette évaluation est une étude nationale de type descriptive et analytique de la situation globale du versant administratif, gestionnaire et de l'offre de santé du niveau opérationnel au Cameroun. Dans cette évaluation, la collecte des données a été faite par l'utilisation de plusieurs questionnaires pour les entretiens avec les équipes des structures sanitaires sélectionnées dans les Districts de Santé sélectionnés et d'un questionnaire pour guider la revue documentaire.

4.5. Cadre conceptuel de l'évaluation des Systèmes de Santé de District

4.5.1. Cadre opérationnel de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires

Aujourd'hui, toute évaluation des Systèmes de Santé de District doit prendre en compte les prescrits du cadre opérationnel de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP), le seul outil de référence adopté par les Etats membres et les autres parties prenantes impliqués dans la promotion de la Déclaration d'Astana sur les SSP pour la CSU et les ODD. Ce cadre est innovant et est constitué de quatorze (14) leviers dont quatre (04) leviers stratégiques et le reste (soit 10) opérationnels. Ils sont intimement liés L'évaluation d'un seul ne peut en aucun cas donner une idée du niveau de développement d'un système de santé au niveau national ou sous national. Il est recommandé que ces leviers puissent être évalués au niveau central, intermédiaire (selon la situation du pays), opérationnel et des communautés.

Les 14 leviers du cadre opérationnel de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires dans les DS sont :

Les leviers stratégiques (04) :

1. Engagement politique et leadership
2. Cadres de gouvernance et politiques ;
3. Financement et allocation des ressources ;
4. Engagement des communautés et autres parties prenantes.

Les leviers opérationnels (10) :

5. Modèles de soins ;
6. Personnel de Soins de Santé Primaires ;
7. Infrastructure physique;
8. Médicaments et autres produits de santé ;
9. Engagement avec les prestataires du secteur privé ;
10. Systèmes d'achat et de paiement des services et soins de santé ;
11. Technologies numériques pour la santé ;
12. Systèmes d'amélioration de la qualité des soins;
13. Recherche axée sur les soins de santé primaires ;
14. Monitoring et évaluation.

4.5.2. Définitions des concepts

Pour conduire l'évaluation, une définition consensuelle de chaque concept à utiliser a été adoptée. C'est ainsi que les définitions suivantes ont été retenues.

1. **District de Santé** : Dans la Déclaration de l'OMS à Harare en 1987, « un **District sanitaire** représente « *un segment du système national de santé* » qui comprend une population bien définie vivant dans une zone clairement définie au niveau géographique et administratif, rurale ou urbaine, et toutes les institutions et les secteurs dont les activités contribuent à améliorer la santé ».. Au Cameroun, ce territoire correspond à celui d'une ou de plusieurs Communes à qui l'Etat a transféré aujourd'hui la compétence du développement sanitaire local, et donc de la viabilisation des Districts de Santé.
2. **Viabilisation d'un District de Santé**: La viabilisation d'un District de Santé consiste à lui donner les « *moyens* » et les « *capacités* » pour offrir de façon optimale des services et soins de santé de qualité, pour bien fonctionner et atteindre un niveau de performance le plus élevé possible et le maintenir pendant longtemps.
3. **Fonctionnalité d'un District de Santé**: La fonctionnalité d'un District de Santé consiste en « *l'organisation des structures d'offre de soins et services* », la « *planification et la mise en œuvre coordonnée d'un ensemble d'activités opérationnelles* » faisant partie des composantes des SSP ou

contenues dans les Paquets Minimums et Complémentaires d'Activités des structures sanitaires du District de Santé.

- 4. Performance d'un District de Santé :** Un District de Santé peut être dit performant s'il offre des services et soins de qualité appréciés et utilisés de façon optimale par la population, et s'il atteint les meilleurs résultats en termes d'amélioration des indicateurs de santé au sein de la population couverte, facilitant ainsi l'évolution vers la CSU.

4.5.3. Conceptualisation et structuration de l'évaluation

L'évaluation des Districts de Santé a été conceptualisée et structurée en trois niveaux, à savoir : l'évaluation de la viabilisation, de la fonctionnalité et de la performance.

Cette structuration s'apparente aux 3 éléments de l'opérationnalité du système infranational de santé, à savoir :

- i) **Le fonctionnement des établissements de santé** en ce qui concerne les hôpitaux et les unités de soins primaires.
- ii) **Le fonctionnement du système au niveau des unités infranationales**, à avoir ses capacités pour ce qui est des quatre composantes que sont l'amélioration de l'accès aux services, l'amélioration de la qualité des soins, la hausse de la demande de services par la communauté et une solide résilience.

Les résultats produits par le système infranational. Il s'agit des résultats pour la CSU, la sécurité sanitaire, la couverture des autres déterminants de santé et l'approche des soins de santé primaires. L'opérationnalité du système infranational est par conséquent définie comme étant la situation d'interdépendance des ces trois éléments comme le montre la figure 1.

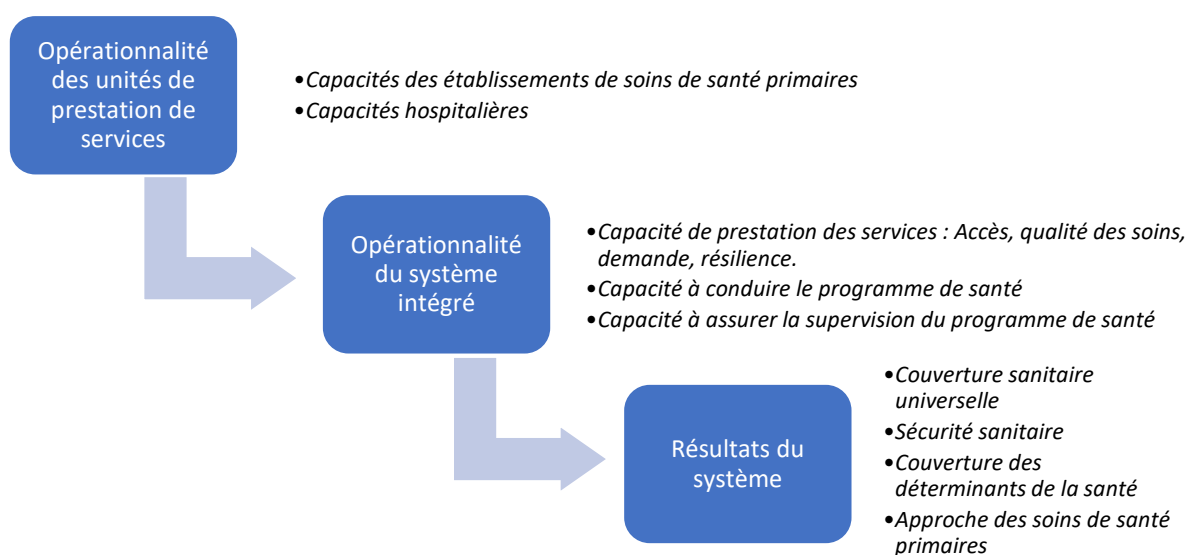


Figure 1 : Eléments d'évaluation de l'opérationnalité du système infranational

Cette structuration en trois niveaux s'est également faite en lien avec la « Triade de DONABEDIAN » qui stipule que ce sont les structures de qualité (viabilisation) qui utilisent des processus de qualité (bon fonctionnement ou bonne fonctionnalité) qui sont capables de produire des résultats de qualité (donc d'être performantes), comme présenté sur la figure 2.

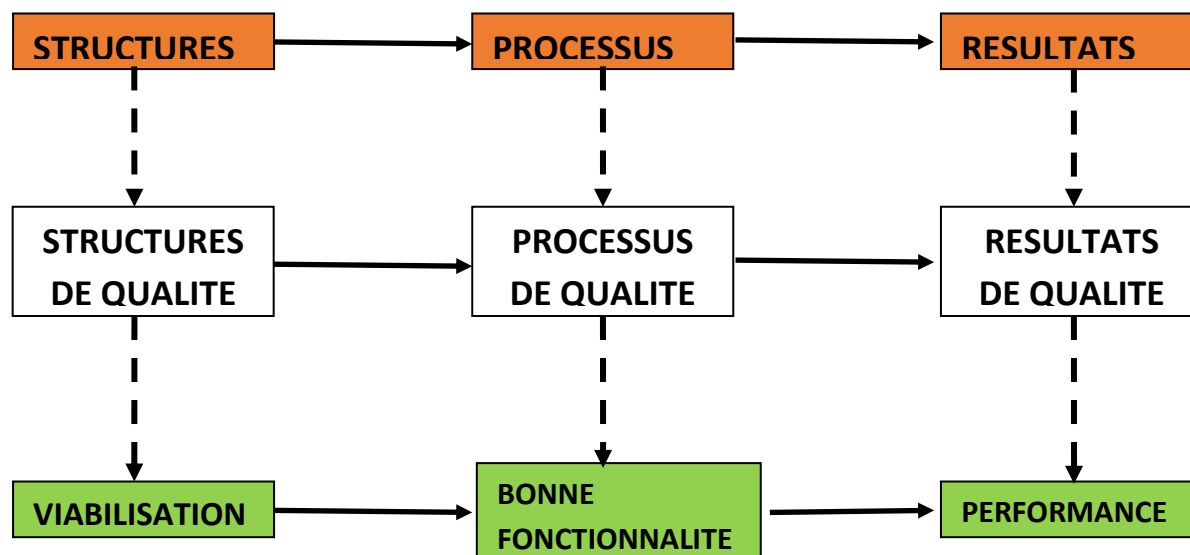


Figure 2 : Schématisation par la Triade de DONABEDIAN du lien entre la viabilisation, la fonctionnalité et la performance d'un District de Santé

À partir de la figure 2, nous avons adopté que la viabilisation d'un DS sur le plan pratique consiste à agir sur les Structures (il s'agit de rendre disponibles des ressources de qualité pour offrir les services et soins de santé essentiels dans le DS), tandis que la fonctionnalité consiste à agir sur les Processus ou les Activités (il s'agit d'offrir des prestations de services et soins de qualité).

En se basant sur ce schéma conceptuel et cette structuration, la présente évaluation s'est intéressée au niveau des ressources des Structures du DS pour évaluer sa viabilisation au niveau de la mise en œuvre des activités/prestations menées à l'effet d'évaluer sa fonctionnalité et au niveau des résultats atteints pour évaluer sa performance.

Les niveaux de viabilisation, de fonctionnalité et de performance mesurés sont exprimés sous la forme des scores fixés consensuellement par les évaluateurs. Trois niveaux ont été fixés pour classer les districts au terme de l'évaluation : (i) le niveau sera considéré comme faible si le score est inférieur à 50%, (ii) moyen si le score est supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80%, et (iii) élevé (haut ou fort) si le score est supérieur ou égal à 80%.

4.5.4. Normes utilisées pour l'évaluation

En l'absence des normes officiellement adoptées par le Ministère de la Santé Publique, l'évaluation a utilisé celles adoptées par le PBF (Performances-Based-Financing ou Financement Basé sur les Performances) en ce qui concerne les normes en ressources humaines et les normes de fonctionnement.

La norme en ressources humaines utilisée dans le cadre du PBF stipule qu'une Formation Sanitaire doit disposer d'un personnel qualifié pour 2000 habitants couverts. Le personnel qualifié étant soit un Médecin, un Infirmier Supérieur (IS), Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), une Sage-femme (SF), un Infirmier Breveté (IB), un Infirmier Breveté Accoucheur (IBA) ou un Aide-soignant (AS).

Les normes de fonctionnement sont celles des services et soins prenant en compte le Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les CSI/CMA ou CSP/CMP et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) pour les HD et les HP.

Pour ce qui est des normes en infrastructures et en équipements, l'évaluation a utilisé celles proposées par la Division des Etudes et des Projets (DEP) qui sont présentées en annexes, bien qu'elles ne sont pas encore officiellement validées et adoptées par le Ministère de la Santé Publique. Toutefois, la norme d'un lit pour 1000 habitants utilisée dans le cadre du PBF a servi pour évaluer les HD.

4.5.5. Définition des domaines et variables à considérer pour l'analyse

La définition des domaines et variables a été une étape capitale dans l'évaluation car les résultats à interpréter sont intimement liés à ces domaines et variables. Il était important d'assurer une réelle cohérence entre les domaines et les variables définies pour l'analyse et les hypothèses retenues dans cette évaluation.

Les variables ont été définies à l'intérieur des domaines clés définis à partir des 7 piliers d'un système de santé. Ces variables cadrent avec les 14 leviers du cadre opérationnel de mise en œuvre des soins de santé primaires qui permettaient le repérage des réponses dans les outils de collecte des données.

Pour cette évaluation, il a été question d'apprécier comment chaque élément du système de santé parvient à jouer pleinement son rôle en impliquant la communauté et les autres parties prenantes. C'est ainsi que la participation communautaire (et les autres partenariats) a été évaluée comme un 8^e domaine et performance du système de santé comme un 9^e domaine.

Le tableau 2 ci-dessous décrit les domaines et les variables essentielles ayant permis d'orienter la conception des outils de collecte des données, de la base des données ainsi que l'analyse des données croisées.

Tableau 2: Domaines et Variables évalués par niveau de la pyramide sanitaire pour la viabilisation, la fonctionnalité et la performance des Districts de santé

DOMAINES	VARIABLES	INTERPRETATION	INTERET
NIVEAU CENTRAL			
Gouvernance	Textes relatifs au développement, viabilisation et fonctionnement des districts sanitaires.	Les textes sont-ils existants ? Quels sont-ils et sont-ils appliqués ?	Vérification du levier N°2 d'Astana
Financement	Part du budget alloué au DS	Le financement du DS est-il suffisant et adéquat pour permettre sa viabilisation et son fonctionnement ?	Vérification des leviers N°1 et 3 d'Astana
Infrastructures	/	/	/
Equipements	/	/	/
Ressources humaines	Normes en RH des DS, Politiques de développement et de déploiement des RH des DS	Les normes existent-elles ? Les politiques sont-elles en adéquation avec les besoins de développement des DS ?	Vérification des leviers N°1 et 6 d'Astana
Médicaments	/	/	/
Prestations de services (et de soins)	/	/	/
Participation communautaire et autres partenariats	/	/	/
NIVEAU REGIONAL			
Gouvernance	/	/	/
Financement	/	/	/
Infrastructures	/	/	/
Equipements	/	/	/
Ressources humaines	Personnel de supervision et d'appui technique aux DS	Disponibilité, qualifications, profils adaptés aux postes ?	Vérification des leviers N°1 et 6 d'Astana
Médicaments	Structure(s) d'approvisionnement des DS en médicaments et intrants essentiels	Ces structures existent-elles et ont-elles la capacité d'approvisionner tous les DS selon leurs	Vérification du levier N°8 d'Astana

		besoins sans ruptures de stocks ?	
Prestations de services (et de soins)	Appui technique aux DS en matière de planification, coordination, supervisions, formations, maintenance, suivi et évaluation des performances.	Existe-t-il un mécanisme d'appui technique aux DS et comment fonctionne ce mécanisme comparé à la norme ?	Vérification des leviers N°5, 12, 13 et 14 d'Astana
Participation communautaire et autres partenariats	/	/	/
Performances	/	/	/
NIVEAU DISTRICT			
Gouvernance	Textes, Normes et Directives ; Equipe-Cadre de District	Disponibilité des Textes, Normes, Directives, et leur application ? Existence et fonctionnalité de l'ECD ?	Vérification du levier N°2 d'Astana
Financement	Financement communautaire de la santé	Existent-ils des dispositifs de financement communautaire de la santé dans les DS ?	Vérification des leviers N°3 et 10 d'Astana
Infrastructures	Bâtiments	Existent-ils en nombre suffisant et respectent-ils les normes ?	Vérification du levier N°7 d'Astana
Equipements	Véhicules (voitures et moto), Ambulances, Matériel informatique, Matériel de communication électronique	Existe-t-il et en bon état d'un véhicule de supervision au DS et d'au moins une Moto en bon état pour les stratégies avancées et autres déplacements dans chaque Aire de santé ? Existe-t-il et en bon état d'un véhicule-ambulance à l'HD et d'une Moto-ambulance dans chaque Aire de santé ? Existe-t-il des facilités de communication à partir	Vérification des leviers N°7 et 11 d'Astana

		d'une flotte téléphonique ou d'un réseau électronique de communication auquel sont connectées toutes les Aires de santé et les FOSA ?	
Ressources humaines	Managers des DS, Personnel technique, Personnel administratif, Personnel d'appui	Disponibilité selon les normes ? Qualifications ? Profils adaptés aux postes ?	Vérification des leviers N°6 d'Astana
Médicaments	Système d'approvisionnement et de gestion des vaccins et médicaments essentiels dans les DS	Approvisionnement régulier (sans ruptures de stocks) et bonne gestion des vaccins, des médicaments et autres intrants/consommables de soins à tous les niveaux du DS ?	Vérification du levier N°8 d'Astana
Prestations de services (et de soins)	Opérationnalisation des soins de santé primaires	Disponibilité et mise en œuvre au complet du PMA dans les CSI/CMA et CSP/CMP, et du PCA à l'HD, y compris les HP s'il en existe ? Mise en œuvre des activités de planification, coordination, supervision et formation ? Fonctionnement du système de surveillance épidémiologique ? du système d'information sanitaire ? Mise en œuvre de la Recherche opérationnelle ?	Vérification du levier N°5 d'Astana
Participation communautaire et autres partenariats	Structures de Dialogue, Secteurs apparentés, Secteur privé et autres acteurs communautaires	Existence et fonctionnalité des SD ? Implication des CTD, des secteurs apparentés et du secteur privé, des ONG, OSC et OBC ?	Vérification des leviers N°4 et 9 d'Astana
Performances	Indicateurs traceurs ou clés des Programmes prioritaires de santé publique	Quel est le niveau de performance des DS ?	Vérification du levier N°14 d'Astana

4.6. Méthode d'échantillonnage

4.6.1. *Echantillonnage des Districts de Santé à évaluer*

a) Méthode d'échantillonnage

Cette évaluation a été menée sur un ensemble de 31 DS représentant 15% du nombre total des DS que compte le Cameroun, soit 199. Ce nombre est supérieur à celui recommandé par la méthodologie décrite dans le Guide pour l'évaluation de la fonctionnalité des DS du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique¹.

En effet, ce guide recommande d'inclure un échantillon de 10% des DS pour un nombre total excédant 150 DS au niveau national comme au Cameroun.

Cette proportion a été portée à 15% par le Comité Technique coordonnant l'étude, en vue de tenir compte de la diversité des caractéristiques que l'on retrouve dans les DS au niveau du Cameroun, eu égard au contexte démographique, socio-économique, humanitaire, sécuritaire et sanitaire.

b) Sélection des Districts de Santé à évaluer

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.

Pour prendre en compte la complexité des DS relativement à la taille démographique, au nombre de 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 Commune-s rurale-s) 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 3.

- Dans un premier temps, les DS de chaque Région ont été classés par catégorie.
- Dans un second temps, le nombre de DS à enquêter dans chaque catégorie dans la Région a été tiré.

Tableau 3 : Répartition du nombre de Districts de Santé sélectionnés par Région

¹Tools for Assessing the Operationality of District Health Systems – WHO Regional office 2003

N°	REGION	NOMBRE TOTAL DE DS	NOMBRE DE DS A SELECTIONNER
1	ADAMAOUA	10	2
2	CENTRE	32	5
3	EST	15	2
4	EXTREME-NORD	32	5
5	LITTORAL	24	4
6	NORD	15	2
7	NORD-OUEST	20	3
8	OUEST	20	3
9	SUD	10	2
10	SUD-OUEST	19	3
TOTAL		197	31

Tableau 4: Répartition des Districts de Santé sélectionnés dans l'échantillon évalué selon leur localisation territoriale

N°	REGION	DS URBAINS		DS SEMI-URBAINS		DS RURAUX	
		TOTAL	ECHANTILLON	TOTAL	ECHANTILLON	TOTAL	ECHANTILLON
1	ADAMAOUA	01	01	04	01	05	00
2	CENTRE	09	01	09	01	14	03
3	EST	01	00	03	01	11	01
4	EXTREME-NORD	03	01	05	01	24	03
5	LITTORAL	12	01	01	01	11	02
6	NORD	02	00	03	01	10	01
7	NORD-OUEST	02	01	07	01	11	01
8	OUEST	01	01	07	01	12	01
9	SUD	02	00	02	01	06	01
10	SUD-OUEST	03	01	05	01	11	01
TOTAL		36	07	46	10	115	14
PROPOSRTION (%)		100%	19,44%	100%	21,74%	100%	12,17%

L'ensemble des DS sélectionnés pour l'échantillon et toute catégorie confondue sont représentées sur la carte du pays présentée sur la figure 3 ci-dessous.

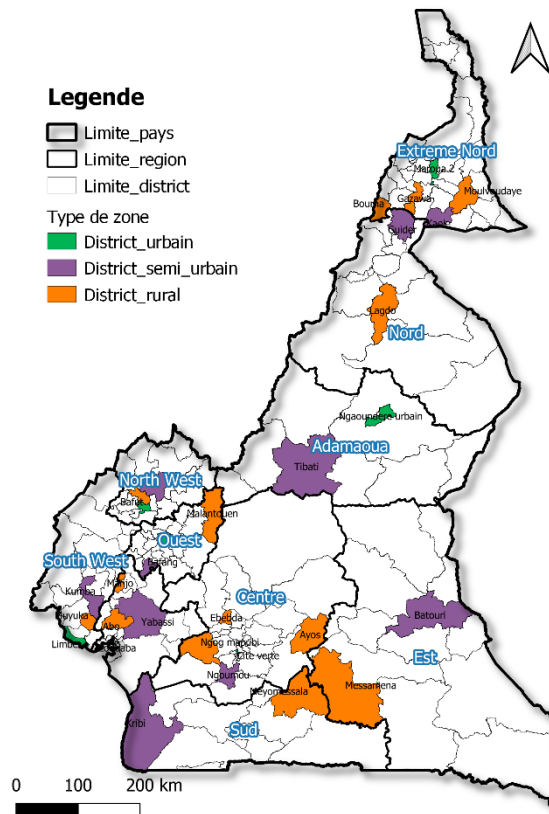


Figure 3 : Carte du Cameroun présentant les Districts sélectionnés pour l'échantillon toute catégorie confondue

4.6.2. Echantillonnage des structures sanitaires à évaluer dans les Districts de Santé

Pour chaque DS sélectionné de l'échantillon à évaluer, le Service de Santé de District (SSD) et l'Hôpital de District (HD) ont été inclus systématiquement dans l'échantillonnage des structures sanitaires à évaluer, puis un pool de cinq (05) structures sanitaires dont deux publics type Centre Médical d'Arrondissement (CMA) et Centre de Santé Intégré (CSI) et trois privés type Hôpital Privé (HP), Centre Médical Privé (CMP) et Centre de Santé Privé (CSP) ont été sélectionnés de façon aléatoire lorsqu'ils existaient en nombre dans le DS.

Les FOSA ont été d'abord classées par type public ou privé, puis par catégorie comme suit : Hôpital de District (HD) public, Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) publics, Centres de Santé Intégrés (CSI) publics, Hôpitaux Privés (HP), Centres Médicaux Privés (CMP) et Centres de Santé Privés (CSP).

La sélection des Formations Sanitaires (FOSA) à évaluer sur la base des listes élaborées par catégorie comme ci-dessus s'est faite par tirage au sort de l'HD (systématiquement), d'un CMA, d'un CSI, d'un HP, d'un CMP et d'un CSP.

En l'absence de l'HD public, il était remplacé par un CMA ou un CSI s'il n'existait pas de CMA. En l'absence de CMA, c'est le CSI qui était évalué à la place.

En l'absence d'HP, l'évaluation était portée sur un CMP (s'il en existait) et deux CSP (s'il en existait à ce nombre).

En l'absence d'HP et de CMP, l'évaluation était portée sur trois CSP (s'il en existait suffisamment).

En cas d'absence totale ou d'insuffisance de FOSA privées, l'évaluation était portée sur les FOSA publiques (CSI ou CMA) pour les substituer.

Le tableau présentant la liste des FOSA incluses dans l'échantillon par DS sélectionné est présenté en annexe.

4.7. Outils de collecte des données

Des outils de collecte des données aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et district) ont été élaborés et validés.

4.7.1. Outil de collecte des données au niveau central

L'outil de collecte des données au niveau central a été conçu pour faire les analyses suivantes :

- Analyse des Textes relatifs à la création, l'organisation, le développement ou la viabilisation, et le fonctionnement des DS.
- Analyse de la politique de développement et de déploiement des RH des DS en qualité et en quantité.
- Evaluation de la répartition du budget du Ministère de la Santé Publique et du financement des Districts de Santé comme présenté sur la figure 4.

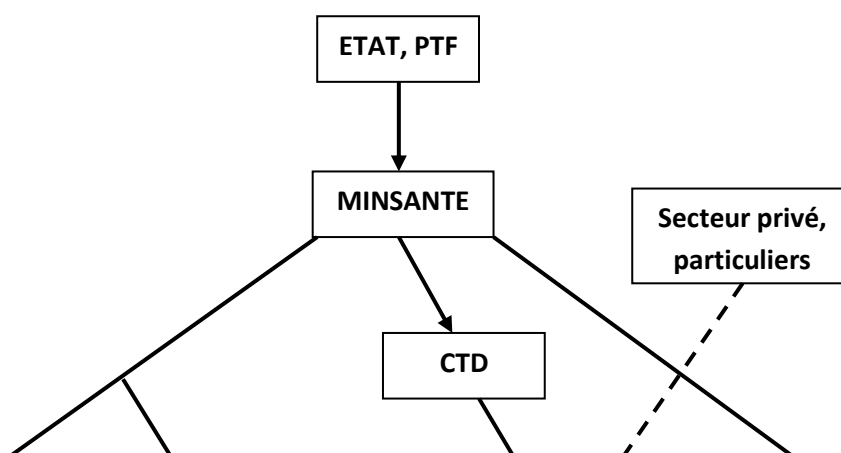


Figure 4 : Schématisation de la répartition des ressources financières du système de santé et de la contribution attendue de chaque bénéficiaire à l'atteinte des objectifs du système de santé

4.7.2. Outil de collecte des données au niveau régional

Le questionnaire du niveau régional a été conçu pour recueillir les informations concernant :

- les structure(s) d'approvisionnement des DS en médicaments et intrants essentiels dans la Région ;
- structure(s) de maintenance des équipements médicaux dans la Région ;
- Ressources humaines qui appuient les DS dans la Région ;
- système d'appui technique aux DS en matière de planification, coordination, supervisions et formations que la Région a mis en place.

4.7.3. Outils de collecte des données au niveau des Districts de santé

Les différents outils élaborés pour la collecte de données se sont référés au guide de l'OMS-AFRO pour l'évaluation de la fonctionnalité des DS, à la grille d'évaluation de la viabilisation des DS élaboré par le Ministère de la santé publique du Cameroun, et aux grilles d'évaluation des DS sous PBF.

Les outils de collecte contenaient des questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes (connaissances, appréciation,...).

Ainsi Trois types de questionnaires ont été élaborés dépendant du type de structure à évaluer :

- Un questionnaire à destination des Services de Santé de District afin d'évaluer les ressources et leur fonctionnalité, ainsi que les Structures de Dialogue et de Participation Communautaire.
- Un questionnaire à destination des Hôpitaux de Districts pour évaluer leurs ressources et leur fonctionnalité. En l'absence d'outil dédié aux hôpitaux autre que les HD, cet outil a également servi à évaluer les Hôpitaux Privés (HP).
- Un questionnaire à l'endroit des FOSA type CSI/CMA et CSP/CMP pour évaluer les ressources et leur fonctionnalité.

Pour chaque structure évaluée au niveau du DS, le questionnaire permettait de déterminer dans un premier temps le niveau de ressources (infrastructures, équipements, RH, Textes) dont dispose la structure, et dans un deuxième temps le niveau de fonctionnalité de la structure (organisation, planification, exécution des activités).

Les questionnaires SSD, HD, et CSI/CMA ont été élaborés sous ODK pour une collecte électronique des données à partir des Smartphones.

Chaque question posée avait un score de 100%. Selon le nombre de modalités par question évaluée, un score était attribué à chacune d'elle, de sorte à avoir un score de 100% si la structure respectait l'ensemble des caractéristiques. Les scores des variables composites pour le niveau de ressources et la fonctionnalité ont été obtenus en calculant la moyenne des scores des questionnaires par composante.

Les données pour évaluer la performance des DS ont été extraites du DHIS2.

4.8. Collecte des données

Cette enquête a collecté des données quantitatives et qualitatives. Les données avaient été au préalable encodées dans la base de données ODK.

En prélude à la collecte des données, les questionnaires élaborés ont été validés au cours d'un atelier technique puis testés et les ajustements apportés.

Pour cette évaluation, le Comité Technique a opté pour que l'évaluation soit assurée par des équipes constituées de superviseurs centraux sélectionnés parmi les cadres de santé publique de haut niveau exerçant dans les structures centrales du Ministère de la Santé , de superviseurs régionaux constitués par les Délégués Régionaux de la Santé ou leurs Adjoints , et des enquêteurs sélectionnés auprès des services de santé des différentes Régions sanitaires.

Les superviseurs centraux et régionaux ont bénéficié d'une formation en présentiel et en téléconférence par l'équipe technique en charge de la collecte des données sur le protocole de l'étude et les outils de collecte. Les enquêteurs ont ensuite été formés en présentiel pendant 2 jours par les superviseurs

centraux et régionaux pour une appropriation du questionnaire et à la technique de collecte électronique des données.

Les Smartphones ont été paramétrés et les questionnaires téléchargés depuis le niveau central et remis aux Régions. La collecte des données s'est étendue tout au long du mois de décembre 2021

Au niveau central, les données ont été collectées manuellement auprès des Responsables de haut niveau (Ministre, Secrétaire Général, Directeurs, Sous-directeurs et Chefs de service) par le Coordonnateur Technique National de l'étude via le questionnaire d'évaluation élaboré à cet effet.

Au niveau régional, les données ont été collectées manuellement auprès du Délégué Régional ou du Chef de Brigade de Contrôle des Activités et Soins de Santé (BCASS) par les Superviseurs centraux de l'étude en utilisant le questionnaire d'évaluation dédié.

Au niveau des DS, les données ont été collectées électroniquement auprès des responsables (ou leurs représentants désignés) des structures à évaluer par :

- Les Superviseurs centraux et régionaux auprès des Services de Santé de Districts (SSD) ;
- Des enquêteurs auprès des FOSA dont l'HD, l'HP, les CSI/CMA et les CSP/CMP.

A chaque DS inclus dans l'échantillon étaient affectés deux enquêteurs dont un pour collecter les données dans les trois FOSA publiques et un pour le faire dans les trois FOSA privées.

4.9. Assurance qualité, traitement et analyse des données

Pour garantir la qualité des données à la collecte, les formulaires des niveaux SSD, HD, CSI/CMA élaborés sur ODK intégraient une série de règles de validation de données, de contrôle de cohérence et de calculs automatisés. Un suivi des données s'est effectué au niveau du serveur avec des feedbacks partagés pour évaluer les progrès sur le terrain, supprimer les formulaires non valides.

Après la collecte, les bases de données ont été téléchargées du serveur central et traitées. Les formulaires non transmis par défaut de connexion internet ou de conflit de formulaires dans le Smartphone empêchant leur transmission au serveur ont été récupérés. Tout autre formulaire sans évidence de collecte des données au cours de la période dédiée à l'enquête n'a pas été pris en compte.

Les données apurées ont été analysées en utilisant l'application Excel de Microsoft pour la création et la mise en forme des tableaux et graphiques suivant les plans d'analyse.

L'analyse des données s'est faite selon les plans d'analyse élaborés pour les trois composantes du DS : (i) l'offre de services de santé de base assignée aux FOSA de premier contact type CSI/CMA et CSP, (ii) l'offre de services de premier recours assignée aux HD et assimilés, et (iii) la coordination des structures

de santé et le support à la fonction de production des services de santé assignés aux SSD, y compris la participation communautaire

A l'issue de l'analyse, les DS ont été classifiés en trois classes selon le score final obtenu :

- Les DS à faible niveau de ressources, de fonctionnalité ou de performance pour ceux ayant un score inférieur à 50%.
- Les DS à moyen niveau de ressources, de fonctionnalité ou de performance pour ceux ayant un score supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80%.
- Les DS à haut niveau de ressources, de fonctionnalité ou de performance pour ceux ayant un score de 80% et plus.

4.10. Considérations éthiques

Cette évaluation initiée par le Ministère de la Santé Publique constitue une réponse adéquate aux préoccupations essentielles de la dynamique vers la CSU. En effet, la gestion des systèmes de santé nationaux a besoin d'éléments factuels pour influencer le processus décisionnel en matière d'amélioration de la disponibilité et de la fonctionnalité globale de l'offre des services.

Bien que cette étude soit portée par la Direction de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires, le Comité Technique avait pris soin d'informer les différents responsables au niveau des sites sélectionnés (Régions, Districts, Formations Sanitaires) sur les modalités de leur sélection et surtout la finalité de l'étude afin d'avoir leur adhésion.

4.11. Déroulement de l'évaluation

L'organisation de cette évaluation a bénéficié d'un accompagnement technique de proximité de la part de l'OMS avec la collaboration de l'UNICEF et cela, dans ses différentes étapes, à savoir :

- Phase préparatoire : élaboration et finalisation du protocole et des outils de collecte des données (Septembre – Novembre 2021),
- Collecte des données (décembre 2021 et janvier 2022)
- Traitement et l'analyse initiale des données (Février – Mars 2022),
- Elaboration du premier draft du rapport technique d'étude (Mars – Avril 2022),
- Présentation du premier draft du rapport technique d'étude aux responsables de la DOSTS (Mai 2022),
- Finalisation du rapport technique d'étude et restitution des résultats (Septembre 2022).

4.12. Limites et difficultés de l'évaluation

L'évaluation nationale du niveau de viabilisation et de fonctionnement des DS est une étude qui permet de mettre à la disposition des parties prenantes des informations actualisées et factuelles sur le système

de santé. Cette étude met en évidence les points forts et les points à améliorer du système de santé. Ces données peuvent être utilisées pour orienter la prise de bonnes décisions afin d'améliorer considérablement les performances du système de santé

Cependant, cette évaluation a présenté quelques limites relatives à la collecte de certaines données au niveau du terrain. En effet :

- Certaines données n'ont pu être collectées. C'est le cas des données du niveau central, de certaines Délégations Régionales de la Santé Publique (4 sur les 10), et de quelques structures sanitaires de certains Districts de santé.
- Quelques questions sont revenues sans réponses et ont été comptées parmi les non répondants.
- On a noté que certaines réponses ne reflétaient pas toujours la réalité et ont nécessité des corrections.

En outre, cette étude ne saurait à elle toute seule alimenter le processus de prise de décision pour changer la donne des indicateurs de l'état du système de santé et de l'état de santé de la population (niveau de prévention et de promotion, morbidité, mortalité et espérance de vie à la naissance). D'autres études doivent être réalisées et accompagnées de mesures et d'actions sur les autres déterminants de l'iniquité en santé tels que les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales globales, les réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux styles de vie individuels.

4.12.1. Limites

Les quelques limites que nous pouvons faire ressortir dans cette étude sont les suivantes :

- Absence des normes factuelles : En l'absence des normes officiellement adoptées, l'évaluation a utilisé celles adoptées par le PBF en ce qui concerne les normes en ressources humaines et les normes de fonctionnement, et celles proposées par la Division des Etudes et des Projets (DEP) en ce qui concerne les infrastructures et les équipements.
- Absence ou non maîtrise des données en temps réel sur le district ou sur les structures sanitaires par les responsables enquêtés. En effet, certains enquêtés donnaient des réponses qui ne reflétaient pas toujours la réalité mais qui pouvaient contribuer à couvrir leurs erreurs. L'observation et la revue documentaire arrivaient parfois à déceler ces biais, parfois non, obligeant à retirer certaines questions.
- Perte de données dans la conversion de la base de données du Smartphone vers la base de données ODK. Malgré le fait que les données aient été collectées sur certaines structures dans quelques Districts de Santé elles n'ont pas pu être soumises dans la base des données ODK. Heureusement que ces données manquantes sont assez faibles ou négligeables et n'auraient pas influencé sur les résultats finaux. D'autant plus que l'échantillon des Districts de santé évalués avait été porté à 15% au lieu de 10% recommandés par l'OMS.

4.12.2. Difficultés

Les quelques difficultés qui ont entachées le déroulement de cette étude sont les suivantes :

- La période d'administration du questionnaire qui était étendue sur trois semaines dans le mois de décembre où certains superviseurs et enquêteurs avaient programmé des vacances. Ce qui a contraint à accorder la poursuite de la collecte en janvier et même février 2022.
- L'indisponibilité de certaines personnes ressources lors de la collecte des données
- Les difficultés d'utilisation de certains Smartphones du fait de la non-maîtrise par les enquêteurs, de leur état de fonctionnement ou d'un problème de paramétrage.
- L'instabilité de la connexion entraînant l'incapacité de collecter les informations dans les Smartphones servant d'outils de collecte et la mauvaise transmission des données collectées dans la base de données ODK par les enquêteurs.
- Le non remplissage de certains questionnaires par les enquêteurs limitant la disponibilité des données dans la base ODK occasionnant ainsi un certain nombre de non-répondants.

5. Résultats de l'évaluation

5.1. Caractéristiques générales de l'échantillon des Districts de santé

Toutes les 10 régions que compte le Cameroun ont été concernées par l'évaluation avec un total de 31 DS représentant 15% du nombre total de DS dans chaque Région.

Les données générales (tableau 5) sur l'échantillon nous renseignent que tous les 31 districts échantillonnés ont participé à l'étude. Ces districts avaient en moyenne une population déclarée de 148.970 (22.400 - 445.412) habitants. Une moyenne de 27,6% (0,0%-70,0%) de leur population est d'accès difficile. Ces districts ont en moyenne 15 (4-140) Aires de Santé, 14 (1-46) CSI et CMA publics et 3 (0-17) CSP et CMP privés. Les districts urbains ont en moyenne les plus fortes populations, avec les proportions de population d'accès difficiles les plus faibles (9% en moyenne). Les districts avec les plus grands nombres d'aires de santé sont ceux des milieux ruraux. Les districts semi-urbains et ruraux sont ceux ayant en moyenne les plus grands nombres de CSI et CMA publics, tandis que ceux des milieux urbains ont en moyenne les plus grands nombres de CSP et CMP privés.

Tableau 5 : Informations générales sur l'échantillon des Districts de santé évalués

		Population du district	% de la population d'accès difficile	Nombre d'aires de santé	Nombre de CSI/CMA (publics)	Nombre de CSP/CMP(privés)
DS Urbain	Minimum	206887	0,0%	4	2	1
	Moyenne	319648	9,3%	10	10	6
	Maximum	445412	30,0%	20	31	17
	Minimum	24 108	3,0%	6	8	0

Semi-urbain	Moyenne	117 368	32,8%	11	17	3
	Maximum	259466	70,0%	18	28	13
Rural	Minimum	22400	3,0%	4	1	0
	Moyenne	75744	35,2%	20	16	1
	Maximum	224320	70,0%	140	46	6
Total	Minimum	22 400	0,0%	4	1	0
	Moyenne	148 970	27,6%	15	14	3
	Maximum	445412	70,0%	140	46	17

Parmi les 29 districts qui ont fourni leur chiffre de population couverte, 8 (soit 27,6%) étaient à faible population, 5 (soit 17,2%) étaient de population modérée et 16 (soit 55,2%) étaient de population élevée. Ces proportions sont respectivement de 22,3%, 24,9% et 52,8% pour l'ensemble des 197 DS du pays. Donc la configuration des DS de l'échantillon selon la disparité démographique était très proche de celle de l'ensemble des DS du pays. Ce qui conforte sa représentativité.

L'accessibilité géographique aux services de santé est légèrement faible avec en moyenne 70%. (26),7% de la population qui sont difficilement accessibles, ceci étant plus accentué en milieu rural et en milieu semi-urbain. Ce qui inclut de fait leur accessibilité à un établissement de santé au-delà sûrement de plus de 10 voire 15 km. Probablement en raison des contraintes géographiques, notamment, l'impraticabilité des routes ainsi que les obstacles naturels.

Concernant le dénominateur, il a été remarqué que 50% des ESPC couvrent une population inférieure à 10.000 habitants et 21,2% ont une couverture populationnelle supérieure à 15.000 habitants de loin supérieure à la norme [10.000 – 15.000 habitants].

Aussi, avons-nous trouvé que dans 63% des ESPC, il avait été noté des zones inaccessibles. Les Districts sanitaires visités comptaient 29 hôpitaux généraux dont 1 hôpital confessionnel, soit 1,2 hôpital par district sanitaire. Les DDS de 4 chefs-lieux de région ne disposaient pas d'hôpitaux généraux. Ce sont les CHR qui faisaient office d'hôpital de référence du district sanitaire.

5.2. Les Services de Santé de District (SSD)

Les Services de Santé de District (SSD) constituent l'organe de coordination des structures de santé implantées dans le District. Il veille à la viabilisation de ces dernières et sert de relais entre elles et les services déconcentrés de l'Etat d'une part et les Collectivités Territoriales Décentralisées d'autre part. Les SSD coordonnent également les activités planifiées de planification et de gestion administrative du District en collaboration avec les autres structures dans les domaines du Personnel, des Finances, de l'équipement, de l'Approvisionnement, des Médicaments, de la Logistique, de la construction et de la Maintenance.

Ils ont pour mission : (i) la planification, (ii) la coordination des interventions, (iii) la supervision, (iv) le suivi et l'évaluation, (v) la surveillance épidémiologique, (vi) la gestion de l'information sanitaire, (vii) la gestion du personnel, (viii) la gestion des produits de santé, (ix) les investissements, (x) la maintenance des équipements biomédicaux et (xi) la mobilisation des ressources.

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

Sur les 31 DS enquêtés, 29 réponses ont été soumises avec données exploitables pour les SSD dans la base de données ODK soit 94% des réponses.

5.1.1. Situation des ressources des SSD

Disponibilité des Ressources humaines pour le fonctionnement des services de santé de district

Disponibilité des Ressources humaines pour le fonctionnement des services de santé de district

Seuls 20,7% des DS ont déclaré disposer des ressources humaines suffisantes pour le fonctionnement des SSD selon les normes.

Selon les résultats tels que décrits par la figure 5 ci-dessous, plus de 65% des DS ne disposent pas d'adjoints au Chef de District de Santé et 35% des DS ne disposent pas de Chef de Bureau Santé. Il a été constaté dans 10% des districts l'absence d'un Chef de district nommé pour l'animation du SSD. L'ampleur de l'indisponibilité des autres ressources humaines des SSD est présentée dans la figure 5.

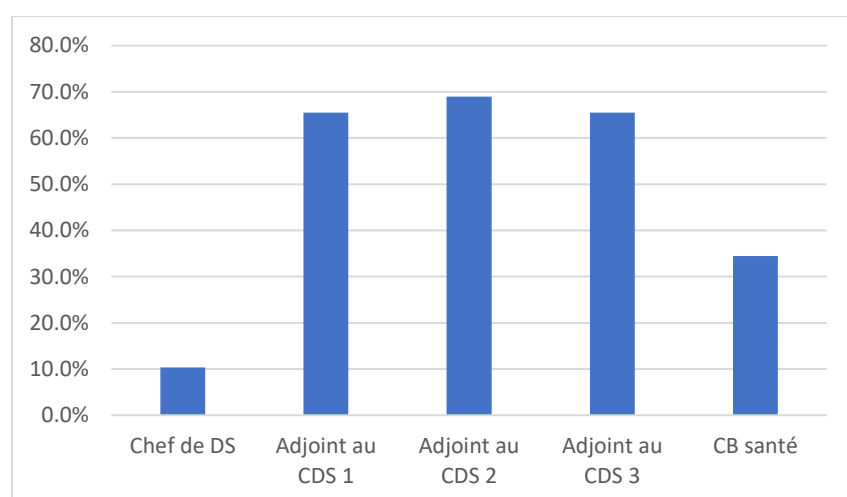


Figure 5 : Les ressources humaines indisponibles dans les SSD

Personnel d'appui recruté par les SSD

Dans 86,2% des DS, du personnel d'appui est recruté pour soutenir les ressources humaines dédiées dans le fonctionnement du SSD (figure 7). Comme le montre la figure 8, les personnels d'appui les plus recrutés sont les secrétaires et les agents d'entretien (62,1% des cas pour chaque catégorie), suivis d'informaticiens (31%) et de chauffeurs (24.1%).

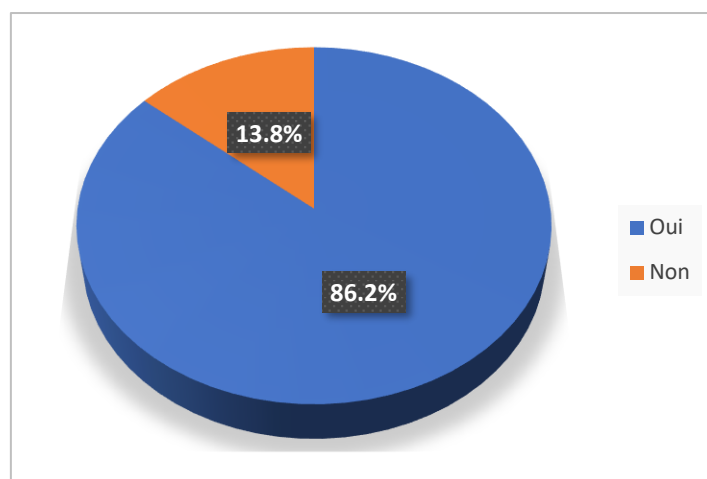


Figure 6 : Répartition des SSD suivant qu'ils recrutent du personnel d'appui ou pas

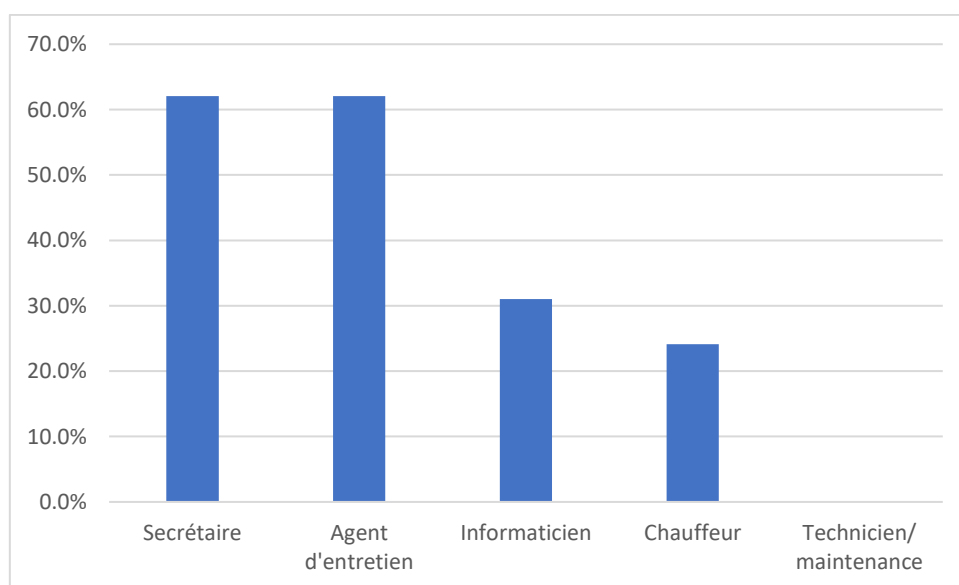


Figure 7 : Proportion des SSD qui recrutent chaque type de personnel d'appui

Construction SSD selon les normes nationales

34,5% des DS disposent de bureaux du SSD construits selon les normes (Cf. Figure 8). Toutefois, comme présenté sur la figure 9, dans les 65,5% des cas où les bureaux du SSD ne sont pas construits aux normes, les raisons évoquées sont le manque d'espace suffisant (55,2%), bureau des adjoints

(55,2%), des magasins de stockage (55,2%) et de bureau dédié au COSADI (51,7%), de salle de réunion (37,9%).

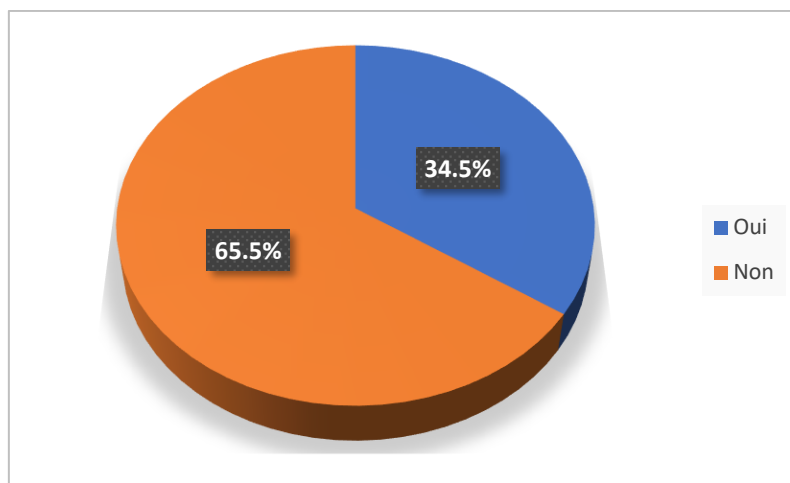


Figure 8 : Répartition des Bureaux des SSD suivant qu'ils sont construits selon les normes

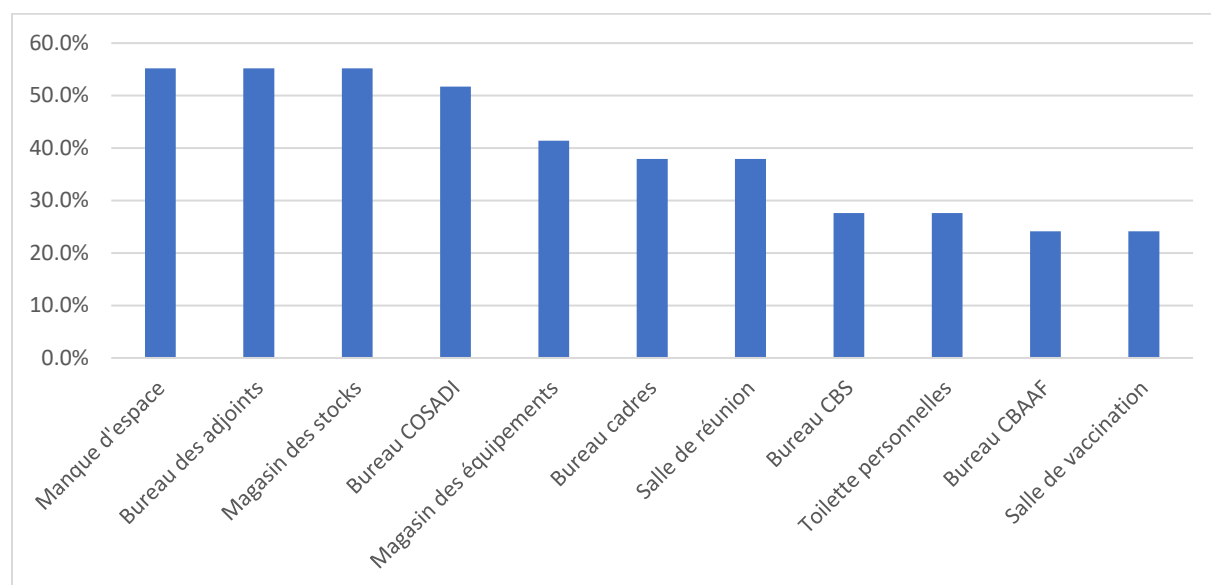


Figure 9 : Proportion de SSD qui ont les différents manques

Existence de structures clés dans le DS (ECD et COSADI)

L'Equipe Cadre du District (ECD) est un organe de gestion et de prise de décision technique au sein du SSD qui joue un rôle important dans les aspects de planification, budgétisation, programmation, mise en œuvre, suivi et évaluation.

Elle intègre en son sein le personnel clé suivant : (i) le Chef de District Santé, (ii) le Directeur de l'Hôpital de District, (iii) le responsable en charge de la planification, du suivi et de l'évaluation au

niveau du Service de Santé de District ; (iv) le Président du COSADI, (v) le représentant du secteur privé confessionnel /laïc.

Le Comité de Santé de District (COSADI) est quant à lui l'Assemblée Générale La représentation de l'ensemble des communautés au niveau du District. Il est l'organe de délibération et de mobilisation des communautés en matière de santé. A ce titre, il doit faire partie des organes de délibération de la commune ou de leur regroupement.

Il a pour mission essentiel de : (i) d'identifier les interventions prioritaires en matière de santé, (ii) statuer sur les conflits non réglés par le Comité de Gestion du District ; (iii) Sensibiliser, informer et mobiliser les populations pour leur participation aux activités préventives et promotionnelles ; (iv) sanctionner l'action du Comité de Gestion du District et (v) mobiliser les ressources nécessaires au financement des activités du District de santé.

Selon les résultats de l'évaluation, 72,4% des DS disposent d'une Équipe Cadre de District (ECD) avec une Note de service du CDS (Chef du District de Santé) qui la formalise et 41,4% des DS disposent d'un Comité de Santé de District (COSADI) avec Récépissé de déclaration d'Association à la Préfecture (Cf. tableau 6).

Tableau 6 : Existence des structures clés dans le District (ECD et COSADI)

		Effectifs	Fréquences
Equipe cadre de District (ECD) avec une Note de service du CDS (Chef du District de Santé) existent-elles dans le DS ?	Non	8	27,6%
	Oui	21	72,4%
Comité de santé de District (COSADI) disposant d'un Récépissé de déclaration d'Association à la Préfecture existent-il dans le DS ?	Non	17	58,6%
	Oui	12	41,4%

Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides sur l'organisation et le fonctionnement des DS

Plusieurs textes réglementaires, directives et autres outils de références ont été élaborés sur l'organisation et le fonctionnement des Districts sanitaires et sont à la disposition des équipes animant le fonctionnement des DS.

Il s'agit de :

- Document 1 : Décret N°95/013 du 17 février 1995 portant organisation des services de santé de base en district de santé.
- Document 2 : Arrêté N° 35/A/MSP/CAB du 8 octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des districts de santé.

- Document 3 : Arrêté N°003/CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de créations des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé.
- Document 4 : Arrêté N°0001/A/MSP/CAB du 16 novembre 1994 précisant les attributions des comités de gestion des formations sanitaires publiques.
- Document 5 : Décret N°92-252-PM du 6 juillet 1992 fixant les conditions et les modalités de création et d'ouverture de certaines formations sanitaires privées.
- Document 6 : Organigramme du MINSANTE de 2013 en vigueur (Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique).
- Document 7 : Documents des Normes en infrastructures des structures sanitaires du District de santé.
- Document 8 : Documents des Normes minimales en équipements du SSD et des autres structures sanitaires ou services dans les FOSA.
- Document 9 : Documents des Normes en ressources humaines (RH) des structures sanitaires du District de santé.
- Document 10 : Loi portant Code général de la décentralisation du 24 décembre 2019.

Sur l'ensemble des DS évalués, 10,3% seulement disposent de tous les dix documents spécifiés. Les documents les moins disponibles sont ceux relatifs aux (i) Normes en ressources humaines (RH) des structures sanitaires du DS.; (ii) aux Normes minimales en équipements du SSD et des autres structures sanitaires ou services dans les FOSA et (iii) aux Normes en infrastructures des structures sanitaires du DS, suivies (iv) de la loi sur la décentralisation.

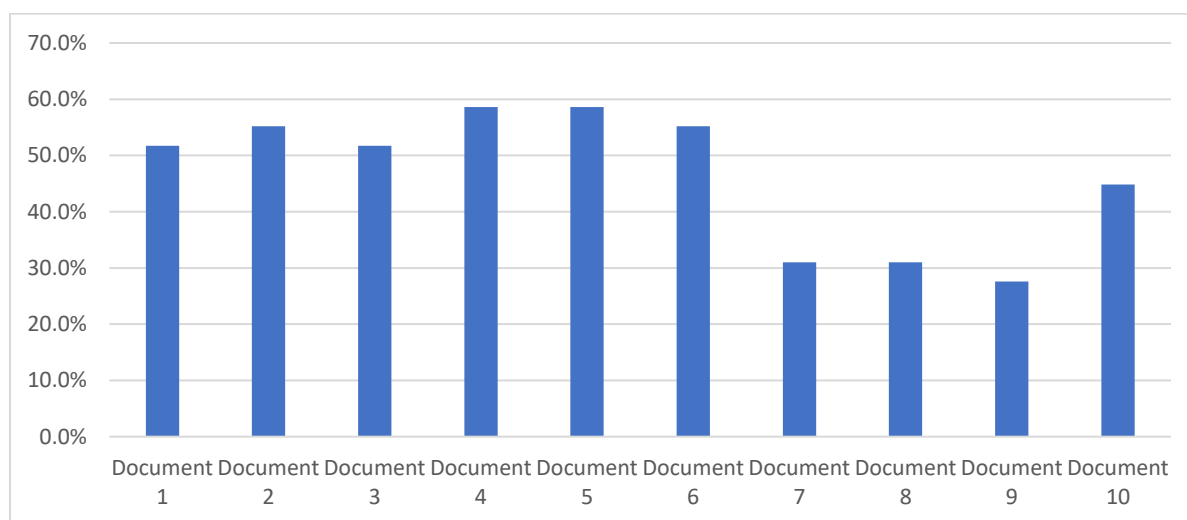


Figure 10 : Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides dans les SSD

Disponibilité des Equipements Bureautiques et logistiques au niveau du SSD

En matière d'équipement et bureautique, l'évaluation révèle que plus de la moitié des SSD disposent d'au moins un ordinateur portable (51,7%), d'au moins un ordinateur de bureau (82,8%) et d'imprimante (93,1%).

Tableau 7 : Equipements bureautiques disponibles au niveau des SSD

		Effectifs	Fréquences
Un ordinateur portable	Non	14	48,3%
	Oui	15	51,7%
Au moins 1 ordinateur de table (desk top)	Non	5	17,2%
	Oui	24	82,8%
Au moins 1 imprimante	Non	2	6,9%
	Oui	27	93,1%

En outre, 34,5%des SSD sont connectés à Internet via un modem ou des mécanismes de facilitation de connexion Internet (la flotte). Parmi les SSD disposant d'un mécanisme de facilitation de connexion internet, 60,0% sont fournis par le gouvernement et 40,0% supportés par les partenaires financiers.

Tableau 8 : Existence d'un Modem ou d'un mécanisme de facilitation de la connexion Internet dans les SSD

		Effectifs	Fréquences
Le Service de Santé de District a-t-il un modem ou des mécanismes de facilitation de connexion internet (la flotte) ?	Non	19	65,5%
	Oui	10	34,5%
Sources	Gouvernement	6	60,0%
	PTF	4	40,0%

En matière de logistique, seulement 20,7%des SSD disposent d'au moins un véhicule adapté pour les supervisions et autres et 37,9% disposent d'au moins 2 motos adaptées pour les supervisions et autres déplacements.

Tableau 9 : Logistique de déplacement disponible au niveau des SSD

		Effectifs	Fréquences
Au moins un véhicule adapté pour les supervisions et autres	Non	23	79,3%
	Oui	6	20,7%

Au moins 2 motos adaptées pour les supervisions et autres	Non	18	62,1%
	Oui	11	37,9%

5.1.2. Situation de la mise en œuvre des activités liées aux missions du SSD

Organisation, gestion et planification au sein des SSD

41,4% des SSD ont un organigramme bien défini et affiché ou bien archivé.

Il a également été constaté que 79,3% des SSD, les responsabilités sont confiées au personnel en fonction de leurs compétences (tableau 10).

Tableau 10 : Organisation des SSD

		Effectifs	Fréquences
L'organigramme existe et est affiché ou bien rangé	Non	17	58,6%
	Oui	12	41,4%
Les responsabilités sont confiées au Personnel en fonction de leurs compétences	Non	6	20,7%
	Oui	23	79,3%

L'évaluation a permis de révéler que des outils pratiques sont disponibles dans la plupart des SSD pour soutenir les activités de planification. En effet, 93,1% des SSD ont développé un plan de couverture du District (Carte sanitaire du DS) et l'ont affiché. De même que la Cartographie des Aires de Santé avec leurs populations cibles est disponible et affichée dans 96,6% des SSD (tableau 11).

Tableau 11 : Disponibilité des outils pratiques en appui à la planification

		Effectifs	Fréquences
Plan de couverture sanitaire du District (Carte sanitaire du DS) disponible et affiché	Non	2	6,9%
	Oui	27	93,1%
Cartographie des AS (Aires de Santé) avec leurs populations cibles disponible et affichée	Non	1	3,4%
	Oui	28	96,6%

En matière de Planification opérationnelle, l'évaluation révèle que 48,3% des SSD ont développé un Plan de développement sanitaire du DS en lien avec la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027. Cependant 27,6% seulement dispose d'un Plan d'action mensuel ou trimestriel (tableau 12).

Tableau 12 : Disponibilité des Plans d'action pluriannuel et des Plans de travail mensuel ou trimestriel

	Effectifs	Fréquences
--	-----------	------------

Le DS a un Plan de développement sanitaire du DS (PDSD) avec des liens avec la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027.	Non	15	51,7%
	Oui	14	48,3%
Le planning du travail mensuel ou trimestriel est disponible	Non	21	72,4%
	Oui	8	27,6%

Pour ce qui est de la Gestion, l'évaluation a mis l'accent sur la gestion des équipements

Selon les résultats de l'évaluation, La maintenance préventive et curative est effectuée dans 34,5% des DS et le classement des différents rapports des inventaires des équipements se fait dans 65,5% (tableau 13).

Tableau 13 : Maintenance préventive et curative et inventaires périodiques des équipements

		Effectifs	Fréquences
Existence des mécanismes de suivi de la maintenance préventive et curative des équipements	Non	19	65,5%
	Oui	10	34,5%
Disponibilité du classement des différents rapports des inventaires des équipements	Non	10	34,5%
	Oui	19	65,5%

Organes participatifs et gestionnaires

Concernant la fonctionnalité de l'ECD, 62,1% des DS affirment que l'ECD dispose parmi ses membres le Délégué du COSADI, de l'HD et du secteur privé. Dans 55,2% des cas les réunions mensuelles de l'ECD se tiennent régulièrement avec au moins 8 réunions tenues pour les 10 premiers mois de l'année 2021. Selon 48,3% des DS, ces réunions sont sanctionnées par des PV qui sont disponibles et accessibles (tableau 14).

Tableau 14 : Composition et fonctionnalité de l'ECD

		Effectifs	Fréquences
Les délégués du COSADI, de l'Hôpital de District et le secteur privé sont membres de l'ECD	Non	11	37,9%
	Oui	18	62,1%
Les réunions mensuelles de l'ECD sont régulières (au moins 8 tenues pour les 10 premiers mois de l'année 2021)	Non	13	44,8%
	Oui	16	55,2%
Les PV de ces réunions mensuelles existent et sont accessibles pour une éventuelle consultation	Non	15	51,7%
	Oui	14	48,3%

Pour ce qui est du COSADI, 31% des SSD disposent d'un local dédié au Bureau exécutif du COSADI. Seulement 13,8% des DS disposent d'un fonds pour le fonctionnement du COSADI qui est disponible et géré par un compte bancaire ouvert avec des signataires dans le Bureau exécutif du COSADI. Parmi ces DS, 27,6% ont opté pour que le décaissement des fonds se fasse de façon collégiale selon les procédures en vigueur (tableau 15).

Tableau 15 : Fonctionnalité du COSADI

		Effectifs	Fréquences
Un local au sein du SSD est dédié au Bureau exécutif du COSADI	Non	20	69,0%
	Oui	9	31,0%
Fonds de fonctionnement disponible pour le COSADI et géré par un compte bancaire ouvert avec signataires bien désignés dans le BE	Non	25	86,2%
	Oui	4	13,8%
Décaissements des fonds se fait d'une façon collégiale selon les procédures en vigueur	Non	21	72,4%
	Oui	8	27,6%

Concernant le fonctionnement des Assemblées Générales (AG) du COSADI, 31% des SSD affirment que les réunions trimestrielles se sont tenues régulièrement au cours de l'année concernant les trois premières attendues. Dans 37,9% des cas les PV ou Comptes-rendus sont bien classés et accessibles. En outre, 58,6% des SSD, affirment que les AG ont une bonne représentativité des Aires de Santé, des Communes, des ONG/OSC/OBC de santé et des partenaires (tableau 16).

Tableau 16 : Organisation des réunions et Assemblées Générales du COSADI

		Effectifs	Fréquences
Deux réunions trimestrielles sur les 3 attendues (Trim1, Trim2 et Trim3) se sont tenues	Non	20	69,0%
	Oui	9	31,0%
Bonne représentativité (en particulier les représentants des Aires de santé, des Communes, des ONG/OSC/OBC et des autres partenaires)	Non	12	41,4%
	Oui	17	58,6%
Bon classement et accessibilité des PV des réunions trimestrielles de l'AG	Non	18	62,1%
	Oui	11	37,9%

Activités d'appui au développement du système de santé de district

Cette partie de l'évaluation a permis d'apprécier les missions de coordination, supervision, formation continue, gestion des programmes spécifiques (PEV, santé maternelle & infantile), gestion de la pharmacie du DS, gestion de l'Information sanitaire, la surveillance épidémiologique et la promotion de la recherche-action.

Pour ce qui est de la Coordination des activités au niveau du SSD, 86,2% de SSD ont organisé au moins deux réunions de coordination sur les trois dernières attendues et dans 79,3% des cas, au moins 80% des FOSA et le COSADI ont participé à ces réunions (tableau 17).

Tableau 17 : Coordination des activités au niveau du SSD

		Effectifs	Fréquences
Deux réunions trimestrielles sur les 3 attendues (Trim1, Trim2 et Trim3)	Non	4	13,8%
	Oui	25	86,2%
Participation d'au moins 80% des FOSA et COSADI dans les 2 dernières réunions de coordination	Non	6	20,7%
	Oui	23	79,3%

En matière de Supervision des équipes des CSI, CMA et autres FOSA par l'ECD, 62,1% des SSD ont affiché un programme de supervision trimestrielle (jour/période, superviseur/équipe, FOSA, moyen de transport) pour l'année 2021. Et les dossiers des missions de supervision sont archivés dans 65,5% des cas (tableau 18).

Tableau 18 : Supervision des équipes des CSI/CMA et autres FOSA par l'ECD

		Effectifs	Fréquences
Affichage d'un tableau de programme de supervision trimestrielle pour 2021 (jour/période, superviseur/équipe, FOSA, moyen de transport)	Non	11	37,9%
	Oui	18	62,1%
Archivage des ordres de mission de supervisions réalisées en 2021	Non	10	34,5%
	Oui	19	65,5%

En matière de formation continue du personnel de santé du DS à tous les niveaux, un plan de formation continue trimestrielle était disponible pour l'année 2021 (mois, thèmes, formateurs, cibles, partenaires) et affiché dans 34,5% des SSD. En outre, les rapports des formations continues réalisées au cours de cette année 2021 ont été archivés pour 44,8% des SSD (tableau 19).

Tableau 19 : Organisation de la formation continue du personnel de santé du DS

		Effectifs	Fréquences
Affichage du plan de formations continues trimestrielles pour 2021 (mois, thèmes, formateurs, cibles, partenaire)	Non	19	65,5%
	Oui	10	34,5%
Archivage des rapports de formations continues réalisées pour 2021	Non	16	55,2%
	Oui	13	44,8%

Dans le domaine de la Gestion du Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'évaluation a révélé que la chaîne de froid est fonctionnelle et la gestion des vaccins et autres intrants se fait correctement selon les normes édictées dans tous les SSD.

En revanche, une source alternative d'énergie n'est disponible que dans 69,0% de SSD.

100% des DS enquêtés affirment assurer une gestion régulière des données de vaccination en termes de collecte, analyse et prise de décision sur les données de vaccination et autres intrants de façon manuelle ou électronique.

Par ailleurs, dans les zones d'accès difficile, 86,2% des SSD ont affirmé déployer des mécanismes pratiques pour assurer la disponibilité des vaccins aux bénéficiaires des populations qui y vivent (tableau 20).

Tableau 20 : Gestion du Programme Elargi de Vaccination (PEV) selon les normes

		Effectifs	Fréquences
Chaîne de froid est fonctionnelle et réservée exclusivement aux vaccins et intrants de vaccination	Non	0	0,0%
	Oui	29	100,0%
Source alternative disponible en cas de coupure d'électricité (groupe électrogène / panneau solaire) ou autre	Non	9	31,0%
	Oui	20	69,0%
Gestion régulière (collecte, analyse, décision) des vaccins et autres intrants manuellement (registres) ou électronique	Non	0	0,0%
	Oui	29	100,0%
Existence des mécanismes pratiques pour assurer la disponibilité des vaccins dans les localités d'accès difficile	Non	4	13,8%
	Oui	25	86,2%

En ce qui concerne le suivi de décès maternels, 93,1% des SSD disposent d'un Comité de revue des décès maternels fonctionnel. 75,9% de ces DS ont affirmé tenir des réunions de revue des décès maternels de façon régulière dont 5 au moins tenues depuis le début de l'année 2021. Dans 86,2% des cas, les rapports de ces réunions sont bien classés et accessibles (tableau 21).

Tableau 21 : Formalisation du suivi des décès maternels

		Effectifs	Fréquences
Existence d'un comité de revue des décès maternels fonctionnel	Non	2	6,9%
	Oui	27	93,1%
Régularité dans la tenue des réunions de revue de décès maternels (au moins 5 depuis le début de l'année 2021)	Non	7	24,1%
	Oui	22	75,9%
Classement accessible des rapports des réunions de revues avec des actions correctrices réalistes	Non	4	13,8%
	Oui	25	86,2%

Pour ce qui est de la Gestion des médicaments essentiels et de la Pharmacie au sein du DS, les items interrogés indiquent globalement, une gestion moyenne des médicaments avec des niveaux d'indicateurs variant entre 41,4% et 65,5% comme le montre le tableau 22.

En effet, 58,6% des DS disposent d'une liste des médicaments essentiels connue, et 65,5% des DS ont un approvisionnement stratégique en médicaments de leurs FOSA situées dans les localités d'accès difficile.

Tableau 22 : *Gestion des médicaments essentiels et de la pharmacie du SSD*

		Effectifs	Fréquences
Liste nationale des médicaments essentiels est connue et disponible	Non	12	41,4%
	Oui	17	58,6%
Classement correct et accessible des fiches de stock de tous les médicaments	Non	15	51,7%
	Oui	14	48,3%
Rangement/stockage des intrants des programmes de gratuité et des campagnes dans un bureau spécifique (armoires et étagères)	Non	14	48,3%
	Oui	15	51,7%
Approvisionnements stratégiques des FOSA situées dans les localités d'accès difficiles	Non	10	34,5%
	Oui	19	65,5%
Régularité des inventaires du dépôt pharmacie avec des rapports disponibles	Non	17	58,6%
	Oui	12	41,4%

Concernant la Gestion de l'Information sanitaire pour l'action, 89,7% des DS réalisent des revues mensuelles des données du DHIS2 de façon régulière. 75,9% des DS ont affirmé que les rapports des trois dernières réunions de revue des données du DHIS2 ont été élaborés et sont disponibles. En outre 89,7% des DS ont mis en place un mécanisme de suivi et de monitoring de la promptitude et complétude des rapports d'activités (tableau 23).

Tableau 23 : *Gestion de l'information pour l'action*

		Effectifs	Fréquences
Revue mensuelle des données du DHIS2 au SSD est organisée régulièrement	Non	3	10,3%
	Oui	26	89,7%
Disponibilité des 3 dernières réunions mensuelles de revue des données du DHIS2	Non	7	24,1%
	Oui	22	75,9%
Tenue d'un tableau ou autres mécanismes de monitoring/suivi de la promptitude et complétude des rapports	Non	3	10,3%
	Oui	26	89,7%

En matière de Surveillance épidémiologique et gestion des urgences, les définitions de cas de MAPE sont affichées dans 86,2% de SSD. De même, 89,7% des DS affirment disposer d'un tableau de suivi de la promptitude et de la complétude des rapports hebdomadaires des MAPE reçus des différentes FOSA. 65,5% des DS organisent des réunions d'analyse hebdomadaire de la promptitude, la complétude, la qualité et la cohérence des données sanitaires.

Enfin il a été constaté que seulement moins de la moitié des DS (44,8%) disposaient des 4 derniers rapports hebdomadaires de synthèse des MAPE correctement remplis et signés par le CDS (tableau 24).

Tableau 24 : Surveillance épidémiologique et gestion des urgences

		Effectifs	Fréquences
Document avec toutes les définitions de cas de MAPE est affiché	Non	4	13,8%
	Oui	25	86,2%
Tableau de suivi de la promptitude et complétude de rapports hebdo des MAPE reçus de différentes FOSA	Non	3	10,3%
	Oui	26	89,7%
Réunions d'analyse hebdo (promptitude /complétude/ qualité/cohérence des données) et compilation dans un document/formulaire unique	Non	10	34,5%
	Oui	19	65,5%
Disponibilité de 4 derniers rapports hebdomadaires synthèses de MAP correctement remplis, signés par le CDS	Non	16	55,2%
	Oui	13	44,8%

Dans le domaine du Partenariat et de la multisectorialité, les relations sont très limitées avec les autres secteurs. En effet, seuls 13,8% des SSD ont au moins 5 secteurs apparentés et 5 ONG/OSC/OBC représentés dans le COSADI, pour les activités portant sur le développement du district sanitaire. Par ailleurs, 41,4% des DS ont déclaré avoir organisé une activité conjointement avec un ou plusieurs secteurs apparentés (tableau 25).

Tableau 25 : Partenariat et multisectorialité pour le développement du DS

		Effectifs	Fréquences
Au moins 5 secteurs Apparentés (MINAS, MINAT, MINPROFF, MINJEUN, MINESEC, MINEDUB, MINADER, MINEPIA, MINJUSTICE, MINDEVEL, MINEE, MINEPDED, MINDCAF) sont représentés dans le COSADI	Non	25	86,2%
	Oui	4	13,8%
Au moins 5 ONG/OSC/OBC de santé représentées dans le COSADI	Non	25	86,2%
	Oui	4	13,8%
Au moins une réalisation conjointe avec un ou d'autres secteurs apparentés.	Non	17	58,6%
	Oui	12	41,4%

Concernant la Promotion de la recherche opérationnelle, bien que selon 79,3% des DS, les données sanitaires sont disponibles et accessibles à partir des bases de données telles DHIS2, SURVEPI, ou d'autres sources tels que les rapports d'activités, très peu de DS (soit 31%) sont engagés dans la recherche opérationnelle et ce au cours des trois dernières années.

Tableau 26 : Promotion de la recherche opérationnelle

		Effectifs	Fréquences
Disponibilité et accès des données (DHIS2, SURVEPI, autres événements de santé, rapports d'activités) pour effectuer de la recherche opérationnelle en temps opportun	Non	6	20,7%
	Oui	23	79,3%
Existence d'au moins un Rapport de recherche opérationnelle effectuée au cours des trois dernières années	Non	20	69,0%
	Oui	9	31,0%
Rapport de la recherche opérationnelle réalisée transmis à la DRSP avec une preuve de transmission à l'appui (Lettre de transmission ou bordereau d'envoi).	Non	20	69,0%
	Oui	9	31,0%

5.1.3. Analyse des niveaux de ressources et de fonctionnalité des SSD au Cameroun

Comme le montre le tableau 27, globalement les SSD évalués ont un niveau moyen de ressources de 51,6% (Min : 20,4% ; Max : 81,6%).Celui de la fonctionnalité est de 59,4% (Min : 27,4% ; Max : 97,1%).

Tableau 27 : Statistiques générales des scores présentant les niveaux de ressources et de fonctionnalité des SSD

	Minimum	Moyenne	Maximum
Scores des Ressources des SSD (en %)	20,4	51,6	81,6
Score Organisation, planification & gestion des SSD (en %)	27,4	59,4	97,1

Le tableau 30 montre que le niveau moyen de ressources est plus élevé en milieu semi-urbain (53,63%) par rapport au milieu rural (50,83%) et au milieu urbain (48,88%).

Le niveau moyen de fonctionnalité est presque identique en milieu rural (63,55%) qu'en milieu semi-urbain (63,38%) ; il n'est que de 46,57% en milieu urbain.

Tableau 28 : Statistique des scores des SSD selon le milieu urbain, semi-urbain et rural

		Milieu		
		Urbain	Semi-urbain	Rural
Scores des Ressources des SSD (en %)	Minimum	41,56	20,44	36,33
	Moyenne	48,88	53,63	50,83
	Maximum	56,38	81,56	72,44
Scores Organisation, planification & gestion des SSD (fonctionnalité), (en %)	Minimum	32,82	27,41	39,71
	Moyenne	46,57	63,38	63,55
	Maximum	59,06	97,06	88,76

On peut remarquer que seulement 4,0% des SSD ont un niveau de ressources élevé (Cf. figure 12). Le milieu semi-urbain est le seul disposant de SSD ayant un niveau de ressources élevé (c'est-à-dire supérieur à 80%). Le milieu urbain a plus de SSD (60,0%) à faible niveau de ressources.

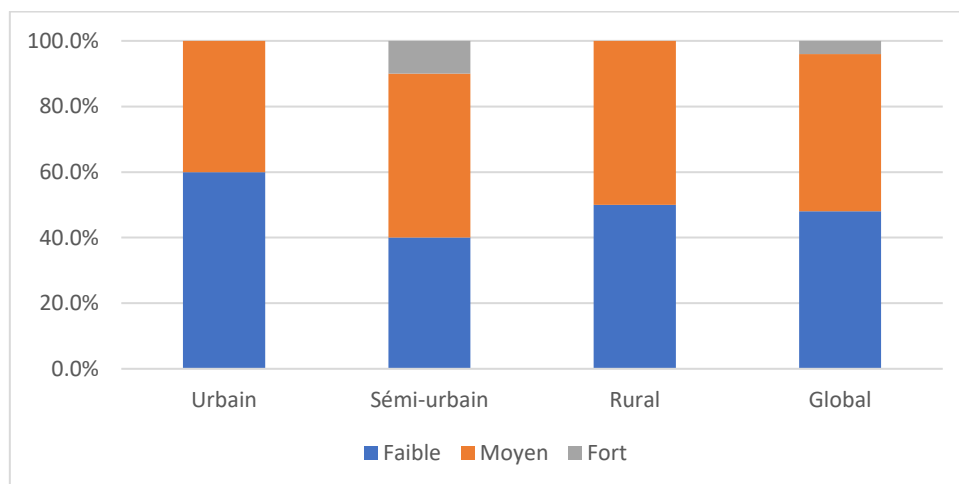


Figure 11 : Répartition des SSD par milieu suivant leur niveau de ressources

Sur la figure 13, on remarque que 38% de SSD ont un niveau de fonctionnalité faible, 52% ont un niveau de fonctionnalité moyen et 10% seulement ont un niveau de fonctionnalité élevé. Dans le milieu urbain, on a plus de SSD à faible niveau de fonctionnalité tandis que dans le milieu rural, on plus de SSD à moyen niveau de fonctionnalité. Les SSD à fort niveau de fonctionnalité se retrouvent uniquement en milieux semi-urbain et rural.

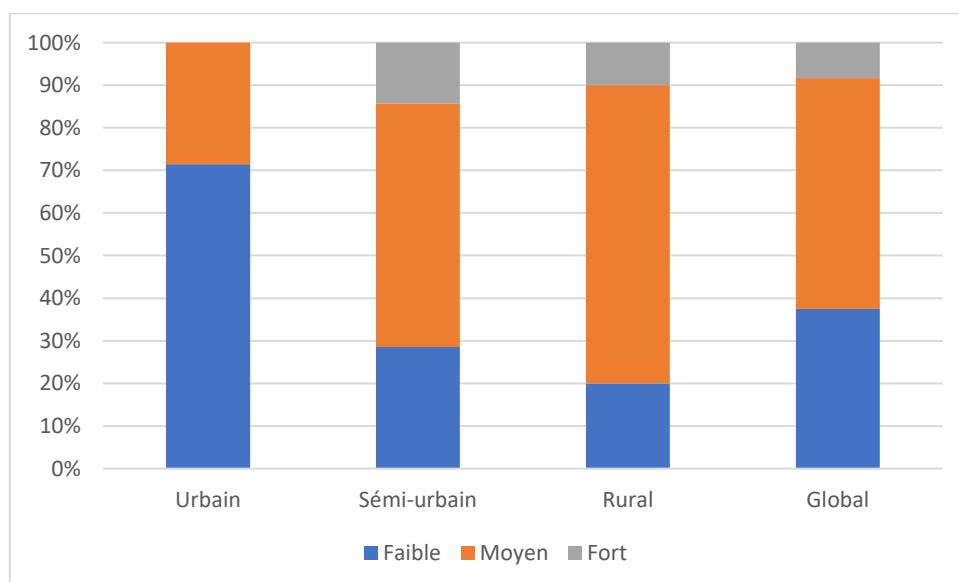


Figure 12 : Répartition des SSD par milieu suivant leur niveau de fonctionnalité

5.3. Les Hôpitaux de District

L'Hôpital de District est l'hôpital de première référence au niveau du DS. Il a pour rôle de dispenser, en plus du Paquet Minimum d'Activités (PMA) dispensé dans les CSI et CMA, d'un Paquet

Complémentaire d'Activités (PCA) permettant de couvrir le maximum de besoins en soins de santé essentiels de qualité de la population. Pour accomplir efficacement ses missions, l'HD doit disposer d'un personnel qualifié selon les normes, d'une infrastructure et des équipements adaptés respectant les normes.

Sur les 31 DS enquêtés, 27 réponses ont été soumises avec données exploitables pour les HD dans la base de données ODK soit 94% des réponses. Parmi les 4 DS n'ayant pas répondu pour les HD, 2 n'en disposaient pas (soit une proportion de 6,45%) et 2 autres n'ont pas répondu pour d'autres raisons.

5.1.4. Informations générales sur la population couverte et le nombre de lits dans les HD

La population moyenne couverte par un HD est d'environ 120.000 habitants et le nombre moyen de lits pour 1000 habitants est de 3,5 avec un minimum de 0,2 et un maximum de 36,1 (tableau 29).

Tableau 29 : Population couverte et nombre de lit dans les HD au Cameroun

	Minimum	Moyenne	Maximum
Population totale Zone d'influence	2225	117091	552552
Capacité d'accueil (Lits montés)	10	64	243
Capacité d'accueil (Lits en réserve)	0	9	30
Nombre total de lits	12	74	273
Nombre de lits pour 1000 habitants	0,2	3,5	36,1

5.1.5. Situation des ressources des HD

Q1.1. Ressources humaines disponibles dans les HD

Le ratio personnel qualifié pour 2000 habitants est en moyenne de 4 avec un minimum de 0 et un maximum de 41. On retrouve en moyenne 2 (0-17) médecins spécialistes, 5 (1-14) médecins généralistes, 21 (3-129) personnels niveau IDE au moins (IDE, IS, SF, TMS), 4 (0-29) personnels niveau IB (IB, IBA, TAL), et 16 (0-69) personnels niveau AS (AS et ATMS). Le personnel administratif est en moyenne de 4 et le personnel d'appui de 12.

44,4% d'HD respectent la norme d'un personnel qualifié pour 2000 habitants contre 56,6% qui ne le respectent pas (tableau 30).

Tableau 30 : Ressources humaines disponibles dans les HD

	Minimum	Moyenne	Maximum
Nombre de médecins spécialistes	0	2	17
Nombre de médecins généralistes	1	5	14
Nombre de personnels SF, IS, IDE, TMS	3	21	129
Nombre de personnels IB, IBA, TAL	0	4	29
Nombre de personnels AS, ATMS	0	16	69

Nombre de personnels administratifs	0	4	11
Nombre de personnels d'appui (chauffeurs, agents d'entretien, gardiens, coursiers, etc.)	1	12	53
Ratio de personnel qualifié pour 2000 habitants	0	4	41

Q1.2. Construction des HD selon les normes

Un peu moins de la moitié (48,1%) d'HD sont construits selon les normes contre 51,9% qui ne le sont pas, comme le montre la figure 13. Les 2 raisons évoquées pour les constructions ne respectant pas les normes sont le manque de financement (principale raison) et le manque d'espace.

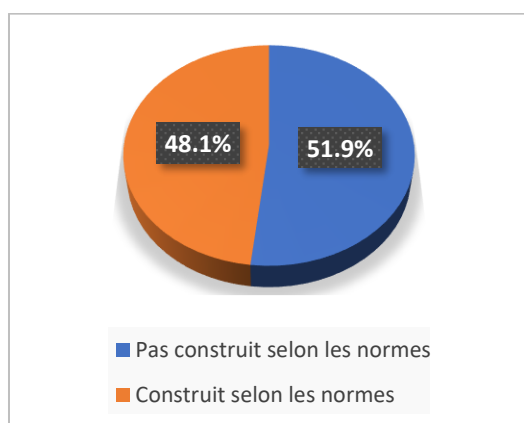


Figure 13 : Répartition des HD selon qu'ils soient construits selon les normes ou pas

Q1.3. Disponibilité des services essentiels pour le PCA dans les HD

Dans l'ensemble, les services essentiels pour le PCA sont disponibles dans au moins 90% d'HD, seule l'unité de radiologie-échographie n'est disponible que dans moins de 65% d'HD (figure 14).

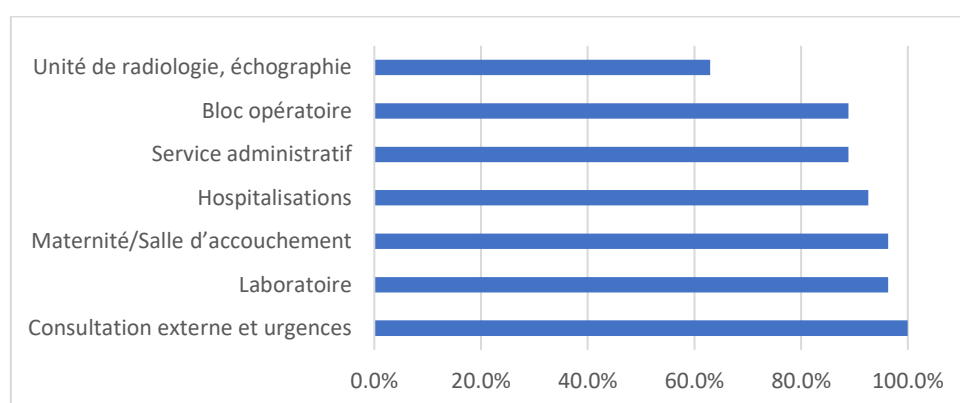


Figure 14 : Disponibilité des services essentiels pour le PCA dans les HD

Q1.4. Environnement hospitalier et disponibilité des commodités connexes

En général, plus de 80% d'HD sont raccordés au réseau national ou local d'électricité, au réseau national ou local d'eau potable, ont des voies d'accès appropriées pour les véhicules en toute saison, et des

panneaux d'orientation vers les services visibles pour les usagers. En revanche, la morgue n'est disponible que dans 66,7% d'HD, la cuisine pour les malades hospitalisés dans 63,0% d'HD, et la clôture étanche dans 51,9% d'HD (tableau 31).

Tableau 31 : Situation de l'environnement hospitalier et des commodités connexes

Situation de l'environnement hospitalier et commodités connexes	Oui		Non	
	N	%	N	%
Raccordement au réseau national d'électricité et/ou disponibilité d'une alternative (énergie solaire, groupe électrogène)	26	96,3%	1	3,7%
Voies d'accès appropriées (accès facile en voiture en toute saison),	24	88,9%	3	11,1%
Raccordement au réseau national ou local d'eau et/ou disponibilité d'une alternative (puits aménagé, réservoir)	24	88,9%	3	11,1%
Panneaux visibles d'orientation des patients et des visiteurs pour retrouver aisément les services	22	81,5%	5	18,5%
Disponibilité d'une morgue pour garder les corps en attendant leur levée (au moins une chambre réservée à cet effet ou petit bâtiment)	18	66,7%	9	33,3%
Disponibilité d'une cuisine pour les patients hospitalisés (espace aménagé et couvert, hangar ou Tente installé hors du bâtiment des soins, avec accès à l'eau courante, poubelle)	17	63,0%	10	37,0%
Disponibilité d'une clôture étanche (maçonnerie ou fils barbelés ou autres matériaux) avec une entrée principale unique	14	51,9%	13	48,1%

Q1.5. Connexion internet dans les HD

40,7% d'HD disposent d'un Modem ou d'une facilité de connexion Internet contre 59,3% qui n'en disposent pas. Les sources de financement du Modem ou de la facilité de connexion Internet sont propres dans 90,9% d'HD, les PTF dans 72,7% d'HD et le Gouvernement dans 63,6% d'HD (tableau 32).

Tableau 32 : Disponibilité et sources de financement du Modem ou de la facilité de connexion Internet dans les HD

Disponibilité et sources de financement du Modem ou autre dans les HD	Oui	
	Effectifs	Fréquences
Connexion Internet (par Modem ou autre)	11	40,7%
Financement propre	10	90,9%
Partenaire Technique et Financier	8	72,7%
Gouvernement	7	63,6%

Q1.6. Logistique de transport disponible au niveau des HD

Seuls 37% d'HD disposent d'une ambulance (médicalisée ou non), 22% d'une équipe d'ambulanciers qualifiés/formés, et 11% d'au moins une moto en appui au véhicule, comme le montre la figure 15.

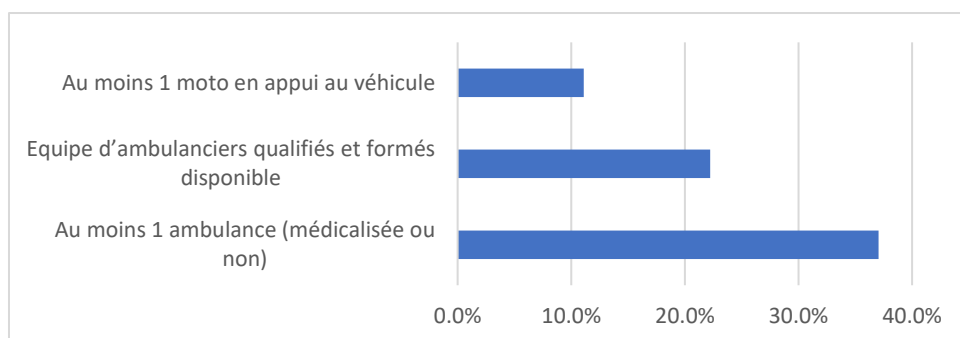


Figure 15 : Disponibilité de la logistique de transport dans les HD

Q1.7. Equipements bureautiques disponibles au niveau de l'HD

60% d'HD disposent d'un ordinateur portable, 67% d'au moins 2 ordinateurs de table (desktop), et 90% d'au moins une imprimante (figure 16).

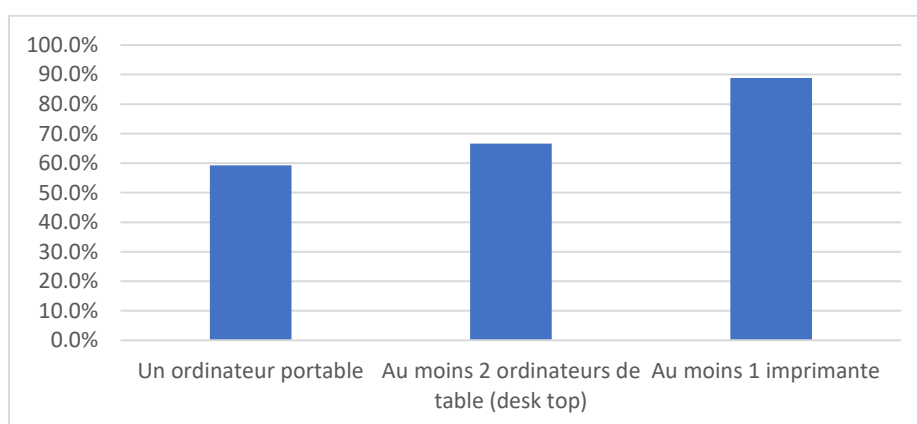


Figure 16 : Disponibilité des équipements bureautiques dans les HD

Q1.8. Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides à l'HD

Plusieurs textes réglementaires et autres outils de références ont été élaborés pour orienter les gestionnaires des FOSA publiques sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion des recettes. Pour cette évaluation, les textes suivants ont été utilisés :

Arrêté 1 : Arrêté N°003/MSP/SAB du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé

Arrêté 2 : Arrêté N°003/MSP/SAB du 16 novembre 1994 fixant les modalités d'attribution des quotes-parts à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques

Arrêté 3 : Arrêté précisant les attributions des comités de gestion des formations sanitaires publiques.

Arrêté 4 : Arrêté N°005/MSP du 15 juillet 1994 fixant les modalités d'affectation interne des recettes destinées aux dépenses dans les formations sanitaires publiques.

Arrêté 5 : Arrêté N°0030/MSP/DU 20 septembre 1999 modifiant et complétant certaines dispositions de l'arrêté N°005/MSP du 15 juillet 1994 fixant les modalités d'affectation interne des recettes destinées aux dépenses dans les formations sanitaires publiques.

Sur les 27 HD étudiés, environ 26% seulement d'HD disposent de l'ensemble des 5 Textes spécifiés contre 74,1% qui n'en disposeraient qu'une partie (figure 17).

C'est l'Arrêté portant sur les modalités d'attribution des quotes-parts qui est le plus disponible (55% d'HD), ensuite vient l'Arrêté sur les attributions des comités de gestion des FOSA publiques (44% d'HD), puis l'Arrêté portant sur les recettes affectées (40% d'HD).

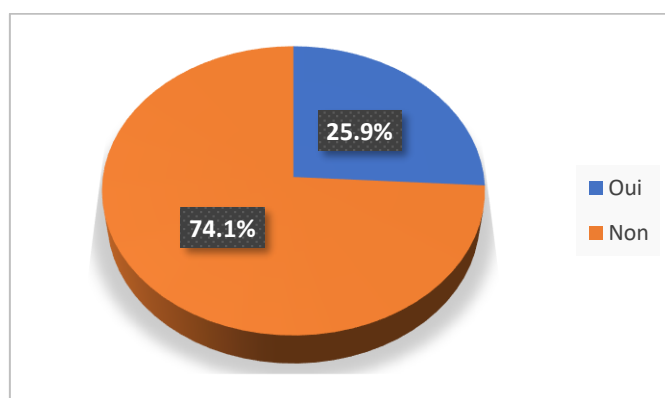


Figure 17 : Répartition des HD suivant qu'ils disposent de l'ensemble des Textes spécifiés portant sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion des recettes de l'Hôpital ou pas

5.1.6. Situation de mise en œuvre des activités (fonctionnalité des HD)

Q2.1 Organisation du travail au sein de l'hôpital

44,4% d'HD disposent de tous les outils d'organisation spécifiés contre 55,6% qui n'en disposeraient qu'une partie (figure 18).

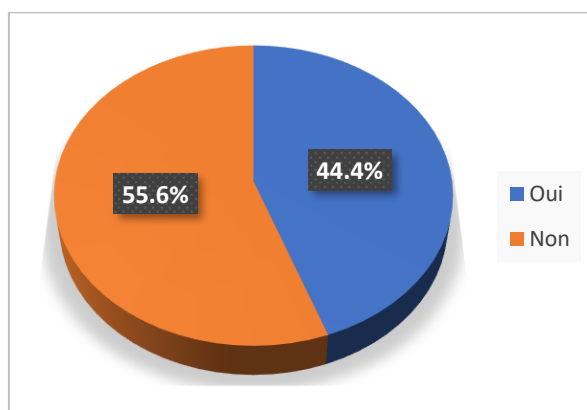


Figure 18 : Disponibilité de tous les outils d'organisation spécifiés dans les HD

L'organigramme existe et est affiché ou bien rangé dans près de 80% d'HD, les différents postes de responsabilité sont pourvus en personnel qualifié dans 77% d'HD et le planning de départ en congés du personnel pour l'année en cours existe dans 68% d'HD (figure 19).

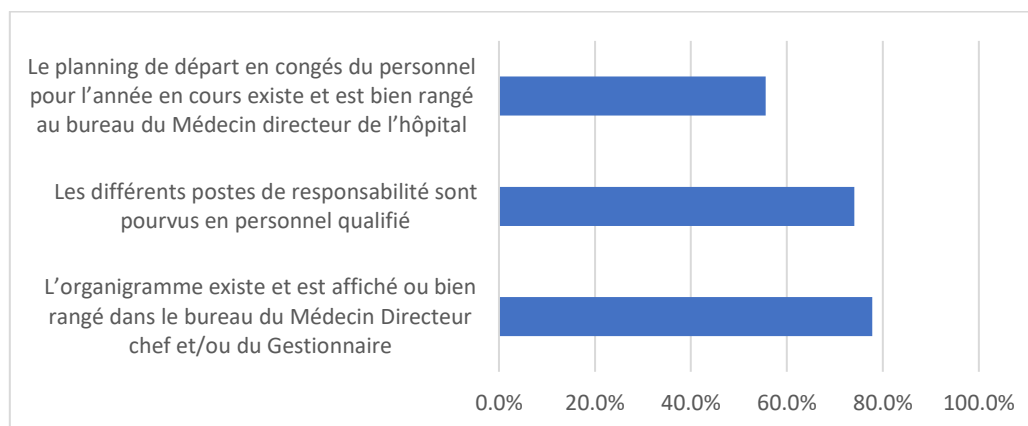


Figure 19 : Fréquence de la disponibilité des outils d'organisation spécifiés dans les HD

Q2.2. Planification stratégique et opérationnelle

48,1% d'HD disposent de tous les outils de planification stratégique et opérationnelle contre 51,9% qui n'en disposeraient qu'une partie (Cf. figure 20).

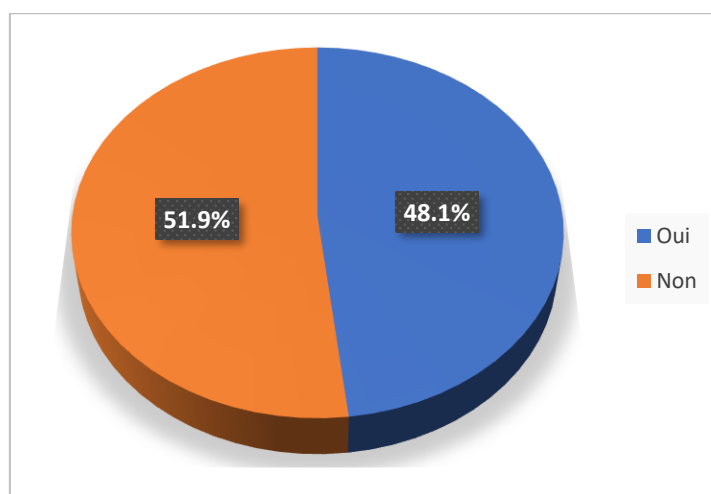


Figure 20 : Répartition des HD suivant qu'ils disposent de l'ensemble des outils de planification stratégique et opérationnelle ou pas

Les outils de planification opérationnelle sont disponibles dans la presque totalité d'HD (96,3%) tandis que l'outil de planification stratégique n'est disponible que dans 51,9% d'HD comme le montre le tableau 33.

Tableau 33 : Fréquence de la disponibilité des outils de planification stratégique et opérationnelle dans les HD

Disponibilité des outils de planification dans les HD		Effectifs	Fréquences
Le projet d'établissement de l'hôpital pour la période en cours (durée= 3 à 5 ans) est disponible	NON	13	48,1%
	OUI	14	51,9%
Les activités de l'hôpital sont planifiées sur le plan hebdomadaire, mensuel et trimestriel	NON	1	3,7%
	OUI	26	96,3%
La planification des jours et des horaires de travail de toutes les équipes est disponible, à jour et affichée visiblement au niveau du bloc administratif ou dans les services	NON	1	3,7%
	OUI	26	96,3%

Q2.3. Un environnement favorable induisant la demande des services de l'HD

Rien que 3,7% d'HD remplissent l'ensemble de critères d'un environnement favorable induisant la demande des services (figure 21).

Les critères remplis par la grande majorité d'HD sont : les tarifs des soins et autres services affichés (100%), la disponibilité et permanence des services clés (96%), la propreté acceptable de la cour de l'hôpital (92%), les indications des services par des écrits ou images (92%), les blocs de latrines suffisants (85%), l'énergie alternative (81%). L'existence d'un moyen de téléphone n'est notée que dans 72% d'HD (figure 22).

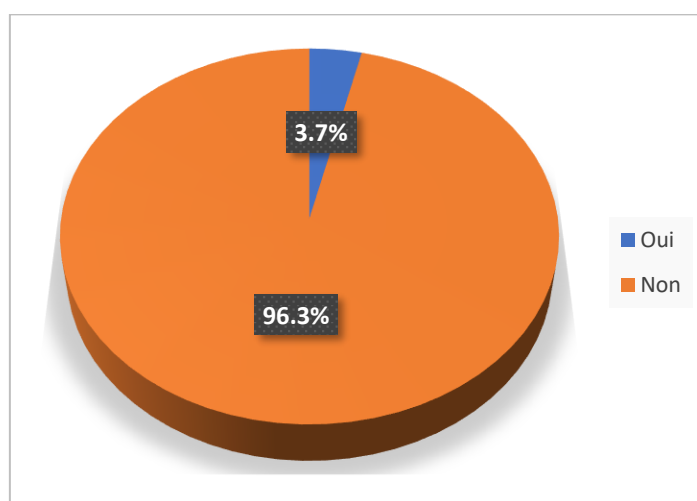


Figure 21 : Répartition des HD suivant qu'ils remplissent tous les critères d'un environnement favorable induisant la demande des services ou pas

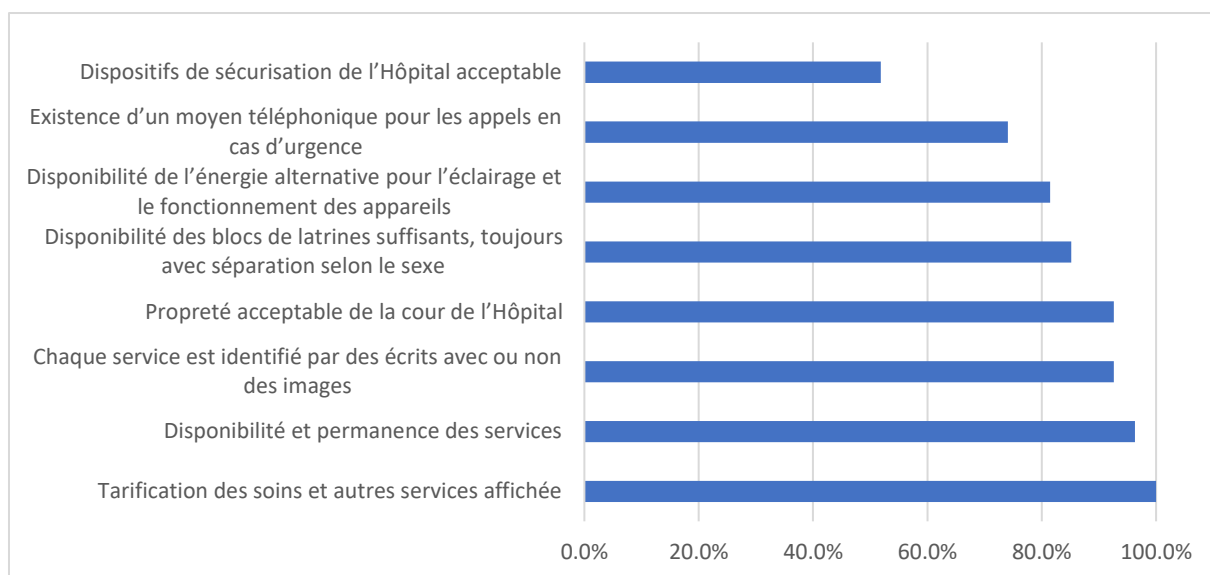


Figure 22 : Fréquence des critères d'un environnement favorable induisant la demande de service remplis par les HD

Q2.4. Le Comité de gestion de l'HD est fonctionnel

55,6% d'HD ont un Comité de gestion fonctionnel contre 44,4% qui ne sont pas fonctionnel (figure 23).

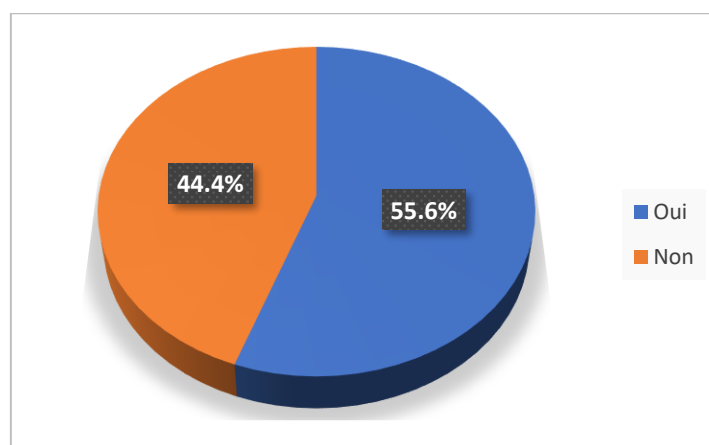


Figure 23 : Répartition des HD suivant que le Comité de gestion est fonctionnel ou pas

Les Comités de gestion sont constitués selon les normes dans 88,9% des cas, ses décisions sont communiquées formellement à tous le personnel et les usagers dans 74,1%, et les PV ou comptes-rendus des réunions existent et sont accessibles dans 63,0% des cas (tableau 34).

Tableau 34 : Constitution et opérationnalisation des Comités de gestion des HD

Items liés aux Comités de gestion des HD		Effectifs	Fréquences
Existe-t-il un Comité de Gestion de l'Hôpital constitué selon les normes ?	NON	3	11,1%
	OUI	24	88,9%
Les décisions du Comité sont communiquées formellement à tout le personnel et aux usagers	NON	7	25,9%
	OUI	20	74,1%
Les Procès-verbaux/compte rendu/rapports des deux dernières réunions existent et sont accessibles pour une éventuelle consultation	NON	10	37,0%
	OUI	17	63,0%

Q2.5. L'HD a un programme de promotion de la santé avec des thèmes spécifiés

48,1% d'HD disposent d'un programme de promotion de la santé avec tous les thèmes spécifiés contre 51,9% qui n'en disposent pas ou partiellement (figure 24).

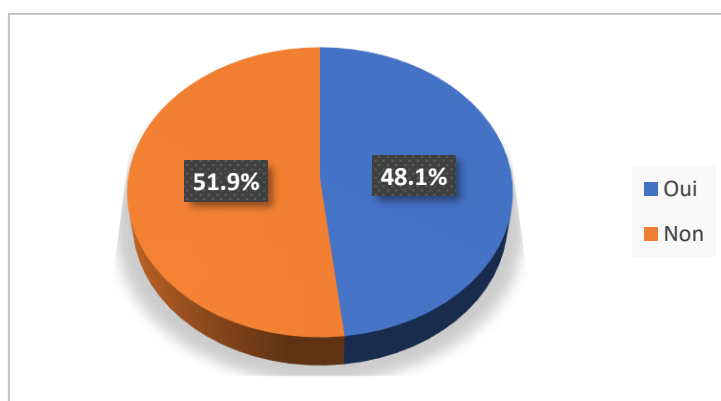


Figure 24 : Répartition des HD suivant qu'ils ont un programme de promotion de la santé avec l'ensemble des thèmes spécifiés ou pas

Comme on peut le voir sur le tableau 35, les thèmes du programme de promotion de la santé portent principalement sur la planification familiale (100% de cas), les maladies infectieuses et parasitaires (96,3% des cas), les facteurs de risque des maladies non transmissibles (70,4% des cas), le dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus (55,6% des cas).

Tableau 35 : Les différents thèmes du programme de promotion de la santé des HD

Thèmes du programme de promotion de la santé des HD		Effectifs	Fréquences
Les facteurs de risque de maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, cancers, etc.)	NON	8	29,6%
	OUI	19	70,4%
La planification familiale	NON	0	0,0%
	OUI	27	100,0%
Les maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, IST/VIS/SIDA, Tuberculose, Fièvre typhoïde, COVID-19, etc.)	NON	1	3,7%
	OUI	26	96,3%
Le dépistage précoce des cancers du sein et de l'utérus	NON	12	44,4%
	OUI	15	55,6%

Q2.6. L'HD organise des activités de prévention des maladies infectieuses et de suivi des cas à haut risque avec du personnel qualifié, formé et dans des conditions acceptables (local et équipements)

Les HD qui organisent toutes les activités spécifiées de prévention des maladies infectieuses et de suivi des cas à haut risque avec du personnel qualifié, formé et dans des conditions acceptables représentent 59,3%, contre 40,7% qui ne le font pas (figure 25).

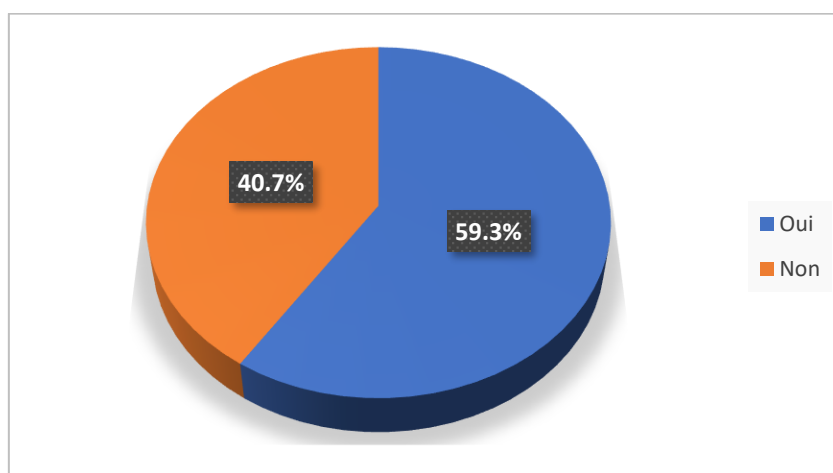


Figure 25 : Répartition des HD suivant qu'ils organisent toutes les activités spécifiées de prévention des maladies infectieuses et de suivi des cas à haut risque avec du personnel qualifié, formé et dans des conditions acceptables

Comme le montre le tableau 36, les activités de prévention dans les HD portent principalement sur le conseil et dépistage du VIH (100% des cas), la PTME (100% de cas), les consultations, conseils et interventions clés en planification familiale (100% de cas), les consultations et suivi des grossesses à haut risques référées par les CSI/CMA (96,3% de cas), la vaccination des femmes enceintes, nouveau-nés et nourrissons (92,6% de cas), la prévention et contrôle des infections nosocomiales (88,9% de cas), le fonctionnement d'une unité d'isolement des cas de MAPE (74,1% de cas).

Tableau 36 : Les différentes activités de prévention des maladies infectieuses et de suivi des cas à haut risque organisées par les HD

Activités de prévention des maladies		Effectifs	Fréquences
Prévention de la transmission mère et enfant à VIH (PTME)	NON	0	0,0%
	OUI	27	100,0%
Consultation & suivi des grossesses à haut risque référées par les CSI/CMA	NON	1	3,7%
	OUI	26	96,3%
Vaccination des femmes enceintes, des nouveaux-nés et des nourrissons (PEV)	NON	2	7,4%
	OUI	25	92,6%
Consultation, conseils & interventions clés (DIU + implant) en Planification familiale)	NON	0	0,0%
	OUI	27	100,0%
Conseil et dépistage volontaire (VIH/SIDA, Hépatites)	NON	0	0,0%
	OUI	27	100,0%
Fonctionnement d'une unité d'isolement des cas des MAPE (Maladies à Potentiel Epidémique)	NON	7	25,9%
	OUI	20	74,1%
Prévention et contrôle des infections nosocomiales (stérilisation du matériel de soin, port de masque, de gants, lavage des mains au savon, utilisation de la solution hydro alcoolique, etc.)	NON	3	11,1%
	OUI	24	88,9%

Q2.8. L'HD met en œuvre certaines activités du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) avec du personnel qualifié, formé et dans des conditions acceptables (local et équipements)

Seuls 25,9% d'HD mettent en œuvre toutes les activités spécifiées du PCA avec du personnel qualifié, formé et dans des conditions acceptables, contre 74,1% qui ne le font pas ou partiellement (figure 26).

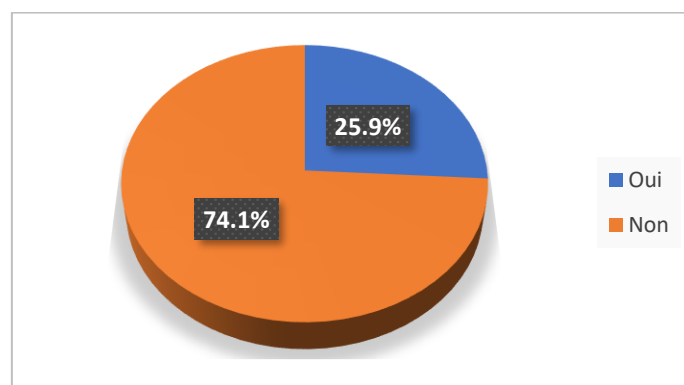


Figure 26 : Répartition des HD suivant qu'ils mettent en œuvre toutes les activités du PCA spécifiées ou pas

Comme le montre le tableau 37, les activités spécifiées du PCA pratiquées dans les HD portent principalement sur le suivi et prise en charge des PVVIH (100% des cas), la prise en charge des urgences chirurgicales courantes (96,3% de cas), la pratique de la transfusion sanguine (96,3% de cas), la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales (92,6% de cas), la prise en charge des affections chroniques (92,6% de cas), la prise en charge de la malnutrition sévère (85,2% de cas), le diagnostic et le traitement de la Tuberculose (82,5% de cas), l'existence d'un mécanisme pour référer les cas nécessitant des soins

appropriés dans des hôpitaux de haut niveau (81,5% de cas), la prise en charge du nouveau-né prématuré (37,0% de cas).

On remarque que la prise en charge du nouveau-né prématuré reste très peu pratiquée dans les HD.

Tableau 37 : Les différentes activités du PCA mises en œuvre dans les HD

Activités du PCA pratiquées dans les HD	Oui		Non	
Suivi et PEC des PVVIH	27	100,0%	0	0,0%
PEC des urgences chirurgicales courantes (grandes plaies, fractures, hernie étranglée, appendicite, rétention aiguë d'urine, torsion de testicule, etc.)	26	96,3%	1	3,7%
Pratique de la transfusion sanguine sécurisée	26	96,3%	1	3,7%
PEC des urgences gynéco-obstétricales (césarienne, grossesse extra-utérine (GEU), avortements, autres saignements gynécologiques)	25	92,6%	2	7,4%
PEC des affections chroniques (HTA, Diabète, asthme, mal gastrique, rhumatisme ...)	25	92,6%	2	7,4%
PEC des cas de malnutrition sévère	23	85,2%	4	14,8%
Diagnostic et traitement de la Tuberculose	22	81,5%	5	18,5%
Existence d'un mécanisme pour référer les cas nécessitant des soins appropriés dans des hôpitaux de haut niveau	22	81,5%	5	18,5%
PEC du nouveau-né prématuré (existence d'au moins 2 couveuses fonctionnelles)	10	37,0%	17	63,0%

Q2.9. Qualité technique des Consultations externes à l'HD

55,6% d'HD remplissent tous les critères spécifiés de qualité technique des consultations externes, contre 44,4% qui ne le font pas ou partiellement (figure 27).

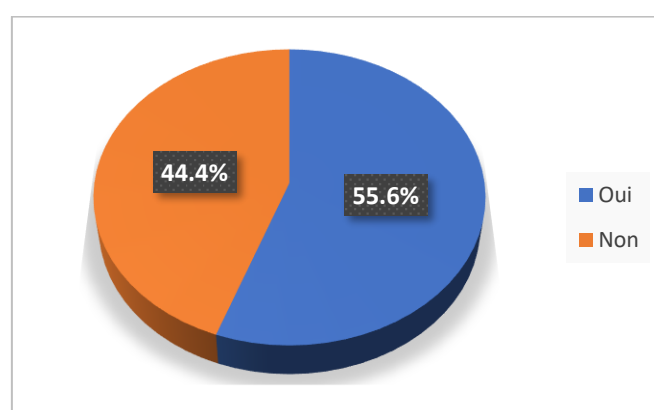


Figure 27 : Répartition des HD suivant que les critères spécifiés de qualité technique des consultations externes soient remplis totalement ou pas

Comme le montre le tableau 38, les critères de qualité des consultations externes remplis par la grande majorité d'HD sont : les tarifs affichés et visibles (100%), le bureau de consultation commode (96,3%),

l'existence de mécanismes de tri et d'orientation (92,6%), l'existence de documents pour les guides diagnostics (92,6%), les équipements essentiels de consultation disponibles (88,9%), l'espace d'attente acceptable (88,9%), l'existence de documents sur les guides thérapeutiques et les posologies des médicaments (70,4%).

Tableau 38 : Critères de qualité technique des consultations externes remplis par les HD

Critères de qualité technique des consultations externes		Effectifs	Fréquences
Espace d'attente acceptable (capacité, aération, propreté)	NON	3	11,1%
	OUI	24	88,9%
Tarifs affichés et visibles	NON	0	0,0%
	OUI	27	100,0%
Bureau de consultation commode (espace, aération, éclairage, propreté)	NON	1	3,7%
	OUI	26	96,3%
Existence d'un mécanisme de tri et d'orientation des patients	NON	2	7,4%
	OUI	25	92,6%
Équipements essentiels disponibles (tensiomètre, stéthoscope, pèse-personne (adulte et enfant), thermo-flash ou thermomètre pour chaque patient, otoscope)	NON	3	11,1%
	OUI	24	88,9%
Existence de documents pour les guides diagnostics	NON	2	7,4%
	OUI	25	92,6%
Existence de documents sur les posologies (Dictionnaire Vidal ou autres)	NON	8	29,6%
	OUI	19	70,4%

Q2.13. Organisation des services spécialisés au sein de l'HD par un personnel qualifié et formé

48% d'HD organisent avec un personnel qualifié formé des services d'odontostomatologie, 45% les services d'ophtalmologie, 23% les services de santé mentale / psychiatrie, et seuls 11% organisent les services d'ORL (figure 28).

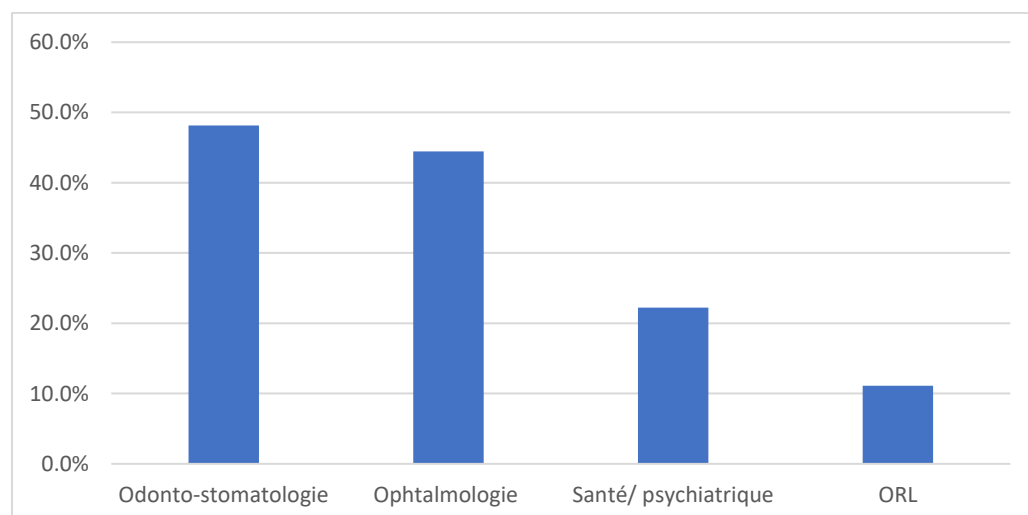


Figure 28 : Proportion d'HD organisant chacun des 4 services spécifiés avec du personnel qualifié et formé

Q2.14. Le Laboratoire de l'HD réalise des analyses selon les normes+

33,3% d'HD réalisent l'ensemble des 15 analyses spécifiés selon les normes, contre 66,7% qui ne le font pas ou partiellement (figure 29).

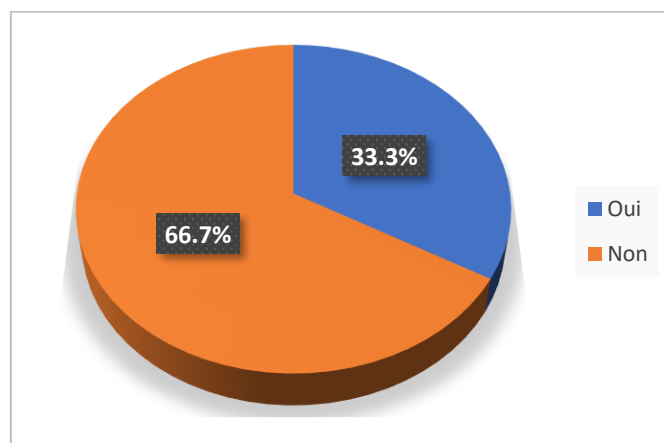


Figure 29 : Répartition des HD suivant qu'ils réalisent l'ensemble des 15 analyses spécifiées selon les normes ou pas

On note que parmi les 15 analyses de laboratoire spécifiées, 6 sont réalisées dans 100% d'HD selon les normes, 5 sont réalisées dans plus de 90% d'HD selon les normes, et 5 sont réalisées dans plus de 80% d'HD selon les normes. On note une faible disponibilité d'un réfrigérateur pour garder les poches de sang, soit dans 55% d'HD seulement (figure 30).

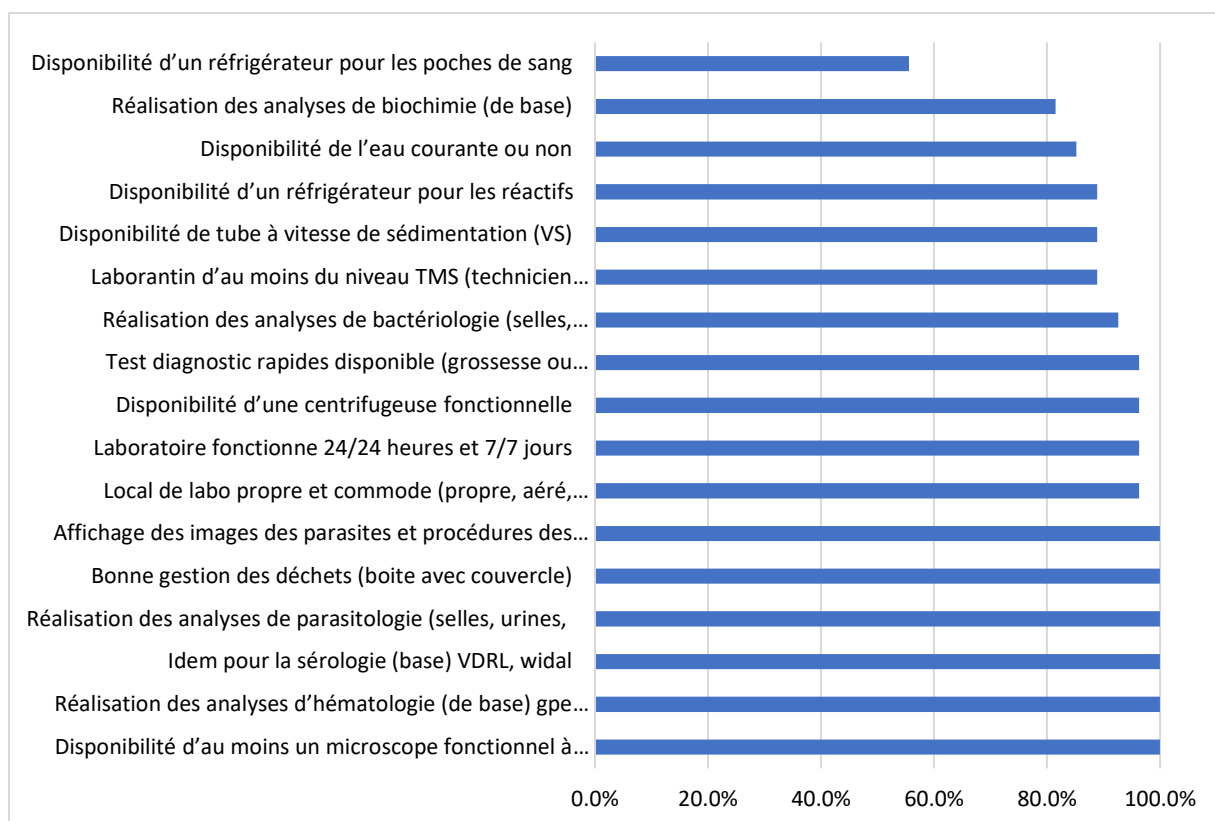


Figure 30 : Proportion d'HD réalisant chacun des 15 analyses spécifiées selon les normes

Q2.19. Situation de la PCI au sein de l'HD

37,0% d'HD respectent l'ensemble des 4 conditions spécifiées de la PCI, contre 63,0% qui ne le font pas ou partiellement (figure 31).

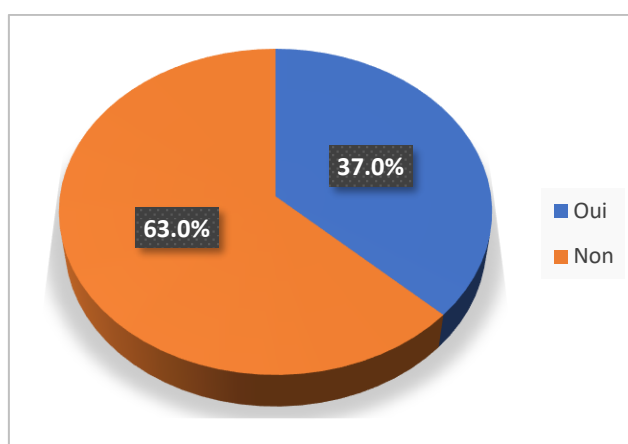


Figure 31 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 4 conditions spécifiées de la PCI ou pas

Comme le montre la figure 32, moins de 50% d'HD disposent d'un incinérateur fonctionnel. En revanche, tous les HD disposent d'une unité de stérilisation fonctionnelle, plus de 95% disposent d'une

fosse à ordures et près de 85% disposent d'une fosse à placenta (plus autres déchets tissulaires) bien isolé et fonctionnelle.

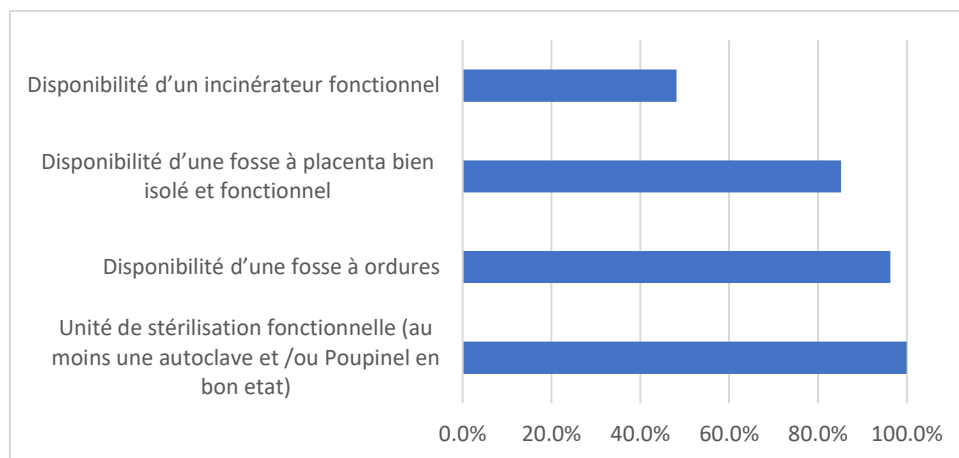


Figure 32 : Proportion d'HD respectant chacun des 4 conditions spécifiées de la PCI

Q2.21. La qualité technique des soins est respectée au sein de l'HD

Seuls 18,5% d'HD respectent l'ensemble des 10 critères spécifiés de qualité technique des soins, contre 81,5% qui ne le font pas ou partiellement (figure 33).

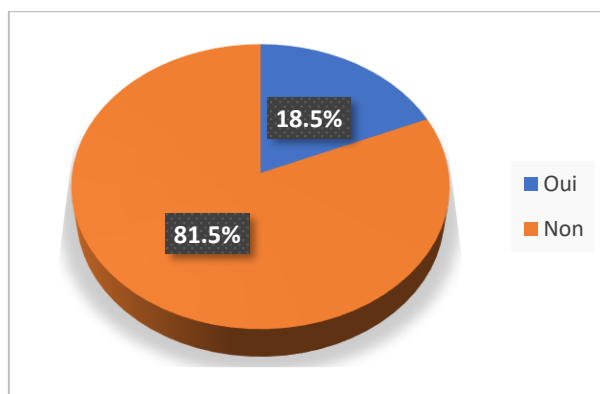


Figure 33 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 10 critères spécifiés de qualité technique des soins ou pas

Comme le montre la figure 34, la formation continue, le système d'émulation du personnel et le système de gratification des meilleurs agents sont les critères de qualité technique les moins respectés dans les HD avec entre 37% et moins de 60% d'HD qui les respectent.

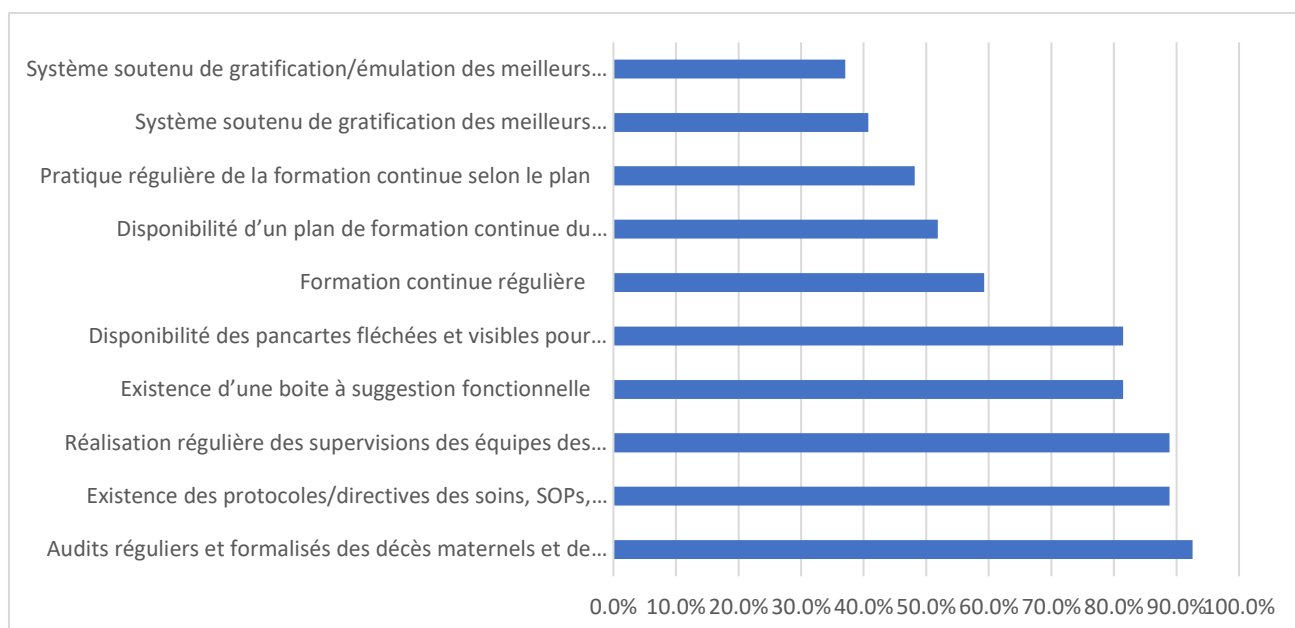


Figure 34 : Proportion d'HD respectant chacun des 10 critères spécifiés de qualité technique des soins

Q2.23. Gestion de la pharmacie de l'HD

Seuls 37,0% d'HD respectent l'ensemble des 8 critères spécifiés de bonne gestion de la pharmacie de l'HD, contre 63,0% qui ne le font pas ou partiellement (figure 35).

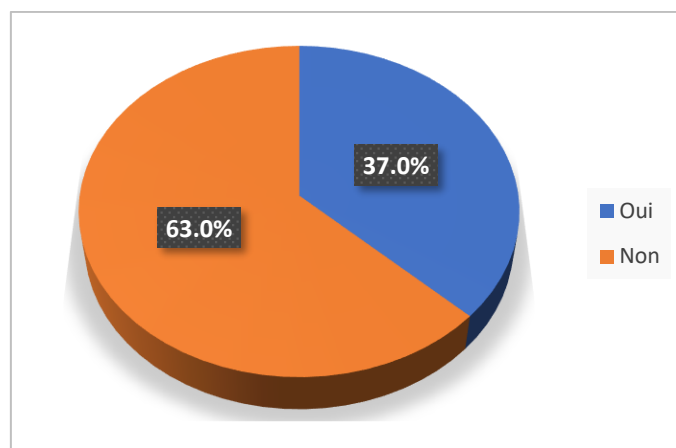


Figure 35 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 8 critères de bonne gestion de la pharmacie de l'HD ou pas

Parmi tous les 8 critères de bonne gestion de la pharmacie de l'HD, on remarque que le local de la pharmacie est propre, bien aéré et sécurisé dans 100% d'HD, 4 autres critères sont respectés dans plus de 80% d'HD et 3 autres le sont dans plus de 70% d'HD (figure 36).

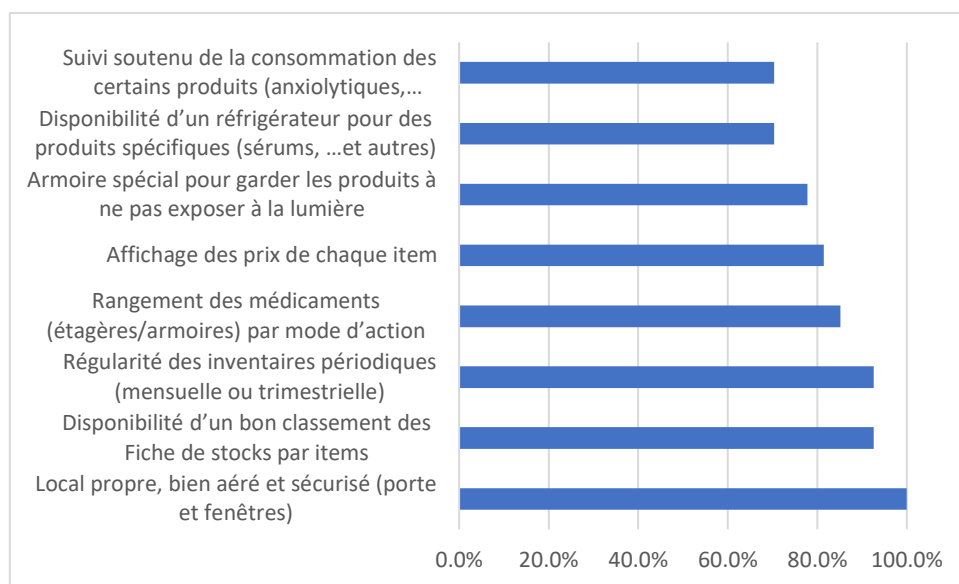


Figure 36 : Proportion d'HD respectant chacun des 8 critères spécifiés de bonne gestion de la pharmacie de l'HD

Q2.24. Gestion du système d'information hospitalier pour l'action

Rien que 11,1% d'HD respectent l'ensemble des 10 critères spécifiés de bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action, contre 88,9% qui ne le font pas ou partiellement (figure 37).

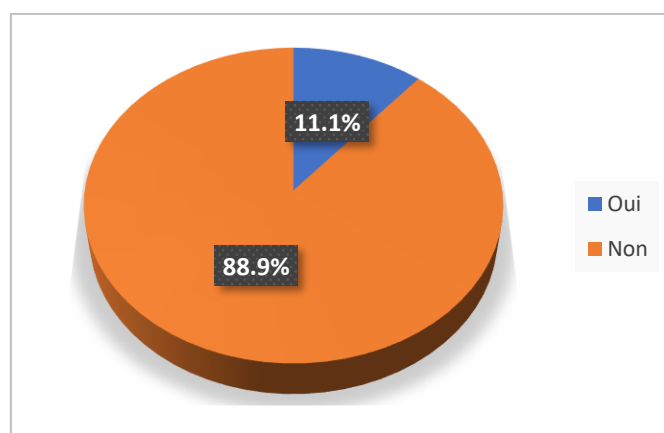


Figure 37 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 10 critères de bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action ou pas

Comme le montre la figure 38, 100% d'HD sont impliqués dans le système de surveillance épidémiologique, que les informations sanitaires sont bien archivées et les rapports périodiques diffusés dans près de 90% et plus d'HD, et qu'environ 30% d'HD ont une ébauche d'informatisation des dossiers médicaux.

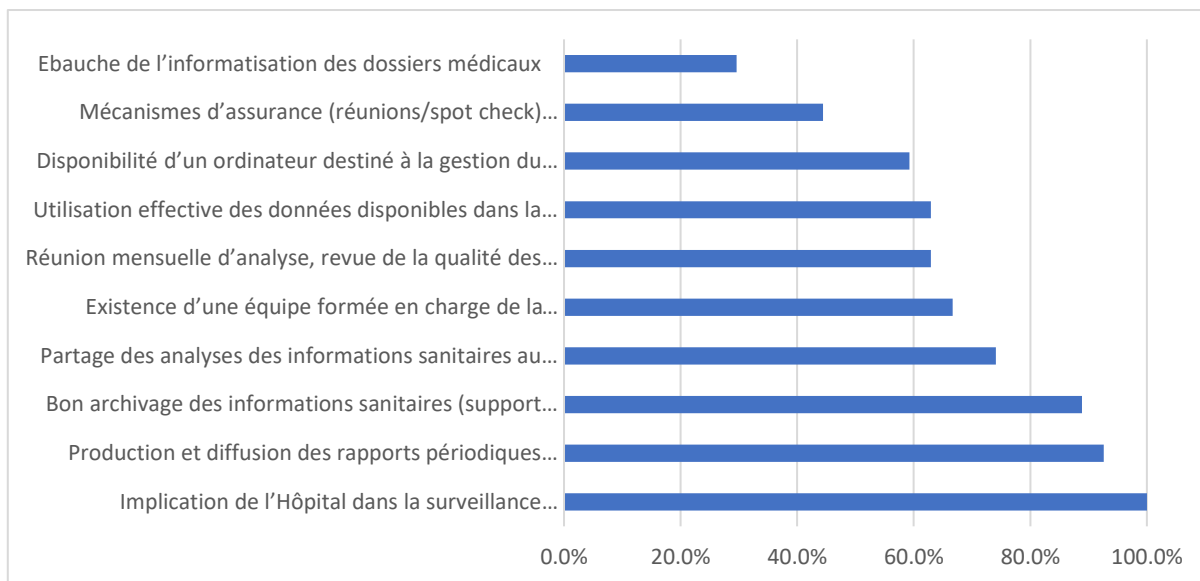


Figure 38 : Proportion d'HD respectant chacun des 10 critères spécifiés de bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action

Q2.25. Gestion des finances de l'HD selon les procédures en vigueur

Seuls 37,0% d'HD respectent l'ensemble des 7 critères spécifiés de bonne gestion des ressources financières de l'HD, contre 63,0% qui ne le font pas ou partiellement (figure 39).

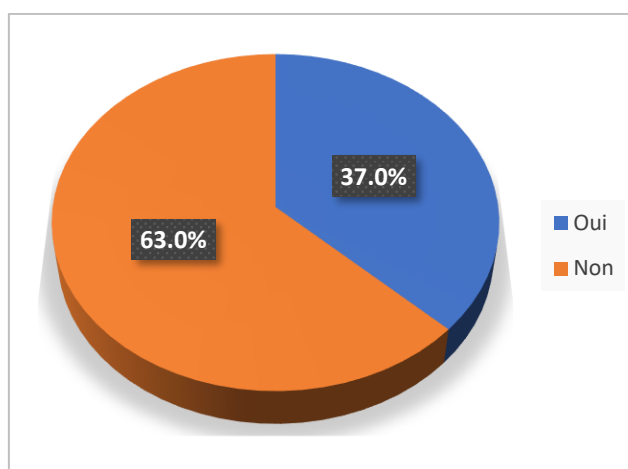


Figure 39 : Répartition des HD suivant qu'ils respectent l'ensemble des 7 critères de bonne gestion des ressources financières de l'hôpital ou pas

Comme le montre la figure 40, tous les HD font un bon archivage des pièces justificatives, 97% d'HD établissent mensuellement et régulièrement les rapports de trésorerie, près de 90% disposent d'une équipe formée en charge de la gestion des finances de l'hôpital, et la disponibilité d'un ordinateur pour la gestion des finances de l'hôpital n'est que d'environ 50%.

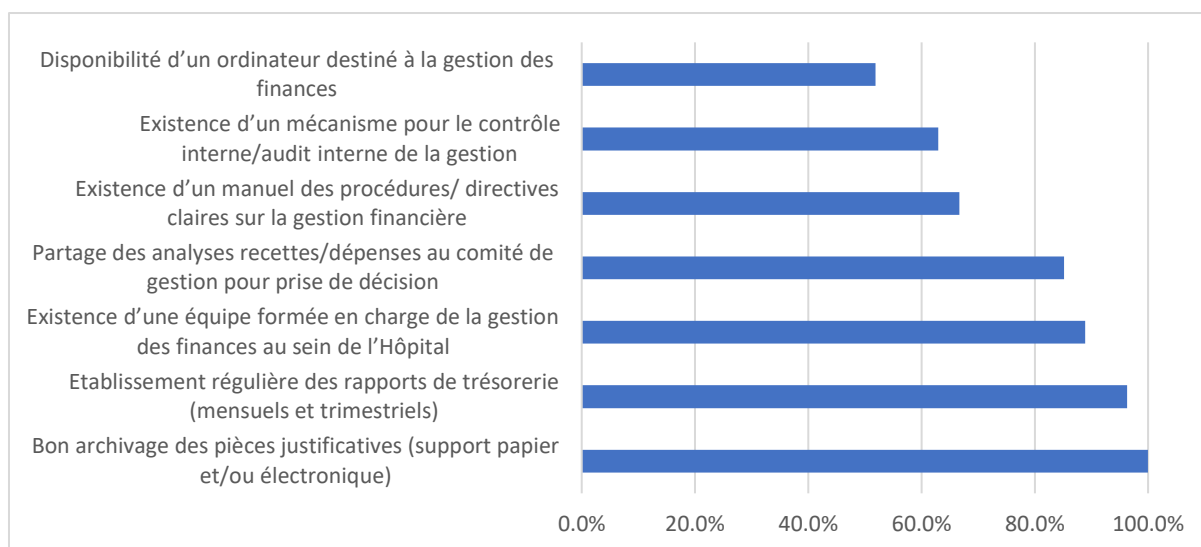


Figure 40 : Proportion d'HD respectant chacun des 7 critères spécifiés de bonne gestion des ressources financières de l'HD

5.1.7. Analyse des niveaux de ressources et de fonctionnalité des HD au Cameroun

Comme le montre le tableau 39, globalement les HD étudiés ont un niveau moyen de ressources de 41,1% (11,7% - 87,0%). Celui de la fonctionnalité est de 77,0% (44,0% - 94,0%).

Tableau 39 : Statistiques générales des scores des HD

Scores générales des HD	Minimum	Moyenne	Maximum
Scores des Ressources des HD (en %)	11,7	41,1	87,0
Scores fonctionnalité des HD (en %)	44,0	77,0	94,0

Le niveau moyen de ressources est plus élevé en milieu urbain (63,0%) par rapport au milieu semi-urbain (38,9%) et au milieu rural (31,1%).

Le niveau moyen de fonctionnalité est presque identique en milieu urbain (85,0%) qu'en milieu semi-urbain (84,2%) ; il n'est que de 66,5% en milieu rural (tableau 40).

Tableau 40 : Statistiques des scores des HD selon le milieu

Scores des HD selon le milieu		Milieu		
		Urbain	Semi-urbain	Rural
Scores des Ressources des HD (en %)	Minimum	40,9	16,4	11,7
	Moyenne	63,0	38,9	31,1
	Maximum	87,0	73,3	54,9
Scores fonctionnalité des HD (en %)	Minimum	58,1	50,8	44,3
	Moyenne	85,0	84,2	66,5
	Maximum	94,2	93,8	84,6

On peut remarquer sur la figure 41 que 62,0% des HD ont un niveau de ressources faible, 35,0% un niveau de ressources moyen, et seuls 3,0% des HD ont un niveau de ressources élevé.

Le milieu urbain est le seul disposant d'HD ayant un niveau de ressources élevé (c'est-à-dire supérieur à 80%). Le milieu semi-urbain a 70% et le milieu rural a plus de 80% d'HD à faible niveau de ressources.

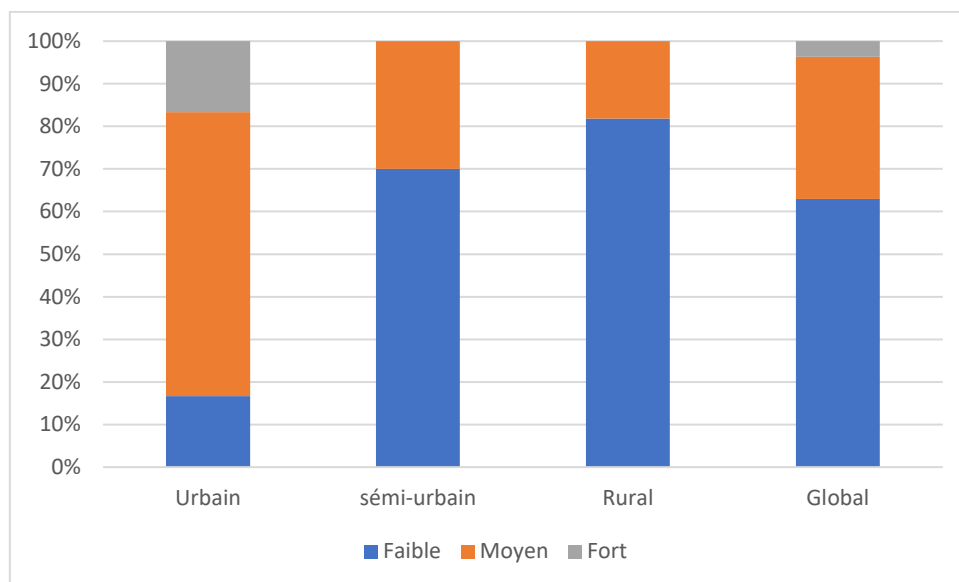


Figure 41 : Répartition des HD suivant leurs niveaux de ressources.

Seuls 7% d'HD ont un niveau de fonctionnalité faible, 41% ont un niveau de fonctionnalité moyen et 52% ont un niveau de fonctionnalité élevé. Ce n'est que dans le milieu rural qu'on a des HD à faible niveau de fonctionnalité (environ 18%) tandis que les HD à moyen niveau de fonctionnalité y sont les plus nombreux (72%). Les milieux urbain et semi-urbain ont un nombre assez élevé d'HD à fort niveau de fonctionnalité, respectivement 83% et 80%. On n'y trouve pas d'HD à faible niveau de fonctionnalité (figure 42).

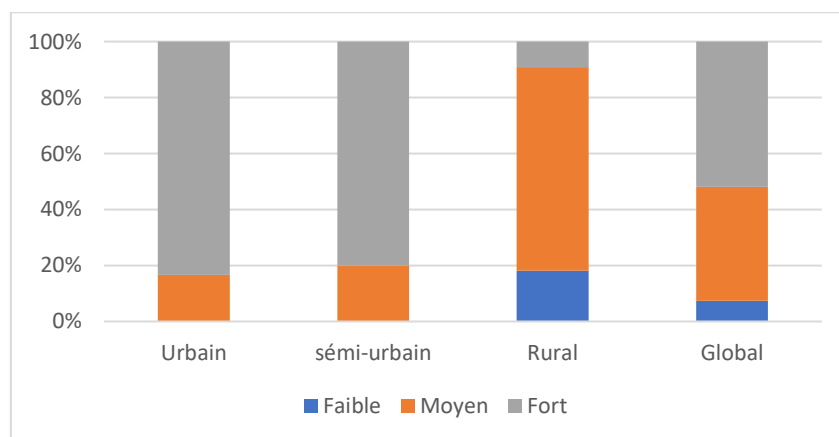


Figure 42 : Répartition des HD suivant leurs niveaux de fonctionnalité (mise en œuvre du PMA/PCA)

5.4. Les CSI/CMA et CSP/CMP

5.1.8. Informations générales sur les CSI/CMA et CSP/CMP

Les données générales issues de l'analyse de l'échantillon des 140 CSI/CMA et CSP/CMP étudiés sont présentées dans le tableau 41. On note que la population moyenne couverte par la FOSA est d'environ 8.991 habitants avec un minimum de 65 habitants et un maximum de 54.962 habitants.

Tableau 41 : Informations générales sur les CSI/CMA et CSP/CMP

Données générales sur les CSI/CMA et CSP/CMP	Minimum	Moyenne	Maximum
Population totale de l'aire de santé (AS)	300	16965	115957
Population couverte par la FOSA	65	8991	54962
Part de la population d'accès difficile	0,0%	108,9	9300,0%
Population couverte < 5 km	0	6139	205623
Population d'accès difficile (> 5 Km):	0	18295	2001639

Il y'a certainement des erreurs sur ces données car pour plusieurs FOSA, on a la somme de la population à plus de 5km et celle à moins de 5 km supérieure à la population couverte.

5.1.9. Situation des ressources des CSI/CMA et CSP/CMP

Q1.1. Ressources humaines selon les normes

Le ratio personnel qualifié pour 2000 habitants est en moyenne de 2,6 avec un minimum de 0,1 et un maximum de 73,3. On y trouve en moyenne 4 (0-50)personnels niveau IDE au moins (IDE, IS, SF, TMS), en moyenne 1 (0-15)personnel niveau IB (IB, IBA, TAL), en moyenne 4 (0-51)personnels niveau AS (AS et ATMS), et en moyenne 1 (0-20) pharmacien/commis. Le personnel administratif est en moyenne de 1 et le personnel d'appui de 2 (tableau 42).

Tableau 42 : Disponibilité moyenne des ressources humaines dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Disponibilité du personnel dans les CSI/CMA et CSP/CMP	Minimum	Moyenne	Maximum
1. Personnel Sage-femme, Infirmier Supérieur, Infirmier Diplômé d'Etat, Technicien Médico-Sanitaire (a)	0	4	50
2. Personnel Infirmier Breveté, Infirmier Breveté Adjoint, Technicien Adjoint de Laboratoire (b)	0	1	15
3. Personnel Aide-soignant, Agent Technique Médico-Sanitaire (c)	0	4	51
4. Pharmacien / commis (d)	0	1	20
5. Personnel administratif (e)	0	1	11
6. Personnel d'appui (chauffeurs, agents d'entretien, gardiens, coursiers, ...etc.) (f)	0	2	53
Ratiodepersonnelqualifiépour2000habitants	0,1	2,6	73,3

50,7% des CSI/CMA et CSP/CMP respectent la norme d'un personnel qualifié pour 2000 habitants contre 49,3% qui ne le respectent pas (figure 43).

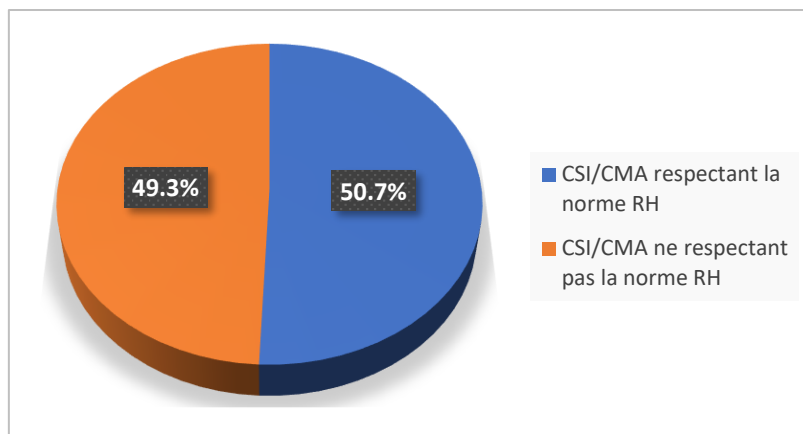


Figure 43 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils respectent la norme d'au moins un personnel qualifié pour 2000 habitants ou pas

Q1.2. Construction des CSI/CMA et CSP/CMP selon les normes

61,4% des CSI/CMA et CSP/CMP sont construits selon les normes contre 38,6% qui ne le sont pas (figure 44).

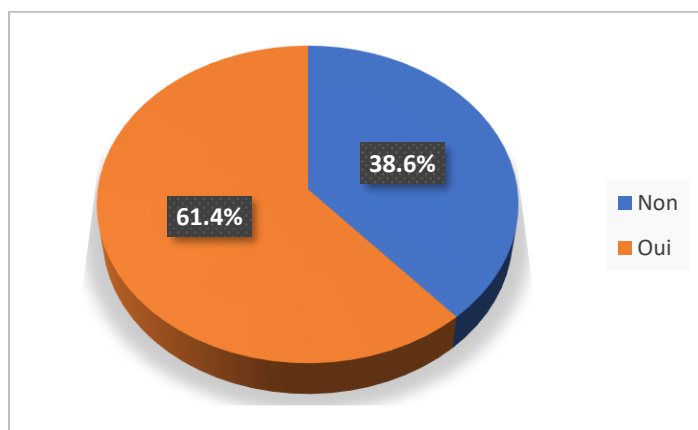


Figure 44 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils soient construits selon les normes ou pas

Le principal critère qui permet de dire que les constructions ne respectent pas les normes est le bâtiment considéré comme étant étroit (figure 45).

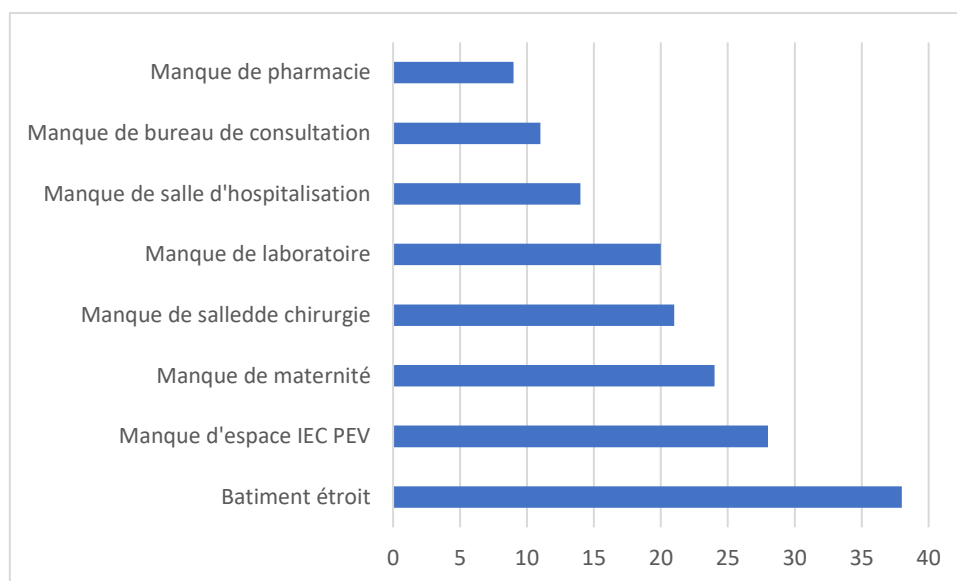


Figure 45 : Raisons pour lesquelles les CSI/CMA et CSP/CMP sont considérés comme n'étant pas construits selon les normes

Q1.3. Capacité du CSI/CMA et CSP/CMP pour communiquer (Disponibilité d'une radio et/ou d'un téléphone portable pour faciliter la communication avec l'Hôpital)

72,9% des CSI/CMA et CSP/CMP ont un moyen (radio et/ou téléphone portable) pour faciliter la communication avec l'Hôpital/autres FOSA/ Personnel contre 27,1% qui ne l'ont pas (figure 46).

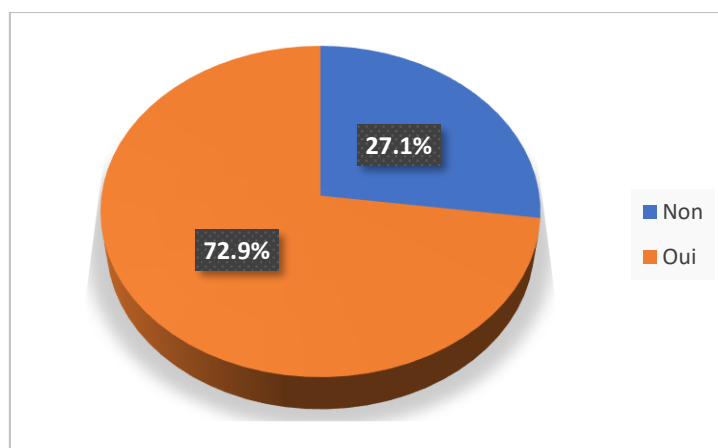


Figure 46 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'il existe un moyen (radio et/ou téléphone portable) pour faciliter la communication avec l'Hôpital/autres FOSA/Prestataires ou pas

Le moyen de communication le plus disponible est le téléphone (près de 70% de cas), la communication par radio n'étant que d'environ 5% (figure 47).

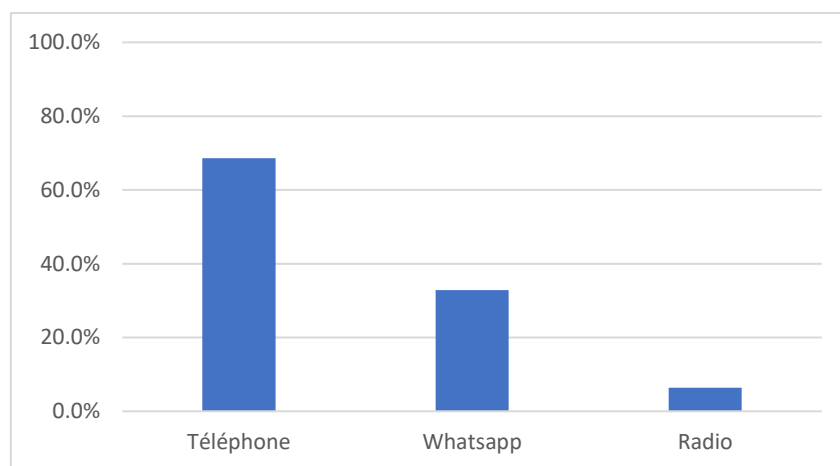


Figure 47 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chaque matériel de communication

Q1.4. Logistique de transport disponible au niveau du CSI/CMA et CSP/CMP pour la référence et des Visite à Domicile et d'autres courses

Seuls 29,3% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'au moins un moyen de transport pour la référence, pour les visites à domicile ou les stratégies avancées et d'autres courses contre 70,7% qui n'en disposent pas (figure 48).

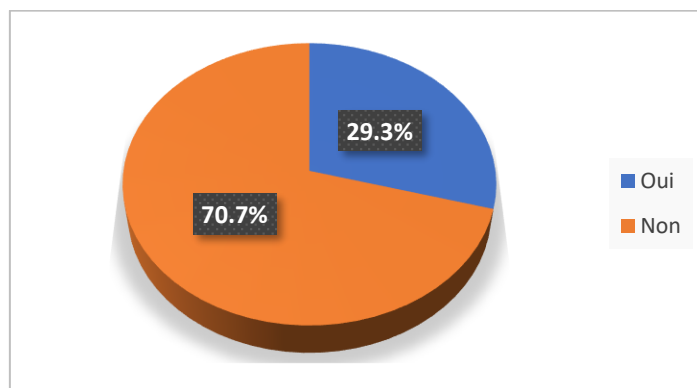


Figure 48 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent d'au moins un moyen de transport ou pas

Environ 22% seulement des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'une moto ambulance pour l'évacuation des malades, et 16% disposent d'au moins un vélo (figure 49).

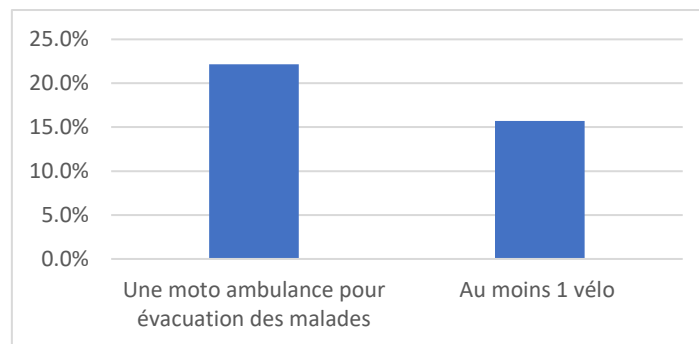


Figure 49 : Proportion de CSI/CMA et CSI/CMP disposant de chaque moyen de transport

Seuls 24,3% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent à la fois d’au moins un moyen de transport et d’au moins un moyen de communication avec l’Hôpital/autres FOSA/ Personnels contre 75,7% qui n’en disposent pas (figure 50).

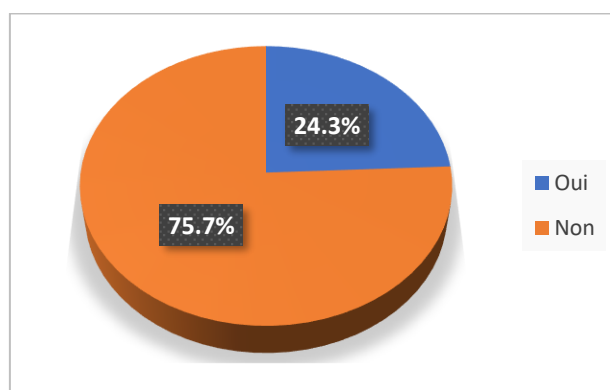


Figure 50 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent à la fois d'au moins un moyen de transport et d'au moins un moyen de communication avec l'Hôpital/autres FOSA/Prestataires ou pas

Q1.5.Equipements/ bureautique disponibles au niveau du Bureau des CSI/CMA et CSP/CMP

Environ 42% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d’un ordinateur portable ou un ordinateur de table (desk top) et 31% disposent d’au moins une imprimante (figure 51).

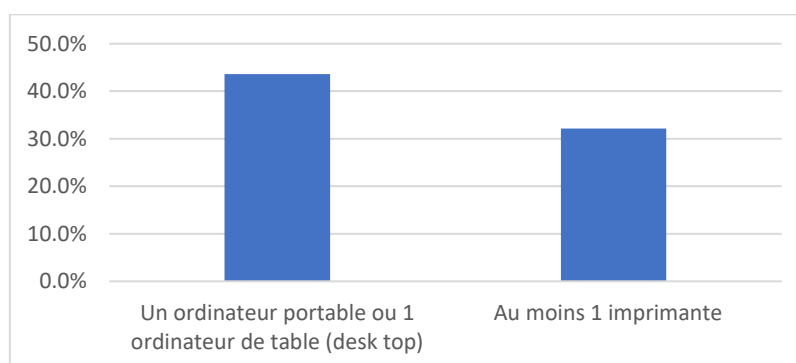


Figure 51 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chaque matériel bureautique spécifié

Q1.6.Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides dans les CSI/CMA portant sur l'organisation et le fonctionnement des CSI/CMA

Rien que 5% des CSI/CMA disposent de l'ensemble des 5 Textes spécifiés portant sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion des CSI/CMA contre 95% qui n'en disposeraient qu'une partie (figure 52).

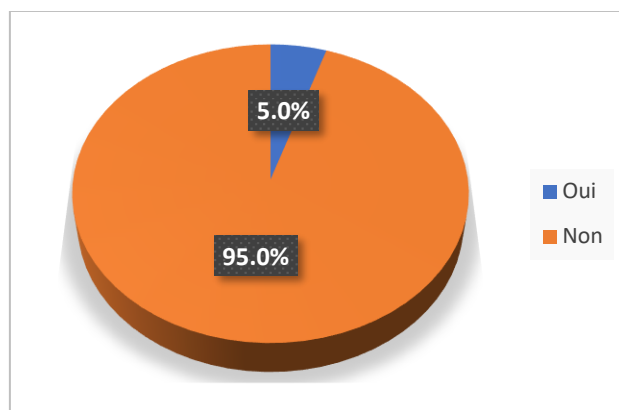


Figure 52 : Répartition des CSI/CMA suivant qu'ils disposent de l'ensemble des Textes, Directives, Normes et Guides portant sur l'organisation et le fonctionnement des CSI/CMA ou pas

Comme le montre la figure 53, c'est l'Arrêté portant sur les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé qui est le plus disponible (15%), ensuite vient l'Arrêté sur les attributions des comités de gestion des formations sanitaires publiques (13,8%), puis l'Arrêté portant sur les modalités d'attribution des quotes-parts à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques (10%).

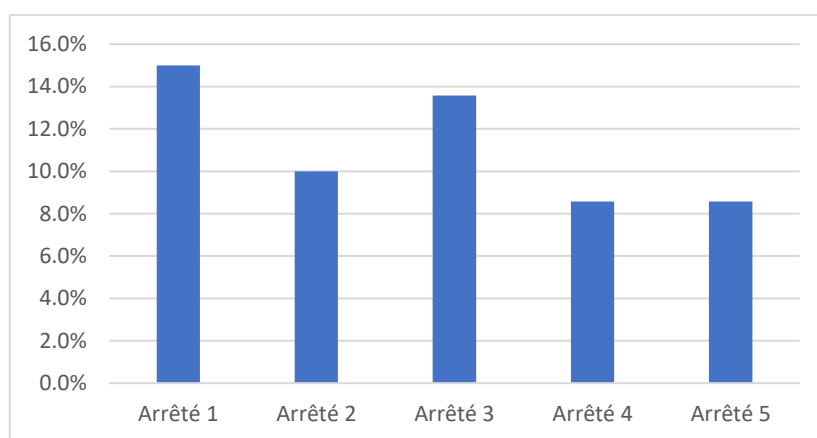


Figure 53 : Disponibilité des Textes, Directives, Normes et Guides dans les CSI/CMA

Arrêté 1 : Arrêté N°003/MSP/SAB du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé

Arrêté 2 : Arrêté N°003/MSP/SAB du 16 novembre 1994 fixant les modalités d'attribution des quotes-parts à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques

Arrêté 3 : Arrêté précisant les attributions des comités de gestion des formations sanitaires publiques

Arrêté 4 : Arrêté N°005/MSP du 15 juillet 1994 fixant les modalités d'affectation interne des recettes destinées aux dépenses dans les formations sanitaires publiques

Arrêté 5 : Arrêté N°0030/MSP/DU 20 septembre 1999 modifiant et complétant certaines dispositions de l'arrêté N°005/MSP du 15 juillet 1994 fixant les modalités d'affectation interne des recettes destinées aux dépenses dans les formations sanitaires publiques

5.1.10. Situation de mise en œuvre des activités (fonctionnalité des CSI/CMA et CSP/CMP)

Q2.1 Organisation, planification et gestion

35,7% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'un minimum d'organisation contre 64,3% qui n'en disposeraient qu'une partie (figure 54).

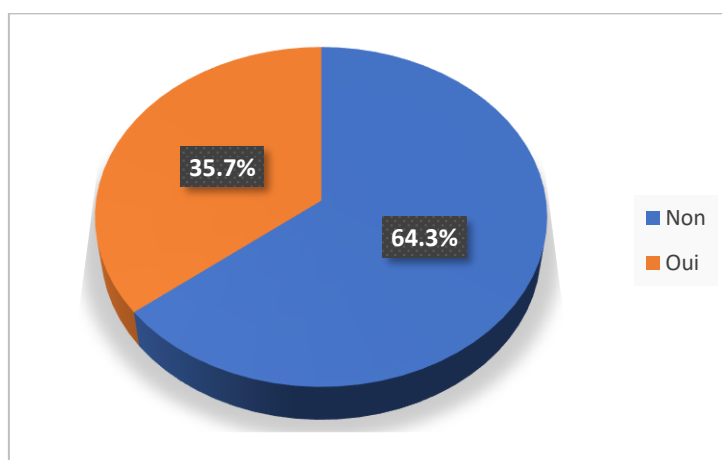


Figure 54 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils aient un minimum d'organisation ou pas

Comme le montre la figure 55, le planning de travail avec les horaires des équipes est affiché ou bien rangé dans près de 78% des CSI/CMA et CSP/CMP, les différents postes de responsabilité sont pourvus en personnel qualifié dans 63% des CSI/CMA et CSP/CMP et l'organigramme existe et est affiché ou bien classé dans le bureau du chef du CSI/CMA dans près de 44% des CSI/CMA et CSP/CMP.

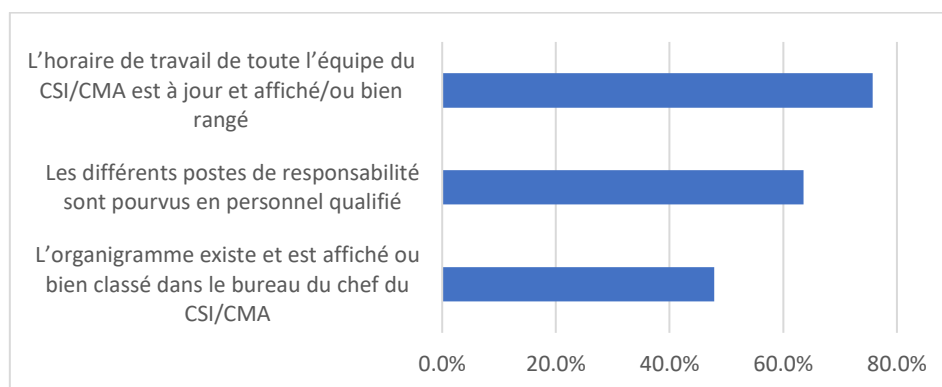


Figure 55 : Disponibilité des outils d'organisation dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Q2.2. Planification stratégique et opérationnelle

47,1% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent de tous les outils de planification stratégique et opérationnelle contre 52,9% qui n'en disposeraient pas (figure 56).

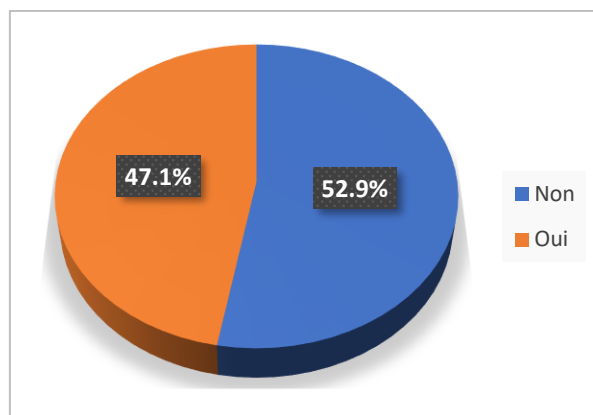


Figure 56 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils aient un minimum de planification opérationnelle des activités ou pas

Comme le montre la figure 57, la cartographie des villages/quartiers/blocs existe et est affichée ou bien rangée dans près de 84% des CSI/CMA et CSP/CMP, les comités de gestion et les ASC sont impliqués dans la planification dans environ 67% des CSI/CMA et CSP/CMP, et le plan d'action opérationnel du CSI/CMA ou CSP/CMP existe dans près de 66%.

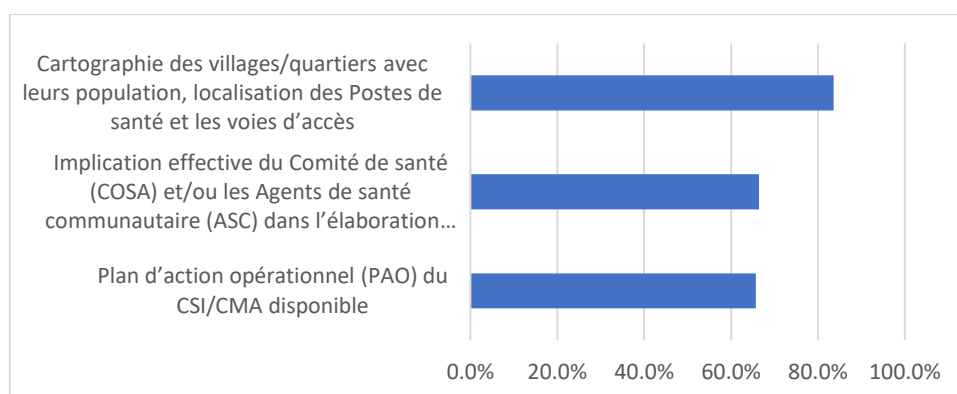


Figure 57 : Disponibilité des outils de planification opérationnelle des activités dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Q2.3. Un environnement favorable induisant la demande des services du CSI/CMA et CSP/CMP

15% des CSI/CMA et CSP/CMP remplissent l'ensemble de critères d'un environnement favorable induisant la demande des services (figure 58).

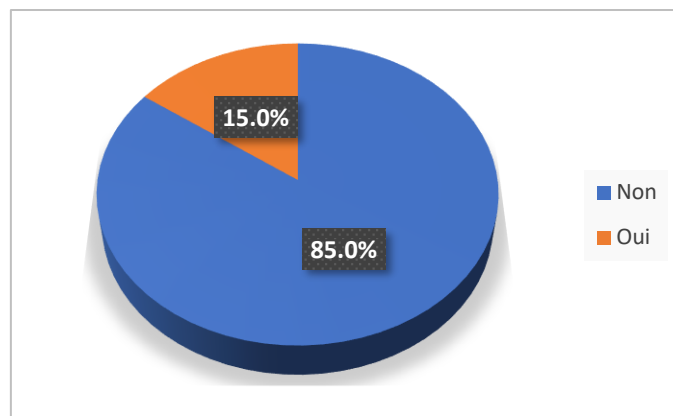


Figure 58 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils aient un environnement favorable induisant la demande des services ou pas

Comme le montre la figure 59, les critères remplis par la grande majorité des CSI/CMA et CSP/CMP sont : la propreté acceptable de la cour du CSI/CMA et CSP/CMP (85%), les tarifs des soins et autres services affichés (82%), les indications des services par des écrits ou images (82%), disponibilité de l'énergie alternative (81%), la disponibilité et permanence des services clés (79%), les blocs de latrines suffisants (72%). L'existence d'un moyen de téléphone n'est notée que dans 45% des CSI/CMA et CSP/CMP.

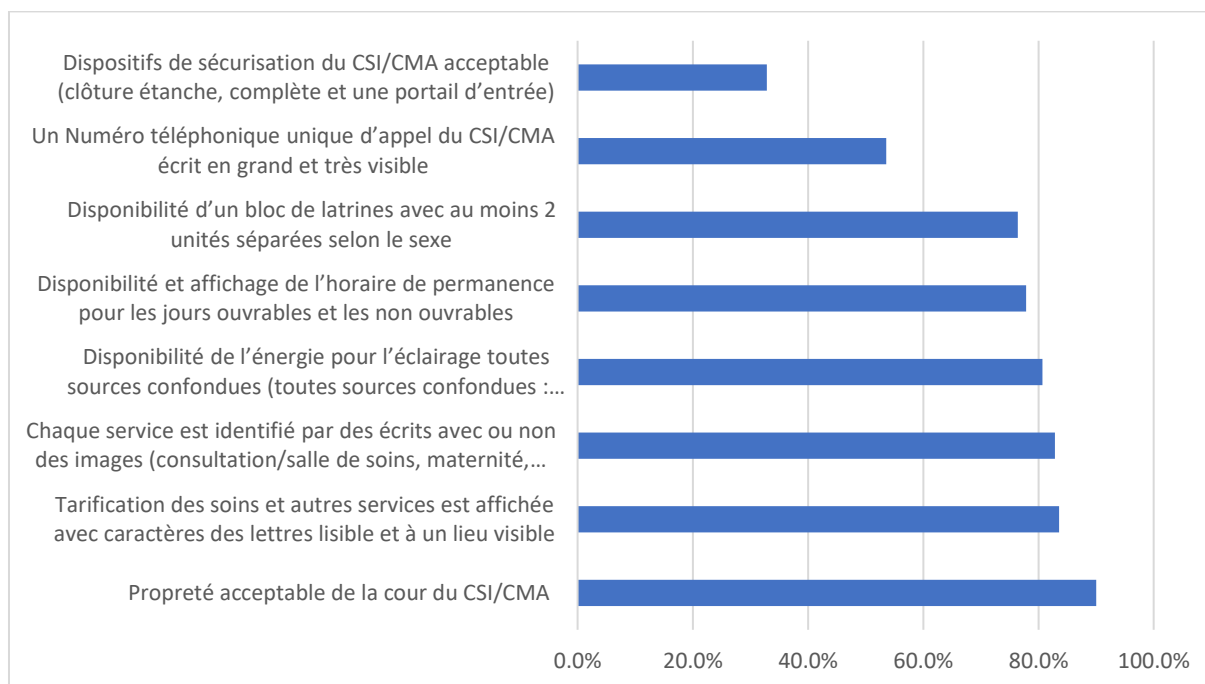


Figure 59 : Qualité de l'environnement des CSI/CMA et CSP/CMP favorable à la demande des services

Q2.4. Le Comité de santé est fonctionnel

49,3% CSI/CMA ont un Comité de santé fonctionnel contre 50,7% qui n'en ont pas ou qui ne sont pas fonctionnel (figure 60).

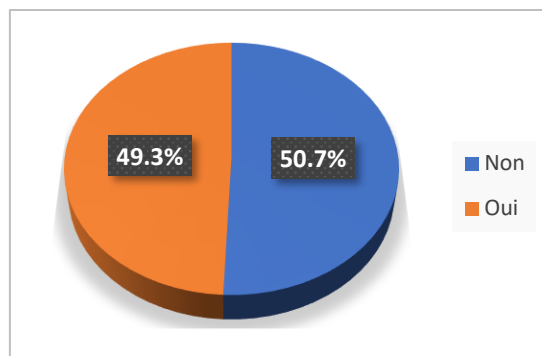


Figure 60 : Répartition des CSI/CMA suivant que le Comité de santé existe et soit fonctionnel ou pas

Comme le montre la figure 61, 68% des Comités de santé sont représentatifs, les PV ou comptes-rendus des réunions existent et sont accessibles dans 62,0% des cas, et le mandat du Comité de santé actuel est valide selon les normes dans 60% des cas.

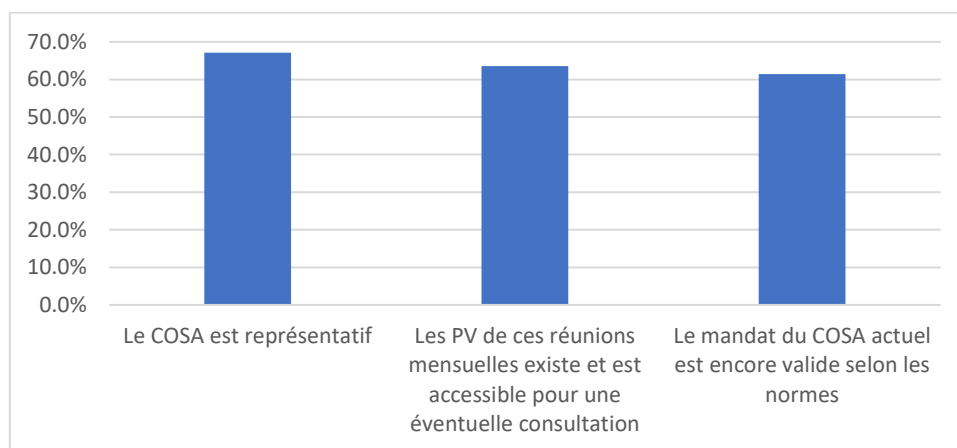


Figure 61 : Fonctionnalité des Comités de santé des CSI/CMA

Q2.5. Situation de mise en œuvre du paquet de services essentiels ou Paquet Minimum d'Activités(PMA)

40% des CSI/CMA et CSP/CMP mettent en œuvre toutes les activités spécifiées du PMA contre 60% qui ne le font pas ou partiellement (figure 62).

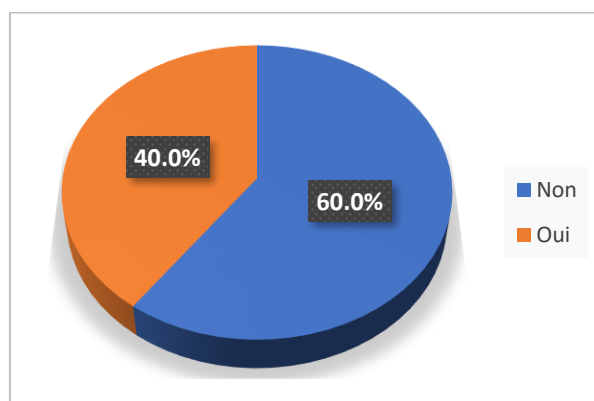


Figure 62 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils mettent en œuvre toutes les activités du PMA ou pas

Comme le montre la figure 63, les activités spécifiées du PMA mises en œuvre dans les CSI/CMA et CSP/CMP portent principalement sur les consultations curatives (99%), les actions pour prévenir les maladies, vaccination et contraception (97%) et les séances de communication et de sensibilisation (97%).

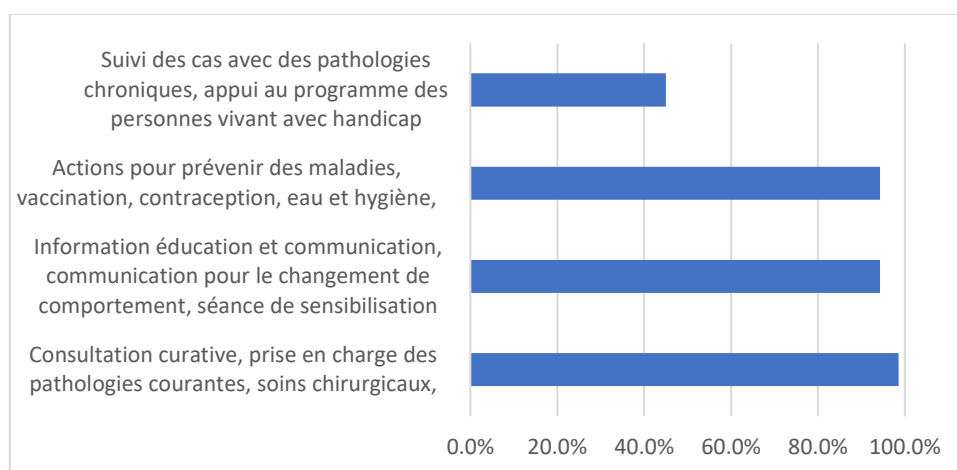


Figure 63 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP mettant en œuvre les différentes activités spécifiées du PMA

Q2.6. Thématiques abordées dans la promotion de la santé au sein des CSI/CMA et CSP/CMP

Seulement 31,4% des CSI/CMA et CSP/CMP mettent en œuvre tous les programmes de promotion de la santé avec tous les thèmes spécifiés contre 68,6% qui n'en font pas ou partiellement (figure 64).

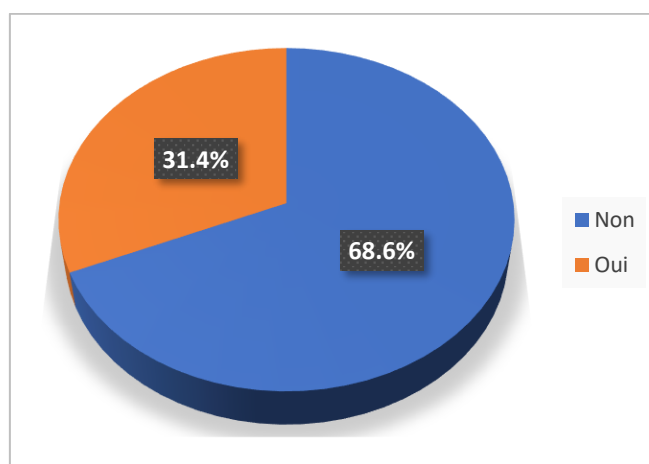


Figure 64 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils mettent en œuvre tous les programmes de promotion de la santé spécifiés ou pas

Comme le montre la figure 65, les thèmes du programme de promotion de la santé portent principalement sur les séances de sensibilisation des populations sur le paludisme et/ou VIH et/ou

Tuberculose (95% de cas), les séances de sensibilisation des populations sur le COVID-19 (93% des cas), les séances de sensibilisation sur les maladies non transmissibles (63% des cas).

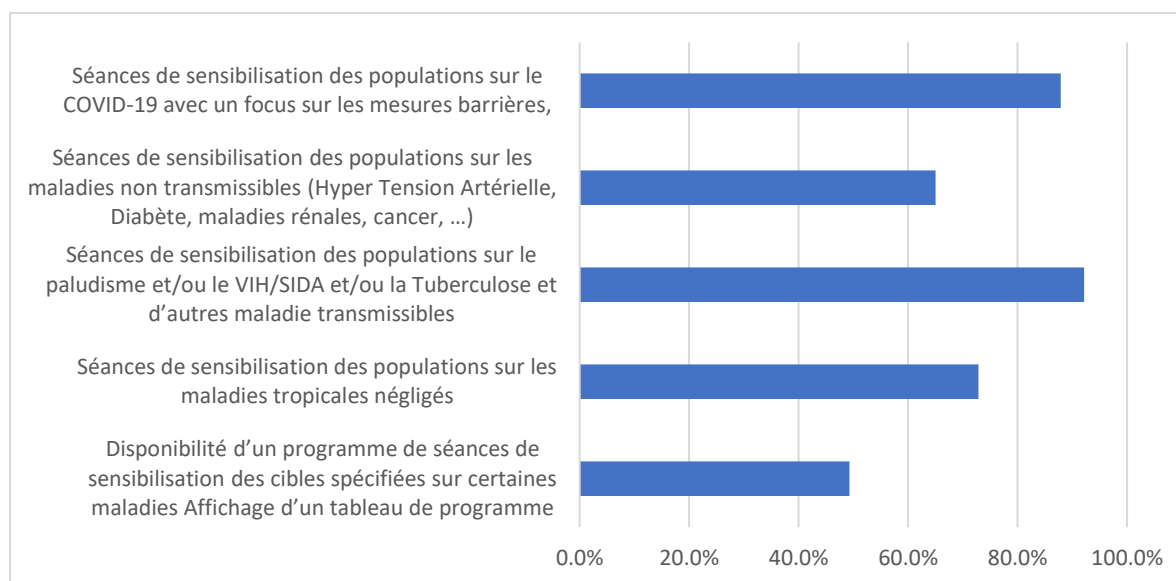


Figure 65 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP mettant en œuvre chacune des activités de promotion de la santé spécifiées

Q2.7.Disponibilité et fonctionnalité des équipements essentiels dans les CSI/CMA et CSP/CMP

74,3% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent et utilisent tous les 9 équipements spécifiés contre 25,7% qui n'en disposent pas ou partiellement (figure 66).

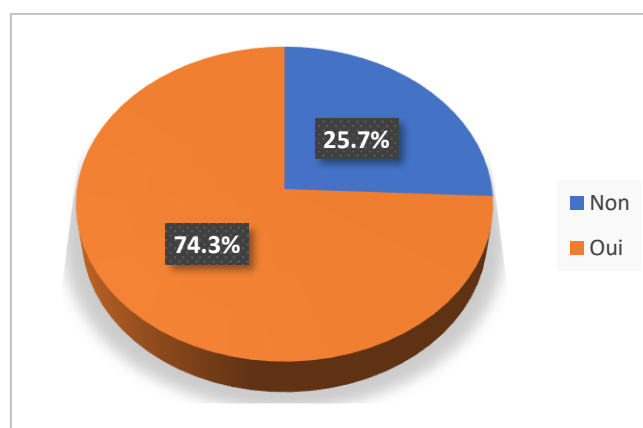


Figure 66 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant ou pas de l'ensemble des 9 équipements spécifiés

Sur la figure 67, on note que les équipements majoritairement indisponibles dans les CSI/CMA et CSP/CMP sont : les fiches CPS (21%), otoscope (16%), le stéthoscope fœtale (15%), la toise (13%), et le pèse bébé (11%).

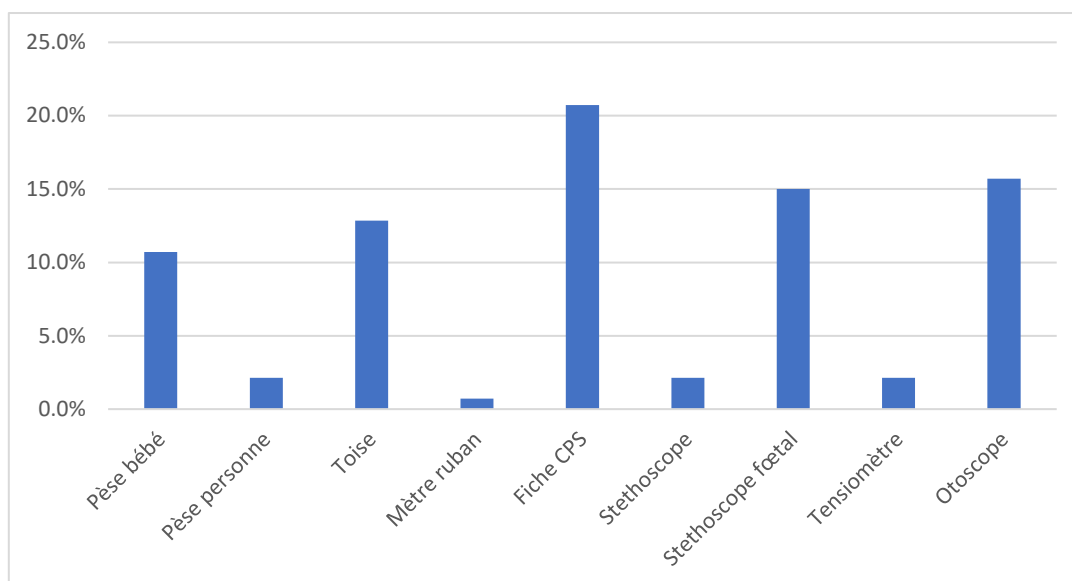


Figure 67 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant chacun des 9 équipements spécifiés

Q2.8.Organisation des activités de PMI dans un environnement favorable

Seuls 40,7% des CSI/CMA et CSP/CMP organisent l'ensemble des activités liées à la Protection Maternelle et Infantile, contre 59,3% qui ne le font pas ou partiellement (figure 68).

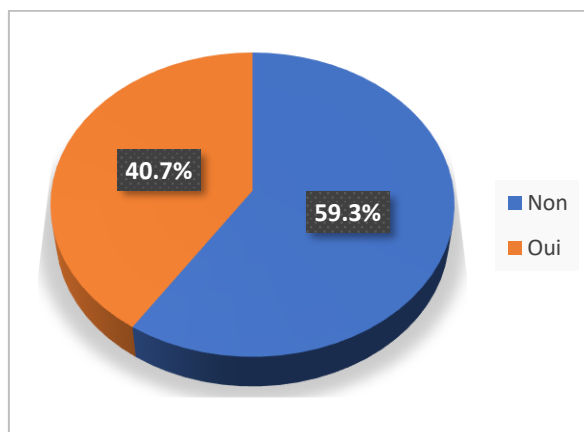


Figure 68 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant que l'ensemble des activités liées à la Protection Maternelle et Infantile soient organisées dans un environnement favorable ou pas

Comme le montre la figure 69, 99% des CSI/MA et CSP/CMP disposent des intrants nécessaires pour la PMI, 79% disposent d'espace commode pour l'organisation des séances de CPS, CPN et autres et 45% disposent d'affichage visible des posters sur la courbe de croissance, signes de gravités d'une grossesse et autres.

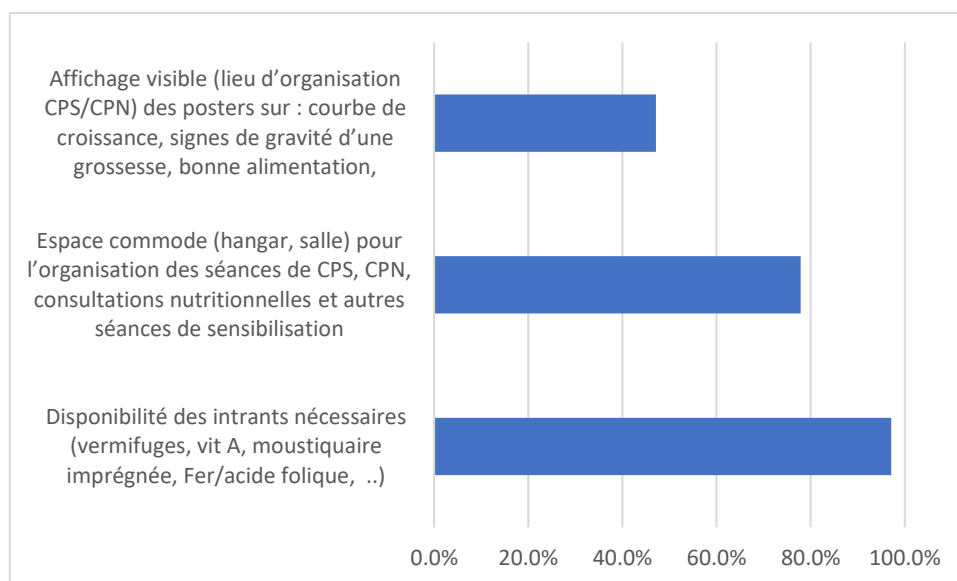


Figure 69 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP organisant les activités de PMI spécifiées dans un environnement favorable

Q2.9. Activités curatives organisées dans le CSI/CMA et CSP/CMP

80% des CSI/CMA et CSP/CMP organisent toutes les activités curatives spécifiées, contre 20% qui ne le font pas ou partiellement (figure 70).

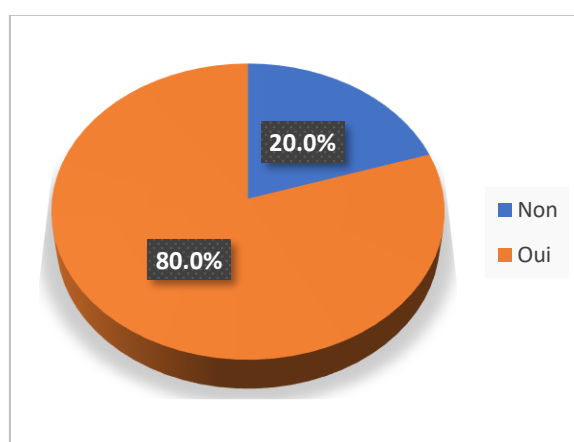


Figure 70 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils organisent l'ensemble des activités curatives spécifiées ou pas

Les principales activités curatives qu'organisent les CSI/CMA et CSP/CMP sont : La petite chirurgie (98%), les hospitalisations de court séjour (97%), les consultations curatives externes (94%) et les accouchements eutociques et dystociques mineurs (86%), comme le montre la figure 71.

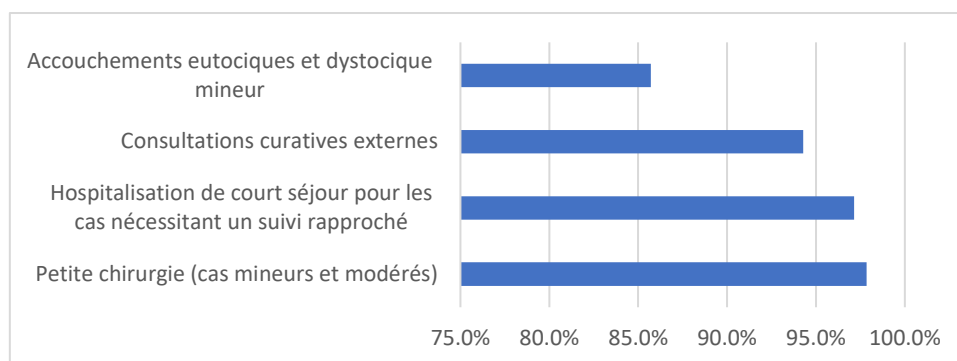


Figure 71 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP organisant chacune des activités curatives spécifiées

Q2.10. Qualité acceptable des consultations ambulatoires dans les CSI/CMA et CSP/CMP

59,3% des CSI/CMA et CSP/CMP remplissent tous les critères spécifiés de qualité acceptable des consultations ambulatoires, contre 50,7% qui ne les remplissent pas ou partiellement (figure 72).

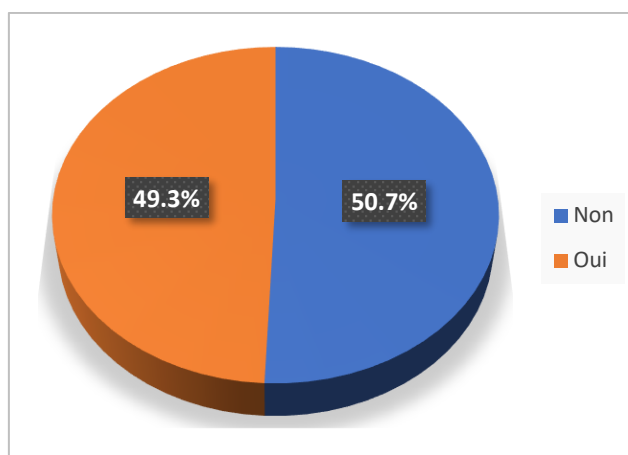


Figure 72 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant que les consultations ambulatoires soient d'une qualité acceptable ou pas

Comme le montre la figure 73, près de 90% de CSI/CMA et CSP/CMP disposent des registres à jour avec une colonne des référés (transférés), près de 82% disposent de bureau de consultation commode, 80% disposent d'équipements essentiels pour la consultation et près de 70% disposent d'ordinogrammes et des documents sur les posologies et autres informations.

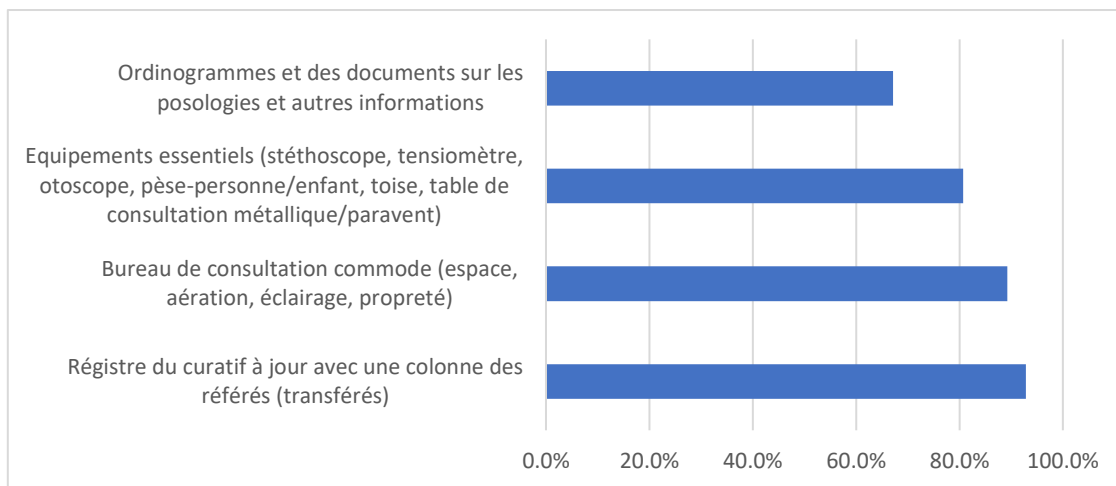


Figure 73 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP dans lesquels les commodités pour les consultations ambulatoires sont d'une qualité technique acceptable

Q2.11. Les conditions non remplies pour organiser des consultations ambulatoires de qualité dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Les CSI/CMA et CSP/CMP font face à certaines contraintes pour l'organisation des consultations ambulatoires de qualité comme le montre la figure 74.

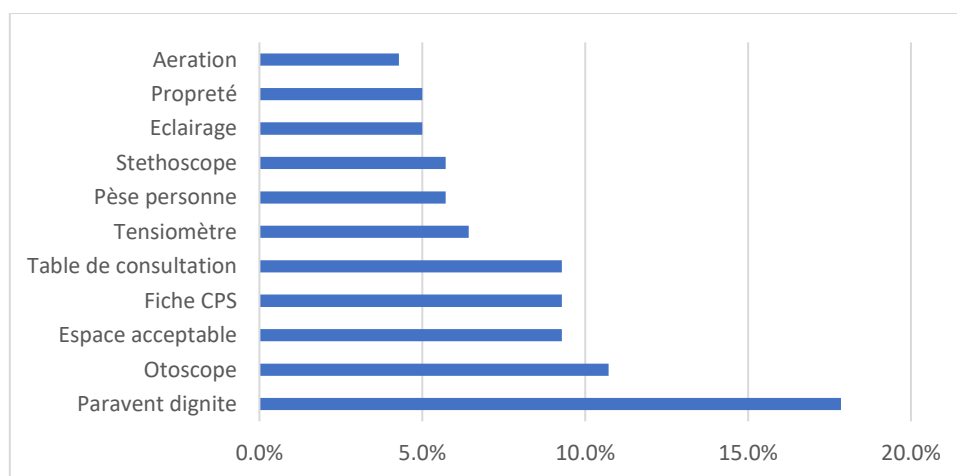


Figure 74 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP ne remplissant pas les conditions spécifiques pour l'organisation des consultations ambulatoires de qualité

Q2.12. Les activités de la petite chirurgie ont une qualité minimale dans les CSI/CMA

85,7% de CSI/CMA et CSP/CMP remplissent les critères spécifiés de qualité minimale des activités de la petite chirurgie, contre 14,3% qui ne les remplissent pas ou partiellement (figure 75).

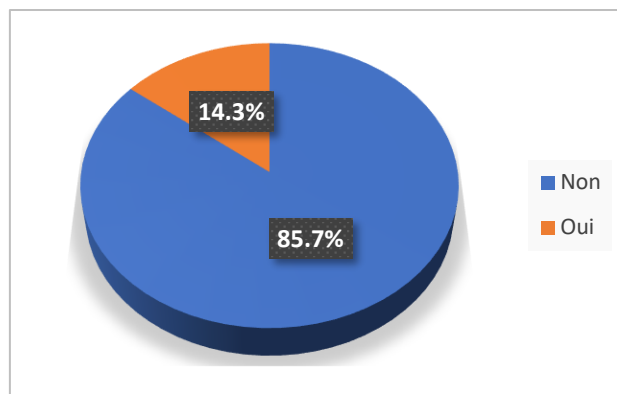


Figure 75 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils remplissent l'ensemble des critères de qualité minimale des activités de petite chirurgie ou pas

Comme on peut le voir sur la figure 76, les critères de qualité minimale des activités de petite chirurgie remplis par la grande majorité des CSI/CMA et CSP/CMP sont : le minimum d'équipements pour les soins (84%), disponibilité d'un lit d'examen (81%), disponibilité d'une salle pour la petite chirurgie commode (80%), disponibilité d'un équipement de stérilisation (62%) et l'affichage des directives diverses sur la pratiques de la chirurgie/anesthésie et les posologies (19%).

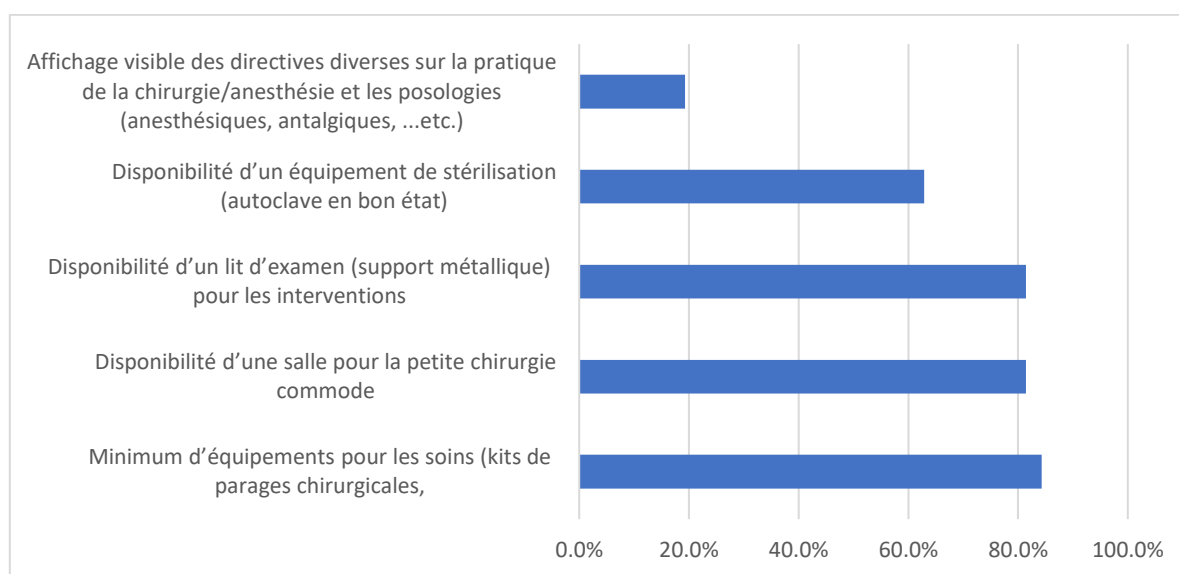


Figure 76 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant des commodités spécifiées pour une qualité minimale des activités de petite chirurgie

Q2.13. Les hospitalisations se passent dans des conditions optimales dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Dans 46,4% des CSI/CMA et CSP/CMP les hospitalisations se passent dans des conditions optimales, contre 53,6% qui ne le font pas dans des conditions peu optimales (figure 77).

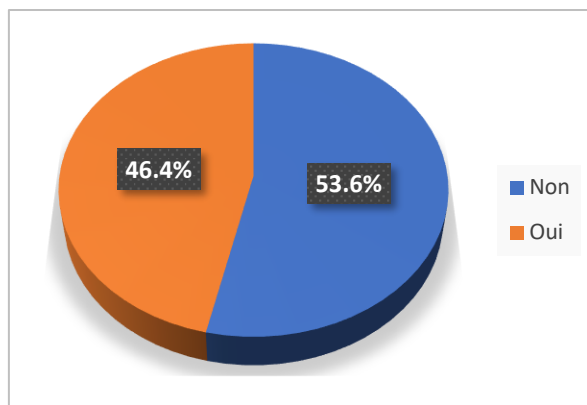


Figure 77 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils hospitalisent les patients dans des conditions optimales ou pas

85% des CSI/CMA et CSP/CMP ont l'éclairage disponible dans les salles d'accouchement et post-partum, près de 82% disposent de registre d'hospitalisation et fiches de malades bien tenus, près de 81% disposent des lits montés avec matelas couvert d'un tissu en cuir, 80% appliquent la confidentialité par la séparation des cas selon le sexe, près de 70% disposent d'eau courante ou non dans la salle d'accouchement (figure 78).

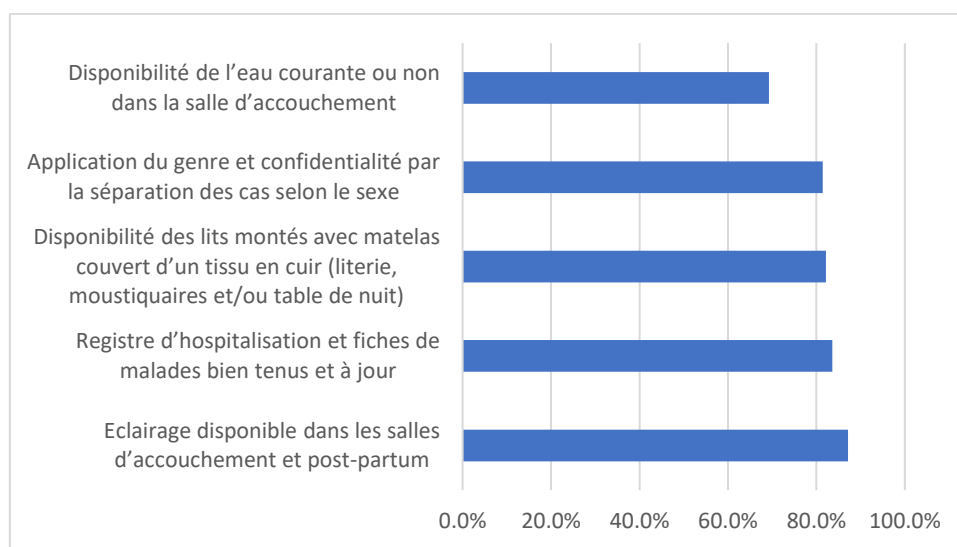


Figure 78 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP respectant chacune des conditions d'hospitalisation spécifiées

Q2.15. Les conditions remplies et/ou équipements disponibles pour réaliser des accouchements de qualité dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Comme le montre la figure 79, aucun des CSI/CMA et CSP/CMP ne remplit toutes des conditions spécifiées ou ne dispose de tous les équipements spécifiés pour les accouchements de qualité.

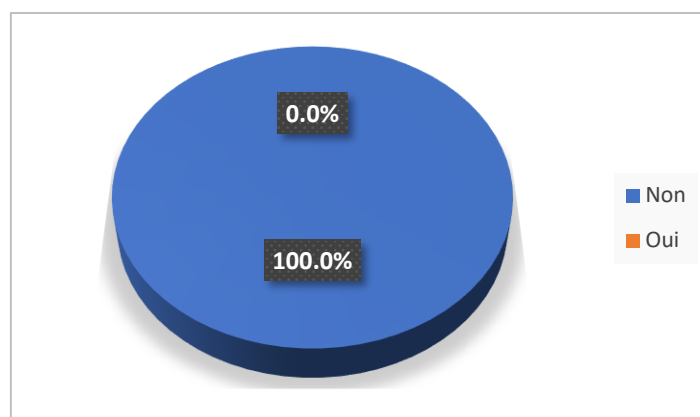


Figure 79 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent de tous les équipements spécifiés ou remplissent toutes les conditions spécifiées pour les accouchements de qualité

La propreté (85%), l'éclairage (83%), l'aération (81%), l'espace acceptable (79%), les kits d'accouchements (70%), le lit métallique (69%), le kit d'épisiotomie (68%) et la ventouse (50%) sont les conditions les plus respectés et/ou équipements les plus disponibles dans les CSI/CMA et CSP/CMP pour réaliser des accouchements de qualité (figure 80).

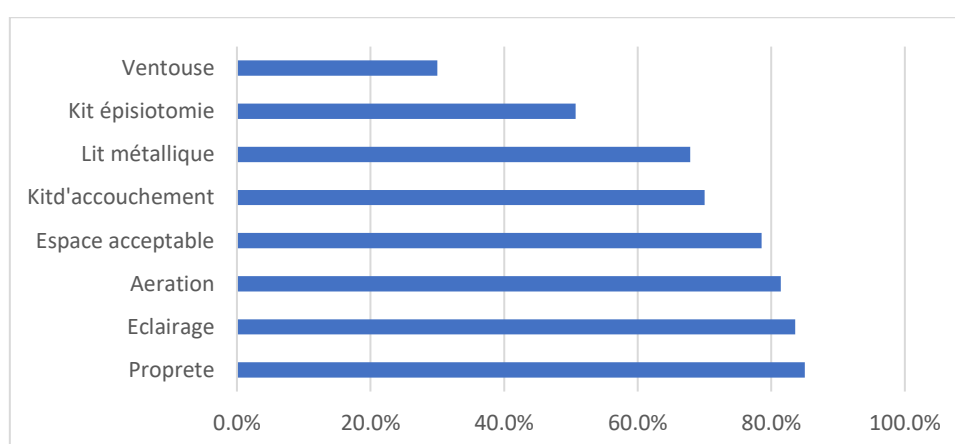


Figure 80 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chacun des équipements spécifiés ou remplissant chacune des conditions spécifiées pour les accouchements de qualité

Q2.16. Les CSI/CMA et CSP/CMP réalisent des examens de labo dans des conditions optimales (environnement et équipement)

Seuls 31,4% des CSI/CMA et CSP/CMP réalisent l'ensemble des examens de laboratoire spécifiés dans les conditions optimales, contre 68,6% qui ne le font pas ou partiellement (figure 81).

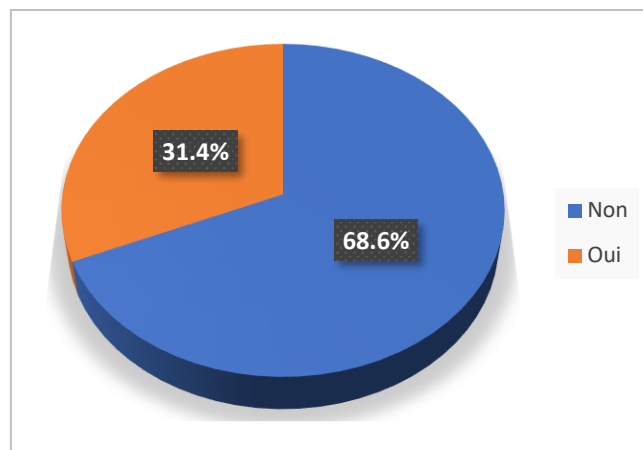


Figure 81 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils réalisent l'ensemble des examens de laboratoire spécifiés dans des conditions optimales ou pas

Comme le montre la figure 82, près de 97% des laboratoires des CSI/CMA et CSP/CMP disposent des tests de diagnostic rapide, près de 90% disposent d'une bonne gestion des déchets, près de 82% disposent d'un microscope fonctionnel, près de 78% disposent d'un local propre et commode, près de 75% disposent d'affichages des images de parasites et/ou procédures des analyses au laboratoire et près de 65% disposent d'eau courante et près de 58% disposent des tubes à sédimentation.

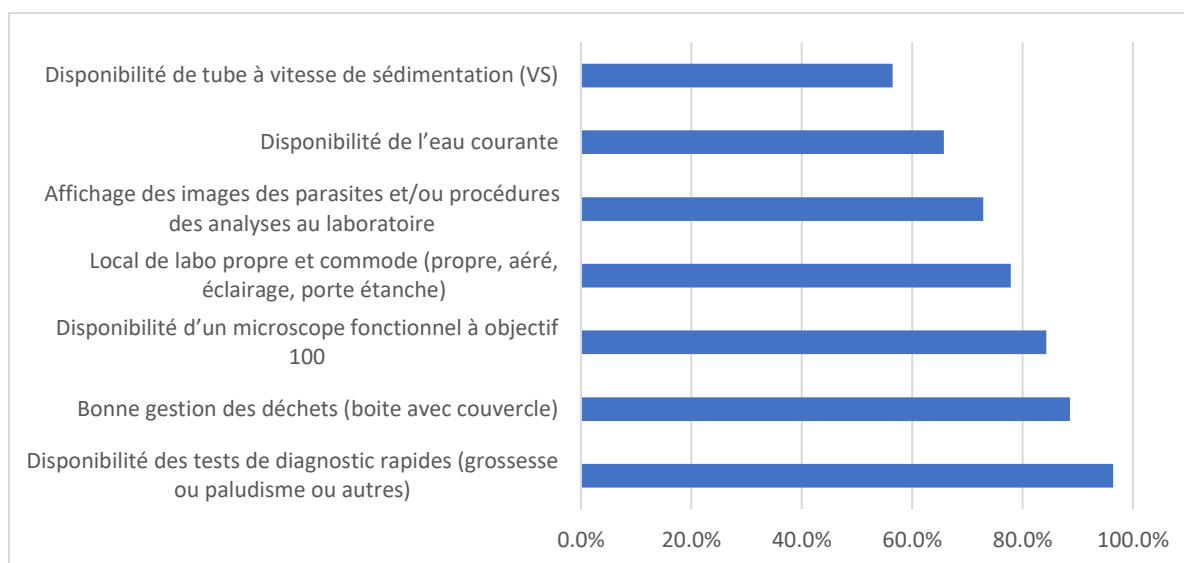


Figure 82 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP remplissant chacune des conditions optimales pour les examens de laboratoire spécifiés

Q2.17. PEV de qualité dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Seuls 41,41% des CSI/CMA et CSP/CMP mettent en œuvre les activités du PEV avec une qualité optimale, contre 58,6% qui ne le font pas ou de qualité peu optimale (figure 83).

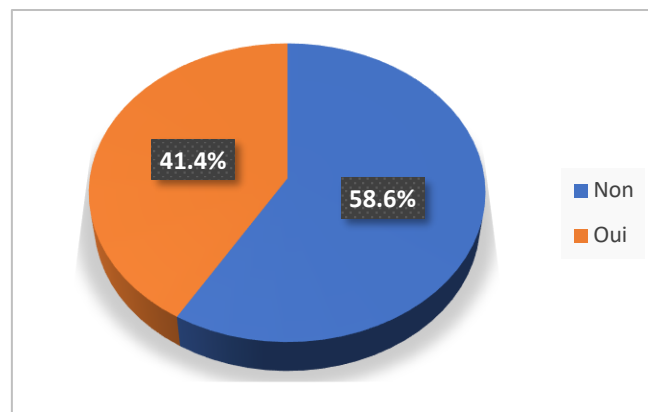


Figure 83 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils mettent en œuvre ou pas les activités du PEV avec une qualité optimale

Comme le montre la figure 84, près de 90% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'un registre de vaccination correctement tenu et à jour, près de 90% disposent d'un programme de séances de vaccination, près de 78% disposent des sources d'énergie, près de 78% disposent d'un réfrigérateur fonctionnel avec vaccins, près de 78% disposent de boîte isotherme avec au moins 6 accumulateurs de froid, et près de 76% disposent d'affichages des graphiques de couverture vaccinales.

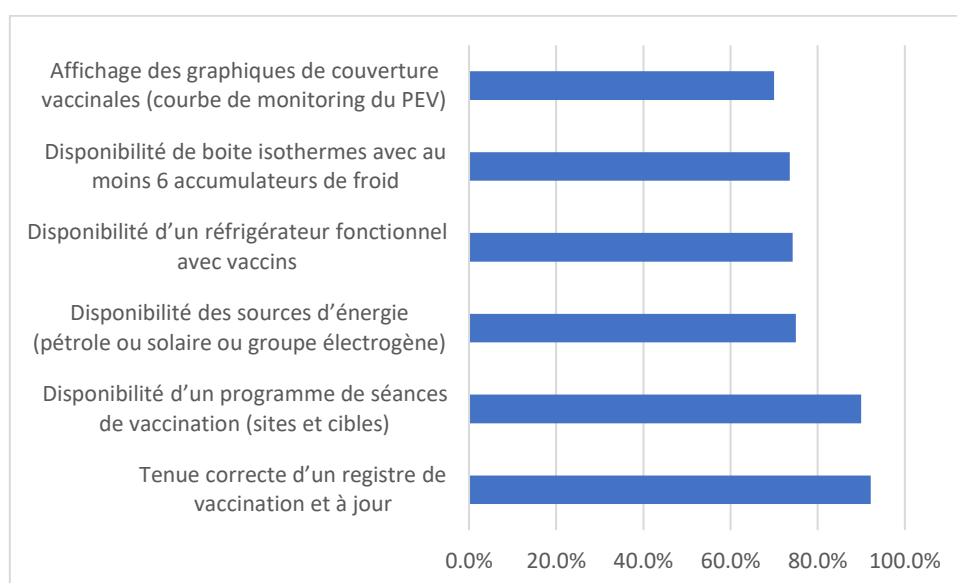


Figure 84 : Proportion des CSI/CMA et CSP/CMP disposant des intrants spécifiés ou remplissant les conditions optimales de qualité spécifiées pour les activités du PEV

Q2.18.PF de qualité dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Seulement 34,3% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent de l'ensemble des intrants et dispositifs de PF, contre 65,7% qui ne l'ont pas ou partiellement (figure 85).

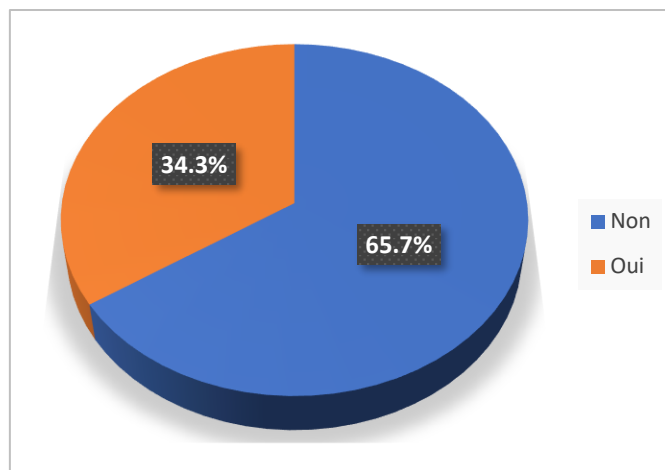


Figure 85 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils disposent de l'ensemble des intrants et dispositifs de PF ou pas

Comme le montre la figure 86, près de 98% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent des intrants pour le PF, près de 97% disposent d'un local commode pour le counseling, près de 95% disposent d'un membre de l'équipe formé en counseling, près de 73% disposent d'une boîte à images pour la sensibilisation, et près de 67% disposent des dispositifs intra utérin.

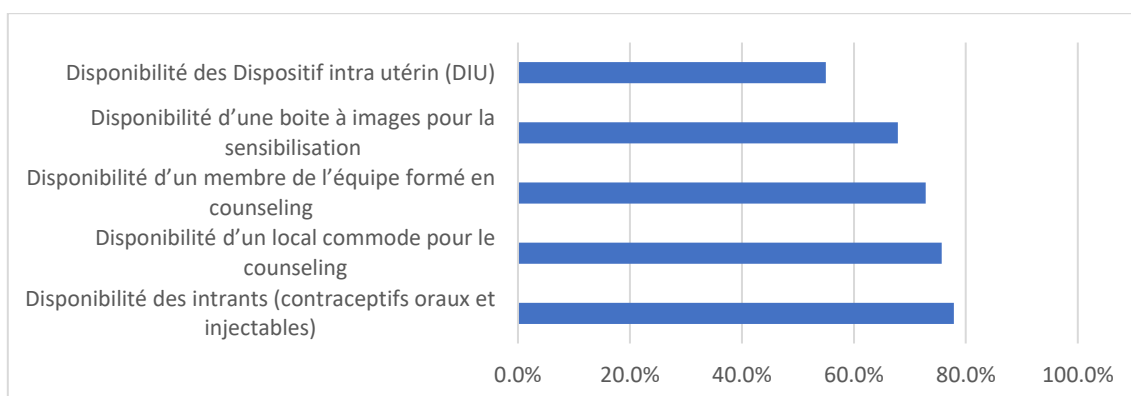


Figure 86 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chacun des intrants ou dispositifs pour la PF

Q2.19. Organisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA avec des conditions minimales acceptables dans les CSI/CMA et CSP/CMP

Presqu'aucun (0,7%) CSI/CMA ou CSP/CMP ne dispose de l'ensemble de dispositifs de lutte contre le VIH/SIDA, contre 99,3% qui n'en disposent pas ou partiellement (figure 87).

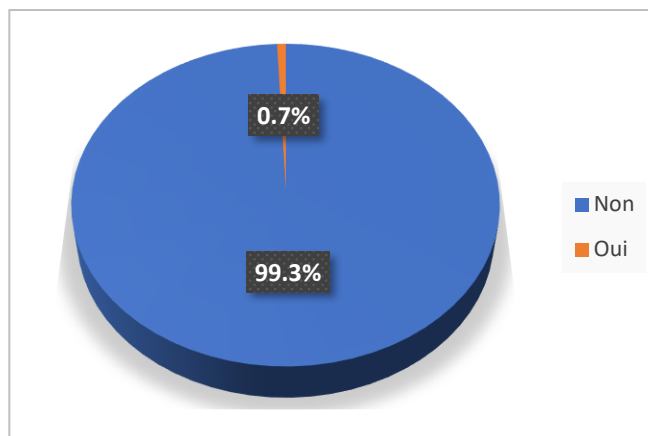


Figure 87 : Répartition des CSI/CMA et CSI/CMP suivant qu'ils disposent de l'ensemble des dispositifs de lutte contre le VIH/SIDA ou pas

Comme le montre la figure 88, près de 92% des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'un stock de tests rapides pour le 1^{er} et 2^{ème} test, près de 77% disposent d'un local commode pour le counseling, et près de 76% disposent d'un membre de l'équipe formé sur le programme VIH/SIDA.

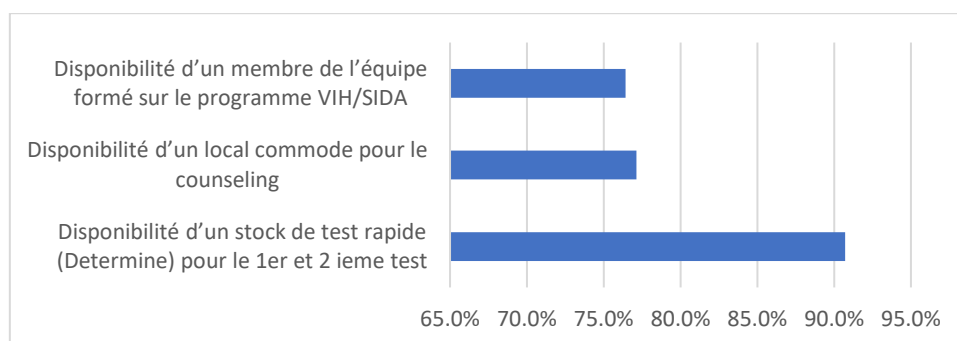


Figure 88 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP disposant de chacun des dispositifs spécifiés de lutte contre le VIH/SIDA

Q2.20. Bonne gestion de la petite pharmacie du CSI/CMA et CSP/CMP

Seuls 43,6% des pharmacies des CSI/CMA et CSP/CMP remplissent l'ensemble des conditions de bonne gestion, contre 56,4% qui ne les remplissent pas ou partiellement (figure 89).

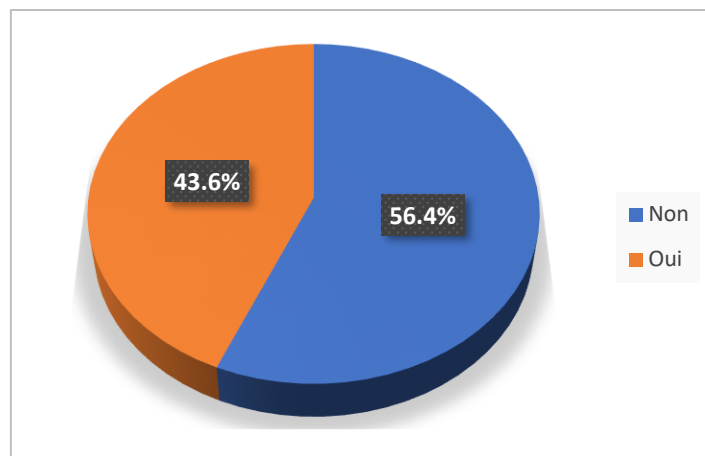


Figure 89 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant que la pharmacie respecte l'ensemble des conditions de bonne gestion ou pas

Comme le montre la figure 90, le local de la pharmacie est propre, bien aéré et sécurisé dans 90% des CSI/CMA et CSP/CMP, la régularité des inventaires se fait dans 83% des cas, le rangement des médicaments est bien fait dans près de 80% de cas, le classement des fiches de stocks est bien fait dans près de 75% de cas et l’affichage des prix se fait dans 65% de cas.

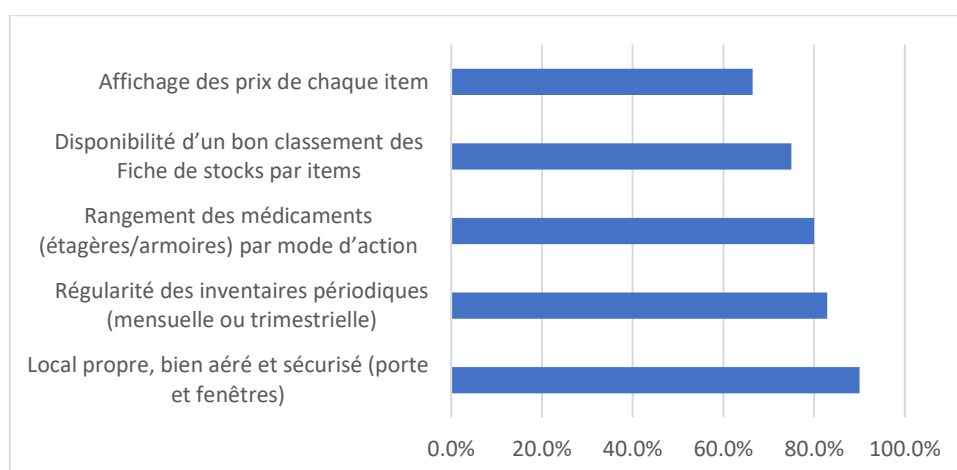


Figure 90 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP dans lesquels la pharmacie respecte chacune des conditions de bonne gestion spécifiées

Q2.21. Minimum des dispositifs de la PCI disponibles dans le CSI/CMA et CSP/CMP

La moitié des CSI/CMA et CSP/CMP respectent l’ensemble des 3 conditions spécifiées de la PCI, contre l’autre moitié qui ne le font pas ou partiellement (figure 91).

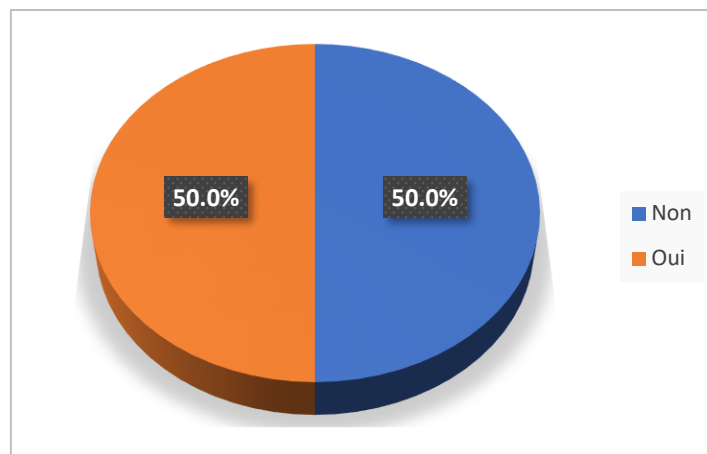


Figure 91 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils remplissent toutes les conditions spécifiées de PCI ou pas

Moins de 60% de CSI/CMA et CSP/CMP disposent des posters affichés sur le lavage des mains, près 90% disposent d'une poubelle, plus de 95% disposent d'un dispositif de lavage des mains fonctionnels et bien visibles à l'entrée de la FOSA et les différents locaux (figure 92).

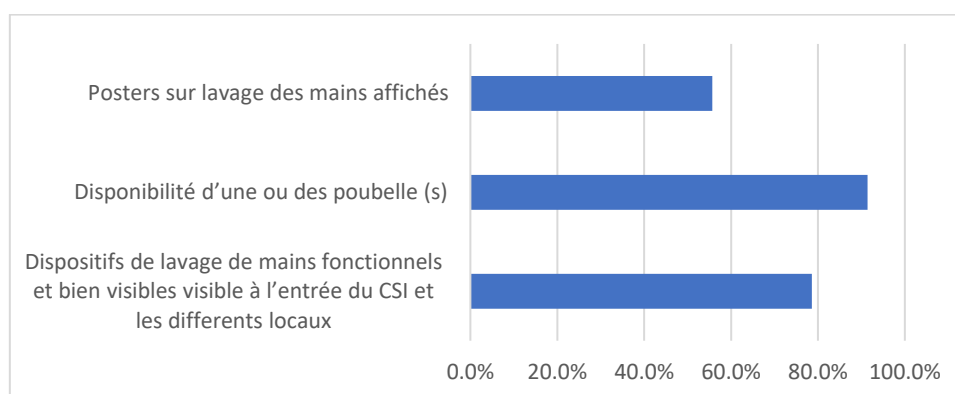


Figure 92 : Proportion de CSI/CMA remplissant chacune des conditions spécifiées de PCI

Q2.22. Interventions à base communautaire de qualité dans les aires de santé avec l'appui des équipes des CSI/CMA et CSP/CMP

62,9% de CSI/CMA et CSP/CMP respectent toutes les conditions de qualité spécifiées pour les interventions à base communautaire, contre 37,1% qui ne les respectent pas ou partiellement (figure 93).

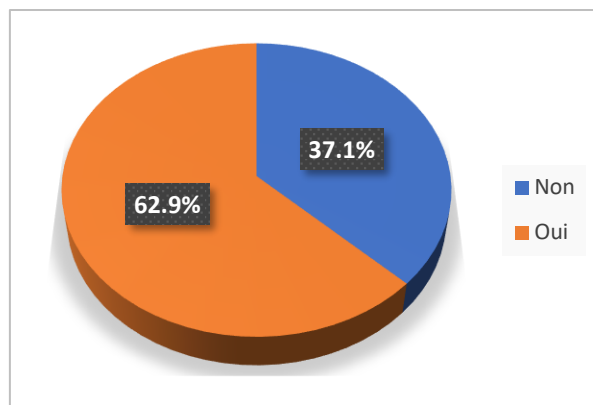


Figure 93 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant qu'ils respectent toutes les conditions spécifiées de qualité pour les interventions à base communautaire ou pas

Un peu moins de 72% CSI/CMA et CSP/CMP tiennent des réunions mensuelles/trimestrielles des ASC, près 75% supervisent régulièrement les ASC, plus de 75% disposent d'au moins 50% d'ASC dynamiques.

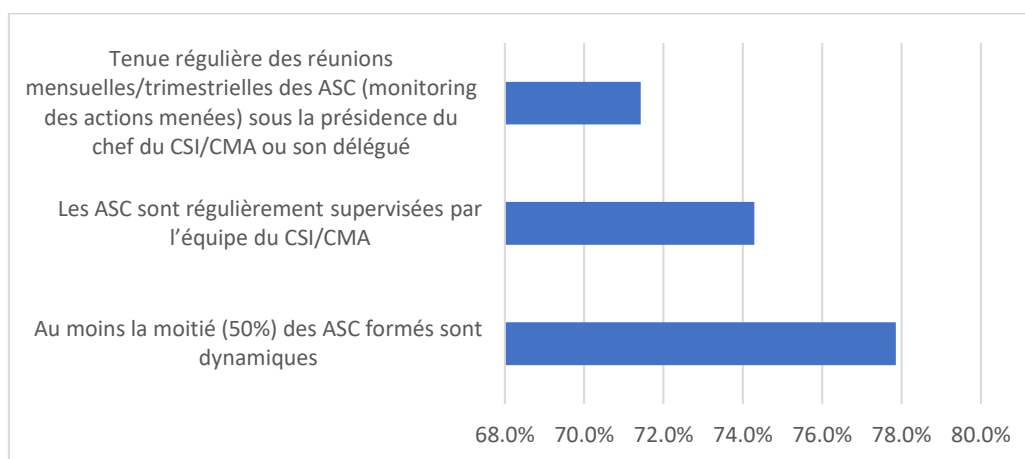


Figure 94 : Proportion de CSI/CMA et CSP/CMP respectant chacune des conditions de qualité spécifiées pour les interventions à base communautaire

5.1.11. Analyse des niveaux de ressources et de fonctionnalité des CSI/CMA et CSP/CMP au Cameroun

Comme le montre le tableau 43, les CSI/CMA et CSP/CMP ont globalement un niveau moyen de ressources de 47,8% (5,6% - 91,7%). Celui de la fonctionnalité est de 75,0% (41,5% - 94,3%).

Tableau 43 : Statistiques générales des scores des CSI/CMA et CSP/CMP

Scores globaux des CSI/CMA et CSP/CMP	Minimum	Moyenne	Maximum
Scores des Ressources	5,6	47,8	91,7
Scores de fonctionnalité	41,5	75,0	94,3

55,0% de CSI/CMA et CSP/CMP ont un niveau de ressources faible, 37,1% ont un niveau moyen et 7,9% ont un niveau de ressources élevé (figure 95).

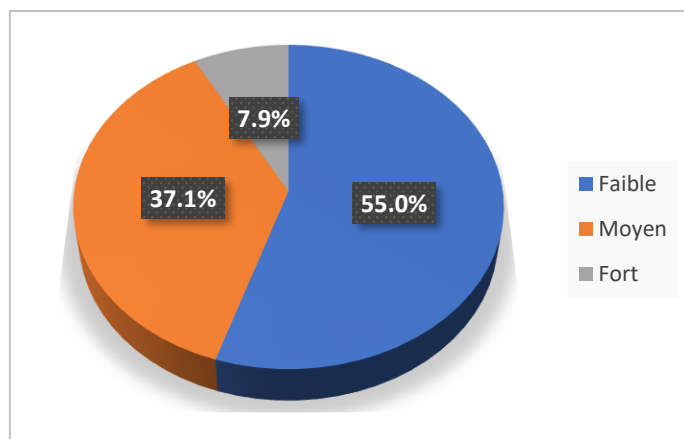


Figure 95 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant leurs niveaux de ressources

Comme le montre la figure 96, seuls 5,7% de CSI/CMA et CSP/CMP ont un niveau de fonctionnalité faible 50,0% ont un niveau moyen et, 44,3% ont un niveau de ressources élevé.

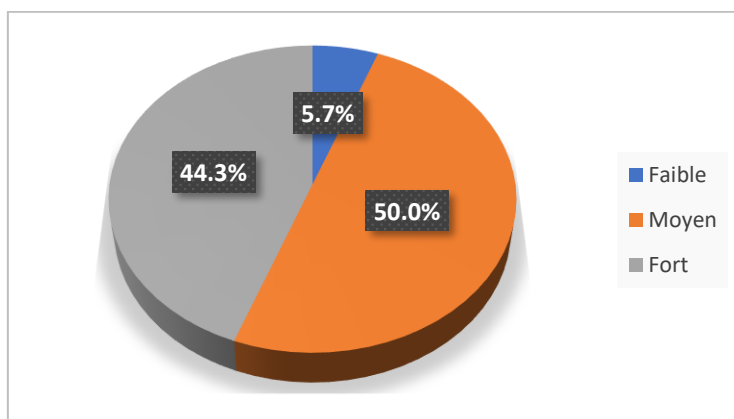


Figure 96 : Répartition des CSI/CMA et CSP/CMP suivant leurs niveaux de fonctionnalité

5.5. Niveau actuel de viabilisation (ressources), de fonctionnalité et de performance des Districts de Santé au Cameroun

Comme décrit dans la méthodologie, chaque District de santé est caractérisé par son niveau de ressources, de fonctionnalité et de performance.

Le niveau de ressources d'un District de santé est le niveau moyen des ressources du SSD, de l'HD, des HP s'il en existe, des CSI/CMA et des CSP/CMP (voir tableau 44).

La figure 97 nous montre que le niveau des ressources des Districts de santé évalués varie de 70% pour LIMBE et KAELE à 15% pour MOULVOUDAYE

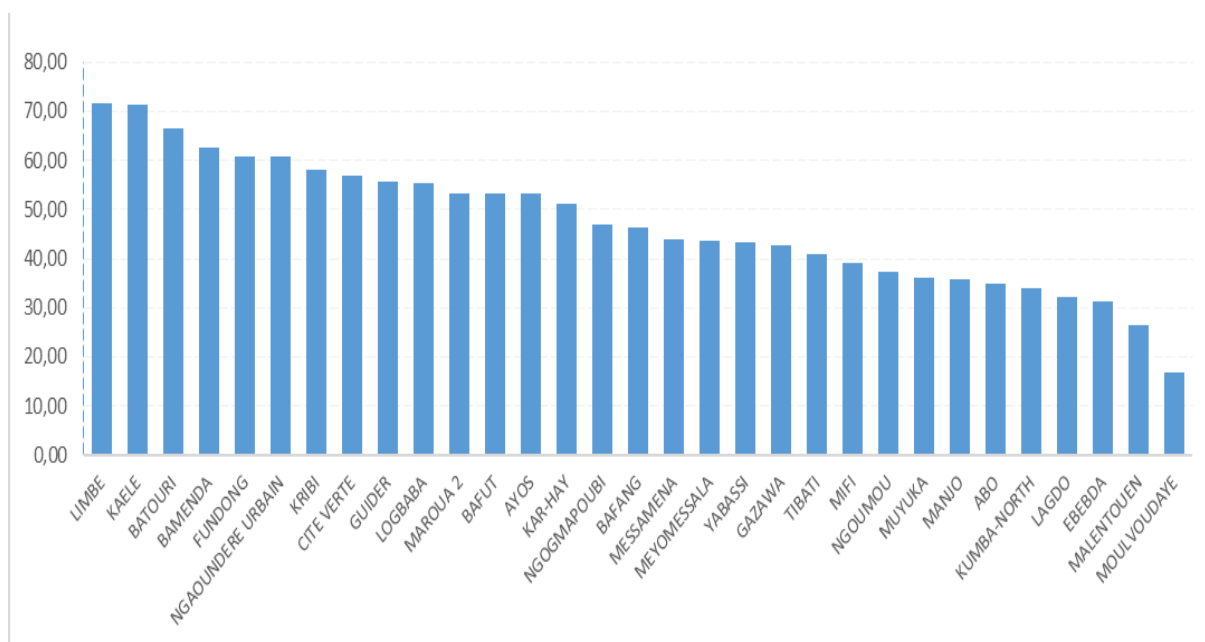


Figure 97 : Classement des Districts de santé suivant leur score moyen de ressources (en %)

Le niveau de fonctionnalité d'un District de santé est le niveau moyen de fonctionnalité du SSD, de l'HD, des HP s'il en existe, des CSI/CMA et des CSP/CMP (voir tableau 44).

La figure 98 nous montre que le niveau de fonctionnalité des Districts de santé évalués varie de près de 90% pour KAELE à un peu moins de 50% pour ABO

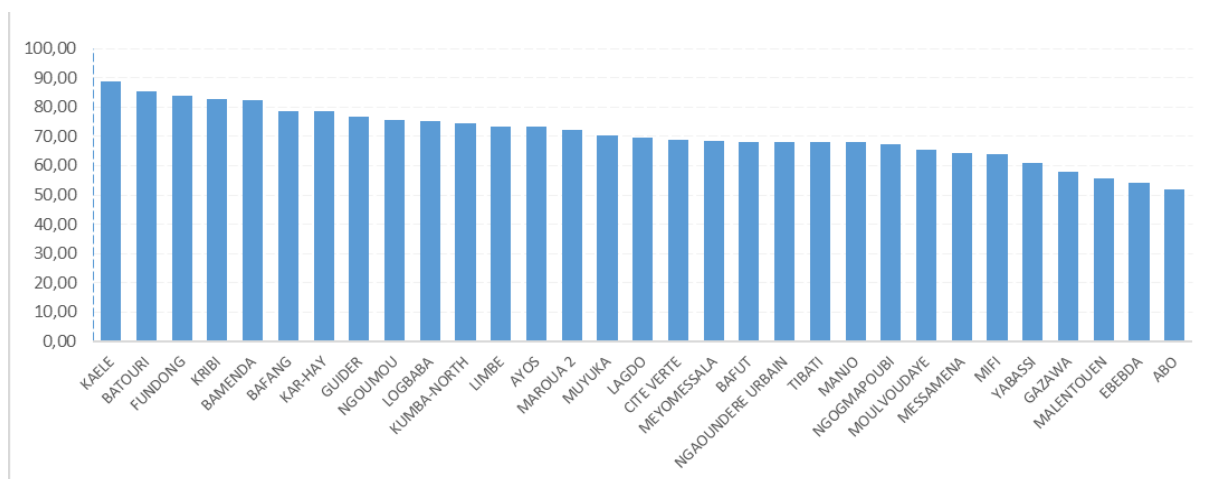


Figure 98 : Classement des Districts de santé selon leur score moyen de fonctionnalité (en %)

Le niveau de performance d'un District de santé est le niveau moyen des indicateurs retenus dans la méthodologie pour évaluer la performance d'un District de santé. Il s'agit du taux de couverture vaccinale (Penta3 et RR), du taux de CP4, du taux de TPI3, du taux d'utilisation des services, relevés

dans le DHIS2, et de l'indice de satisfaction des populations pour les services de santé offerts (obtenu à partir des focus group lors de l'évaluation).

Dans le cadre de cette évaluation, les focus group n'ont pu être organisés et nous n'avons par conséquent utilisé que les taux de couverture en Penta3 et en RR, faute de pouvoir utiliser les taux de CPN4, de TPI3 et d'utilisation des services.

La figure 99 nous montre que le niveau de performance des Districts de santé évalués varie de plus de 120% pour MESSAMENA et BATOURI à un près de 20% seulement pour MUYUKA

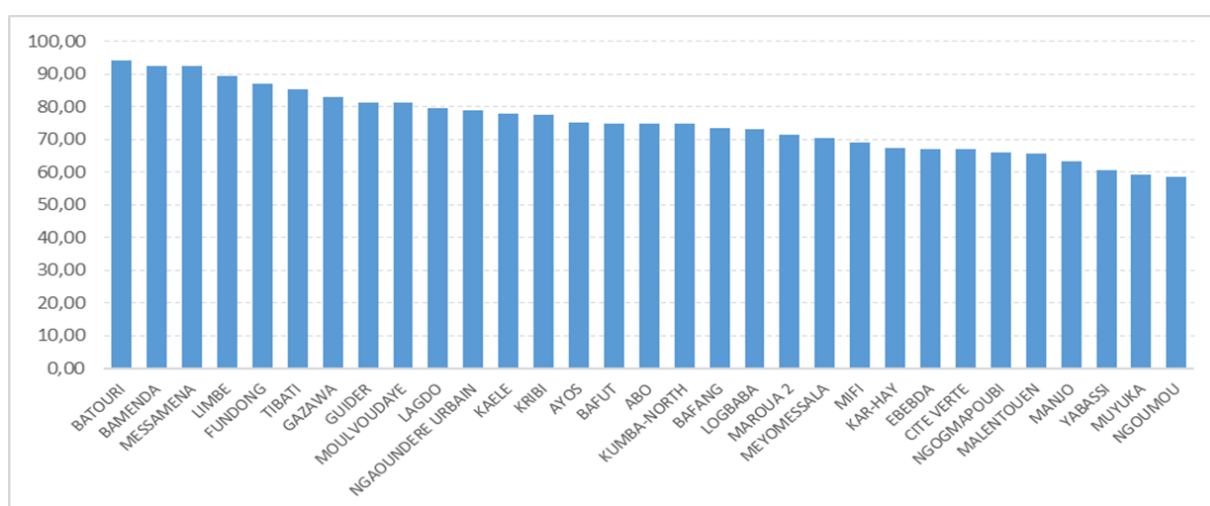


Figure 99 : Classement des Districts de santé suivant leur score moyen de performance (en %)

La figure 100 présente la situation de chaque District de santé selon son niveau de ressources, de fonctionnalité et de performance.

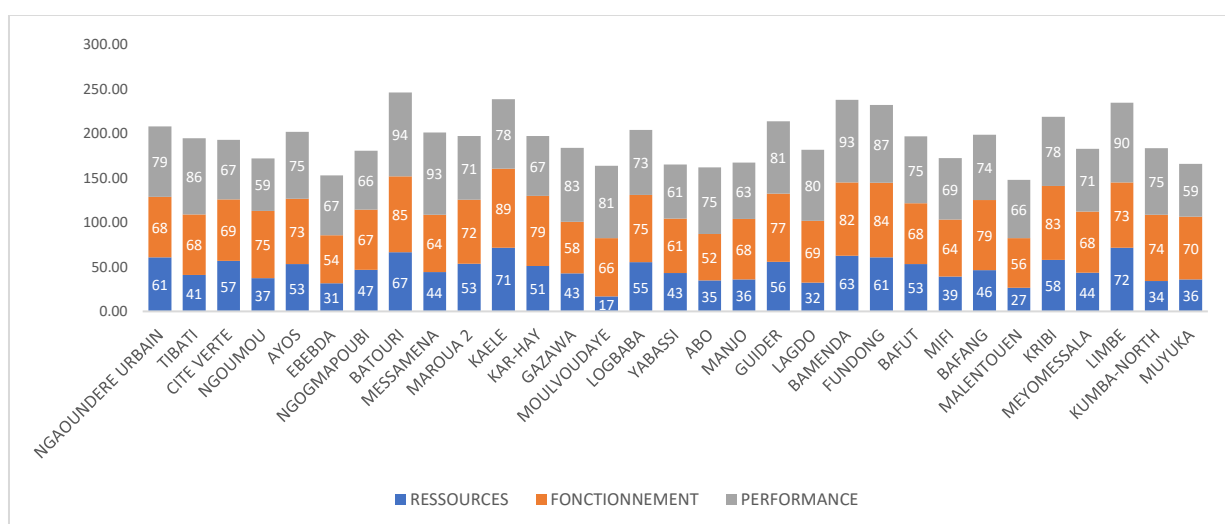


Figure 100 : Situation des Districts de santé suivant leurs scores moyens (en %) par domaine

Pour cette évaluation, les DS ont été catégorisés en 3 niveaux pour chaque domaine évalué : Niveau faible si le score obtenu est inférieur à 50% ; Niveau moyen si le score obtenu est entre 50% et moins de 80% ; Niveau élevé si le score obtenu est supérieur ou égale à 80%.

On remarque dans la figure 101 et le tableau 46 que 17 DS (soit 54,8%) ont un niveau de ressources faible, 14 DS (soit 45,2%) ont un niveau de ressources moyen, et aucun DS n'a un niveau de ressources élevé.

Pour la fonctionnalité, 26 DS (soit 83,9%) ont un niveau de fonctionnalité moyen et 5 DS (soit 16,1%) ont un niveau de ressources élevé, aucun DS n'a un niveau de fonctionnalité faible.

Concernant la performance, 3 DS (soit 9,7%) ont une faible performance, 17 DS (soit 54,8%) ont une performance moyenne, et 11 DS (soit 35,5%) ont une performance élevée.

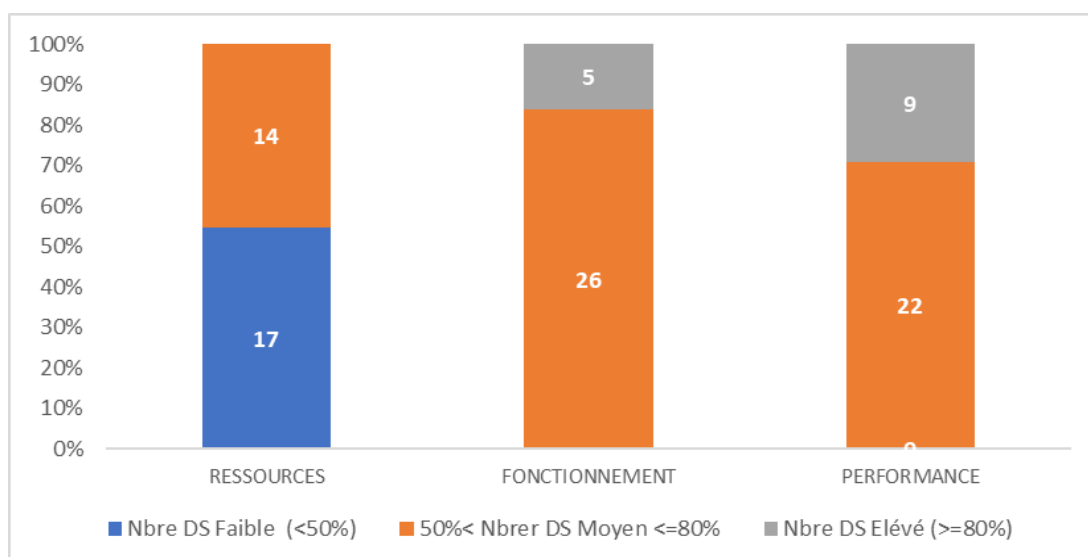


Figure 101 : Nombre de Districts de santé par niveau de score et par domaine évalué

L'évaluation a classé les DS en DS urbains, semi-urbains et ruraux.

La figure 102 montre que les DS ruraux ont les niveaux de score moyen les plus faibles par rapport aux DS semi-urbains et urbains.

Les DS urbains ont un score moyen de ressources supérieur à celui des DS semi-urbain, un score moyen de fonctionnalité inférieur à celui des DS semi-urbains, et presque le même score moyen de performance.

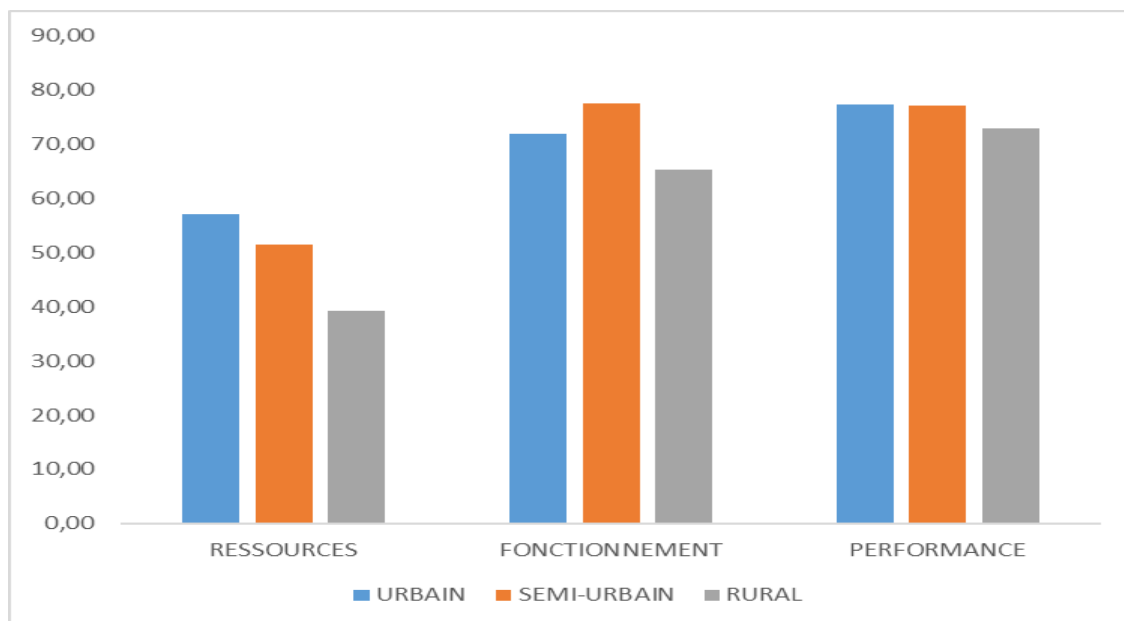


Figure 102 : Répartition des Districts par milieu suivant leur score moyen par domaine

La figure 103 et le tableau 45 présentent les scores globaux de l'ensemble des Districts de santé pour chacun des domaines évalués.

On remarque que le score global des ressources est globalement faible (47,18%) et les scores globaux de fonctionnalité et de performance sont respectivement de 70,72% et 75,53%.

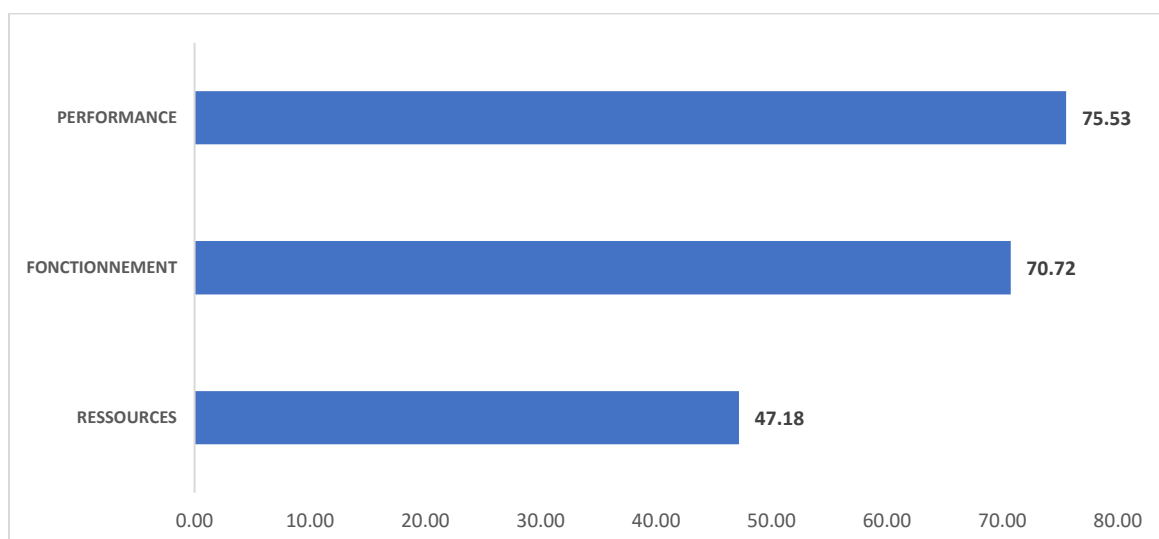


Figure 103 : Scores globaux moyens obtenus par les Districts de santé par domaine évalué

Tableau 44 : Récapitulatif des scores des différentes structures évaluées et pour chaque District de santé pour les ressources (viabilisation) et pour la fonctionnalité, et score de performance de chaque District de santé calculé à partir du Pent3 et RR en 2021

N°	DISTRICT DE SANTE	SCORES DES RESSOURCES (VIABILISATION)						SCORES ORGANISATION, PLANIFICATION, EXECUTION (FONCTIONNALITE)						SCORE PERFORMANCE (RESULTATS)		
		SSD	HD	HP	CSI/CMA	CSP/CMP	ENS-DS	SSD	HD	HP	CSI/CMA	CSP/CMP	ENS-DS	DTC3 (SSD)	RR1 (SSD)	ENS.DS
REGION DE L'ADAMAOUA																
1	NGAOUNDERE URBAIN	51,67		61,71	55,67	73,60	60,66	40,12		58,09	89,07	85,34	68,15	92,7	83,4	88,05
2	TIBATI	39,33	35,97		47,77	40,74	40,95	27,41	88,36		76,50	80,17	68,11	101,6	93,8	97,70
3	CITE VERTE	46,89		63,10	25,55	91,65	56,80	48,53		84,61	60,48	81,90	68,88	60,2	55,4	57,80
4	NGOUMOU	46,11	16,40		25,00	62,34	37,46	73,82	86,99		68,47	72,56	75,46	63,1	47,4	55,25
5	AYOS	60,78	54,89		48,61	48,45	53,18	57,59	84,62		85,82	64,76	73,20	61,6	84,2	72,90
6	EBEBDA	44,44	13,08		24,69	43,51	31,43	58,24	46,56		61,54	49,79	54,03	69,2	60,4	64,80
7	NGOGMAPOUBI	56,67	54,76		21,30	54,62	46,84	62,06	79,30		69,72	58,82	67,48	75,2	60,4	67,80
8	BATOURI	67,22	73,29	96,43	25,56	70,37	66,57	74,47	90,86	90,80	88,98	81,17	85,25	128,8	114,9	121,85
9	MESSAMENA	56,67	46,83		25,62	47,22	44,09	64,29	44,32		72,51	76,35	64,37	121,7	124,7	123,20
10	MAROUA 2	49,67	55,71		50,11	57,87	53,34	32,82	91,45		74,52	89,50	72,07	80	70,3	75,15
11	KAELE	81,56	51,20		69,72	83,32	71,45	97,06	92,88		86,02	78,97	88,73	80,9	78	79,45
12	KAR-HAY		40,93		42,82	69,43	51,06		77,23		73,31	85,20	78,58	77,9	78,2	78,05
13	GAZAWA	72,44	0,00		55,55		42,66	88,76	0,00		85,34		58,03	88,7	86,3	87,50
14	MOULVOUDAYE		11,74		21,66		16,70		63,08		68,00		65,54	92,1	96,8	94,45
15	LOGBABA	44,89	60,32	61,08	58,33	52,78	55,48	59,06	94,15	74,92	80,40	67,89	75,28	68,5	58	63,25
16	YABASSI	48,11	33,65		49,63	41,67	43,26	50,94	50,80		76,51	66,22	61,12	48,7	40,6	44,65
17	ABO	57,89	0,00		23,46	58,33	34,92	69,12	0,00		69,87	69,03	52,01	89	72,9	80,95

18	MANJO	56,00	21,43		27,31	38,26	35,75	65,47	65,69		66,41	74,78	68,09	65	59,2	62,10
19	GUIDER	63,67	63,76		50,00	45,37	55,70	72,00	71,76		83,49	79,57	76,70	83,1	85,2	84,15
20	LAGDO	57,78	26,06		15,44	29,63	32,23	72,35	79,35		75,04	51,01	69,44	81,5	77	79,25
21	BAMENDA	54,67	40,91	97,82	51,11	68,51	62,60	57,35	92,13	94,76	88,93	78,29	82,29	91	103,8	97,40
22	FUNDONG	53,67	32,80	97,82	42,77	76,85	60,78	54,41	91,54	98,37	89,12	85,80	83,85	76,8	71,9	74,35
23	BAFUT	48,22	41,07		54,56	69,43	53,32	39,71	69,99		80,40	83,01	68,28	42,6	42,3	42,45
24	MIFI	41,56	72,14		12,97	29,69	39,09	46,94	80,55		83,61	44,93	64,01	68,2	60,8	64,50
25	BAFANG	64,33	33,97		30,55	56,47	46,33	67,41	92,65		77,40	77,27	78,68	68,1	63,7	65,90
26	MALENTOUEN	36,33	16,85				26,59	44,82	66,35				55,59	60,3	82,4	71,35
27	KRIBI	51,89	29,26	97,02	29,91	81,93	58,00	69,06	93,78	94,98	75,78	80,40	82,80	74,4	66,7	70,55
28	MEYOMESSALA	39,00			26,85	64,80	43,55	63,47			66,49	75,32	68,43	61,6	53,5	57,55
29	LIMBE	56,38	87,04		77,77	65,30	71,62	41,18	93,65		85,01	72,99	73,21	105,1	103,3	104,20
30	KUMBA-NORTH	20,44	18,59		27,59	69,99	34,15	47,18	82,05		74,26	94,17	74,41	86,9	84,7	85,80
31	MUYUKA	40,78	14,41		16,67	72,21	36,02	76,71	55,48		65,79	83,44	70,35	28,5	29,5	29,00

Tableau 45 : Présentation des scores de viabilisation (ressources), de fonctionnalité et de performance des Districts de santé sur le plan national

ANALYSE DES SCORES SUR LE PLAN NATIONAL	RESSOURCES	FONCTIONNALITE	PERFORMANCE
MOYENNE DES SCORES DES 31 DS	47,18%	70,72%	75,53%
MOYENNE DES SCORES DES DS URBAINS (7)	57,08%	71,99%	78,62%
MOYENNE DES SCORES DES DS SEMI-URBAINS (10)	51,47%	77,51%	77,97%
MOYENNE DES SCORES DES DS RURAUX (14)	39,17%	65,24%	72,24%
ANALYSE DE LA VIABILISATION (NIVEAU DES RESSOURCES) DES DS SUR LE PLAN NATIONAL			
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE RESSOURCES INFÉRIEUR A 50% :	17	54,8%	DS A FAIBLE NIVEAU DE RESSOURCES
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE RESSOURCES ENTRE 50 ET 79%	14	45,2%	DS A MOYEN NIVEAU DE RESSOURCES
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE RESSOURCES SUPÉRIEUR OU ÉGAL A 80% :	0	0,0%	DS A HAUT NIVEAU DE RESSOURCES
ANALYSE DE LA FONCTIONNALITE DES DS SUR LE PLAN NATIONAL			
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE FONCTIONNALITE INFÉRIEUR A 50% :	0	0,0%	DS A FAIBLE NIVEAU DE FONCTIONNALITE
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE FONCTIONNALITE ENTRE 50 ET 79% :	26	83,9%	DS A MOYEN NIVEAU DE FONCTIONNALITE
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE FONCTIONNALITE SUPÉRIEUR OU ÉGAL A 80% :	5	16,1%	DS A HAUT NIVEAU DE FONCTIONNALITE
ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES DS SUR LE PLAN NATIONAL			
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE LA PERFORMANCE INFÉRIEUR A 50% :	3	9,7%	DS A FAIBLE NIVEAU DE PERFORMANCE
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE PERFORMANCE ENTRE 50 ET 79% :	17	54,8%	DS A MOYEN NIVEAU DE PERFORMANCE
NOMBRE ET % DE DS AYANT UN SCORE DE PERFORMANCE SUPÉRIEUR OU ÉGAL A 80% :	11	35,5%	DS A HAUT NIVEAU DE PERFORMANCE

Tableau 46 : Comparaison des scores moyens des différentes structures sanitaires des Districts de santé

STRUCTURES		SSD	HD	HP	CSI/CMA	CSP/CMP
SCORES MOYEN	RESSOURCES	51,60%	41,10%	82,14%	37,82%	59,44%
	FONCTIONNALITE	59,40%	77,00%	85,21%	76,63%	74,59%

Le tableau 46 montre que le niveau moyen des ressources des HP (Hôpitaux Privés) est le double de celui des HD (Hôpitaux de Districts) qui sont des hôpitaux publics, soit 82,14% pour les HP contre 41,10% pour les HD.

Le niveau moyen des ressources des CSP/CMP (Centres de Santé Privés et Centre Médicaux Privés) est aussi très largement supérieur à celui des CSI/CMA (Centres de Santé Intégrés et Centre Médicaux d'Arrondissement) qui sont des FOSA publiques, soit 59,44% pour les CSP/CMP contre 37,82% pour les CSI/CMA.

Pour la fonctionnalité, le niveau moyen des HP est légèrement supérieur à celui des HD (85,21% contre 77,00%), et le niveau moyen des CSI/CMA est très légèrement supérieur à celui des CSP/CMP (76,63% contre 74,59%).

6. Analyse des forces et faiblesses identifiées au niveau des Districts de Santé

L'analyse des forces et faiblesses en se référant aux 14 leviers d'Astana est présentée dans le tableau 47. Cette analyse prend en compte non seulement les données de l'étude, mais aussi les données fournies par les Délégués Régionaux de la Santé Publique lors de l'atelier organisé en décembre 2020 pour le lancement du processus ayant conduit à l'étude, et même les données issues de la documentation et des informations générales sur le système de santé camerounais.

Tableau 47 : Analyse des forces et faiblesses identifiées au niveau des districts de santé en référence aux 14 leviers d'Astana

Domaines	Forces	Faiblesses
Au niveau des leviers stratégiques		
Engagement politique et leadership	- Reconnaissance de la place importante du DS comme unité opérationnelle du système de santé par le MINSANTE. - Elaboration du Cadre conceptuel d'un DS viable au Cameroun	Création des DS à très faible potentiel de viabilisation et de fonctionnalité, ne respectant pas les critères décrits dans le Cadre conceptuel d'un DS viable.
Cadres de gouvernance et politiques	Existence des textes qui encadrent la création des DS et de leurs structures sanitaires et de participation communautaire, ainsi que leur gestion.	- Méconnaissance des textes qui encadrent la gestion du DS ; - Indisponibilité des textes dans les DS ; - Mauvaise application des textes dans les DS.
Financement et allocation des ressources	Financement important des Programmes verticaux de santé publique par les PTF	- Faible financement des DS pour les infrastructures, les équipements et le personnel de santé, - Retards importants dans le paiement des subsides PBF
Engagement des communautés et autres parties prenantes	Bonne implication des comités de gestion et des ASC dans la planification des activités des CSI/CMA ;	Faible fonctionnalité des structures de dialogue / organes de gestion du DS (COSA, COGE, COSADI).
Au niveau des leviers opérationnels		
Modèles de soins ;	- Activités de sensibilisation sur le paludisme, VIH et la TB pratiqués dans presque tous les CSI/CMA et CSP/CMP ; - La prise en charge des urgences chirurgicales courantes et particulièrement des urgences	- Mise en œuvre incomplète des activités spécifiées du PMA ; - Services d'odontostomatologie, d'ophtalmologie, de santé mentale et d'ORL mis en œuvre dans très peu d'HD ;

	gynéco-obstétricales pratiquée dans la presque totalité d'HD ; ▪ Existence d'un programme de promotion de la santé dans tous les HD ; ▪ Disponibilités et permanence des services dans la presque totalité d'HD ; ▪ Disponibilité des services essentiels pour le PCA dans les HD ; ▪ Affichage des définitions des cas de MAPE dans la plupart de SSD; ▪ Organisation assez régulière des réunions de coordination dans les SSD. ▪ Bonne participation des FOSA et du COSADI aux réunions de coordination.	▪ Très faible pratique de la prise en charge du nouveau-né prématuré dans les HD ; ▪ Mise en œuvre de toutes les activités du PCA avec le personnel qualifié, formé et dans les conditions acceptables dans peu d'HD ; ▪ Indisponibilité de l'Unité de radiologie-échographie dans beaucoup d'HD ; ▪ Faible représentativité des représentants du COSADI, de l'HD et du secteur privé dans l'ECD. ▪ Faible tenue régulière des réunions de l'ECD.
Personnel de Soins de Santé Primaires ;	▪ Disponibilité de l'ECD dans la majorité des ; ▪ Ratio personnel qualifié pour 2000 habitants dans les CSI/CMA supérieur à la norme?? ;	▪ Insuffisance du personnel dans la grande majorité de structures sanitaires du DS ; ▪ Beaucoup de DS sans CBS ; ▪ Pas d'adjoints au CDS formellement désignés par l'autorité compétente dans tous les DS ; ▪ Peu HD ont du personnel qualifié selon la norme ;
Infrastructure physique	▪ Une grande partie des CSI/CMA et CSP/CMP sont construits selon les normes ; ▪ L'énergie alternative disponible dans la grande majorité des CSI/CMA et d'HD ; ▪ Nombre de lits pour 1000 habitants largement supérieur à la norme d'évaluation utilisée (1lit/1000 habitants).	▪ Des DS sans HD ni HP faisant office d'HD ; ▪ Beaucoup de bureaux de SSD ne sont pas construits selon les normes ; ▪ Très peu de CSI/CMA et CSP/CMP sont équipés selon les normes ; ▪ Un petit nombre de CSI/CMA et CSP/CMP dispose d'un moyen de transport pour les stratégies avancées et autres déplacements ; ▪ Un très petit nombre de CSI/CMA ou CSP/CMP dispose d'une moto-ambulance pour les évacuations sanitaires /références des malades ; ▪ peu d'HD disposent d'un incinérateur fonctionnel ;

		▪ Peu d'HD disposent d'un réfrigérateur pour garder les poches de sang ; ▪ Moins de la moitié d'HD sont construits selon la norme ; ▪ Faible disponibilité d'une source d'énergie alternative dans les SSD ;
Médicaments et autres produits de santé	▪ Bon déploiement des mécanismes pratiques pour assurer la disponibilité des vaccins au bénéfice des populations des zones d'accès difficile dans la grande majorité de SSD ;	▪ Peu d'HD assurent une bonne gestion de la pharmacie de l'hôpital ; ▪ L'approvisionnement et la gestion des médicaments essentiels au niveau des DS ne sont pas optimaux; ▪
Engagement avec les prestataires du secteur privé	▪ Forte présence du secteur privé dans les DS, ▪ Participation des prestataires privés à la mise en œuvre du PMA et du PCA	▪ Existence de plusieurs prestataires privés informels, ne collaborant pas avec le Service de Santé de District
Systèmes d'achat et de paiement des services et soins de santé	▪ Tous les HD archivent les pièces justificatives des dépenses et presque tous établissent mensuellement et régulièrement les rapports de trésorerie ;	▪ Peu d'HD disposent d'un ordinateur pour la gestion des finances de l'hôpital ; ▪ Peu d'HD assurent une bonne gestion des ressources financières de l'HD.
Technologies numériques pour la santé	▪ Disponibilité d'un moyen de communication (radio ou téléphone) dans la moitié de CSI /CMA pour communiquer avec l'hôpital ; ▪ Existence d'un moyen de communication pour appeler en cas d'urgence ou de besoin dans 72%.	▪ Moins de la moitié de CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'un ordinateur ; ▪ Peu d'HD ont une ébauche d'informatisation des dossiers médicaux ; ▪ Peu d'HD disposent d'un modem pour connexion internet ; ▪
Systèmes d'amélioration de la qualité des soins	▪ La qualité des consultations ambulatoires est acceptable dans la moitié des CSI/CMA et CSP/CMP ; ▪ La grande majorité des CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'équipements essentiels pour des consultations de qualité ; ▪ Tous les HD disposent d'une unité de stérilisation fonctionnelle ;	▪ Les conditions d'hospitalisation dans les CSI/CMA et CSP/CMP ne sont pas optimales ; ▪ Beaucoup de CSI ne disposent pas de posters affichés sur le lavage des mains ; ▪ Aucun CSI/CMA et CSP/CMP ne remplit toutes les conditions et ne disposent de tous les équipements nécessaires pour les accouchements de qualité, les consultations ambulatoires de qualité, la petite chirurgie de qualité, le laboratoire de

	▪ Une très grande majorité d'HD remplissent les critères de qualité technique des consultations externes ;	qualité, les hospitalisations de qualité, le PEV de qualité, la PF de qualité, la dispensation des médicaments essentiels de qualité, la PCI de qualité, les ISDC de qualité ; ▪ Peu d'HD mettent en œuvre la formation continue, motivent leur personnel ou gratifient les meilleurs agents ; ▪ Tous les critères de qualité des soins ne sont respectés dans les HD ; ▪ Peu d'HD respectent l'ensemble des conditions de la PCI.
Recherche axée sur les soins de santé primaires	▪ Existence des bases de données sur les SSP dans les DS et dans le DHIS2	▪ Très peu de DS effectuent la recherche opérationnelle sur les SSP ;
Monitoring et évaluation	▪ La grande majorité des SSD disposent d'un tableau de suivi de la promptitude et complétude des rapports hebdomadaire des MAPE ; ▪ La revue mensuelle des données du DHIS2 se fait de façon régulière dans la grande majorité des SSD ; ▪ L'archivage des rapports des réunions de revue des décès maternels se fait bien dans la grande majorité des SSD ; ▪ Tenue assez régulière des réunions de revue des décès maternels dans les DS ; ▪ Comité de revue des décès maternels fonctionnel dans la presque totalité des SSD ; ▪ Très bonne gestion régulière des données de vaccination en termes de collecte, analyse, et prise de décision dans tous les DS.	▪ Très peu d'HD respectent assurent la bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action ; ▪ Moins de la moitié des SSD font régulièrement les rapports hebdomadaires de synthèse des MAPE et sont capables de fournir les quatre derniers des quatre dernières semaines ; ▪ Peu de SSD archivent les dossiers de supervisions ; ▪ Très peu de SSD disposent et affichent le plan de formation continue trimestriel(mois, thèmes, formateurs, cibles, partenaires) pour l'année. ▪ Peu de SSD élaborent et archivent les rapports des sessions de formations continues réalisées au cours de l'année.

7. Discussion

Les résultats issus de l'analyse des données collectées donnent un aperçu général sur la situation des Districts de santé au Cameroun, tant en ce qui concerne leur viabilisation que leur fonctionnement et leurs performances. À partir de ces résultats, la présente discussion essaie de comparer la situation des Districts telle qu'elle se présente actuellement au regard des objectifs réels d'un District de santé dans le contexte de la Couverture Santé Universelle.

En effet, l'évaluation de la viabilisation, du fonctionnement et des performances des Districts de santé est une étude qui permet de mettre à la disposition des parties prenantes des informations actualisées et factuelles sur les moyens et les capacités du système de santé à mettre en œuvre la politique nationale de santé et à atteindre les résultats sanitaires escomptés, en particulier ceux relatifs à la CSU. Toutefois, cette évaluation ne pouvant être faite de façon exhaustive sur l'ensemble des Districts de santé du pays, l'OMS recommande de sélectionner un certain pourcentage représentatif pour généraliser les résultats obtenus. Pour le cas du Cameroun qui compte plus de 150 Districts de santé, ce pourcentage est de 10%. Cependant, pour tenir compte de la diversité des caractéristiques que l'on retrouve dans les Districts de santé au niveau du Cameroun eu égard au contexte démographique, socio-économique, humanitaire, sécuritaire et sanitaire, et dans le souci d'avoir un échantillon de Districts de santé assez représentatif de toutes ces caractéristiques, toutes les 10 Régions du pays ont été incluses dans l'étude et ce pourcentage a été porté à 15%.

En portant cette proportion à 15%, et en stratifiant les Districts de santé en Districts urbains (ceux situés dans le périmètre d'une Communauté Urbaine), en Districts semi-urbains (ceux situés dans le périmètre d'une Ville départementale), et en Districts ruraux (ceux situés dans le périmètre d'une ou de plusieurs Commune-s rurale-s), cela a permis d'avoir un échantillon respectant les caractéristiques de taille démographique, de nombre de FOSA à coordonner ou à superviser, et de superficie. Ce qui a assuré la représentativité au niveau national et donc la crédibilité des résultats.

Cette évaluation a présenté des limites et des difficultés lors de sa mise en œuvre. Par exemple, les données n'ont pu être collectées au niveau central et dans les Délégations Régionales de la Santé Publique. Il y a eu des données manquantes et des données non cohérentes. Malgré ces limites et difficultés, nous estimons que ses résultats présentent un grand intérêt et exposeraient la situation réelle des Districts de santé dans le pays, nonobstant quelques points de discussion sur les niveaux de ressources, de fonctionnalité et de performance.

Sur le plan des ressources, les Districts de santé sont globalement faibles avec un niveau moyen de ressources de 47,18% et des extrêmes de 16,70% pour le DS ayant le plus faible niveau de ressources et de 71,62% pour le DS ayant le plus haut niveau de ressources. Ce sont les DS urbains qui ont plus de

ressources (niveau moyen de 57,08%). Après viennent les DS semi-urbains (niveau moyen de 51,47%) et en dernière position les DS ruraux (niveau moyen de 39,17%). Le niveau de ressources relativement élevé en milieu urbain est dû aux niveaux de ressources relativement élevés des HD, HP, CSI/CMA et CSP/CMP tandis que celui des DS semi-urbains est dû aux niveaux de ressources relativement élevés des SSD et des HD. Toutes les structures sanitaires des DS ruraux ont des niveaux de ressources faibles. Le fait d'avoir évalué des HR considérés comme HD dans certains DS urbains (Maroua 2 et Limbé en particulier) serait responsable du niveau relativement élevé des ressources dans les DS urbains.

Sur le plan de la fonctionnalité, les DS ont globalement un niveau moyen qui est de 70,72% avec des extrêmes de 52,01% pour le DS ayant le plus faible niveau de fonctionnalité et de 88,73% pour le DS ayant le niveau de fonctionnalité le plus élevé. Ce sont les DS semi-urbains qui ont le niveau de fonctionnalité le plus élevé (moyenne de 77,51%). Après viennent les DS urbains (moyenne de 71,99%) et en dernière position viennent encore les DS ruraux (moyenne de 65,24%). Cette situation serait due à un niveau de fonctionnalité des SSD, HD, HP, CSI/CMA et CSP/CMP relativement plus élevé en milieu semi-urbain qu'en milieux urbain et rural.

Sur le plan de la performance, les DS ont globalement un niveau moyen qui est de 75,1% avec des extrêmes de 58,8% pour le DS ayant le plus faible niveau de performance et de 94,5% pour le DS ayant le niveau de performance le plus élevé. Les niveaux de performance des DS urbains et semi-urbains sont les plus élevés et presque identiques, respectivement 78,62% et 77,97%, tandis que le niveau de performance des DS ruraux est le plus faible et se situe à 72,24%. Cette situation pourrait s'expliquer par les niveaux de ressources et de fonctionnalité qui sont les plus élevés en milieux urbains et semi-urbains par rapport au milieu rural.

Cette évaluation met ainsi en évidence les points forts et les points à améliorer du système de santé de district, comme unité opérationnelle du système de santé. Ces données peuvent être utilisées pour alimenter la prise de décision en vue de mettre en œuvre des actions visant à renforcer les moyens et les capacités des Districts de santé à contribuer véritablement à l'amélioration de la performance du système de santé national pour tendre vers la CSU (Couverture Sanitaire Universelle) et l'atteinte des ODD (Objectifs de Développement Durable).

Ainsi, l'analyse des données fournies par les Délégués Régionaux de la Santé Publique lors de l'atelier de lancement du processus en décembre 2020, et des résultats de cette étude en lien avec les 14 leviers de la Déclaration d'Astana qui recommande de revitaliser les Soins de Santé Primaires et donc les Districts de santé pour accélérer l'évolution vers la CSU a permis de ressortir les défis ci-après.

Au niveau de l'Engagement politique et leadership, quoi que les données n'aient pu être collectées au niveau central du Ministère de la santé, on remarque que le pays a reconnu la place importante du DS comme unité opérationnelle du système de santé. Un Cadre conceptuel d'un DS viable a d'ailleurs été

élaboré par le Ministère. Cependant, on note encore une forte tendance à mettre plus d'accent sur le développement et la mise en œuvre des Programmes verticaux de santé publique financés principalement par les PTF que sur le renforcement de la viabilisation des Districts de santé. On note aussi la création des DS à très faible potentiel de viabilisation et de fonctionnalité ne respectant pas les critères décrits dans le Cadre conceptuel d'un DS viable.

Au niveau des Cadres de gouvernance et politiques, bien que le pays ait élaboré et adopté des Lois, Décrets, Arrêtés, Décisions, Guides et Directives pour la création, l'organisation, le fonctionnement et la gestion des Districts de santé, ces Textes et Documents restent non actualisés compte-tenu de l'évolution du contexte, ils sont soit non appliqués ou mal-appliqués, ils n'existent pas les Districts de santé ou sont méconnus par les Responsables qui gèrent ces Districts de santé

Au niveau du Financement et allocation des ressources pour le développement des Soins de Santé Primaires et la viabilisation des Districts de santé, quoique les données n'aient pu être collectées au niveau central, les Délégués régionaux de la santé publique et les gestionnaires des Districts de santé ont rapporté que la grande partie des fonds est gérée au niveau central ou va beaucoup plus vers les Programmes verticaux que vers la viabilisation des Districts. Le Financement Basé sur la Performance (PBF) prôné comme solution pour renforcer la qualité des soins et la viabilisation des Districts de santé depuis près de 10 ans n'a pu atteindre les résultats et les Districts ont plutôt accumulé d'importantes dettes de financement de leur développement. D'autre part, les ressources transférées aux CTD dans le cadre de la décentralisation restent très faibles et irrégulières. Ce qui pose un problème de régularité du salaire des personnels de santé recrutés localement.

Au niveau de l'Engagement des communautés et autres parties prenantes, l'implication des Communautés à la gestion des FOSA des Districts de santé et à la mise en œuvre des activités à travers les Comités de gestion, les Comités de santé et les Agents de Santé Communautaires est appréciable mais une bonne structuration et un bon fonctionnement de ces structures de participation communautaire restent des grands défis. Il faut en effet impliquer toutes les parties prenantes dans ces structures (CTD, Secteurs apparentés, ONG/OSC/OBC, Tradipraticiens), les formaliser et les faire fonctionner de façon optimale.

Au niveau des Modèles de soins, le Paquet Minimum et le Paquet Complémentaire d'Activités (PMA et PCA) des Soins de Santé Primaires sont encore incomplètement mis en œuvre dans un nombre élevé de Districts de santé et de FOSA de base.

En ce qui concerne le Personnel de Soins de Santé Primaires, le déficit en quantité et en qualité est criard au niveau des Districts de santé et un système de formation continue pour le renforcement des capacités des gestionnaires des Districts de santé et des FOSA manque énormément.

Au niveau de l'Infrastructure physique, beaucoup reste à faire en ce qui concerne les constructions et les équipements des structures sanitaires des Districts de santé selon les normes conventionnelles ou établies par le Ministère de la santé publique.

En ce qui concerne les Médicaments et autres produits de santé, L'approvisionnement et la gestion des médicaments, consommables et autres dispositifs essentiels au niveau des Districts de santé ne sont pas optimaux. On note néanmoins un bon déploiement des mécanismes pratiques pour assurer la disponibilité des vaccins au bénéfice des populations des zones d'accès difficile dans la grande majorité des Districts de santé mais les améliorations restent à faire.

Au niveau de l'Engagement avec les prestataires du secteur privé, on note une réelle et forte présence du secteur privé de la santé au niveau des Districts de santé et dans la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. Ce secteur est d'ailleurs mieux loti que le secteur public en termes d'infrastructures, d'équipements et de personnel. Néanmoins, les besoins et les attentes de ce secteur méritent d'être recensés pour améliorer.

En ce qui concerne les Systèmes d'achat et de paiement des services et soins de santé, les paiements directs sont encore très répandus et constituent le principal mode d'achat et de paiement des services et soins de santé dans tous les Districts de santé. La gestion de ces fonds collectés à travers les paiements directs reste majoritairement manuelle avec très peu de preuves d'une bonne gestion.

En ce qui concerne les Technologies numériques pour la santé, on note la disponibilité d'un moyen de communication (radio ou téléphone) dans la moitié de Centres de santé et Centres médicaux pour communiquer avec l'Hôpital de District et une existence d'un moyen de communication pour appeler en cas d'urgence ou de besoin dans les $\frac{3}{4}$ de ces FOSA. Cependant, très peu de Centres de santé et Centres médicaux Moins de la moitié de CSI/CMA et CSP/CMP disposent d'un ordinateur, peu d'Hôpitaux de District disposent d'un modem pour connexion internet et très peu ont une ébauche d'informatisation des dossiers médicaux.

Au niveau du Système d'amélioration de la qualité des services et des soins, beaucoup restent à faire au niveau des conditions de consultation, des urgences, des accouchements, des hospitalisations, du laboratoire, de la chirurgie, du système de prévention et contrôle des infections, de la dispensation des médicaments et de la mise en œuvre des interventions de santé publique.

Concernant la Recherche axée sur les soins de santé primaires, elle est presque inexistante dans les Districts de santé.

Concernant le Monitoring et évaluation, beaucoup d'avancées ont été réalisées avec la mise en place du DHIS2 (District Health Information Software - Version N°2). Cependant, très peu d'Hôpitaux de District assurent la bonne gestion du système d'information hospitalier pour l'action, moins de la moitié

des Districts de santé font régulièrement les rapports hebdomadaires de synthèse des MAPE et sont capables de fournir les rapports des quatre dernières semaines, peu de Districts de santé archivent les dossiers de supervisions, très peu de Districts de santé disposent et affichent le plan de formation continue (mois, thèmes, formateurs, cibles, partenaires), peu de Districts de santé élaborent et archivent les rapports des sessions de formations continues réalisées au cours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.

8. Recommandations et suggestions

8.1. Recommandations

A l'issue de cette évaluation, des recommandations ont été formulées en direction du Ministère de la santé publique, des PTF, des Gestionnaires des structures sanitaires des Districts de santé, des CTD et du secteur privé.

8.1.1. Recommandations envers le Ministère de la santé publique (et les PTF)

De manière générale, il est recommandé au Ministère de la santé publique de :

- Elaborer et de mettre en œuvre un Plan stratégique de renforcement de la viabilisation et de la fonctionnalité des Districts de santé avec un accent sur le cadre institutionnel et réglementaire et la formation (renforcement des capacités) des gestionnaires des Districts de santé, y compris les CTD et les acteurs communautaires ;
- Allouer plus de ressources aux DS (ou aux CTD) pour assurer un bon niveau de ressources pour viabiliser les DS, au lieu de concentrer les budgets au niveau central et dans les Programmes verticaux de santé publique ;
- Adopter une stratégie de financement plus équitable pour permettre à tous les DS, (en particulier les DS ruraux, de disposer de ressources suffisantes en fonction de leurs besoins pour assurer une meilleure couverture optimale des soins de qualité à toute leur population sans barrière financière.

8.1.2. Recommandations en rapport avec les Textes (Arrêtés du MINSANTE) qui encadrent le développement des Districts de santé

Pour tenir compte du contexte de décentralisation et des compétences transférées aux CTD, il est recommandé de :

- Actualiser l'Arrêté N°035/A/MSP/CAB du 8 Octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des Districts de santé ;
- Actualiser le Cadre réglementaire des Structures de Dialogue et de participation communautaire dans les Districts de santé ;
- Actualiser le Cadre réglementaire des Comités de gestion des Formations Sanitaires publiques;

- Diffuser le Décret N°2016/6447/PM du 13 décembre 2016 fixant les modalités d'attribution des Quotes-parts sur l'ensemble des prestations à titre onéreux aux personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les Formations Sanitaires publiques.

8.1.3. *Recommandation en rapport avec les Normes et Directives*

- Normes sur les ressources des structures sanitaires des Districts de santé;
- Normes et Directives sur l'organisation et le fonctionnement des structures sanitaires des Districts de santé.

Pour tenir compte des contextes socio-économiques des milieux de vie (urbains, semi-urbains et ruraux) et des évolutions dans les politiques et les stratégies d'organisation et de fonctionnement des systèmes de santé, il est recommandé de :

- Finaliser l'Arrêté fixant classification des Districts de Santé au Cameroun ;
- Finaliser les Normes et Directives en cours d'élaboration (en tenant compte des spécificités des milieux urbains, semi-urbains et ruraux et des orientations adoptées sur le plan international), les valider et les adopter, puis les diffuser à toutes les DRSP et à tous les DS ;
- Elaborer les Normes et Directives inexistantes (en tenant compte des spécificités des milieux urbains, semi-urbains et ruraux et des orientations adoptées sur le plan international) et les adopter, puis les diffuser à toutes les DRSP et à tous les DS.

8.1.4. *Recommandations en rapport avec les Guides et Documents d'orientation des Responsables Gestionnaires des structures des Districts de santé*

Il est recommandé de :

- Actualiser et diffuser le Guide National d'organisation et de fonctionnement des Structures de Dialogue des Districts de santé ;
- Actualiser et diffuser les Paquets Minimums d'Activités (PMA) et les Paquets Complémentaires (PCA) des structures sanitaires des Districts de santé en tenant compte des spécificités des milieux urbains, semi-urbains et ruraux, les PCA des HD et CMA urbains pouvant être différents des PCA des HD et CMA semi-urbains et des PCA des HD et CMA ruraux.

8.1.5. *Recommandations envers les Gestionnaires des structures sanitaires des Districts de santé*

- Se procurer et chercher à maîtriser les Textes et les Normes relatifs aux ressources, à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion des Districts de santé ;
- Se former à la gestion des structures sanitaires des Districts de santé ;
- Collaborer étroitement avec les CTD pour accompagner la planification et la mise en œuvre des activités de viabilisation/développement des Districts de santé ;

- Assurer une bonne administration et une bonne gestion des ressources des structures sanitaires à leur charge.

8.1.6. Recommandations envers les Collectivités Territoriales Décentralisées CTD

- Identifier les besoins et Planifier convenablement les créations, les constructions et équipements des FOSA des Districts de santé ;
- Mobiliser les ressources suffisantes auprès de l'Etat et localement pour assurer les constructions et équipements de qualité respectant les Normes définies et adoptées au niveau national ;
- Recruter le personnel qualifié en quantité suffisante pour assurer des services et soins de qualité dans les FOSA des Districts de santé ;
- Assurer une bonne gestion des ressources des FOSA des Districts ;
- S'impliquer et appuyer la mise en place et le bon fonctionnement des structures de dialogue (COSA et COSADI) ;
- Participer au processus de recrutement et de gestion ou de prise en charge des Agents de Santé Communautaires polyvalents (ASCP) ;
- Elaborer et Mettre en œuvre ou appuyer les projets de promotion de la santé dans les Districts de santé ;
- Mettre en place des mécanismes pour la prise en charge sanitaire des populations pauvres, des indigents et nécessiteux, ainsi que les victimes des épidémies et catastrophes ponctuelles.

8.1.7. Recommandations envers le secteur privé

- Construction et équipement des FOSA privées selon les Normes définies et adoptées au niveau national ;
- Recrutement du personnel en qualifié et en quantité suffisante respectant les Normes définies et adoptées au niveau national pour assurer des services et soins de qualité dans les FOSA privées ;
- Collaborer étroitement avec les SSD pour la planification et la mise en œuvre des activités de santé dans le District de santé.

8.2. Suggestions

Au regard de certaines insuffisances constatées suite à cette évaluation, nous suggérons de :

- Définir les critères pour être nommé Chef d'un District de Santé ;
- Définir par Décision ou Arrêté la composition de l'Equipe Cadre de District (ECD) et son mode de fonctionnement ;
- Nommer les adjoints aux CDS qui pourraient avoir les missions suivantes :
 - Premier Adjoint : Chargé de la Promotion de la santé et de la Prévention des maladies ;
 - Deuxième Adjoint : Chargé de la Supervision et du Suivi de la qualité des soins ;

- Troisième Adjoint : Chargé du Médicament et des Mécanismes d'assurance-maladie (partage du risque maladie) ;
- Apporter un réaménagement à l'Organigramme de la Délégation Régionale de la Santé en préconisant trois Chefs de Brigade de Contrôle comme suit :
 - Chef de Brigade de Contrôle des Activités de promotion de la santé et prévention des maladies ;
 - Chef de Brigade de Contrôle des Activités de soins médicaux et paramédicaux ;
 - Chef de Brigade de Contrôle des Activités en rapport avec la gestion des médicaments et des mécanismes d'assurance-maladie ;
- Renforcer la qualité des soins dans les Formations Sanitaires des Districts (dans le cadre du Projet d'Appui pour le Renforcement de la Viabilisation des Districts de santé !) à travers :
 - La formation continue du personnel des FOSA des Districts de santé sur la qualité ;
 - La mise en place des Démarches Qualité dans les FOSA des Districts de santé ;
 - Le suivi-évaluation continu de la qualité des soins dans les FOSA des Districts de santé ;
 - L'Accréditation des FOSA des Districts de santé.

9. Perspectives : Développer les « Districts de Santé Modèles » pour accélérer l'évolution vers la CSU

Cette évaluation nous a permis de constater que les DS ont globalement peu de ressources pour leur viabilisation et que leur fonctionnement et leurs performances ne sont pas optimaux.

Or, le pays a l'ambition d'atteindre la Couverture Santé Universelle, ce qui suppose qu'à l'horizon 2030 ou avant, l'ensemble de la population devrait avoir accès à des soins curatifs, préventifs, de réhabilitation et de promotion de la santé dont elle a besoin, que ces soins soient de qualité suffisante pour être efficace, et que leur coût n'entraîne pas des difficultés financières pour les usagers.

Il est donc impératif d'accélérer le renforcement des capacités des DS existants pour mettre en œuvre efficacement les Soins de Santé Primaires, lesquels constituent le meilleur moyen pour faciliter l'évolution vers la CSU comme l'a réitéré la Déclaration d'Astana.

Pour éviter les difficultés financières d'accès aux soins de santé de qualité, les DS devront être dotés des structures de partage du risque maladie (structures d'assurance-maladie et structures d'assistance médicale) parce que quasi-inexistante. Or, cette évaluation n'a pas pris en compte ces structures qui sont d'une importance capitale pour l'évolution vers la CSU.

La perspective à l'issue de cette évaluation serait donc d'adopter une définition du DS Modèle qui prend en compte l'ensemble des structures (sanitaires et para-sanitaires) qui doivent concourir à l'atteinte de la CSU au sein du DS. Sur cette base, les structures à prendre en compte dans le développement d'un DS sont donc :

1. Le Service de Santé de District (SSD) ;

2. L'Hôpital de District (HD) ;
3. Les Hôpitaux Privés (HP);
4. Les Formations Sanitaires publiques de 6^e et 5^e catégorie (CSI/CMA) qui sont implantés dans les Aires de Santé du DS ;
5. Les FOSA privées de catégorie D et C, c'est-à-dire les Centres de santé privés et les Centre médicaux privés (CSP/CMP) qui sont aussi implantés dans les Aires de Santé du DS ;
6. Les structures de participation communautaire (SPC) que sont les Comités de Santé des Aires – COSA et le Comité de Santé de District – COSADI pour l'ensemble du DS ;
7. Les structures de partage du risque maladie, ou structures d'assurance-maladie ou d'assistance médicale (SAM), ciblant les travailleurs du secteur formel (public et privé), les travailleurs du secteur informel et indépendants, et les indigents, nécessiteux et groupes vulnérables (très pauvres, handicapés pauvres, déficients mentaux, réfugiés et déplacés en situation humanitaire).

Pour qu'un District de Santé soit considéré comme District de Santé Modèle, il faudrait que toutes ces structures disposent des ressources suffisantes et fonctionnent de façon optimale pour atteindre les meilleures performances. Ainsi :

- Un DS Modèle sur le plan des ressources serait un DS dont le niveau (ou score) moyen des ressources de l'ensemble de ces structures est d'au moins 80%.
- Un DS Modèle sur le plan fonctionnel serait un DS dont le niveau (ou score) moyen de fonctionnalité de l'ensemble de ces structures est d'au moins 90%.
- Un DS Modèle sur le plan de la performance serait un DS dont le niveau (ou score) moyen de performance est d'au moins 80%.

10. Références

Textes de loi, Décret et Arrêtés exploités :

Loi N°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées.

Décret N°95/013 du 7 février 1995 portant organisation des Services de santé de base en Districts de santé. *Recueil des textes 2017, Ministère de la santé publique ; Yaoundé, Cameroun ; p818-9.*

Arrêté N°003/A/CAB/MSP DU 21 Septembre 1998 fixant les modalités de création des Structures de Dialogue Communautaire dans les Districts de santé. *Recueil des textes 2017, Ministère de la santé publique ; Yaoundé, Cameroun ; p861-3.*

Arrêté N°035/A/MSP/CAB du 8 octobre 1999 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des Districts de Santé. *Recueil des textes 2017, Ministère de la santé publique ; Yaoundé, Cameroun ; p997-9.*

Documents du MINSANTE exploités :

Guide de fonctionnement des structures de dialogue des districts de santé. *Ministère de la santé publique.* Juillet 2009 ; Yaoundé, Cameroun.

Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010 ; Edition 2002. *Ministère de la santé publique.* 2002 ; Yaoundé, Cameroun.

Stratégie Sectorielle de Santé 2009-2015 ; Edition 2009. *Ministère de la santé publique.* 2009 ; Yaoundé, Cameroun.

Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 ; Edition 2017. *Ministère de la santé publique.* 2017 ; Yaoundé, Cameroun ; Disponible sur : <http://www.minsante.gov.cm/site/?q=fr/content/strat%C3%A9gie-sectorielle-de-sant%C3%A9-2016-2027-1>.

Plan National de Développement Sanitaire 2017-2021 ; Edition 2017. *Ministère de la santé publique.* 2017 ; Yaoundé, Cameroun.

Cadre conceptuel d'un District de santé viable au Cameroun ; Edition 2017. *Ministère de la santé publique.* 2017 ; Yaoundé, Cameroun.

Documents de l'OMS et OMS + UNICEF exploités :

OMS. Cadre opérationnel pour les Soins de Santé Primaires : De l'ambition à l'action. Projet soumis aux États Membres pour examen lors de la Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé. *Organisation mondiale de la Santé, 2020.*

OMS/AFRO (L. G. SAMBO, R. R. CHATORA, E. S. M. GOOSEN). Outils d'évaluation du fonctionnement des systèmes de santé de district : Directives. Version revue, testée et adoptée en 1998. *Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, Division du développement des systèmes et services de santé, 2003.*

OMS/AFRO. Cadre pour la prestation de services de santé essentiels par l'entremise de systèmes de santé de district ou locaux renforcés afin d'appuyer la Couverture Sanitaire

Universelle dans le contexte des Objectifs de Développement Durable : Rapport du Secrétariat. *Comité Régional de l'Afrique ; Soixante-neuvième session, Brazzaville, République du Congo, 19-23 août 2019.*

OMS/AFRO. Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la Couverture Sanitaire Universelle dans le Région africaine, dans le contexte des Objectifs de Développement Durable : Rapport du Secrétariat. *Comité Régional de l'Afrique ; Soixante-septième session, Victoria Falls, République du Zimbabwe, 28 août-1^{er} septembre 2017.*

OMS/AFRO. Ne laisser personne de coté : Renforcement des systèmes de santé pour la CSU et les ODD en Afrique, un cadre d'actions. *Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2017*

OMS/AFRO. Deriving an essential health package in the WHO African Region : A country toolkit for action. Framework of Actions for UHC in the context of the SDGs, Implementation toolKit series. *WHO Regional Office for Africa, 2018.*

OMS et UNICEF. Operational Framework for Primary Health Care : Transforming Vision Into Action. *World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020.*

OMS et UNICEF. Declaration of Astana : Global Conference on Primary Health Care. *ASTANA KAZAKHSTAN, 25-26 OCTOBER 2018. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018.*

Auteurs/Articles scientifiques exploités :

Eric GAUVRIT et Raphael OKALLA. La difficile mise en place des districts sanitaires urbains ; *Bulletin de l'A.P.A.D. 21/2001* (Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun). Disponible sur : www.journals.openedition.org/apad/186.

Jean-François Médard. Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun ; *Bulletin de l'A.P.A.D. 21/2001* (Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun). Disponible sur : <https://journals.openedition.org/apad/35>.

Raphael OKALLA et Alain Le Vigouroux. Cameroun : de la décentralisation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. *Bulletin de l'A.P.A.D. 21/2001* (Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun). www.journals.openedition.org/apad/181.

11. Annexes : Outils de collecte des données

EVALUATION NATIONALE DU NIVEAU DE

DEVELOPPMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT SANITAIRE

Formulaire de collecte de données - SERVICES de SANTE du DISTRICT (SSD)

Jour prévue		Mois et année de création	
Jour effectif			
Heure début :	Heure fin :	Durée	

Dénomination du District sanitaire			
Nom et post-nom du Chef de District sanitaire			
Population totale de <u>DS</u>	% population <u>d'accès difficile</u> :	% par rapport à la population de la <u>commune administrative</u> :	
Nbre total CSI/CMA :	Public :	Confessionnel : Privé laïc :	
Adresse physique (avenue +numéro et localité) :		Phone, mail & WhatsApp	

Distance (km)	Du Bureau de la Région Sanitaire :	De la capitale (Yaoundé)
Coordonnées GPS si possible		

Décembre 2021

0. Introduction

1. Informez formellement le Médecin Chef de DS au moins 72 heures et négociez sur le moment approprié pour l'entretien,
2. Au début de l'entretien, il faut présenter succinctement l'évaluation nationale (objectifs, résultats, méthodes en insistant sur la sélection de DS),
3. Donner l'information sur la durée possible de l'évaluation (2.30-3.00 heures),
4. Xxxx
5. Xxxxx

1. Situation des ressources (humaines, structures clés, équipements)

1.1. Est-ce le Bureau de Service de santé de District (SSD) dispose des RH selon normes ?

OUI	NON

Si **NON**, merci de cocher le (les) local (locaux) manquant (s) :

1. Chef de DS	
2. Adjoint au CDS 1 nommé	
3. Adjoint au CDS 2 nommé	
4. Adjoint au CDS 3 nommé	
5. CB chargé des affaires générales	

1.2. Est-ce qu'à part les postes décrits au point 1.1, il y a du personnel d'appui recruté ?

--	--

OUI	NON
-----	-----

Si OUI , merci de cocher le (les) personnel (s) recruté (s) :	
1. 1 Secrétaire	
2. 1 chauffeur	
3. au moins 1 technicien tous travaux	
4. 1 gardien	

1.3. Est-ce le Bureau du SSD est-il construit selon les normes ?

OUI	NON

Si NON , merci de cocher la (les) cause (s) principale (s) :	
1. Manque d'espace	
2. Manque de financement	
3. Non disponibilité d'une infrastructure de l'Etat	
4.	

1.4. Est-ce que ces structures clés existent-elles dans le DS ?

Si NON , merci de cocher la (les) cause (s) principale (s) :	OUI	NON
1. Equipe cadre de District (ECD) avec une Note de service du CDS (Chef du District de Santé)		
2. Comité de santé de District (COSADI) disposant d'un Récépissé de déclaration d'Association à la Préfecture		

1.5. Est-ce le Bureau de DS a-t-il un modem ou des mécanismes de facilitation de connexion internet (la flotte) ?

OUI	NON

Si OUI , précisez la provenance de l'appui logistique et/ou financier :
--

1. Gouvernement	
2. Partenaire Financier et technique	

1.6. Quelle est la logistique disponible au niveau du Bureau de DS?

Cochez l'équipement disponible ou manquant	OUI	NON
1. Au moins un véhicule adapté pour les supervisions et autres		
2. Au moins 2 motos adaptées pour les supervisions et autres		
3. une moto ambulance par AS		

1.7. Quels sont les équipements/ bureautique disponibles au niveau du Bureau de DS?

Cochez la case correspondanteCochez l'équipement disponible ou manquant	NON	NON
1. Un ordinateur portable		
2. Au moins 1 ordinateur de table (desk top)		
3. Au moins 1 imprimante		

1.8. Quels sont les Textes, Directives, Normes et Guides portant sur l'organisation et le fonctionnement de DS ?

Mettez ici les 5 importants (texte et/ou directive et/ou guide) et vérifiez la disponibilité au niveau de SS	OUI	NON
Document 1.		
Document 2.		
Document 3.		
Document 4.		
Document 5.		

--	--	--

2. Activités liées aux missions du Bureau de DS

2.1 Le Bureau de DS est bien organisé

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. L'organigramme existe et est affiché Existence et affichage de l'organigramme		
2. Les responsabilités sont confiées au Personnel en fonction de leur compétences		

2.2. Les outils pratiques en appui à la planification

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Plan de couverture sanitaire du District (Carte sanitaire du DS) disponible		
2. Cartographie des AS (Aires de Santé) avec leurs populations cibles		

2.3. La planification se fait trimestriellement

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Le DS a un Plan de développement sanitaire DS (PDSD) avec des liens avec son plan d'action pluriannuel		
2. Le planning du travail hebdomadaire est disponible		

2.4. La gestion des équipements est optimale

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Existence des mécanismes de suivi de maintenance préventive et curative des équipements		
2. Disponibilité du classement des différents rapports des inventaires des équipements		

- **ORGANES PARTICIPATIF ET GESTIONNAIRES**

2.5. L'Equipe cadre de DS (**ECD**) existe et est fonctionnel

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Les délégués du COSADI, de l'Hôpital de District et le secteur privé sont membres de l'ECD		
2. Les réunions mensuelles de l'ECD sont régulières (au moins 8 tenues pour les 10 premiers mois de l'année 2021		
3. Les PV de ces réunions mensuelles existe et est accessible pour une éventuelle consultation		

2.6. Le Bureau Exécutif (**BE**) du COSADI est fonctionnel

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Un local au sein du SSD est dédié au Bureau exécutif du COSADI		
2. Fonds de fonctionnement disponible pour le COSADI et géré par un compte bancaire ouvert avec signataires bien désignés dans le BE		
3. Décaissements de fonds se fait d'une façon collégiales selon les procédures en vigueur		

2.7. Les Assemblées Générales (AG) sont opérationnelles

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Deux réunions trimestrielles sur les 3 attendues (Trim1, Trim2 et Trim3) se sont tenues		
2. Bonne représentativité (en particulier les représentants des Aires de santé, des Communes, des ONG/OSC/OBC et des autres partenaires)		
2. Bon classement et accessibilité des PV des réunions trimestrielles de l'AG		

- **ACTIVITES D'APPUI AU DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT SANITAIRE :**

Coordination, supervision, Formation continue, Gestion des programmes spécifiques (PEV, santé maternelle & infantile), Gestion de la pharmacie du DS, Gestion de l'Information sanitaire, Surveillance épidémiologique & Promotion de la recherche action,

2.8. Coordination efficace des activités au niveau

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Deux réunions trimestrielles sur les 3 attendues (Trim1, Trim2 et Trim3)		
2. Participation d'au moins 80% des FOSA et COSADI dans les 2 dernières réunions de coordination		

2.9. Supervision motivante des équipes (CSI, CMA, ASC, Hôpital)

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Affichage d'un tableau de programme de supervision trimestrielle pour 2021 (jour/période, superviseur/équipe, FOSA, moyen de transport)		
2. Archivage des ordres de mission de supervisions réalisées en 2021		

2.10. Formation continue du personnel de santé du DS à tous les niveaux

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Affichage du plan de formations continues trimestrielles pour 2021 (mois, thèmes, formateurs, cibles, partenaire)		
2. Archivage des rapports de formations continues réalisées pour 2021		
3. Bon classement et accessibilité des PV des réunions trimestrielles de l'AG		

2.11. Gestion du Programme Elargi de Vaccination (PEV) se fait selon les normes

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Chaîne de froid est fonctionnelle et réservée exclusivement aux vaccins et intrants de vaccination		
2. Source alternative disponible en cas de coupure d'électricité (groupe électrogène / panneau solaire) ou autre		
3. Gestion régulière (collecte, analyse, décision) des vaccins et autres intrants manuellement (registres) ou électronique		
4. Existence des mécanismes pratique pour assurer la disponibilité vaccins dans les localités d'accès difficile		

2.12. Formalisation du **suivi de décès maternels**

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Existence d'un comité de revue des décès maternels fonctionnel		
2. Régularité dans la tenue des réunions de revue de décès maternels (au moins 5 depuis le début de l'année 2021)		
2. Classement accessible des rapports des réunions de revues avec des actions correctrices réalistes		

2.13. Gestion de la **Pharmacie** du DS

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Liste national des médicaments essentiels est connue et disponible		
2. Classement correct et accessible des fiches de stock de tous les médicaments		
3. Rangement/stockage des intrants des programmes de gratuité et des campagnes dans un bureau spécifique (armoires et étagères)		
4. Approvisionnements stratégiques des FOSA situées dans les localités d'accès difficiles		

5. Régularité des inventaires du dépôt pharmacie avec des rapports disponibles		
--	--	--

2.14. Gestion de l'Information sanitaire pour l'action

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Revue mensuelle des données du DHIS2 au SSD est organisée régulièrement		
2. Disponibilité des 3 dernières réunions mensuelles de revue des données du DHIS2		
2. Tenue d'un tableau ou autre mécanismes de monitoring/suivi de la promptitude et complétude des rapports		

2.15. Surveillance épidémiologique et gestion des urgences

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Document avec toutes les définitions de cas de MAPE est affiché,		
2. Tableau de suivi de la promptitude et complétude de rapports hebdo des MAPE reçus de différentes FOSA		
3. Réunions d'analyse hebdo (promptitude /complétude/ qualité/cohérence des données) et compilation dans un document/formulaire unique.		
4. Disponibilité de 4 derniers rapports hebdomadaires synthèses de MAP correctement remplis, signés par le CDS.		

2.16. Partenariat & multisectorialité

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Au moins 5 secteurs Apparentés (MINAS, MINAT, MINPROFF, MINJEUN, MINESEC, MINEDUB, MINADER, MINEPIA, MINJUSTICE, MINDEVEL, MINEE, MINEPDED, MINDCAF) sont représentés dans le COSADI		
2. Au moins 5 ONG/OSC/OBS de santé représentées dans le COSADI		
3. Au moins une réalisation conjointe avec un ou d'autres secteurs apparentés.		

2.17. Promotion de la **recherche opérationnelle**

Cochez la case correspondante	OUI	NON
1. Disponibilité et accès des données (DHIS2, SURVEPI, autres événements de santé, rapports d'activités pour effectuer de la recherche opérationnelle en temps opportun).		
2. Existence d'au moins un Rapport de recherche opérationnelle effectuée au cours des trois dernières années.		
2. Rapport de la recherche opérationnelle réalisée transmis à la DRSP avec une preuve de transmission à l'appui (Lettre de transmission ou bordereau d'envoi).		

Synthèse : Evaluation des sores par volets

SCORE MOYEN DE LA SITUATION DES RESSOURCES AU NIVEAU DE SSD

De 1.1 à 1.8

- Ressources humaines,
- Infrastructures & équipements
- Textes, documents de référence

Faites la sommation des scores obtenus pour 1.1, 1.2 + ...+ 1.8 et

calculez la moyenne (a)

SCORE MOYEN DES ACTIVITES D'APPUI AU DEVELOPPMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT

- Organisation, Planification & Gestion : 2.1 à 2.4,
- Organes participatifs et gestionnaires : 2.5 à 2.7,
- Action d'appui au développement du système de santé de District : 2.8 à 2.16.

Faire la sommation des scores obtenus pour 2.1. + 2.2. + ...2.5.....2.13+ 2.17 et
calculez la moyenne (b)

SCORE DE SSD : Il sera calculé à partir de 2 moyennes obtenues (a et b) :

$$(a) + (b) * 100 / 2$$

3. Indicateurs de performances clés

Indicateurs de performances clés	Fréquence	Valeur calculée	Valeur de référence	Conformité à la norme	
				OUI	NON
1. Taux de réalisation des réunions de l'ECD	Mensuelle*		80%		
2. Taux de réalisation des réunions de l'AG	Trimestrielle**		75%		
3. Taux de réalisation des supervisions des équipes	Trimestrielle**		80%		
4. Taux de disponibilité du vaccin DTPC	Mensuelle*		100%		
5. Taux de disponibilité du vaccin VAR	Mensuelle*		100%		
6. Taux de réalisation des réunions de suivi du décès maternels	Mensuelle*		80%		

7. Taux de promptitude des rapports des MAPE	Hebdomadaire		80%		
8.					
9.					
10.					

Modalités de calcul :

- Mensuelle : janvier à Octobre soit 10 mois, 2 valeurs de référence (80% et 100%),
- Trimestrielle : janvier à septembre soit 3 trimestres, 2 valeurs de référence (75% et 80%),
- Comparaison de la performance ou valeur calculée par rapport valeur de référence : si la valeur calculée est à au moins la valeur de référence, mettre OUI dans la colonne de « conformité à la norme », si inférieur, mettez alors NON,

4. Informations succinctes (Equipe en charge de l'évaluation + répondants)

Nom et post nom	Fonction	Num phone + WhatsApp	Mail
Enquêteur 1			
Enquêteur 2			
Superviseur			

Nom et post nom	Fonction	Num phone + WhatsApp	Mail
Chef de District sanitaire			
Autre répondant 1			
Autre répondant 2			
Autre répondant 3			
Autre répondant 4			

EVALUATION NATIONALE DU NIVEAU DE DEVELOPPMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT SANITAIRE

Formulaire de collecte de données –Appui/accompagnement de l’HD par la DDS/ECD

Dénomination de l’Hôpital de District	
Nom et post-nom du Directeur de l’HD	

6. Au début de cet entretien, il est important d’expliquer l’équipe de répondants sur la nécessité que cet entretien fait partie intégrante de l’évaluation globale,
7. Donner la finalité de cet entretien (pour 2021, apprécier objectivement le niveau d’accompagnement reçu de l’ECD, les attentes et les suggestion des mesures de réajustement/amélioration,
8. Donner l’information sur la durée possible de cet entretien (20.00-30.00 minutes),
9. xxx

Planification, mise en œuvre, suivi et évaluation du PAO ou projet d’établissement :

- 1.9.** L’HD a-t-il un PAO ou un projet d’établissement pour l’exercice en cours ? Si OUI, passer au tableau ci-dessous

Appui de l’ECD/ECD	OUI	NON
Dissémination régulière des directives opérationnelles		
Elaboration du PAO/ Projet d’établissement (a)		
Mise en œuvre du Projet d’établissement		
Suivi et évaluation du PAO/Projet d’établissement		

- 1.10.** Quelles sont vos attentes (les améliorations à faire et autres) ? (écoutez et notez les idées essentielles dans l’encadré)

Les attentes vis-à-vis du DDS/ECD

(merci d'utiliser également le verso)

Supervision, formation et monitoring des activités & promotion documentation et recherche opérationnelle :

2.1. Quelle est votre appréciation GLOBALE des niveaux de réalisations par l'ECD et de satisfaction GLOBALE de ces activités d'appui par l'équipe de l'HD?

Activités d'appui réalisées par DDS/ECD au bénéfice de l'HD	Par rapport à la prévision, programmation			Qualité de l'appui, pertinence		
	<50%	50-79%	80% +	MOY	AB	EXC
Supervisions des activités hospitalières						
Formations continues (continues, remise à niveau)						
Inspections/contrôles (avec sanctions ou non)						
Documentation bonne pratique/recherche						

2.2. Faites un classement de 1 à 5 (ordre d'importance) des thématiques abordées lors pour des supervisions (SUP) reçues et la même chose pour des formations (FOR) bénéficiées

Thématiques abordées	SUP	FOR
Promotion de la santé (IEC, communication pour le changement du comportement, autres activités de sensibilisation)		
Prévention des maladies (PMI, suivi des cas à GHR internés/en attente, CPoN, vaccination, dépistage de certaines maladies, consultations nutritionnelles, ..etc.)		
Restauration de la santé (curatif) (consultations externes/ambulatoires, hospitalisation, accouchements, interventions chirurgicales, ..)		
Réadaptation (PEC mies chroniques, soins de kiné, handicapés)		
Gestionnaire (gestion des ressources HFM, suivi/contrôle des recettes/dépenses, audits, élaboration des rapports des activités, de gestion, ...)		

2.2. Quelles sont vos attentes (les améliorations à faire et autres) ? (écoutez et notez les idées essentielles dans l'encadré

Les attentes vis-à-vis du DDS/ECD
(Merci d'utiliser de cet encadré pour les attentes)

EVALUATION NATIONALE DU NIVEAU DE DEVELOPPMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT SANITAIRE

Formulaire de collecte de données –Appui/accompagnement du CSI-CMA par la DDS

Dénomination du CSI-CMA	
Nom et post-nom du Chef du CSI_CMA	

10. Au début de cet entretien, il est important d'expliquer l'équipe de répondants sur la nécessité que cet entretien fait partie intégrante de l'évaluation globale,
11. Donner la finalité de cet entretien (pour l'année 2021, apprécier objectivement le niveau d'accompagnement reçu de l'ECD, les attentes et les suggestion des mesures de réajustement/amélioration,
12. Donner l'information sur la durée possible de cet entretien (20.00-30.00 minutes),
13. xxx

Planification, mise en œuvre, suivi et évaluation du PAO ou projet d'établissement :

1.11. Le CSI-CMA a-t-il un PAO pour l'exercice en cours ? Si OUI, passer au tableau ci-dessous

Appui de l'ECD	OUI	NON
Dissémination régulière des directives opérationnelles		
Elaboration du PAO		
Mise en œuvre du PAO		
Suivi et évaluation du PAO		

1.12. Quelles sont vos attentes (les améliorations à faire et autres) ? (écoutez et notez les idées essentielles dans l'encadré)

Les attentes vis-à-vis de l'ECD (merci d'utiliser également le verso)

Supervision, formation et monitoring des activités & promotion documentation et recherche opérationnelle :

2.1. Quelle est votre appréciation GLOBALE des niveaux de réalisations par l'ECD et de satisfaction GLOBALE de ces activités d'appui par l'équipe du CSI-CMA?

Activités d'appui réalisées par l'ECD au bénéfice du CSI-CMA	Par rapport à la prévision, programmation			Qualité de l'appui, pertinence		
	<50%	50-79%	80% +	MOY	AB	EXC
Supervisions des équipes						
Formations continues (continues, remise à niveau)						
Inspections/contrôles (avec sanctions ou non)						
Documentation bonne pratique/recherche opérationnelle						

2.2. Faites un classement de 1 à 5 (ordre d'importance) des thématiques abordées lors pour des supervisions (SUP) reçues et la même chose pour des formations (FOR) bénéficiées

Thématiques abordées	SUP	FOR
Promotion de la santé (IEC, communication pour le changement du comportement, autres activités de sensibilisation)		
Prévention des maladies (PMI, vaccination, CPoN, dépistage de certaines maladies, consultations nutritionnelles, ...etc.)		
Restauration de la santé (curatif) (consultations externes/ambulatoires, PEC des pathologies, observation de certains cas, ..)		
Réadaptation (suivi des personnes avec des maladies chroniques, vivant avec handicaps,etc.)		
Gestionnaire (gestion des ressources HFM, suivi/contrôle des recettes/dépenses, audits, élaboration des rapports des activités, de gestion, ...)		

2.2. Quelles sont vos attentes (les améliorations à faire et autres) ? (écoutez et notez les idées essentielles dans l'encadré

Les attentes vis-à-vis de l'ECD (Merci d'utiliser de cet encadré pour les attentes)

**EVALUATION NATIONALE DU NIVEAU DE
DEVELOPPMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT SANITAIRE**

Décembre 2021

**Formulaire de collecte de données – Délégation Régionale
de la Santé Publique (DRSP)**

(NB : Données à collecter par la Superviseur central de l'évaluation)

Date de collecte des informations : ____/____/____

DRSP de/du :	Nom et prénom du Délégué ou Répondant :
Population totale de la Région :	Nombre total de Districts de Santé (DS) dans la Région :
Nombre total d'Aires de santé dans la Région :	Nombre total d'Hôpitaux de Districts (HD) dans la Région :
Nombre total CSI dans la Région :	Public : Confessionnel : Privé laïc :
Nombre total CMA dans la Région :	Public : Confessionnel : Privé laïc :

Nombre total d'Hôpitaux/Cliniques privé(e)s dans la Région :	Confessionnel : Privé laïc :
--	-------------------------------------

1. Accompagnement des Districts de Santé (DS) dans la planification

1.13. Quel mécanisme la DRSP a-t-elle mis en place pour accompagner les DS dans l'élaboration des Plans de Développement Sanitaire des Districts de Santé (PDSD) ? et des Plans de Travail Annuel (PTA) ?

.....

.....

.....

.....

.....

1.14. Quels sont les problèmes que la DRSP rencontre dans l'accompagnement des DS dans l'élaboration de leur PSDS et PTA ?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Coordination des activités des Districts de Santé

2.1. Quel mécanisme la DRSP a-t-elle mis en place pour assurer la coordination des activités des Districts de Santé (DS) ?

.....

.....

.....

.....

.....

2.2. Quelle est la fréquence des réunions de coordination que la DRSP organise avec les DS par an ?

.....

.....

.....

.....

.....

2.3. Quels sont les participants invités aux réunions de coordination organisées par la DRSP avec les DS ?

.....

.....

.....

.....

.....

2.4. Quels sont les points à l'ordre du jour qui sont discutés lors des réunions de coordination avec les DS ?

.....

.....

.....

.....

.....

2.5. Quels sont les problèmes que la DRSP rencontre dans l'organisation de la coordination des activités des DS ?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Supervision des activités des Districts de Santé

3.1. Quel mécanisme la DRSP a-t-elle mis en place pour assurer la supervision des activités des Districts de Santé (DS) ?

.....

.....

.....

.....

.....

3.2. Quelle est la fréquence des missions de supervision que la DRSP effectue dans les DS par an ?

.....

.....

.....

.....

.....

3.3. Quels sont les personnels de la DRSP qui effectuent les missions de supervision organisées par la DRSP dans les DS ?

.....

.....

.....

.....

.....

3.4. Quels sont les domaines d'activités des DS qui sont contenus dans la grille de supervision utilisée par la DRSP pour superviser les activités des DS ?

.....

.....

.....

.....

.....

3.5. Quels sont les problèmes que la DRSP rencontre dans l'organisation des missions de supervision des DS ?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Maintenance des équipements/appareils lourds des Services et Formations Sanitaires (FOSA) des DS

4.1. Quel mécanisme la DRSP a-t-elle mis en place pour assurer la maintenance des équipements/appareils lourds des Services et FOSA des DS ?

.....

.....

.....
.....
.....

4.2. Quels sont les problèmes que la DRSP rencontre dans l'organisation de la maintenance des équipements/appareils lourds des Services et FOSA des DS ?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Approvisionnement des Services et Formations Sanitaires (FOSA) des DS en médicaments et consommables/intrants essentiels

5.1. Quel mécanisme la DRSP a-t-elle mis en place pour assurer l'approvisionnement régulier des Services et FOSA des DS en médicaments et consommables/intrants essentiels ?

.....
.....
.....
.....
.....

5.2. Quels sont les problèmes que la DRSP rencontre dans l'approvisionnement régulier des Services et FOSA des DS en médicaments et consommables / intrants essentiels ?

.....
.....
.....
.....
.....

EVALUATION DU NIVEAU DE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT AU CAMEROUN EN 2021

QUESTIONNAIRE NIVEAU CENTRAL

NB : Ce questionnaire est adressé aux Autorités du Ministère de la santé publique (Ministre, Secrétaire général, Directeurs, Sous-directeurs et Chefs de Service) selon le domaine adressé par chaque question.

I. EVALUATION DE LA POLITIQUE ET DES STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS DE SANTE

N°	QUESTIONS	REPONSES
1	Quelle est la situation actuelle (au 31 Décembre 2021) de développement du système de santé de district au Cameroun ? - Nombre de Districts de Santé (DS) au 31 Décembre 2021 : - Nombre de Services de Santé de District (SSD) occupant un bâtiment dédié séparé des autres structures sanitaires : - Nombre d'Hôpitaux de District (HD) : - Nombre d'Aires de Santé (AS) : - Nombre de Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) : - Nombre de Centres de Santé Intégrés (CSI) : - Nombre de Centres de Soins Ambulatoires (CSA) :	
2	Quels sont les documents de politique en faveur du développement des DS qui ont été élaborés et qui sont disponibles ?	

3	Quels sont les textes législatifs et réglementaires qui encadrent le développement des DS ?	
4	Comment est-ce que le niveau central du système de santé veille à l'exécution de ces textes législatifs et réglementaires ?	
5	Est-ce que le Ministère de la santé a élaboré les normes en infrastructures, en équipements et en ressources humaines de toutes les structures sanitaires d'un DS ? - Service de Santé de District (SSD) ? - Hôpital de District (HD) : - Centre Médical d'Arrondissement (CMA) : - Centre de Santé Intégré (CSI) : - Centre de Soins Ambulatoires (CSA) :	
6	Comment est-ce que le niveau central du système de santé veille à la mise en œuvre ou au respect de ces normes ?	
7	Quelle est la politique que le Ministère de la santé publique a mis en place pour développer les ressources humaines en santé ? (Formation initiale, formation continue, recrutement, déploiement).	
8	Est-ce que cette politique de développement des ressources humaines tient compte des besoins en	

	rapport avec les normes en ressources humaines indiquées plus haut (question N°5) ? En d'autres termes, est-ce qu'il existe un système de « Numerus Clausus » qui oriente la politique de développement des ressources humaines ?	
9	Est-ce que le déploiement du personnel de santé dans les structures sanitaires du DS tient compte de leurs capacités à bien manager ces structures pour produire les meilleurs résultats escomptés ou pour être performant ?	
10	Quels sont les problèmes de développement des DS selon les Autorités du Ministère de la santé publique ? - Ministre de la santé publique, - Secrétaire Général du Ministère ? - Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire ? - Sous-Directeur des Soins de Santé Primaires ? - Chef de Service de la Viabilisation des DS ?	

II. EVALUATION DU FINANCEMENT DU DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS DE SANTE

Il s'agit ici de l'évaluation de la répartition du budget public de la santé pour financer les différentes entités du système de santé camerounais au cours des 5 dernières années (de 2017 à 2021) afin de ressortir la part qui est affectée aux DS et faire des comparaisons sur la base des hypothèses émises. Afin de faire cette évaluation, les Autorités compétentes du Ministère de la santé publique doivent remplir le tableau ci-après.

N°	Entités du système de santé	Grand agrégats de financement	Année 2017		Année 2018		Année 2019		Année 2020		Année 2021		Moyenne annuelle (BTM ou BtM ou autres moyennes)	Proportion du BT Moyen (Bt/BTM) ou du Bt Moyen (.../BtM)
			Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%		
1	Système de santé	Budget total (BT)												BT/BT=
		Budget de fonctionnement												
		Budget d'investissement												
2	Niveau central	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												
		Apport des bienfaiteurs												
3	Programmes et projets de santé publique	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												

		Apport des bienfaiteurs												
4	Délégations Régionales de la Santé Publique	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												
		Apport des bienfaiteurs												
5	Districts de santé (SSD+ HD+CSI/CMA)	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Transfert aux CTD												
		Apport des CTD (ressources locales)												
		Apport des PTF												
		Recettes affectées												
		Apport des bienfaiteurs												
6		Budget total (Bt)												

	Hôpitaux Régionaux (3 ^e catégorie)	Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												
		Recettes affectées												
		Apport des bienfaiteurs												
7	Hôpitaux centraux (2 ^e catégorie)	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												
		Recettes affectées												
		Apport des bienfaiteurs												
8	Hôpitaux généraux + CHU (1 ^{ère} catégorie)	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												
		Apport des bienfaiteurs												

9	Organismes sous-tutelle	Budget total (Bt)												
		Cartons de crédit												
		Subsides PBF												
		Apport des PTF												
		Apport des bienfaiteurs												