

Niveau de viabilité des districts de santé de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en 2022.

Level of viability of health districts in the Far North region of Cameroon in 2022.

Auteur 1 : Ngouakam Hermann.

Auteur 2 : Goumeni Kouemaha Yannick.

Auteur 3 : Ngouyombo Ange.

Auteur 4 : Antaon Jesse Saint Saba.

Auteur 5 : Tebeu Pierre Marie

Ngouakam Hermann, (PhD.) Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation Appliquées à la Santé Publique (CREDAS) Brazzaville, Congo ; Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC)

Goumeni Kouemaha Yannick, (MD.) Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation Appliquées à la Santé Publique (CREDAS) Brazzaville, Congo ; Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC)

Ngouyombo Ange (MD.) Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation Appliquées à la Santé Publique (CREDAS) Brazzaville, Congo ; Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC)

Antaon Jesse Saint Saba (PhD.) Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation Appliquées à la Santé Publique (CREDAS) Brazzaville, Congo ; Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC)

Tebeu Pierre Marie (Professeur titulaire.) Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation Appliquées à la Santé Publique (CREDAS) Brazzaville, Congo ; Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC) ; Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé, I (FMSB-UYI), Cameroun

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : Ngouakam.H, Goumeni.K.Y, Ngouyombo.A, Antaon J.SB, Tebeu PM. (2025) « Niveau de viabilité des districts de santé de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en 2022 », African Scientific Journal « Volume 03, Num 33 » Pp: 1442 – 1455.



DOI : 10.5281/zenodo.18119154

Copyright © 2025 – ASJ



Résumé

Un district sanitaire (DS) est une zone sanitaire décentralisée, relativement autonome sur le plan opérationnel et programmatique, et couvrant l'essentiel des besoins de santé d'une population entre 50 000 à 300 000 habitants résidant dans ses limites géographiques. L'atteinte des cibles de l'ODD 3 passe par la viabilisation des DS, conformément aux résolutions arrêtées à Alma-Ata. L'évaluation constitue la clé de voute du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. **Objectif** : évaluer le niveau de viabilité des districts de santé de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en 2022. **Méthodologie** : il s'agissait d'une étude semi-qualitative à collecte des données rétrospective et prospective dans onze districts de santé de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun, à travers un échantillonnage en grappe. Les services de santé de 11 FOSA offrant le paquet complémentaire d'activité représenté par l'hôpital régional ou un hôpital de district et 22 FOSA offrant le paquet minimum d'activité (PMA), représentés par un centre de santé intégré ou un centre médical d'arrondissement ont été enquêtés. **Résultats** : le niveau de mise en place était bon pour 8/11 districts de santé, le niveau de mise en œuvre était moyen pour 8/11 districts de santé, le niveau de rapportage des données était bon pour 8/11 districts de santé. Nous avons plus de 90% des bénéficiaires étaient satisfaits de l'accueil, des attentes et des services reçus. La perception des prestataires de soin était bonne pour 53,62% concernant les infrastructures et matériels, pour 47,82% concernant la motivation et pour 60,87% concernant la charge de travail. **Conclusion** : après cotation, nous avons retrouvé que 8/11 districts de santé évalués étaient en cours de viabilisation. Il y'a nécessité d'accélérer le processus si nous voulons parvenir à l'atteinte des cibles de l'objectif de développement durable 3

Mots clés : Viabilité – Districts de santé – Région – Extrême-Nord du Cameroun.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), a health district (DS) is a decentralized health zone, relatively autonomous operationally and programmatically, and covering most of the health needs of a population between 50,000 and 300,000 inhabitants residing within its geographical limits. Achieving the targets of SDG 3 requires the servicing of the HDs, in fact, the district health system offers the best chance of implementing the PHC in accordance with the resolutions adopted in Alma-Ata. Evaluation is the key to the success of any health system because it reveals the shortcomings of health plans during their implementation. Since the adoption of the SDGs in 2015 by the country, no assessment of the sustainability of SDs at the country level has been carried out. **Objective** : To assess the viability of health districts in the Far North region of Cameroon in 2022. **Methodology** : This is a semi-qualitative study with retrospective and prospective data collection in the Far North region of Cameroon. Eleven health districts were selected through cluster sampling. **Results** : The level of implementation was good for 8/11 health districts, the level of implementation was average for 8/11 health districts, and the level of data reporting was good for 8/11 health districts. More than 90% of beneficiaries were satisfied with the reception, expectations, and services received. The perception of care providers was good for 53.62% concerning infrastructure and materials, 47.82% concerning motivation, and 60.87% concerning workload. **Conclusion**: After scoring, we found that 8/11 health districts assessed were in the process of being serviced. There is a need to accelerate the process if we are to achieve the targets of Sustainable Development Goal 3.

Keywords : Viability – Health Districts – Region – Far North of Cameroon.

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un district sanitaire (DS) est une zone sanitaire décentralisée, relativement autonome sur le plan opérationnel et programmatique, et couvrant l'essentiel des besoins de santé d'une population entre 50 000 à 300 000 habitants résidant dans ses limites géographiques (1). Le DS constitue le niveau opérationnel de mise en œuvre des interventions de santé. La viabilisation du DS est un processus de renforcement du système de santé du district menant vers une autonomisation institutionnelle, technique et économique. 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 primaire (SSP) (1). Le monde tend vers l'atteinte des objectifs de développement (ODD) d'ici 2030. Les ODD sont au nombre de 17, l'ODD numéro 3 est consacré à la santé et au bien-être pour tous. Neuf cibles lui ont été consacrées parmi lesquels « faire passer le taux mondial de décès maternel en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes (NV) », tous les pays doivent faire passer la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 NV au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 NV (2). Au Cameroun, d'après l'enquête démographique de santé, les chiffres restent encore très élevés. Le taux de mortalité maternelle est de 406 décès pour 100 000 NV, la mortalité néonatale à 28 décès pour 1 000 NV, et la mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 48 pour 1 000 NV en 2018 (3). Par ailleurs, d'après l'OMS, 150 millions de personnes, dont 35 millions d'Africains, sont confrontées à une catastrophe financière du fait des dépenses liées à la santé, c'est la raison pour laquelle la cible 8 de l'ODD 3 insiste sur l'importance de « faire en sorte que chacun bénéficie d'une Couverture Sanitaire Universelle » (4). Au Cameroun, la CSU est à sa phase embryonnaire. L'atteinte des cibles de l'ODD 3 passe par une étude du niveau de viabilité des districts sanitaires de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en 2022. En effet, le système de santé de district offre les meilleures chances de mettre en œuvre les SSP conformément aux résolutions arrêtées à Alma-Ata (5). L'évaluation constitue la clé de voute du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Depuis l'adoption des ODD en 2015 par le pays, aucune évaluation de la viabilité des DS à l'échelle du pays n'a été réalisé. Nous nous sommes donc proposés comme objectif d'évaluer la viabilité des districts de santé dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en 2022. Ce qui nous sert d'évaluation à mi-parcours de l'échéance des ODD, afin d'apprécier les performances dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun et de faire des suggestions pour des améliorations. Notre étude semi-qualitative était structurée en deux phases à collecte des données dont la première rétrospective (revue des archives et autres documents importants des DS) et la deuxième prospective (qui a nécessité des

entretiens et observations sur site) dans onze districts de santé de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun, à travers un échantillonnage en grappe.

Objectif

Évaluer la viabilité des districts de santé de la région de l'Extrême-Nord du Cameroun en 2022.

1. Méthodologie

1.1. Type-lieu et période

Il s'agissait d'une étude semi-qualitative (volet quantitatif et qualitatif) transversale à collecte des données rétrospective d'une part et prospective d'autre part après approbation par le comité éthique institutionnel du CIESPAC. Ladite collecte a été réalisée après autorisation de la délégation régionale de la santé pour l'Extrême-Nord (Cameroun) pendant une période de quatre mois, allant du 20 juillet au 20 novembre 2022 concernant les données prospectives et la période s'étalant sur toute l'année 2021 pour les données rétrospectives.

1.2. Population

La population d'étude était constituée de 3 groupes : la cible primaire représentée par les DS de la région de l'Extrême-nord ; la cible secondaire représentée par les services de santé de district et les formations sanitaires (FOSA). La cible tertiaire constitué des bénéficiaires et les prestataires de soins (les bénéficiaires sont les habitants ayant visité une FOSA et les prestataires sont des professionnels de santé exerçant dans une des FOSA de la région de l'Extrême-Nord). Nous avons recouru à un échantillonnage en grappes pour la cible primaire, puis un échantillonnage exhaustif pour les formations sanitaires PCA (paquet complémentaire d'activités) et aléatoire pour les formations sanitaires PMA (paquet minimum d'activités) concernant la cible secondaire et enfin un échantillonnage exhaustif pour la cible tertiaire. Nous avons exclu de l'étude les FOSA privées à but lucratif (cible secondaire) et les patients des FOSA visitées qui ont refusé de participer à l'étude ainsi que les prestataires de soins des FOSA visitées qui n'ont pas accepté de participer à l'étude (cible tertiaire).

1.3. Variable

Les variables relatives au niveau de mis en place des districts sanitaire (DS) en fonction les six piliers du système de santé (leadership et gouvernance, financement, personnels de santé, technique et produits essentiels, prestations de service et information sanitaire), celles relatives le niveau de mise en œuvre dans les DS (l'utilisation des services, la mortalité maternelle, la mortalité néonatale, les cibles VIH/SIDA, la mortalité spécifique due au paludisme, la CSU, le système de référence et contre-référence), celles relatives au niveau de rapportage des données dans les DS (la complétude et la promptitude des rapports ont été évaluées), ont été collectées grâce à une fiche de collecte de données préétablie et prétestée. Les variables concernant la satisfaction des bénéficiaires (le temps d'attente, la prestation offerte et le coût) et les variables en rapport avec la

perception des prestataires de soins (les questions portaient sur les infrastructures/équipements, motivation, environnement de travail et la charge de travail) ont été collectées grâce à des entretiens semi-directifs. Le choix de cette approche se fonde sur le fait que pour une structure comme le district de santé qui voit intervenir et interagir plusieurs acteurs (l'Etat, les prestataires, les bénéficiaires et les partenaires et autres bailleurs/ONG) la viabilité est la résultante d'une collaboration harmonieuse. Les informations sur le financement, les ressources humaines (quantité et qualité), leur environnement de travail, la satisfaction des patients/utilisateurs et la confiance des partenaires, sont capitales et à considérer. Cela justifie la référence aux six piliers du système de santé pour évaluer la performance des districts de santé.

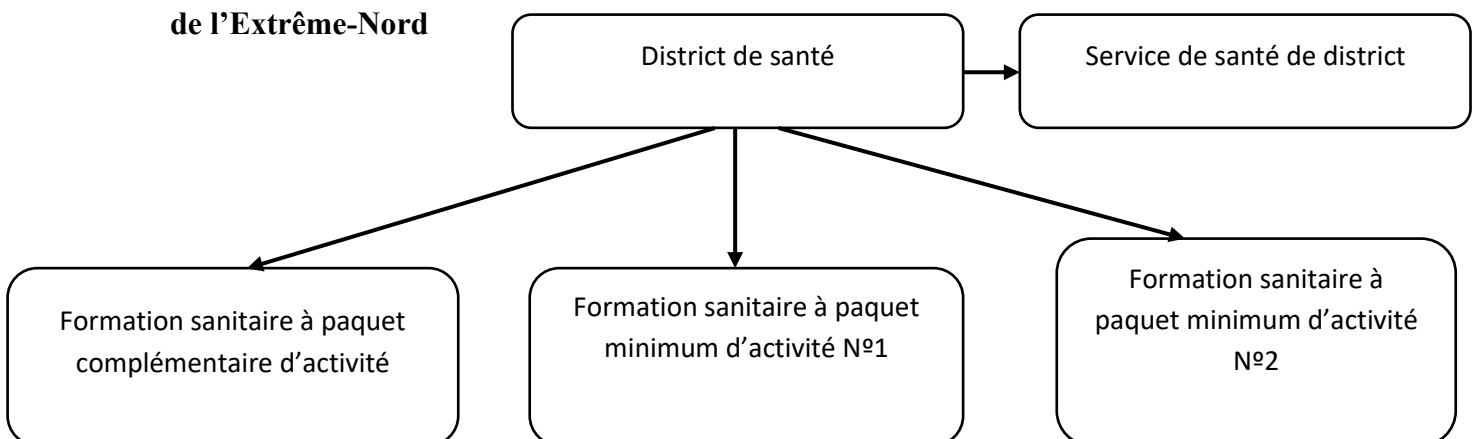
1.4. Analyse des données

En ce qui concerne les données quantitatives, elles ont été saisies à l'aide du tableur Excel de Microsoft 2016 et analysées à partir du logiciel Epi-info version 7.2.2. Les fréquences absolues et relatives ont été calculées pour les variables qualitatives, les paramètres de tendances centrales (moyenne ou médiane) et de dispersion (écart type ou interquartile) ont été déterminés. Quant aux données qualitatives, la codification s'est faite à l'aide du logiciel Atlas Ti version 22. Elle a consisté à regrouper toutes les informations recueillies sous certaines thématiques identifiées et renommées en codes. Les données codifiées ont été générées conformément à un plan d'analyse préalablement conçu et en respectant les exigences du livre de code qui a été élaboré.

2. Résultat

Pendant cette étude, 11 DS ont été retenus, ainsi 11 services de santé de district (SSD), 11 FOSA offrant le paquet complémentaire d'activité (PCA) représenté par un hôpital régional ou un hôpital de district et 22 FOSA offrant le paquet minimum d'activité (PMA), représentés par un centre de santé intégré ou un centre médical d'arrondissement ont été enquêtés comme en figure 1.

Figure N°1 : Représentation des structures visitées dans chaque district de santé de la région de l'Extrême-Nord



Source : Elaboration propre

Concernant le niveau de mise en place, la totalité des DS respectaient les critères de découpage, ils avaient plusieurs sources de financement et le SNIS était fonctionnel dans les 11 SSD. Par ailleurs les bâtiments et infrastructures ne respectaient pas les normes pour 10/11 SSD

Figure N°1 : Répartition des services de santé des DS enquêtés selon la mise en place des six piliers du SS en 2022 dans la région de l'EN

Piliers du SS*	SSD**	N=11	
		oui	non
Domaines à explorer	Variables rapportées		
Gouvernance et leadership	Textes sur la décentralisation	3	8
Financement	Respect des normes de découpage du DS***	11	0
	Disponibilité de plusieurs sources de financement pour la santé	11	0
RHS****	Disponibilité des RHS selon les normes	4	7
Médicaments, matériels et infrastructures	Bâtiment et infrastructure respectant les normes	1	10
	Disponibilité d'un véhicule de supervision	6	5
	Disponibilité d'un équipement de chaîne de froid	10	1
	Disponibilité de la liste des médicaments essentiels	8	3
	Disponibilité du circuit de gestion des médicaments essentiels	9	2
Prestation de services	FOSA PMA***** gravitant autour d'une FOSA PCA*****	10	1
SNIS*****	Disponibilité du SNIS au niveau local	11	0

*SS : système de santé ; **SSD : service de santé du district ; ***DS : district de santé ; ****RHS : ressources humaines pour la santé ; *****FOSA PMA : formation sanitaire à paquet minimum d'activité ; *****FOSA PCA : formation sanitaire à paquet complémentaire d'activité ; *****SNIS : système national d'information sanitaire.

Source : Elaboration propre.

Toutes les FOSA PCA enquêtées avaient la liste des médicaments essentiels, ainsi qu'un SNIS fonctionnel. Le PCA était assuré dans 10/11 FOSA. On note également que le SNIS était fonctionnel dans les 22 FOSA PMA. Par contre seulement 3/22 FOSA PMA disposaient de RHS

selon les normes. En rapport avec la mise en œuvre de la viabilité, nous notons que dans les 11 FOSA PCA, l'autonomie financière n'est pas assurée, de même les personnes consultées ne sont pas couvertes par une assurance maladie suivant le tableau 2.

Tableau N°2 : Répartition des FOSA PCA des DS enquêtés selon la mise en œuvre des six piliers du SS en 2022 dans la région de l'EN

Piliers du SS*	FOSA PCA**	oui	non
Gouvernance et leadership	Au moins 80% des décisions prises localement	11	0
	Au moins une réunion technique tenue/ mois	10	1
	Au moins une réunion du COGEDI*** tenue/mois	3	8
Financement	Au moins 50% de financement local	0	11
	Au moins 80% de personnes prises en charge par une assurance maladie	0	11
RHS****	Déficit en RHS <20%	3	8
Médicaments, matériels et infrastructures	Taux de référence à l'HR***** au moins de 10%	0	11
	Taux de contre-référence = 100%	3	8
	Taux de rupture en vaccin < 5 jours/mois	5	6
	Taux de rupture en médicaments essentiels = 0 jour/mois	9	2
	Inventaire des médicaments réalisé une fois/mois	11	0
Prestation de services	Taux d'utilisation global	1	10
	Fonctionnalité de la banque de sang	4	7
	Taux de césarienne compris entre 5-10% des accouchements réalisés dans le DS*****	2	9

*SS : Système de santé ; **FOSA PCA : formation sanitaire à paquet complémentaire d'activité ; ***COGEDI : comité de gestion du district de santé ; ****RHS : ressources humaines en santé ; *****HR : Hôpital régional ; *****DS : district de santé.

Source : Elaboration propre

Nous avons noté une bonne gouvernance dans la majorité des FOSA PMA visitées, avec 21/22 FOSA assurant la décentralisation, 19/22 FOSA ayant une autonomie financière de 50% au moins. Par contre les personnes fréquentant ces 22 FOSA PMA ne sont pas couvertes par une assurance

maladie. Les FOSA PMA ont une complétude à 100% des rapports pendant l'année 2021 dans les 11 DS évalués (tableau 3).

Tableau N°3 : Répartitions des DS/FOSA visités selon les taux de complétude et de promptitude rapportés en 2021

Niveau de collecte	Domaines à explorer	à Variables rapportées au cours de l'année 2021	oui	non	
SSD*	N=11	Rapportage des données	Taux de complétude = 100%	9	2
			Taux de promptitude > 80%	1	10
FOSA	N=11	Rapportage des données	Taux de complétude = 100%	8	3
PCA**			Taux de promptitude > 80%	1	10
FOSA	N=22	Rapportage des données	Taux de complétude = 100%	22	0
PMA**			Taux de promptitude > 80%	8	7

*SSD : Service de santé de district ; **FOSA PCA : formations sanitaires à paquet complémentaire d'activités ; ***FOSA PMA : formations sanitaires à paquets minimum d'activités.

Source : Elaboration propre

Il ressort que le taux de satisfaction sur les services reçus était de 100%. Nous notons par contre que seulement 72,29% des bénéficiaires étaient satisfaits sur les coûts des services reçus. La totalité des prestataires de soins avaient une bonne perception de leur environnement de travail. La classification selon le niveau de viabilité permet de constater que 8/11 DS sont en cours de viabilisation et 3/11 sont non viable (tableau 4).

Tableau N°4 : Répartition des DS de la région de l'EN évalués selon le niveau de viabilité en 2022

Points obtenus	Niveau de viabilité	N =11
		n
0-59	DS* non-viable	3
60-79	DS en cours de viabilisation	8
80-100	DS viable	0

*DS : District de santé.

Source : Elaboration propre

3. Discussion

3.1. Limite de l'étude

La présente étude souligne quelques limites qu'il convient de préciser. D'abord concernant le type d'étude, en effet le choix d'une approche semi-qualitative peut entraîner un biais d'information lors de la collecte des données qualitatives, ainsi que du fait du nombre réduit des personnes interrogées. Le caractère prospectif de la collecte est aussi source de biais lorsque certains documents sont introuvables car mal archivés.

3.2. Niveau de mise en place de la viabilité

Nos résultats font ressortir le fait que la totalité des DS respectaient les critères de découpage. Le Ministère de la santé du Cameroun procède à la mise à jour de la carte sanitaire en début de chaque année, et au partage des critères de découpage tous les cinq ans, les chefs de DS sont chargés de l'envoi des propositions de découpage des AS jugées trop grandes, avec création de CSI si nécessaire (8). C'est ce qui pourrait expliquer le respect de ce critère par tous les DS évalués.

Les DS avaient plusieurs sources de financement, ils disposaient de la liste des médicaments essentielles, ainsi que du circuit de gestion des médicaments essentiels ; le SNIS était fonctionnel dans toutes les structures de santé visitées. Une étude menée au Bénin par Ahanhanzo et al révélait que, lors de l'analyse des six fonctions du SS, la fonction de gouvernance était jugée d'un niveau d'application faible de même que les fonctions financement, produits pharmaceutiques et système d'information sanitaire (9). Ces résultats différents des nôtres pourraient trouver une explication dans le fait que les 2 pays n'ont pas une même façon de gérer le système de santé et les problèmes très importants perçus ici peuvent être des problèmes secondaires ailleurs.

Pour ce qui est de la disponibilité des RHS selon les normes, seuls 4/11 SSD et 10/33 FOSA remplissaient cette condition. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait les RHS affectées dans la région refusent de prendre service préférant travailler dans d'autres régions plus acceptables, où les avantages sont plus concrets. L'étude menée au Bénin par Ahanhanzo et al. Révélait que la gestion des ressources et prestations des services a été jugée d'un niveau d'application très faible après analyse temporelle (9). Par contre, une évaluation menée en Mauritanie sur quatre DS a montré que le DS en Mauritanie est doté de personnels qualifiés et de médicaments (10) ; par ailleurs, il y'avait une mauvaise répartition des RHS au détriment des zones reculées, plus pauvres. Ceci pourrait expliquer le fait que la majorité des DS de la région de l'EN qui ont été évalués ne disposent pas de RHS selon les normes, en effet, ces DS sont retrouvés dans les zones les plus reculés du pays, l'EN étant la région la plus éloignée de la capitale, la majorité de personnel affecté ne veulent pas s'y rendre.

Le niveau de mise en place a été jugé bon pour la majorité des DS (8/11) et 1/22 a un très bon niveau de mise en place. Un bon niveau de mise en place du SS est essentiel pour assurer la mise en œuvre des interventions dans les DS.

3.3. Niveau de mise en œuvre de la viabilité

Nous avons constaté qu'aucun SSD, ni de FOSA PCA n'avaient une autonomie financière. Par contre la majorité des FOSA PMA soit 19/22 jouissaient d'une autonomie financière. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans les FOSA PMA, il existe une seule caisse qui est gérée par la communauté au travers du COGE, la tenue régulière des réunions du COGE assure une gestion optimale de la FOSA, qui peut ainsi être autonome sur le plan financier. Ahanhanzo *et al.*, retrouvaient dans leur étude que le taux d'autofinancement était 23,26% (9). Pour eux, ce faible taux était dû au fait qu'il n'y avait pas d'alternative au paiement direct des prestations par les ménages. Par contre, selon l'OMS la viabilité financière est une exigence, plutôt qu'un objectif, de la politique de financement de la santé. La pérennité du financement de la santé ne peut donc pas être interprétée comme une réduction des coûts de santé, mais plutôt comme une croissance prévisible ou une maîtrise des dépenses de santé (11).

Sur le plan des ressources humaines pour la santé, dans la majorité des FOSA, le déficit en RHS était supérieur à 20%, pour Ahanhanzo *et al.*, les différentes catégories professionnelles n'étaient pas disponibles selon les normes (9). Il est pour ainsi dire reconnu qu'une bonne politique et gestion des RH doit être au cœur de toute solution durable à la performance du système de santé (11).

Dans notre étude, aucune FOSA n'a atteint le niveau requis de 10% des cas référés à l'échelon supérieur, par contre la contre-référence était de 100% pour 8/33 FOSA. Ceci est en contradiction avec l'étude de Ouedraogo *et al.* qui retrouvaient que le système de référence et contre-référence fonctionne le plus souvent dans un seul sens, le pourcentage de contre-référence est le plus souvent nul (12).

Notre étude a également permis de constater que dans les 33 FOSA visitées, les patients reçus n'étaient pas couverts par une assurance maladie, le taux de mortalité maternelle (TMM) et le taux de mortalité néo-natale (TNN) étaient supérieurs aux cibles de l'ODD 3 respectivement pour 6/11 DS et 5/11 DS (2, 4). Le niveau de mise en œuvre des six piliers du SS dans les DS visitées a été jugé moyen pour 8/11 DS et bon pour 3/11 DS.

3.4. Niveau de rapportage de données

Nous avons retrouvé que 8/11 DS visités ont eu un bon niveau de rapportage des données pendant l'année 2021. Le SNIS est fonctionnel dans la totalité des structures visitées, c'est ce qui explique cette performance du niveau de rapportage, ceci améliorant le niveau de viabilité des DS. En effet, pour une prise de décisions adéquate et à temps, les taux de complétude et de promptitude des

rappports devraient respectivement être de 100% et d'au moins 80% avant le 5 du mois suivant le rapportage dans le DS (13).

3.5. Taux de satisfaction des bénéficiaires des soins

Notre étude a permis de retrouver la majorité des bénéficiaires satisfaits concernant l'accueil (90,35%), les attentes (93,98%) et les services reçus (100%). Il est admis que la satisfaction des patients est un indicateur de la qualité des soins. Notre étude est similaire à celle menée par Bougmiza et al., les patientes les plus satisfaites étaient celles qui avaient l'impression que leur état de santé s'est amélioré, celles qui s'attendaient à des services de qualité moindre ou de qualité similaire, et celles qui avaient l'intention de recommander l'hôpital à leurs proches (14). Au Maroc, en 2016, Bouaiti et al. avaient constaté que la satisfaction globale des patients dépend de la qualité de l'accueil (15). Par ailleurs, Asamrew al. au Maroc, retrouvaient que les services de bonne qualité fournis par les médecins hospitaliers, ont eu des influences positives sur la satisfaction globale des patients (16). Par contre, dans notre étude, seulement 72,29% des bénéficiaires étaient satisfaits sur les coûts des services reçus, certains jugeait les coûts des prestations élevées dans les FOSA PCA. Dans le rapport d'évaluation de la SSS 2001-2015 dans les régions du Cameroun, il ressort que les bénéficiaires apprécient la mise à leur disposition des vaccins gratuits, par contre ils se plaignaient du coût élevé des prestations de CPN et des accouchements (17).

3.6. Perception des prestataires de soins

Notre étude a permis de retrouver que 53,62% des prestataires de soins avaient une bonne perception des infrastructures et matériels de leurs structures de santé, 47,82% pensaient que leur motivation au travail était bonne et 60,87% trouvaient la charge de travail acceptable. Par contre tous, soit 100% avaient une bonne perception de leur environnement de travail. Dans l'évaluation de la performance d'un système de santé, les perceptions et attentes des prestataires de soins ne sont pas toujours prises en compte, alors que ces derniers sont au centre de la qualité des services fournis. L'étude de Negueu *et al.* était assimilable à la nôtre, 59,8% des prestataires de soins étaient satisfaits de leur motivation au travail (18). Il est possible que ces professionnels de santé tombent dans le burnout, comme le démontre, cette étude réalisée au Cameroun en 2019, ceci dû à un ratio efforts/récompenses déséquilibré, une mauvaise communication avec les collègues et la qualité de la relation avec l'administration jugée médiocre (18). La majorité des DS évalués au cours de cette étude sont en cours de viabilisation soit 8/11 DS. Des efforts restent à faire pour parvenir à l'atteinte des cibles de l'ODD3 d'ici 2030.

Conclusion

Le niveau de mise en place de la viabilité dans les DS enquêtés était bon pour 8/11 DS évalué. Concernant le niveau de mise en œuvre de la viabilité, après cotation, nous avons retrouvé qu'il était moyen pour 8/11 DS et bon pour 3/11. Le niveau de rapportage des données tenant en compte la complétude et la promptitude des rapports était bon pour 8/11DS. L'évaluation du taux de satisfaction des bénéficiaires a permis de retrouver que la majorité des bénéficiaires enquêtés étaient satisfaits de l'accueil (90,35%), des attentes (93,98%) et des services rendus (100%). Quant à la perception des prestataires de soin, elle était bonne pour 53,62% concernant les infrastructures et matériels, pour 47,82% concernant la motivation au travail et pour 60,87% concernant la charge de travail. Par contre, 100% des prestataires des soins étaient satisfait de leur environnement de travail. Après cotation, nous avons retrouvé que 8/11 DS évalué étaient en cours de viabilisation. Ainsi des efforts (sur le plan de la disponibilité des ressources humaines, sur l'autonomie financière des structures, sur la mise en place de la CSU) restent à faire pour parvenir à l'atteinte des cibles de l'ODD 3 d'ici 2030.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chatora R, Tumusiime P. District Health Management Team Training Modules : Health Sector Reform and District Health Systems. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville 2004; 23-38.
2. United Nations Global Compact [Homepage of the Internet]. Les 17 objectifs de développement durable et les 169 cibles. [Update june 2021; cited july 2022]. Available from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>
3. Institut National de la Statistique (INS), ICF. Enquête Démographique et de Santé 2018. Yaoundé Cameroun et Rockville, Maryland, USA: INS et ICF 2020.
4. WHO [Homepage of the Internet]. African Health Ministers commit to attain universal health coverage. [Update august 2021; cited July 2022] Available from <http://www.afro.who.int/fr/node/8542>
5. Görgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. Le système de santé de district expériences et perspectives en Afrique ; Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit Postfach 5180 · 65726 Eschborn, Allemagne 2004.
6. République de Cameroun, Ministère de la Santé Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025. Ministère de la Santé Publique, 2022 :10-25.
7. Cellule d'information sanitaire, Ministère de la santé publique du Cameroun. Estimations population 2020, 2019.
8. République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique. Arrêté fixant la carte sanitaire du Cameroun pour la période 2021-2025. Arrêté N° 2039/MINSANTE du 25 mai 2021.
9. Ahanhanzo YG, Ouédraogo LSL, Saizonou J. Performance of a zonal hospital in Benin: an example of evaluation model. Pan Afr Med J 2014; 18:63.
10. Echargui H, Gorgol, Nouadhibou D, Sebkha. L'évaluation rapide de quatre districts de santé en Mauritanie. Ministère de la santé de Mauritanie et OMS. 2007.
11. Zurynski Y, Herkes-Deane J, Holt J, McPherson E, Lamprell G, Dammery G, Meulenbroeks I, Halim N, Braithwaite J. How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. BMJ Open 2022;12(5):1-11.
12. Ouedraogo LT, Saizonou ZJ, Glele Y, Sissoko M, Michel M. Évaluation de la mise en œuvre du projet Edulink dans la zone Klouékanmè-Toviklin-Lalo, Bénin. Rev D'Épi SP 2012 ; 60 : 10-4.
13. Stratégies spatiales. Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun : Répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé. SS 2019 ; (2) : 1-3.

13. Harmonization for Health in Africa (HHA). Le district sanitaire en Afrique : Bilan et perspectives 25 ans après la Déclaration de Harare. Note conceptuelle - Conférence régionale sur le District sanitaire Saly, Sénégal. 2013.
14. Bougmiza I, EL Ghardallou M, Zedini C, Lahouimel H, Nabli-Ajmi T, Gataa R, Touati I, Khairi H, Mtiraoui A. Évaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. *Pan Afr Med J* 2011 ; 1-11.
15. Bouaiti E, Zidouh S, Boufaress A, Kessouati J, Mrabet M, Belyamani L. Facteurs déterminants de la satisfaction des patients consultant aux urgences de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat, Maroc. *Rev D'Épi SP* 2016 ; 64 : 140-1.
16. Asamrew N, Endris AA, Tadesse M. Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants: A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. *J Environ Public Health* 2020 :1-12.
17. République de Cameroun, Ministère de la Santé Publique. Rapport d'évaluation finale de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015. 2015.
18. Negueu AB, Cumber SN, Donatus L, Nkfusai CN, Ewang BF, Bede F, Betect TE, Shirinde J, Djientcheu VP, Nkoum BA. Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé. *Pan Afr Med J* 2019 ; (34) : 126.