

VIABILISER LE DISTRICT DE SANTÉ



Louis Richard NJOCK

**VIABILISER LE DISTRICT DE
SANTÉ**

*Des soins de santé primaires
proclamés à leur effectivité territoriale
en Afrique*

Collection
Défis sociétaux

Image de couverture : Composition Auteur.

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle
faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de
l'éditeur et de ses ayants droit, est illicite. Tous droits réservés.

© Éditions Premières Lignes SARL

Dschang, 2026

www.edi-premierelignes.com

ISBN 978-9956-27-544-1

*À ma fille, le médecin Carmel Maïté NJOCK pour qu'elle ait
une vue intégrée de la médecine.*

*À la femme rurale atteinte de fistule obstétricale des Régions
de l'Extrême-nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, qui
reste marginalisée par un système de santé qui peine à
éradiquer ce fléau.*

Remerciements

À Madame TCHUINTE Antoinette Patience qui a pris de son précieux temps pour la relecture et la mise en forme

À Marie Agathe NJOCK pour son accompagnement quotidien.

Sommaire

Liste des tableaux.....	x
Liste des abréviations	xi
Préface	xv
Introduction	17
Chapitre 1 – Le paradoxe de la pyramide sanitaire inversée.....	23
Chapitre 2 – Du financement basé sur la performance au retour de l’administration de routine : le rendez-vous manqué du Cameroun	37
Chapitre 3 – Les enjeux de la viabilisation du District de Santé	111
Chapitre 4 – Les objectifs assignés au District de Santé	137
Chapitre 5 – Les fonctions critiques du District de Santé.....	183
Chapitre 6 – Le processus de viabilisation du District de Santé	237
Chapitre 7 – Les méthodes d’évaluation du District de Santé.....	245
Chapitre 8 – Stratégies de viabilisation du District de Santé.....	267
Conclusion	275
Post-Scriptum : Des ODD proclamés aux souffrances invisibles.....	279
Références	285
Table des matières.....	297

Liste des tableaux

Tableau 1 : Cibles prioritaires du cycle 2021-2025 du PNDS	162
Tableau 2 : Quelques indicateurs d'impact	176
Tableau 3 : Exemple de matrice de management par objectifs	180
Tableau 4 : Matrice de certaines fonctions critiques.....	232
Tableau 5 : Les niveaux des activités selon les phases du processus de viabilisation des Districts de Santé.....	239
Tableau 6 : Score de Qualité Institutionnelle (SQI) de viabilisation d'un District de Santé	251
Tableau 7 : Les normes ISO applicables à un DS	254

Liste des abréviations

ASC	Agents de Santé Communautaire
ASCP	Agents de santé communautaire polyvalents
ATPC	Assainissement total piloté ou pratiqué par les communautés
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BUNEC	Bureau National de L'État Civil
CAMPHIA	Cameroon Population-based HIV Impact Assessment
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIM-11	Classification Internationale des Maladies 11e révision
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
COGEDI	Comité de Gestion de District
COGEHD	Comité de Gestion de l'Hôpital de District
COSA	Comité de Santé
CSAS	Comité de Santé des Aires de Santé
COSADI	Comités de Santé du District
CPN	Consultations Prénatales
CPS	Chimioprévention du paludisme saisonnier
CSA	Centre de Santé Ambulatoire
CSI	Centre de Santé Intégré
CTD	Collectivités territoriales décentralisées
DASP	Démonstrations d'Actions de Santé Publique
DDR	Date de Dernières règles
DHIS2	District Health Information Software 2
DRSP	Délégations Régionales de la Santé Publique
DS	District de Santé
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
ECD	Early Childhood Development
EDS	Enquête Démographique de la Santé

EIR	Équipes d'Interception Rapide
FOSA	Formation Sanitaire
FSPS	Fonds spécial pour la Promotion de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HBC	Hépatite B Core
HD	Hôpital de District
HKI	Helen Keller International
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Information Education Communication
ISO	International Standardization Organization
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'action
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSF	Médecins Sans frontières
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBF	Financement Basé sur la Performance
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la malnutrition et le VIH/SIDA
PDSD	Plan de Développement Sanitaire du District
PEC	Prise en Charge
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le Sida
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Promotion de la santé maternelle et infantile
PREP	Pre-Exposure prophylaxis
PTAB	Plan de Travail Annuel Budgétisé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant

RH	Ressources Humaines
SDD	Structures de Dialogue
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SND	Stratégie Nationale de Développement 2020-2030
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONUB	Soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néo-nataux d'Urgence Complets
SOP	Standard Operating Procedures
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SSD	Services de Santé de District
SSP	Soins de Santé Primaire
SSPE	Services de Santé de Premier Échelon
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Prophylactique Intermittent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquis
WHO	World Health Organization

Préface

La présente réflexion stratégique sur la viabilisation des Districts de Santé intervient à un moment décisif pour nos systèmes sanitaires. Alors que les États africains réaffirment leur engagement en faveur des soins de santé primaires, de la couverture sanitaire universelle, de la résilience et de la souveraineté sanitaire, une question centrale demeure. Comment transformer ces ambitions en résultats concrets, durables et équitables pour les populations ?

L’auteur répond à cette interrogation en plaçant le District de Santé au cœur de l’analyse. Il rappelle, avec justesse, que le district ne saurait être considéré comme un simple échelon administratif ou une unité périphérique d’exécution. Il constitue l’espace stratégique où les politiques publiques rencontrent les besoins réels des communautés, où se construisent la prévention, la qualité des soins, la surveillance épidémiologique, la participation communautaire et la redevabilité.

Le mérite de cette réflexion est de mettre en lumière une contradiction majeure de nos systèmes ; celle d’une pyramide parfois inversée, dans laquelle les responsabilités sont assignées à la base tandis que les ressources, les compétences, les leviers de décision et les capacités d’action demeurent trop souvent concentrés au sommet. Cette situation fragilise l’effectivité des soins de santé primaires et compromet la réalisation de la couverture sanitaire universelle. En revisitant les enjeux de la viabilisation, les objectifs assignés au District de Santé, ses fonctions essentielles, les méthodes d’évaluation et les stratégies possibles, l’auteur propose plus qu’un diagnostic. Il esquisse une véritable doctrine d’action publique. Viabiliser un District de Santé, ce n’est pas seulement construire, équiper ou financer. C’est créer les conditions durables permettant à un territoire de connaître sa population, d’identifier ses priorités, de planifier rationnellement, de coordonner les acteurs, de mobiliser les ressources, d’assurer la qualité des services et de rendre compte des résultats.

Cette contribution a également le courage d’interroger les expériences passées, notamment le financement basé sur la

performance. Elle montre que la culture du résultat, de la contractualisation et de la redevabilité ne peut porter pleinement ses fruits que si elle s'inscrit dans une transformation plus profonde des capacités institutionnelles et territoriales du District de Santé

Cette réflexion invite ainsi à renouveler le regard porté sur le District de Santé, non plus seulement comme unité opérationnelle du système, mais comme plateforme de gouvernance, de production de données, d'intégration des programmes, de justice territoriale et de souveraineté sanitaire.

L'ouvrage plaide pour une approche équilibrée. Un État stratège qui fixe le cap, garantit les normes et mobilise les ressources ; des districts responsabilisés capables d'analyser, de planifier, d'agir et de rendre compte ; des communautés reconnues comme actrices de la santé et de la redevabilité. C'est dans articulation entre orientation nationale, intelligence locale et participation communautaire que réside l'une des clés de la viabilisation.

Au fond le message est clair. On ne peut bâtir un système de santé robuste sur des Districts de Santé fragiles. La couverture sanitaire universelle ne sera effective que si l'unité territoriale chargée de produire la santé au plus près des populations devient réellement viable.

Je souhaite que cette réflexion nourrisse le débat, éclaire la décision politique, inspire la formation des cadres et accompagne les acteurs de terrain. Elle constitue une contribution utile à la refondation sanitaire de nos pays et à la consolidation d'une santé publique africaine plus équitable et plus durable.

Professeur TEBEU Pierre Marie

Directeur Général

*Centre Inter-États d'Enseignement Supérieur en Santé Publique
d'Afrique Centrale (CIESPAC)*

Introduction

Il est des évidences que les systèmes de santé proclament sans toujours les honorer. Depuis Alma-Ata jusqu'à Astana, depuis les soins de santé primaires jusqu'à la couverture santé universelle, depuis les engagements sur la résilience jusqu'aux promesses de souveraineté sanitaire, un principe traverse toutes les doctrines contemporaines de santé publique : la santé doit se construire au plus près des populations.

Et pourtant, dans bien des pays d'Afrique subsaharienne, cette évidence demeure inachevée. Les politiques sont souvent conçues au sommet, les normes définies au centre, les financements concentrés sur les programmes, les décisions majeures portées par les administrations centrales ou les partenaires, tandis que les besoins réels, les urgences sanitaires, les vulnérabilités sociales, les épidémies locales, les décès évitables et les souffrances silencieuses se manifestent d'abord à la base, dans les territoires, les communautés, les villages, les quartiers et les aires de santé.

C'est là que surgit le paradoxe majeur de nos systèmes sanitaires : la base porte la charge réelle de la maladie, mais le sommet conserve l'essentiel des leviers d'action. La pyramide sanitaire, pensée pour rapprocher les soins des populations, fonctionne parfois comme une pyramide inversée. Les responsabilités opérationnelles sont confiées au District de Santé, mais les moyens, l'autonomie, les compétences, les données utiles, les mécanismes de décision et les capacités de réponse ne suivent pas toujours. Le District de Santé est alors sommé de produire des résultats sans disposer pleinement des conditions structurelles de cette performance.

Or, aucun système de santé ne peut durablement prétendre à la couverture santé universelle si son unité territoriale de proximité demeure fragile. Aucun pays ne peut construire une véritable résilience sanitaire si le premier niveau de coordination, de prévention, de surveillance, de référence, de supervision et d'action communautaire reste insuffisamment viable. Aucun État ne peut tenir sa promesse de santé à l'égard des citoyens si le lieu où cette

INTRODUCTION

promesse doit devenir réalité demeure sous-financé, sous-outillé, mal gouverné ou réduit à une fonction administrative d'exécution.

Le District de Santé est donc bien plus qu'un découpage géographique. Il est le lieu où la politique publique rencontre la vie réelle. Il est le point de jonction entre l'État et la communauté, entre la norme nationale et le besoin local, entre la planification et l'usage effectif des services, entre la donnée épidémiologique et la décision, entre la prévention et le soin, entre la solidarité nationale et la justice territoriale. C'est dans le District de Santé que se mesure, en dernière analyse, la crédibilité d'un système de santé.

Pourtant, ce niveau décisif reste trop souvent abordé de manière fragmentaire. On parle du district à propos des programmes verticaux, de la surveillance épidémiologique, de la santé maternelle, de la vaccination, de la supervision, de la qualité des soins, de la planification, du financement basé sur la performance ou de la participation communautaire. Mais on l'interroge encore insuffisamment comme système local intégré, doté de fonctions, de responsabilités, de ressources, de capacités, d'indicateurs de viabilité et d'une trajectoire stratégique de transformation.

C'est cette lacune que la présente réflexion entend explorer.

La viabilisation du District de Santé n'est pas envisagée ici comme un slogan administratif ni comme une simple opération d'équipement, de dotation ou de formation. Elle est abordée comme une démarche systémique de renforcement de la capacité d'agir du territoire sanitaire. Viabiliser un district, c'est lui permettre de connaître sa population, de comprendre son profil épidémiologique, d'identifier ses priorités, de planifier selon ses besoins réels, de coordonner les acteurs, de mobiliser les ressources, de garantir la qualité des soins, d'organiser la référence, de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de surveiller les risques, d'impliquer les communautés et de rendre compte des résultats.

Cette réflexion prend appui sur une conviction simple : le District de Santé ne peut plus être pensé comme la périphérie du système. Il doit être reconnu comme son centre de gravité opérationnel. C'est lui qui donne chair aux politiques nationales. C'est lui qui transforme, ou échoue à transformer les ambitions sanitaires en bénéfices vécus pour

INTRODUCTION

les populations. C'est lui qui révèle la distance entre ce que l'État promet et ce que le citoyen reçoit effectivement.

L'expérience du financement basé sur la performance illustre, à cet égard, une leçon importante. Le PBF a introduit des notions essentielles à savoir la contractualisation, la mesure des résultats, la vérification, l'autonomie relative, la redevabilité et la culture de la performance. Mais il a aussi montré les limites d'une réforme qui valorise la performance sans toujours transformer les conditions profondes de cette performance. Lorsque la gouvernance locale demeure fragile, les ressources humaines insuffisantes, lorsque l'intelligence épidémiologique locale est faible, lorsque la participation communautaire reste formelle, lorsque le financement n'est pas durable, la logique de performance risque de devenir une mécanique sans enracinement.

De la même manière, la course contemporaine vers la technologie, la digitalisation et l'innovation sanitaire ne saurait masquer les déficits fondamentaux. Une plateforme numérique ne remplace pas une maternité fonctionnelle. Un tableau de bord ne remplace pas une donnée fiable produite à la base. Une application ne compense pas l'absence d'eau potable, de routes praticables, de sages-femmes disponibles, de vaccination complète, de prévention organisée ou de système de référence effectif. La modernité sanitaire n'a de sens que si elle vient renforcer les fondations, non les contourner.

C'est pourquoi la viabilisation du District de Santé doit être comprise comme une stratégie de refondation. Elle permet de relier les grands référentiels internationaux à savoir, soins de santé primaires, couverture santé universelle, objectifs de développement durable, sécurité sanitaire, résilience, qualité des soins, à leur condition concrète de réalisation. Bref, c'est un territoire sanitaire capable d'agir, d'apprendre, de s'adapter et de répondre.

L'ouvrage suit ainsi un cheminement progressif. Il part du paradoxe de la pyramide inversée pour interroger les contradictions structurelles du système. Il revient sur le financement basé sur la performance comme mode révélateur, voire comme rendez-vous manqué, non pour le condamner sommairement, mais pour en tirer les enseignements stratégiques. Il examine les enjeux de la viabilisation, les objectifs assignés au District de Santé, les fonctions

INTRODUCTION

essentielles qui conditionnent sa performance, le processus de transformation à conduire, les méthodes d'évaluation de la viabilité et les stratégies possibles de mise en œuvre.

Cette démarche ne prétend pas clore le débat. Elle veut au contraire l'ouvrir. Elle propose des éléments de réflexion stratégique destinés aux décideurs et à toute personne gravitant dans le système de santé. Elle les invite à se poser une question simple, mais décisive : que vaut une politique de santé, aussi ambitieuse soit-elle, si le district chargé de mettre en œuvre n'est pas viable ?

Au fond, la viabilisation du District de Santé est une question de cohérence. Cohérence entre les objectifs proclamés et les moyens accordés. Cohérence entre la centralité des soins de santé primaires et la réalité de leur financement. Cohérence entre la promesse de couverture santé universelle et l'accessibilité réelle des services. Cohérence entre la résilience affichée et la capacité locale de réponse. Cohérence entre la souveraineté sanitaire invoquée et la maîtrise territoriale des fonctions essentielles de santé publique.

Elle est aussi une question de justice, car les districts les plus fragiles sont souvent ceux où vivent les populations vulnérables, les femmes enceintes éloignées des soins, les enfants insuffisamment vaccinés, les enfants malnutris, les adolescents sans informations sur la santé sexuelle et reproductive, les familles exposées à l'eau insalubre, les malades chroniques non suivis, les communautés enclavées, les personnes pauvres renonçant aux soins. Viabiliser le District de Santé, c'est donc refuser que la géographie devienne une condamnation sanitaire.

Enfin, elle est une question de souveraineté. Un pays dont les Districts de Santé ne sont pas capables de connaître les populations, d'anticiper les risques, de surveiller les maladies, de coordonner les réponses, de mobiliser les communautés et d'assurer la continuité des services essentiels reste vulnérable, dépendant et réactif. À l'inverse, un pays qui viabilise ses districts construit une souveraineté sanitaire concrète, territorialisée et mesurable.

Tel est l'enjeu de cet ouvrage qui vise à contribuer à faire passer le district d'un statut de maillon faible et fragile de la pyramide sanitaire à celui de clé de voûte d'une santé publique refondée : non pas une santé publique abstraite, prisonnière des discours et des

INTRODUCTION

rapports, mais une santé publique capable de prévenir, de soigner, de protéger, de promouvoir, de mesurer et de rendre compte

Car en définitive, la santé publique ne se juge pas seulement à la qualité des politiques écrites, elle se juge à la capacité d'un système à rejoindre les populations là où elles vivent, à comprendre leurs besoins, à réduire leurs souffrances évitables, et à leur offrir, dans la proximité et la dignité, les conditions d'une vie meilleure en santé.

Viabiliser le District de Santé, c'est donc donner une adresse territoriale à la promesse de santé. C'est faire descendre la politique publique du sommet vers la vie réelle. C'est transformer l'ambition sanitaire en présence effective de l'État auprès de chaque communauté.