

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

*Paix - Travail - Patrie*

\*\*\*\*\*

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES  
BIOMEDICALES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SCIENCES DE LA VIE, SANTÉ ET  
ENVIRONNEMENT

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SANTE ET ENVIRONNEMENT



REPUBLIC OF CAMEROON

*Peace - Work - Fatherland*

\*\*\*\*\*

MINISTRY OF HIGH EDUCATION

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

\*\*\*\*\*

CENTER FOR RESEARCH AND DOCTORAL  
TRAINING IN LIFE, HEALTH AND  
ENVIRONMENTAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING UNIT  
IN HEALTH AND ENVIRONMENT

# **EVALUATION DE LA GOUVERNANCE EN SANTE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDE**

Mémoire rédigé et soutenu publiquement en vue de l'obtention du Master II en Santé Publique

par :

**ESSIMI Francine Joselyne, MD**

**Matricule : 23E0570**

**Directeur :**

**Prof NGUEFACK-TSAGUE Georges**

Maître de Conférences  
Biostatistique/Santé Publique

**Co-directeur :**

**Dr KWEDI Sylvie**

Chargée de Cours  
Santé Publique/Epidémiologie

*Année académique 2023-2024*

---

---

---

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES  
BIOMEDICALES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE  
\*\*\*\*\*  
CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SCIENCES DE LA VIE, SANTE  
ET ENVIRONNEMENT  
\*\*\*\*\*  
UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SANTE ET ENVIRONNEMENT



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work – Fatherland  
\*\*\*\*\*  
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF MEDICINE AND  
BIOMEDICAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH  
\*\*\*\*\*  
RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING  
CENTER IN LIFE, HEALTH AND  
ENVIRONMENTAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING  
UNIT IN HEALTH AND ENVIRONMENT

# **EVALUATION DE LA GOUVERNANCE EN SANTE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDE**

Mémoire rédigé et soutenu publiquement en vue de l'obtention du Master II en Santé Publique  
par :

**ESSIMI Francine Joselyne, MD**

**Matricule : 23E0570**

**Directeur :**

**Prof NGUEFACK-TSAGUE Georges**

Maître de Conférences  
Biostatistique/Santé Publique

**Co-directeur :**

**Dr KWEDI Sylvie**

Chargée de Cours  
Santé Publique/Epidémiologie

*Année académique 2023-2024*

---

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES  
BIOMEDICALES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SCIENCES DE LA VIE, SANTE ET  
ENVIRONNEMENT

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
DOCTORALE EN SANTE ET ENVIRONNEMENT



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

\*\*\*\*\*

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

\*\*\*\*\*

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING  
CENTER IN LIFE, HEALTH AND  
ENVIRONMENTAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING  
UNIT IN HEALTH AND ENVIRONMENT

# **EVALUATION DE LA GOUVERNANCE EN SANTE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDE**

Mémoire rédigé et soutenu publiquement en vue de l'obtention du Master II en Santé Publique  
par :

**ESSIMI Francine Joselyne, MD**

**Matricule : 23E0570**

**Date de soutenance :**

**Jury de thèse :**

**Président du jury :**

Pr KAMGNO Joseph

**Rapporteur :**

Pr NGUEFACK-TSAGUE Georges

**Membres :**

Pr BEDIANG Georges Wylfred

**Equipe d'encadrement :**

**Directeur :**

Pr NGUEFACK-TSAGUE Georges

**Co-directeur :**

Dr KWEDI Sylvie

*Année académique 2023-2024*

---

# TABLE DES MATIERES

<b>DÉDICACE.....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS, DES SIGLES OU DES ACRONYMES .....</b>	<b>XIII</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>XIV</b>
<b>RESUMÉ.....</b>	<b>XVI</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XVIII</b>
<b>CHAPITRE I : INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
I.1 PROBLÉMATIQUE .....	2
I.2. QUESTION DE RECHERCHE.....	3
I.3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE .....	3
I.4. OBJECTIFS .....	3
I.5. CADRE THEORIQUE .....	3
I.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE .....	3
I.7. LISTE DES VARIABLES CLÉS ET FACTEURS DE CONFUSION ÉVENTUELS...	4
I.8. DEFINITIONS OPERATIONNELLES .....	4
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>6</b>
II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES .....	7
<b>CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>18</b>
III.1. TYPE D'ETUDE .....	19
III.2. SITE DE L'ETUDE.....	19
III.3. DURÉE / PÉRIODE DE L'ÉTUDE.....	19
III.4. POPULATION D'ÉTUDE.....	19
III.5. OUTILS DE COLLECTE .....	20
III.6. PROCÉDURE .....	22
III.7. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES .....	23
III.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES.....	23

---

---

<b>CHAPITRE IV : RÉSULTATS .....</b>	<b>24</b>
IV.1. RECRUTEMENT / ENRÔLEMENT DES PARTICIPANTS .....	25
IV.2. DONNEES DESCRIPTIVES GENERALES .....	26
IV.3. DESCRIPTION STATISTIQUE DES PRATIQUES DE GOUVERNANCE .....	28
IV.5. ANALYSE MULTIVARIEE .....	42
.....	47
<b>CHAPITRE V : DISCUSSION .....</b>	<b>47</b>
V.1. LIMITES DE L'ETUDE .....	48
V.2. DONNÉES DESCRIPTIVES GÉNÉRALES.....	48
V.3. ÉVALUATION GLOBALE DES PRATIQUES DE GOUVERNANCE .....	49
V.3. FACTEURS ASSOCIES AUX MAUVAISES PRATIQUES DE GOUVERNANCE DANS LES FOSA ETUDIEES.....	50
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>XXVII</b>

---

## **DÉDICACE**

A ma fille bien aimée **MBALA EWONI Evane Qetsia**

## REMERCIEMENTS

- ☞ Toute ma gratitude au directeur de ce mémoire, Professeur Nguefack-Tsague Georges, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.
- ☞ Je tiens à remercier par la suite le Dr Kwedi Sylvie, co-directeur de ce mémoire, qui a eu l'amabilité de répondre à mes questions et de fournir les explications nécessaires, pour l'aide et les connaissances qu'elle a su me transmettre.
- ☞ A l'équipe du décanat, pour votre assistance en matière administrative, votre collaboration et votre aide dans les démarches administratives et épreuves rencontrées lors des recherches liées à ce mémoire, votre contribution en termes de transmission d'informations et la qualité des enseignements fournis tout au long de ma scolarité.
- ☞ Aux responsables, au personnel de la FMSB, au corps professoral et administratif je tiens à saisir cette occasion et adresser mes profonds remerciements et ma profonde reconnaissance pour la richesse et la qualité de leur enseignement ainsi que pour les grands efforts déployés pour assurer à leurs étudiants une formation actualisée.
- ☞ J'aimerais aussi gratifier les membres du jury d'avoir accepté de critiquer ce travail afin d'apporter des précisions chacun dans son domaine d'expertise et vous être investi sur différentes parties du mémoire.
- ☞ À chaque chef de district et responsables des Formations Sanitaires de la ville de Yaoundé : merci pour l'autorisation de collecte accordée pour l'évolution de nos travaux, pour avoir répondu à mes questions et avoir participé à un entretien.
- ☞ À mes frères, mon père, mon compagnon, je vous dis un merci particulier pour votre amour, vos conseils ainsi que votre soutien inconditionnel qui m'a permis de réaliser ce mémoire.
- ☞ Enfin, ma reconnaissance va à mes amis et collègues qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.



## **LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB**

### **PERSONNEL ADMINISTRATIF**

**Doyen** : Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA

**Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques** :  
Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

**Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants** : Pr NGANOU  
Chris Nadège épouse GNINDJIO

**Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération** : Pr ZEH Odile Fernande

**Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche** :  
Dr VOUNDI VOUNDI Esther

**Chef de la Division Administrative et Financière** : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

**Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation** : Pr NJAMSHI Alfred KONGNYU

**Coordonnateur CESSI** : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

**Coordonnateur de la formation Continue** : Pr KASIA Jean Marie

**Chef de Service Financier** : Mme NGAMALI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

**Chef de Service Adjoint Financier** : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse  
ENGUENE ATANGA

**Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel** : Pr SAMBA Odette  
NGANO épouse TCHOUAWOU

**Chef de Service des Diplômes** : Mme ASSAKO Anne DOOBA

**Chef de Service Adjoint des Diplômes** : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

**Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques** : Mme BIENZA Aline

**Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques** : Mme FAGNI MBOUOMBO  
AMINA épouse ONANA

**Chef de Service du Matériel et de la Maintenance** : Mme HAWA OUMAROU

**Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance** : Dr NDONGO née Mpono  
EMENGUELE

**Bibliothécaire en Chef par intérim :** Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

**Comptable Matières :** M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

**COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES**

**Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire :** Pr BENGONDO MESSANGA Charles

**Coordonnateur de la Filière Pharmacie :** Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

**Coordonnateur Filière Internat :** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique :** Pr SANDO Zacharie

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie-Réanimation :** Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale :** Pr NGO NONGA Bernadette

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique :** Pr MBU ENOW Robinson

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne :** Pr NGANDEU Madeleine

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie :** Pr MAH Evelyn MUNGYEH

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique :** Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale :** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique :** Pr TAKOUGANG Innocent

**Point focal projet :** Pr NGOUPAYO Joseph

**DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS**

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978) \*

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985) \*

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

**DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB**

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006) \*

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2014)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2014-2024)

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie

34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie

70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie

106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOU M Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	Mpono EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL



145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	MC	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie

184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	P	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacie
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			



218	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgie Dentaire
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie

DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P : Professeur

MCA : Maître de Conférences Agrégé

MC : Maître de Conférences

MA : Maître Assistant

CC : Chargé de Cours

AS : Assistant

\* : Décédé

## **LISTE DES ABREVIATIONS, DES SIGLES OU DES ACRONYMES**

<b>AS</b>	Aire de Santé
<b>CMA</b>	Centre Médical d'Arrondissement
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>DS</b>	District de Santé
<b>FMSB</b>	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>IC</b>	Intervalle de Confiance
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'État
<b>IQ</b>	Intervalle inter-Quartile
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>ap</b>	p value ajustée
<b>p</b>	p value
<b>aRP</b>	Rapport de Proportion ajusté
<b>RP</b>	Rapport de Proportion
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TMS</b>	Technicien Médico-Sanitaire

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques des formations sanitaires .....	26
Tableau II : Profil des répondants .....	27
Tableau III : Analyse univariée des pratiques de gouvernance dans les formations sanitaires	28
Tableau IV : Répartition des participants en fonction de la qualité des pratiques de gouvernance .....	29
Tableau V : Association entre les mauvaises pratiques de responsabilité et les caractéristiques générales des FOSA .....	30
Tableau VI : Association entre les mauvaises pratiques dans l'implication des parties prenantes et les caractéristiques générales des FOSA .....	31
Tableau VII : Association entre les mauvaises pratiques dans l'établissement d'une orientation stratégique commune et les caractéristiques générales des FOSA.....	32
Tableau VIII : Association entre les mauvaises pratiques dans l'évaluation continue et amélioration de la gouvernance et les caractéristiques générales des FOSA.....	33
Tableau IX : Association entre les mauvaises pratiques en gestion de ressources et les caractéristiques générales des FOSA .....	34
Tableau X : Association entre la mauvaise pratique de responsabilité et les caractéristiques socio-démographiques des responsables .....	35
Tableau XI : Association entre les mauvaises pratiques dans l'implication des parties prenantes et les caractéristiques socio-démographiques des responsables.....	36
Tableau XII : Association entre les mauvaises pratiques d'établissement d'orientation stratégique commune et les caractéristiques socio-démographiques des responsables .....	38
Tableau XIII : Association entre les mauvaises pratiques d'évaluation et amélioration de la gouvernance et les caractéristiques socio-démographiques des responsables .....	39
Tableau XIV : Association entre les mauvaises pratiques de gestion de ressources et les caractéristiques socio-démographiques des acteurs de gouvernance.....	41
Tableau XV : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques de responsabilité.....	42
Tableau XVI : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques d'implication des parties prenantes.....	43
Tableau XVII: Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques d'établissement de l'orientation stratégique commune.....	44
Tableau XVIII : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques d'évaluation et amélioration continue de la gouvernance .....	45
Tableau XIX : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques de gestion de ressources .	46

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Le système de santé camerounais .....	7
Figure 2 : Modèle conceptuel de leadership, gestion et gouvernance pour la santé .....	10
Figure 3 : Schéma de recrutement des FOSA .....	25

## RESUMÉ

**Introduction :** La gouvernance en santé, qui est un mécanisme de décision participatif, est cruciale pour le bon fonctionnement des systèmes de santé. Elle repose sur plusieurs piliers clés : la responsabilité, l'implication des parties prenantes, une orientation stratégique claire, une gestion efficace des ressources et une évaluation continue de ses actions. Cependant, au Cameroun, des dysfonctionnements au sein de la gouvernance sanitaire, à tous les niveaux du système de santé, entravent la capacité du système à répondre aux besoins de la population et à promouvoir un développement humain durable. La présente étude se proposait d'évaluer la qualité de la gouvernance en santé dans les FOSA de Yaoundé. Plus spécifiquement, il s'agissait de réaliser une évaluation globale des performances des pratiques de gouvernance dans les formations sanitaires (FOSA), analyser leurs variations afin d'identifier les facteurs pouvant être associés à la mauvaise gouvernance.

**Méthodologie :** Une étude transversale analytique a été menée dans les FOSA des huit districts de Yaoundé sur huit mois, avec une collecte des données d'avril à juin 2024 via un échantillonnage stratifié aléatoire. Les données, recueillies à travers des entretiens directs à l'aide du questionnaire sur les pratiques de gouvernance en santé de l'USAID, ont été analysées avec IBM-SPSS (version 26.0). Les facteurs associés à la mauvaise gouvernance ont été étudiés en traitant chaque pratique comme une variable dichotomique. Le test du  $\chi^2$  a permis d'évaluer les associations entre les performances des pratiques de gouvernance et les caractéristiques des FOSA et de leurs responsables. Le rapport de proportion (RP) a été calculé à partir du modèle linéaire de Poisson. Les variables avec  $p \leq 0,05$  étaient considérées comme significatives. Pour éliminer les facteurs de confusion, les variables avec  $p \leq 0,20$  ont été retenues pour l'analyse multivariée, permettant d'obtenir le Rapport de Proportion ajusté (aRP) et la valeur p ajustée (ap).

**Résultats :** Un échantillon de 114 formations sanitaires (FOSA) a été étudié, majoritairement localisées en zone urbaine de Yaoundé (84,2 %). La plupart de ces formations étaient des centres de santé intégrés (71,9 %), dont 10,5 % appartenaient au secteur public et 89,5 % au secteur privé. Les répondants, majoritairement des infirmiers diplômés d'État (57 %), avaient une médiane d'âge de 40 ans (36-47) et une expérience médiane de 6 ans (4-12). Un manque de formation sur la gouvernance a été noté chez 84,2 % des participants. Nous avons observé une proportion globale de mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires équivalente à

61,42 % répartie telle que 55 % liée à la responsabilité, 68 % liée à l'implication des parties prenantes, 80 % liée à l'établissement d'orientations stratégiques, 84 % liée à l'évaluation continue, et 75 % liée à la gestion des ressources. Les FOSA du secteur public ont été associées à une mauvaise gouvernance en ce qui concerne la responsabilité (RP=3; IC 95% [1,02-8,77] ;  $p = 0,045$ ). Cependant, lors de l'analyse multivariée, prenant en compte simultanément le statut de la FOSA, la qualification des responsables et la formation antérieure sur la gouvernance, le statut (aRP = 2,5 ; IC 95% [0,84-7,81] ;  $p = 0,0976$ ) ne s'est plus avéré être un déterminant significatif de la qualité de la responsabilité dans les FOSA publiques. De manière globale, des liens ont été établis entre l'implication des parties prenantes et la localisation de la FOSA avec  $p=0,01$ , l'orientation stratégique et la catégorie de la FOSA avec  $p=0,006$ , l'évaluation continue et le statut avec  $p=0,012$ , ainsi que la gestion des ressources et la localisation avec  $p=0,033$ . Cependant, aucune de ces associations n'a été statistiquement significative lors de l'analyse individuelle. Par ailleurs, des liens ont été observés en ce qui concerne les caractéristiques des responsables des FOSA, notamment entre la responsabilité et la qualification avec  $p=0,035$ , l'implication des parties prenantes et, d'une part, l'âge avec  $p=0,012$  et, d'autre part, le nombre d'années d'expérience avec  $p=0,007$ , l'établissement d'orientations stratégiques et la formation sur la gouvernance avec  $p=0,031$ , ainsi que l'évaluation continue, d'une part avec l'âge avec  $p=0,042$  et, d'autre part, avec la formation sur la gouvernance avec  $p=0,026$ , mais sans preuve d'association en analyse individuelle.

**Conclusion :** La gouvernance des FOSA, notamment dans le secteur public, reste problématique, avec des lacunes importantes dans plusieurs domaines critiques. Malgré certaines associations observées entre la gouvernance et les facteurs organisationnels, ces liens perdent souvent leur signification lorsqu'on les examine individuellement. Cela suggère que la gouvernance des FOSA est influencée par un ensemble complexe de facteurs, et qu'une approche plus holistique, centrée sur l'établissement d'orientations stratégiques, l'évaluation continue en gouvernance et la gestion des ressources, pourrait être nécessaire pour améliorer la situation.

**Mots clés :** Gouvernance en santé ; Formations sanitaires (FOSA) ; Pratiques de gouvernance ; Facteurs associés.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health governance, a participatory decision-making mechanism, is crucial for the effective functioning of health systems. It relies on several key pillars: accountability, stakeholder involvement, clear strategic orientation, effective resource management, and continuous evaluation of its actions. However, in Cameroon, dysfunctions within health governance at all levels of the health system hinder its ability to meet the population's needs and promote sustainable human development. This study aimed to assess the quality of health governance in health facilities (FOSA) in Yaoundé. More specifically, it sought to conduct a comprehensive assessment of governance practices in health facilities, analyze their variations, and identify factors associated with poor governance.

**Methodology:** An analytical cross-sectional study was conducted in the FOSA of the eight districts of Yaoundé over a period of eight months, with data collection from April to June 2024 using stratified random sampling. The data, collected through direct interviews using the USAID Health Governance Practices questionnaire, were analyzed with IBM-SPSS 26.0. Factors associated with poor governance were studied by treating each practice as a dichotomous variable. The chi-squared ( $\chi^2$ ) test was used to assess the associations between governance practice performance and the characteristics of the FOSA and their managers. The prevalence ratio (PR) was calculated using the Poisson linear model. Variables with  $p \leq 0.05$  were considered significant. To eliminate confounding factors, variables with  $p \leq 0.20$  were retained for multivariate analysis, allowing the calculation of the adjusted Prevalence Ratio (aPR) and the adjusted p-value (ap)

**Results:** A sample of 114 health facilities (FOSA) was studied, predominantly located in the urban area of Yaoundé (84.2%). Most of these facilities were integrated health centers (71.9%), with 10.5% belonging to the public sector and 89.5% to the private sector. The respondents, mainly state-registered nurses (57%), had a median age of 40 years (36-47) and a median experience of 6 years (4-12). A lack of training on governance was noted among 84.2% of participants. We observed an overall proportion of poor governance in healthcare facilities equivalent to 61.42%, distributed as follows: 55% related to accountability, 68% related to stakeholder involvement, 80% related to setting strategic directions, 84% related to continuous assessment, and 75% related to resource management. Public sector FOSA were associated with poor governance concerning accountability (RP=3; CI 95%[1.02-8.77];  $p = 0.045$ ). However, in the multivariate analysis, which simultaneously considered the status of the FOSA,



the qualifications of the managers, and previous governance training, the status (aRP = 2.5; CI 95%[0.84-7.81];  $p = 0.0976$ ) was no longer a significant determinant of accountability quality in public FOSA. Overall, links were established between stakeholder involvement and the location of the FOSA with  $p=0.01$ , strategic directions and the category of the FOSA with  $p=0.006$ , continuous evaluation and status with  $p=0.012$ , as well as resource management and location with  $p=0.033$ . However, none of these associations were statistically significant in individual analysis. Furthermore, links were observed regarding the characteristics of the FOSA managers, notably between accountability and qualifications with  $p=0.035$ , stakeholder involvement and, on one hand, age with  $p=0.012$  and, on the other hand, years of experience with  $p=0.007$ , the establishment of strategic directions and governance training with  $p=0.031$ , as well as continuous evaluation, on one hand with age with  $p=0.042$  and, on the other hand, with governance training with  $p=0.026$ , but without evidence of association in individual analysis.

**Conclusion:** The governance of FOSA, particularly in the public sector, remains problematic, with significant gaps in several critical areas. Despite some observed associations between governance and organizational factors, these links often lose significance when examined individually. This suggests that the governance of FOSA is influenced by a complex set of factors, and a more holistic approach focused on establishing strategic directions, continuous governance evaluation, and resource management may be necessary to improve the situation.

**Keywords:** Health governance; Health facilities (FOSA); Governance practices, Associated factors

# **CHAPITRE I : INTRODUCTION**

## **I.1 PROBLÉMATIQUE**

Les systèmes de santé performants sont essentiels pour atteindre des résultats durables en matière de santé [1]. Cependant, de nombreux pays à faibles et moyens revenus font face à des obstacles tels qu'un manque de prestataires de soins, des chaînes d'approvisionnement peu fiables, une utilisation inefficace des ressources et d'autres faiblesses systémiques. Ces goulots d'étranglement rendent difficile l'obtention de résultats pour les programmes de lutte contre les maladies ou l'atteinte des priorités en matière de santé [1]. À cet effet, le système de santé camerounais n'a pas été épargné. En 2011, il était qualifié de faible et occupait la 164ème position parmi les 191 pays évalués par l'OMS [2].

En effet, lors de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie du secteur de la santé [3], les parties prenantes avaient exprimé leur insatisfaction et identifié deux principales raisons pour lesquelles le Cameroun n'avait pas pu atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé : la mauvaise gouvernance et la faible viabilisation des districts de santé. Une décennie après, une nouvelle analyse situationnelle du secteur de la santé [4] a relevé que le problème central du système de santé est sa faible capacité à répondre aux besoins socio-sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif. Les insuffisances liées à la gouvernance, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ont encore été identifiées comme une cause immédiate de la faiblesse de notre système de santé.

La gouvernance en santé fait l'objet d'interprétations diverses et est souvent assimilée au management [5]. C'est un processus collectif de prise de décisions visant à garantir la vitalité et la performance des systèmes de santé [6]. Elle existe dans tous les secteurs et à tous les échelons [7], qu'il s'agisse d'un ministère de la Santé desservant une population nationale ou d'une organisation desservant une communauté particulière [8].

Quels que soient le lieu et la méthode, une gouvernance efficace, applicable à tous les secteurs — à but non lucratif, privé à but lucratif et public [9] — doit inclure les principes de responsabilité, d'implication des parties prenantes, d'établissement d'une orientation stratégique commune, de bonne gestion des ressources et d'évaluation continue de la gouvernance pour son amélioration [10]

## **I.2. QUESTION DE RECHERCHE**

Quels sont les facteurs associés à la qualité de la gouvernance en santé dans les FOSA de Yaoundé ?

## **I.3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE**

La qualité de la gouvernance en santé dans les FOSA de Yaoundé est associée aux facteurs organisationnels et individuels des responsables de formations sanitaires.

## **I.4. OBJECTIFS**

### **Objectif principal :**

Evaluer la qualité de gouvernance en santé dans les formations sanitaires de Yaoundé.

### **Objectifs spécifiques**

1. Faire une évaluation globale des pratiques de gouvernance dans les FOSA de Yaoundé
2. Décrire les variations des pratiques de gouvernance
3. Rechercher les facteurs associés à la mauvaise gouvernance en santé

## **I.5. CADRE THEORIQUE**

Cette étude s'inscrit dans le cadre des systèmes de santé.

## **I.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE**

### **➤ Sur le plan scientifique**

Cette étude permettra d'identifier les pratiques de gouvernance en santé et les facteurs associés qui participent à la faiblesse du système de santé au niveau local ; ceci afin d'orienter les efforts de réforme et d'amélioration du système de santé de manière plus efficace et adaptée aux réalités du terrain.

### **➤ Sur le plan professionnel**

Sur le plan professionnel, notre étude va ressortir les faiblesses du système liées à la gouvernance au niveau local dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé.

### **➤ Sur le plan personnel**

Cette étude nous donnera l'occasion d'appliquer notre formation en santé publique, notamment en épidémiologie, dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. De plus, elle nous

permettra, en tant que futurs experts en santé publique, de laisser notre empreinte dans ce domaine et de contribuer à l'amélioration du système de santé.

## **I.7. LISTE DES VARIABLES CLÉS ET FACTEURS DE CONFUSION ÉVENTUELS**

- **Caractéristiques des FOSA** : district d'appartenance, localisation, statut, catégorie,
- **Profil sociodémographique des répondants** : âge ; sexe ; statut matrimonial ; formation de base, expérience professionnelle ; notion de formation antérieure en gouvernance.
- **Pratiques de bonne gouvernance en santé** :
  - ☞ Responsabilité
  - ☞ Implication des parties prenantes
  - ☞ Établissement de l'orientation stratégique commune
  - ☞ Évaluation continue de la gouvernance
  - ☞ Gestion des ressources

## **I.8. DEFINITIONS OPERATIONNELLES**

**Gouvernance en santé** : processus de création des mécanismes de transparence tendant à améliorer l'état de la santé globale de la population en termes d'équité, de couverture, d'accès de qualité et des droits des patients [12]. L'institut de la Banque Mondiale soutient que la bonne gouvernance est le fait que chaque acteur, à quelque niveau qu'il soit dans la chaîne de production des services de santé, se sente responsable, comptable et redevable de tous les actes qu'il pose [13].

**Responsabilité** : dans la bonne gouvernance en santé implique que les dirigeants doivent rendre des comptes de leurs actions et décisions, assurer la transparence et la participation de la population. Cela inclut également le développement d'une éthique individuelle et l'instauration de garde-fous pour encadrer la prise de décision [14].

**Implication des parties prenantes** : dans la bonne gouvernance en santé consiste à définir leur niveau de participation dans le processus décisionnel. Cela inclut la consultation et la participation active des acteurs concernés, tels que les patients, les professionnels de la santé, et les politiques, afin de bien saisir les enjeux, motivations et préoccupations liées aux décisions à prendre [15].

**Etablissement d'une orientation stratégique commune** : dans la bonne gouvernance en santé consiste à définir des objectifs et des politiques clairs pour l'organisation de la santé, en

impliquant toutes les parties prenantes. Cela permet d'assurer une approche cohérente et collaborative face aux défis de la mise en œuvre des résolutions de l'OMS, garantissant ainsi la responsabilité et la transparence dans la gestion des ressources et des politiques en santé [16].

**Evaluation et amélioration de la gouvernance :** dans le domaine de la santé consiste en l'analyse des structures et des processus de décision afin de renforcer la qualité des soins. Cela implique des recommandations stratégiques visant à établir de meilleurs liens entre les organes directeurs et à intégrer des normes d'évaluation. Une bonne gouvernance en santé permet d'améliorer l'efficacité des services et de garantir le respect des droits humains dans les pratiques de gestion [17].

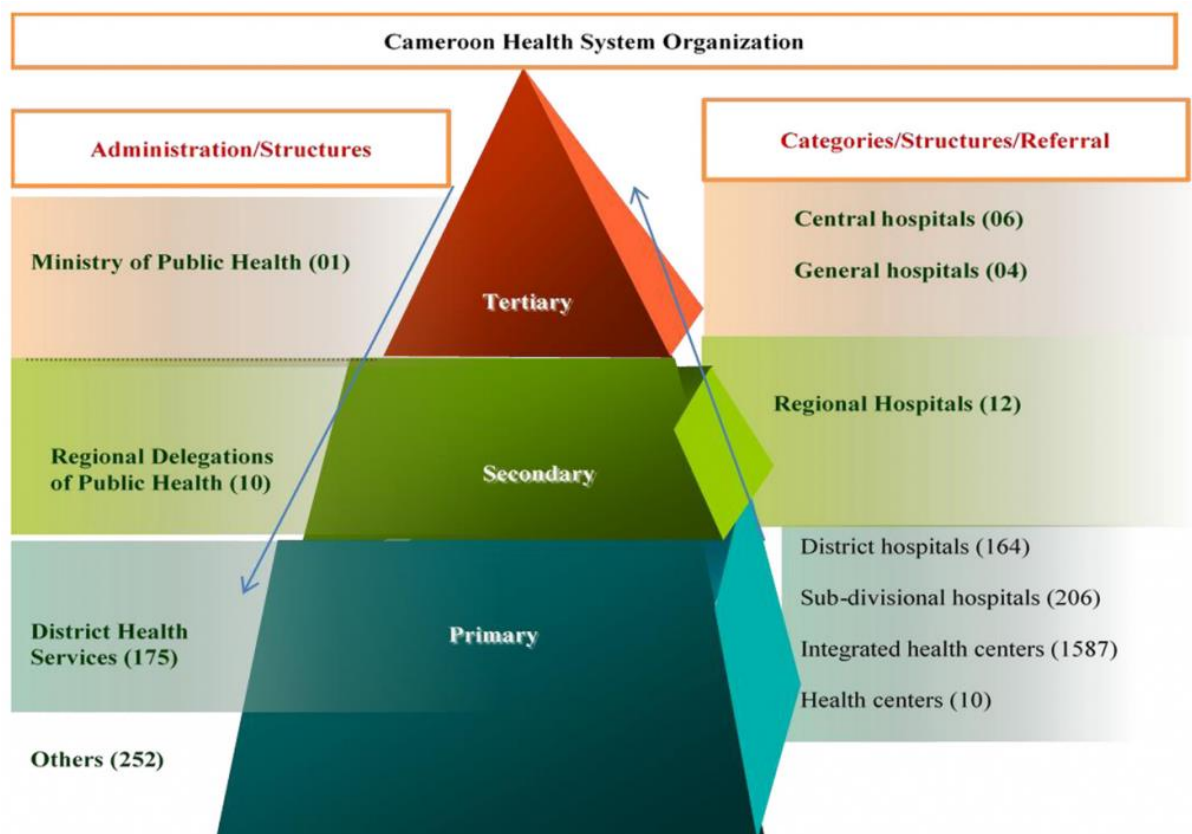
**Gestion des ressources :** en santé constitue une pratique essentielle de bonne gouvernance, car elle permet d'assurer l'efficacité, la transparence et l'équité dans l'utilisation des ressources disponibles. En appliquant de bonnes pratiques de gouvernance, les établissements de santé peuvent améliorer leurs résultats, optimiser les coûts et répondre aux besoins des patients de manière plus efficace [17].

**Système de santé :** totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé [18]. Le système de santé est bâti autour de six piliers définis par l'OMS à savoir : la Prestation des services, les Ressources Humaines pour la Santé, l' Information Sanitaire et Recherche, Les Médicaments, Vaccins et Technologies ; les Infrastructures et Équipements le Financement de la Santé ,le Leadership et Gouvernance [19]. Il est structuré au Cameroun en trois niveaux formant la pyramide sanitaire [20].

**Formation sanitaire :** l'expression désigne les établissements et autres formations organisés à des fins sanitaires, à savoir la recherche, le transport, le diagnostic et les soins, y compris les premiers secours aux blessés, malades ou naufragés, ainsi que la prévention des maladies [21].

## **CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE**

## II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES



**Figure 1** : Le système de santé camerounais [22]

**Le système de santé camerounais est** structuré en trois niveaux de santé qui comprennent à chaque niveau les structures administratives, les formations sanitaires et les structures de dialogue :

### Niveau central (ou national)

Il est constitué des structures de conception, de coordination et d'encadrement de la politique sanitaire ainsi que des actions de santé d'envergure nationale. L'administration centrale est composée d'un Secrétariat général, autorité de coordination de l'action administrative du Ministère de la Santé, de Directions centrales, de Divisions spécifiques, des Projets et Programmes spécialisés. On retrouve également à ce niveau des institutions d'appui et des établissements de soins de référence.

Les Institutions d'Appui se composent comme suit :

La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME)



Le Laboratoire National de Contrôle de Médicament (LANACOME) ;

Le Comité National d'Epidémiologie (CNE)

Le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ;

Les établissements de soins de référence nationale se répartissent en 3 catégories :

Première catégorie : les hôpitaux généraux et le CHU ;

Deuxième catégorie : l'Hôpital Central de Yaoundé, l'Hôpital Jamot de Yaoundé et l'Hôpital Laquintinie de Douala (HLD) ;

Troisième catégorie : cette catégorie regroupe certaines institutions d'autres ministères, de niveau régional ou encore de type associatif appuyant les activités du Ministère de la santé publique.

### **Niveau intermédiaire (régional)**

Il est constitué de délégations régionales, structures d'appui technique et de coordination pour les districts de santé, des hôpitaux régionaux et assimilés et des structures de formations paramédicales. Chaque région sanitaire compte au moins une structure de formation paramédicale pour former soit des aides-soignants soit des infirmiers. L'approvisionnement en médicament des infrastructures sanitaires est assuré à ce niveau par une structure plus ou moins autonome, le Fond Régional pour la Promotion de la Santé (FRPS).

### **Niveau périphérique (District de santé)**

Il est composé des Districts de santé. Le District de santé est structuré comme suit :

a/ un service de santé de district

b/ un réseau d'aires de santé chargé de la couverture en soins de santé de base des populations desservies par ces aires de santé.

L'aire de santé constitue une zone bien définie comprenant un ou plusieurs villages ou quartiers, et desservie par une ou plusieurs infrastructures sanitaires (publiques et/ou privées) de base, encore appelées Centre de Santé Intégrés (CSI). La gestion de l'aire de santé repose sur des structures de dialogue (entre prestataires et bénéficiaires de soins), et de participation communautaire en matière de santé [23].

Le Cameroun a adopté différents systèmes de santé ayant tous pour objectif de réduire le coût d'accès aux soins [24]. La dernière réforme de Réorientation des soins de santé primaires [25] structure le système de santé contemporain sachant que cette réforme a trois objectifs. Le premier objectif est de faire du centre de santé la structure de premier contact du malade. Le deuxième objectif est de décentraliser la gestion des soins au niveau du district qui est le niveau intermédiaire entre les patients et la stratégie nationale. Le dernier objectif est de renforcer la participation communautaire et de renforcer l'accès équitable aux soins. D'une part, la gestion de l'accès aux soins est décentralisée et gérée par les autorités locales de santé. D'autre part, le système de santé s'organise de façon pyramidale autour de trois niveaux distincts (voir Figure 1).

Cependant, malgré ces dispositifs censés favoriser une gouvernance de proximité du système de santé, le rapport d'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé [4] a mis en évidence des dysfonctionnements persistants. Le système de santé repose sur une faible gouvernance [26]. En se basant sur l'état des lieux fait au cours de cette dernière stratégie (2020-2030), il ressort un manque de responsabilité et de reddition de comptes, la prise en charge des cas peu satisfaisante tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire (SSS 2020-2030). Le manque de structures de dialogue fonctionnelles, l'absence de revues régulières des services de santé, le manque de transparence dans la gestion des ressources, les disparités dans les mécanismes de suivi et d'évaluation, ainsi que les lacunes dans la gestion de l'information [22].

## **II.2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION**

La gouvernance du système de santé est un élément déterminant de la performance et de l'efficacité des formations sanitaires [27]. La recherche menée par Björkman et Svensson en fournit la preuve concluante. Bien que la gouvernance soit devenue très populaire, elle reste assez floue et son utilisation dans le secteur de la santé est plus récente [28].

Pour bien comprendre la gouvernance et ce qui la rend efficace dans le contexte de la santé, LMG a mené une enquête en ligne auprès de 477 répondants dans 80 pays, complétée par 25 entretiens avec des informateurs clés dans 16 pays. Les répondants à l'enquête occupaient des postes de direction, de gouvernance ou de gestion au sein de ministères de la santé ou d'institutions de santé dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

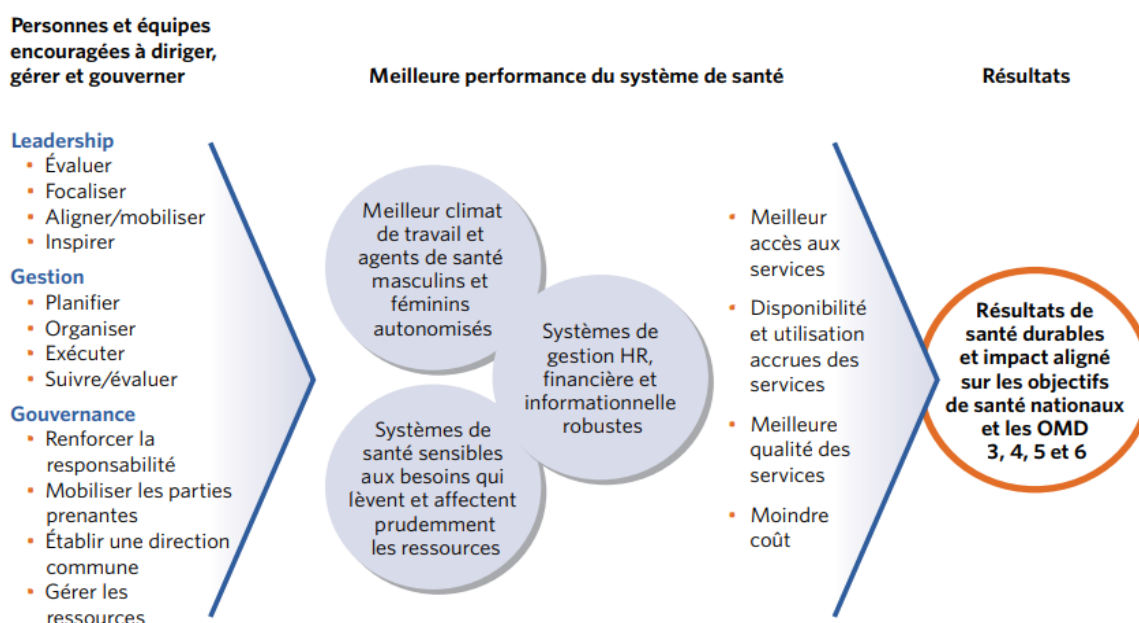
Environ 90% de ces répondants ont défini la gouvernance en termes d'inclusion, de participation et de collaboration. De plus, ils ont identifié les facteurs permettant une gouvernance efficace, notamment : l'utilisation de données de performance et de preuves

scientifiques, une gestion saine, des ressources financières adéquates pour la gouvernance, l'ouverture et la transparence la responsabilité envers les citoyens et les clients, l'intégrité. Ce modèle illustre les pratiques clés de direction, de gestion et de gouvernance pour obtenir des résultats [8]. À gauche sont représentées les principales pratiques que les personnes doivent mettre en œuvre pour diriger, gérer et gouverner.

Les leaders doivent savoir comment observer, se concentrer, aligner/mobiliser et inspirer.

Les gestionnaires doivent savoir comment planifier, organiser, mettre en œuvre et suivre et enfin évaluer. Les personnes chargées de la gouvernance doivent savoir comment cultiver la responsabilité, engager les parties prenantes, définir une orientation commune et gérer les ressources.

#### Illustration Modèle conceptuel de leadership, gestion et gouvernance pour la santé



[Adapté de: MSH. 2005. *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers* (Systèmes de santé en action : manuel en ligne pour leaders et managers). Cambridge, MA.]

**Figure 2 :** *Modèle conceptuel de leadership, gestion et gouvernance pour la santé*

En travaillant ensemble et en soutenant tous les aspects d'un système de santé, ces pratiques conduisent à des performances améliorées du système de santé, qui à leur tour conduisent à de meilleurs résultats de santé [29].

L'évaluation de la gouvernance peut se faire de trois façons [6] : par le processus d'évaluation ou les pratiques de gouvernance qui consistent à mesurer les degrés de responsabilité, d'implications des parties prenantes, d'établissement d'orientation stratégique,

de gestion de ressources et d'évaluation de l'amélioration de la gouvernance. Les autres façons seraient de mesurer les résultats de la gouvernance et/ou l'impact de celle-ci.

**La Responsabilité** est souvent associée à l'idée de responsabilité personnelle, comme "Je suis responsable devant mon patron de m'assurer que mes rapports sont écrits". Cependant, au niveau institutionnel dans le système de santé, la responsabilité a une signification beaucoup plus large. Cela signifie que les institutions - ministères, organisations et établissements de santé sont responsables de répondre aux besoins des personnes qu'elles ont été créées pour servir et protéger. Cultiver la responsabilité signifie créer un environnement dans lequel les actions de gouvernance sont équitables, inclusives et dignes de confiance. Ce faisant, cet organe ou processus de gouvernance s'établit comme légitime. L'ouverture, la transparence et la réactivité sont les principaux facteurs favorables à la pratique de la responsabilité. Parmi les pratiques de gouvernance efficaces, cultiver la responsabilité peut être particulièrement difficile à atteindre. Néanmoins, elle présente des avantages évidents, comme on peut le voir dans l'exemple du suivi communautaire en Ouganda [30]. La responsabilité existe lorsqu'il y a une relation entre deux parties, où l'exécution des tâches ou des fonctions par une partie est soumise à la supervision, aux directives ou aux demandes d'information de l'autre. Cela signifie s'assurer que les responsables des organismes publics, privés et du secteur bénévole rendent des comptes sur leurs actes et qu'il existe une possibilité de recours lorsque les devoirs et les engagements ne sont pas remplis.

Björkman et Svensson ont mené une expérience de terrain randomisée en 2005-2006 dans 50 communautés rurales en Ouganda, où le suivi communautaire des prestataires a amélioré les résultats de santé. À travers deux séries de réunions villageoises, des organisations non gouvernementales locales ont encouragé les communautés à s'impliquer davantage dans l'état de la prestation des services de santé et ont renforcé leur capacité à tenir leurs prestataires locaux responsables de leurs performances. Au bout d'un an, les deux chercheurs ont constaté que le suivi communautaire avait augmenté la qualité et la quantité des soins de santé primaires. Les communautés où l'intervention a été menée se sont davantage engagées dans leurs soins et ont suivi plus en détail les performances des dispensaires. L'utilisation des services ambulatoires était 20 % plus élevée dans les communautés bénéficiaires. Les pratiques de traitement, les procédures d'examen et la couverture vaccinale se sont toutes améliorées. Surtout, il y a eu une augmentation significative du poids des nourrissons et jusqu'à 33 % de réduction de la mortalité des moins de 5 ans dans les communautés bénéficiaires par rapport aux communautés témoins. Chaque établissement et chaque communauté d'intervention avait

une fiche d'évaluation unique, résumant les résultats des enquêtes menées dans leur région. Les fiches d'évaluation ont été traduites dans la langue principale parlée dans la communauté. Pour soutenir les membres non alphabétisés, des affiches ont été conçues pour transmettre des informations complexes et des messages clés de manière visuelle simple. La fiche d'évaluation a été diffusée dans la communauté en utilisant une méthode d'évaluation rurale participative.

L'inclusion et la participation sont deux principes clés pour une gouvernance efficace. L'inclusion implique d'impliquer toutes les parties prenantes pertinentes, indépendamment de leur genre, de leur âge, de leur origine, de leur statut socio-économique, de leur état de santé, etc. Cela assure une représentation équitable dans le processus décisionnel. Elle fait appel à la collaboration, qui consiste à établir des partenariats entre différents ministères, secteurs et niveaux d'autorité, du local à l'international. Cela ne se limite pas au seul ministère de la Santé, mais implique d'autres acteurs publics comme ceux en charge de l'eau, de l'éducation, des transports, etc., qui ont également un impact sur la santé. La collaboration s'étend aussi au secteur privé, à la société civile et aux organisations non gouvernementales [31].

La participation citoyenne peut se définir comme les processus par lesquels les préoccupations, les besoins et les valeurs du public influencent la prise de décision [32]. Elle peut prendre de nombreuses formes, des échanges d'information aux élections démocratiques. Elle englobe l'ensemble des activités, des processus et des techniques qui peuvent être utilisés pour impliquer les gens. La gouvernance participative se manifeste à travers l'implication des parties prenantes dans quatre types d'activités distinctes :

- Déterminer les préférences des personnes concernant les résultats sociaux souhaités et les processus pour y parvenir.
- Élaborer les politiques, réglementations et institutions sur la base de ces préférences.
- Mettre en œuvre ces politiques, réglementations et institutions.
- Assurer le suivi, l'évaluation et la redevabilité.

En 2003, suite à la participation des agents de santé au programme de développement du leadership (LDP) de MSH, les districts d'Aswan, Daraw et Kom Ombo en Égypte ont connu une augmentation significative du nombre de visites de planification familiale et de soins prénatals et postnatals. Après l'arrêt du financement du programme par les donateurs, les professionnels de santé locaux ont souhaité poursuivre et étendre cette initiative, en faisant un

objectif partagé. Les dirigeants de santé d'Aswan ont alors décidé de soutenir le programme avec leurs propres fonds. De 2005 à 2007, ils ont développé le programme à 184 établissements de santé, formé plus de 1 000 agents, et ont fixé comme objectif annuel la réduction du taux de mortalité maternelle, qu'ils ont fait passer de 85,0 à 35,5 pour 100 000 naissances vivantes - une baisse bien plus importante que dans d'autres régions similaires [15]. Cet exemple illustre comment les dirigeants et équipes de santé d'Aswan ont établi une orientation stratégique partagée, mobilisé des ressources locales et mis en œuvre une approche évolutive pour améliorer durablement les résultats de santé, malgré les défis initiaux. Leur capacité à développer à grande échelle des interventions de santé efficaces est particulièrement remarquable.

La gouvernance du système de santé est un sujet largement étudié dans la littérature scientifique. Saltman et Ferroussier-Davis (1997) [33] ont mené une étude qui a mis en évidence le rôle crucial du "stewardship" (gouvernance) dans la gouvernance du système de santé, en soulignant l'importance des valeurs communes et de l'utilisation de données probantes pour guider les décisions politiques. De même, Brinkerhoff et Bossert (2013) [34] ont souligné l'importance de renforcer la capacité des principaux acteurs (gouvernements, citoyens, etc.) à superviser et à contrôler les agents (prestataires de soins, assureurs, etc.) pour améliorer la performance globale du système de santé.

En Afrique du Sud, Gilson et al. (2011) [35] ont analysé les défis du leadership et de la gouvernance dans le système de santé, notamment les problèmes de coordination, de responsabilité et de prise de décision. Ils ont identifié le besoin de renforcer les capacités de leadership et de gouvernance à tous les niveaux du système de santé.

Des études s'accordent à dire que la gouvernance du système de santé au Cameroun présente des défis majeurs en termes de leadership, de coordination, de responsabilité et de transparence (Peeters Grietens et al. 2014 ; Obsomu et al. 2013) [36]. Il y a un consensus sur l'importance cruciale d'une gouvernance améliorée pour garantir un accès équitable aux soins de santé et répondre aux besoins de la population (Sato 2012 ; Ngoasong 2009) [37]. Les auteurs ont souligné le rôle essentiel du renforcement des capacités des acteurs locaux et d'une plus grande participation des parties prenantes pour améliorer la gouvernance (Gilson & Daire 2011 ; Obsomu et al. 2013) [38].

L'étude de Keugoung et al. (2013) [39] a montré que le personnel de santé perçoit de sérieux problèmes de transparence, de responsabilité et de participation des parties prenantes dans la gestion des hôpitaux de district. L'analyse de Sieleunou et al. (2017) [40] a également souligné des défis de coordination, de responsabilité et de conflits d'intérêts dans la gouvernance des districts de santé. Ces constats sur le Cameroun rejoignent les résultats d'autres études menées dans d'autres pays africains, comme l'évaluation des mutuelles de santé au Burkina Faso par Ridde et al. (2018) [41], qui a mis en évidence des lacunes similaires en matière de transparence, de participation et de reddition de comptes.

Au-delà de l'Afrique, l'analyse comparative de Bossert et Mitano (2016) [42] sur la gouvernance du système de santé en Amérique latine souligne également l'importance d'une meilleure coordination, d'une plus grande responsabilité et d'une participation accrue des communautés pour améliorer les pratiques de gouvernance.

Bien que la plupart des études se concentrent sur les défis de gouvernance au niveau national, il existe peu d'analyses approfondies des dynamiques et des enjeux spécifiques à la gouvernance du système de santé à l'échelle locale, notamment dans la ville de Yaoundé. Les études abordent principalement les problèmes de gouvernance liés au financement et à l'accès aux soins, mais explorent peu les aspects de gouvernance liés à sa pratique dans les établissements de santé.

Le questionnaire d'auto-évaluation de l'USAID est conçu pour permettre aux responsables d'établissements de santé d'évaluer leurs propres pratiques et performances en matière de gouvernance du système de santé. Il n'inclut pas certains éléments techniques et opérationnels tels que les données et systèmes d'information sanitaire. Le questionnaire ne traite pas en détail des aspects liés à la qualité, à l'accessibilité et à l'utilisation des services de santé, il n'évalue pas les compétences techniques des prestataires de soins, ni la disponibilité, la gestion des produits pharmaceutiques, et les capacités des établissements en termes d'environnement de travail. Il se déploie sur les cinq pratiques essentielles de la gouvernance en santé :

**Responsabilité :** Manifester un comportement qui aide à établir une culture au sein de la formation sanitaire exigeant des prises de décisions transparentes et la communication des résultats. Cela inclut l'obligation de rendre compte pour toutes les parties prenantes.

**Implication des parties prenantes** : Prêter attention aux besoins, craintes, problèmes et attentes de toutes les parties prenantes participant au travail de la structure. Cela examine la participation, la représentation, l'inclusion, la diversité, l'égalité des sexes et la résolution des conflits.

**Établissement d'une orientation stratégique commune** : Évaluer l'existence de plans d'action et d'objectifs partagés, ainsi que l'alignement des activités sur les priorités stratégiques.

**Évaluation et amélioration de la gouvernance** : S'intéresser au suivi et à l'évaluation des performances de gouvernance, ainsi qu'à la mise en place d'actions correctives et d'amélioration continue.

**Gestion des ressources** : Le responsable de la structure sanitaire n'en est pas le propriétaire, mais le gardien pour les personnes que la structure se doit de desservir. Le questionnaire évalue la responsabilité financière, sociale, éthique et l'intégrité morale, ainsi que l'initiative, l'efficacité et l'efficience.

Pour chaque pratique de gouvernance évaluée dans le questionnaire, un score individuel est attribué en fonction du niveau de performance observé. Les échelles de notation sont définies spécifiquement pour chaque pratique et ne sont pas uniformes sur l'ensemble du questionnaire. L'objectif du questionnaire d'auto-évaluation de l'USAID est d'aider les responsables d'établissements hospitaliers à réfléchir aux nouveaux comportements à adopter et aux nouveaux moyens d'appliquer les pratiques de bonne gouvernance dans leur propre contexte.



### **Pourquoi évaluer la qualité de la gouvernance en santé ?**

Le Cameroun s'est engagé dans la convention sur les soins de santé primaires afin de rendre les services de santé de qualité plus accessibles à la population [11]. Cela démontre le souci du gouvernement camerounais d'améliorer la santé de ses citoyens. Cependant, plusieurs défis persistent. La mauvaise gouvernance et la corruption sont des problèmes récurrents dans le secteur de la santé. On observe, par exemple, des pratiques non éthiques dans les établissements publics, telles que le fait que les travailleurs de la santé facturent des services censés être gratuits ou subventionnés. De plus, le ratio population/médecin et population/infirmier est élevé, probablement en raison de l'absence d'un plan de développement des ressources humaines et de l'exode du personnel de santé. L'état des infrastructures sanitaires est également préoccupant, avec des problèmes d'accès à l'eau, à l'électricité et des conditions d'hygiène médiocres, favorisant la propagation d'infections nosocomiales et de maladies comme le choléra.

Par ailleurs, le manque de légitimité et de représentativité des représentants communautaires dans les structures de dialogue et de décision remet en question la participation effective de la communauté aux processus de gouvernance sanitaire. L'absence d'intégration des acteurs clés du développement local souligne également un manque d'inclusivité dans ces processus. Tous ces éléments mettent en lumière les divers dysfonctionnements de la gouvernance sanitaire aux niveaux communautaire, organisationnel et réglementaire, entravant ainsi une gouvernance efficace et participative du système de santé au Cameroun.

L'amélioration de la gouvernance est essentielle pour obtenir un système de santé robuste, avec un meilleur impact sur la santé publique. Une bonne gouvernance permet d'utiliser efficacement les médicaments, les informations, le capital humain et les fonds afin de produire de meilleurs services de santé et d'obtenir de meilleurs résultats en santé publique. Des éléments de preuve de plus en plus concluants indiquent qu'une gouvernance efficace améliore les résultats de santé publique. À l'inverse, une mauvaise gouvernance sape la vitalité du système de santé, le rendant moins efficace, moins équitable et moins réceptif aux besoins de la population qu'il est censé desservir.

L'évaluation de la qualité de la gouvernance en santé, fondée sur ses pratiques, offre aux responsables des formations sanitaires et aux dirigeants l'occasion de découvrir, d'adapter, d'adopter et d'appliquer les cinq principes éprouvés de bonne gouvernance. Le projet LMG de l'USAID [6], axé sur le renforcement de la gouvernance en santé, a mis en place un outil permettant de recueillir les interprétations des agents de santé occupant des postes de direction sur ces cinq pratiques. Cet outil pourra permettre de :

- Avoir une définition consensuelle des différentes pratiques de gouvernance ;
- Comprendre les catalyseurs et principes de ces pratiques afin de repérer et mesurer les avancées du renforcement des systèmes de santé au fil du temps ;
- Produire une base de données factuelles qui alimentera les revues annuelles des systèmes de santé nationaux, soutiendra l'élaboration des plans opérationnels annuels et orientera les investissements des pays et de leurs partenaires pour qu'ils soient plus efficaces ;
- Planifier et superviser l'extension des interventions essentielles à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), par exemple la mise en œuvre d'interventions destinées à réduire la mortalité maternelle, à lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et à faire face à la charge croissante des maladies non transmissibles.

## **CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE**

### **III.1. TYPE D'ETUDE**

Nous avons réalisé une étude transversale analytique.

### **III.2. SITE DE L'ETUDE**

Notre étude a été réalisée dans les formations sanitaires des huit districts de santé de la ville de Yaoundé : les districts de santé de Biyem-Assi, Cité verte, Djoungolo, Efoulan, Mvog-Ada, Nkolbisson, Nkolndongo et Odza.

### **III.3. DURÉE / PÉRIODE DE L'ÉTUDE**

Cette étude a été menée de décembre 2023 à août 2024 (08 mois) et les données ont été collectées sur la période d'avril à juin 2024.

### **III.4. POPULATION D'ÉTUDE**

#### **III.4.1. Population source**

Toutes les formations sanitaires de la ville de Yaoundé.

#### **III.4.2. Population cible**

Les formations sanitaires des districts de santé de la ville de Yaoundé.

#### **III.4.3. Critères d'inclusion**

Les formations sanitaires privée et publique présentent sur la liste des établissements de santé du district fournie par chaque chef de district.

#### **III.4.4. Critères d'exclusion**

- Formations sanitaires dont le/les responsable(s) étaient absents au moment de l'étude

#### **III.4.5. Echantillonnage**

Pour obtenir la taille d'échantillon minimale (n=111) d'établissements de santé à visiter, nous avons utilisé la formule modifiée de Cochran pour les populations finies [43] :

$$n = Def f \frac{\frac{Z^2 \times P(1-P)}{d^2}}{1 + \frac{\frac{Z^2 \times P(1-P)}{d^2} - 1}{N}} \quad \text{Où :}$$

Z est la valeur approximative du 97,5e percentile de la distribution normale standard = 1,96

P est la proportion d'établissements de santé ayant de mauvaises pratiques de gouvernance = 50% (valeur par défaut en raison de la non-disponibilité des données)

d est la précision = 0,1

N = 1026 (nombre total d'établissements de santé à Yaoundé) Cf annexe

DEFF = l'effet de plan est de 1,2

Nous avons également pris en compte un taux de non-réponse de 5 %.

Ainsi :  $n=106, 106+0,05*106= 111$

La collecte des données s'est déroulée selon les étapes suivantes : après obtention des autorisations de la région et du chef de district de santé, nous avons utilisé la liste des formations sanitaires de chaque district, mise à notre disposition par le chef de district, pour procéder à une sélection aléatoire des établissements de santé à visiter. Cette sélection a tenu compte du nombre de FOSA dans chaque district, du statut des établissements, de leur localisation et de leur catégorie. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens directifs menés auprès des responsables des formations sanitaires.

### **III.5. OUTILS DE COLLECTE**

Nous avons utilisé, pour la collecte des données, un questionnaire validé par l'USAID [6], que nous avons testé sur un petit échantillon avant la phase de collecte. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, comportant 102 questions réparties en deux sections.

La première section, composée de deux parties, permettait de recueillir des informations sur la FOSA, notamment son nom, son district et son aire de santé d'appartenance, sa localisation, sa catégorie et son statut. Elle permettait également de collecter des données sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la qualification, l'ancienneté, et l'existence d'une formation antérieure en gouvernance en santé.

La deuxième section permettait d'évaluer, à l'aide d'un score, les différentes pratiques de gouvernance. Ces pratiques étaient notées sur une échelle de 1 à 10 pour les pratiques de responsabilité et de gestion des ressources, avec respectivement 12 et 16 questions. Les pratiques d'implication des parties prenantes, d'évaluation continue des ressources et d'établissement d'une orientation stratégique commune étaient quant à elles notées sur une échelle de 1 à 3, avec 20 questions pour chacune.

Les questions relatives aux différentes pratiques de gouvernance en santé (deuxième section) permettaient d'apprécier les dimensions spécifiques de chaque pratique. Voici les dimensions évaluées pour chaque pratique :

- Responsabilité : transparence, éthique et intégrité morale, justice sociale et surveillance.
- Implication des parties prenantes : participation, inclusion, représentation, égalité des sexes, inclusion et résolution des conflits.
- Établissement d'une orientation stratégique commune : alignement des parties prenantes, leadership, gestion et plaidoyer.
- Évaluation continue de la gouvernance : mesure de la performance.
- Gestion des ressources : responsabilité financière et sociale, intégrité et éthique morale, initiative, efficacité et efficience.

Les scores obtenus pour chaque pratique ont permis de réaliser la classification suivante :

☞ **Responsabilité** : Score maximum possible : 120.

- Niveau 4 : Score de 108 ou plus : attitude et comportements extrêmement ouverts, transparents et responsables
- Niveau 3 : Score de 61-107 : vous remplissez la plupart des exigences.
- Niveau 2 : Score de 24-60 : vous devez faire des progrès.
- Niveau 1 : Score inférieur à 24 : résultats insuffisants en matière d'ouverture, de transparence et de responsabilité.

☞ **Implication des parties prenantes** : score maximum possible 60.

- Niveau 4 : Score de 54 ou plus : attitude et comportements excellents en matière d'implication des parties prenantes.
- Niveau 3 : Score de 31-53 : vous répondez à la plupart des exigences.
- Niveau 2 : Score de 12-30 : vous devez faire des progrès.
- Niveau 1 : Score inférieur à 12 : attitude et des comportements insatisfaisants en matière d'implication des parties prenantes.

☞ **Établissement d'une orientation stratégique commune** score maximum possible 60.

- Niveau 4 : Score de 54 ou plus : comportements excellents en matière d'établissement d'une orientation stratégique commune.
- Niveau 3 : Score de 31-53 : vous remplissez la plupart des exigences.
- Niveau 2 : Score de 12-30 : vous devez faire des progrès.
- Niveau 1 : Score inférieur à 12 : comportements insatisfaisants en matière d'établissement d'une orientation stratégique commune.

☞ **Evaluation et amélioration de la gouvernance** score maximum possible 60.

- Niveau 4 : Score de 54 ou plus : comportements excellents en vue d'améliorer la gouvernance.
- Niveau 3 : Score de 31-53 : votre instance décisionnaire remplit la plupart des exigences.
- Niveau 2 : Score de 12-30 : votre instance décisionnaire doit faire des progrès.
- Niveau 1 : Score inférieur à 12 : comportements insuffisants en vue d'améliorer la gouvernance.

☞ **Gestion des ressources** score maximum possible 160.

- Niveau 4 : Score de 144 ou plus : comportements excellents en vue d'améliorer la gouvernance.
- Niveau 3 : Score de 81-143 : votre instance décisionnaire remplit la plupart des exigences.
- Niveau 2 : Score de 32-80 : votre instance décisionnaire doit faire des progrès.
- Niveau 1 : Score inférieur à 32 : comportements insuffisants en vue d'améliorer la gouvernance.

L'administration de ce questionnaire était précédée de la lecture de la fiche d'information et de la signature du consentement éclairé.

### **III.6. PROCÉDURE**

Avant le début de nos travaux, nous avons au préalable sollicité auprès du Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche de la FMSB de Yaoundé I une claiance éthique. Nous nous sommes ensuite rapprochés des chefs de service de santé de district de qui nous avons obtenu les autorisations de recherche et la liste de FOSA reconnues respectivement par les différents districts de santé. A l'aide du nombre de FOSA de chaque district de santé (obtenus à partir des listes de FOSA du district), nous avons déterminé la proportion de FOSA à inclure dans notre échantillon en tenant compte de la localisation, du statut et de la catégorie puis nous avons réalisé un tirage au sort pour constituer la taille de notre échantillon.

La collecte données via notre questionnaire a consisté à s'entretenir directement avec les acteurs de gouvernance des établissements de santé à qui nous avons tout d'abord fait lecture de la fiche d'informations et de qui nous avons par la suite obtenu une autorisation de réponse matérialisée par la signature de la fiche de consentement éclairée.

### **III.7. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES**

Les informations collectées ont été épurées et codées via Microsoft Excel 2013 avant d'être exportées dans le logiciel d'analyse IBM-SPSS 26.0. Les différentes variables ont été décrites en fréquence et pourcentage. Le test du khi 2 de Pearson a été utilisé pour tester les associations entre les mauvaises pratiques de gouvernance et les caractéristiques des FOSA ainsi qu'avec les caractéristiques des responsables de FOSA, le rapport de proportion (RP) a été calculé à partir du modèle linéaire de poisson. Les variables avec un  $p \leq 0,20$  ont été retenues pour l'analyse multi variée afin d'éliminer les facteurs de confusion, obtenant ainsi le RP ajusté (aRP) et le p ajusté (ap). La valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative et un intervalle de confiance (IC) à 95% n'incluant pas 1.

### **III.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES**

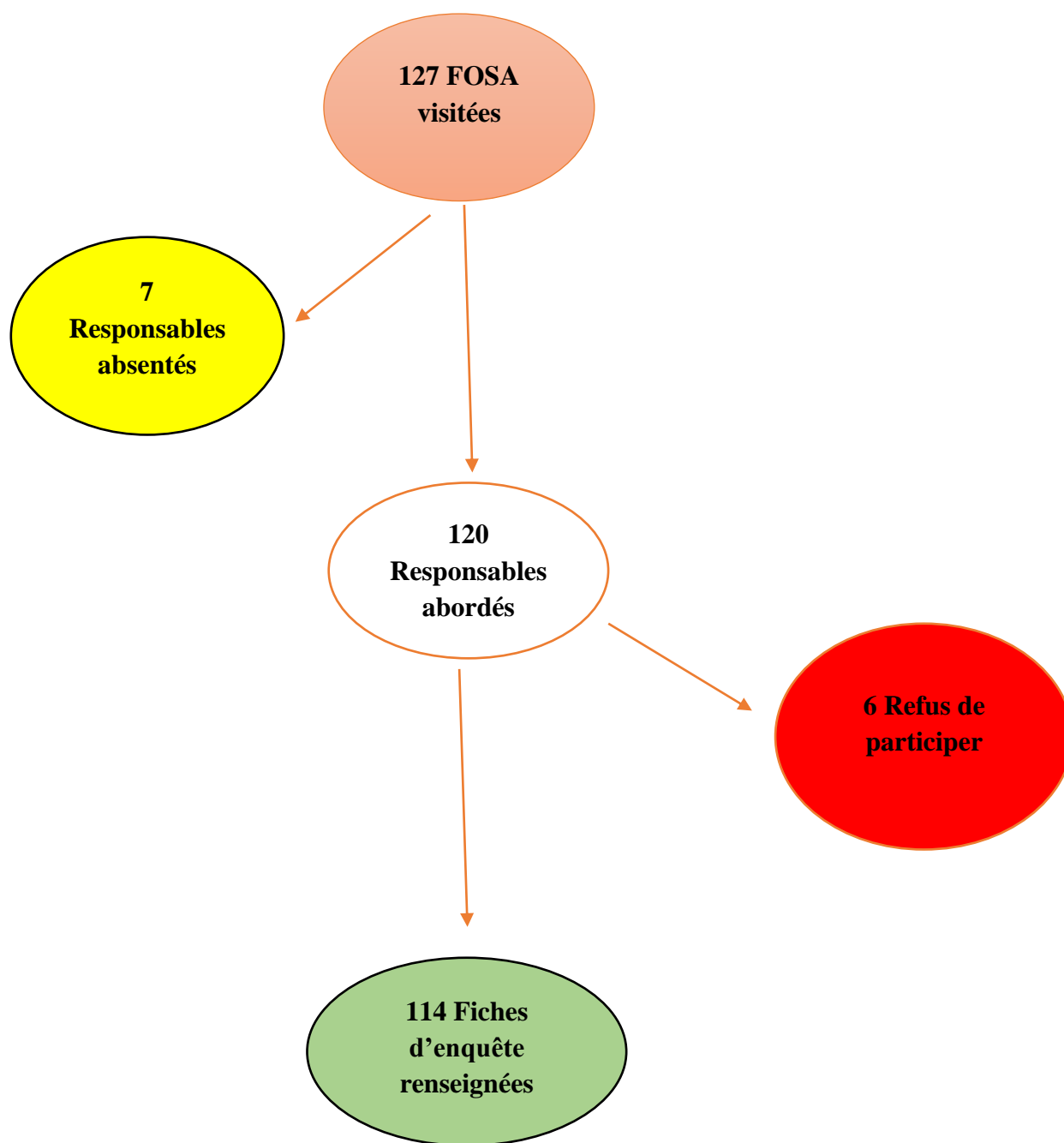
La mise en œuvre de cette étude a pris en compte les considérations éthiques et administratives. Ainsi, en respect de la déclaration d'Helsinki, un protocole de recherche a été soumis au Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (Annexe 1). Des autorisations de recherche ont été obtenues auprès des Chefs de Service de Santé des huit districts de Yaoundé (Annexe 2). Une Notice d'information contenant l'intégralité des informations concernant l'étude était remise à chaque participant (Annexe 4), celle-ci était accompagnée d'une fiche de consentement éclairé (Annexe 3). Chaque participant ayant reçu la notice d'information avait un quelques heures pour se décider et en cas d'acceptation il devait clarifier cela en signant volontairement la fiche de consentement éclairé. Un code d'identification était attribué à chaque participant en fonction des initiales du nom de la FOSA puis le chiffre correspondant à l'ordre.



## **CHAPITRE IV : RÉSULTATS**

#### **IV.1. RECRUTEMENT / ENRÔLEMENT DES PARTICIPANTS**

Le Recrutement a été fait dans les huit districts de la ville de Yaoundé.



**Figure 3 :** Schéma de recrutement des FOSA

Nous avons inclus un total de 114 formations sanitaires soit un taux de réponse de 95%.

## IV.2. DONNEES DESCRIPTIVES GENERALES

### IV.2.1. Caractéristiques générales des formations sanitaires

**Tableau I** : Caractéristiques des formations sanitaires

Variables	Effectif (n=114)	Pourcentage (%)
<b>District de Santé</b>		
Biyem-Assi	21	18,4
Cité Verte	4	3,5
Djoungolo	14	12,3
Efoulan	17	14,9
Mvog-Ada	9	7,9
Nkolbisson	7	6,1
Nkolndongo	18	15,8
Odza	24	21,1
<b>Localisation</b>		
Zone urbaine	96	84,2
Zone péri-urbaine	18	15,8
<b>Catégorie</b>		
HD et assimilés	6	5,3
CMA et assimilés	26	22,8
CSI et assimilés	82	71,9
<b>Statut</b>		
Public	12	10,5
Privée laïque	84	73,7
Privée confessionnelle	18	15,8

Les FOSA de l'étude étaient situées à 84,2% dans la zone urbaine. Les districts de santé qui avaient fait l'objet de notre étude étaient : Biyem-Assi (18,4%), Cité Verte (3,5%), Djoungolo (12,3%), Efoulan (14,9%), Mvog-Ada (7,9%), Nkolbisson (6,1%), Nkolndongo (15,8%), Odza (21,1%). Les FOSA de 4<sup>e</sup> catégorie (5,3%), 5<sup>e</sup> catégorie (22,8%) et de 6<sup>e</sup> catégorie (71,9%) étaient les catégories de FOSA représentées dans cette étude. Elles étaient

constituées de FOSA publiques (10,5%), de FOSA privées confessionnelles (15,8%) et de FOSA privés laïques (73,7%).

#### **IV.2.2. Caractéristiques sociodémographiques des répondants**

**Tableau II : Profil des répondants**

<b>Variables</b>	<b>Effectif (n=114)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Âge (ans)</b>		
20 - 29	9	7,9
30 - 39	47	41,2
40- 49	41	36
50 et plus	17	14,9
<b>Sexe</b>		
Masculin	49	43
Féminin	65	57
<b>Statut civil</b>		
Célibataire	32	28,1
Cohabitant(e)	16	14
Divorcé(e)	1	0,9
Marié(e)	64	56,1
Veuf(ve)	1	0,9
<b>Religion</b>		
Animistes	2	1,7
Autres chrétiens	32	28
Autres religions	3	2,6
Catholiques	75	65,7
Musulmans	3	2,6
<b>Niveau d'étude</b>		
Secondaire	69	60,5
Supérieure	45	39,5
<b>Qualification</b>		
Infirmier Diplômé d'Etat	65	57
Médecins	29	25,4
Techniciens Médico Sanitaires	20	17,5
<b>Ancienneté au poste (ans)</b>		
0 – 4	34	29,8
5 – 9	45	39,5
10 – 14	15	13,2
15 – 19	20	17,5
<b>Formation antérieure sur la Gouvernance</b>		
Non	96	84,2
Oui	18	15,8

Les répondants avaient un âge médian de 40 ans IQ (35,46), avec une expérience professionnelle médiane de 6 ans IQ (4,11). Ils avaient majoritairement un niveau d'étude du secondaire (60,5%) et pour qualification IDE (57%). Le sexe ratio était de 1,32 en faveur des femmes et la plupart d'entre elles (84,2%) n'avaient jamais suivi de formation sur la gouvernance.

#### **IV.3. DESCRIPTION STATISTIQUE DES PRATIQUES DE GOUVERNANCE**

**Tableau III** : Analyse univariée des pratiques de gouvernance dans les formations sanitaires

	<b>Responsabilité</b>	<b>Implication des parties prenantes</b>	<b>Orientation stratégique commune</b>	<b>Evaluation et amélioration continue</b>	<b>Gestion des ressources</b>
Médiane	88,3(80,8 ; 94,6)	80(68,3 ;93)	71,6(56,2 ;71,6)	70(66,7 ; 82,1)	83,44(76,7 ; 89,5)
Minimum	26,7	40	41,7	40	33,75
Maximum	100	100	100	100	100

L'analyse descriptive des pratiques de gouvernance présentée dans ce tableau montre des scores médians relativement élevés. Cependant, les intervalles interquartiles démontrent l'existence des disparités considérables entre les établissements, certaines formations ayant des bonnes performances tandis que d'autres présentent des lacunes importantes, notamment dans les domaines de l'Implication des parties prenantes et de l'Évaluation et amélioration continue.

#### **IV.4. ANALYSE BIVARIEE DES PRATIQUES DE GOUVERNANCE DANS LES FOSA**

***Tableau IV*** : Répartition des participants en fonction de la qualité des pratiques de gouvernance

<b>Pratiques</b>	<b>Bonne n (%)</b>	<b>Mauvaise n (%)</b>
Responsabilité	51 (44,70)	63 (55,30)
Implication des parties prenantes	36 (31,60)	78 (68,40)
Orientation stratégique	23 (20,20)	91 (79,80)
Evaluation et amélioration de la gouvernance	18 (15,80)	96 (84,20)
Gestion des ressources	28 (24,6)	86 (75,4)

L'évaluation des diverses pratiques par rapport à leur qualité a révélé que plus de la moitié (55,3%) des établissements avaient été évalués comme ayant de mauvaises pratiques en matière de responsabilité, près de 70 % étaient considérés comme ayant une mauvaise implication des parties prenantes, une large majorité (79,8 %) présentait une orientation stratégique jugée mauvaise, avec le pourcentage le plus faible de bonnes pratiques (15,8 %), l'évaluation et amélioration de la gouvernance présentait 84,2 % d'établissements ayant de mauvaises pratiques enfin, la majorité, 75,4 %, avait de mauvaises pratiques en matière de gestion des ressources.

En faisant la pondération des proportions de chaque pratique de gouvernance par le score médian associé, nous avons obtenu une proportion globale de mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires équivalente à 61,42 %.

#### IV.4.1. Analyse des déterminants des pratiques de gouvernance en fonction des caractéristiques des FOSA

**Tableau V** : Association entre les mauvaises pratiques de responsabilité et les caractéristiques générales des FOSA

Variable	p globale	Responsabilité		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Localisation</b>	0,978					
Urbaine		53(55,20)	43(44,80)	0,99	[0,50- 1,95]	0,985
Péri-urbaine		10(55,60)	8(44,40)	1		
<b>Statut</b>	0,009					
Publique		10(83,3)	2(16,7)	3	[1,02 -8,77]	0,045
Privée laïque		48(57,10)	36(42,69)	2,057	[0,82-5,16]	0,125
Privée confessionnelle		5(27,80)	13(72,20)	1		
<b>Catégorie</b>	0,264					
Hôpital de district et assimilés		3(50,0)	3(50,0)	0,968	[0,37-0,69]	0,976
CMA et assimilés		18 (69,2)	8 (30,8)	1,352	[0,78-2,35]	0,285
CSI et assimilés		42(51,2)	40(48,8)	1		

Les résultats ont montré qu'il y'avait une association statistiquement significative ( $p=0,009$ ) entre les mauvaises pratiques de responsabilité et le statut des formations sanitaires. Les FOSA publique et privée laïque avaient respectivement 3 et 2 fois plus de risque d'avoir de mauvaises pratiques en matière de responsabilité par rapport aux FOSA privées confessionnelles. L'intervalle de confiance [1,02 -8,77] à 95% et la valeur  $p = 0,045$  confirment cet effet pour le statut public.

**Tableau VI** : Association entre les mauvaises pratiques dans l'implication des parties prenantes et les caractéristiques générales des FOSA

Variable	P globale	Implication des parties prenantes		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Localisation</b>	0,01					
Urbaine		61(63,50)	35(36,50)	0,673	[0,39-1,15]	0,148
Péri-urbaine		17(94,40)	1(5,60)	1		
<b>Statut</b>	0,269					
Publique		6(50,0)	6(50,0)	0,643	[0,25-1,67]	0,365
Privée laïque		58(69,0)	26(31,10)	0,888	[0,49-1,59]	0,689
Privée confessionnelle		14(77,80)	4(22,20)	1		
<b>Catégorie</b>	0,089					
Hôpital de district et assimilés		2(33,30)	4(66,70)	0,456	[0,11-1,86]	0,274
CMA et assimilés		16(61,5)	10(38,5)	0,841	[0,48-1,46]	0,538
CSI et assimilés		60(73,20)	22(26,80)	1		

Ces résultats présentaient une association statistiquement significative entre les mauvaises pratiques d'implications des parties prenantes et la localisation urbaine ou péri-urbaine des FOSA ( $p=0,01$ ). Les FOSA situées en zone urbaine auraient 33% de risque en moins d'avoir de mauvaises pratiques en matière d'implication des parties prenantes. Cependant, le RP (0,673) ne pouvait être affirmé significatif étant donné sa valeur supérieure à 0,05 et l'intervalle de confiance qui incluait la valeur 1.



**Tableau VII :** Association entre les mauvaises pratiques dans l'établissement d'une orientation stratégique commune et les caractéristiques générales des FOSA

Variable	p globale	Orientation stratégique commune		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Localisation</b>	0,296					
Urbaine		75(78,10)	21(21,90)	0,879	[0,51-1,50]	0,639
Péri-urbaine		16(88,90)	2(11,10)	1		
<b>Statut</b>	0,316					
Publique		10(83,30)	2(16,70)	1,250	[0,54-2,89]	0,602
Privée laïque		69(82,10)	15(17,90)	1,232	[0,66-2,27]	0,504
Privée confessionnelle		12(66,70)	6(33,30)	1		
<b>Catégorie</b>	0,006					
Hôpital de district et assimilés		5(83,30)	1(16,70)	0,962	[0,39-2,38]	0,934
CMA et assimilés		15 (57,70)	11 (42,3)	0,666	[0,38-1,16]	0,153
CSI et assimilés		71(86,60)	11(13,40)	1		

L'association entre les mauvaises pratiques d'établissement d'orientation stratégique et la catégorie des FOSA était statistiquement significative ( $p=0,006$ ) mais la présence d'intervalles de confiance incluant 1 et des p-values supérieures à 0,05 ont renforcé l'idée qu'il n'y avait pas d'effets clairs ou significatifs observés dans ces données.

**Tableau VIII** : Association entre les mauvaises pratiques dans l'évaluation continue et amélioration de la gouvernance et les caractéristiques générales des FOSA

Variable	p globale	Evaluation et amélioration de la gouvernance		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Localisation</b>	0,194					
Urbaine		79(82,3)	17(17,7)	0,871	[0,58-1,47]	0,606
Péri-urbaine		17(94,4)	1(5,60)	1		
<b>Statut</b>	0,012					
Publique		10(83,30)	2(16,70)	1,364	[0,58-3,21]	0,478
Privée laïque		75(89,30)	9(10,7)	1,461	[0,77-2,75]	0,240
Privée confessionnelle		11(61,1)	7(38,9)	1		
<b>Catégorie</b>	0,073					
Hôpital de district et assimilés		4(66,70)	2(33,30)	0,749	[0,27-2,04]	0,573
CMA et assimilés		19(73,1)	7(26,9)	0,821	[0,49-1,36]	0,443
CSI et assimilés		73(89,0)	9(11,0)	1		

Ce tableau a révélé une association entre les mauvaises pratiques d'évaluation et amélioration continue de la gouvernance et le statut ( $p=0,012$ ) de la FOSA mais les intervalles de confiance incluant 1 et les p-values supérieures à 5% ont renforcé l'idée qu'il n'y avait pas d'effets significatifs observés.

**Tableau IX** : Association entre les mauvaises pratiques en gestion de ressources et les caractéristiques générales des FOSA

Variable	p globale	Gestion des ressources		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Localisation</b>	0,033					
Urbaine		76(79,2)	17(20,8)	1,425	[0,3-1,03]	0,292
Péri-urbaine		10(55,6)	8(44,4)	1		
<b>Statut</b>	0,015					
Publique		11(91,7)	1(8,3)	1,833	[0,76-4,42]	0,177
Privée laïque		66(78,6)	18(21,4)	1,571	[0,78-3,15]	0,203
Privée confessionnelle		91(50)	9(50)	1		
<b>Catégorie</b>	0,869					
Hôpital de district et assimilés		4(66,7)	2(33,3)	0,882	[0,32-2,42]	0,807
CMA et assimilés		20(76,9)	6(23,1)	1,017	[0,61-1,69]	0,947
CSI et assimilés		62(75,6)	20(24,4)	1		

Bien qu'il ait eût une différence suggérée entre d'une part les zones urbaines et péri-urbaines ( $p=0,033$ ) en ce qui concerne les mauvaises pratiques de gestion, et d'autre part entre les statuts public, privé laïque et privé confessionnel des FOSA ( $p=0,015$ ) et ces mauvaises pratiques de gestion, les analyses individuelles n'ont pas permis d'affirmer une relation forte entre ces variables.

#### IV.4.2. Analyse des déterminants des pratiques de gouvernance en fonction des caractéristiques des acteurs de gouvernance

**Tableau X** : Association entre la mauvaise pratique de responsabilité et les caractéristiques socio-démographiques des responsables

Variable	p globale	Responsabilité		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Âge (ans)</b>	0,981					
20 – 29		5(55,6)	4(44,4)	0,944	[0,32-2,76]	0,917
30 – 39		25(53,20)	22(46,80)	0,904	[0,43-1,88]	0,788
40 – 49		23(56,10)	18(43,90)	0,954	[0,45-2,00]	0,900
50 et plus		10 (58,80)	7 (41,2)	1		
<b>Genre</b>	0,726					
Féminin		35(53,80)	30(46,20)	1		
Masculin		28(57,1)	21(42,9)	1,061	[0,64-1,74]	0,815
<b>Niveau d'étude</b>	0,411					
Secondaire		36 (52,2)	33 (47,8)	0,870	[0,52-1,43]	0,583
Universitaire		27(60,0)	18(40,0)	1		
<b>Qualification</b>	0,035					
Infirmier						
Diplômé d'Etat		31(47,7)	34 (52,3)	1		
Médecins		22 (75,9)	7 (24,1)	1,591	[0,92-2,74]	0,096
Techniciens Médico Sanitaires		10 (50,0)	10 (50,0)	1,048	[0,51-2,13]	0,897
<b>Année d'expérience (ans)</b>	0,826					
0 – 4		21 (61,8)	13 (38,2)	1,235	[0,58-2,62]	0,582
5 – 9		24 (53,3)	21 (46,7)	1,067	[0,58-2,62]	0,864
10 – 14		8(53,3)	7(46,70)	1,067	[0,51-2,23]	0,892
15 et plus		10(50,0)	10(50,0)	1		
<b>Formation en gouvernance</b>	0,128					
Non		56 (58,3)	40 (41,7)	1,500	[0,68-3,29]	0,31
Oui		7 (38,9)	11 (61,1)	1		

Il est ressorti de cette analyse que l'association entre la mauvaise responsabilité et la qualification était statistiquement significative ( $p=0,035$ ) et avec un RP de 1,591, les médecins avaient 59% plus de risque que les IDE d'avoir des mauvaises pratiques de responsabilité tandis

que les TMS en avaient 4,8% de plus que les IDE mais l'effet n'était pas statistiquement significatif (IC contient la valeur 1). Pour les autres variables notamment l'âge( $p=0,981$ ), le genre( $p=0,726$ ), le niveau d'étude( $p=0,411$ ), les années d'expérience( $p=0,826$ ) et la notion de formation antérieure sur la gouvernance en santé( $p=0,128$ ), elles n'étaient pas statistiquement associées à la mauvaise pratique de responsabilité (manque de transparence, d'éthique, de redevabilité).

**Tableau XI :** Association entre les mauvaises pratiques dans l'implication des parties prenantes et les caractéristiques socio-démographiques des responsables

Variable	p globale	Implication des parties prenantes		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Âge (ans)</b>	0,012					
20 – 29		4(44,4)	5(55,6)	1,079	[0,31-3,68]	0,903
30 – 39		37(78,7)	10(21,3)	1,912	[0,85-4,28]	0,11
40 – 49		30 (73,2)	11 (26,8)	1,777	[0,78-4,04]	0,171
50 et plus		7 (41,2)	10 (58,8)	1		
<b>Genre</b>	0,534					
Féminin		46(70,8)	19(29,2)	1		
Masculin		32(65,3)	17(34,7)	0,923	[0,58-1,45]	0,727
<b>Niveau d'étude</b>	0,250					
Secondaire		50(72,5)	19 (27,5)	1,165	[0,73-1,85]	0,519
Supérieure		28(62,2)	17(37,8)	1		
<b>Qualification</b>	0,576					
Infirmier Diplômé d'Etat		47(72,3)	18 (27,7)	1		
Médecins		18 (62,1)	11 (37,9)	0,858	[0,49-1,47]	0,582
Techniciens Médico Sanitaires		13 (65,0)	7 (35,0)	0,899	[0,48-1,66]	0,734
<b>Années d'expérience (ans)</b>	0,007					
0 – 4		27 (79,4)	7 (20,6)	1,765	[0,83-3,75]	0,140
5 – 9		35 (77,8)	10 (22,2)	1,728	[0,83-3,59]	0,143
10 – 14		7(46,70)	8(53,30)	1,037	[0,38-2,78]	0,942
15 et plus		9(45,0)	11(55,0)	1		
<b>Formation en gouvernance</b>	0,201					
Non		68 (70,8)	28 (29,2)	1,275	[0,65-2,47]	0,473
Oui		10 (55,6)	8 (44,4)	1		

Cette analyse a montré, que l'âge ( $p=0,012$ ) et le nombre d'années d'expérience ( $p=0,007$ ) étaient statistiquement associés aux mauvaises pratiques pour l'implication des parties prenantes en matière d'implication des parties prenantes. Les acteurs âgés de 30 à 39 ans avaient 91% plus de risque d'avoir des mauvaises pratiques en matière d'implication des parties prenantes comparés aux acteurs âgés au moins de 50 ans de même que ceux avec une expérience professionnelle de moins de 5 ans qui en avaient 76% plus de risque que les acteurs dotés d'une expérience d'au moins 15 ans. Ce pendant ces effets n'étaient pas significatifs (les IC contiennent 1). Les autres variables : genre( $p=0,534$ ), niveau d'étude( $p=0,250$ ), qualification ( $p=0,576$ ) et notion de formation antérieure sur la gouvernance en santé( $p=0,201$ ), n'étaient pas associées à la mauvaise pratique d'implication des parties prenantes.

**Tableau XII :** Association entre les mauvaises pratiques d'établissement d'orientation stratégique commune et les caractéristiques socio-démographiques des responsables

Variable	P globale	Etablissement de l'orientation stratégique commune		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Âge (ans)</b>	0,169					
20 – 29		6(66,7)	3(33,3)	1,030	[0,38-2,78]	0,953
30 – 39		38(80,9)	9(19,1)	1,250	[0,64-2,44]	0,515
40 – 49		36(87,8)	5(12,2)	1,357	[0,69-2,66]	0,376
50 et plus		11(64,7)	6(35,3)	1		
<b>Genre</b>	0,957					
Féminin		52(80,0)	13(20,0)	1		
Masculin		39(79,6)	10(20,4)	0,995	[0,66-1,50]	0,981
<b>Niveau d'étude</b>	0,061					
Secondaire		59(85,5)	10(14,5)	1,202	[0,78-1,84]	0,401
Supérieure		32(71,1)	13(28,9)	1		
<b>Qualification</b>	0,218					
Infirmier Diplômé d'Etat		55(84,6)	10(15,4)	1		
Médecins		20(69,0)	9(31,0)	0,815	[0,49-1,36]	0,434
Techniciens Médico Sanitaires		16(80,0)	4(20,0)	0,945	[0,54-1,65]	0,843
<b>Années d'expérience (ans)</b>	0,906					
0 – 4		27(79,4)	7(20,6)	0,993	[0,53-1,84]	0,981
5 – 9		37 (82,2)	8(17,8)	1,028	[0,57-1,84]	0,927
10 – 14		11(73,3)	4(26,7)	0,917	[0,42-1,97]	0,824
15 et plus		16(80,0)	4(20,0)	1		
<b>Formation en gouvernance</b>	0,031					
Non		80 (83,3)	16(16,7)	1,364	[0,72-2,56]	0,335
Oui		11(61,1)	7(38,9)	1		

Nos résultats ont montré que le fait d'avoir ou non été formé sur la gouvernance ( $p=0,031$ ) était associé à la mauvaise pratique en matière d'établissement d'une orientation stratégique. Les acteurs n'ayant jamais été formé sur la gouvernance avaient 36 fois plus de risque que leurs homologues formés d'avoir de mauvaise pratique en matière d'établissement d'orientation

stratégique bien que cet effet aient été statistiquement non significatif. Les autres caractéristiques : l'âge ( $p=0,169$ ) le genre ( $p=0,957$ ), le niveau d'étude ( $p=0,061$ ), la qualification ( $p=0,218$ ) et le nombre d'années d'expérience ( $p=0,906$ ), n'étaient pas associées à la mauvaise pratique d'établissement d'une orientation stratégique commune.

**Tableau XIII :** Association entre les mauvaises pratiques d'évaluation et amélioration de la gouvernance et les caractéristiques socio-démographiques des responsables

Variable	P globale	Evaluation et amélioration de la gouvernance		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Âge (ans)</b>	0,042					
20 – 29		6 (66,7)	3 (33,3)	0,944	[0,35-2,51]	0,909
30 - 39		39 (83,0)	8 (17,0)	1,176	[0,61-2,24]	0,624
40 – 49		39 (95,1)	2 (4,9)	1,348	[0,70-2,57]	0,366
50 et plus		12 (70,6)	5 (29,4)	1		
<b>Genre</b>	0,156					
Féminin		52 (80,0)	13 (20,0)	1		
Masculin		44 (89,8)	5 (10,2)	1,122	[0,75-1,67]	0,573
<b>Niveau étude</b>	0,638					
Secondaire		59 (85,5)	10 (14,5)	1,040	[0,69-1,56]	0,852
Supérieure		37 (82,2)	8 (17,8)	1		
<b>Qualification</b>	0,780					
Infirmier Diplômé d'Etat		56 (86,2)	9 (13,8)	1		
Médecins		24 (82,8)	5 (17,2)	0,961	[0,59-1,55]	0,869
Techniciens Médico Sanitaires		16 (80,0)	4 (20,0)	0,929	[0,53-1,61]	0,794
<b>Années d'expérience (ans)</b>	0,890					
0 – 4		28 (82,4)	6 (17,6)	1,029	[0,56-1,90]	0,926
5 – 9		39 (86,7)	6 (13,3)	1,083	[0,60-1,94]	0,787
10 – 14		13 (86,7)	2 (13,3)	1,083	[0,52-2,25]	0,830
15 et plus		16 (80,0)	4 (20,0)	1		
<b>Formation en gouvernance</b>	0,026					
Non		84 (87,5)	12 (12,5)	1,312	[0,71-2,40]	0,378
Oui		12 (66,7)	6 (33,3)	1		



L'âge ( $p=0,042$ ) et le fait d'avoir été formé ou non sur la gouvernance ( $p=0,026$ ) étaient associés à la mauvaise pratique d'évaluation continue de la gouvernance. Le groupe des 40 à 49 ans avait 35% fois plus de risque par rapport à celui d'au moins 50 ans, d'avoir une mauvaise pratique en matière d'évaluation continue tandis que le groupe des acteurs jamais formés en avaient 31% de plus par rapport à ceux qui avaient déjà été formé. Les intervalles de confiance de ces rapports de proportion contenaient 1, ce qui a annulé les effets de ces associations. Les autres variables notamment le genre( $p=0,156$ ), le niveau d'étude( $p=0,638$ ), la qualification ( $p=0,780$ ) et le nombre d'années d'expérience ( $p=0,890$ ), n'étaient pas associées à la mauvaise pratique d'évaluation continue de la gouvernance.

**Tableau XIV :** Association entre les mauvaises pratiques de gestion de ressources et les caractéristiques socio-démographiques des acteurs de gouvernance.

Variable	p globale	Gestion des ressources		RP	IC	p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)			
<b>Âge (ans)</b>	0,570					
20 – 29		6 (66,7)	3 (33,3)	0,756	[0,53-1,46]	0,562
30 – 39		35 (75,5)	12 (25,5)	0,844	[0,46-1,54]	0,583
40 – 49		30 (73,2)	11 (26,8)	0,829	[0,44-1,54]	0,554
50 et plus		15 (88,2)	2 (11,8)	1		
<b>Genre</b>	0,671					
Féminin		50 (76,9)	15 (23,1)	1		
Masculin		36 (73,5)	13 (26,5)	0,955	[0,62-1,46]	0,834
<b>Niveau étude</b>	0,386					
Secondaire		54 (78,3)	15 (21,7)	1,101	[0,71-1,70]	0,668
Supérieure		32 (71,1)	13 (28,9)	1		
<b>Qualification</b>	0,475					
Infirmier Diplômé d'Etat		50 (76,29)	15 (23,1)	1		
Médecins		23 (76,3)	6 (20,7)	1,031	[0,63-1,69]	0,903
Techniciens Médico Sanitaires		13 (65,0)	7 (35,0)	0,845	[0,56-1,55]	0,589
<b>Années d'expérience (ans)</b>	0,650					
0 -4		23 (67,6)	11 (32,4)	0,846	[0,49-1,30]	0,606
5 – 9		35 (77,8)	10 (22,2)	0,972	[0,54-1,76]	0,926
10 – 14		12 (80,0)	3 (20,0)	1	[0,47-2,11]	1
15 et plus		16 (80,0)	4 (20,0)	1		
<b>Formation en gouvernance</b>	0,149					
Non		70 (27,9)	26 (27,1)	0,820	[0,47-1,41]	0,475
Oui		16 (88,9)	2 (11,1)	1		

Globalement, aucune des variables examinées n'était associée à la mauvaise gestion des ressources p étant supérieure à 0,05.

#### IV.5. ANALYSE MULTIVARIEE

**Tableau XV :** Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques de responsabilité

Variable	Mauvaise responsabilité		
	aRP	IC	ap
<b>Statut</b>			
Publique	2,566	[0,84-7,81]	0,097
Privée laïque	1,995	0,78-5,06	0,147
Privée confessionnelle	1		
<b>Qualification</b>			
Infirmier Diplômé d'Etat	1		
Médecins	1,448	0,82-0,25	0,202
Techniciens Médico Sanitaires	0,963	0,47-1,98	0,919
<b>Formation en gouvernance</b>			
Non	1,188	0,53-2,67	0,678
Oui	1		

Bien qu'il ait eût des tendances notables, particulièrement pour les FOSA publiques (2,566) et privées laïques (1,995), le corps de métier des médecins (1,448) et l'absence de formation en gouvernance (1,188) qui montraient des aRP relativement élevés aucun de ces coefficients n'était statistiquement significatif, car tous les intervalles de confiance incluaient 1 et les valeurs p étaient toutes supérieures à 0,05. Cela indiquait qu'il n'y avait pas de preuve suffisante pour conclure que le statut des FOSA, la qualification et la formation en gouvernance des responsables étaient associés à la mauvaise gouvernance liée à la responsabilité.

**Tableau XVI** : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques d'implication des parties prenantes

Variable	Mauvaises implications des parties prenantes		
	aRP	IC	p
<b>Localisation</b>			
Urbaine	0,773	[0,4-1,36]	0,371
Péri-urbaine	1		
<b>Catégorie</b>			
Hôpital de district et assimilés	0,461	[0,11-1,95]	0,294
CMA et assimilés	0,900	[0,50-1,61]	0,722
CSI et assimilés	1		
<b>Âge (ans)</b>			
20 – 29	0,846	[0,22-3,22]	0,806
30 – 39	1,305	[0,50-3,38]	0,584
40 – 49	1,329	[0,54-3,25]	0,534
50 et plus	1		
<b>Années d'expérience (ans)</b>			
0 -4	1,624	[0,67-3,95]	0,28
5 – 9	1,471	[0,64-3,39]	0,36
10 – 14	0,992	[0,36-2,73]	0,99
15 et plus	1		
<b>Formation en gouvernance</b>			
Non	1,162	[0,59-2,29]	0,665
Oui	1		

On a noté des tendances potentielles notamment pour l'âge (1,329), les années d'expérience (1,624 et 1,471) et la formation en gouvernance (1,162). Cependant, aucun des résultats n'a été statistiquement significatif, car tous les intervalles de confiance des aRP incluaient 1 et les valeurs p étaient supérieures à 0,05. Cela suggérerait qu'il n'y avait pas de preuve suffisante pour établir une association entre les caractéristiques analysées et les mauvaises implications des parties prenantes.

**Tableau XVII:** Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques d'établissement de l'orientation stratégique commune

Variable	Mauvaise pratique d'établissement d'une orientation stratégique		
	aRP	IC	ap
<b>Catégorie</b>			
Hôpital de district et assimilés	1,044	[0,39-2,76]	0,931
CMA et assimilés	0,694	[0,37-1,29]	0,247
CSI et assimilés	1		
<b>Âge (ans)</b>			
20 – 29	0,984	[0,33-2,96]	0,976
30 – 39	1,248	[0,54-2,81]	0,593
40 – 49	1,335	[0,64-2,78]	0,440
50 et plus	1		
<b>Niveau étude</b>			
Secondaire	1,102	[0,68-1,79]	0,693
Supérieure	1		
<b>Années d'expérience (ans)</b>			
0 – 4	0,939	[0,45-1,97]	0,867
5 – 9	0,903	[0,45-1,79]	0,771
10 – 14	0,955	[0,43-2,1]	0,909
15 et plus	1		
<b>Formation en gouvernance</b>			
Non	1,355	[0,71-2,78]	0,335
Oui	1		

Aucun résultat n'a été statistiquement significatif, car tous les intervalles de confiance incluait 1 et les valeurs p étaient supérieures à 0,05. Cela a suggéré qu'il n'y avait pas de preuve suffisante pour établir une association entre les caractéristiques analysées et les mauvaises pratiques d'établissement d'orientation stratégique.

**Tableau XVIII** : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques d'évaluation et amélioration continue de la gouvernance

Variable	Mauvaise évaluation et amélioration continue de la gouvernance		
	aRP	IC	ap
<b>Localisation</b>			
Urbaine	0,919	[0,53-1,59]	0,764
Péri-urbaine	1		
<b>Statut</b>			
Publique	1,371	[0,53-3,47]	0,507
Privée laïque	1,472	[0,76-2,83]	0,246
Privée confessionnelle	1		
<b>Catégorie</b>			
Hôpital de district et assimilés	0,826	[0,28-2,42]	0,727
CMA et assimilés	0,825	[0,48-1,41]	0,481
CSI et assimilés	1		
<b>Âge (ans)</b>			
20 – 29	1,003	[0,37-2,72]	0,996
30 – 39	1,205	[0,62-2,33]	0,581
40 – 49	1,373	[0,7-2,68]	0,354
50 et plus	1		
<b>Genre</b>			
Féminin	1		
Masculin	1,077	[0,70-1,64]	0,732
<b>Formation en gouvernance</b>			
Non	1,157	[0,6-2,20]	0,658
Oui	1		

Ce tableau indique que les facteurs étudiés : le statut (1,371 et 1,472), l'âge (1,373 et 1,205) et la formation en gouvernance (1,157) ne présentaient pas d'association claire avec les mauvaises pratiques d'évaluation et amélioration continue de la gouvernance.

**Tableau XIX** : Tableau croisé multivarié des mauvaises pratiques de gestion de ressources

Variable	Mauvaise gestion de ressources		
	aRP	IC	ap
<b>Localisation</b>			
Urbaine	1	[0,60-1,67]	1
Péri-urbaine	1		
<b>Statut</b>			
Publique	1	[0,48-2,08]	1
Privée laïque	1	[0,6-1,66]	1
Privée confessionnelle	1		

Les valeurs d'aRP toutes égales à 1 (groupe de référence), les IC contenant 1 et les valeurs p supérieures à 5% indiquaient que la localisation et le statut, qu'ils aient été urbains, péri-urbains, publics, privés laïques ou privés confessionnels, ne semblaient pas influencer de manière discernable la mauvaise gestion des ressources dans le cadre de l'étude.

## **CHAPITRE V : DISCUSSION**



## **V.1. LIMITES DE L'ETUDE**

Cette phase de notre étude est axée, d'une part, sur la synthèse des résultats de l'analyse des données du chapitre précédent et, d'autre part, sur une lecture critique de ces résultats par rapport à nos objectifs spécifiques, qui étaient :

1. Évaluer globalement les pratiques de gouvernance dans les FOSA de Yaoundé.
2. Analyser les variations des pratiques de gouvernance.
3. Rechercher les facteurs qui influencent la gouvernance.

Bien que l'étude ait permis d'obtenir des informations importantes sur les pratiques de gouvernance dans les FOSA de la ville de Yaoundé, elle comporte certaines limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, les données collectées reposent sur les perceptions et déclarations des répondants concernant leurs propres pratiques de gouvernance, ce qui peut introduire un biais de désirabilité sociale dans les résultats. De plus, l'enquête s'est concentrée uniquement sur les dirigeants de FOSA, sans inclure d'autres parties prenantes clés, telles que le personnel soignant, les usagers ou les autorités sanitaires. Cela limite la compréhension du système de gouvernance dans sa globalité. Malgré ces limites, l'approche par questionnaire d'auto-évaluation conserve un intérêt, car elle permet d'accéder à la perspective des dirigeants eux-mêmes et de les impliquer dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques de gouvernance.

## **V.2. DONNÉES DESCRIPTIVES GÉNÉRALES**

La majorité du personnel interrogé (57 %) était issue du corps des infirmiers diplômés d'État. Seuls 25,4 % de l'ensemble des personnels des établissements sanitaires visités étaient des cadres supérieurs (médecins généralistes et spécialistes). Cette faible proportion s'explique en partie par le fait que 71,9 % des formations sanitaires (FOSA) visitées étaient des centres de santé intégrés et assimilés.

Par ailleurs, 84,2 % de ces FOSA étaient localisées en zone urbaine et 89,9 % avaient un statut privé, avec une répartition hétérogène sur l'ensemble des huit districts de santé. Ces caractéristiques peuvent être justifiées par la forte densité de population et d'infrastructures sanitaires dans la ville de Yaoundé, située dans la région du Centre. En 2023, le nombre de FOSA publiques était limité à 3 pour 10 000 habitants dans cette région [44], créant ainsi un marché pour le secteur privé.

Enfin, sur les 114 responsables d'établissements de santé, 57 % étaient des femmes d'âge médian de 40 ans ([35 ; 46]) et relativement expérimentées, avec en moyenne 6 années d'expérience ([4 ; 11]). Cependant, l'absence de formation sur la gouvernance chez 84,2 % de ces responsables était préoccupante.

### **V.3. ÉVALUATION GLOBALE DES PRATIQUES DE GOUVERNANCE**

Les résultats de l'évaluation de la gouvernance dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé révélaient une situation préoccupante. En effet, plus de la moitié (55,3 %) des établissements avaient été évalués comme ayant de mauvaises pratiques en matière de responsabilité, près de 70 % affichaient une faible implication des parties prenantes, et une large majorité (79,8 %) présentait une orientation stratégique jugée mauvaise, avec seulement 15,8 % de bonnes pratiques. De plus, 84,2 % des établissements montraient des pratiques insatisfaisantes en matière d'évaluation et d'amélioration de la gouvernance, tandis que 75,4 % souffraient de mauvaises pratiques en gestion des ressources. Ces résultats peuvent être expliqués par la complexité de la gouvernance, qui implique de nombreux acteurs (personnel de santé, gestionnaires, communautés, etc.) aux intérêts parfois divergents. Les facteurs organisationnels, politiques et contextuels influencent également cette gouvernance. Par exemple, le fait que 84,2 % des acteurs n'avaient jamais reçu de formation sur la gouvernance expose la majorité des formations sanitaires à des pratiques inefficaces. De plus, le contexte des FOSA de 6e catégorie, souvent caractérisé par des ressources limitées, entrave la mise en œuvre de politiques de gouvernance robustes. Enfin, une culture organisationnelle qui ne favorise pas l'évaluation continue et l'amélioration des pratiques peut également jouer un rôle déterminant.

Une étude menée par Tchouaket et al. (2021) à Douala a révélé que seulement 40 % des établissements avaient des pratiques de responsabilité insuffisantes [45]. Cette différence significative pourrait s'expliquer par le fait que Douala, en tant que centre économique majeur, bénéficie de ressources financières plus importantes pour ses établissements de santé, ce qui se traduit par de meilleures infrastructures, un personnel mieux rémunéré et davantage de formations.

De plus, Nguefack et al. (2020) ont montré que 65 % des établissements du Littoral avaient mis en place des mécanismes de participation communautaire efficaces [46]. Cela pourrait être attribué à des ressources financières plus conséquentes dans cette région, permettant une structuration plus favorable des mécanismes de participation. Les FOSA d'autres régions du

Cameroun, manquant de tels soutiens, rencontrent des difficultés à impliquer efficacement les parties prenantes.

Djeumo et al. (2019) ont constaté que seulement 50 % des établissements en Afrique centrale avaient une orientation stratégique clairement définie [47]. Ce constat alarmant peut être attribué à plusieurs facteurs, notamment le manque de ressources financières et humaines, ainsi que l'absence de formation adéquate pour les gestionnaires en matière de planification stratégique.

Enfin, Biyogo et al. (2020) ont souligné que le manque de formation et de ressources dans les établissements de santé en Afrique subsaharienne constitue un obstacle majeur à l'amélioration des services de santé [48]. Les gestionnaires et le personnel, souvent mal formés, ne disposent pas des compétences nécessaires pour une gestion efficace, tandis que les budgets restreints limitent la capacité d'investir dans des outils et infrastructures essentiels.

### **V.3. FACTEURS ASSOCIES AUX MAUVAISES PRATIQUES DE GOUVERNANCE DANS LES FOSA ETUDIEES.**

Les résultats de l'analyse bivariée avaient montré des tendances intéressantes. Le statut des établissements avait un impact statistiquement significatif sur les pratiques de responsabilité, comme en témoigne la valeur p de 0,009. Le rapport de proportion pour les établissements publics (3,0) indiquait que ces établissements avaient trois fois plus de risque de présenter des mauvaises pratiques de responsabilité (absence de transparence, d'ouverture et de réactivité) par rapport aux FOSA privées confessionnelles. Cela soulève des préoccupations concernant la gestion et la gouvernance dans le secteur public, qui pourrait souffrir de contraintes budgétaires ou de manque de supervision formelle. Selon le Ministère de la Santé Publique du Cameroun, le budget alloué à la santé a été en moyenne inférieur à 10 % du budget national, bien en deçà de l'objectif de 15 % recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [49]. Par ailleurs, le rapport sur la santé en Afrique 2021 de l'OMS mentionne que le Cameroun présente des carences significatives en matière d'équipement médical, avec moins d'un équipement pour 1 000 habitants, bien en dessous de la moyenne régionale de 2,3 pour 1 000 [50], ce qui nuit à la qualité des soins fournis. De plus, Bien que ces structures soient soumises à des obligations légales et à des mécanismes de reddition de comptes formels, tels que des rapports annuels et des audits, ces exigences peuvent paradoxalement engendrer une culture de responsabilité moins efficace. En effet, la bureaucratie et les mécanismes de contrôle hiérarchique, peuvent créer des rigidités qui freinent l'initiative et la réactivité. Dans ce

contexte, la supervision renforcée, au lieu de favoriser une responsabilisation proactive, peut parfois conduire à une conformité minimale, laissant ainsi des lacunes dans l'engagement réel envers la transparence et la responsabilité. Ce résultat est corroboré par celui obtenu par Sow et al. (2019) [51] dans leur étude qui a montré que la dimension de responsabilité était mieux développée dans les structures privées comparées aux publiques.

Les établissements privés confessionnels semblaient avoir de meilleures pratiques de responsabilité (72,2%), ce qui pourrait être attribué au fait que les FOSA confessionnelles sont souvent guidées par des valeurs éthiques et morales qui favorisent des pratiques de responsabilité plus strictes. Leur mission peut inclure un engagement envers la communauté. Ces FOSA en plus, peuvent avoir accès à des ressources supplémentaires, que ce soit par le biais de financements externes ou de partenariats, leur permettant d'investir davantage dans la formation du personnel sur les normes de responsabilité. Enfin, elles peuvent bénéficier d'une meilleure supervision et d'une structure de gouvernance plus rigoureuse, ce qui leur permet d'implémenter des pratiques de responsabilité plus efficaces.

La recherche d'autres facteurs de mauvaise gouvernance avait révélé des liens significatifs entre la localisation des FOSA et l'implication des parties prenantes ( $p=0,01$ ). Les FOSA situées en zone urbaine ( $RP=0,673$ ) avaient présenté 33 % de risque en moins d'afficher de mauvaises pratiques en matière d'implication des parties prenantes. Cependant, il convient de noter que le rapport de proportion ne pouvait être considéré comme significatif, car l'intervalle de confiance à 95%  $[0,39-1,15]$  incluait la valeur 1 et la p-value (0,148) était supérieure au seuil habituel. Ce constat contraste avec les conclusions de Coulibaly et al. [52] qui soutenaient que la proximité géographique et la structure sociale plus homogène des espaces périurbains facilitent une participation et une représentation équilibrée des différents groupes d'intérêt, tels que les professionnels de santé, les communautés locales et les autorités. Cette divergence pourrait être attribuée au fait que les FOSA de notre étude étaient majoritairement situées en zone urbaine, ce qui a pu jouer sur les dynamiques d'implication.

Un lien significatif a également été trouvé entre les mauvaises pratiques d'établissement d'orientation stratégique et la catégorie des FOSA ( $p=0,006$ ). Toutefois, les intervalles de confiance à 95%  $[0,39-2,38]$  et  $[0,38-1,16]$  incluant 1, couplé à une p-value supérieure à 5 % (0,934 et 0,153), ont renforcé l'idée qu'il n'existait pas d'effets clairs ou significatifs dans ces données. On pourrait s'attendre à ce que les hôpitaux de district, jouant un rôle crucial dans la pyramide sanitaire en reliant les centres de santé aux hôpitaux de référence, développent des

visions et des objectifs intégrés. De plus, leur supervision par les autorités sanitaires régionales devrait les rendre plus réceptifs aux directives nationales, favorisant ainsi une meilleure appropriation des stratégies. Cela rejoint les conclusions de Coulibaly et al. [52] ainsi que de Sow et al. [53] qui soulignent la capacité des hôpitaux de district à adopter des approches de gouvernance plus intégrées.

Une association a également été observée entre les mauvaises pratiques d'évaluation et le statut des FOSA ( $p=0,012$ ). Les FOSA privées laïques ( $RP=1,461$ ) avaient un risque 40 % fois plus élevé de présenter de mauvaises pratiques par rapport aux FOSA privées confessionnelles. Cependant, la  $p$ -value supérieure à 0,05 (0,240) et l'intervalle de confiance à 95% [0,77-2,75] incluant 1 indiquaient une absence d'effets significatifs. Contrairement aux FOSA confessionnelles, qui bénéficient de directives claires basées sur des valeurs institutionnelles, les FOSA laïques peuvent souffrir d'un manque de cadres et de procédures standardisés, ce qui aurait pu expliquer cette tendance.

Bien qu'une différence fût suggérée entre les FOSA en zone urbaine ( $p=0,033$ ), qui avaient présenté un risque 42,5 % fois plus élevée ( $RP=1,425$ ) de présenter de mauvaises pratiques de gestion par rapport aux FOSA en zone périurbaine, et entre les FOSA publiques ( $RP=1,833$ ), qui avaient un risque 83 % fois plus élevé que les FOSA privées confessionnelles de présenter ces mauvaises pratiques, les analyses individuelles n'avaient pas permis pas d'établir une relation forte entre ces variables. Pourtant, l'on s'attendrait à ce que les FOSA publiques localisées en milieu urbain où il existe une demande accrue de services, exerçant une pression sur les ressources disponibles affichent clairement une gestion inefficace des ressources.

Des liens significatifs entre les caractéristiques sociodémographiques des acteurs de gouvernance et leurs pratiques ont été observés. Être médecin ( $RP=1,591$ ) responsable de FOSA présenterait un risque 59 % fois plus grand qu'un infirmier diplômé d'État d'adopter de mauvaises pratiques en matière de responsabilité. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que les médecins reçoivent une formation principalement axée sur le domaine clinique, souvent avec moins d'accent sur la gestion et l'administration. De plus, le manque de supervision directe peut les exposer à des pratiques moins rigoureuses. Cependant, l'intervalle de confiance à 95% [0,92-2,74] incluant 1 et la  $p$ -value (0,096) supérieure au seuil ne confirmaient pas l'effet de la qualification sur la qualité de la responsabilité dans cette étude.

De plus, les acteurs âgés de 30 à 39 ans semblaient présenter un risque 91 % fois plus élevé (RP=1,912) de manifester de mauvaises pratiques en matière d'implication des parties prenantes comparés à leurs homologues de 50 ans et plus. De même, ceux ayant moins de 5 ans d'expérience professionnelle avaient 76 % fois plus de risque (RP=1,765) d'adopter de telles pratiques que ceux dotés d'au moins 15 ans d'expérience. Cependant, ces effets ne se sont pas avérés significatifs (IC à 95% [0,785-4,28] et [0,83-3,75]). Hesse et al. [54] ont trouvé des résultats confirmant que les professionnels plus jeunes tendent à adopter des pratiques plus innovantes, mais peuvent négliger certains aspects de la gouvernance. De même, Buse et al. [55] ont montré que les gouvernements ayant engagé efficacement les parties prenantes obtiennent de meilleurs résultats en matière de mise en œuvre des politiques de santé.

L'analyse bivariée avait aussi révélé un lien significatif entre la qualité d'établissement d'orientation stratégique et le fait d'avoir été formé sur la gouvernance en santé ( $p=0,031$ ). Les responsables n'ayant jamais reçu de formation présentaient un risque 36 % fois plus élevé (RP=1,364) que leurs homologues formés. Bien que l'effet de la formation n'ait pas été confirmé certainement à cause des limites dans notre étude, Rojas et al. [56] dans leur étude avait obtenu des résultats affirmant cette association.

Un lien significatif a été établi entre l'âge ( $p=0,042$ ) et la qualité de l'évaluation continue de la gouvernance. Les responsables de FOSA âgés de 40 à 49 ans avaient un risque 35 % fois plus élevé (RP=1,348) d'adopter de mauvaises pratiques en matière d'évaluation de la gouvernance par rapport à ceux de 50 ans et plus. De plus, les responsables n'ayant jamais été formés sur la gouvernance présentaient un risque 31 % fois plus élevé (RP=1,312) d'adopter de mauvaises pratiques en ce qui concerne l'évaluation continue que ceux ayant reçu une formation mais, ces effets ne s'étaient pas avérés significatifs individuellement. Pourtant, l'étude de Smith et al. [57], a montré que les responsables de santé âgés de 40 à 49 ans éprouvent souvent des difficultés à intégrer de nouvelles pratiques de gouvernance, en raison d'une résistance au changement. Les auteurs ont noté en revanche une meilleure performance chez les groupes plus âgés, qui ont accumulé davantage d'expérience.

Les résultats de notre analyse multivariée, prenant en compte simultanément plusieurs variables notamment le statut, la qualification et la notion de formation antérieure sur la gouvernance pour ce qui est de la mauvaise pratique de responsabilité ; la localisation, la catégorie, l'âge, les années d'expérience et la notion de formation antérieure sur la gouvernance pour la mauvaise implication des parties prenantes ; la catégorie, l'âge, le niveau d'étude, le nombre d'années d'expérience et la notion de formation antérieure sur la gouvernance pour la mauvaise pratique d'établissement d'une orientation stratégique ; la localisation, le statut, la

catégorie de la FOSA, l'âge, le genre et la notion de formation antérieure sur la gouvernance pour la mauvaise évaluation continue de la gouvernance et enfin la localisation pour la mauvaise gestion des ressources ; n'avaient révélé aucune association statistiquement significative. Bien que quelques tendances eussent été observées, aucune n'était suffisamment forte pour être considérée comme significative statistiquement. Ce résultat suggère que la mauvaise gouvernance dans les FOSA est probablement un phénomène complexe, influencé par une multitude de facteurs qui ne sont pas nécessairement liés aux caractéristiques individuelles des agents de santé. Il est important de noter que notre analyse ne prend pas en compte tous les facteurs potentiellement pertinents. Par exemple, nous n'avons pas inclus des variables comme les politiques de financement, les réglementations en matière de santé, les normes de qualité, les ressources disponibles, les politiques de gestion, qui pourraient jouer un rôle important dans la gouvernance des FOSA. De plus, la taille de notre échantillon pourrait également limiter notre capacité à détecter des associations plus faibles. Il est possible que les facteurs contextuels, tels que la culture organisationnelle, les politiques de gestion ou le contexte politique, aient une influence plus importante sur la gouvernance que les caractéristiques individuelles des agents de santé. Il est également possible qu'il existe des interactions complexes entre les variables étudiées qui n'ont pas été prises en compte dans l'analyse. Par exemple, l'effet de la formation en gouvernance pourrait dépendre du statut de l'agent de santé.

## **CONCLUSION**



La présente étude avait pour objectif principal d'évaluer la qualité de la gouvernance en santé dans les formations sanitaires (FOSA) de Yaoundé afin d'identifier les facteurs y associés dans le but d'améliorer les pratiques de gouvernance et par conséquent la qualité des soins. Plus spécifiquement, elle visait à réaliser une évaluation globale des pratiques de gouvernance, faire une description statistique de ces pratiques leurs variations et rechercher les facteurs associés à la mauvaise gouvernance. L'étude a révélé des lacunes significatives dans la gouvernance des FOSA, mettant en lumière des défis majeurs pour le système de santé camerounais.

L'évaluation globale des pratiques de gouvernance a montré une proportion globale de mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires équivalente à 61,42 % répartie telle que 55 % liées à la responsabilité, 68 % liées à l'implication des parties prenantes, 80 % liées à l'orientation stratégique, 84 % liées à l'évaluation continue et 75 % liées à la gestion des ressources. Bien que le statut des FOSA ait initialement été associé à la mauvaise gouvernance, cette association a disparu lors de l'analyse multivariée. De même, la recherche d'autres facteurs influençant la gouvernance lors de cette analyse, qui a pris en compte simultanément plusieurs variables, n'a pas permis d'établir une association claire. Cela suggère que d'autres facteurs contextuels et structurels, tels que les ressources disponibles, la formation du personnel, l'infrastructure, les dynamiques communautaires et la culture organisationnelle, exercent une influence considérable sur la gouvernance.

Enfin, il est essentiel d'accorder une attention accrue à l'intégration des facteurs contextuels dans les politiques de santé. Des recherches supplémentaires devraient également explorer d'autres dimensions de la gouvernance et identifier des solutions innovantes pour renforcer le système de santé au Cameroun.

## **RECOMMANDATIONS**

➤ **Au niveau Central**

- Plaider pour une augmentation des budgets alloués aux FOSA, en ciblant les établissements du secteur public, afin de garantir des ressources financières suffisantes pour le fonctionnement efficace des services de santé.
- Développer des mécanismes d'évaluation réguliers de la gouvernance dans les FOSA, en intégrant des indicateurs de performance clairs et mesurables.

➤ **Au niveau Régional**

- Accompagner les FOSA dans le développement d'orientations stratégiques claires, en impliquant toutes les parties prenantes dans le processus d'élaboration.
- Faciliter le partage des pratiques de gouvernance réussies entre les établissements urbains et péri-urbains.

➤ **Au niveau du District**

- Encourager une culture d'évaluation et d'amélioration continue au sein des FOSA, en organisant des ateliers et des sessions de sensibilisation sur l'importance de la gouvernance.
- Mettre en place des mécanismes de suivi pour garantir que les pratiques de responsabilité sont respectées dans les FOSA, avec des évaluations régulières et des retours d'information.

➤ **Au niveau des Formations Sanitaires**

- Mettre en œuvre des formations continues pour le personnel sur les meilleures pratiques de gouvernance et l'engagement des parties prenantes.
- Créer des canaux de communication efficaces entre les FOSA et les parties prenantes, assurant ainsi une transparence et un partage d'informations sur les pratiques de gouvernance.

## **REFERENCES**

1. Outil de diagnostic rapide pour les systèmes de santé. P6. <https://fhi360.org>
  2. ONDOUA JPB. Haut Conseil de santé publique. Système de santé camerounais. Cité 28 fois
  3. Stratégie Sectorielle en Santé 2001-2010.  
[https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cameroun/sss\\_officiel\\_2001-2015.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/cameroun/sss_officiel_2001-2015.pdf)
  4. Banque Mondiale, Rapport Sur La Santé et Le Système de Santé Au Cameroun (RaSSS). Stratégie sectorielle en santé 2020-2030
  5. Stéphane Rillaerts. La gouvernance hospitalière : une complexité croissante, multiple et sous-estimé
  6. USAID. Amélioration continue de la gouvernance pour un renforcement du système de santé
  7. Bouadi S. Gouvernance du service public de santé et management hospitalier : Application au service des urgences du CHU de TIZI -TOUZOU
  8. How to govern the health sector and its institutions effectively
  9. Commissaire à la santé et au bien-être. Rapport de recherche partie 1. Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : analyse de la littérature
  10. The e manager. how to govern the health sector and its institutions effectively
  11. CDBPS-H. Améliorer la gouvernance pour la viabilisation du district de santé au Cameroun. Mars 2011
  12. Booster la gouvernance de la santé publique 11 nov. 2017
  13. Evaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire. Avril 2014
  14. International Social Security Association <https://issa.int>
  15. MSH. (Consulté le 15/08/2024). Disponible sur : <https://msh.org>.
  16. Outil de diagnostic rapide pour les systèmes de santé. P25. FHI 360. (15/08/2024). Disponible sur : <https://fhi360.org>.
  17. Global Health Learning. (15/08/2024). Disponible sur : <https://globalhealthlearning.org>
-

18. Rapport OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/356495>
  19. OMS, Consultation Régionale OSC. ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE DU SECTEUR SANTÉ EN COTE D'IVOIRE. Avril 2014. P10
  20. World Health Organization (WHO). Service Availability and Readiness Assessment (SARA) Reference Manual. Chapitre 3. Disponible sur : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readiness-assessment/sara/sara\\_reference\\_manual\\_chapter3.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readiness-assessment/sara/sara_reference_manual_chapter3.pdf)
  21. BIYONG CP, Couverture santé universelle : la machine en rodage, 2022[Internet]. [Cité 5 sept 2023]. Dis://www.cameroon-tribune.cm/article.html/48795/fr.html/couverture-sante-universelle-la-machine-en
  22. OMS, sara\_reference\_manual\_chapter3.pdf, 2015 [Internet]. [Cité 5 sept 2023]. Disponible sur : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment\(sara\)/sara\\_reference\\_manual\\_chapter3.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment(sara)/sara_reference_manual_chapter3.pdf)
  23. MINSANTE\SG\Cellule des Informations Sanitaires Carte Sanitaire Nationale 2016[Internet]. [cité 18 nov 2022]. Disponible sur: <https://dhis-minsante-cm.org/portal/>
  24. Monthe J, Cameroon Health System: Assessing the Availability of Resources for Health, 2018. 765372252.pdf. <https://scholarworks.calstate.edu/downloads/765372252>
  25. Okalla R, Le Vigouroux A. Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. Bull APAD [Internet]. 1 juin 2001 [cité 5 sept 2023] ;(21). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/apad/181>
  26. RUSCH E. : Pour une meilleure gouvernance du système de santé
  27. Commissaire à la santé et au bien-être. Rapport de recherche partie 1. Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : analyse de la littérature
  28. André-Pierre Contandriopoulos. La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance 2008/2 (Vol. 20), pages 191 à 199
  29. USAID. Cours de renforcement de la gouvernance à l'intention des dirigeants et du personnel des centres hospitaliers
-

30. Social accountability tools and resources, available on the South Asia Social Accountability Network (SasaNet) site at <http://www.sasanet.org/Tools.do> and on the Affiliated Network for Social Accountability in East Asia and the Pacific (ANSAEAP) at <http://www.ansa-eap.net/>
31. International Association for Public Participation (IAP2). Toolbox. Disponible sur : [http://iap2.affiniscape.com/associations/4748/files/06Dec\\_Toolbox.pdf](http://iap2.affiniscape.com/associations/4748/files/06Dec_Toolbox.pdf).
32. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNDPADM/UNPAN048340.pdf>
- [33] Sall, F. L., Cisse, A., Ndiaye, P., & Tal-Dia, A. (2017). Governance of the Senegalese health system: challenges and opportunities. *Global Health Promotion*, 24(4), 55-62. doi:10.1177/1757975916635505
34. Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2013). Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685-693.
35. Gilson, L., Elloker, S., Olckers, P., & Lehmann, U. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 30.
37. Ngogang Wandji, Y., Sieleunou, I., Turcotte-Tremblay, A. M., Taptue Fotso, J. C., & Ridde, V. (2020). Understanding the implementation of a performance-based financing scheme in a rural district in Cameroon. *International journal of health policy and management*, 9(10), 423.
38. Gilson, L., Elloker, S., Olckers, P., & Lehmann, U. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 1-13.
39. Etude de Keugoung et al. (2013) sur l'appréciation des pratiques de gouvernance dans les hôpitaux de district au Cameroun
40. Sieleunou et al. (2017) sur la gouvernance des districts de santé au Cameroun : perception des acteurs sur la gouvernance dans 3 districts de santé au Cameroun.
41. Ridde et al. (2018) sur la gouvernance des mutuelles de santé au Burkina Faso
42. Bossert et Mitano. Gouvernance du système de santé en Amérique latine. 2016
43. Cochran WG. Sampling Techniques. 3e édition. New York: John Wiley & Sons. 1977. [https://www.academia.edu/29684662/Cochran\\_1977\\_Sampling\\_Techniques\\_Third\\_Edition](https://www.academia.edu/29684662/Cochran_1977_Sampling_Techniques_Third_Edition)
44. Carte sanitaire programmatique 2023
45. Tchouaket, E., et al. (2021). Governance in Health Facilities: A Study in Douala. *Cameroon Journal of Public Health*, 10(2), 45-58
-

46. Nguefack, S., et al. (2020). Community Participation in Health Governance in Littoral Region. *Journal of Health Systems Research*, 12(1), 67-74
47. Djeumo et al. (2019). Strategic Orientation in Central African Health Facilities. *African Health Review*, 15(3), 112-123
48. Biyogo, M., et al. (2020). Resource Management in Sub-Saharan Health Systems. *Journal of Global Health*, 6(4), 234-245.
49. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2022). Rapport sur le budget de la santé. [site officiel](#)
50. Banque Mondiale. (2021). Rapport sur la santé en Afrique 2021. [site officiel](#)
51. Sow, A., Diouf, N. S., Cissé, L., Faye, A., & Sall, F. L. (2019). Évaluation de la gouvernance dans le système de santé au Sénégal. *Santé Publique*, 31(2), 213-221.  
Lien : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-213.htm>
52. Coulibaly, A., Diallo, M., & Sidibé, S. (2016). Gouvernance des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : le rôle clé des hôpitaux de district. *Santé Publique*, 28(1), 49-56.  
Lien vers l'article : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-49.htm>
53. Sow, A., Diouf, N. S., & Faye, A. (2020). Défis de la gouvernance des hôpitaux de district en Afrique de l'Ouest. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(2), 65-72.  
Lien vers l'article : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762020300293>
54. Hesse, A. J., Berg, A. H., & Pauly, M. V. (2015). How youth and innovation impact healthcare governance. *Journal of Health Management*, 17(2), 210-225.
55. Buse, K., Hawkes, S., & Kahn, M. (2017). Engaging stakeholders in health governance: a pathway to better health outcomes. *Global Health Action*, 10(1), 1279070.
56. Rojas, C., & Martinez, J. (2020). The Role of Governance Training in Enhancing Strategic Orientation in Health Organizations. *Journal of Health Management*, 22(4), 345-362.
57. Smith, J., Brown, L., & Thomas, P. (2020). Age and Governance Practices: Understanding the Impact of Experience and Training. *International Journal of Health Management*, 15(2), 115-130.
58. Kumar, A., & Singh, R. (2021). Impact of Governance Training on Management Practices: A Comparative Study. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 31(3), 487-504.
- Tessier N. et al. Élaboration et évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de ressources éducatives produites en réponse à la crise de la COVID-19. 2021 Jun; 28(2): 96–104.
59. Sangaré, M., Dosso, A., & Traoré, F. (2019). Limites de la gouvernance des hôpitaux régionaux en Côte d'Ivoire. *Revue d'Économie du Développement*, 27(1), 81-102.  
Lien vers l'article : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2019-1-page-81.htm>
-



## **ANNEXES**

## ANNEXE N°2 : Autorisations de collecte

ESSIMI Francine Joselyne  
Etudiante en Master 2 Santé publique  
Courriel : jofrane90@Gmail.com  
Tél : 675654917/699064245

Yaoundé, 19 Février 2024

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
DELEGATION REGIONALE PUBLIQUE  
BUREAU D'ORDONNANCE  
N°  
ARRIVEE LE: 19/02/2024  
A  
Madame le Délégué Régional de la  
Santé De la région du Centre

**Objet : Demande d'autorisation de collecte**

Madame le Délégué,

Je viens respectueusement auprès de votre haute et bienveillante personnalité solliciter une autorisation de collecte au sein du territoire sanitaire dont vous êtes la responsable.

En effet, dans le cadre de la continuité de mes études en Master 2 de santé publique, je réalise une recherche sur le sujet : **EVALUATION DU LEADERSHIP ET DE LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE DANS LES FORMTIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDE** », dirigée par Pr NGUEFACK TSAGUE Georges et Dr KWEDI Sylvie.

Dans le cadre de cette étude, je promets de respecter scrupuleusement le règlement intérieur de votre institution, ainsi que toutes les exigences éthiques.

Dans l'attente d'une suite favorable à ma demande, veuillez agréer monsieur le Directeur, l'expression de mon profond respect et de ma très haute considération.

ESSIMI Francine, MPHc



Dr ESSIMI Francine Joselyne  
Candidate en Master 2 Santé publique  
Courriel : jofrane90@Gmail.com  
Tél. : 675654917/699064245

Yaoundé, le 11 avril 2024

**S/C Pr NGUEFACK TSAGUE G.**  
**Maitre de Conférences/ Biostatistique**  
**Université Yaoundé 1**

**Au**  
**Chef de District de Santé**  
**de Mvog-Ada**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte**

**Monsieur,**

Je viens respectueusement auprès de votre bienveillante personnalité solliciter une autorisation de collecte au sein du territoire sanitaire dont vous êtes la responsable.

En effet, je suis candidate en master 2 santé publique à la Faculté Médicales des Sciences Biomédicales de Yaoundé 1 et en vue de l'obtention de mon master, j'effectue une étude de recherche intitulée : **ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDÉ**. Ce travail est dirigé par **Pr NGUEFACK TSAGUE Georges** et **Dr KWEDI Sylvie**.

Dans le cadre de cette étude, je promets de respecter scrupuleusement le règlement intérieur de votre institution, ainsi que toutes les exigences éthiques.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer **Monsieur le Chef de District**, l'expression de mon profond respect et de ma très haute considération.

**Pièce jointe : Copie du protocole de recherche**

**ESSIMI Francine, MPHc**



RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
DÉLÉGATION REGIONALE DU CENTRE  
DISTRICT DE SANTÉ DE BIYEM-ASSI



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
CENTRE REGIONAL DELEGATION  
BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT

R.P. : 3033 – Tél : (237)622317940  
E-mail : [districtbiyemassi@gmail.com](mailto:districtbiyemassi@gmail.com)

N° 626 / ACD / MINSANTE / DRSPC / DSBA

### AUTORISATION DE COLLECTE DE DONNEES

Je soussignée, Mme BETE NYEMBE Gisèle, Chef de District de Santé de Biyem-Assi,

Autorise, Dr ESSIMI Francine Joselyne, étudiante en Master 2 Santé Publique à la Faculté Médicale des Sciences Biomédicales de Yaoundé 1 (FMSB), à effectuer une collecte des données sous le thème : *Evaluation de la gouvernance du système de santé dans les Formations Sanitaires de la ville de Yaoundé*. Cette collecte s'étendra sur la période allant du 30 Avril au 30 Mai 2024.


En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie et délivrée pour servir et valoir ce que de droit

Yaoundé, le 26 AVR 2024

#### Ampliations :

- DRSPC
- AS
- Intéressée
- Archives/chrono

#### LE CHEF DE DISTRICT

  
Administrateur Principal  
de la Santé Publique  
District de Biyem-Assi

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix Travail Patrie  
-----  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DELEGATION REGIONALE  
DU CENTRE  
-----  
DISTRICT DE SANTE DE DJOUNGOLO  
-----

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
REGIONAL DELEGATION  
FOR THE CENTRE  
-----  
DJOUNGOLO Health District  
-----

N° *ME* /AR/MINSANTE/SG/DRSP-CDS-DJOUNGOLO

Yaoundé, le.....

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Mme PYSSANG EWANG née MAI DOUKOULA GONOU**, Chef  
de District de Santé de Djoungolo,

Autorise, Madame **ESSIMI Francine Joselyne**, Etudiante en Master 2 en  
Santé Publique à la Faculté Médicale des Sciences Biomédicales de Yaoundé  
à mener une recherche dans les formations sanitaires dudit District de Santé sur  
le projet de recherche intitulé « **Evaluation de la gouvernance du système de  
santé dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé** ».

Cette recherche s'effectuera d'avril à mai 2024.

A l'issue de cette recherche, l'intéressée devra produire un rapport.

Cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce  
que de droit. /-

#### Ampliations :

- Intéressée
- Archives/chrono.

Le Chef de District  
  
**Mai Doukoula Gonou**  
Ministre Principal de Santé Publique  
Diplômée de l'ENAS



REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix Travail Patrie  
-----  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----  
DELEGATION REGIONALE  
DU CENTRE  
-----  
DISTRICT DE SANTE DE NKOLNDONGO  
-----



Peace Work Fatherland  
-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----  
REGIONAL DELEGATION  
FOR THE CENTRE  
-----  
NKOLNDONGO HEALTH DISTRICT  
-----

N° 15 /A/MINSANTE/DRSPC/DSNKO/-

Yaoundé, le 17 AVR 2024

LE CHEF DE DISTRICT DE SANTE

A

Mesdames et Messieurs les Chefs d'Aires de Santé

**Objet :** Autorisation de collecte des données.

J'ai l'honneur de vous tenir informé de mon accord favorable relatif à l'autorisation de collecte des données initiée par le Docteur ESSIMI Francine Joselyne dans le cadre de ses travaux de recherche académique en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Santé Publique, option Epidémiologie.

En effet, titulaire d'un Master I en Santé Publique de l'Université de Yaoundé, le Docteur ESSIMI Francine Joselyne se propose de mener une étude sur le thème : « **Evaluation de la gouvernance du système de santé dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé** ».

Il est à noter que l'étude consistera pour l'essentiel aux réponses/questions contenues dans les questionnaires proposés par la candidate aux personnels des formations sanitaires de vos Aires de santé respectives de la période allant du 25 avril au 30 mai 2024.

Aussi, je vous saurais gré de toutes les dispositions utiles, appropriées et nécessaires pour la réalisation de ce projet.

LE CHEF DE DISTRICT DE SANTE,

  
  
**Younda Paul Oscar**  
Administrateur Principal de la Santé Publique  
Diplômé de l'ENAM

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
-----  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
-----  
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE  
-----  
DISTRICT DE SANTÉ DE LA CITE VERTE  
-----



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----  
CENTRE REGIONAL DELEGATION  
-----  
CITE VERTE HEALTH DISTRICT  
-----

N° 163/L/MINSANTE/DRSP-CE/DS-CV

Yaoundé, le 14 MAI 2024

Le Chef de District de Santé

A

Dr ESSIMI Francine Joselyne

**Objet :** Demande d'autorisation de collecte des données

**Madame,**

Faisant suite à votre correspondance du 11 Avril 2024, dont l'objet est repris en marge,

J'ai l'honneur de vous signifier que je marque mon accord pour l'autorisation de collecte pour une étude de recherche intitulée « **EVALUATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDE** » dans les Aires de Santé et au sein des formations sanitaires du District de Santé de la Cité Verte pour la période allant du **12 Mai au 12 Juin 2024**.

Veuillez agréer madame, l'expression de mes salutations distinguées.

**Ampliations :**

- DRSP-CE
- S/P YAOUNDE II
- Intéressé
- CHRONO/Archives



**Le Chef de District**

*Mme LONGUE Marilyne N*  
Administrateur Principal  
Santé Publique

Dr ESSIMI Francine Joselyne  
Candidate en Master 2 Santé publique  
Courriel : jofrane90@Gmail.com  
Tél. : 675654917/699064245

Yaoundé, le 30/04/2024



Au  
Chef de District de Santé  
D'Efoulan

**Objet :** Demande d'autorisation de collecte

**Monsieur,**

Je viens respectueusement auprès de votre bienveillante personnalité solliciter une autorisation de collecte au sein du territoire sanitaire dont vous êtes la responsable.

En effet, je suis candidate en master 2 santé publique à la Faculté Médicales des Sciences Biomédicales de Yaoundé 1 et en vue de l'obtention de mon master, j'effectue une étude de recherche intitulée : **ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDÉ**. Ce travail est dirigé par Pr NGUEFACK TSAGUE Georges et Dr KWEDI Sylvie.

Dans le cadre de cette étude, je promets de respecter scrupuleusement le règlement intérieur de votre institution, ainsi que toutes les exigences éthiques.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer **Monsieur le Chef de District**, l'expression de mon profond respect et de ma très haute considération.

**Pièce jointe :** Copie du protocole de recherche

ESSIMI Francine, MPHc



Dr ESSIMI Francine Joselyne  
Candidate en Master 2 Santé publique  
Courriel : jofrane90@Gmail.com  
Tél. : 675654917/699064245  
**S/C Pr NGUEFACK TSAGUE G.**  
**Maitre de Conférences/ Biostatistique**  
**Université Yaoundé 1**

Yaoundé, le 11 avril 2024

**Au**  
**Chef de District de Santé**  
**D'Odza**

**Objet** : Demande d'autorisation de collecte

**Madame,**

Je viens respectueusement auprès de votre bienveillante personnalité solliciter une autorisation de collecte au sein du territoire sanitaire dont vous êtes la responsable.

En effet, je suis candidate en master 2 santé publique à la Faculté Médicales des Sciences Biomédicales de Yaoundé 1 et en vue de l'obtention de mon master, j'effectue une étude de recherche intitulée : **ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDÉ**. Ce travail est dirigé par **Pr NGUEFACK TSAGUE Georges** et **Dr KWEDI Sylvie**.

Dans le cadre de cette étude, je promets de respecter scrupuleusement le règlement intérieur de votre institution, ainsi que toutes les exigences éthiques.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer **Madame le Chef de District**, l'expression de mon profond respect et de ma très haute considération.

**Pièce jointe** : Copie du protocole de recherche

**ESSIMI Francine, MPHc**

### ANNEXE 3 : Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné,

Mr, Mme, Mlle. \_\_\_\_\_ certifie avoir été contacté par **Mademoiselle ESSIMI Francine Joselyne**. Celle-ci m'a proposé de participer à l'étude intitulée **ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE EN SANTÉ DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDÉ**

Dans le cadre de son mémoire de Master 2 en santé publique. Je reconnais avoir lu la fiche d'information et m'être suffisamment informé(e) auprès de l'investigateur. J'ai donc bien compris le but de cette étude, ainsi que les avantages et les contraintes qui y sont liés de même le fait que ces informations resteront confidentielles. Je pourrais également me retirer de l'étude à tout moment, si je le désire. J'accepte de mon plein gré de participer à cette étude et de me soumettre aux exigences relatives à sa conduite.

Fait à Yaoundé le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

Signature de l'investigateur

Signature du participant



#### **ANNEXE 4 : Fiche d'information aux participants**

**THEME** : ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE EN SANTÉ DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDÉ

Cher participant,

Nous vous invitons à participer à une étude visant à évaluer les pratiques de bonne gouvernance du système de santé dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé. Votre participation est essentielle pour recueillir des informations précieuses qui contribueront à mieux comprendre les défis et les opportunités liés à la gestion et à l'amélioration du système de santé au Cameroun.

Objectifs de l'étude Evaluer les pratiques de gouvernance en santé dans les formations sanitaires de Yaoundé.

**Procédure de participation** : Si vous acceptez de participer, vous serez invité à auto-évaluer vos pratiques de gouvernance à l'aide d'un questionnaire constituées de questions cotées sur une échelle de 1 à 10. Le temps estimé pour compléter le questionnaire est d'environ 30 minutes.

**Confidentialité et protection des données** : Toutes les informations collectées dans le cadre de cette étude seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Votre nom et vos informations personnelles ne seront pas associés à vos réponses dans les rapports ou les publications issues de cette étude. Les données seront utilisées uniquement à des fins de recherche et seront stockées de manière sécurisée.

**Consentement éclairé** : En participant à cette étude, vous consentez à fournir vos réponses au questionnaire et à ce que vos données soient utilisées à des fins de recherche. Veuillez noter que vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions si vous le souhaitez.

**Risques et avantages** : Il n'y a pas de risques majeurs associés à votre participation à cette étude. Cependant, l'étude offre l'avantage de permettre à votre voix d'être entendue et de contribuer à l'amélioration du système de santé au Cameroun.

Pour toutes autres informations, bien vouloir les obtenir auprès des responsables de l'étude :

Directeur : Pr NGUEFACK TSAGUE G.

Co-directeur : Dr KWEDI Sylvie

Investigatrice : Dr ESSIMI Francine J. ; E-mail : jofrane90@gmail.com

---

## ANNEXE 4 : Fiche d'enquête

### THEME : EVALUATION DE LA GOUVERNANCE EN SANTE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE YAOUNDE

#### IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

N*	INFORMATION SUR LA FORMATION SANITAIRE ET LE REpondant	REponses
1	Date de l'enquête	...../...../2023
2	Code du questionnaire	...../...../...../...../...../...../
3	Nom de la Fosa	.....
4	Localisation de la Fosa	Urbaine / Rurale
5	District de sante	.....
6	Aire de sante	.....
7	Catégorie de la fosa (encercler la bonne réponse)	1 <sup>e</sup> 2 <sup>e</sup> 3 <sup>e</sup> 4 <sup>e</sup> 5 <sup>e</sup> 6 <sup>e</sup> 7 <sup>e</sup>
8	Statut de la fosa (encercler la bonne réponse)	Public / Privé laïc / Privé confessionnel

#### IDENTIFICATION DU REpondant

9	Âge du (de la) répondant(e) (en années)	.....
10	Sexe du (de la) répondant(e) à (encercler la bonne réponse)	1. M 2. F
11	Niveau d'éducation	1. Secondaire 2. Supérieur
12	Qualification du (de la) répondant(e)	IDE / AS / TMS / M.D / Expert en santé publique / Informaticien / Autre (préciser).....
13	Nombre d'années de pratique	.....
14	Avez-vous reçu une formation en gouvernance ?	1. Oui 2. Non

#### FORMULAIRE A : EVALUATION DES REpondants EN MATIERE DE PRATIQUE DE RESPONSABILITE

**Instructions à l'attention des participants :** Vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous pour évaluer votre ouverture, transparence et responsabilité.

Veillez examiner l'échelle suivante de mesure et encercler le chiffre correspondant le mieux selon vous à vos attitudes et comportements. **N'encercler qu'un seul chiffre par énoncé.**

1. Mon comportement en public et en privé est identique.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. J'écoute les opinions divergentes des autres

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. J'explique les raisons de mes décisions, par exemple, j'explique aux parties prenantes pourquoi une

Mesure donnée a été prise ou non.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Je parle directement et franchement avec les parties prenantes et je réponds à leurs questions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Je permets aux parties prenantes d'avoir accès aux dossiers.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Je fais preuve d'un sens d'obligation envers les parties prenantes quand je prends des décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. J'évite de blâmer les autres pour les erreurs et admetts ouvertement mes erreurs aux parties prenantes.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Je suis prêt(e) à confronter la vérité, même si elle va à mon encontre ou à l'encontre de mes opinions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. J'assume la responsabilité de la direction pour l'avenir et des réalisations de mon hôpital.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. J'assume la responsabilité des résultats de mes décisions et actions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



11. Je me blâme en premier si les résultats de mon hôpital sont décevants.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. J'accepte volontiers des commentaires constructifs au sujet de mes actions.

Jamais Toujours

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Je mesure régulièrement la performance de mon instance décisionnaire.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. J'utilise des données et des informations pour parvenir à mes décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. J'utilise des données probantes pour parvenir à mes décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## FORMULAIRE B : EVALUATION DES REpondANTS EN MATIERE DE D'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

**Instructions à l'attention des participants** : Vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous pour vous évaluer en ce qui concerne l'implication des parties prenantes.

Veillez lire le questionnaire suivant et indiquer, avec une note de 1 à 3 ce qui exprime le mieux à votre avis vos attitudes et comportements.

**Bonne performance = 3, Performance moyenne = 2, Doit faire des progrès = 1**

#	Mesure de bonne gouvernance	Performance
1	Je fais participer les personnes concernées ou leurs représentants à ma décision.	
2	Je tiens compte des besoins des personnes démunies et vulnérables dans mes décisions	
3	Je collabore avec des professionnels d'autres secteurs pour améliorer les résultats	
4	Je collabore avec des organisations du secteur privé pour améliorer les résultats	

<b>5</b>	Je collabore avec des organisations de la société civile pour améliorer les résultats de santé du public que je sers.	
<b>6</b>	Je collabore avec différents niveaux décisionnels – national, régional, de district et communautaire – pour améliorer les résultats de santé du public que je sers.	
<b>7</b>	J'encourage le partage d'idées pour améliorer les résultats de santé du public	
<b>8</b>	J'assure la participation des parties prenantes à la prise de décisions clés.	
<b>9</b>	Je donne la parole aux jeunes ou à leurs représentants dans les structures	
<b>10</b>	Je donne la parole aux femmes ou à leurs représentants dans les structures	
<b>11</b>	Je tiens compte des différents besoins des hommes et des femmes avant de prendre des décisions.	
<b>12</b>	Mes décisions sont dans l'ensemble sensibles aux différents besoins des hommes et des femmes.	
<b>13</b>	Avant de prendre des décisions, je tiens compte de leurs conséquences pour les femmes en tant qu'utilisatrices de services de santé.	
<b>14</b>	Avant de prendre des décisions, je tiens compte de leurs conséquences pour les agents de santé.	
<b>15</b>	Je demande l'avis de femmes à des postes de direction et agents de santé avant de prendre une décision.	
<b>16</b>	J'étudie les données probantes par sexe avant de prendre une décision.	
<b>17</b>	Mes décisions n'ont pas d'effet négatif sur les femmes et leur santé.	
<b>18</b>	Mes décisions donnent l'autonomie nécessaire aux femmes pour prendre leur propre décision les concernant ou concernant leur santé ou leur fertilité.	
<b>19</b>	Mes décisions réduisent dans l'ensemble les inégalités entre les sexes.	
<b>20</b>	Mes décisions sont dans l'ensemble équitables envers les femmes et favorisent l'égalité entre les sexes.	

## **FORMULAIRE C : EVALUATION DES REpondants EN MATIERE D'ETABLISSEMENT D'UNE ORIENTATION STRATEGISUE COMMUNE**

**Instructions à l'attention des participants :** Vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous pour vous évaluer en ce qui concerne l'établissement d'une orientation stratégique commune.

Veillez lire le questionnaire suivant et indiquer, avec une note de 1 à 3 ce qui exprime le mieux à votre avis vos attitudes et comportements.

Bonne performance = 3, Performance moyenne = 2, Doit faire des progrès = 1

#	Mesure de bonne gouvernance	Performance
1	J'étudie l'environnement externe et interne pour identifier les points forts, points faibles, opportunités et menaces pesant sur la santé des personnes que je sers.	
2	Mon travail et celui de mon instance décisionnaire visent en priorité à améliorer les résultats de santé des personnes que je sers.	
3	Je mobilise des ressources humaines, matérielles et financières pour améliorer les résultats de santé des personnes que nous servons.	
4	J'encourage mon instance décisionnaire à s'efforcer d'améliorer les résultats de santé du public que je sers.	
5	J'ai contribué, en collaboration avec d'autres membres, à l'élaboration de l'énoncé de mission et d'objectif de mon instance décisionnaire.	
6	J'ai contribué à l'élaboration de la vision de l'avenir de mon instance décisionnaire en vue de définir son orientation stratégique future.	
7	J'ai tenu compte des besoins et préoccupations des personnes pour définir cette vision de l'avenir ou orientation stratégique.	



<b>8</b>	J'ai contribué à l'explication et la dissémination à grande échelle de cette vision collective de l'avenir.	
<b>9</b>	J'ai contribué à l'élaboration d'un plan d'action avec des objectifs mesurables en vue de réaliser cette vision de l'avenir.	
<b>10</b>	J'ai contribué à l'établissement d'un mécanisme de responsabilité pour la réalisation d'objectifs dans le cadre de cette vision de l'avenir ou orientation stratégique.	
<b>11</b>	J'encourage mes collègues de l'instance décisionnaire à chercher à réaliser notre vision commune de l'avenir.	
<b>12</b>	J'encourage les autres parties prenantes à s'efforcer de réaliser notre vision commune de l'avenir.	
<b>13</b>	Je plaide en faveur de notre vision commune de l'avenir à différents niveaux de la gouvernance, dans d'autres secteurs que celui de la santé et à d'autres occasions.	
<b>14</b>	J'observe, vérifie et documente en permanence la mise en œuvre du plan d'action en vue de la réalisation de la vision commune.	
<b>15</b>	J'ai contribué au suivi du plan d'action et à la réflexion sur son progrès.	
<b>16</b>	J'informe mes parties prenantes sur les progrès de la mise en œuvre de ce plan d'action.	
<b>17</b>	J'implique les parties prenantes dans la quantification des résultats.	
<b>18</b>	En collaboration avec les membres de mon instance décisionnaire, j'évalue les résultats, ce qui a fonctionné ou pas, et ce qu'il faut changer.	
<b>19</b>	J'utilise l'information et les données probantes pour le faire.	
<b>20</b>	J'utilise la technologie moderne pour m'aider à le faire.	

## **FORMULAIRE D : EVALUATION DES REpondants EN MATIERE D'EVALUATION CONTINUE ET AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE**

**Instructions à l'attention des participants :** Vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous pour vous évaluer en ce qui concerne l'amélioration continue de la gouvernance.

Veuillez lire le questionnaire suivant et indiquer, avec une note de 1 à 3 ce qui exprime le mieux à votre avis vos attitudes et comportements.

Bonne performance = 3, Performance moyenne = 2, Doit faire des progrès = 1

#	Action	Performance
1	Les membres de notre instance décisionnaire et la haute direction disposent d'un document énonçant les compétences précises de gouvernance requises.	
2	Nous disposons d'une déclaration relative à la diversité que notre instance décisionnaire et la haute direction doivent appliquer.	
3	Notre organisation est engagée à parvenir à la diversité au sein de son instance décisionnaire et sa haute direction.	
4	Notre organisation applique un programme officiel de formation continue des membres de l'instance décisionnaire.	
5	Notre instance décisionnaire s'appuie sur des critères de compétences pour sélectionner ses nouveaux membres.	
6	Les nouveaux membres de l'instance décisionnaire bénéficient d'une orientation initiale approfondie avant de prendre leurs fonctions.	
7	Notre instance décisionnaire évalue périodiquement sa performance.	
8	Notre instance décisionnaire utilise les résultats de l'autoévaluation pour établir ses objectifs d'amélioration de performance.	
9	Notre instance décisionnaire évalue régulièrement la performance du directeur général.	
10	Les réunions de notre instance décisionnaire sont fructueuses.	
11	L'instance décisionnaire utilise efficacement le temps et les talents de ses membres. L'instance décisionnaire utilise efficacement le temps et les talents de ses membres.	
12	Notre instance décisionnaire organise une réunion de réflexion annuelle sur sa performance et ses projets d'amélioration.	

<b>13</b>	Notre instance décisionnaire est dotée d'un règlement et de politiques en matière de gouvernance.	
<b>14</b>	Nous avons une politique en place en matière de conflits d'intérêts à l'intention de l'instance décisionnaire et du personnel.	
<b>15</b>	Nous avons un code d'éthique professionnel à l'intention de l'instance décisionnaire et du personnel.	
<b>16</b>	Nous réalisons régulièrement des sondages de satisfaction du personnel.	
<b>17</b>	Nous réalisons régulièrement des sondages de satisfaction des patients. Nous évaluons toujours régulièrement la satisfaction des clients internes ou externes qui utilisent nos services.	
<b>18</b>	Notre instance décisionnaire est sensible aux préoccupations des utilisateurs de nos services de santé.	
<b>19</b>	Notre instance décisionnaire est sensible aux préoccupations du personnel et des agents de santé.	
<b>20</b>	Notre instance décisionnaire utilise des informations, des données probantes et la technologie pour améliorer la qualité de sa gouvernance.	

## FORMULAIRE E : EVALUATION DES REpondants EN MATIERE GESTION DES RESSOURCES

**Instructions à l'attention des participants :** Vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous pour évaluer votre ouverture, transparence et responsabilité.

Veuillez examiner l'échelle suivante de mesure et encercler le chiffre correspondant le mieux selon vous à vos attitudes et comportements. **N'encerclez qu'un seul chiffre par énoncé.**

1. Je veille à ce que mes actions soient toujours éthiques.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Je fais toujours passer les intérêts du public avant les miens.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Je fais ce que je déclare faire.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. On peut me faire confiance parce que je tiens mes promesses.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. J'autorise les personnes concernées par mes décisions à les influencer.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Je réexamine volontiers mes décisions à la demande des personnes concernées par mes décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. J'évite de blâmer les autres pour les erreurs et admetts ouvertement mes erreurs aux parties prenantes.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. J'utilise mon temps à bon escient.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. J'utilise le temps des autres à bon escient.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. J'essaie d'obtenir un résultat donné efficacement avec un minimum de gaspillage.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11 J'essaie d'obtenir des résultats ou de créer des systèmes durables.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



12. Je mesure régulièrement ma propre performance.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Je mesure régulièrement la performance de mon instance décisionnaire.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. J'utilise des données et des informations pour parvenir à mes décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. J'utilise des données probantes pour parvenir à mes décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. J'utilise la technologie pour m'aider à parvenir à mes décisions.

Jamais

Toujours

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Merci pour votre participation**

---