



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2010-2015

CAMEROUN

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2010-2015

CAMEROUN

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2010-2015, Cameroun

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN: 978 929 031 1416

(NLM Classification: WA 540 HC3)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS ET SIGLES	V
PRÉFACE	IX
RÉSUMÉ	XI
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT	3
2.1 Profil du pays	3
2.2 Profil sanitaire	4
2.3 Santé et défis de développement	8
SECTION 3 AIDE AU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	12
3.1 Tendances générales de l'aide au secteur de la santé	12
3.2 Principaux partenaires et domaines d'interventions dans le secteur de la santé	12
SECTION 4 CADRE POLITIQUE INSTITUTIONNEL DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	15
4.1 But et mission	15
4.2 Fonctions essentielles	15
4.3 Programme mondial d'action sanitaire	15
4.4 Priorités au niveau mondial	16
4.5 Priorités au niveau régional	16
4.6 Renforcement de l'efficacité de l'action de l'OMS au niveau des pays	17
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS	18
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE CAMEROUN	21
6.1 La lutte contre la maladie	21
6.2 L'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant	23
6.3 La préparation et réponse aux situations d'urgences et de catastrophes	23
6.4 La promotion de la santé	24
6.5 Le renforcement du système de santé	25
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATEGIQUE	26
7.1 Rôle du Bureau pays	26
7.2 Rôle du Bureau régional de l'OMS	27
7.3 Rôle du Siège de l'OMS	27

SECTION 8 SUIVI ET ÉVALUATION	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
DOCUMENTS NATIONAUX.....	32
DOCUMENTS DES NATIONS UNIES ET DIVERS	33
ANNEXES	33
Annexe 1 : Carte du Cameroun	34
Annexe 2 : Principaux indicateurs sociodémographiques	35
Annexe 3 : Principaux partenaires, domaines d'interventions et financements	36

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ACD	:	Atteindre Chaque District
ACT	:	Artemisinin Combinaison Therapies
AFD	:	l'Agence française de Développement
AFRO	:	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
APD	:	Aide publique au Développement
APOC	:	Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose
ARV	:	Antirétroviraux
AVI	:	Activités de Vaccination intensifiées
BAD	:	Banque africaine de Développement
BID	:	Banque islamique de Développement
BM	:	Banque mondiale
C2D	:	Contrat de Désengagement-Désendettement
CDT-TB	:	Centres de Dépistage et Traitement Tuberculose
CEEAC	:	Communauté économique des Etats d'Afrique centrale
CEMAC	:	Communauté économique et monétaire d'Afrique centrale
CF	:	Coopération française
DCOOP	:	Division de la Coopération (ministère de la santé)
ECAM	:	Enquête camerounaise Auprès des Ménages
EDS	:	Enquête démographique et de Santé
FED	:	Fonds européen de Développement
FMSTP	:	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	:	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GTZ	:	Agence de Coopération allemande
HACT	:	Approche harmonisée pour le Transfert des Ressources
HKI	:	Helen Keller international
IADM	:	Initiative sur l'Allègement de la Dette multilatérale
IDH	:	Indice de Développement humain
IEF	:	International Eye Foundation
IMPACT	:	International medical Product Anticounterfeit Taskforce
IST	:	Infections Sexuellement transmissibles
KFW	:	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LANACOME	:	Laboratoire national de Contrôle des Médicaments essentiels
MICS	:	Multiple Indicator Cluster Survey

MII	:	Moustiquaires imprégnées d’Insecticide
MILD	:	Moustiquaires imprégnées Longue Durée
MINSANTE	:	Ministère de la Santé publique
MNT	:	Maladies non transmissibles
MTN	:	Maladies tropicales négligées
NEPAD	:	Nouveau Partenariat pour le Développement de l’Afrique
OCEAC	:	Organisation pour le Coordination de la lutte contre les Endémies en Afrique centrale
OFID	:	Fonds OPEP pour le Développement international
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PAM	:	Programme alimentaire mondial
PCA	:	Paquet complémentaire d’Activités
PCIME	:	Prise en Charge intégrée des Maladies de l’Enfant
PEV	:	Programme élargi de Vaccination
PIB	:	Produit intérieur brut
PMA	:	Paquet minimum d’Activités
PNDS	:	Plan national de Développement sanitaire
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE	:	Pays pauvre Très endetté
PSMT	:	Plan stratégique à moyen Terme
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH
RSI	:	Règlement sanitaire international
SASNIM	:	Semaines d’Action de Santé et de Nutrition Infantile et maternelle
SCP	:	Stratégie de Coopération avec les Pays
SIDA	:	Syndrome de l’Immunodéficience acquise
SIMR	:	Surveillance intégrée des Maladies et Réponse
SNIS	:	Système national d’Information sanitaire
SNV	:	Service néerlandais de Volontariat
SONEU	:	Soins obstétricaux et néonataux essentiel d’Urgence
SONU	:	Soins néonataux d’Urgences
SOU	:	Soins obstétricaux d’Urgences
SSI	:	Sight Savers international
SSP	:	Soins de Santé primaires
SSS	:	Stratégie sectorielle de Santé

SWAp	:	Sector Wide Approach
TPI	:	Traitement préventif intermittent
UE	:	Union européenne
UNDAF	:	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNITAID	:	Facilité internationale d'Achat des Médicaments
UPEC	:	Unité de Prise en Charge (pour VIH-Sida par les ARV)
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience humaine

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP), est le cadre stratégique à moyen terme, pour la coopération de l'OMS avec la République du Cameroun. Cette nouvelle SCP, qui couvrira la période 2010-2015, est alignée aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), à la Stratégie sectorielle de Santé actualisée et au document de stratégie pour la croissance et l'Emploi en cours de validation.

Le document qui a été élaboré d'une manière participative, et qui a tenu compte de l'évaluation de la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération, a reçu les commentaires et les suggestions de la partie gouvernementale, des différents niveaux de l'Organisation ainsi que des principaux partenaires au développement notamment, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé.

Cette nouvelle stratégie de coopération comprend, outre une introduction et une conclusion, sept sections :

- i) Les défis nationaux liés à la santé et au développement ;
- ii) L'aide publique au développement et partenariats ;
- iii) le cadre politique institutionnel de l'OMS : orientations mondiales et régionales ;
- iv) La coopération actuelle de l'OMS avec le Cameroun ;
- v) L'agenda stratégique de la coopération de l'OMS avec le Cameroun ;
- vi) La mise en œuvre de l'agenda stratégique ;
- vii) Le suivi et l'évaluation.

La section 2 sur les défis nationaux liés à la santé et au développement, décrit le profil du pays, le profil sanitaire et les défis se posant au secteur de la Santé du Cameroun. La stratégie sectorielle de santé actualisée a formulé un double défi majeur pour la santé jusqu'en 2015, à savoir renforcer le système de santé de district et assurer la mise en œuvre adéquate des programmes de santé devant permettre d'atteindre les OMD relatifs à la santé.

À ces défis majeurs sont liés des défis connexes comme la mise en place de ressources humaines en quantité et de qualité, l'accès géographique et financier aux couches les plus vulnérables, la viabilisation des districts dans le cadre des soins de santé primaires, le développement d'un système fiable d'information pour la gestion sanitaire, la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale, le contrôle des principales maladies transmissibles et non transmissibles, la préparation et la réponse aux conséquences sanitaires des urgences humanitaires, le contrôle des déterminants de la mauvaise santé et la création d'environnements favorables à la santé.

La section 3 sur l'aide au développement et les partenariats, montre les tendances générales de l'aide au secteur de la santé et fait mention des principaux partenaires au développement avec leurs domaines d'interventions. Le secteur de la Santé du Cameroun bénéficie des retombées de l'initiative PPTe et des financements non négligeables du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), du Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), etc. ainsi que des financements provenant de certaines coopérations bi et multilatérales. Cependant, malgré les efforts déployés par le

Ministère en charge de la Santé, des insuffisances persistent quant à la coordination desdits partenaires.

La section 4 qui a trait au cadre politique institutionnel de l'OMS, décrit le but et la mission de l'Organisation, ses fonctions essentielles, son programme mondial d'action sanitaire, ses priorités aux niveaux mondial et régional, et le renforcement de l'efficacité de son action au niveau des pays.

La section 5 porte sur la coopération actuelle de l'OMS avec le Cameroun. Cette coopération qui date de 1962, s'est renforcée d'année en année. La coopération actuelle de l'OMS porte sur onze objectifs stratégiques de l'Organisation et cette section du document met également en exergue l'expertise technique du Bureau de pays, l'organisation du travail ainsi que les ressources financières mises à sa disposition.

La section 6 décrit l'agenda stratégique de la coopération de l'OMS avec le Cameroun, pour la période 2010-2015. Au cours de cette période, l'action de l'OMS qui sera menée en collaboration et en synergie avec celle des autres partenaires au développement, portera essentiellement sur cinq axes stratégiques :

- i) La lutte contre la maladie ;
- ii) L'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant ;
- iii) La préparation et la réponse aux situations d'urgences et de catastrophes ;
- iv) La promotion de la santé ;
- v) Le renforcement du système de santé.

La section 7 décrit comment sera mis en œuvre cet agenda stratégique. Les différents niveaux de l'Organisation (Siège, Bureau régional, Equipe inter pays) seront mis à contribution par leur expertise technique et pour la mobilisation de ressources supplémentaires.

Enfin, la section 8 décrit comment le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de coopération seront effectués dans le cadre du processus gestionnaire de l'Organisation.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP) est le cadre stratégique à moyen terme, de coopération de l'OMS avec la République du Cameroun, pour la période 2010-2015. Elle prend en compte les objectifs internationaux tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont quatre sont liés à la santé, le onzième programme général de travail 2006-2015, le plan à moyen terme 2008-2013, de l'OMS, et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009. Elle s'articule également avec la Stratégie sectorielle de Santé actualisée, le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi 2010-2019, en cours de validation, ainsi que le Plan cadre d'Assistance des Nations Unies au Gouvernement du Cameroun (UNDAF) 2008-2012.

Sur le plan socio-économique, le Cameroun fait partie des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) selon la Banque mondiale (mai 2007).

Le profil épidémiologique du Cameroun est dominé par les maladies transmissibles dont la prévalence tend à augmenter ; malgré la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, celle-ci reste élevée. Les résultats de l'enquête MICS 2006 (mortalité infantile à 87‰, mortalité infanto-juvénile à 149‰, mortalité maternelle à 669 pour 100.000 naissances vivantes), indiquent une dégradation des indicateurs de mortalité par rapport aux résultats de l'EDS III 2004¹.

La Stratégie sectorielle de Santé actualisée a mis en exergue de nombreux et importants défis que le Secteur de la Santé devra relever pendant les années à venir. Tout en aidant le pays à relever ses défis relatifs au développement sanitaire, l'OMS devra veiller entre autres à :

- appuyer les initiatives relatives à la promotion de l'approche droit humain et droit à la santé pour un système de santé fort, capable de répondre équitablement aux besoins de la société ;
- appliquer les nouvelles pratiques en matière d'aide au développement, en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome, tout en privilégiant l'approche programme au niveau du secteur santé « SWAp », contrairement à l'approche projet en vigueur jusqu'alors ;
- contribuer à la réforme du Système des Nations Unies conformément au concept de « Delivering as One » ;
- assumer la responsabilité, au niveau national, de la contribution du secteur de la santé à l'UNDAF, eu égard à son mandat et à ses avantages comparatifs ;
- assurer la surveillance, l'alerte et l'action en faveur de la sécurité sanitaire internationale, face à l'ampleur des problèmes liés à la mondialisation ;

¹ EDS 2004 (mortalité infantile à 74‰, mortalité infanto-juvénile à 149 ‰, mortalité maternelle à 669 pour 100.000 naissances vivantes).

- contribuer à la revitalisation des Soins de Santé primaires, conformément aux conclusions de la Conférence et de la Déclaration de Ouagadougou 2008.

Dans son agenda stratégique de coopération avec la république du Cameroun, pour la période 2010-2015, l'OMS a défini les cinq priorités stratégiques suivantes :

- i) Lutte contre la maladie ;
- ii) Amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant ;
- iii) Préparation et réponse aux situations d'urgences et de catastrophes ;
- iv) Promotion de la santé ;
- v) Renforcement du système de santé.

La mise en œuvre de cet agenda stratégique, nécessitera l'engagement et la mobilisation des énergies à tous les niveaux de l'Organisation, du Bureau de pays, au Siège, en passant par le Bureau régional y compris, l'équipe inter pays.

Conformément au processus gestionnaire de l'Organisation, la mise en œuvre de cette stratégie de coopération sera régulièrement suivie en vue d'assurer sa cohérence avec les objectifs nationaux.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1 PROFIL DU PAYS

Pays d'Afrique centrale, le Cameroun a une superficie de 475.440 Km² et une population estimée à environ 18 millions d'habitants (37 habitants/km²) dont 50,8 % de femmes. La population urbaine représente 48,2 % contre 51,8 % en zone rurale, en 2005². Selon l'EDS III (2004), la population est essentiellement jeune (46% de moins de 15 ans). L'indice synthétique de fécondité a été estimé à 5,2 en 1998, avec une fécondité des adolescentes de 14 %. Le taux d'accroissement de la population est de 2.8% et l'espérance de vie à la naissance, se situait en 2008, autour de 53,3 ans (52,54 ans chez les hommes et 54,08 ans chez les femmes).

Le Cameroun, indépendant depuis 1960, a deux langues officielles, le Français et l'Anglais. Il est membre de la CEMAC, de la CEEAC, de l'Union africaine, de la Ligue arabe, du Commonwealth et de la Francophonie. Selon la Constitution, le pouvoir exécutif est exercé par le Président de la République, le pouvoir législatif bicaméral conjointement par l'Assemblée nationale et le Sénat, et le pouvoir judiciaire à travers différentes juridictions dont la Cour suprême. La récente organisation administrative du Cameroun a découpé le pays en 10 régions, 58 départements, 360 Arrondissements et 339 communes. Le paysage politique est animé par plus de 200 partis politiques.

La protection des droits de l'homme et des libertés civiles connaît une évolution positive avec la suppression des lois d'exception, le multipartisme, la liberté de la presse. Le Cameroun a ratifié plusieurs conventions dont celles relatives à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, aux droits de l'Enfant et aux droits de la Femme. La société civile, bien qu'active, reste encore peu organisée. Le paysage médiatique est en plein essor en raison de la libéralisation intervenue dans le secteur, en décembre 1990.

Le cadre macroéconomique du Cameroun a été généralement favorable pendant les dernières années, avec un taux de croissance du Produit intérieur Brut (PIB) de plus de 4% par an, depuis 2002. Le PIB par habitant, connaît une croissance d'environ 1,5%, en moyenne³. Cette bonne performance résulte des progrès dans les réformes et la gestion des politiques macroéconomiques qui ont permis au Cameroun, d'atteindre avec succès, le point d'achèvement de l'Initiative pour les Pays pauvres Très endettés (PPTE) en 2006, et d'accéder à des opportunités supplémentaires de financement, à l'instar du Contrat de Désengagement Désendettement (C2D).

Selon le Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008, le pays est classé au 144^e rang sur les 177 classés avec un indice de développement humain (IDH) à 0,532, et

² Atouts économiques; Edition 2007.

³ Stratégie sectorielle de Santé, 2001-2015.

un PIB par habitant de 2299 USD, en 2005. Les enquêtes sur les conditions de vie des ménages, montrent qu'au niveau national, l'incidence de la pauvreté a baissé, passant de 53,3 % en 1996, à 40 % environ, en 2007.

On estime que pour atteindre les OMD en 2015, il faudrait que le Cameroun soutienne un taux de croissance de 7% (contre 4% actuellement) pendant plusieurs années. La crise financière et économique actuelle dans le monde, risque de devenir un facteur important d'instabilité. D'où la nécessité de politiques appropriées dans tous les secteurs de l'économie (pour faciliter la mobilisation et l'allocation de l'épargne), d'une bonne gouvernance économique et d'une intensification de la lutte contre la corruption pour stabiliser le système économique. Le Cameroun est en train de finaliser sa vision de développement à l'horizon 2035.

2.2 PROFIL SANITAIRE

Le profil épidémiologique du Cameroun est dominé par les maladies transmissibles, mais aussi par une tendance à l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles. Ceci reste lié en grande partie, à la précarité des conditions socio-économiques, aux problèmes liés à l'éducation, l'emploi, l'habitat, l'accès à l'eau potable, l'assainissement et la nutrition, pour une part importante de la population.

Malgré la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, celle-ci reste élevée, du fait principalement, des complications de la grossesse et de l'accouchement, et de l'insuffisance des services de soins obstétricaux et néonataux essentiels d'urgence (SONEU), de base et complets.

Tableau 1 : Evolution de la mortalité maternelle et infantile (en ‰), en 1991, 1994 et 2004 :

INDICATEURS	1991	1998	2004
Taux Brut de Mortalité (TBM)	12,8	10,1	
Taux de Mortalité infantile (TMI)	65	77	74
Taux de Mortalité juvénile (TMJ)	65,6	79,9	75
Taux de Mortalité maternelle (TMM) (pour 100 000 naissances vivantes)	430	430	669
Espérance de vie à la naissance, (en années)	54,3	59	53.3*

Source: EDSC 1991, 1998, 2004 et *CIA World Fact book, 2008

L'EDS II note des disparités régionales avec les taux de mortalité infantile plus élevés dans l'Adamaoua (153 ‰), le Nord et l'Extrême-Nord (135‰), alors que l'EDS III révèle que les régions de l'Est (111 ‰) et du Nord (106 ‰) sont les plus affectées.

La mise en œuvre de la PCIME reste timide (39 districts sur 174). Malgré d'importantes avancées, en matière de couverture vaccinale et la lutte accélérée contre les maladies évitables par la vaccination, il reste nécessaire d'assurer la mise à échelle de la PCIME et réduire le nombre d'enfants non touchés par la vaccination.

Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, en particulier. Il représente 40 à 50% des

consultations médicales, 40% des décès des enfants entre 0 et 5 ans, et 23% des hospitalisations⁴. Le pays connaît des problèmes importants d'approvisionnement en médicaments et de distribution des moustiquaires imprégnées. La prévention par les aspersions domiciliaires, est un défi majeur pour le programme.

La prévalence du VIH est évaluée à 5,5% (EDS III, 2004), avec de nombreuses disparités entre les régions et selon l'âge et le sexe. En 2008, on estime le nombre de personnes vivant avec le VIH, à 543 294, dont plus de 45 000 enfants⁵. Plus de 46 000 décès ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie, avec 300 000 orphelins du sida. La tuberculose est en recrudescence avec un nombre de cas déclarés qui est passé de 6288 en 2001, à 24589 en 2007⁶. Les performances enregistrées en matière de lutte contre ces maladies, entre 2003 et 2008, suscitent de nombreux espoirs, mais des efforts sont encore nécessaires pour le passage à l'échelle des interventions prioritaires, la satisfaction de la demande de service toujours croissante, l'amélioration de la qualité des services et la pérennisation des interventions.

Les maladies à potentiel épidémique, quoique sporadiques, en rajoutent de temps à autre à la morbidité et à la mortalité des populations. Ce sont le choléra, la méningite cérébrospinale à méningocoque, la fièvre jaune, la rougeole (malgré une diminution considérable de cas annuels, au cours des 7 dernières années), les fièvres hémorragiques et la poliomyélite. La surveillance intégrée de ces maladies et la réponse, ainsi que d'autres maladies et affections prioritaires, y compris les urgences de santé publique de portée internationale, connaît des lacunes importantes constatées lors d'une récente évaluation des capacités nationales de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI). Ceci a amené le ministère de la santé avec l'appui de l'OMS, à élaborer un plan d'action visant à renforcer les capacités nationales de surveillance et de réponse, en vue de la mise en œuvre du RSI.

Les maladies tropicales négligées, pourtant permanentes dans la population, bénéficient encore de peu d'attention de la part des intervenants en santé publique. Certaines sont en recrudescence telles l'ulcère de Buruli, présent dans 5 districts de santé et dont le nombre des cas a augmenté de 265 en 2005, à 312 en 2008, la trypanosomiase dans 8 districts de santé, l'onchocercose (prévalence de 40%), la filariose lymphatique (prévalence entre 2 et 20%, dans les districts de santé endémiques), les helminthiases intestinales (prévalences variant de 10 à 50%) qui sont avec la schistosomiase, (prévalence entre 20 et 60%), responsables d'une charge morbide importante parmi les enfants d'âge scolaire.⁷ Le pian et la leishmaniose sont suspectés dans certaines zones du pays. La lèpre en cours d'élimination, mais encore endémique dans 12 districts de santé, et la dracunculose déjà éradiquée, nécessitent encore la poursuite de la surveillance.

Les défis majeurs restent la mobilisation de financements et le renforcement du système de santé pour la détection et la prise en charge intégrée de ces maladies.

Les maladies non transmissibles et les traumatismes sont en recrudescence dans le pays, du fait des changements dans les modes de vie et habitudes alimentaires des populations, en particulier urbaines. Ce sont principalement l'hypertension artérielle, le diabète, la cécité, les cancers, les maladies bucco dentaires, les maladies mentales et les accidents de la voie publique. L'alcoolisme et le tabagisme sont de grands pourvoyeurs de certaines de ces maladies. Le défi majeur ici concerne la promotion des comportements et des modes de vie sains.

⁴ Plan stratégique national de Lutte contre le paludisme 2007-2011.

⁵ Comité national de Lutte contre le sida : Rapport annuel 2008.

⁶ Programme national de Lutte contre la tuberculose 2008.

⁷ Stratégie sectorielle de Santé, 2001-2015.

En matière d'urgences et de catastrophes, le pays présente différents risques majeurs tels les épidémies, les inondations, les éruptions volcaniques, la sécheresse, les conflits ethniques, les risques industriels, les risques traumatiques par accidents de la voie publique, et autres risques environnementaux, auxquels s'ajoute l'afflux périodique de réfugiés, en provenance des pays voisins (79578 en septembre 2007). Le pays a élaboré un plan de contingence non encore opérationnel. Les défis majeurs sont ici, de rendre le système de santé apte à répondre efficacement et en temps réel, et de coordonner les intervenants du secteur santé en situation d'urgence ou de catastrophe.

Le système de santé, comme dans la plupart des pays africains, est de type pyramidal à trois niveaux : central (stratégique), intermédiaire (technique) et périphérique (opérationnel).

Le pays compte 178 districts de santé, avec 162 hôpitaux de districts dont 154 fonctionnels, et 2043 structures sanitaires publiques et privées, majoritairement concentrées en zone urbaine. Seule 50% de la population a accès aux structures de soins dans un rayon de 5 Km.

Une insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines, persiste malgré les efforts de recrutement de ces dernières années. Cette situation est aggravée par une concentration en zone urbaine, au détriment des zones rurales. Le ratio en personnel médical, reste de 0,63 pour 1000 habitants en 2005, contre 2,3 selon la norme OMS. Le ratio pharmacien par habitant, va de 1 pour 6.920 (Douala et Yaoundé) à 1 pour 177,051, en zone rurale.

Les insuffisances techniques et managériales ainsi que les comportements non éthiques des personnels, fragilisent davantage le système de santé.

Malgré l'existence d'un système acceptable de collecte des données, le système de santé peine à produire les informations sanitaires permettant de maîtriser les phénomènes épidémiologiques et d'améliorer la gestion des services de santé. En outre, le faible niveau de développement de la recherche opérationnelle ne permet pas de disposer d'informations factuelles pour le développement des services et l'adaptation des programmes de santé.

L'accessibilité aux médicaments est passée de 70 % en 2003, à 83,7% en 2008, et la disponibilité moyenne est de 86%. Les traitements antituberculeux et antirétroviraux sont gratuits, d'autres (ACT, cotrimoxazole, insuline, etc.) sont subventionnés par l'Etat. Toutefois, la mise en œuvre effective de la réglementation pharmaceutique pour disposer des produits médicaux de qualité (y compris les vaccins), est compromise par un cadre légal faible. Corollaire de la vente illicite, la contrefaçon des médicaments se développe également dans le pays. Toutefois, depuis octobre 2008, le Cameroun fait partie du réseau IMPACT (International Medical Product Anticounterfeit Taskforce) qui lutte contre ces pratiques. Le plan stratégique national de sécurité transfusionnelle élaboré en 2008, n'est pas encore mis en œuvre. Un Plan national stratégique de développement et d'intégration de la Médecine traditionnelle dans le système de santé, a été élaboré en 2006, ainsi que le cadre de mise en œuvre de cette médecine.

Le secteur de la santé est principalement financé par le budget de l'Etat, les ménages (recouvrement des coûts et autres paiements directs), le financement extérieur et dans une moindre mesure, les collectivités publiques locales et l'assurance maladie privée⁸.

⁸ Stratégie sectorielle de Santé, 2001-2015.

Tableau 2 : Situation des allocations et exécution du budget de 1994 à 2006

Année	Prévisions			Exécution			Taux d'exécution du budget (%)	
	Evolution du budget alloué			Evolution du budget exécuté			National	Minsanté
	Minsanté	National	% budget national	National	Minsanté	% budget national		
1994-1995	613 253 671 655	16 143 318 611	2,6	473 530 884 214	14 096 196 503	3,0	77,2	87,3
1995-1996	647 575 916 281	18 140 453 073	2,8	616 129 983 829	16 239 865 906	2,6	95,1	89,5
1996-1997	1 075 534 803 346	20 239 246 266	1,9	863 532 262 412	23 145 893 822	2,7	80,3	114,4
1997-1998	1 468 680 859 800	29 592 151 974	2,0	1 218 323 397 060	30 838 116 078	2,5	83,0	104,2
1998-1999	1 229 275 235 706	38 076 550 783	3,1	1 091 179 532 370	30 199 397 186	2,8	88,8	79,3
1999-2000	1 296 603 433 656	31 922 529 144	2,5	1 193 198 628 276	30 736 748 796	2,6	92,0	96,3
2000-2001	1 475 165 181 360	55 286 712 672	3,7	1 240 516 706 328	34 850 037 612	2,8	84,1	63,0
2001-2002	1 544 796 447 480	69 127 704 126	4,5	1 386 574 517 250	51 560 926 326	3,7	89,8	74,6
2003.	1 507 387 326 811	59 378 473 971	3,9	1 376 738 328 846	41 296 683 874	3,0	91,3	69,5
2004.	1 617 000 000 000	79 283 991 600	4,9	1 451 933 044 650	46 483 639 400	3,2	89,8	58,6
2005.	1 742 903 687 000	85 587 607 374	4,9	1 476 103 929 297	51 520 103 229	3,5	84,7	60,2
2006.	1 860 999 999 859	84 250 137 237	4,5	1 529 845 656 787	55 250 734 959	3,6	82,2	65,6

Source: Stratégie sectorielle de Santé actualisée (2009).

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la part du budget national alloué à la santé, a connu une progression depuis 1997 (2%), mais l'on note une stagnation depuis 2004 (5%). Il convient de relever le faible taux d'exécution du budget alloué au secteur santé depuis l'année 2000.

Ces dernières années, le Cameroun a bénéficié de financements innovants liés à de nombreuses initiatives internationales, visant l'atteinte des OMD : Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), UNITAID etc. L'allègement de la dette du Cameroun à travers les mécanismes de l'initiative PPTE, a apporté des ressources additionnelles au secteur (C2D, PPTE, IADM).

Les programmes prioritaires de santé bénéficient de l'appui des organisations à base communautaires. Cependant, avec l'implication grandissante des communautés dans la mise en œuvre des interventions de santé, il devient indispensable de mieux les organiser afin d'améliorer leur participation dans la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des dites interventions.

Face à la situation sanitaire préoccupante décrite ci-dessus, outre la mise en œuvre d'un programme de construction, d'aménagement/équipement des infrastructures sanitaires, le Gouvernement a engagé une réforme sanitaire tous azimuts, depuis l'adoption en 2001, de la stratégie sectorielle de santé pour la période 2001-2010, qui a été actualisée en 2008, pour l'aligner à l'horizon 2015 (atteinte des OMD). Elle concerne autant les institutions et programmes de santé que des actions nécessaires pour le renforcement du système de santé, dont on retient principalement, la mise en œuvre d'un plan d'urgence de développement des ressources humaines, la planification décentralisée au niveau des districts, dans le cadre de l'élaboration d'un plan de développement sanitaire, et les préparatifs pour la mise en œuvre d'une approche sectorielle santé (SWAp santé).

Toutefois, l'impact de ces actions multiformes de développement du système sanitaire national et de lutte contre la maladie, ne s'est pas encore clairement fait ressentir au niveau

de la réduction de la morbidité et de la mortalité, et donc de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, particulièrement les couches les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes en âge de procréer. Il faut aussi signaler que le faible impact de ces actions, résulte de la non intégration des interventions prioritaires de santé, mais aussi de la pauvreté des ménages qui limite très souvent l'accessibilité aux soins de santé.

L'insuffisance des ressources, la sous utilisation de celles existantes, les lourdeurs dans les procédures de décaissement, le fardeau de la récession économique, ainsi que d'autres obstacles liés à la gouvernance, limitent encore les capacités de développement du système de santé, de mise en œuvre des programmes de santé y compris, en situation d'urgence et de catastrophe, d'amélioration de conditions de travail des personnels de la santé, ainsi que la promotion de comportements et modes de vie favorables à la santé.

2.3 SANTÉ ET DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

2.3.1 Défis de la précédente Stratégie de Coopération

En vue d'accompagner le pays dans les réformes entreprises et de renforcer la coopération avec le Cameroun, l'OMS a élaboré la première stratégie de coopération (2003-2007), en prenant en compte les défis auxquels faisait face le secteur santé :

- i) Réduire le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- ii) Inverser la tendance de la prévalence du VIH/Sida ;
- iii) Promouvoir la collaboration intersectorielle dans la résolution de certains problèmes de santé liés à l'eau, à l'assainissement et à l'environnement ;
- iv) Doter le système de santé d'un personnel qualifié et motivé, en quantité suffisante, à tous les niveaux ;
- v) Rendre accessibles les soins de santé essentiels de qualité, aux populations les plus pauvres, à travers des mécanismes de financement efficaces ;
- vi) Rendre performant le système national d'information sanitaire ;
- vii) Rendre performants et viables, tous les districts sanitaires du pays ;
- viii) Renforcer les capacités du Ministère de la Santé dans le Pilotage/Coordination du secteur.

L'agenda stratégique portait sur 3 axes :

- i) L'amélioration de la performance du système de santé comportant 7 sous-axes et 21 domaines d'appui ;
- ii) L'appui à la lutte contre la maladie avec 4 sous axes et 19 domaines ;
- iii) La promotion de la santé avec 3 sous-axes et 10 domaines d'appui.

2.3.2 Bilan de la stratégie précédente

Cette stratégie de coopération a été à la base de l'élaboration et de la mise en œuvre de quatre plans de travail successifs des périodes biennales 2002-2003 à 2008-2009, quoique la dernière période biennale soit intervenue avant l'élaboration de la seconde stratégie de coopération. Des résultats significatifs de cette coopération, ont été atteints, en particulier s'agissant des missions essentielles de l'OMS (voir annexe 3), quoique des gaps aient persisté dans la mise en œuvre.

S'agissant de l'amélioration de la performance du système de santé :

Les résultats ont été atteints dans plusieurs domaines de 6 des 7 sous-axes concernant cet axe stratégique entres autres :

- i) La création d'un comité de pilotage pour le suivi et la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé (SSS) et une concertation régulière entre partenaires dans le domaine de la santé, qui ont permis l'élaboration d'un cadre conceptuel de développement du district de santé, et l'élaboration de plans de développement des districts de santé en vue de la confection d'un programme commun (SWAp santé) ;
- ii) L'évaluation à mi parcours, et l'actualisation la SSS pour son alignement aux OMD ;
- iii) L'amorce d'une réforme hospitalière avec définition des paquets minimums d'activités (PMA) et paquets complémentaires d'activités (PCA) des formations sanitaires par niveaux ;
- iv) L'élaboration d'un plan d'urgence de développement des ressources humaines ayant abouti au recrutement de personnels de santé ;
- v) L'amorce d'une réflexion sur la mutualisation du risque maladie.

Concernant la lutte contre la maladie :

Les résultats portent sur l'ensemble des 4 axes stratégiques, quoique certains domaines n'aient pu être touchés. L'on note ainsi:

- i) L'extension de la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour 14 des 24 maladies prévues, avec renforcement des réseaux nationaux et régionaux d'échanges d'informations épidémiologiques par un système VSAT ;
- ii) L'élaboration et/ou la mise en œuvre de plans stratégiques de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, avec confection de guides/manuels de procédures divers, mais aussi l'appui technique à la mobilisation des financements, à l'approvisionnement en médicaments (ARV, antituberculeux, ACT), aux activités de prévention (conseil-dépistage, distribution des MII/MILD, TPI...), à la prise en charge des malades (création d'UPEC, extension de CDT-TB, PTME...), et à la surveillance de la chimiorésistance aux traitements ARV, ACT et antituberculeux ;
- iii) L'adoption d'une politique nationale pour la sécurité transfusionnelle avec promulgation d'une loi ;
- iv) L'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité/morbidité maternelle et néonatale ;
- v) L'introduction de deux nouveaux antigènes dans le calendrier de vaccination infantile (fièvre jaune et hépatite virale B) et le développement de la PCIME dans 22 districts de santé.

En ce qui concerne la promotion de la santé :

Même si des résultats ont été atteints dans les 3 sous-axes de cet axe stratégique, l'on note que beaucoup reste à faire dans plusieurs domaines. Certains des résultats majeurs sont :

- i) L'élaboration d'un document de politique nationale de promotion de la santé, assorti d'un plan stratégique, pour la période 2006-2011 ;
- ii) La ratification de la Convention-Cadre de Lutte Antitabac, en 2006 ;

- iii) L'introduction de la communication interpersonnelle lors des visites auprès des ménages, avec formation des relais communautaires et des structures de dialogue ;
- iv) La diffusion de bonnes pratiques en matière de comportements concernant la santé de la reproduction, le VIH/Sida, l'environnement et la nutrition ;
- v) La diffusion de normes, standards et directives sur la bonne qualité de l'eau, au niveau des communautés.

2.3.3 Gaps de mise en œuvre de la SCP de première génération

Malgré l'importance des résultats atteints, des gaps persistent pour le système de santé tel que la non élaboration d'un plan stratégique national pour le développement des ressources humaines, la non conceptualisation d'un système de répartition équitable des ressources budgétaires étatiques conformément aux orientations de la stratégie sectorielle de santé, et le non développement des protocoles de soins.

Pour la lutte contre la maladie, la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse n'ont pas été intégrées dans les curriculums des facultés de médecine et des écoles de formation du personnel sanitaire, et aucun plaidoyer n'a été effectué auprès des partenaires pour le financement de la surveillance. Les programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme peinent à fournir un accès universels aux soins.

La mise en place de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité/morbidité maternelle et néonatale, n'a pas permis une diminution significative des indicateurs y afférant. L'accès à la PCIME reste insuffisant. L'accès aux médicaments en quantité et qualité suffisante pour les plus démunis, reste instable du fait d'une pérennisation incertaine des acquis, s'agissant surtout des médicaments gratuits ou fortement subventionnés.

La promotion de la santé est restée au niveau théorique, le concept devant mieux être compris par tous les intervenants, et la pratique axée sur la réduction des effets des déterminants de la mauvaise santé.

2.3.4 Leçons apprises

L'élaboration de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Cameroun a permis un travail participatif tant à l'intérieur du Bureau de pays qu'avec le ministère de la santé, les ministères apparentés et les partenaires au développement. La stratégie de coopération a servi comme outil de planification pour l'élaboration des différents plans de travail des périodes biennales 2004 à 2009. En outre, elle a permis le recentrage des interventions de l'OMS en rapport avec ses missions essentielles et ses avantages comparatifs.

Toutefois, la disponibilité tardive du document a limité sa diffusion et son utilisation comme outil de plaidoyer. La mise en œuvre de la SCP à travers les différents plans de travail élaborés selon les domaines cloisonnés qu'impose le processus gestionnaire de l'Organisation, n'a pas favorisé un travail intégré tant à l'intérieur de l'équipe de l'OMS qu'avec le ministère de la santé. Cette intégration des interventions, voire des programmes, est aujourd'hui devenue indispensable du fait de la raréfaction des ressources financières constatée ces dernières années.

2.3.5 DÉFIS ACTUELS

La stratégie sectorielle de santé actualisée (2001-2015), a formulé un double défi majeur pour la santé, à savoir, renforcer le système de santé de district et assurer la mise en œuvre

adéquate des programmes de santé devant permettre d'atteindre les OMD relatifs à la santé. A ces défis majeurs sont liés les défis connexes suivants :

- Mettre en place des ressources humaines en quantité et de qualité nécessaires pour le fonctionnement adéquat des structures de santé et l'offre de soins de qualité ;
- Assurer l'accès géographique et financier des produits médicaux essentiels aux couches les plus vulnérables ;
- Rendre les districts de santé viables dans le cadre des soins de santé primaires, en accord avec la déclaration de Ouagadougou ;
- Développer un système fiable d'information pour la gestion sanitaire, en vue d'assurer un monitoring correct des progrès accomplis dans le développement du système de santé, la mise en œuvre des programmes et l'atteinte des OMD relatifs à la santé ;
- Réduire les niveaux de mortalité maternelle, infantile et néonatale par la mise en œuvre d'interventions intégrées et efficaces ;
- Porter à échelle les interventions de survie de l'enfant et de promotion de la santé pour les adolescents ;
- Rendre le système de santé apte à assurer la surveillance des maladies et à répondre de manière adéquate, et en temps réel, en cas d'épidémie et de risques majeurs de santé publique, conformément au RSI ;
- Contrôler les principales maladies transmissibles et non transmissibles, notamment le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme et les maladies tropicales négligées ;
- Amener le pays à être préparé pour répondre efficacement aux urgences et catastrophes humanitaires, et à leurs conséquences sanitaires ;
- S'attaquer aux déterminants de la mauvaise santé et créer des environnements favorables à la bonne santé.

L'OMS, à l'instar des autres partenaires du secteur santé, apportera sa contribution au relèvement des défis, en vue de l'amélioration de la situation sanitaire des populations camerounaises.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1 TENDANCES GÉNÉRALES DE L'AIDE AU SECTEUR SANTÉ

Au niveau des intentions, l'aide extérieure des principaux partenaires financiers représente 20% du financement du secteur santé.

Tableau 2 : Données générales sur l'aide extérieure :

Aide extérieure	1997	1998	1999	2005
APD (millions USD)	498	424	434	414
Ratio Bilatéraux	66%	72%	59%	
APD/PNB	6.3%	5.0%	5.2%	

Source: Coopération Cameroun- Communauté européenne, 9ème FED.

L'aide publique au développement a connu une certaine baisse entre 1997 et 1998, puis semble s'être stabilisé depuis lors.

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTIONS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Le type d'assistance dont bénéficie le secteur, est essentiellement technique et financier. La coopération multilatérale est prédominante et s'effectue à travers les principales agences spécialisées du Système des Nations Unies, l'Union européenne, la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement et la Banque islamique de Développement. La coopération bilatérale reste dominée par l'Agence française de Développement et la Coopération allemande (KFW, GTZ) (voir annexe 4).

Les agences multilatérales :

La **Banque africaine de Développement** (BAD) intervient dans le développement du système de santé (et la santé de la reproduction dans les régions du Centre, du Sud et du Littoral). Les interventions de développement du système de santé visent l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé à travers : le renforcement des infrastructures sanitaires et du système national d'information sanitaire (SNIS), la mise en place de l'Observatoire national de Santé publique, et l'appui à la maintenance des équipements biomédicaux.

La **Banque mondiale** (BM) fournit un appui institutionnel au MINSANTE en matière de suivi/évaluation, de contractualisation, et de renforcement des districts de santé, à travers la promotion de la demande ainsi qu'au processus de mise en place du SWAp santé.

L'Union européenne (UE) quant à elle, intervient par un appui budgétaire.

La **Banque islamique de Développement** appuie le pays pour la construction et l'équipement du Centre national des urgences, des Hôpitaux de District et d'une dizaine de centres de santé intégrés.

L'Organisation pour la Coordination de la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC) intervient dans la lutte contre les endémies, la recherche et la surveillance de la pharmaco-résistance dans les domaines du VIH/Sida et du paludisme.

Les agences du Système des Nations Unies

Outre l'OMS, le Secrétariat ONUSIDA, le PAM, le PNUD, l'UNFPA et l'UNICEF sont les principales agences actives au Cameroun, dans le secteur de la Santé.

Le **Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)** concentre son appui dans le domaine de la population et du développement dans les districts retenus des 5 régions d'intervention, à travers la mise en œuvre du programme de prévention des fistules obstétricales, la réponse aux urgences humanitaires, le renforcement de la santé de la reproduction (exécution du projet BAD), le renforcement de la santé de la reproduction/maternité sans risque, de la santé de la reproduction des adolescents et l'appui aux préparatifs du SWAp santé.

Le **Programme alimentaire mondial (PAM)** intervient dans la prise en charge nutritionnelle des réfugiés, des populations sinistrées, le soutien aux cantines scolaires, la formation des personnels et le soutien logistique en cas de catastrophe.

Le **Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)** intervient dans les préparatifs du SWAp santé, le soutien aux organisations des PVVIH et aux collectivités locales, en matière de lutte contre le VIH, l'appui à l'élaboration des documents de stratégie de réduction de la pauvreté et le suivi de la mise en œuvre des OMD et de la Déclaration de Paris.

Le **Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)** intervient dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition, la mobilisation sociale et la prévention de l'infection à VIH. En outre, l'UNICEF appuie le processus de mise en place du SWAp santé.

Le **Secrétariat ONUSIDA** fournit un appui technique au Comité national de Lutte contre le sida (CNLS), en matière de planification, suivi/évaluation et de mobilisation des ressources. En outre, il assure la coordination des interventions du SNU en matière de lutte contre le VIH/sida.

Les agences bilatérales

La **Coopération française (CF)** intervient à travers d'une part, l'Agence française de Développement (AFD) en matière de renforcement du système de santé et d'appui institutionnel, et d'autre part, le Service de Coopération et d'Action culturelle qui intervient dans le financement des hôpitaux, le programme environnement et santé, ainsi que la surveillance épidémiologique.

En outre, la CF contribue aux préparatifs du SWAp santé, et à diverses autres interventions notamment, l'offre de soins hospitaliers au niveau de l'hôpital central de Yaoundé, la mise à disposition d'assistants techniques au niveau du Centre Pasteur du Cameroun, l'appui au renforcement du système de santé dans les régions septentrionales et celles du Sud.

La **Coopération allemande** intervient à travers la GTZ et la KFW dans le processus de mise en place du SWAp santé, la lutte contre le VIH/sida et d'autres interventions. La GTZ soutient l'extension des Fonds régionaux de promotion de la santé dans 7 régions, dans le cadre d'un appui institutionnel. La KFW finance les infrastructures de santé et des équipements médicaux, dans le cadre de la réhabilitation de quatre hôpitaux régionaux et assimilés, et appuie le programme d'amélioration des Soins de santé primaires et le Programme de Santé de la reproduction dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-ouest et du Littoral. La coopération allemande intervient aussi dans le développement du programme de médicaments essentiels, le partage du risque maladie, la qualité des soins et des services, l'approche contractuelle de développement du système de santé dans les mêmes régions.

La **Coopération chinoise**, outre l'octroi de bourses de formation en Chine, fournit un appui dans la construction et l'équipement de l'Hôpital Gynéco Obstétrique et pédiatrique de Douala, d'une capacité de 300 lits, l'assistance technique médicale et paramédicale y compris, les ingénieurs biomédicaux aux hôpitaux de Mbalmayo, Guider, Buéa et l'Hôpital Gynéco Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, où elle intervient également, dans la création d'un centre national de recherche sur le paludisme.

La **Coopération italienne** fournit une assistance technique et logistique aux institutions de recherche sur le VIH-sida (Centre international de Recherche Chantal Biya) et le paludisme.

La **Coopération canadienne** appuie la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles, en particulier, auprès des transporteurs routiers.

La **Coopération belge** intervient dans le renforcement du système de santé et la lutte contre le VIH/sida dans la Région de l'extrême-nord.

L'Ambassade des Etats-Unis intervient dans la lutte contre la grippe aviaire, le VIH/sida et la promotion de la recherche.

Plusieurs ONG nationales et internationales sont actives dans le secteur, notamment : Aide aux lépreux Emmaüs Suisse, Care Cameroun, Plan Cameroun, Sightfirst, Médecins Sans Frontières Suisse et France, Service néerlandais de Volontariat (SNV), coalition des ONG de lutte contre l'onchocercose (IEF, SSI, Carter Center, HKI). Elles interviennent essentiellement, dans la mise en œuvre des programmes de santé.

Le pays bénéficie aussi des appuis importants de différents mécanismes de financement notamment, le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM), l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI), le Fonds OPEP pour le Développement international (OFID).

Le Ministère de la Santé assure la coordination des intervenants en matière de santé, à travers le Comité de Pilotage, de Suivi et de Mise en Œuvre de la Stratégie sectorielle de Santé (CP/SSS). Ce comité inclut les ministères apparentés, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les ONG et le privé. Il est à noter qu'en plus de ce comité, il existe plusieurs autres entités de coordination thématiques tels le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) pour les vaccinations, le Mécanisme de Coordination Pays (CCM) pour le GFATM, ainsi que des comités nationaux, pour la mise en œuvre des différents programmes prioritaires. Ces structures regroupent les mêmes intervenants et fonctionnent plus ou moins indépendamment. Conformément à la Déclaration de Paris, la mise en place du SWAp santé, permettra la définition d'un mécanisme unique de coordination des partenaires, sous leadership du Ministère de la Santé.

SECTION 4

CADRE POLITIQUE INSTITUTIONNEL DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS consiste à «amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (*article 1 de la Constitution de l'OMS*). La stratégie institutionnelle, le onzième programme général de travail 2006-2015,⁹ et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009¹⁰, définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre, pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé.

L'Organisation s'attache en effet, à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États membres, notamment, pour ce qui est de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de ses avantages comparatifs¹¹ :

- i) Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé, et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- ii) Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- iii) Fixer des normes et des critères, et en encourager et suivre l'application ;
- iv) Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- v) Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- vi) Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissance dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

⁹ Onzième programme général de travail, 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

¹⁰ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009.

¹¹ Onzième programme général de travail, 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

- i) Investir dans la santé, pour réduire la pauvreté ;
- ii) Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- iii) Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- iv) Influencer sur les déterminants de la santé ;
- v) Renforcer les systèmes de santé et en rendre l'accès plus équitable ;
- vi) Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- vii) Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, le Directeur général de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation :

- 1) Le développement sanitaire ;
- 2) La sécurité sanitaire ;
- 3) Les systèmes de santé ;
- 4) Les données factuelles à l'appui des stratégies ;
- 5) Les partenariats ;
- 6) L'amélioration de la performance de l'OMS.

Elle a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et sur celle des populations africaines.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le onzième programme général de travail fixe les priorités suivantes, au niveau mondial¹² :

- i) Apporter un appui aux pays, pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- ii) Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- iii) Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- iv) Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des Ministères de la Santé ;
- v) Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements, au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional, tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé, par les Chefs d'Etat de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT), 2008-2013.

¹² Onzième programme général de travail, 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009».

Elles portent notamment, sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ; les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats ; la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays, un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé, et s'attaquer à la crise des ressources humaines.

En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs, de mobiliser des fonds, pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes.

Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui inter pays, pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes¹³ :

- renforcement des bureaux de pays de l'OMS ;
- amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé ;
- fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;
- promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles, liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.6 RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE L'OMS, AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies de coopération OMS avec les pays, déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique du pays, et des défis en matière de santé. Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 4.2 ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustement, en tenant compte des besoins individuels des pays.

¹³ Plan stratégique à moyen terme, 2008-2013. Orientations stratégiques, 2008-2013, paragraphe 28.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS

La coopération de l'OMS avec le Cameroun, est régie par l'Accord de base signé respectivement, le 5 novembre 1962, à Brazzaville et le 8 décembre 1962, à Yaoundé et qui, depuis lors, n'a pas été révisé.

Sur la base de son 11^{ème} Programme général de Travail 2006-2015, l'OMS s'est dotée d'un plan stratégique à moyen terme, 2008-2013, duquel vont découler les budgets programmes pour les trois périodes biennales à venir.

Sur les 13 objectifs stratégiques définis pour le budget programme 2008-2009, dans le plan stratégique à moyen terme, le Bureau en a retenu 11 pour son programme de coopération au cours de la période biennale 2008-2009. Il s'agit de :

- i) Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles ;
- ii) Combattre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- iii) Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée, liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et à la violence ;
- iv) Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence y compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique ;
- v) Réduire les effets sur la santé, des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques ;
- vi) Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé, associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque ;
- vii) Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé, et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme ;
- viii) Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces, pour la santé liées à l'environnement ;
- ix) Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable ;
- x) Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles ;

- xi) Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.

Au regard de ces objectifs stratégiques, trente neuf résultats attendus spécifiques au Bureau, ont été déterminés, sur lesquels le budget a été réparti et les activités de coopération développées.

La coopération de l'OMS sera menée dorénavant, en tenant compte de la stratégie sectorielle de santé actualisée, 2001-2015, et de l'approche sectorielle élargie, dès qu'elle sera mise en place, avec le soutien de l'ensemble des partenaires au développement sanitaire ainsi que de la déclaration de Paris.

Le programme de coopération pour la période biennale 2008-2009, contribue à la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé 2001-2010, en mettant l'accent sur l'appui stratégique et technique qui sera apporté au Ministère en charge de la Santé, et en minimisant l'appui aux activités de routine. Pour la réalisation de son programme, l'OMS prévoit sur les contributions fixées (budget régulier), un montant de 2 517 000 USD et sur les fonds volontaires (fonds extrabudgétaires), un montant de 4 002 000 USD.

Cependant, l'atteinte des résultats attendus spécifiques du Bureau, est grandement tributaire des fonds volontaires. Pour ce faire, la mise en œuvre d'une stratégie conséquente de mobilisation de ressources supplémentaires, aussi bien au niveau mondial qu'au niveau pays, s'avère nécessaire. C'est ainsi que le Bureau de pays contribuera aussi au développement de la stratégie de mobilisation de ressources, par l'ensemble des Agences du Système des Nations Unies.

Pour la mise en œuvre de ses activités de coopération, l'OMS compte un effectif de 37 personnes constituées de 12 administrateurs de programmes et de 25 agents administratifs et d'appui. Il est à noter que le Bureau ne compte que trois internationaux dans son effectif. Le Bureau bénéficie ainsi d'une équipe de base (core staff) nécessaire à son fonctionnement, quoique le recrutement d'un administrateur national en charge de la planification, de la gestion et du suivi du programme (MPN) et d'un économiste de la santé (HEC) compléterait à bon escient, cette équipe de base. Malheureusement, pour des raisons de contrainte budgétaire ce gap n'a pas pu jusqu'à présent être comblé.

Dans le cadre de l'exercice de restructuration des Bureaux de pays (*reprofiling*), et conformément aux orientations données par le Directeur régional, une nouvelle organisation du travail en trois clusters, a été adoptée et mise en œuvre, et cela, en vue du renforcement de l'esprit d'équipe et d'une meilleure efficacité dans le travail. Les différents programmes ont été regroupés dans les groupes de travail suivants :

- i) Groupe de travail concernant l'appui aux programmes ;
- ii) Groupe de travail concernant les questions politiques et les systèmes ;
- iii) Groupe de travail concernant la présence de l'OMS.

Avec le système de décentralisation mis en place par le Directeur régional, le bureau bénéficie depuis 2006, de l'expertise mise en place au sein de l'équipe inter pays pour les pays de l'Afrique centrale, basée à Libreville, au Gabon. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de coopération pour 2008-2009, le Bureau de l'OMS au Cameroun, a déjà bénéficié de près de quarante (40) missions d'appui du Siège, du Bureau régional et de l'Equipe Inter pays.

La coopération fructueuse de l’OMS avec le Cameroun, a permis ces dernières années, de renforcer le leadership du ministère de la Santé auprès de ses partenaires, et de rehausser l’image de marque de l’Organisation auprès du Gouvernement et des partenaires du secteur de la santé. Toutefois, les contraintes budgétaires de l’Organisation, n’ont pas permis au Bureau de pays, de mettre en œuvre certaines interventions, voire d’atteindre certains résultats escomptés. A cela, s’ajoute les conséquences négatives des fréquents changements de responsables des différentes directions et services du ministère de la santé.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE CAMEROUN

Au vu de l'analyse de la situation et de l'évaluation de la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération, et compte tenu des défis auxquels le secteur santé est confronté, tels qu'identifiés dans la stratégie sectorielle de santé actualisée, l'appui de l'OMS, en collaboration et en synergie avec d'autres partenaires, sera focalisé pour la période 2010-2015, sur 5 axes stratégiques :

- i) Lutte contre la maladie ;
- ii) Amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant ;
- iii) Préparation et réponse aux situations d'urgences et de catastrophes ;
- iv) Promotion de la santé ;
- v) Renforcement du système de santé.

6.1 LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

L'OMS a régulièrement accompagné le pays, pour la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose, ainsi que d'autres maladies transmissibles (y compris, les maladies tropicales négligées) et non transmissibles. En outre la surveillance intégrée des maladies et réponse prend progressivement corps, et le pays a récemment évalué ses capacités de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) 2005, et élaboré un plan de renforcement de celles-ci. L'appui de l'OMS concernera prioritairement, la surveillance intégrée des maladies et réponse (SIMR), avec un accent particulier sur la mise en œuvre du RSI, la poursuite de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et la lutte contre les maladies tropicales négligées et certaines maladies non transmissibles.

Concernant la surveillance intégrée des maladies et réponse et la mise en œuvre du RSI, l'OMS soutiendra :

- la poursuite de l'extension de la surveillance épidémiologique intégrée et réponse à tous les niveaux et à l'ensemble des maladies concernées ;
- le renforcement des capacités techniques requises pour la mise en œuvre du RSI 2005 ;
- l'amélioration de la gestion des données épidémiologiques à tous les niveaux, y compris le renforcement des réseaux national, sous-régional et régional, de circulation des données ;

- le renforcement des capacités des laboratoires de santé publique ;
- le plaidoyer pour le financement de la SIMR, en vue de la pérennisation des acquis.

Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme :

l'appui de l'OMS portera sur :

- l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme de 3^e génération, dans le cadre de la mise à échelle des interventions prioritaires du secteur de la santé, en matière de prévention, traitement et soins, y compris les activités conjointes ;
- l'extension de la couverture en matière de dépistage et de traitement, l'amélioration de la qualité de la prise en charge et une meilleure intégration des interventions conjointes pour les malades du sida, de la tuberculose et du paludisme, à travers l'élaboration et la diffusion des politiques, normes et schémas thérapeutiques standardisés, ainsi que la formation/recyclage du personnel ;
- la gestion de l'information stratégique, à travers le renforcement de la surveillance épidémiologique des trois maladies, la prévention et la surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux ARV, du paludisme aux ACT, de la tuberculose aux antituberculeux, des infections sexuellement transmissibles aux médicaments spécifiques, et des vecteurs du paludisme aux insecticides ;
- le plaidoyer et le renforcement du dépistage du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) et les maladies non transmissibles (MNT), l'appui de l'Organisation se focalisera sur :

- l'évaluation de la situation de base de certaines maladies tropicales négligées (filariose lymphatique, ulcère de Buruli, pian) et de certaines maladies non transmissibles (épilepsie, maladies bucco-dentaires) ;
- le plaidoyer pour la mobilisation des financements en faveur de la lutte contre les MTN ;
- la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les MTN, et particulièrement l'intégration des activités de distribution des médicaments contre l'onchocercose, la schistosomiase et la filariose lymphatique ;
- le suivi de la pharmacorésistance aux traitements et de l'assurance-qualité des soins en vue de l'amélioration des taux de guérison des malades pour l'ulcère de Buruli ;
- l'élimination de la trypanosomiase et le maintien de l'élimination de la lèpre ;
- l'intégration de la prise en charge de l'épilepsie, dans le système de soins de santé primaires, au niveau du district de santé.

6.2 L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ADOLESCENT ET LA SURVIE DE L'ENFANT

Concernant la santé de la mère et du nouveau-né, l'OMS fournira un appui pour :

- la mise en œuvre de la « Feuille de Route nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Morbidité/mortalité maternelle et néonatale » à travers le renforcement des capacités des personnels chargés de la santé de la mère et de l'enfant, la mise à échelle des Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence, les soins pré et postnatals y compris, le repositionnement de la planification familiale et les audits des décès maternels ;
- le renforcement du système d'information sanitaire pour le suivi de l'atteinte de l'OMD 5 ;
- la prise en compte de la dimension genre dans les programmes de santé ;
- la mise en œuvre d'interventions de lutte contre les pratiques néfastes, les violences sexuelles et les violences basées sur le genre.

Sur les interventions en faveur de la survie de l'enfant, l'OMS appuiera :

- l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine ;
- les interventions en vue de la certification de l'éradication de la poliomyélite ;
- le renforcement de la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD) et les Activités de Vaccination Intensifiées (AVI), en vue de l'augmentation de la couverture vaccinale ;
- l'organisation des semaines d'action de santé et de nutrition infantile et maternelle (SASNIM) et autres interventions intégrées de survie de l'enfant ;
- l'accélération de la mise en œuvre de la PCIM, dans ses trois composantes.

Pour ce qui est de la santé des adolescents, l'appui de l'OMS portera sur :

- la mise en œuvre du plan stratégique sur la santé des adolescents ;
- le renforcement des capacités des prestataires des soins de santé aux adolescents.

6.3 LA PRÉPARATION ET RÉPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCES ET DE CATASTROPHES

Etant donné les risques naturels et anthropiques répertoriés comme susceptibles d'entraîner des situations d'urgences et de catastrophes dans le pays, l'agenda stratégique de l'OMS prévoit de soutenir le pays pour la préparation et le renforcement des capacités, la réponse et la coordination en situations d'urgences et de catastrophes.

En matière de préparation aux urgences, l'appui portera sur :

- l'élaboration et la mise en œuvre de plans sectoriels santé, aux niveaux national et régional, de préparation aux urgences et catastrophes ;

- le renforcement des capacités pour l'analyse de la situation régionale et pour la réponse en cas d'urgence et de catastrophe ;
- l'adaptation des modes opératoires standardisés en situation d'urgence humanitaire tant, au niveau national que régional.

S'agissant de la réponse aux urgences et catastrophes l'appui portera sur :

- la formation des personnels sur les modes opératoires standardisés en situation d'urgences et catastrophes humanitaires ;
- l'assistance technique et logistique (kits d'urgence, etc.) ;
- l'application en temps réel, des modes opératoires standardisés, en cas d'urgences et catastrophes humanitaires.

Pour la coordination de la réponse sanitaire aux urgences et catastrophes, l'OMS jouera son rôle de leader du cluster santé, auprès des différents intervenants du secteur santé.

6.4 LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Suite au Rapport de la Commission sur les déterminants de la santé qui met un accent sur la réduction des inégalités en santé, l'OMS soutiendra :

- le développement des initiatives nationales visant la réduction des inégalités en santé ;
- la promotion pour toutes actions intersectorielles pour faire face aux principaux déterminants de la santé ;
- la promotion d'environnements favorables à la santé, dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville ;
- la promotion des styles de vie favorables à la santé y compris, les comportements sexuels sains.

S'agissant du développement d'initiatives nationales visant la réduction des inégalités en santé, l'OMS soutiendra techniquement, certaines municipalités, dans l'analyse de la situation, l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action (Urban Heart).

Concernant la promotion d'actions intersectorielles, pour faire face aux principaux déterminants de la santé, il s'agira d'apporter un appui pour l'identification des déterminants socio-économiques de la santé, et leur prise en compte dans la formulation des politiques et stratégies de santé.

En matière de promotion d'environnements favorables à la santé, les efforts de l'OMS seront focalisés sur :

- la poursuite des interventions visant à réduire les risques de santé liés à l'environnement et leurs effets (écoles-santé, villes-santé etc.) ;
- le suivi de la mise en œuvre des recommandations de la Déclaration de Libreville.

S'agissant de la promotion de comportements et de styles de vie favorables à la santé, l'appui de l'OMS portera sur :

- la mise en œuvre du plan national de lutte contre le tabagisme, en application de la Convention Cadre de l'OMS, pour la lutte antitabac ;

- l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies de lutte contre les toxicomanies (alcool, substances psycho-actives) ;
- l'intégration des interventions de promotion de la santé, dans la mise en œuvre de programmes prioritaires de santé.

6.5 LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

En vue d'assurer la mise en œuvre des quatre premiers axes stratégiques ci-dessus énoncés, le renforcement du système de santé demeure la pierre angulaire. Pour ce faire, l'appui de l'OMS portera essentiellement sur le leadership et la gouvernance, la qualité des prestations des services de santé, la participation communautaire, les ressources humaines, le financement, le système d'information sanitaire, les technologies essentielles, la recherche opérationnelle, et le partenariat pour le développement sanitaire.

Sur le leadership et la gouvernance, l'OMS contribuera au renforcement des capacités techniques et managériales du personnel de santé surtout, au niveau du district de santé, par l'adaptation des curricula de formation et la formation des équipes cadres à la gestion.

En matière de prestation des services de santé, l'OMS continuera à assurer un accompagnement technique pour la viabilisation des districts de santé, selon les principes des soins de santé primaires (Déclaration de Ouagadougou), l'élaboration des protocoles standards en vue d'assurer la qualité des soins. En outre, l'OMS apportera son appui au renforcement de la participation communautaire notamment, par l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale.

En ce qui concerne les ressources humaines, l'OMS fournira un soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines, ainsi qu'à la mise en place d'un observatoire des ressources humaines, pour la santé.

S'agissant du financement de la santé, l'appui portera sur l'élaboration d'un plan stratégique de financement de la santé, sur la base du programme commun (PNDS), l'élaboration régulière des comptes nationaux de santé, la poursuite du développement des mutuelles de santé et la réflexion sur la mise en place d'un système d'assurance-maladie.

Pour ce qui est du système d'information sanitaire pour la gestion, il s'agira de soutenir la mise en œuvre du plan stratégique de l'information sanitaire, pour un meilleur suivi du développement du système de santé et la mise en œuvre intégrée des programmes de santé. Par ailleurs, l'OMS apportera un appui pour la révision de la carte sanitaire, ainsi que l'élaboration et la publication des Rapports annuels des Statistiques sanitaires.

Quant au développement des technologies sanitaires essentielles (y compris la transfusion sanguine et les vaccins), l'OMS jouera un rôle d'intermédiaire et de conseil dans l'approvisionnement du pays, en médicaments, consommables, réactifs et autres dispositifs médicaux essentiels. Un accent particulier sera mis sur l'approvisionnement et l'usage rationnel des médicaments des maladies prioritaires (VIH/sida, tuberculose, paludisme, etc.). L'OMS soutiendra également la mise en œuvre du plan stratégique national sur la transfusion sanguine.

La recherche en santé bénéficiera d'un soutien technique dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration d'Alger.

Dans le domaine du partenariat pour le développement sanitaire, l'OMS contribuera à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme commun (SWAp santé) et mènera un plaidoyer pour l'institutionnalisation d'un cadre unique pour l'harmonisation et l'alignement du soutien des partenaires, conformément aux Déclarations de Rome et de Paris.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

La stratégie de coopération guidera les appuis du Siège et du Bureau régional y compris, l'Equipe inter pays, pour les pays de l'Afrique centrale basée à Libreville, conformément à l'esprit d'une seule OMS.

Cette approche permettra au Bureau de pays de bénéficier de l'expertise des autres niveaux de l'Organisation concernant les domaines où ses compétences sont limitées.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique se fera de manière conjointe pour l'Organisation toute entière et ceci, à travers les trois plans biennaux de la période 2010-2015.

7.1 RÔLE DU BUREAU DE PAYS

Le Bureau de pays contribuera à la mise en œuvre de la SCP en assurant, entre autres :

- La diffusion de la stratégie de coopération auprès des différents intervenants en matière de santé, dans le pays ;
- Le dialogue permanent avec le Gouvernement, pour la mise en œuvre de la SCP ;
- Le soutien au Gouvernement, pour la mise en œuvre des orientations stratégiques régionales ;
- La promotion du partenariat, pour la mise en œuvre de la SCP ;
- L'élaboration des plans opérationnels de mise en œuvre, en collaboration avec le ministère de la santé et autres partenaires ;
- Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans opérationnels, issus de la SCP ;
- Le renforcement des ressources humaines du Bureau, selon les disponibilités budgétaires, avec le recrutement des responsables chargés du développement du système de santé, de la planification et de l'économie de la santé ;
- L'affectation du budget régulier comme ressource essentielle des axes stratégiques de la SCP, et le regroupement des allocations des différents objectifs stratégiques selon les axes retenus ;
- La mobilisation de ressources financières additionnelles si possible ;
- La maintenance du réseau informatique et de communication du Bureau de pays, en conformité avec le GSM ;
- La documentation et la diffusion des meilleures pratiques ;
- Le développement d'un circuit efficace pour la distribution des documents et des informations ;
- La révision éventuelle de la SCP, en cas de modifications significatives de l'environnement et/ou des orientations stratégiques mondiales, régionales et nationales.

7.2 RÔLE DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS

Pour sa part, le Bureau régional assurera les rôles ci-dessous :

- Appui technique de l'Equipe inter pays et/ou de consultants à la réalisation de certaines interventions des plans opérationnels ;
- Fournitures des orientations stratégiques et des directives régionales à adapter au niveau du pays ;
- Renforcement des capacités dans les domaines de la négociation et de la mobilisation des ressources, de la surveillance des maladies et de l'application des engagements du nouveau Règlement sanitaire international, de la réponse aux urgences sanitaires et aux catastrophes, des déterminants sociaux de la santé, de la santé et de l'environnement, de la recherche en santé, de la promotion de la santé, du renforcement du système de santé y compris, du système d'information sanitaire pour la relance des soins de santé primaires notamment, ainsi que du domaine pharmaceutique ;
- Mobilisation de ressources financières additionnelles (fonds extrabudgétaires) ;
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la SCP.

7.3 RÔLE DU SIÈGE DE L'OMS

Le Siège quant à lui, contribuera à la mise en œuvre de la SCP par :

- La mobilisation de ressources financières ;
- La mise à disposition des orientations stratégiques mondiales ;
- La fourniture de la documentation en matière de santé ;
- La conduite des audits programmatiques de la mise en œuvre de la SCP.

La mise en œuvre de cette stratégie de coopération avec le Cameroun, demandera un effort de partenariat particulier pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et d'autres cibles en rapport avec la santé et pour promouvoir l'interaction avec les autres secteurs. Dans ce contexte et à cette fin, le ministère en charge de la santé, les autres partenaires au développement sanitaire et la société civile œuvreront en synergie.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique aura besoin de la mobilisation de ressources en dehors du budget régulier de l'OMS. Le Bureau de pays sera en contact permanent avec le Bureau régional et le Siège, pour bénéficier des fonds extrabudgétaires mobilisés à leurs niveaux. De son côté, le Bureau de pays redoublera d'efforts pour une mobilisation locale, si possible, de ressources supplémentaires.

La participation aux ateliers internationaux d'orientation stratégique, de mise à jour des connaissances et de partage d'expériences sur les meilleures pratiques entre les pays de la Région africaine de l'OMS, permettra un renforcement notable des capacités de l'équipe du Bureau de pays et des responsables nationaux, dans la mise en œuvre de cet agenda.

SECTION 8

SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays, se feront à travers le suivi et l'évaluation des plans de travail biennaux. Conformément au processus gestionnaire de l'OMS, la mise en œuvre du plan biennal sera suivie tous les six mois, et une évaluation à mi-parcours, sera effectuée à la fin de la première année, avec le Ministère en charge de la Santé et les partenaires. L'évaluation à mi-parcours, permettra de revoir l'état de la mise en œuvre du plan et si besoin est, une re-planification des activités en découlera. L'évaluation finale aura lieu à la fin de chaque biennie.

Le *Global System Management (GSM)* qui sera mis en œuvre au sein de l'Organisation toute entière, permettra aux administrateurs de programmes, de mieux suivre la consommation budgétaire et l'atteinte des résultats escomptés du Bureau de pays.

La nouvelle Stratégie de Coopération tient compte des nouveaux défis, tout en aidant le pays à relever ses propres défis relatifs au développement sanitaire. Ainsi, l'OMS devra veiller à :

- appuyer les initiatives relatives à la promotion de l'approche droit humain et droit à la santé, l'approche genre pour un système de santé fort, bâti sur les Soins de Santé primaires revalorisés, capable de répondre équitablement, aux besoins de la société ;
- appliquer les nouvelles pratiques en matière d'aide au développement, en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome, et en privilégiant l'approche programme, au niveau du secteur santé « SWAp Santé » ;
- contribuer à la réforme du Système des Nations Unies, conformément à l'esprit « Delivering as One » en capitalisant les expériences des pays pilotes ;
- développer et utiliser le cadre de travail soutenant cette réforme comme l'UNDAF, les programmes conjoints (à l'instar de la lutte contre le VIH et le sida, la décentralisation, l'Approche harmonisée pour le Transfert des Ressources (HACT) ;
- assumer la responsabilité au niveau national, de la contribution du secteur de la santé à l'UNDAF, eu égard à son mandat et à ses avantages comparatifs ;
- assurer la surveillance, l'alerte et l'action en faveur de la sécurité sanitaire internationale, face à l'ampleur des problèmes liés à la mondialisation comme, en premier lieu, les menaces de pandémies (grippe aviaire, grippe A/H1N1), en deuxième lieu, les risques sur la santé liés au changement climatique et enfin, les risques de multi résistance de certains germes, à l'exemple de la tuberculose ;
- contribuer à la mise en œuvre effective de la politique nationale de décentralisation, au niveau du secteur de la santé.

CONCLUSION

Avec l'actualisation en 2009, de sa stratégie sectorielle de santé, le Ministère de la Santé publique du Cameroun, s'est donné le double défi majeur de renforcer le système de santé de district et d'assurer la mise en œuvre adéquate des programmes de santé, en vue d'atteindre les OMD relatifs à la santé, en 2015. Les partenaires au développement sanitaire ont été impliqués à différentes étapes de l'actualisation dudit document y compris, l'évaluation à mi-parcours, de la précédente stratégie sectorielle de santé.

Ce nouveau document servira de base pour l'élaboration d'un programme commun, véritable plan national de développement sanitaire dont la mise en œuvre sera soutenue dans les années à venir, par les partenaires techniques et financiers du pays.

L'OMS pour sa part, tenant compte des défis auxquels le pays fait face, mais aussi de la direction stratégique, définie dans le cadre de son Plan stratégique à moyen Terme et des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de sa précédente stratégie de coopération avec le Cameroun, poursuit les réformes nécessaires pour une meilleure performance de cette coopération. C'est dans ce cadre que l'Organisation a développé sa nouvelle stratégie de coopération en vue d'accompagner le pays, dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé actualisée 2001-2015.

Le présent document de stratégie de coopération de l'OMS avec le Cameroun, élaboré pour la période 2010-2015, part d'une analyse de la situation sanitaire et intègre les priorités du pays et celles mondiales et régionales, de l'Organisation.

Cinq axes stratégiques ont été identifiés :

- i) Lutte contre la maladie ;
- ii) Amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant ;
- iii) Préparation et réponse aux situations d'urgences et de catastrophes ;
- iv) Promotion de la santé ;
- v) Renforcement du système de santé.

L'OMS s'engage selon ses missions et son mandat institutionnel, à travailler aux côtés du Gouvernement du Cameroun et des partenaires au développement du secteur de la santé, pour mettre en œuvre les interventions découlant des axes stratégiques contenues dans le présent document.

La réalisation de l'agenda stratégique fera appel à l'Organisation toute entière, dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des plans biennaux de travail.

L'OMS devra enfin, renforcer le partenariat avec les autres intervenants, dans le cadre de l'exécution de cette stratégie, en vue d'une plus grande synergie dans les interventions.

BIBLIOGRAPHIE

Documents de l'OMS

- 1) OMS : S'engager pour la Santé : Onzième Programme général de travail de l'OMS 2006-2015 – Programme mondial d'action sanitaire
- 2) OMS : Plan stratégique à moyen terme, de l'OMS, 2008-2013 : Budget Programme 2008-2009
- 3) OMS : Orientations stratégiques de l'Action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009
- 4) OMS : Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays : Cameroun, 2003-2007
- 5) OMS/AFRO : Lignes directrices pour l'actualisation des stratégies de Coopération avec les Pays dans la Région africaine de l'OMS, Brazzaville 2008
- 6) WHO : International Health Regulations (2005)
- 7) WHO EXECUTIVE BOARD 115th Session: Achievement of the health-related Millennium Development Goals: status report, December 2004
- 8) WHO: World Health Report 2008: Primary Health Care : Now more than ever, October 2008 ;
- 9) OMS/AFRO: Rapport sur la revue des Soins de santé primaires dans la Région africaine, AFRO, 2008
- 10) OMS/AFRO : Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : Améliorer la Santé en Afrique au cours du nouveau millénaire, avril 2008
- 11) OMS/AFRO : Déclaration d'Alger : Conférence ministérielle sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine, Alger, 23-26 juin 2008
- 12) OMS/AFRO : Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, Libreville août 2008
- 13) OMS : Rapport final de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé, OMS, août 2008
- 14) WHO: WHO Harmonization and Alignment : Key Resources, May 2005
- 15) WHO, UNICEF, UNFPA,UNAIDS, ADB and World Bank: Harmonization for Health in Africa (HHA): An action Framework, November 2007
- 16) WHO: Everybody's Business - Strengthening Health Systems to improve Health Outcomes:– WHO's Framework for Action, 2007
- 17) WHO and Global Health Workforce Alliance: Health workers for all and all for health workers: The Kampala declaration and Agenda for global action, 2008
- 18) WHO, DANIDA, DFID and EU: A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements, 1997
- 19) OMS: Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays – Rapport du Secrétariat, avril 2005
- 20) OMS/AFRO : Renforcer l'appui de l'OMS aux différents pays pour améliorer les résultats sanitaires dans la Région africaine : le rapport de Nairobi, avril/septembre 2004

- 20) OMS/PAYS : Rapports d'évaluation de la mise en œuvre des Plans de Travail
(Budgets Programme) 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007
- 21) OMS/PAYS : Coopération Technique OMS/Cameroun - Plan de travail,
2008-2009

DOCUMENTS NATIONAUX

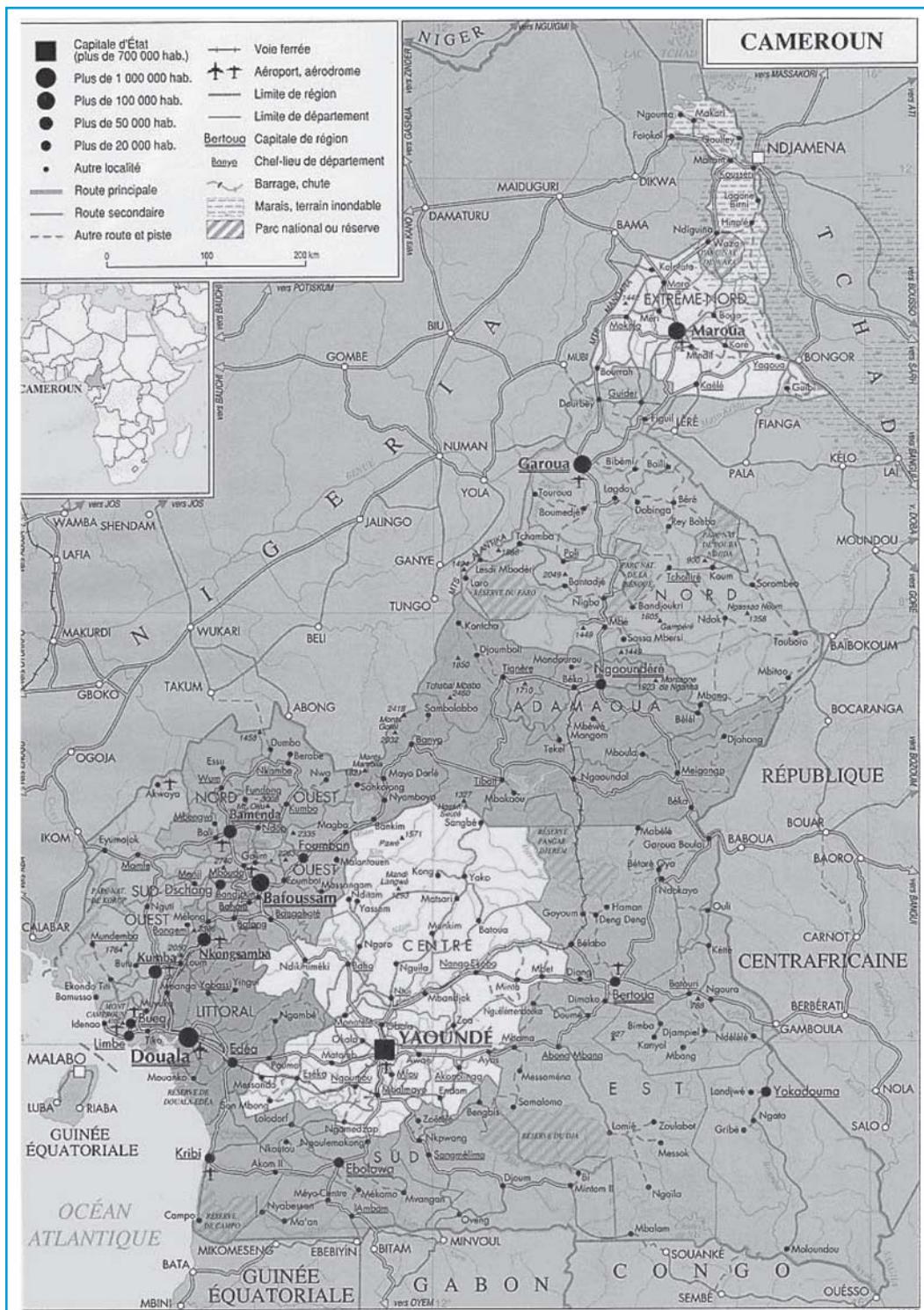
- 1) République du Cameroun : Document de Stratégie de réduction de la Pauvreté, Yaoundé, avril 2003
- 2) Ministère de la Santé Publique : Politique nationale de Santé
- 3) Ministère de la Santé Publique : Stratégie sectorielle de Santé 2001-2010, Edition 2002
- 4) Ministère de la Santé Publique : Stratégie sectorielle de Santé actualisée 2001-2015, Edition 2009
- 5) Ministère de la Santé Publique : Plan stratégique national de Lutte contre le Paludisme
- 6) Ministère de la Santé Publique : Plan stratégique national de Lutte contre la Tuberculose
- 7) Comité national de Lutte contre le Sida : Rapport annuel 2008
- 8) Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, l'Institut national de la Statistique : Suivi de la situation des enfants et des femmes – Enquête par grappes, à indicateurs multiples, MICS3, 2006
- 9) Institut national de la Statistique : Enquêtes démographique et de Santé II et III (1998, 2004)
- 10) Institut national de la Statistique : Troisième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM3), Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Cameroun entre 2001-2007, juin 2008
- 11) Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire : Atouts économiques ; Edition 2007

DOCUMENTS DES NATIONS UNIES ET DIVERS

- 1) Nations Unies, Yaoundé Cameroun : Analyse pays des défis de développement au Cameroun (Bilan commun du système des Nations Unies fondé sur le document de la stratégie de réduction de la pauvreté du Gouvernement du Cameroun), décembre 2006
- 2) Nations Unies, Yaoundé Cameroun : Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies avec le Gouvernement du Cameroun (UNDAF) 2008-2012, février 2007
- 3) United Nations : Delivering as One : Report of the Secretary-General's High-Level Panel, New-York, November 2006
- 4) PNUD: Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008: La lutte contre le changement climatique: un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.
- 5) NATIONS UNIES : Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2007, New York 2007
- 6) NATIONS UNIES : Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2008, New York 2008
- 7) IMF : World Economic and Financial Surveys : Regional Economic Outlook, Sub-Saharan Africa, October 2008
- 8) Antoine Halajko :Alter (Santé internationale et Développement): Espace de financement pour la croissance et le développement humain au Cameroun, Secteur de la Santé, avril 2007

[* Object too big for pasting as inline graphic. | In-line.JPG *]

ANNEXE 1 : CARTE DU CAMEROUN



ANNEXE 2 : PRINCIPAUX INDICATEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

INDICATEURS		VALEURS
Population générale (estimation)		18 millions
Population de moins de 15 ans		46 %
Enfants de moins de 5 ans		17 %
Femmes en âge de procréer		23 %
Population potentiellement active (15 – 49 ans) représentée		44 %
Taux d'accroissement moyen annuel		2,8 %
Taux de fécondité (enfants par femme)		5,2
Espérance de vie à la naissance	Moyenne	53,3 ans
	Homme	52,5 ans
	Femme	54,1 ans
Taux moyen d'alphabétisation	Homme	81 %
	Femme	65 %
Taux net de fréquentation du cycle primaire		79 %
Produit Intérieur Brut par habitant (2005)		2299 USD
Indice de développement humain		0,532

Source : EDS III (2004) ; MICS 2006.

ANNEXE 3 ÉVALUATION DE LA PRÉCEDENTE STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE CAMEROUN

Axe stratégique 1 : Amélioration de la performance du système de santé

Domaines retenus	Principales réalisations
Appui technique à l'élaboration d'un cadre de coordination intra et inter sectoriel, de la coopération nationale et internationale, en matière de santé :	Comité de pilotage pour le suivi et la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé, créé en 2006. Secrétariat technique de ce comité de pilotage mis en place et fonctionnel.
Plaidoyer auprès de tous les partenaires, pour la mise en application de ce cadre :	Réunions de concertation entre partenaires en santé, régulièrement tenues, sous l'égide de l'OMS ; Elaboration d'un programme sectoriel commun, en santé (swap), en cours.
Appui au MSP pour le fonctionnement du cadre de coordination, en tant qu'arbitre et intermédiaire :	Rencontres entre Ministère de la santé et acteurs du secteur, organisées.
Appui à la diversification et au renforcement du partenariat, en matière de santé :	Document de stratégie partenariale qui fixe les grands principes de partenariat public-public et public-privé, élaboré. Document directeur de coordination des partenaires par le ministère de la santé, en cours.
	Appels au partenariat lancés en direction des ministères connexes à la santé et des ONG.
2.1 Réforme et réorganisation du secteur de la santé :	
Appui technique et financier, à l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé :	Appui technique et financier fourni, pour la mise en œuvre des plans de certaines composantes de la SSS. Appui technique et financier fourni au Ministère de la santé, pour l'évaluation à mi parcours, et l'actualisation de cette stratégie. Participation effective, à toutes les étapes du processus en cours, et aux comités techniques de validation des rapports d'évaluation et de rédaction de la SSS actualisée.
Appui technique et financier, à la définition du cadre de réorganisation de l'ensemble du secteur, y compris, le secteur hospitalier :	Appui technique et financier, pour la tenue de forums pour la réforme hospitalière et la mutualisation du risque maladie. Plans stratégiques de la réforme hospitalière, développés.
Plaidoyer pour la promotion, la contractualisation entre Etat et les autres partenaires, dans le cadre de la prestation des soins et services de santé :	Termes de référence élaborés sur l'étude sur la « définition des modalités opérationnelles de contractualisation des relations entre les acteurs du secteur de la santé, au Cameroun ».
Appui technique au développement d'un cadre relatif à la contractualisation des prestations des soins et services de santé :	Appui technique fourni, pour l'élaboration d'une stratégie sur la contractualisation et des conventions cadres avec les services privés confessionnels et la Fondation Médicale AD Lucem.

2.3 Opérationnalisation des districts de santé :	
Elaboration d'un cadre conceptuel de développement des districts de santé :	Cadre conceptuel de viabilisation d'un district de santé, élaboré.
Elaboration des outils, des normes et des procédures de planification opérationnelle, au niveau des districts de santé et des provinces :	Formateurs nationaux, en planification, formés. Paquets minimum et complémentaire d'activités par niveau de structure sanitaire, actualisés.
Plaidoyer et un arbitrage pour la mise en œuvre d'un plan d'opérationnalisation des districts de santé :	Plaidoyer fait.
	Canevas intégré établi, pour l'élaboration des Plans de Développement sanitaire des Districts de santé (PDSD).
	Outil informatique confectionné pour l'élaboration des PSDS.
	Elaboration des plans de développement sanitaire pour l'ensemble des districts de santé, effectué avec consolidation au niveau régional.
2.4 Développement des ressources humaines :	
Elaboration d'un plan stratégique de développement des ressources humaines :	Plan d'urgence de développement des ressources humaines de santé élaboré, pour la période 2006-2007.
	Recrutement par le gouvernement, de 1200 personnels de santé, tous grades confondus, en 2006, en rapport avec le plan d'urgence et 1500 recrutements, prévus pour 2008.
	Analyse de situation réalisée pour l'élaboration du plan de développement des ressources humaines.
Plaidoyer pour la mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines :	Néant
2.5 Développement du système d'information sanitaire :	
Appui à l'élaboration des directives techniques et administratives pour la constitution d'une base de données, à chaque niveau de la pyramide sanitaire :	Néant
Plaidoyer auprès des partenaires, pour la mise en place des ressources et techniques d'analyse nécessaires à la collecte, au traitement et à la diffusion des informations sanitaires :	Néant
Appui à l'évaluation de la performance du système d'information sanitaire :	Analyse de situation exhaustive du système d'information sanitaire, à travers le réseau de métrologie sanitaire, dans tout le secteur de santé, effectuée.
2.6 Développement du système d'information sanitaire :	
Processus de développement des mutuelles de santé :	Plan stratégique pour la mutualisation du risque maladie, élaboré.
	Task force chargée de la mise en œuvre de ce plan et plateforme de promoteurs de mutuelles de santé, créées et opérationnelles.
	Des mutuelles de santé créées avec l'appui de certains partenaires.
	Promoteurs pour le développement des mutuelles de santé formés.

Mise en place des comptes nationaux de santé :	Cadre de dépenses à moyen terme, élaboré. Formation des formateurs réalisée pour la confection des comptes nationaux de santé.
Répartition équitable des ressources budgétaires étatiques, conformément aux orientations de la stratégie sectorielle de santé :	Effort manifeste pour le relèvement du pourcentage de financement public alloué, au niveau périphérique. Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), relatif à l'Initiative de réduction de la dette et la gestion, basée sur les résultats.
2.6 Développement de protocoles de soins :	
Elaboration et mise à jour des protocoles des soins sur les problèmes prioritaires de santé :	Protocoles élaborés pour certaines maladies transmissibles (paludisme, IST/sida).
Plaidoyer auprès des partenaires contractuels à la mise en œuvre des protocoles de soins et pour leur intégration dans les curricula des institutions de formation :	Néant

Axe stratégique 2 : Lutte contre la maladie

Domaines retenus	Principales réalisations
2.1 Surveillance épidémiologique intégrée et réponse :	
Elargissement de la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse (SIMR), à tous les niveaux et à l'ensemble des maladies :	Plan stratégique SIMR, élaboré et diffusé. Guide de surveillance intégrée et réponse, adapté et diffusé, et guide de surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE) simplifié.
	Modules de formation SIMR adaptés et diffusés. Formation des formateurs nationaux et provinciaux, effectuée.
	Formation des personnels dans 70% des districts de santé. Surveillance intégrée effective, dans tout le pays, pour 14 maladies sur 24.
Plaidoyer pour une mobilisation de la communauté, en vue de son implication dans la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse :	Matériel d'IEC divers concernant les maladies prioritaires sous surveillance intégrée élaboré, produit et diffusé.
Renforcement et extension des réseaux existants nationaux et régionaux d'échanges d'informations épidémiologiques :	Réseau d'échanges, d'informations épidémiologiques renforcé tant au niveau national que régional (en particulier avec le bloc épidémiologique de l'Afrique centrale, et le Bureau régional AFRO) avec : i) la mise en place des logiciels d'utilisation facile pour la collecte, la compilation, la transmission et l'analyse des données épidémiologiques ; ii) le renforcement technologique (matériel informatique fourni à la DLM et à certains districts de santé) ; iii) le renforcement des capacités des personnels de la DLM, sur l'utilisation correcte des matériels mis à leur disposition.
	Mise en place de système de communication pour la transmission rapide des données dans les 10 provinces, effectuée (VSAT).
	Collecte, analyse et transmission des données épidémiologiques rendues routinières.
Plaidoyer et appui technique pour l'intégration de la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse, dans les curricula des facultés de médecine et des écoles de formation du personnel sanitaire :	Néant
Plaidoyer auprès des partenaires pour le financement du système de surveillance épidémiologique intégrée et la réponse :	Néant
2.2 Prévention et prise en charge de certaines maladies spécifiques : paludisme, VIH/sida et tuberculose :	
Appui technique à la mise en œuvre des plans stratégiques de lutte contre le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose :	Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose, adopté, et manuel de procédures de prise en charge de la tuberculose, révisé. Appui à la mobilisation de financements auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) pour les 3 maladies. Suivi technique fourni pour la mise en œuvre des activités financées par le GFATM. Appui à la fourniture permanente des médicaments antituberculeux Appui au développement de la stratégie DOSTS dans 185 centres de diagnostic et traitement, dans les 10 provinces du pays.

	<p>Appui à l'élaboration et la mise en œuvre : i) Plan 2003-2006, de réponse santé face au VIH/Sida ; ii) Plan 2004-2005, d'extension et de décentralisation de la prise en charge des personnes infectées au VIH ; iii) Plan 2006-2007, d'accélération de la prévention du VIH ; iv) Plan stratégique national 2006-2010, de lutte contre le sida.</p> <p>Appui à la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme.</p>
Appui technique à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades :	<p>Documents normatifs disponibles : i) Nouvelle stratégie nationale de prise en charge par les ARV ; ii) Guide national de prise en charge des PVVS au niveau district de santé ; iii) Protocoles de traitement par ARV ; iv) Guide national de PTME et de prise en charge pédiatrique.</p> <p>Plus d'un demi-millier de personnels soignants et agents communautaires formés.</p> <p>Décentralisation des activités de prévention du VIH et de prise en charge des cas.</p> <p>Nombre de centres fonctionnels pour la prise en charge des Personnes vivant avec le VIH, augmenté de 18 à 91. Nombre de malades sous traitement ARV accru de 8% fin 2003 à 39% fin 2008 (Comité national de Lutte contre le sida).</p>
Appui technique à la surveillance de la chimiorésistance aux traitements ARV :	<p>Deux sites de surveillance sentinelle, Douala et Yaoundé rendus fonctionnels depuis 2006.</p> <p>Cameroun intégré dans le réseau ResNet de l'OMS/AFRO-OCEAC-ONUSIDA, pour la surveillance des résistances aux ARV dans six pays de la zone d'Afrique centrale.</p>
Appui technique à l'assurance qualité pour la sécurité de la transfusion sanguine :	Nouvelle politique nationale de transfusion sanguine adoptée Loi sur la transfusion sanguine votée et promulguée, en décembre 2003.
Appui technique à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces maladies (diffusion de schémas thérapeutiques standardisés, recyclage du personnel) :	<p>Appui technique donné pour l'élaboration des directives de mise en œuvre et de prise en charge de ces maladies.</p> <p>Formation des personnels à leur utilisation pour garantir une certaine qualité de soins.</p> <p>Guide de prise en charge des cas de tuberculose révisé. Plusieurs personnels de santé formés ou recyclés, en vue de l'utilisation de ces nouvelles directives. Supervisions formatives menées pour améliorer la qualité des soins.</p> <p>Evaluations annuelles effectuées pour juger de cette qualité de soins.</p>
2.3 Amélioration des déterminants de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent :	
Renforcement du rôle d'intermédiaire de l'OMS et conseil dans l'approvisionnement du pays en médicaments consommables, réactifs et autres dispositifs médicaux essentiels :	<p>Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments essentiels, surtout pour les maladies prioritaires (VIH/Sida, ACT et antituberculeux).</p> <p>Evaluation et recommandations pour rendre performant les approvisionnements en vaccins pour le PEV par la CENAME. Evaluation du LANACOME pour en faire un outil de pré qualification des produits pharmaceutiques.</p> <p>Evaluation de la Direction de la Pharmacie et du Médicament et des structures responsables des autres fonctions de régulation pharmaceutiques que sont l'Inspection générale, la DROS (Essais Cliniques) et le LANACOME, en vue d'élaborer un plan de développement de la réglementation pharmaceutique au Cameroun.</p> <p>Elaboration du Plan directeur pharmaceutique national et du Plan d'Actions prioritaires de Mise en œuvre de la Politique pharmaceutique.</p>

	<p>Renforcement de la réglementation pharmaceutique. Mise en place d'une Inspection pharmaceutique.</p> <p>Evaluation de la situation sur l'accès aux médicaments essentiels et l'utilisation potentielle des flexibilités offertes par l'Accord sur les Droits de Propriété intellectuelle, dans le contexte de la zone OAPI.</p> <p>Plaidoyer pour l'accessibilité des populations aux médicaments essentiels, pour la prise en charge des maladies prioritaires (ACT, ARV, antituberculeux) et des maladies non transmissibles).</p> <p>Conduite d'une étude sur les systèmes d'approvisionnement au Cameroun, avec révision du statut de la CENAME et amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité, de la qualité et de la gestion des médicaments essentiels.</p>
Elaboration, adoption et mise en œuvre de stratégies et innovations techniques liées à la santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et à la réduction de la mortalité maternelle, en collaboration avec d'autres agences :	Documents de Technologie contraceptive et Soins prénataux élaboré et diffusés.
	Une centaine de prestataires formés à leur utilisation.
	Feuille de route nationale en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale élaborée et disponible.
	Documents de normes et procédures en santé de reproduction, révisés.
	Journée africaine de Lutte contre la Mortalité maternelle célébrée pour la 1 ^{ère} fois, au Cameroun.
	Services de lutte contre le VIH/sida et IST intégrés à ceux du programme santé de reproduction.
	Plan stratégique Paludisme et Grossesse élaboré et prestataires formés pour le traitement intermittent du paludisme, chez la femme enceinte.
	Actions visant à renforcer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et prise en charge de la mère et de l'enfant infectés.
Plusieurs documents normatifs développés.	
Capacités des sites PTME renforcées.	
Plaidoyer pour l'augmentation de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et soins néonataux d'urgence :	Plan pour le plaidoyer en matière de santé de reproduction, élaboré.
Introduction de vaccins et de nouvelles technologies dans le PEV de routine :	Introduction de vaccins et de nouvelles technologies dans le PEV de routine.
Elaboration et mise en œuvre d'une politique nationale d'équipements pev et de maintenance :	Inventaire des équipements de la chaîne du froid assorti d'un plan de réhabilitation réalisé en 2004, et son actualisation, en 2006.
Plaidoyer pour l'intégration de la PCIME dans les écoles de formation du personnel de santé (universités, écoles d'infirmiers, etc.) :	Plan stratégique PCIME 2006-2010, élaboré incluant la composante communautaire ainsi que la formation des agents de santé dans 22 districts de santé. Atelier d'orientation et de planification de la PCIME pré emploi, organisé en février 2007.
2.4 Lutte contre les maladies non transmissibles :	
Appui technique à l'élaboration d'une stratégie de prévention, de dépistage et de lutte contre les principales maladies non transmissibles (HTA, diabète, cancers, maladies mentales) :	Plans stratégiques nationaux de lutte contre le diabète, l'hypertension, la cécité, les cancers, la drépanocytose, la surdité et l'épilepsie, élaborés.
	Plan de lutte contre les maladies bucco-dentaires, en cours d'élaboration.
	Plans de lutte contre le cancer, le diabète et l'hypertension artérielle entrés dans la phase opérationnelle, avec des activités de sensibilisation, de surveillance, de formation, de dépistage et de prise en charge des cas.
Plaidoyer auprès des partenaires, pour la mise en œuvre de la stratégie :	Néant

Domaines retenus	Principales réalisations
3.1 Communication pour la santé :	
Appui au développement d'une politique nationale de promotion de la santé et à sa mise en œuvre :	Document de politique nationale de promotion de la santé, élaboré. Plan stratégique provisoire de promotion de la santé, dans le pays pour la période 2006-2011, élaboré.
Appui à la vulgarisation de techniques et approches de communication interpersonnelle, en matière de santé :	Communication interpersonnelle introduite lors des visites auprès des ménages, dans le cadre de la lutte intégrée contre la maladie.
Appui à la diffusion d'informations et de bonnes pratiques afin d'intégrer la promotion de la santé dans tous les programmes de santé :	Néant
Appui à la diffusion de bonnes pratiques, en matière de comportements concernant la santé de la reproduction, le VIH/sida, l'environnement et la nutrition :	Mise en œuvre de ces différents programmes, réalisée.
Appui à la mise en place et le fonctionnement d'une plate-forme de concertation inter et intra sectorielle, en matière de communication, pour la santé, dans le cadre de la promotion du partenariat :	Néant
Plaidoyer pour la formation et l'utilisation des communicateurs pour la santé :	Session de formation du personnel, organisée. Personnel chargé de la communication pour la santé, déployé au niveau des programmes de santé.
3.2 Renforcement des capacités des communautés à prendre en charge leur santé :	
Appui technique et/ou financier pour la diffusion des informations et études des cas de bonnes pratiques auprès des structures de dialogue et relais communautaires :	Formations des relais communautaires et des structures de dialogue, réalisées. Campagnes de masse, organisées.
Appui technique et/ou financier pour l'adaptation et la diffusion des normes, standard et directives sur la qualité de l'eau et l'assainissement :	Normes, standards et directives sur la bonne qualité de l'eau. Au niveau des communautés, diffusées.
Appui technique et/ou financier pour la recherche opérationnelle sur les comportements et pratiques alimentaires :	Néant
Appui technique et/ou financier pour l'élaboration du matériel de formation des relais communautaires, en matière de renforcement des capacités des communautés, pour l'identification et la résolution des problèmes prioritaires de santé :	Matériel de formation, élaboré.
	Capacités des relais communautaires renforcées.
Appui technique et/ou financier pour un plaidoyer sur l'importance de l'éducation de la fille, dans la promotion de la santé, en collaboration avec d'autres agences :	Plaidoyer continu conduit dans les provinces septentrionales et de l'est, pour l'épanouissement de la jeune fille, en collaboration avec d'autres partenaires.
3.3 Promotion de la santé dans l'agenda du développement national :	
Appui institutionnel pour renforcer la visibilité des actions de santé du gouvernement et de l'OMS :	Direction de la promotion de la santé, créée au Ministère de la Santé publique.
	Recherche d'un cadre idoine de promotion de la santé au Cameroun, en collaboration avec les autres secteurs.
Plaidoyer en faveur de la place et du rôle de la santé y compris, la nutrition et la population, dans le processus de développement :	Certains dispositifs de santé exonérés des droits de douanes. Convention-Cadre de la Lutte antitabac, ratifiée en 2006.
Appui financier, en collaboration avec d'autres intervenants, pour assurer les échanges d'informations et d'expériences :	Efforts déployés pour produire et diffuser des informations en rapport avec des activités de santé, en cours dans le pays.

ANNEXE 3 : PRINCIPAUX PARTENAIRES, DOMAINES D'INTERVENTIONS ET FINANCEMENTS

Nom partenaire	Type de partenaire	Domaines et principaux types d'intervention	Aire d'intervention	Montant en Milliers de CFA
BAD/EA	Multilatéral	Construction et équipement de 10 CSI.		1000.000
BAD/PASR	Multilatéral	Appui au programme national de la Santé et de la reproduction.	Ensemble du pays	2000.000
BAD/PDSS	Multilatéral	Appui au Programme national de développement du système de santé.	Ensemble du pays	2500000
Banque mondiale	Multilatéral	Appui institutionnel au MINSANTE, en matière de suivi/évaluation et de contractualisation, renforcement des Districts de santé, à travers le renforcement de la demande.	Ensemble du pays	3 500 000
BID	Multilatéral	Construction et équipement du Centre national des urgences ;Construction et équipement des Hôpitaux de District et d'une dizaine de CSI.		6000.000 10.000.000
OCEAC	Multilatéral	Lutte contre les grandes endémies et recherche.	Ensemble du pays	221 000
ONUSIDA	Multilatéral	Appui technique au CNLS, notamment, en matière de planification, de suivi, d'évaluation et de mobilisation des ressources.	Ensemble du pays	100 000
PAM	Multilatéral	Appui à la prise en charge nutritionnelle des réfugiés et des populations sinistrées, formation des personnels et appui logistique en cas de catastrophe	Régions du Centre, Extrême Nord, Nord, littoral	100 000
PNUD	Multilatéral	Appui à la préparation du SWAP santé, appui aux organisations des PVVIH, élaboration des politiques, suivi des OMD et de la Déclaration de Paris.	Adamaoua	150 000
UNFPA	Multilatéral	Fistules obstétricales, Réponses humanitaires, Santé de la reproduction, exécuté par le projet BAD, Santé de la reproduction/Maternité sans risque, Santé de la reproduction des jeunes adolescents, Extension du projet Fistules obstétricales - Appui à la préparation du SWAP santé.		1000.000
UNICEF	Multilatéral	Programme santé de la mère et de l'enfant (Survie du jeune enfant - Nutrition - Promotion de la santé), Appui à la préparation du SWAP santé.		2.800.000

Coopération bilatérale :				
Agence française pour le Développement	Bilatéral	Renforcement du système de santé appui institutionnel.	Régions septentrionales	20 000 000
Ced/KFW/GTZ	Bilatéral	Financement des infrastructures de santé et des équipements médicaux, dans le cadre du Programme de réhabilitation de quatre hôpitaux régionaux et assimilés.	Nord Ouest, Sud Ouest et littoral	1.200.000
Ced/KFW/GTZ	Bilatéral	Programme d'amélioration des Soins de santé primaire	Nord Ouest, Sud Ouest et littoral	300.000
Ced/KFW/GTZ	Bilatéral	Programme d'appui au Programme de la Santé et de la reproduction.	Nord Ouest, Sud Ouest et littoral	270.000
Coopération canadienne	Bilatéral	Appui à la lutte contre le VIH/sida.	Dans l'ensemble du pays	437 500
Coopération chinoise	Bilatéral	Construction et équipement de l'Hôpital Gynéco obstétrique et pédiatrique de Douala, d'une capacité de 300 lits. Mobilisation de 45 assistants techniques médicaux et para médicaux ; mobilisation de 15 ingénieurs biomédicaux. Création de d'un Centre national de recherche sur le Paludisme, à HGOPY Yaoundé. Offre d'une cinquantaine de formations, en Chine, avec prise en charge du séjour par l'Etat camerounais. Construction d'un immeuble pour AT Chinois.	Douala	5.000 000
			Yaoundé	250.000
			Ensemble du pays	300.000
				250.000
		600.000		
Coopération technique belge	Bilatéral	Appui au renforcement du système de santé et à la lutte contre le VIH/sida.	Extrême-Nord	312 500
FAO	Bilatéral	Appui à la prise en charge nutritionnelle des réfugiés et des populations sinistrées ; formation des personnels et appui logistique, en cas de catastrophe.	Ensemble du pays	50 000
GTZ	Bilatéral	Appui à l'extension des Fonds spéciaux de promotion de la santé, dans les 7 régions.	7 régions	300.000
ITALIE	Bilatéral	Appui en assistance technique, en équipement et en consommables du CIRCB. Renforcement des institutions de recherche, contrôle du paludisme.	Fondation Chantal Biya	1 500 000
				75 000
Service de Coopération et d'Action culturelle (France)	Bilatéral	Financement des hôpitaux ; - Environnement et santé ; - Surveillance épidémiologique (SE).	Ensemble du pays	692 000
USA-Gouvernement du Cameroun	Bilatéral	Lutte contre la grippe aviaire, le VIH/sida et promotion de la recherche.	Ensemble du pays	150 000
Organisations Non gouvernementales :				
ALES	ONG	Lutte contre la lèpre, l'ulcère de Buruli et la tuberculose ; appui logistique ; réhabilitation socio-économique des handicapés de la lèpre et de l'ulcère de Buruli.	Centre, Ouest, Adamaoua	850000750 000
CARE Cameroon	ONG	Financement des organismes de la société civile qui fournissent des interventions communautaires, dans le cadre de la prise en charge des PVVIH et appui technique.	Ensemble du pays	500 000
PLAN Cameroun	ONG	Prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, Survie et développement intégré du jeune enfant	Est, Centre et Nord-ouest	250 000

Service néerlandais de Volontariat (SNV)	ONG	Appui au programme eau et assainissement.	Ensemble du pays	28 000
SIGHT FIRST	ONG	Appui à la lutte contre l'Onchocercose.		100 000
Autres organismes de financement :				
FONDS MONDIAL de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme	Fonds	Appui à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.	Ensemble du pays	12 000 000
Fonds OPEP	Fonds	Construction et équipement de l'Hôpital de Sangmélina.	Sangmélina	5 000 000
Global Alliance for Vaccine and Immunization	Fonds	Renforcement du système de santé et de l'achat, du conditionnement et du transport aérien des vaccins.	Ensemble du pays	3 000.000

Source : DCOOP/Minsanté, 2009