

**CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE
DU SECTEUR SANTE AU
CAMEROUN**

1.1 GENERALITES SUR LE CAMEROUN

Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est, le Cameroun, de forme triangulaire, s'étend du Sud au Nord sur près de 1.200 km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au Sud -Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique.

Le Cameroun a une superficie de 475.440 Km² et une population estimée en 2000 à environ 15 millions d'habitants, d'où une densité de 31 habitants/km².

Le milieu naturel est très diversifié avec des écosystèmes multiples:

- **Le Plateau central** a une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide avec des précipitations abondantes.
- **La Plaine côtière** est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante.
- **Les Hauts Plateaux de l'Ouest** ont une végétation moins dense et un climat frais. C'est une région de terres volcaniques.
- **Le Plateau de l'Adamaoua** présente un climat de type soudano-sahélien plutôt tempéré avec des savanes arbustives et des forêts galeries.
- **La Plaine de la Bénoué**, où la végétation dominante est une savane herbeuse parsemée de steppes, a un climat de type sahélien.

Le climat devient chaud et sec avec des précipitations raréfiées au fur et à mesure que l'on s'approche du lac Tchad.

Le Cameroun dispose d'un réseau de communications assez varié.

- Réseau routier

L'état du réseau routier est l'un des principaux obstacles au développement. Il est peu dense et inégalement réparti sur le territoire. En effet le pays compte moins de 5000 km de routes bitumées. Seules quelques provinces disposent de tronçons routiers facilitant les échanges intérieurs.

- Réseau ferroviaire

Le chemin de fer souffre des mêmes insuffisances que le réseau routier. Il compte, sur moins de 1500 km, deux grandes lignes de desserte qui sont vétustes et subissent durement la concurrence de la route.

- Réseau maritime

Le Cameroun dispose d'une façade maritime qui abrite d'importants ports : Douala, principal port sur l'estuaire du Wouri, Limbé et Kribi, ports en eau profonde. Le port fluvial de Garoua sur la Bénoué n'est navigable que pendant trois mois sur l'année.

– **Réseau aéroportuaire**

Il est composé de trois aéroports internationaux à fort tonnage: Douala, le plus important, Garoua et Yaoundé. Il existe autres aérodromes : Bafoussam, Bamenda, Bertoua , Maroua, Ngaoundéré.

La compagnie nationale de transport aérien assure les dessertes régionales et se partage des liaisons internationales avec les grandes multinationales et des compagnies privées.

Le paysage médiatique est en pleine mutation du fait de la libéralisation intervenue dans le secteur. Il est dominé par trois types de média: audio, audio visuel et écrit.

– **Media audio**

La station radio nationale qui couvre l'ensemble du pays, les dix (10) stations provinciales et des stations de fréquence modulée constituent le réseau de media audio public. Le secteur privé exploite actuellement quelques six (06) stations radio rurales et plusieurs stations de fréquence modulée.

– **Média .audio visuels**

Le pays dispose d'une chaîne de télévision nationale qui émet en français et en anglais, sur l'étendue du territoire national. Le paysage audio visuel s'est récemment enrichi de chaînes de télévision privées et de plusieurs distributeurs d'images par câble.

– **Média écrits.**

Outre le quotidien national d'informations générales paraissant en français et en anglais, de nombreuses presses privées et de magazines divers peuplent le paysage de ces média.

La maturité progressive de ce réseau informationnel, expression de la dynamique culturelle du pays offre de réelles perspectives à la promotion des activités d'IEC.

En matière de télécommunications, on note un déficit grave dans la qualité du service dû à des problèmes variés, aussi bien d'ordre managerial et organisationnel qu'à l'état des équipements.

Le développement de toutes ces infrastructures en ferait un important outil de compétitivité de l'économie et partant, un véritable catalyseur pour la promotion des conditions de vie des populations.

Au plan de **l'organisation administrative**, le Cameroun est découpé en 10 Provinces subdivisées en 58 Départements, eux-mêmes éclatés en 269 Arrondissements et 53 Districts administratifs.

Le Cameroun compte plus de 200 langues nationales et deux langues officielles : le Français et l'Anglais.

1.2. CONTEXTE DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTE

1.2.1. CONTEXTE POLITIQUE

Après plus de deux décennies de pouvoir monopartiste, le paysage politique est, depuis 1990, marqué par le multipartisme. Ainsi, plus d'une centaine de partis animent la vie politique.

La Constitution de 1996 consacre la séparation des pouvoirs:

- l'exécutif est exercé par le Président de la République ;
- le pouvoir législatif bicaméral est conjointement exercé par l'Assemblée Nationale et le Sénat ;
- le pouvoir judiciaire s'exerce à travers différentes juridictions dont la plus haute est la Cour Suprême.

La même Constitution prévoit la décentralisation de la gestion publique avec la création des régions et des collectivités décentralisées.

1.2.2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peulhs et bantous.

Le pays compte ainsi plus de 230 ethnies réparties en cinq (05) grands groupes :

- dans le Grand Nord on retrouve les Soudanais, les Hamites, les Sémites généralement animistes ou islamisés ;
- dans le reste du pays ce sont les Bantous et apparentés, les Pygmées généralement animistes ou christianisés.

Ce brassage des cultures et civilisations pourrait être un facteur favorisant de la dissémination de certaines pathologies, tout comme il pourrait, à l'inverse, en favoriser la réduction .

Le taux de croissance annuel de la population Camerounaise est de l'ordre de 2,7%. Des zones de faible peuplement occupant la majeure partie du territoire national contrastent avec des zones à très forte concentration humaine des hautes terres de l'Extrême Nord et de l'Ouest.

La population est essentiellement jeune: 17% a moins de cinq (05) ans, alors que 28% et 56% ont respectivement entre 5 - 14 ans (frange scolarisable) et moins de 20 ans ; seuls 3,7% de la population a plus de 60 ans et la frange potentiellement active (15 – 49 ans) représente 50 %.

La pyramide des âges présente donc une base large, caractéristique des pays en développement, qui se rétrécit très rapidement. Les femmes représentent 51 % de la population totale.

La majorité de cette population réside en zone rurale ; cependant, le phénomène d'urbanisation gagne en importance puisque la population urbaine représente 45% du total avec une forte concentration à Douala (environ 1,6 million d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 million); plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille

habitants (Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Kumbo, Nkongsamba, Ngaoundéré...).

La taille moyenne des ménages est de 5,5 personnes dans l'ensemble, dont 5,3 à Douala/Yaoundé, et 5,5 en zone rurale.

La jeunesse de la population constitue autant un atout indiscutable qu'un défi en matière de promotion de la santé.

1.2.3 CONTEXTE ECONOMIQUE

L'Economie Camerounaise est très diversifiée mais à dominance agricole.

La relative prospérité des années post indépendance a été battue en brèche par les effets d'une sévère crise économique dès la fin des années 80.

En effet, le PIB passe de 735 US\$ en 1975, pour atteindre un maximum de 1183 en 1985 et entame une baisse significative en 1991, se situant autour de 911 US\$. Cette baisse va l'entraîner à 658 US\$ en 1994.

Ensuite, on assiste à un retournement de tendance l'année d'après du fait de l'ajustement monétaire intervenu en janvier 1994. La croissance réelle du PIB atteint 5% en 1994/95, et se consolide à 4,5% en moyenne jusqu'en 1999/2000.

La bonne exécution des programmes de réformes macro-économiques et structurelles mis en œuvre par le Gouvernement depuis 1996 avec l'appui de ses partenaires au développement a permis d'atteindre le point de décision de l'Initiative PPTTE en Septembre 2000.

En effet, l'inflation est contenue à moins de 2% l'an et le déficit de transaction courante passe de 3% du PIB en 1997/98 à 1,5% en 1999/2000 en bénéficiant de l'amélioration des termes de l'échange. Les finances publiques ont enregistré de biens meilleurs résultats sous l'effet d'une meilleure organisation de l'administration fiscale et d'une rationalisation des dépenses publiques, se traduisant par l'arrêt de l'accumulation des arriérés intérieurs et la normalisation des relations avec les créanciers extérieurs.

En dépit de ces performances, la situation économique et financière demeure fragile: la croissance économique est faible pour impulser un réel changement au niveau de toutes les composantes sociales, notamment les plus faibles.

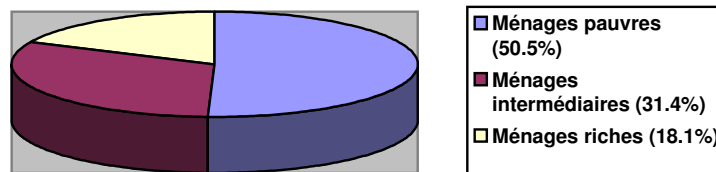
Cette faiblesse de la croissance économique est imputable en partie à la faiblesse de l'épargne et de l'investissement et surtout au poids excessif de la dette qui réduit d'autant la capacité d'investissement du pays notamment en faveur de la lutte contre la pauvreté.

L'agriculture, grande pourvoyeuse de revenus, a subi la chute des cours mondiaux de cacao, café et de coton. De plus, la baisse du prix d'achat aux planteurs et la libéralisation du système de commercialisation ont poussé les planteurs soit à abandonner les champs, soit à se tourner vers les produits vivriers au détriment des produits de rente.

Le secteur industriel jusque-là protégé à travers les codes et programmes d'investissement cherche à se réajuster face à une concurrence subite due à la libéralisation de l'économie.

Sur le plan humain, l'Indicateur de Développement Humain du Cameroun (IDH) passe de 0,519 en 1990 à 0,528 en 1998, soit une légère amélioration de 1,7% en huit ans, malgré sa dégringolade dans le classement mondial de pays : le Cameroun passe de la 124^{ème} position qu'il occupait en 1994 à la 132^{ème} en 1998. Il demeure un pays à IDH intermédiaire, mais se rapproche de plus en plus des pays à faible développement humain.

Figure n° 1: Distribution de la population selon le niveau de vie



Source : ECAM 1996

L'Indicateur de Pauvreté Humaine (IPH) renseigne que 38,5% des citoyens sont touchés par la pauvreté humaine alors que du point de vue du revenu (seuil de pauvreté monétaire), ce sont 50,5% des Camerounais qui sont pauvres ; 31,4% d'entre eux appartiennent à la tranche intermédiaire et 18,1 % sont considérés comme riches.

Le seuil de pauvreté monétaire est de 148.000 FCFA par an, alors que les ménages dits riches ont un revenu supérieur à 296.000 FCFA par an et par personne.

1.2.4 CONTEXTE SOCIO-CULTUREL

La décennie de récession et d'ajustement économiques récurrents (1985/86) – 1999/2000) a révélé les insuffisances des politiques sociales conduites pendant cette période au Cameroun, et en conséquence, la progression de la pauvreté monétaire dont l'incidence passe de 40% en 1993 à près de 51% trois ans plus tard.

Le contexte social va s'apprécier principalement à travers les composantes de l'indicateur de développement humain que sont : la durée de vie, le niveau d'éducation, les conditions d'existence et en plus, les comportements.

L'Indicateur de Pauvreté Humaine calculé en 1998 révèle que la probabilité de décéder avant 40 ans est de 27,4% au Cameroun, que l'insuffisance pondérale des moins de 3 ans est de 22 %, et que 46 % des populations n'ont pas accès à l'eau potable et à l'assainissement.

L'intérêt du tableau ci-dessous est de montrer les efforts que le Cameroun doit réaliser dans les domaines sociaux. Les besoins restent globalement insatisfaits ou alors satisfaits, mais avec de fortes disparités par région et par sexe.

Tableau n° I: Indicateurs de développement humain

Indicateurs	Cameroun	Afrique Sub-saharienne	Tous les pays en développement	Pays industrialisés
Indicateur d'espérance de vie en 1997	0,51	0,4	0,66	0,88
Indicateur de niveau d'éducation en 1997	0,62	0,54	0,57	0,96
Indicateur de PIB, (selon la parité pouvoir d'achat, en 1997)	0,49	0,46	0,58	0,91
Indicateur de développement humain en 1997	0,536	0,463	0,637	0,919
Indicateur de pauvreté humaine (IPH-1)	38,1 %	40,6	27,72	

Source : Rapport mondial sur le développement humain 1999

L'Education est assurée au Cameroun aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Le taux national d'alphabétisation des adultes s'élève à 71% en 1997 (dont 79% pour les hommes et 64,6 % pour les femmes) contre 73,1% et 49% respectivement pour les hommes et pour les femmes en 1974 ; l'alphabétisation progresse donc globalement, notamment celle des femmes. En 1998, le taux d'alphabétisation des adultes atteint 74% (dont 80,3% pour les hommes et 67% pour les femmes).

Le taux brut de scolarisation combiné, tous ordres d'enseignements confondus, s'élève quant à lui à 43% en 1997 (dont 48% chez les hommes et 39%) chez les femmes ; Comparé à 1996, il est en baisse dans toutes ses composantes, ce qui traduit les difficultés qu'éprouvent de plus en plus les parents à assurer les dépenses d'éducation de leurs progénitures. On constate aussi des fortes disparités entre les régions, les provinces septentrionales étant les plus affectées.

En matière **d'emploi**, la récession économique a rétréci les perspectives d'emploi. On note une disproportion entre une offre réduite d'emplois salariés et une demande de plus en plus grande. Cette situation se trouve accentuée entre autres par l'inadéquation entre l'emploi et les formations dispensées avec pour conséquence un fort développement du secteur informel dans les grandes métropoles.

En ce qui concerne les conditions de vie :

Sur le plan de **l'habitat**, près de 71% de ménages dans le pays sont propriétaires de leur maison d'habitation. 50% des locataires se trouvent dans le milieu urbain qui ne compte que 34% de l'ensemble des ménages du pays.

S'agissant du volet **eau et assainissement**, 77% de la population urbaine avait accès à l'eau potable en 1996 contre 27,4% de la population rurale ; la population ayant accès à des installations adéquates pour l'élimination des excréta s'élevait à 40% en 1991, et au cours de la même année, 17,6% de décès d'enfants de moins de 5 ans étaient dûs aux maladies diarrhéiques.

Sur le plan **nutritionnel**, les prévalences des malnutritions protéino-caloriques se sont accrues au sein des groupes vulnérables comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau n° II : Prévalences des malnutritions protéino-caloriques des enfants de moins de 3 ans

Indicateurs	Situation en 1991	Situation en 1998
Taux de malnutrition chronique	23%	29%
Taux de malnutrition sévère	8%	11%
Taux de malnutrition aiguë	4%	6%
Insuffisance pondérale	16%	22%

Source : EDSC 1991 et 1998

Il ressort de ce tableau qu'entre 1991 et 1998, les taux de malnutritions chroniques, sévère et aiguë et l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 3 ans se sont respectivement accrus de 6%, 3%, 2% et 6%. Cette situation s'expliquerait entre autre par la crise économique qui a considérablement réduit le budget des ménages.

Il n'existe pas à proprement parler de **sécurité sociale** au Cameroun de part l'absence d'un régime de protection sociale universel.

Cependant Le Décret N°2000/692 du 13 Septembre 2000 fixe les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire. Au terme de ce texte, la protection des fonctionnaires contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle est entièrement assurée par l'Etat ; cette prise en charge est réduite à 60% lorsque ceux-ci ne sont pas imputables au service. Cette dernière mesure s'étend à la famille du fonctionnaire (époux, enfants légitimes, reconnus ou adoptifs). L'application des dispositions de ce texte n'est pas encore effective sur le terrain.

L'autre catégorie sociale bénéficiant d'une certaine prévoyance sociale est constituée des travailleurs du secteur privé qui, sur la base des cotisations versées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) par l'employeur bénéficient :

- des prestations familiales ;
- des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès ;
- des allocations pour les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La CNPS traverse actuellement une situation difficile due au montant élevé de ses créances difficiles à recouvrer ou compromises.

Suite à ces nombreuses difficultés, une réforme de la sécurité sociale est envisagée. Elle en est au stade des études spécifiques devant conduire à une intervention en deux phases :

- ◆ 1^{ère} phase : une profonde restructuration de la CNPS dont l'action couvre à peine 10% de la population.
- ◆ 2^{ème} phase : une réorganisation de l'ensemble du système sur la base de :
 - l'extension de la couverture sociale aux autres groupes de populations notamment les plus démunis (ruraux, informels...)
 - l'élargissement de l'éventail de prestations à servir (retraite, maladie, etc...)
 - la redéfinition du mode de contribution.

L'aboutissement de cette réforme serait un apport sérieux au problème de la mutualisation du risque maladie.

Les insuffisances du système de sécurité sociale conjuguées au recul des revenus et au relèvement des prix, ont eu une incidence néfaste sur la demande et l'offre des soins :

- comportements tendant à recourir aux prestations de santé peu chères, et de qualité douteuse ;
- recours intensif aux prestations socio-sanitaires traditionnelles ;
- prolifération des groupes religieux et prophètes miracles qui s'érigent en structures et professionnels de santé.

Par ailleurs, d'autres comportements humains entraînent la pollution de l'air, de l'eau et du sol par une utilisation inappropriée de l'énergie et par un déversement des déchets ménagers et industriels. L'érosion du sol est causée entre autres par des pratiques culturelles inadaptées.

L'Etat, pour sauvegarder la gestion des écosystèmes et préserver l'environnement a pris de nouvelles dispositions notamment, l'aménagement du territoire en zone de conservation, de production et d'agriculture, des restrictions aux exportations de grumes et des règles d'aménagement durable des concessions forestières.

La population féminine constitue le groupe humain dominant (51% de la population). Sa distribution par secteur de résidence fait apparaître des disparités entre ville et campagne : 107 hommes pour 100 femmes en zone urbaine contre 92 pour 100 en zone rurale.

Sur le plan économique, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel notamment le petit commerce. Elles assurent, à 92% la production vivrière participe fortement dans l'industrie manufacturière (textile, confection).

Malgré ce rôle majeur dans le développement social, elles restent confrontées à un certain nombre de problèmes :

- plus de la moitié des femmes en âge de procréer est sans instruction ;
- une sous représentativité des filles dans les filières scientifiques et techniques d'enseignement ;
- une faible représentativité des femmes dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%) ;
- de nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychosociologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la terre et au crédit par exemple) entravent le plein épanouissement de la femme ;
- la participation de la femme camerounaise à la vie publique reste faible (5,6% des effectifs à l'Assemblée Nationale).

1.3. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

Le profil épidémiologique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara, est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Il convient cependant de souligner la tendance à l'augmentation de la prévalence de

certaines pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète sucré et les cancers. Par ailleurs, certaines maladies qui avaient considérablement régressé sont en recrudescence: c'est le cas de la Tuberculose, de la Trypanosomiase humaine africaine (THA) etc. La situation épidémiologique se trouve aujourd'hui aggravée par la pandémie galopante de l'infection à VIH/SIDA.

1.3.1 MORBIDITE

Le Paludisme demeure une endémie majeure, constituant la première cause de morbidité au Cameroun ; il représente :

- 40 à 50% des consultations médicales ;
- 23% des hospitalisations ;
- 26% des arrêts maladie ;
- et 40% du budget annuel de santé des ménages ;

Le nombre de cas de Paludisme déclarés par les formations sanitaires du 1^{er} échelon pour 100.000 habitants est estimé à 4.613 en 1997.

Le phénomène de la résistance des plasmodiums aux antimalariques et particulièrement à la chloroquine est un obstacle majeur à la prise en charge du paludisme. Les taux d'échecs thérapeutiques à la chloroquine varie de 2% à 67%.

Les mesures de protection individuelle telles que l'utilisation des moustiquaires imprégnés sont encore peu utilisés par les ménages (1% à 15%).

Les infections respiratoires, les dermatoses, les maladies gastro-intestinales constituent les principales causes de morbidité après le paludisme dans la population générale.

La méningite cérébro-spinale sévit de manière cyclique dans les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord.

Des foyers de choléra s'activent périodiquement dans le grand Nord, à Douala dans le Littoral et dans les provinces du Sud et de l'Ouest.

La malnutrition sévit de manière endémique dans toutes les provinces. Les statistiques révèlent qu'en 1998, 29% d'enfants de moins de 3 ans souffraient de malnutrition chronique, 11% de malnutrition sévère, 6% de malnutrition aiguë, et 22% d'insuffisance pondérale. La proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique a presque doublé pour les enfants de moins de 6 mois (de 3,2% en 1991 à 5,5% en 1998), et a augmenté de près de 50% pour ceux de 6 à 23 mois (de 13% en 1991 à 18% en 1998 pour les 6 à 11 mois et de 32% en 1991 à 44% en 1998 pour les 12 à 23 mois). Les données de l'état nutritionnel en l'an 2000 montrent que :

- 57,5% des enfants de 1 - 5 ans sont anémiés ;
- cette proportion est de 53,5% chez les femmes enceintes, 27,3% chez les femmes en âge de procréer (15 - 45 ans) et seulement 8,4% chez les hommes.

De même l'analyse des données de fréquence de consommation alimentaire en l'an 2000* montre que l'ensemble du pays est à risque de carence en vitamine A.

C'est en zone rurale et dans les provinces septentrionales que la situation est la plus préoccupante.

Tableau n° III : Situation de quelques maladies endémiques en 1998

Province	Tuberculose	Lèpre
Adamaoua	113	52
Centre	48	4
Est	144	12
Extrême - Nord	1.026	51
Littoral	39	1
Nord	233	445
Nord-Ouest	96	32
Ouest	318	5
Sud	189	8
Sud- Ouest	55	6
Total (nombre de cas)	2.261	616

Source : DEPI /MSP : Rapport NHMIS ; 1998

La situation de la lèpre s'est considérablement améliorée au Cameroun au cours des quinze dernières années : le nombre de malades est passé de 8.000 à moins de 800 entre 1986 et 2000, soit une régression d'environ 90% ; de ce fait, la prévalence est de un pour dix mille habitants. Cependant, 616 nouveaux cas de lèpre paucibacillaire ont été enregistrés en 1998 contre seulement 135 en 1997¹, suite à une intensification de la recherche active des cas.

L'ulcère de buruli sévit depuis 1975 dans certaines parties du pays, notamment dans les provinces du Centre, de l'Est et du Sud-Ouest. Une étude récente menée dans les districts de santé d'Akonolinga et d'Ayos (province du Centre) par l'ONG "Médecin Sans Frontière" a permis de répertorier environ 200 cas d'ulcères de buruli.

Cette maladie dont on ne connaît pas encore bien le mode de transmission et qui se manifeste par des ulcérations invasives de la peau, des muscles et des tissus osseux est à l'origine des graves mutilations. Elle est devenue un problème de santé publique de part sa gravité et l'absence d'un traitement non chirurgical efficace ainsi que le nombre croissant des cas notifiés par les praticiens. De plus, les victimes sont en majorité les enfants de moins de 15 ans qui vivent dans des zones rurales démunies, près des rivières, des marais ou des plans d'eau stagnante. Il convient de souligner par ailleurs, qu'il n'existe pas encore de moyens simples pour diagnostiquer cette infection.

La prévalence de la cécité serait de 1% dans notre région selon l'OMS. Ainsi, 150000 personnes souffriraient de cécité au Cameroun. Il est aussi estimé que 450 000 autres présenteraient des troubles visuels divers.

Les causes de cécité évitables représentent 80% des cas. Ce sont principalement les cataractes (50%), l'onchocercose (20%), le glaucome (12%) et le trachome (4,7%).

**DSC/MSP : Enquête Nationale 2000 sur la carence en Vitamine A et l'Anémie*

¹ Ces données ne concernent pas les centres spécialisés de traitement de la lèpre

Les vices de réfraction (9,7%), les rétinopathies diabétiques et hypertensives, les dégénérescences rétiniennes constituent d'autres causes de cécité.

La cécité de l'enfant (1‰ des cas) est principalement liée aux opacités cornéennes aux cataractes et glaucomes congénitaux et aux maladies héréditaires.

L'Onchocercose ou cécité des rivières est endémique dans toutes les provinces du pays à des degrés variables (Tableau n° IV). La population à risque est estimée à 62%, et la population infectée à 40% de la population à risque. Environ 1 million de personnes souffrent d'altérations cutanées dues à l'onchocercose et 30 000 de cécité ou d'altérations de la vue.

Tableau n° IV : Prévalence de l'Onchocercose dans les provinces du Cameroun 1994-1995

Province	Nombre de villages enquêtés	Nombre de personnes Examinées	Nombre de personnes avec nodules	Pourcentage
Adamaoua	54	1 667	519	31,13%
Nord	29	803	278	34,62%
Est	11	266	33	12,40%
Ouest	51	1 710	1 187	69,41%
Littoral	24	684	424	61,98%
Sud- Ouest	42	2 041	1 134	55,56%
Nord-Ouest	18	742	319	42,99%
Centre	77	2 359	717	30,39%
Sud	26	695	109	15,60%

Source : Programme ONCHO (MSP)

La carence en vitamine A constitue un problème de santé publique au Cameroun avec 40% environ d'enfants âgés de 1 à 5 ans qui ont un taux de rétinol inférieur à 70Umol/L. Pour chaque enfant présentant les signes cliniques d'Avitaminose A (tache de Bitot), il existe 10 autres dans état sub-clinique dont le risque de morbidité et de mortalité est augmenté.

Le pays est en cours d'élaboration d'un programme national de lutte contre la cécité dans le cadre du programme vision 2020 : "**Le droit à la vue**". Il devra s'attaquer à éliminer les autres principales causes de cécité évitables à savoir la cataracte, la déficience en vitamine A, le glaucome, le trachome, les vices de réfraction et la baisse de vision et les rétinopathies (diabétiques et hypertensives).

On note une ré-émergence de la trypanosomiase humaine africaine sur le territoire national : l'endémie évolue à bas bruit dans des foyers résiduels, notamment à Campo (Sud), Fontem et Mamfé (Sud-Ouest); la reviviscence d'autres foyers se confirme à Bipindi (Sud) et Doumé (Est).

Le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG) est lancé au Cameroun en 1990 et les principaux foyers actifs sont le Mayo - Sava et le Mayo-Kani dans l'Extrême - Nord. Depuis 1998, le Cameroun est rentré dans la phase de pré-certification de l'éradication du ver de Guinée, c'est-à-dire, qu'il a déclaré «zéro» cas autochtone de ver de Guinée pendant une période de trois années consécutives.

La schistosomiase est un problème de santé publique au Cameroun avec plus de 10.000 cas déclarés chaque année. Sa propagation est en nette progression suite au relâchement de la surveillance épidémiologique due à la récession économique ; ce qui a entraîné la constitution de nouveaux foyers et la flambée des taux de prévalence.

Les travaux de développement hydro-agricoles sont les facteurs favorisant de la transmission de cette endémie. Les 10 provinces sont plus ou moins concernées. Le lourd tribut que payent nos populations en rapport avec les baisses de production et des performances scolaires, ainsi que le coût élevé de la prise en charge efficace des cas (coût élevé de médicaments), interpellent les autorités à mettre en place un programme opérationnel et efficace de lutte contre la schistosomiase.

Les maladies bucco dentaires sont des affections courantes au sein de notre population. Elles sont à l'origine des infections graves à distance, comme les septicémies, les rhumatismes articulaires aiguës et les cardiopathies.

La surdité ou déficience auditive constitue un handicap majeur tant chez l'enfant que chez l'adulte. Chez l'enfant, les surdités pré-linguales sont à l'origine de la mutité et des retards de développement du langage. Elles sont par ailleurs la principale cause des échecs scolaires, au Cameroun, atteignant les chiffres de 3,5%. Elles sont liées à toutes les pathologies infectieuses de l'enfant : méningite, rougeole, oreillon etc. Chez l'adulte, elles sont liées au traitement des autres pathologies (paludisme, tuberculose ; etc.), aux nuisances de l'environnement professionnel ou non, à la presbycusie, rendant difficile la vie relationnelle dans la société et tendant à marginaliser le sujet déficient auditif de son environnement. L'épidémiologie de cet handicap est encore mal connue dans notre milieu.

En ce qui concerne la situation épidémiologique des maladies dégénératives, elle se présente ainsi qu'il suit :

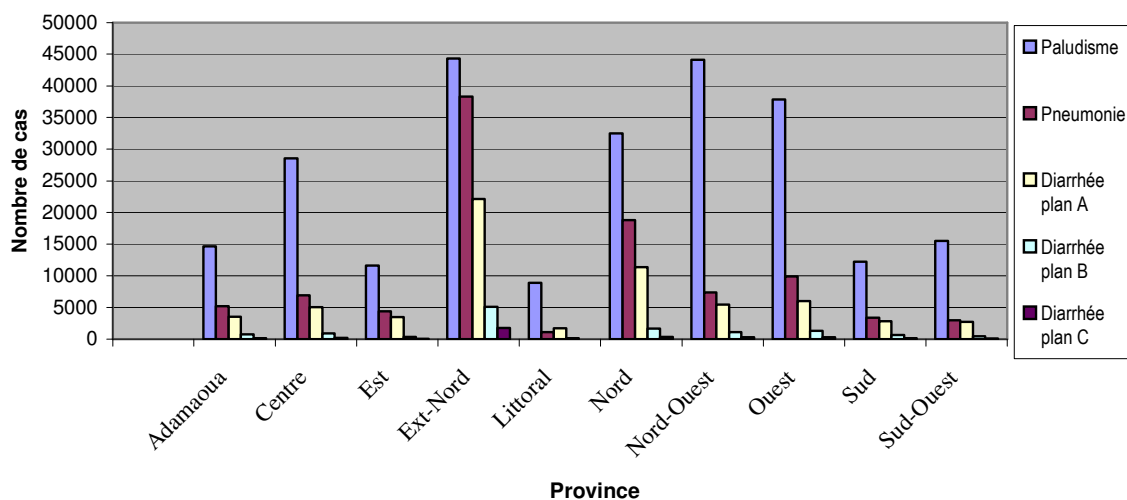
Pour le diabète la prévalence chez les hommes est de 4,7% en milieu rural et 6,2% en milieu urbain, alors que chez les femmes elle représente 2,9% en milieu rural, 4,9 % en milieu urbain.

Pour l'hypertension artérielle, la prévalence chez les hommes est de 9,1% en milieu rural et 17,6% en milieu urbain, alors qu'elle représente 6,6% chez les femmes en milieu rural et 15,5 % en milieu urbain.

Il apparaît à l'évidence que la prévalence de ces maladies dégénératives est plus importante en milieu urbain et chez les hommes.

En observant spécifiquement la morbidité des enfants de moins de 5 ans par province, le profil dominant des maladies infectieuses et parasitaires se confirme avec le Paludisme en tête de liste, suivi des pneumonies et des diarrhées. Il faut cependant préciser que les données de la figure n°2 ci-dessous ne concernent que les formations sanitaires du premier échelon. Les grandes disparités au niveau des taux de complétude des Rapports Mensuels d'Activité (100% au Nord-Ouest contre 22,2% au Littoral) rendent les comparaisons entre Provinces difficiles. Le taux de complétude au niveau national n'est que de 58,5%.

Figure n° 2: Morbidité par province chez les enfants de moins de 5 ans en 1998



Source : DEPI/MSP ; NHMIS 1998

Le système d'alerte permet de suivre certaines pathologies de manière particulière. Ainsi le tableau n° V ci-après présente le nombre de cas déclarés par les formations sanitaires de 1^{er} échelon en 1997 et 1998.

Tableau n° V: Nombre de cas de pathologies du système d'alerte en 1998

MALADIES	1997	1998
ROUGEOLE	8.222	14.161
MENINGITE CEREBRO SPINALE	1.431	4.583
CHOLERA	1.107	419
RAGE HUMAINE	32	77
POLIOMYELITE/PFA	0/25	0/68

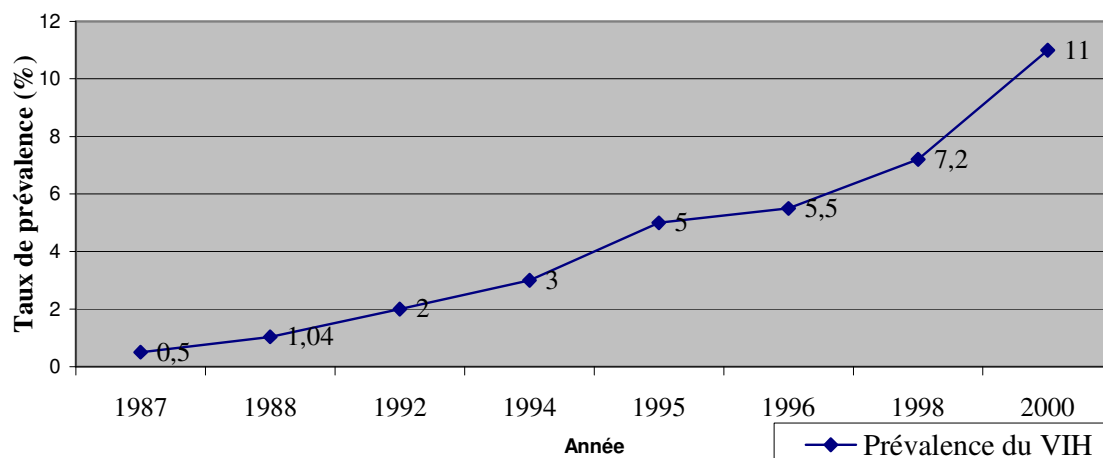
Source : Extrait de DEPI/MSP ; NHMIS ; 1997,1998

Il en ressort que la Rougeole constituait la plus forte cause de morbidité des maladies du système d'alerte en 1998, le nombre de cas déclarés ayant presque doublé entre 1997 et 1998.

Globalement, la rage humaine, avec 77 cas en 1998 contre 32 en 1997, est en nette progression. Il n'y a pas eu de cas confirmés de poliomyélite à poliovirus sauvage en 1997 et 1998. L'augmentation du nombre de cas de PFA de 25 à 68 montre que le système de surveillance mis en place dans le pays est performant. Toutefois, il se pose le problème de certains districts de santé dits « silencieux » qui jusque là ont déclaré zéro cas de PFA.

Cette situation déjà dramatique des maladies infectieuses et parasitaires s'est aggravée avec la pandémie due au VIH /SIDA qui gagne rapidement du terrain, accélérant par la même occasion la résurgence de la tuberculose.

Figure 3 : Evolution du VIH dans la population sexuellement active au Cameroun



Source : CNLS/GTC/SECT.OP/UNITE D'EPIDEMIOLOGIE ; 2000

L'infection à VIH/SIDA représente un problème majeur de santé publique aujourd'hui au Cameroun. Toutes les couches socio-professionnelles sont atteintes. Depuis la déclaration du premier cas de SIDA, un total cumulé de 34.000 cas ont été déclarés dont 4,6% dans la tranche d'âge de 0 à 14 ans. Ce nombre est sous estimé au regard des difficultés dans le système de notification des cas. La séroprévalence du VIH dans la population sexuellement active était évaluée à 11% en 2000, soit 22 fois plus importante qu'en 1987 où elle n'était que de 0.5%. Près de 43% des personnes séropositives ont entre 15 et 34 ans. Le sexe ratio parmi les personnes infectées est de 2 hommes pour 3 femmes. Selon les projections, le nombre de Camerounais vivant avec le VIH sera de 1.500.000 (1 Camerounais sur 9) en 2001 avec plus de 150.000 d'orphelins. Dans environ 90% de cas, la transmission est hétérosexuelle lors des rapports sexuels non protégés. La transmission sanguine et celle de la mère à l'enfant représentent environ 10% des cas.

1.3.2. FECONDITE

La situation de la **Santé de la Reproduction** au Cameroun se caractérise par :

- une forte sous utilisation des services ;
- un sous équipement des services ;
- une insuffisance qualitative et quantitative en médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- une insuffisance qualitative et quantitative du personnel adéquat déjà peu motivé et mal réparti.

En conséquence, on relève entre autres:

- un nombre élevé de grossesses indésirées et d'avortements provoqués ;
- une forte morbidité et mortalité maternelle et infantile ;
- une insuffisance pondérale et néonatale de 13% en moyenne entre 1990-1997.

La fécondité de la femme camerounaise estimée à 5,2 enfants se caractérise entre autre par sa précocité ; plus d'une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 20 ans comme nous le montre le tableau n° VI ci-dessous.

Tableau n° VI : Caractéristiques de la femme Camerounaise

Indicateurs	1991	1998
Age médian au premier rapport sexuel (femmes âgées de 15-49 ans)	15,8	15,8
Age médian à la première union (femmes âgées de 15-49 ans)	16,5	17,4
Age moyen à la première naissance (femmes âgées de 15-49 ans)	18,7	19

Source : EDSC 1991 et 1998

Malgré cette forte fécondité, une part importante de femmes (29%) ont eu au cours de leur vie, au moins une grossesse qui n'a pas abouti à une naissance vivante. (EDSC 1998)

1.3.3. MORTALITE

Le taux brut de mortalité du Cameroun est de 12,8 o/oo en 1991 et de 10,1 o/oo en 1998 comme nous le montre le tableau n°VII

Tableau n° VII: Données sur la mortalité materno-infantile (en ‰)

Indicateurs	Situation en 1991	Situation en 1998
Taux Brut de Mortalité (TBM) en ‰	12.8	10.1
Taux de Mortalité Infantile (TMI) en ‰	65	77
Taux de Mortalité Juvénile (TMJ) en ‰	65.6	79.9
Taux de Mortalité Maternelle (TMM) en ‰	430	430
Indice synthétique de fécondité	5.6	5.14
Espérance de vie à la naissance (en années)	54.3 ans	59 ans

Source : EDSC 1991 et 1998

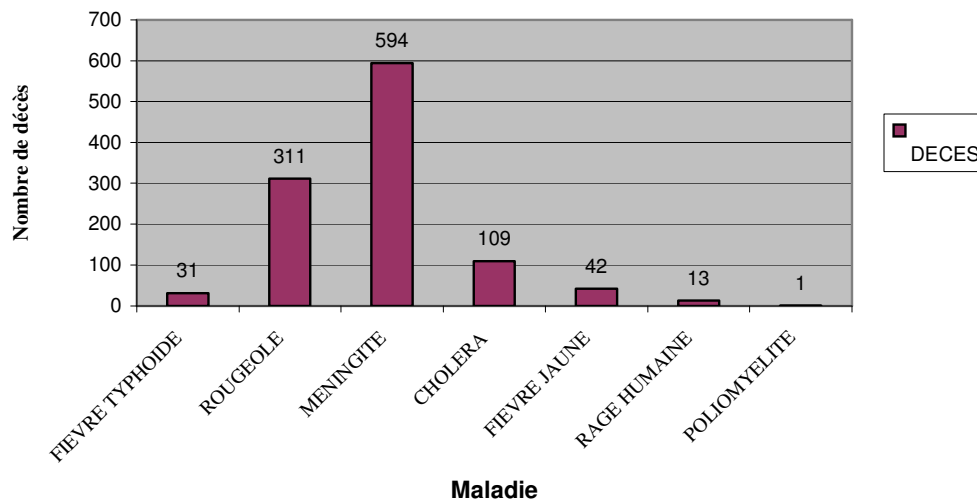
Le taux de mortalité infantile est très élevé dans le septentrion (**153%** dans la Province de l'Adamaoua et **135%** au Nord et à l'Extrême Nord).

Comme pour la morbidité, le paludisme constitue la principale cause de mortalité. En effet, il est responsable de :

- 40% des décès chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 35% des décès enregistrés dans les formations hospitalières.

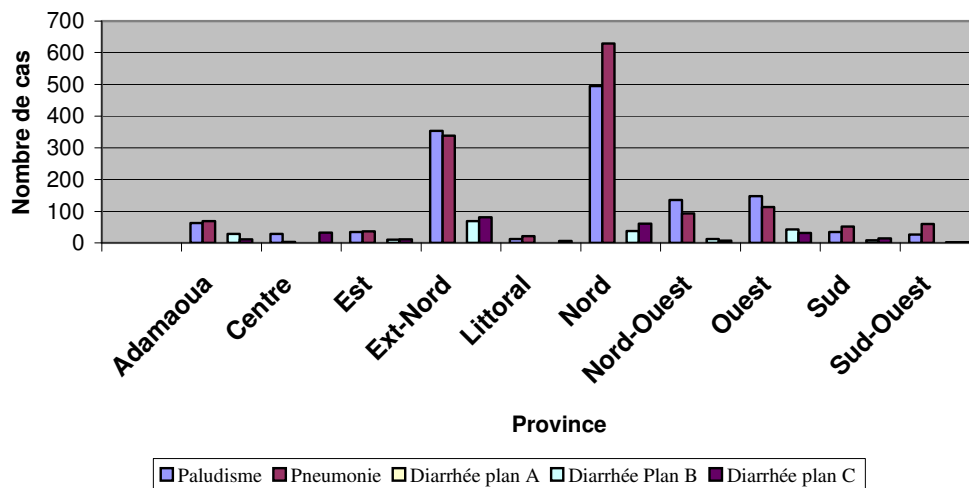
La figure 5 présente le nombre de décès causés par les maladies du système d'alerte en 1998. La méningite et la rougeole sont les maladies les plus meurtrières de ce système.

Figure 4 : Décès causés par les maladies du système d'alerte en 1998



Source : DEPI/MSP ; NHMIS ; 1998

Figure 5 : Causes des décès chez les moins de 5 ans par province en 1998



Source : DEPI/MSP ; NHMIS ; 1998

En 1998, 522 cas de tétanos néonatal ont été notifiés dont 41,4% de décès.

Dans le cas spécifique de la mortalité des moins de 5 ans, la figure 5 montre que les pneumonies discutent cette place de leader au paludisme, suivies des diarrhées.

1.4. LE SECTEUR DE LA SANTE

1.4.1. DESCRIPTION DU SECTEUR

1.4.1.1. EVOLUTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.

Quatre étapes majeures ont marqué jusqu'ici l'évolution de la politique sanitaire du Cameroun :

1.4.1.1.1. La période coloniale ou l'apogée de la stratégie d'Eugène Jamot.

Elle se caractérise par : .(i) l'exercice d'une médecine mobile initiée par le Docteur Eugène Jamot dans le Cameroun Oriental avec des équipes mobiles et bien équipées à l'effet de traquer la maladie du sommeil (Trypanosomiase) au sein et avec l'aide de la communauté, de dépister et de soigner les malades, d'assainir le réservoir de virus, de bloquer et de soigner sur place les malades contagieux affaiblis qui ne peuvent atteindre le dispensaire, de réduire les risques de propagation de la maladie vers les communautés saines ; (ii) la gratuité des soins médicaux aux administrateurs coloniaux , militaires, religieux et accessoirement aux colonisés ; (iii) l'extension (après la 1^{ère} guerre mondiale) du réseau sanitaire vers les zones rurales ; (iv) la formation médicale (Dakar) et para médicale (Ayos) ; (v) la mise sur pied des programmes verticaux mobiles de lutte contre les endémies locales (trypanosomiase, paludisme).

1.4.1.1.2. la période post indépendance ou phase des expérimentations

Cette période marque le passage de la phase de conceptualisation à celle d'expérimentation d'idées parfois novatrices. Elle se distingue des précédentes par : (i) l'extension de la couverture des soins à un réseau des hôpitaux et de centres ruraux ; (ii) le développement des ressources humaines pour la santé par la formation des personnels : création d'institutions notamment le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) en 1969 ; (iii) l'intensification de la lutte contre les endémo-épidémies et de la recherche ; (iv) la gratuité des soins malgré leur paiement exigé par les textes en vigueur.

L'expérimentation s'est faite principalement à travers les Zones de Démonstration des Actions de Santé Publique (D.A.S.P) ou l'avènement de l'approche «services» de santé de base.

Afin de compléter voire remplacer les équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies et suite à l'échec de la lutte verticale contre le paludisme, le Cameroun (avec l'appui de l'OMS et l'UNICEF) a mis en place une stratégie des services de santé de base à travers des Zones de Démonstration des Actions de Santé Publique ou Zones D.A.S.P avec pour :

- **objectif général** : expérimenter des approches de santé communautaire, susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé techniquement valables et en harmonie avec leurs réalités locales.

- **objectifs spécifiques :**
 - ❖ **à court terme**
 - adapter et intégrer les méthodes et techniques de la santé communautaire dans une zone avant leur généralisation ;
 - former le personnel aux méthodes adaptées.
 - ❖ **à long terme**
 - réaliser progressivement la couverture sanitaire des populations par la santé communautaire et éradiquer les endémo-épidémies.
- **stratégie :** la mise en place, compte tenu de la diversité géographique du pays, d'une zone d'expérimentation dans chacune des principales régions écologiques. Ainsi, quatre zones ont été choisies :
 - **Zone 1 :** le Département du Nyong et Kellé, zone de forêt équatoriale avec pour caractéristique un climat humide ;
 - **Zone 2 :** le Haut-Nkam, région de hauts plateaux dominée par un climat tempéré de transition ;
 - **Zone 3 :** l'arrondissement de Guider dans le Nord, région de savane pure à climat sec ;
 - **Zone 4 :** les départements de Momo, Mezam et Bui, zone de hauts plateaux, à climat tropical, tempéré et de transition. La particularité ici est qu'il s'agit d'une zone anglophone, différente des autres, car de culture sanitaire anglaise.
- **activités principales :**
 - la participation des collectivités aux activités de santé grâce à la création des comités villageois de santé ;
 - l'intégration des activités sanitaires au niveau des comités villageois de santé ;
 - la mise en place d'un système de pharmacies et laboratoires ruraux, etc.

La zone de Bamenda a été largement utilisée par le Centre Universitaire des Sciences de la Santé, pour les stages de santé communautaire des étudiants.

L'évaluation des zones D.A.S.P. en 1975 soulève les observations suivantes :

- **points positifs :**
 - 1) les activités sanitaires à assise communautaire suscitent une forte demande sociale en matière de santé ;
 - 2) les communautés sont prêtes à participer à un certain degré, au financement et à l'organisation de quelques activités sanitaires ;
 - 3) les communautés sont également disposées à organiser, puis à créer des pharmacies villageoises.
- **points négatifs :**
 - 1) les équipes mobiles coûtent cher, sans résultats probants sur l'amélioration de l'état de santé des populations. Les infirmiers itinérants sont insuffisamment formés dans les méthodes d'animation ;

- 2) la verticalité du programme sans coordination avec les autres activités du Ministère de la santé et des autres secteurs.

En réalité, les zones D.A.S.P. n'ont jamais décollé de leur phase pilote et expérimentale.

1.4.1.1.3. La période post Alma Ata : les Soins de Santé Primaires

En 1978, à Alma Ata en URSS, c'est l'adoption par la communauté internationale de l'approche des Soins de Santé Primaires c'est-à-dire des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques rendues universellement accessibles, avec la pleine participation des communautés bénéficiaires.

En 1982, le Cameroun adopte la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires avec comme :

- **objectif général** : amener d'ici à l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé, leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.
- **objectifs spécifiques** :
 - offrir à tous les Camerounais des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables ;
 - rendre les soins de santé universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation ;
 - fournir des soins de santé à un coût que la communauté et le pays peuvent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination.
- **stratégie** : promotion des villages-santé et des cases- santé. L'organisation d'un village-santé comporte au moins les éléments suivants :
 - un comité de santé ;
 - un comité de gestion ;
 - une pharmacie du village ;
 - un ou plusieurs agents de santé communautaire (ASC) ;
 - des matrones du village ; etc.
- **principales activités**
 - les villages sont constitués en villages-santé et les cases de santé sont construites par les communautés villageoises ;
 - le Ministère de la Santé Publique, les coopérations bi et multilatérales, assurent une formation de courte durée (de quelques jours à quelques semaines) des agents de santé communautaire et des accoucheuses traditionnelles ;
 - les agents de santé communautaire ont pour rôle de promouvoir l'éducation sanitaire, la sensibilisation des villageois aux soins de santé élémentaires et de traiter quelques maladies bénignes en s'inspirant des guides thérapeutiques pratiques ;
 - les accoucheuses traditionnelles, à qui il a été donné des trousseaux élémentaires, ont pour mission d'assurer les accouchements dans les conditions d'hygiène minimales.

En 1988, une évaluation de ce modèle révèle de nombreuses carences à savoir :

- **les problèmes liés à la qualité des soins :**
 - l'absence de continuité des soins due au défaut du système de référence contre référence entre cases de santé et centres de santé ;
 - la non intégration des soins, car l'agent de santé du village se consacre plus aux soins curatifs qu'aux autres activités ;
 - la légèreté du contenu des soins : la formation de quelques semaines des agents de santé est insuffisante.

- **les problèmes liés aux communautés :**
 - la faible acceptabilité de l'approche par la population qui réclame la conversion des cases de santé en Centres de Santé voire hôpitaux ;
 - l'inefficacité de l'approche bénévolat a entraîné les ASC à privilégier les prestations lucratives, notamment la vente des médicaments ;
 - la non-viabilité du système, car le volume de travail de l'agent de santé du village n'est pas compatible avec son statut de volontaire à temps partiel ;
 - l'inexistence dans les statuts des ASC des dispositions relatives à leur promotion sociale.

- **les problèmes liés à l'interface communauté/service de santé :**
 - la communauté et les professionnels de santé laissent la gestion des problèmes de santé à l'agent de santé du village. Le manque d'appui de ces agents par le système de santé officiel, a décrédibilisé leurs initiatives auprès des populations

Ces derniers croient d'ailleurs à tort, faire carrière dans le système de santé officiel.

- **les problèmes liés à l'organisation des services :**
 - mauvaise coordination des activités sur le terrain ;
 - l'absence de régulation de la mise en œuvre de l'approche ;
 - supervision insuffisance.

Pour pallier cette situation, les autorités sanitaires optent pour la réforme du système national de santé sous l'appellation de « Réorientation des Soins de Santé Primaires ». En fait, Il ne s'agit pas d'un programme mais plutôt d'une réorientation de notre système national de santé vers l'objectif social " Santé Pour Tous ".

1.4.1.1.4. La réorientation des Soins de Santé Primaires

La réforme du secteur santé du Cameroun se situe dans le cadre d'une approche de la région africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin.

Pour faire face à cette situation, les Etats africains organisent certaines rencontres importantes au cours desquelles ils développent des stratégies concertées :

- **la conférence de Lusaka** (1985) qui recommande le développement des systèmes de santé à trois niveaux étalés en trois phases :
 - niveau opérationnel correspondant aux services de santé périphériques ;
 - niveau intermédiaire correspondant aux services provinciaux ou régionaux ;
 - niveau stratégique correspondant aux services centraux.

- **la conférence Inter-régionale de l'OMS** à Harare (Août 1987) qui recommande fermement l'adoption du système de santé de district décentralisé comme moyen d'atteindre les objectifs de santé pour tous en l'an 2000 ;
- **le sommet des Chefs d'Etats de l'OUA** (Juillet 1987) qui adopte la «Déclaration sur la santé, pierre angulaire du développement», soumise par le bureau régional de l'OMS ;
- **la conférence de Bamako** (septembre 1987) qui, à travers « l'initiative de Bamako », se fixe pour principaux objectifs de revitaliser le système de santé en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile, instaure le recouvrement des coûts sur les médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques et renforce la participation communautaire.

Au Cameroun, les réformes sont élaborées et rendues publiques en 1989 mais officiellement adoptées en 1992 à travers la déclaration de politique sectorielle de santé et, en 1993, la déclaration de la mise en œuvre de la « **Réorientation des Soins de Santé Primaires** ». Dans ce concept, les principes ci-après cités constituent les éléments de base ; il s'agit de :

- la participation de la communauté dans le but de son **auto-responsabilisation** vis-à-vis de ses problèmes de santé ;
- la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé ;
- le respect des Droits de l'Homme, comme celui d'être informé et celui de l'intégrité de l'individu y compris son libre arbitre.

Dans le cadre de cette réforme :

le centre de Santé est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé et à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux ;

- le financement des activités des SSP se fait à travers :
 - ◆ **le financement non communautaire** :
 - solidarité nationale (Budget Public) ;
 - solidarité internationale (Coopération bilatérale, multilatérale, ONG).
 - ◆ **le financement communautaire** :
 - paiement pour les prestations ;
 - achat des médicaments essentiels ;
 - investissement humain ;
 - dons, legs, etc....
- le succès de la mise en œuvre des SSP repose sur la supervision et le Système National d'Informations Sanitaires ;
- le développement de la participation communautaire se fait à travers la mise sur pied et le fonctionnement des structures de dialogue que sont les Comités de Santé d'Arrondissement, le Fonds Provincial Spécial pour la Santé ainsi que les Comités respectifs de gestion.

La réorientation des Soins de Santé Primaires va entraîner un certain nombre d'aménagements juridiques du secteur dont :

- la loi Cadre du secteur santé portant mise en œuvre de la réorientation des Soins de Santé Primaires ;
- les différents lois et textes afférents au recouvrement des coûts ;
- les textes réorganisant le territoire national en Districts de Santé.

Par contre, quelques insuffisances ont été relevées :

- absence de cadre juridique pour la participation communautaire ;
- absence de cadre juridique pour le système national d'approvisionnement des médicaments essentiels, notamment les CAPP ;
- absence de réformes en matière de formation de base et continue ;
- inexistence de cadre de collaboration entre les intervenants du secteur ;
- insuffisance de suivi, de supervision et d'évaluation.

1.4.1.2. STRUCTURE ET ORGANISATION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Le système national de santé est structuré en trois niveaux et chacun des niveaux dispose de structures administratives, des formations sanitaires, de structures de dialogue relatives aux fonctions spécifiques comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau n° VIII: Les différents niveaux du secteur santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Cadre conceptuel du D/S viable (MSP)

Ce tableau fait ressortir :

- **le niveau central** : il est constitué des Services Centraux du Ministère de la Santé Publique et des Hôpitaux Nationaux ;
- **le niveau intermédiaire** : il est constitué des Délégations Provinciales de la Santé Publique et des Hôpitaux Provinciaux et Assimilés ;
- **le niveau périphérique** : il comprend 143 Services de Santé de District et 1689 Centres de Santé.

Le secteur santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

- un sous-secteur public ;
- un sous-secteur privé ;
- Un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Il est à noter que le sous-secteur public comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar du Ministère de la Défense, du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale avec la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale, du Ministère de l'Education Nationale etc...

Le sous-secteur privé regroupe des structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.

La médecine traditionnelle est une composante ancestrale à ne pas négliger dans le secteur santé. Elle n'est pas encore réglementée, d'où l'absence d'une véritable politique nationale en la matière. Toutefois, en vue de la promotion de cette médecine de nombreuses actions de l'Etat :

- création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique, chargé d'assurer la promotion et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé ;
- création des Centres de Recherches sur les plantes médicinales :
 - l'Institut de Recherche Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM)
 - Plantes du Cameroun (Plantecam).

Par ailleurs, le Gouvernement encourage l'organisation en Associations des tradipraticiens. Plusieurs problèmes minent cette composante du secteur santé dont :

- la méfiance réciproque entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne ;
- la non structuration de la profession ;
- l'analphabétisme de la plupart des tradi-praticiens ;
- la mystification des pratiques ;
- l'absence de cadre juridique ;
- l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.

1.4.1.3. LES INTERVENANTS DANS LE SECTEUR SANTE

La mise en œuvre de la politique nationale de santé interpelle plusieurs intervenants dont l'Etat, les ménages/communautés, les partenaires extérieurs et le privé.

1.4.1.3.1. L'Etat

Dans un cadre multisectoriel, l'Etat intervient dans le secteur comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui-relais (Finance, Communication, Agriculture etc...).

1.4.1.3.2. Les ménages /communautés

Les ménages et les communautés sont appelés à jouer un rôle important dans la définition des politiques et programmes de santé, la planification et la mise en œuvre de ces derniers ainsi que leur suivi et évaluation.

L'insuffisance de décentralisation, le manque de formation et de supervision freinent la participation effective des ménages et communautés à la mise en œuvre desdits politiques et programmes.

Bien que formalisée par la réglementation, la participation communautaire n'est pas encore optimisée dans la gestion des structures de santé comme le démontre le tableau ci-après :

Tableau n° IX : Moyenne annuelle des réunions des comités de gestion (Aires de Santé) tenues par Province en 1998

Province	Nombre moyen de réunions de COGE tenues
Adamaoua	3,51
Centre	0,45
Est	2,54
Ext-Nord	1,36
Littoral	1,09
Nord	3,28
Nord-Ouest	8,41
Ouest	4,25
Sud	1,05
Sud-Ouest	1,16
Cameroun	2,54

Source : DEPI/MSP : carte sanitaire 1998

Lorsqu'on sait que les réunions des comités de gestion sont mensuelles, et que par conséquent on devrait normalement tenir 12 réunions par an, il est surprenant d'avoir une moyenne nationale annuelle d'environ 3 réunions. Cette situation traduit le peu d'engagement et/ou d'intégration des communautés dans le secteur de la santé.

1.4.1.3.3. Le Secteur Privé

Les intervenants privés occupent une place très importante au Cameroun. L'offre des soins de santé du secteur privé se fait par le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif.

i) Le secteur privé à but lucratif dispose pour chacune des professions (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et infirmiers) d'un ordre et d'un syndicat. Les faibles moyens financiers et techniques des ordres limitent fortement les capacités de ces derniers à remplir leur rôle éthique, déontologique et disciplinaire qui est pourtant leur mission primaire. Quant aux syndicats, ils sont peu représentatifs car 20 % seulement des membres des ordres y sont affiliés ; Par ailleurs, l'on note une prolifération anarchique de formations sanitaires clandestines ainsi que des prestations sanitaires informelles ;

ii) Le secteur privé à but non lucratif comprend les confessionnels qui jouent un rôle essentiel en matière d'offre de soins au Cameroun et le secteur associatif qui est encore marginal. Les confessionnels sont constitués par l'Eglise Catholique, la Fédération des Missions et Eglises Evangéliques du Cameroun (FEMEC) et les Musulmans.

Plusieurs ONGs nationales interviennent dans le secteur santé ; mais, à l'exception de la Fondation Ad Lucem, leur faible crédibilité et leur capacité d'expertise très limitée les ont amenées à se regrouper en un Réseau d'ONG Santé du Cameroun (ROSACAM). Il est attendu que cette restructuration des ONGs Santé facilite la mise en place par ces dernières, d'une approche à la fois éthique et professionnalisante des projets de santé.

Le secteur privé à but lucratif se concentre essentiellement en zone urbaine ; le secteur privé à but non lucratif est quant à lui réparti sur l'ensemble du territoire, les zones rurales étant historiquement le lieu d'implantation privilégiée des Missions et Eglises.

Sur l'ensemble des Centres de Santé des secteurs public et privé à but non lucratif, 83 % sont du public, 17% sont privés à but non lucratif (Service Catholique de Santé 8,8 %, la FEMEC 7,3 %, Ad Lucem 0,9 %).

Conformément à une étude récente², les prestations offertes par les secteurs public et privé à but non lucratif sont sensiblement équivalentes. Le secteur privé à but non lucratif assure également les activités préventives, qui sont aussi développées, si ce n'est davantage, que dans le secteur public.

L'activité du secteur privé à but lucratif est quant à elle restreinte : elle est limitée d'une part quantitativement, le nombre de malades hospitalisés ou en consultations externes étant faible, et d'autre part dans la gamme des services proposés.

1.4.1.3.4 Les Partenaires extérieurs

Plusieurs partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun.

On peut noter qu'il y en a qui appuient le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. Le grand problème ici est la non-optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées par ces partenaires à cause de la faiblesse avec laquelle les différentes structures du Ministère de la Santé exercent leur rôle cardinal de coordination à différents niveaux.

1.4.1.4. PROBLEMES

Le secteur de la santé tel qu'organisé actuellement connaît un certain nombre de dysfonctionnements dont les principaux sont :

- la faiblesse institutionnelle : du fait de la mise en application parcellaire, tardive, voire de la non application des politiques et stratégies de santé précédemment arrêtées, les réformes ne sont guère formalisées. Les faits précèdent généralement la loi et deviennent parfois le droit. C'est le cas du recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics ; leur organisation et gestion ne sont guère réglementées. Les responsables des hôpitaux les créent et les gèrent à leur guise ;

² Etude sur l'offre de soins du secteur privé au Cameroun, CREDES Juillet 2001

- le déficit en matière de régulation et de coordination du secteur ; plusieurs textes d'application sont attendus qui assureraient une meilleure régulation du secteur ; à titre d'exemple la Loi-Cadre nécessite beaucoup de textes subséquents ; il importe de relever ici l'inexistence de l'instance de concertation multisectorielle ;
- l'absence des normes dans certains domaines ;
- la place très importante de l'activité informelle dans le secteur souvent en violation de la réglementation en vigueur (prestations de soins, distribution des médicaments) ;
- la faible utilisation des structures sanitaires publiques ;
- la supervision, le suivi et l'évaluation des activités ne sont guère assurées de manière systématique comme prévu par les politiques et stratégies de santé arrêtées ;
- l'absence d'organisation du système de référence contre référence ;
- l'inexistence d'un système de maintenance des équipements ;
- l'inexistence d'une structure chargée du développement/mise en œuvre des activités d'IEC à tous les niveaux.

1.4.2. LES PERFORMANCES DU SECTEUR SANTE

1.4.2.1. LA MOBILISATION DES RESSOURCES

1.4.2.1.1. Les Ressources Humaines.

Alors que l'OMS recommande un (1) médecin pour 1000 habitants et un (1) infirmiers pour 3000 habitants, en 1998, le rapport du PNUD sur le Développement Humain au Cameroun présentait un ratio de un (1) médecin pour 9164 habitants et un (1) infirmier pour 2214 habitants. Au 30 Juin 2000, ces ratios sont passés respectivement à 1 pour 10.083 et 1 pour 2249.

En dehors de la dégradation progressive de ces ratios, l'on note de grandes disparités dans la répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes provinces d'une part et, au sein d'une province, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (Généraux, Centraux, et Provinciaux) et les Districts de Santé (voir tableau n° 1 en annexe du chapitre 1). On note également les mêmes disparités dans les services au sein d'une même formation sanitaire.

En ce qui concerne par exemple la santé bucco-dentaire, pendant que les provinces du Centre et du Littoral sont assez bien loties en structure de santé dentaire publique, on observe les chiffres suivant ailleurs :

- aucun dentiste public à l'Extrême-Nord ;
- un seul dentiste public au Nord-Ouest ;
- deux dentistes public au Sud et à l'Adamaoua ;
- trois dentistes à l'Ouest, au Sud-Ouest et à l'Est.

Par ailleurs, le dernier recensement des personnels du Ministère de la Santé Publique s'est achevé en Avril 2001 et permet aujourd'hui de mieux appréhender l'ampleur du déficit en différents types de personnel, compte tenu des normes arrêtées par les Ministres de la Fonction Publique et de la Santé Publique en fin mars 2001 (voir tableau n° 2 en annexe du chapitre 1).

1.4.2.1.1 1 Formation de base

Le Cameroun compte officiellement des Facultés de Médecine dont une fonctionnelle qui forme des médecins généralistes et des spécialistes (Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique, Santé Publique, Pédiatrie, Médecine interne, Anesthésie Réanimation, Biologie Clinique, Radiologie, Anatomie Pathologie) ainsi que des Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers.

La formation dans certaines disciplines paramédicales, jadis existante, a disparu (Génie Sanitaire, Kinésithérapie, Imagerie Médicale, Pharmacie etc..).

Il en est de même pour la formation locale des personnels de l'administration de la santé et des diététiciens et nutritionnistes.

Faute de structures de formations locales, les Pharmaciens, les Chirurgiens Dentistes de même que les Ingénieurs et Techniciens Biomédicaux continuent à être formés exclusivement à l'étranger.

Tableau n° X : Ratio d'habitants pour une (1) école de formation par Province.

Province	Nombre d'écoles de formation	Nombre d'habitants de la Province pour 1 école de formation
Adamaoua	1	572.811
Centre	10	235 664
Est	3	241 332
Extrême - Nord	3	839 750
Littoral	8	247 126
Nord	3	394.285
Nord - Ouest	6	262 475
Ouest	6	303 319
Sud	4	286 274
Sud - Ouest	4	129 751
TOTAL	48	

Source : DRH, 2000

Les écoles de formation du personnel paramédical sont inégalement réparties sur le territoire national surtout en ce qui concerne les écoles privées ; l'on note une (1) école de formation pour 129 751 habitants dans la Province du Sud, contre une (1) école de formation pour 839 750 habitants dans la Province de l'Extrême-Nord.

1.4.2.1.1.2 Formation continue

Il n'existe pas de stratégie nationale de formation continue. De ce fait, l'on observe que: les personnels de santé surtout ceux des services publics participent à de nombreuses sessions de formation continue tant à l'intérieur du territoire qu'à l'extérieur ;

la sélection du participant n'ayant souvent pas pour objectif d'améliorer les performances d'un service précis de la structure sanitaire concernée, l'impact de ces formations n'est pas évident sur le terrain.

Cette situation est encore aggravée par la faiblesse voire la non fonctionnalité d'un système de Supervision et de Monitoring.

Tous ces aspects liés à la ressource la plus importante que constitue la ressource humaine nous amènent à relever les principaux problèmes énumérés ci-dessous.

Une gestion peu rationnelle des personnels pour les raisons suivantes :

- i) missions et profils de poste non clairement définis ;
- ii) affectations , tenant souvent plus compte des structures que de la taille de la population ;
- iii) absence de politique de développement des ressources humaines;
- iv) centralisation de la gestion du personnel ;
- v) mauvaise répartition du personnel au détriment de la zone rurale ;
- vi) non maîtrise des effectifs ;
- vii) mauvaise évaluation des performances du personnel ;
- viii) insuffisance de collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Enseignement Supérieur ;
- ix) non respect des objectifs initiaux assignés aux hôpitaux.

Une faible productivité causée par:

- i) la démotivation du personnel , suite aux baisses drastiques des salaires ;
- ii) l'absence de profil de carrière ;
- iii) les mauvaises conditions de travail (équipements obsolètes et/ou inexistantes, etc...) ;
- iv) le développement de l'informel dans le secteur ;
- v) absence d'un système performant d'évaluation du personnel.

Un déficit quantitatif et qualitatif ayant pour causes entre autres:

- i) le gel du recrutement du personnel depuis plus de 10 ans dans le secteur santé ;
- ii) les départs volontaires et/ou obligatoires ;
- iii) la fuite des cerveaux ;
- iv) les départs à la retraite et les décès.

1.4.2.1.2. Capital physique

Le Cameroun dispose d'un nombre important d'infrastructures sanitaires très inégalement réparties entre les provinces, au sein des provinces et même entre les zones urbaines et rurales tel qu'en témoignent les tableaux n°3 en annexe.

Il en ressort principalement que 13 Districts sur les 143 ne disposent pas d'un Hôpital de District et 412 Aires de Santé sur les 1388 n'ont pas un Centre de Santé Intégré jouant le rôle de Leader en matière de prise en charge de la communauté qu'il dessert.

En outre, bon nombre de ces structures sanitaires sont vétustes et nécessitent soit d'être réhabilitées soit tout simplement d'être détruites et reconstruites (voir tableaux n°4 et 5 en annexe).

Plusieurs de ces structures disposent d'une gamme très variée d'équipements principalement non fonctionnels et obsolètes.

L'acquisition des équipements ne prend pas en compte des critères aussi importants que les normes, la population à desservir; le niveau du personnel utilisateur, les coûts récurrents, le renouvellement du parc etc...;

Le secteur ne disposant pas d'une stratégie nationale de technologie de la santé, les ressources allouées à cet aspect sont minorées par rapport aux besoins. Les quelques cas suivants sont évocateurs :

- seulement deux (2) Hôpitaux Provinciaux disposent d'un appareil d'anesthésie et d'un respirateur ;
- quatre (4) Hôpitaux Provinciaux ne disposent ni d'ECG, ni d'échographe, ni de fauteuil dentaire avec fraiseuse ;
- deux (2) Hôpitaux Provinciaux ne disposent pas d'une unité de radiologie ;
- dans trois (3) Hôpitaux Provinciaux; il n' y a pas de table d'accouchement ;
- tout comme la table de réanimation du nouveau- né n'existe pas dans six (6) Hôpitaux Provinciaux.

En ce qui concerne les infrastructures et les équipements, la situation actuelle peut se résumer à travers les problèmes suivants:

- la vétusté du patrimoine sanitaire;
- l'inégale répartition des infrastructures entre les provinces ainsi que les zones urbaines et rurales ;
- l'inexistence d'un système de gestion comptable des infrastructures et équipements sanitaires ;
- l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel du génie bio médical (les besoins prévisionnels sont de 400 Ingénieurs et Techniciens polyvalents alors que l'effectif actuel est de 50) ;
- moins de 20 formations sanitaires disposent de service technique ;
- les dépenses réelles de maintenance représentent actuellement moins de 2,5% des besoins ;
- les responsabilités de gestion des équipements sont partagées entre plusieurs directions et la périphérie, ce qui ne favorise pas une utilisation rationnelle des ressources et compétences disponibles ;
- très peu de prestataires privés sont en mesure de faire face aux exigences du service après vente ;
- les pièces de rechange sont indisponibles ce qui accentue la contre performance des services techniques etc..

1.4.2.1.3. Les Ressources Financières

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont les suivantes :

- le budget de l'Etat ;

- les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs ;
- les collectivités publiques locales ;
- l'assurance maladie privée ;
- et le financement extérieur.

Des disproportions énormes existent entre ces différentes sources de financement. En 1996 par exemple, sur un financement total du secteur estimé à 173 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 73%³ contre 11% pour l'Etat et 7% pour l'assistance technique.

Près de ¾ des dépenses des ménages se font dans le secteur informel.

L'Etat

La proportion du budget de l'Etat affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé 1992, d'assurer un accroissement progressif de sa sensibilité pour témoigner de la priorité accordée au secteur santé et par rapport aux recommandations de l'OMS. Cette situation est aggravée par la faible capacité d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 25% du budget alloué au Ministère de la Santé Publique.

Tableau n° XI: Evolution de la part du budget exécuté par le Ministère de la Santé Publique par rapport à l'exécution du budget national de 1981 à 1998.

Exercices	BUDGET EXECUTE (Loi des règlements) en millions de FCFA		
	NATIONAL	MINSANTE	MINSANTE/NATIONAL (en %)
1981 - 1982	412.430	11.760	2,85
1982 - 1983	494.231	16.337	3,31
1983 - 1984	648.595	19.108	2,95
1984 - 1985	751.016	23.536	3,13
1985 - 1986	876.591	26.588	3,03
1986 - 1987	858.598	27.791	3,24
1987 - 1988	630.337	21.358	3,39
1988 - 1989	551.434	22.972	4,17
1989 - 1990	488.820	24.559	5,02
1990 - 1991	501.245	25.249	5,04
1991 - 1992	571.864	27.217	4,76
1992 - 1993	466.847	22.820	4,89
1993 - 1994	427.812	25.059	5,86
1994 - 1995	536.537	15.676	2,92
1995 - 1996	616.530	16.251	2,64
1996 - 1997	863.906	23.156	2,68
1997 - 1998	862.302	26 388	3,06

Sources: MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs)

³ Ntangi Joseph, An analysis of Health Sector Expenditure in Cameroon using a National health account framework

Cette situation s'explique en partie par la lourdeur des procédures d'exécution du budget de l'Etat, avec pour conséquence la faible mobilisation des fonds liquides par les services de santé.

Les ménages

Par an, chaque ménage camerounais dépense actuellement en moyenne 83.400 FCFA dans les soins de santé, soit 13.900 FCFA par personne pour une famille moyenne de 6 personnes. Ces dépenses varient suivant la catégorie socio-économique; ainsi, par personne, elles sont de :

- 37.400FCFA dans les ménages aisés;
- 10.500 FCFA dans les ménages à revenu intermédiaire;
- 5 900 FCFA dans les ménages pauvres.

Selon une étude, les dépenses en soins de santé des ménages se répartissent ainsi qu'il suit:⁴

- pharmacies et autres vendeurs de médicaments : 53,0%;
- formations privées à but non lucratif : 23,1%;
- formations sanitaires publiques : 14,6 %;
- médecine traditionnelle : 7,0 %;
- cliniques à but lucratif : 2,3%.

Une bonne partie de ce financement, notamment pour ce qui est des médicaments et des formations sanitaires publiques, se fait dans l'informel. Le mécanisme de paiement à l'acte qui est pratiqué au Cameroun est essentiellement inflationniste ; il maintient les populations dans une gestion au coup par coup de leurs problèmes de santé. Selon l'ECAM de 1996, seules 48% des personnes se déclarant malades ont pu bénéficier d'une consultation.

Il conviendrait donc de structurer l'offre de soins de santé en institutionnalisant des normes à travers des protocoles de soins et une tarification connue de tous.

Les collectivités publiques locales

Les collectivités publiques locales prévoient souvent dans leur budget, une allocation destinée aux secteurs sociaux notamment la Santé et l'Education.

L'assurance maladie

Le partage du risque maladie reste encore embryonnaire au Cameroun . Dans ce domaine, l'on peut citer l'Assurance-maladie (privée) qui couvre moins de 1% de la population et quelques mutuelles de santé qui restent encore au stade expérimental. Il faut d'ailleurs noter ici qu'un cadre juridique approprié à cette approche n'est pas encore élaboré. Le Gouvernement a lancé en l'an 2000, des études sur l'important volet de Partage du Risque Maladie.

⁴.Voir Ntangsi Joseph, An analysis of Health Sector.

Le financement extérieur

Tableau n° XII: Evolution des déboursements de l'aide extérieure dans le secteur de la santé entre 1995 et 1999 (en milliers de dollars USA)

Sous- secteur	1995	1996	1997	1998	Var. (%) 95/96	Var. (%) 96/97	Var. (%) 97/98
Politiques et planification sectorielles	2.921	9 496	1.764	4.241	225,1	- 81,4	140,4
Soins de Santé Primaires	7.398	5.183	7.184	8 395	-29,9	38,6	16,9
Vaccinations /Autres campagnes de lutte contre les maladies	3.209	1.658	1.219	853	-48,3	-26,5	-30,0
Planification de la famille	381	465	5268	1327	22,0	-	-74,8
Hôpitaux et dispensaires	2.658	2.247	8 853	4056	-15,5	294,0	-54,2
TOTAL	16.567	19.049	24.288	18.872	15	27,5	-22,3

Source PNUD 1999 ; Coopération pour le développement, Cameroun ; Rapport 1998

Le financement du secteur de la santé par l'aide internationale est allé croissant entre 1995 et 1997. En 1998, le secteur santé a reçu US \$ 18,8 millions d'aide, soit une baisse de 22% par rapport à 1997.

Les Soins de Santé Primaires constituent globalement la principale destination de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé.

L'aide internationale représente en moyenne 7% du financement global du secteur de la santé au Cameroun. Son allocation spatiale n'est souvent pas efficiente à cause de l'insuffisance de la coordination des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique.

1.4.2.1.4 L'allocation des ressources

La part des ressources allouée à la couverture des pauvres peut permettre de juger de la performance du système de santé en matière d'équité.

Le financement du secteur santé par l'Etat (tableau n° VI voir en annexe) était auparavant affecté à 50% au niveau des services centraux au détriment des niveaux inférieurs dont l'action s'adresse directement aux populations les plus nombreuses et les plus démunies. La tendance actuelle est au relèvement du pourcentage de financement alloué au niveau périphérique. Elle devrait se confirmer en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population rurale.

L'allocation des ressources budgétaires au niveau des Délégations Provinciales, des Districts de Santé et des Centres de Santé ne se fait sous la base d'aucune norme établie. Près de 60 % du budget global du Ministère de la Santé Publique est géré par le niveau central bien qu'une bonne partie soit destinée aux services périphériques

1.4.2.1.5. Equité

Il est difficile de réaliser le principe de l'équité qui est la capacité de garantir l'accessibilité des plus pauvres au soins de santé de qualité.

La recherche de l'équité pourrait se traduire entre autres par:

- l'allégement de la part des ménages dans le financement du secteur de la santé ;
- la mise en place des mécanismes de partage de risque maladie qui pourraient favoriser l'accessibilité plus équitable aux soins de santé ;
- la prise en charge des indigents qui devrait être de la responsabilité de l'Etat.

1.4.2.2. UTILISATION DES RESSOURCES

L'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires et Services de Santé du Cameroun ne permettent pas d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées par l'ensemble de la Nation pour le secteur Santé. Cette situation est due à plusieurs facteurs notamment:

- la non hiérarchisation des soins entre les différentes catégories de formations sanitaires existantes, ce qui entraîne l'inexistence d'une complémentarité tant verticale que horizontale ;
- le faible développement des Soins de Santé Primaires en zone urbaine comparativement aux efforts faits en zone rurale ;
- l'inexistence d'une approche normalisée des soins ;
- la très faible collaboration entre secteurs privé et public de la santé d'une part et entre secteur médical et les prestataires socio-sanitaires traditionnels d'autre part ;
- le très faible voire l'inexistence d'un système de supervision et de monitoring des activités à différents niveaux des Services de Santé et Formations Sanitaires ;
- l'inexistence d'un système de contrôle de qualité des soins et services de santé ;
- le faible pouvoir de coordination et de régulation de l'état des matières de santé ;
- l'inexistence des structures chargées du suivi et de l'évaluation dans le secteur santé.

La combinaison de tous ces facteurs associée à la prévalence de la pauvreté au sein de la population du Cameroun a pour conséquence la très faible performance du secteur santé.

1.4.2.3. LES EXTRANTS ET IMPACTS DU SECTEUR

Tableau n° XIII: Evolution des indicateurs de santé 1991-1998

Indicateurs	1991	1998
Taux de mortalité néonatale	33,1	37,2
Taux de mortalité infantile	65	77
- urbain		61
- rural		86,9
Taux de mortalité juvénile	65,6	79,9
Taux de mortalité infanto-juvénile	126,3	150,7
Indice synthétique de fécondité	5,6	5,14
Taux de malnutrition (12-23 mois)	32	44
Taux de mortalité maternelle	430	430
Espérance de vie à la naissance	54,3	59

Source : EDSC-1, EDSC-2, DSCN 98

En somme l'évolution des indicateurs au cours du temps est particulièrement inquiétante. Entre 1991 et 1998, les indicateurs de l'état sanitaire de la mère et de l'enfant se sont dégradés, mais paradoxalement l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée pour l'ensemble du pays ; cela suppose qu'il y a une grande disparité de l'état de santé entre les différents groupes de la société d'une part et les différentes régions d'autre part.

L'utilisation des services publics des soins curatifs qui était autour de 30% en 1991-1992 est tombée à 15,2% tandis que celle des privés s'élève à 65% environ. Le Gouvernement Camerounais s'est engagé à mettre en œuvre les recommandations du Sommet Mondial de l'Enfance tenu en 1990 à New York à savoir :

- l'amélioration de la couverture vaccinale ;
- le contrôle de la rougeole ;
- l'élimination du tétanos maternel et néonatal ;
- l'éradication de la poliomyélite d'ici 2005 et ;
- l'élimination des troubles dûs à la carence en vitamine A.

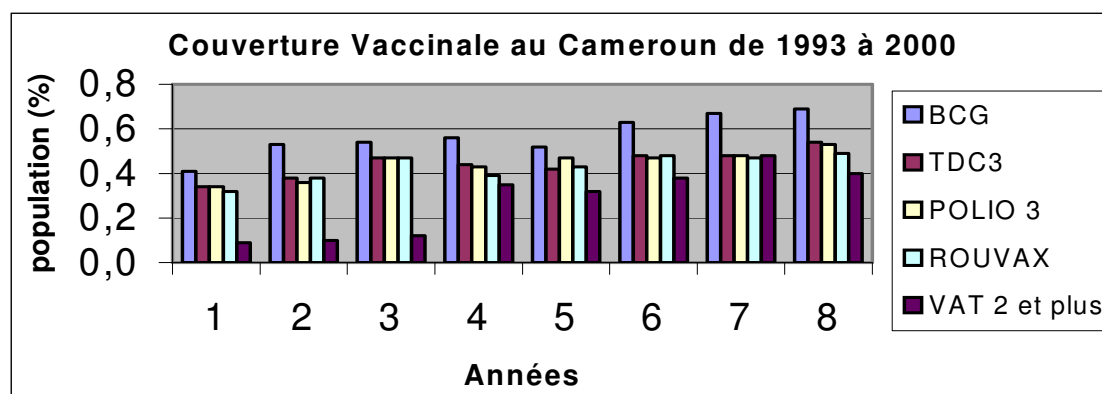
Malgré les ressources mobilisées en faveur du PEV par le Gouvernement et ses partenaires, on observe une stagnation de la couverture vaccinale autour de 50% au cours de la dernière décennie, et les maladies cibles du PEV restent prépondérantes.

Tableau n° XIV : Utilisation et qualité des soins de santé

Indicateurs	1991 (en %)	1998 (en %)
Taux de couverture vaccinale complète	31,5	29,4
Proportion des naissances dont la mère a subi 4 consultations prénatales	49	52,4
Proportion des naissances dont la mère a subi au moins une consultation prénatale	75	77,4
Taux d'accouchements assistés	63,8	58,2

Source : EDS1991 et 1998/ DSCN 99

Figure n°6 : Couverture Vaccinale au Cameroun de 1993 à 2000



Source : Données de la couverture vaccinale PEV Cameroun

La proportion des naissances dont la mère a subi 4 consultations prénatales a augmenté au cours du temps (49% en 1991 et 52,4% en 1998), cela témoigne que la population Camerounaise est consciente de son état de santé. Au même moment le taux d'accouchement assisté a diminué (glissant de 63,8% en 1991 à 58,2% en 1998), ceci peut être le fait que les Services de Santé sont moins abordables et que la disponibilité des compétences n'est plus effective.

Les raisons de la faible utilisation des services de santé

Les principales raisons tant en milieu rural qu'urbain de la faible utilisation des formations de sanitaires sont :

- le manque d'argent /coût élevé;
- l'automédication ;
- la mauvaise qualité et la faible disponibilité des services ;
- les habitudes socio- culturelles (perception faible de la gravité de certaines maladies etc..) ;
- l'ignorance ;
- la non nécessité de se faire consulter ;
- le mauvais accueil ;
- la négligence.

Dans l'ensemble, l'inaccessibilité géographique des lieux de consultation est un élément limitant la fréquentation des centres de santé en milieu rural ; elle n'est pas un facteur déterminant en milieu urbain.

La propension de la population en général et des pauvres en particulier à la pratique de l'automédication pourrait s'expliquer par la prolifération des médicaments illicites et l'inaccessibilité financière des Services de Santé.

La raison financière (manque d'argent ou coût élevé des services) comme cause de la non consultation est manifeste aussi bien en milieu rural que urbain. Elle pourrait être un des facteurs explicatifs de la négligence ou de l'automédication et peut-être même du recours aux tradipraticiens et autres groupes de prières..

1.5. SANTE ET PAUVRETE

Il est désormais clairement établi qu'il existe une relation étroite entre la pauvreté et la santé. En effet, la mauvaise santé et/ou la maladie peuvent précipiter la famille en-dessous du seuil de pauvreté, notamment :

- si les tarifs de santé sont élevés par rapport aux revenus de la famille ;
- si les pourvoyeurs des revenus perdent un temps précieux du fait de la maladie, de l'invalidité, de l'obligation de s'occuper de l'état de santé précaire des autres ;
- si le pourvoyeur de revenus meurt prématurément des suites de maladie.

Mieux encore la pauvreté est classée par l'OMS aujourd'hui comme étant la maladie Z59.5 pour laquelle il faut rechercher le traitement.

La santé et la pauvreté sont en corrélation avec le profil épidémiologique du pays et la performance des services de santé. Ainsi certains éléments ici mentionnés permettent de mieux appréhender cette relation.

Il s'agit des :

- indicateurs d'impact de santé ;
- facteurs liés aux ménages et communautés ;
- facteurs liés au système de santé ;
- facteurs liés à la politique de santé et aux autres actions du Gouvernement.

1.5.1. INDICATEURS D'IMPACT

Les niveaux élevés de la dégradation de certains indicateurs de santé (morbidité et mortalité) constatés au Cameroun font payer un lourd tribut au pays sur le plan de la qualité de la vie et du capital humain.

a)- Analyse des indicateurs de santé en relation avec l'expérience de pays comparables

Tableau n° XV : Indicateurs de santé au Cameroun en comparaison à l'Afrique Sub-Saharienne¹

Pays	Espérance de vie à la naissance	Mortalité Infantile (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité maternelle(pour 100 000 naissances vivantes)	Indice de fécondité (nombre d'enfants par femme)	Prévalence VIH	Malnutrition infantile (<5ans)
Cameroun	59	77	150,7	430*	5,2*	11%	
Afrique	52	91	151	822	5,6	8%	32
Burkina Faso	46	105	219	484	6,8	7%	-
Côte d'Ivoire	55	88	138	597	5,6	10%	24
Ghana	60	71	110	740	5	-	27
Madagascar	58	96	162	596	6	0,5%	36
Mali	50	120	192	577	6,7	-	31
Ouganda	40	99	141	506	6,7	-	26

Source: EDS-1998 (Estimation directe de la mortalité maternelle. Indirecte = 504)*

L'état de santé des populations Camerounaises dont l'amélioration était remarquable au cours des années 1970, s'est détérioré du fait de la crise économique et des politiques d'ajustement structurel ; il est comparable de nos jours à celui de la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara comme l'indique le tableau XV. Bien que pour de nombreux pays africains, les niveaux de mortalité maternelle estimés soient plus élevés, il n'en reste pas moins que le Cameroun se caractérise par une forte mortalité maternelle : elle est environ 1,5 fois plus élevée qu'au Zimbabwe, 1,9 fois plus élevée qu'en Namibie et surtout 17 fois plus élevée que dans les pays développés.

¹ pour l'Afrique valeurs moyennes 1990-1996

b)- Analyse de la pauvreté au Cameroun

Plusieurs études ont permis d'appréhender le problème de pauvreté⁵ au Cameroun. Les tableaux XVI et XVII analysent la pauvreté par région et entre les zones urbaine et rurale.

Tableau n°XVI: Décomposition des mesures de pauvreté par zone de résidence

Régions	% de la population	Incidence de la pauvreté		Intensité de la pauvreté	
		Valeur	Contribution	Valeur	Contribution
Yaoundé	7,1%	29,6%	4,2%	16,7%	3,7%
Douala	9,7%	19,7%	3,8%	12,8%	3,8%
Autres villes ⁶	12,9%	21,4%	5,5%	12,6%	5,1%
Forêt	18,2%	63,8%	22,9%	41,2%	23,4%
Hauts Plateaux	27,9%	66%	36,4%	41,5%	36,2%
Savane	24,2%	56,7%	27,2%	36,7%	27,8%
Ensemble (Cameroun)	100%	50,5%	100%	32%	100%

Source: ECAM 96/DSTAT

Tableau n°XVII: Indice de pauvreté par région

Provinces	Indice de pauvreté (population totale) %	Indice de pauvreté (population urbaine) %	Indice de pauvreté (population rurale) %
Extrême - Nord	49	35	53
Nord	44	28	49
Adamaoua	37	26	43
Est	30	21	33
Centre	16	11	21
Sud	18	12	20
Sud-Ouest	21	13	24
Nord-Ouest	26	16	29
Ouest	21	14	24
Littoral	13	11	21
Total	28	16	35

Source: Cameroon-Diversity, Growth and Poverty Reduction, 1994

L'évaluation de l'incidence de la pauvreté a permis d'identifier les régions les plus affectées par le phénomène (Plateaux 66%, Douala 19,7%) (tableau XVI). Cependant les différentes régions n'ont pas le même poids démographique. La prise en compte de ce dernier aspect permet d'apprécier l'importance réelle de la contribution de chaque région à l'ampleur de la pauvreté au niveau national. Les trois régions urbaines qui concentrent 29,7% de la population totale ne contribuent qu'à 13,5% de la pauvreté nationale ; alors

⁵ (Voir Lexique)

⁶ Il s'agit là de zones agro-écologiques constituées pour les besoins de l'enquête et définies à partir de critères relevant à la fois du milieu géo-climatique et de l'environnement socio-économique ; ainsi faut-il lire :

- autres villes : tous les centres urbains d'au moins 50 000 habitants ;
- forêt (reste des provinces du Centre, Sud et Est) ;
- hauts Plateaux (reste des provinces du Littoral, du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Ouest) ;
- Savane (reste des provinces de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord et du Nord).

que les zones rurales y contribuent pour 86,5% avec plus de 70% de la population. Parmi les zones rurales, la région des hauts plateaux est celle où la contribution à la pauvreté nationale est la plus forte (36,4%).

Le tableau XVII qui fait mieux ressortir les indices de pauvreté par province et par zone (urbaine et rurale) est encore plus explicite. Il permet d'affirmer que la pauvreté est davantage un phénomène rural au Cameroun. Les provinces à plus fort indice de pauvreté semblent être celles de l'Extrême - Nord, du Nord et de l'Adamaoua.

Selon l'intensité de la pauvreté (part relative de revenu qu'on pourrait verser aux pauvres pour les hisser au delà de la pauvreté), il faudrait que les autres catégories de ménages versent globalement 32% de leurs revenus pour hisser les pauvres de la nation au delà du seuil de pauvreté ; le seuil de la pauvreté monétaire étant de 148.000F CFA par an et par tête.

Au niveau national 50,5% des personnes vivent dans les ménages pauvres, tandis que 31,4% vivent dans les ménages intermédiaires et seulement 18,1% dans les ménages riches.

c)- Analyse des indicateurs de santé en fonction du temps

Le taux de mortalité infantile est passé de 65 à 77‰ entre 1991 et 1998. Pour l'année 1998, ce taux est plus élevé en milieu rural (86,9‰) qu'urbain. Cela suppose qu'il y a une grande disparité de l'état de santé entre les différents groupes de la société la pauvreté étant l'apanage des zones rurales.

d)- Analyse des indicateurs de santé en fonction du revenu et des disparités régionales

La mortalité infantile et infanto-juvénile est analysée ici en fonction des groupes socio-économiques et par région.

Tableau n°XVIII: Mortalité infantile et infanto-juvénile, malnutrition, fécondité par groupe socio-économique

Indicateur de santé	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Riche	Très riche	Moyenne	Ratio Pauvre/riche
Mortalité infantile	103,9	101,1	78,8	65,1	51,2	80,3	2,029
Mortalité des enfants de moins de 5ans	200,7	171,1	142,2	120,3	81,7	144	2,457
Malnutrition modérée, taille pour âge (%)	34,8	33,5	36,1	20,5	10,5	26	3,314
Malnutrition modérée, poids pour âge (modérée)	24,9	17,4	19,1	12,9	6,2	15,1	4,016
Malnutrition modérée, poids pour âge (sévère)	7,5	4,8	4,6	1,8	2	3,8	3,750
Indice synthétique de fécondité	6,2	6,8	6,1	5,3	4,8	5,8	1,292
Indice de fécondité (15-19ans)	208	207	184	150	101	164	2,059
Diarrhée	21,9	20,6	18,4	15	12,8	17,6	1,711
- Prévalence							
- Utilisation SRO	54,1	60,3	67,1	71,8	82,7	65,9	0,654
Utilisation des Services de Santé	12,7	13,8	15,7	16,2	17,9	15	0,709
Prévalence des IRA	7,7	12,3	6,2	8,2	8,4	8,7	0,917

Source : ECAM 96

L'examen des indicateurs de santé par niveau socio-économique (tableau VXIII) montre clairement le fossé existant entre le groupe des 18,1% les plus riches, chez qui les indicateurs sont significativement meilleurs et les plus pauvres qui présentent des taux de morbidité et de mortalité encore très élevés. L'exemple du ratio sur la mortalité infantile montre que « lorsqu'on perd un enfant dans le groupe des riches, les pauvres ont déjà perdu plus de deux enfants ». Comme la pauvreté est un phénomène principalement rural au Cameroun, ce fossé est essentiellement lié au différentiel urbain/rural.

L'incidence des maladies comme les infections respiratoires aiguës n'est pas fortement liée au statut socio-économique ; ce qui reflète probablement la forte pression infectieuse de l'environnement et les problèmes liés à la pollution de l'air.

Dans le groupe des plus pauvres l'utilisation des services de santé est plus faible, la malnutrition et l'incidence de la diarrhée sont plus élevées ; ce qui suggère que l'accès aux services de santé de base, l'état nutritionnel et l'accès à l'eau potable seraient d'importants cofacteurs de la mortalité des enfants des pauvres.

La prévalence du VIH dans la région des hauts plateaux (taux de pauvreté 66%) est de 17% tandis qu'elle est de 6,2% dans le littoral (taux de pauvreté plus faible).

Tableau n°XIX: Mortalité infantile et infanto-juvénile par région

Région	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile
Douala/Yaounde	51,5	91,3
Adamaoua/Nord/Extrême-Nord	103,2	202,9
Centre/Sud /Est	87,0	146,3
Ouest/Littoral	52,5	91,6
Nord-Ouest/Sud-Ouest	55,9	98,4

Source : EDSC Extrait

La mortalité infantile et infanto-juvénile est plus élevée dans la grande zone Adamaoua /Nord /Extrême -Nord où les indices de pauvreté sont les plus élevés.

1.5. 2. LES FACTEURS LIÉS AUX MÉNAGES ET AUX COMMUNAUTÉS

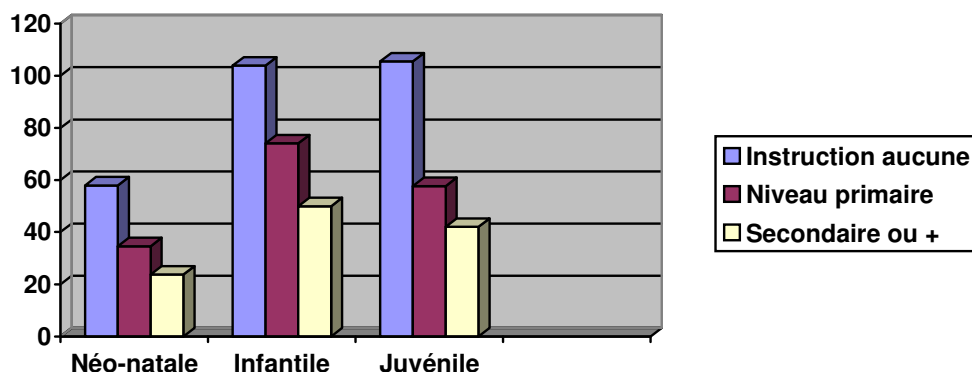
a)- Comportements

Un certain nombre de comportements des ménages et communautés influent sur l'état de santé. Ces comportements sont fonction des facteurs suivants :

- le niveau d'instruction ;
- la perception de la maladie ;
- la prise en charge de la maladie à domicile ;
- les pratiques d'hygiène et assainissement.

S'agissant du niveau d'instruction des mères, la figure 7 indique son influence sur la mortalité néonatale, infantile, et juvénile.

Figure 7: Mortalité néonatale, infantile, et juvénile selon le niveau d'instruction de la mère



Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que le niveau de la mortalité infantile pour les dix dernières années au Cameroun est de 50‰ chez les enfants issus des mères de niveau secondaire ou plus, de 74‰ chez ceux des mères ayant le niveau d'instruction primaire et de 104‰ chez ceux des mères sans niveau d'instruction (EDS1998). Ceci montre l'importance de l'éducation des mères dans la lutte contre la mortalité des enfants.

En effet, il apparaît que l'investissement dans l'éducation et l'information en matière de santé de la jeune fille pourrait être déterminante pour la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, avec pour corollaire une contribution à la réduction de la pauvreté et valorisation du capital humain.

En matière de connaissances sur le VIH/SIDA, il est à noter que leur niveau varie avec le milieu de résidence, la région et le sexe.

Tableau n°XX: Perception du risque de contracter le SIDA (par milieu de résidence)

Milieu de résidence	Femmes (%)	Hommes (%)
Yaoundé/Douala	13,1	9,9
Autres villes	9,4	5,8
Ensemble urbain	10,9	7,6
Rural	7,0	6,1

Source : Extrait de l'EDSC 98 (Tab. 11.10)

Tableau n°XXI : Utilisation du condom (par milieu de résidence)

Milieu de résidence	Femmes (%)	Hommes (%)
Yaoundé/Douala	4,2	14,5
Autres villes	4,7	11,8
Ensemble urbain	4,5	13,1
Rural	1,1	6,2

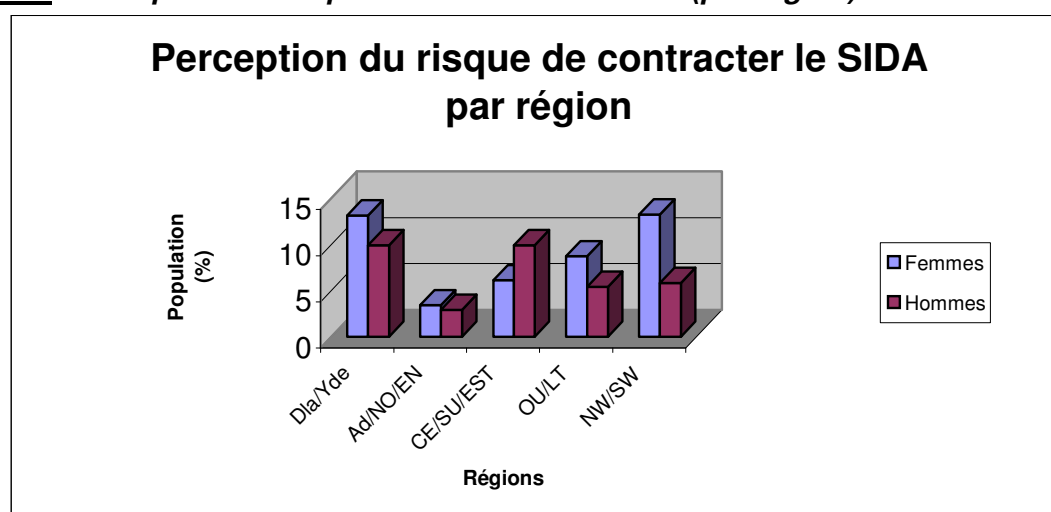
Source: EDSC 98

Tableau n XXII: Utilisation du condom (par région)

Région	Femmes (%)	Hommes (%)
Douala/Yaoundé	4,2	14,5
Adamaoua/Nord/Extrême-Nord	0,6	2,9
Centre/Sud /Est	1,8	5,7
Ouest/Littoral	4,5	17,4
Nord-Ouest/Sud-Ouest	2,5	10,4

Source: EDSC 98

Figure 8: Perception du risque de contracter le SIDA (par région)



Source : EDSC 98

Il apparaît dans le tableau XX que la perception du risque de contracter le VIH/SIDA est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural. Ceci permettrait de conclure par différence que le risque de contracter cette maladie est plus élevé en milieu rural où vit la population pauvre. Cette perception est aussi moins importante dans la grande région septentrionale où l'indice de pauvreté est élevé. Ceci révélerait la vulnérabilité des populations de cette région face au risque de contracter le SIDA avec ses implications sur la pauvreté.

Dans l'ensemble, l'utilisation du condom est faible au Cameroun : 2,1 % chez les femmes et 8,3 % chez les hommes. Les tableaux XXI et XXII indiquent clairement une faible utilisation du condom en milieu rural et dans la région septentrionale (tableau XXII).

La faible perception du risque de contracter le VIH/SIDA, couplée à la faible utilisation des condoms font des zones rurales et des provinces à fort indice de pauvreté des zones de prédilection pour la progression de l'endémie à VIH.

La prise en charge à domicile des maladies par les ménages peut être appréhendée dans le cadre de l'administration de la thérapie par réhydratation orale dans les cas de diarrhées.

Tableau n° XXIII : Utilisation de la TRO selon le niveau de pauvreté

Diarrhée	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Riche	Très riche
Prévalence	21,9	20,6	18,4	15,0	12,8
Utilisation de la TRO	54,1	60,3	67,1	71,8	82,7
Vu dans un Service de Santé	85,0	82,2	78,9	79,4	74,9
Vu dans un service de santé public	12,7	13,8	15,7	16,2	17,9

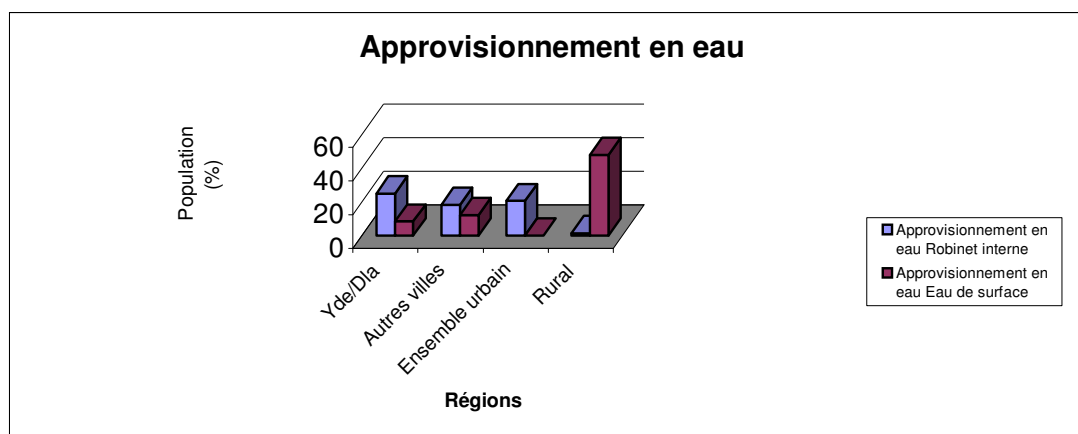
Source : Enquête démographique et de santé, 1998

La prévalence de la diarrhée est presque deux fois plus élevée chez les très pauvres que chez les très riches. Il apparaît toutefois que la TRO est plus utilisée chez les riches que chez les pauvres.

L'eau potable, les latrines et dans une certaine mesure l'électricité sont des déterminants à la création et au maintien des conditions d'hygiène et de salubrité.

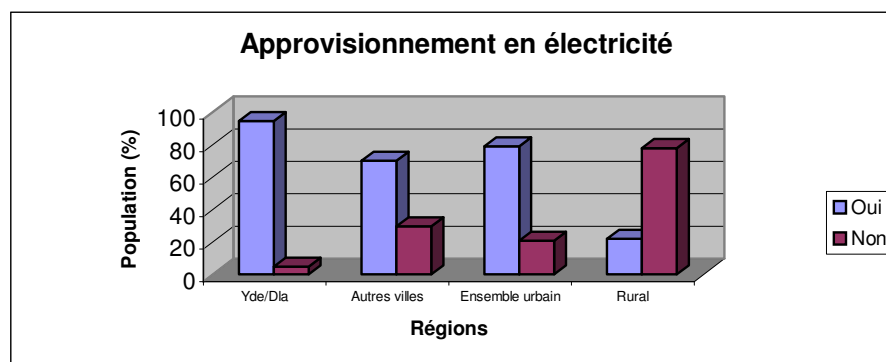
Les figures (10, 11, et 12) ci-dessous indiquent la situation de ces déterminants selon le milieu de résidence.

Figure 9: Approvisionnement en eau (par zone de résidence)



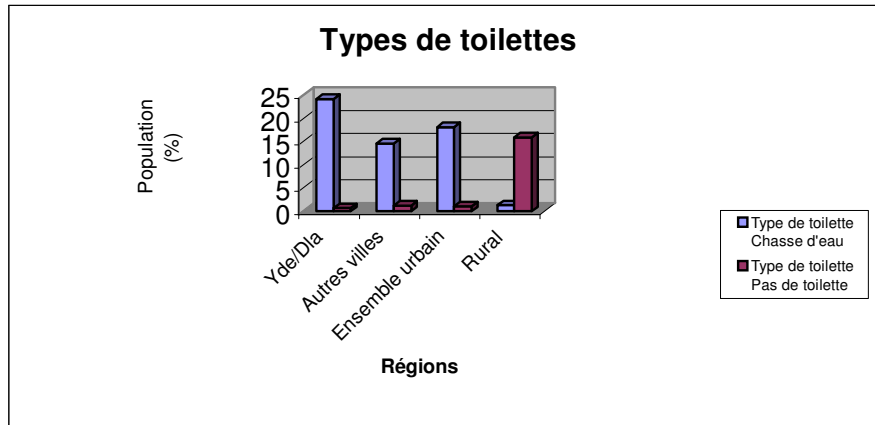
Source: EDSC 98

Figure 10 : Approvisionnement en électricité par zone de résidence



Source: EDSC 98

Figure 11: Types de toilettes par zone de résidence



Source: EDSC 98

Ces figures indiquent que la zone rurale où vit la majorité des pauvres est particulièrement défavorisée quant à l'approvisionnement en eau et en électricité. D'autre part les populations rurales ont peu ou pas de latrines appropriées. Il apparaît de ce fait que ces populations sont plus à risque pour les maladies liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement.

b)- Dépenses de santé

Les dépenses des populations ont évolué à la hausse au cours des dernières années. En effet, selon les enquêtes EBC (1984) et ECAM (1996) les dépenses en matière de santé et de soins sont passées de 5 à 10% entre les années 1984 et 1996. Par contre une diminution des autres types de dépenses est perceptible. Ceci pourrait suggérer que le revenu bas actuel des pauvres ne leur permet plus de subvenir suffisamment à leurs besoins de santé.

Tableau n° XXIV: Consommation par niveau de vie

	Pauvres	Intermédiaires	Aises	Ensemble
Alimentation et boisson	53,4	51,0	43,3	47,8
Habillement et chaussures	7,0	7,4	7,0	7,1
Logement	17,9	17,2	16,9	17,2
Equipement et entretien maison	4,1	4,5	4,8	4,6
Santé	7,6	6,6	8,0	7,5
Soins personnels	1,7	2,7	3,1	2,7
Transports et communications	3,6	5,8	11,2	8,0
Education	4,3	4,2	4,3	4,3
Loisirs	0,4	0,6	1,4	0,9
Ensemble	100	100	100	100

Source : ECAM 96

Il ressort de ce tableau que si l'ensemble des dépenses relatives à la santé est de 7,5%, la catégorie des pauvres est ici défavorisée en tenant compte de l'équité, du fait qu'ils utilisent 7,6% de leur faible revenu pour la santé. Ce raisonnement peut s'appliquer pour l'alimentation, la boisson, le logement et l'éducation qui concourent d'une certaine manière à la santé de l'individu.

c)- Facteurs communautaires

Facteurs Socio-culturels

Dans le cadre socio-culturel, certains facteurs influent sur les comportements des ménages vis à vis des problèmes de santé. Parmi eux, on note le chômage, les pratiques sanitaires des populations et les initiatives communautaires.

Le taux de chômage est estimé à 8,4% (ECAM 96) au niveau national. Il est plus élevé dans les ménages non pauvres (12%) que les autres catégories de ménages (respectivement 8% et 6,8% pour les pauvres et les intermédiaires). Ce taux urbain varie de 13,6% dans les autres villes à 30,6% à Yaoundé. Ceci traduirait l'existence d'une certaine couche de population pauvre ou à faible revenu dans les villes.

Les pratiques sanitaires des populations varient en fonction de leur niveau socio-économique. Le tableau ci-dessous résume les différents recours en cas de maladie.

Tableau n° XXV: Recours des ménages aux soins de santé

Recours	Ménages pauvres %	Ménages riches %
Automédication	58,1	46,4
Formation sanitaire	37,5	44,2
Relation	2,3	7,6
Médecine traditionnelle	2,3	1,4

Source: Guillaume Schmidt 2000

Il ressort de ce tableau que par rapport aux riches, les pauvres ont plus recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle.

S'agissant des initiatives communautaires visant à améliorer l'état de santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'on peut signaler l'existence de Comités de Développement de villages, de département, de province. On note aussi l'existence des associations culturelles et religieuses, des Clubs services (Rotary, Lions), des tontines, des mutuelles, coopératives etc...

1.5.3. LES FACTEURS LIES AU SYSTEME DE SANTE

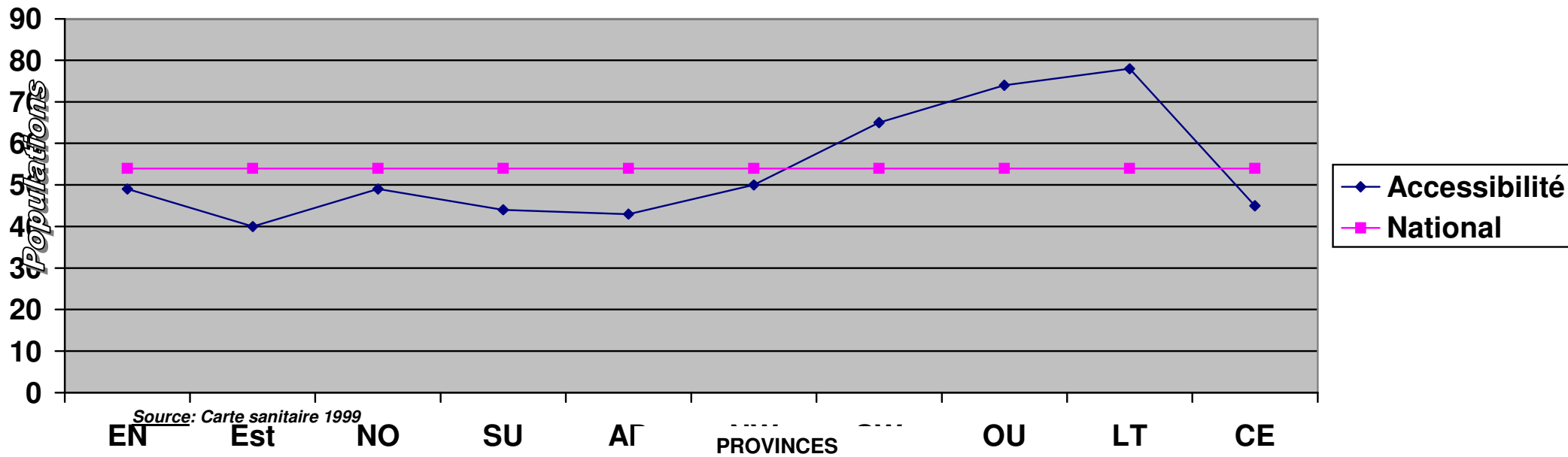
a) Couverture des pauvres

La performance du système de santé devrait être appréciée en fonction du niveau d'équité avec lequel il assure la couverture des pauvres. Ceci doit se manifester par :

- l'accessibilité géographique aux soins;
- la disponibilité des ressources sanitaires ;
- la production des soins de qualité ;
- le contrôle social (équité, gouvernance ...)

S'agissant de l'accès géographique, la figure 12 indique la situation par province de la population habitant à moins de 5 kms d'une formation sanitaire délivrant le paquet minimum de soins.

Figure 12: Accessibilité géographique par Province



Source: Carte sanitaire 1999

Il ressort de cette figure que les provinces où l'indice de pauvreté est le plus élevé (Extrême nord, Est, Nord-Ouest, Sud, et Adamaoua) sont celles où l'accessibilité aux soins de base est inférieure à la moyenne nationale.

Quant à la disponibilité de ressources, on note à travers la carte sanitaire (1999) que les provinces ayant un fort indice de pauvreté ont le moins de ressources pour la prise en charge des malades dans le cadre du paquet minimum de soins. Le tableau n° XXVI donne la situation de certains ratios significatifs en matière de disponibilité des ressources dans le secteur santé du Cameroun :

Tableau n° XXVI: Quelques ratios selon la province

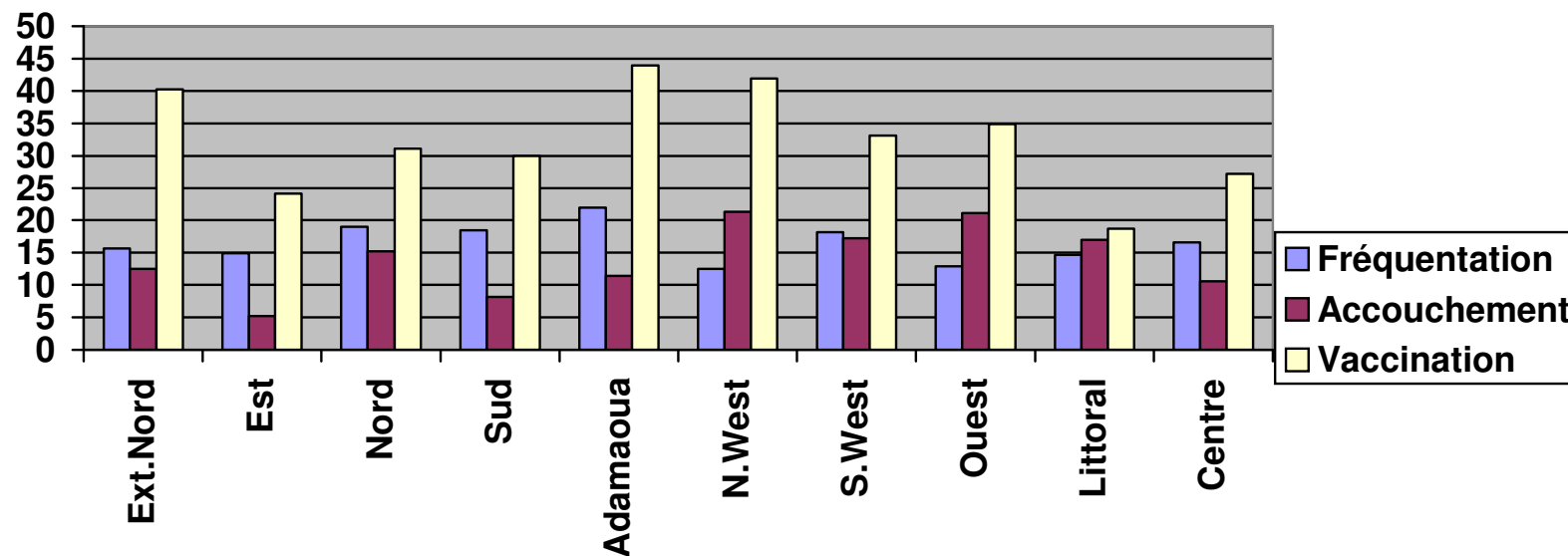
Provinces	1 médecin	1 Infirmier	1 lit	1 CS	1 pharmacie
Adamaoua	9876	2767	749	7439	95469
Centre	4941	1425	761	6772	48094
Est	14663	2444	1070	6618	83092
Extrême - Nord	34123	6012	1948	14086	242274
Littoral	7023	1784	577	9805	55016
Nord	20662	4396	2094	10506	137747
Nord -Ouest	14378	2881	733	11462	163906
Ouest	12677	1890	477	7361	30940
Sud -Ouest	13167	3303	639	7115	40911
Sud	583	1207	462	4850	37070
Cameroun	10083	2249	768	8555	62823

Source : Carte Sanitaire 99

La production de soins de qualité nécessite une utilisation optimale des services de santé de base par les populations pauvres. La figure 13 donne une indication sur l'utilisation des services dans les différentes province du pays.

Figure 13: Utilisation des services (Centres de Santé)

Source: Carte sanitaire 1999



La fréquentation des Centres de Santé est faible dans l'ensemble du pays et la plupart des provinces à indice de pauvreté bas présentent des taux de fréquentation encore plus faibles. En matière d'accouchement, ces provinces ne dépassent pas un taux d'utilisation de 15%.

Le taux de recrutement, mesuré par la couverture en BCG, administré dès la naissance et le taux d'achèvement, mesuré par la couverture en vaccination anti-rougeoleuse administrée entre 9 et 12 mois, constituent les principaux indicateurs de continuité des soins.

Selon l'EDSC 1998, le taux de déperdition en matière de vaccination est plus élevé dans les villes autres que Yaoundé et Douala (29%), dans la zone rurale (19,3%) et au niveau des régions à fort indice de pauvreté (23,6 %).

S'agissant de la qualité des soins, le tableau XXVI permet de l'appréhender quelque peu en rapport avec l'assistance lors de l'accouchement.

Tableau n° XXVII: Assistance lors de l'accouchement par région et par milieu de résidence

Caractéristique Région / milieu de résidence	Médecin	Infirmi./ Sage Femme	Aides soignant	Ensemble personnel formé	Accou- cheuse tradition- nelle	Parents/ Autres	Personn e	Total	Effectif de nais- sances
Yaoundé/Douala	21,4	73,0	0,8	95,2	1,0	1,8	0,5	100,0	220
Adamaoua/ Nord/ Extrême Nord	2,6	19,5	3,2	25,3	5,5	63,1	4,7	100,0	920
Centre / Sud/Est	8,7	42,6	5,0	56,2	22,5	19,3	1,8	100,0	584
Ouest / Littoral	20,0	69,9	1,4	91,3	3,4	4,9	0,0	100,0	324
Nord - Ouest / Sud -Ouest	6,9	77,6	3,7	88,2	2,4	8,1	0,3	100,0	420
Autres villes	13,4	62,8	3,7	79,8	2,3	14,7	2,5	100,0	453
Ensemble Urbain	16	66,1	2,7	84,9	1,9	10,5	1,9	100,0	673
Rural	6,0	38,8	3,4	48,2	10,7	37,7	2,4	100,0	1795

Source: EDSC 1998

Ici également, il apparaît que seules 48,2% des naissances en zone rurale sont assistées par un personnel formé, contre 84,9 en zone urbaine.

Au niveau des régions, la partie septentrionale est celle où l'assistance en accouchement est la plus faible (25,3%). Cette assistance y est plutôt assurée par les parents et autres (63%). On peut en conclure que la zone rurale et les provinces à fort indice de pauvreté sont celles qui bénéficieraient d'une moindre qualité de soins.

Le contrôle social est l'appropriation des activités de santé par les structures de dialogue qui représentent la communauté. Le degré de ce contrôle peut être appréhendé par le suivi de ces activités par le biais des réunions tenues par ces structures de dialogue. Le tableau IX indique le nombre de réunions tenues au cours de l'année 1998. Il en ressort que le nombre moyen de ces réunions est généralement faible dans les différentes provinces, et varie entre 0,45 et 8,41, avec une moyenne de 2,54 réunions par an. Ceci traduirait un contrôle social encore assez faible.

b) Allocation des ressources

L'allocation des ressources internes se présente telle que développée au paragraphe 1.4.2.1.4.

Quant au financement extérieur (PNUD 1999), il est alloué en majorité aux soins de santé primaires, aux vaccinations et autres campagnes de lutte contre la maladie, à la planification familiale. Il s'agit d'activités présentant un niveau élevé d'équité. Cette approche suggère une perception particulière du fardeau sanitaire des populations pauvres par la communauté internationale.

1.5.4. FACTEURS LIES A LA POLITIQUE DE SANTE ET AUX AUTRES ACTIONS DU GOUVERNEMENT.

Le Gouvernement met en place des stratégies susceptibles de contribuer à la réduction de la pauvreté. Il s'agit principalement :

- des stratégies de mise en œuvre de la politique de santé ;
- des stratégies liées au développement des secteurs apparentés.

Du point de vue de la politique sanitaire, certaines de ces stratégies sont déjà en cours d'exécution, d'autres en cours d'élaboration ou en phase de conception.

Parmi les stratégies en cours d'exécution l'on peut citer :

- la stratégie nationale de mise en œuvre de la politique pharmaceutique
- la stratégie nationale de viabilisation des districts de santé

Parmi celles en cours d'élaboration l'on a :

- la lutte contre la maladie ;
- la décentralisation du système de santé ;
- le financement du secteur de la santé ;
- le développement des ressources humaines ;
- le développement du système de suivi et d'évaluation du secteur.

Parmi celles en phase de conception l'on retrouve :

- le développement des infrastructures et équipements sanitaires ;
- le développement du partenariat dans le secteur de la santé ;
- la coordination et la régulation du secteur ;
- le développement de la recherche opérationnelle.

S'agissant du développement des secteurs apparentés, il est à noter que certaines stratégies sectorielles sont déjà élaborées (éducation), d'autres sont en cours (agriculture, élevage, emploi et prévoyance sociale, affaires sociales...)

1.6. SYNTHÈSE

De l'analyse situationnelle ainsi faite, se dégage un certain nombre de constats.

En ce qui concerne l'**offre et la demande** des soins, il est constaté que :

- 1.6.1. le secteur public est géré de manière administrative et fortement centralisée sans tenir compte des réalités économiques du secteur ;
- 1.6.2. le secteur public est faiblement utilisé :
 - Délabrement du patrimoine public, dont le coût de remise en état peut être estimé à plus de 200 milliards de FCFA ;
 - Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines ;
 - Absence d'un système de maintenance ;
 - Faiblesse institutionnelle, notamment en matière d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget (de l'ordre de 25%) ;
- 1.6.3 les grands problèmes de santé publique, y compris l'organisation des soins de santé primaires en milieu urbain, ne sont pas pris en charge de manière satisfaisante ;
- 1.6.4. la disponibilité et l'accessibilité au médicament essentiel de qualité restent faibles ;
- 1.6.5. la gestion du secteur n'est pas normalisée ;
- 1.6.6. le système de référence/contre référence est insuffisamment développé ;
- 1.6.7. il n'existe pas de structures chargées du développement./mise en œuvre de l'IEC à différents niveaux du système de santé ;

S'agissant du **financement du secteur santé** :

- 1.6.8. les ménages financent directement l'essentiel des activités de santé ;
- 1.6.9. la plupart des dépenses des ménages pour les soins sont effectuées dans le secteur informel ;
- 1.6.10. les populations utilisent fortement les services des prestataires socio-sanitaires traditionnels de santé ;

En matière de **partenariat** :

- 1.6.11. la collaboration entre les sous-secteurs public et privé de santé est très faible ;
- 1.6.12. Il n'existe pas un cadre juridique en matière de partenariat dans le secteur santé ;

En matière de **coordination et régulation** il est constaté :

- 1.6.13. l'inexistence d'une instance formelle de concertation intra et multisectorielle à différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 1.6.14. le faible exercice du rôle de régulation du secteur santé par les structures étatiques concernées ;

En matière de **supervision, suivi et évaluation** :

1.6.15. le système national de supervision/monitoring n'existe pas ;

1.6.16. le système de suivi et évaluation est insuffisamment développé ;

En conclusion, il ressort de l'analyse situationnelle du Secteur Santé au Cameroun, un grand déséquilibre entre l'offre des soins, insuffisante et inefficace et la demande de plus en plus importante et pressante.

En fait, les différentes politiques et stratégies élaborées et adoptées ne sont pas régulièrement et rigoureusement suivies, coordonnées, contrôlées et évaluées à tous les niveaux.

Par ailleurs, la sensibilité de l'Etat pour la priorité à accorder au secteur de la santé ne s'est pas suffisamment manifestée par une efficience allocative des ressources.

Il est donc question de poursuivre la politique sectorielle de santé élaborée en 1992, sur la base de la Réorientation des Soins de Santé Primaires (REO-SSP), mais en développant la présente stratégie sectorielle qui prend en compte les leçons tirées des échecs et des succès de la mise en œuvre antérieure de ladite politique.

Ce sont là autant d'éléments à prendre en compte pour la réussite de la stratégie sectorielle de santé proposée dans les chapitres qui suivent.