



RAPPORT D'ANALYSE DE L'EFFICIENCE INTER- PROGRAMMATIQUE EN SANTÉ AU CAMEROUN

RAPPORT D'ANALYSE DE L'EFFICIENCE INTER-PRO- GRAMMATIQUE EN SANTE AU CAMEROUN

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Janvier 2024

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES -----	1		
REMERCIEMENTS -----	I		
SIGLES ET ACRONYMES -----	II		
LISTE DES FIGURES -----	1		
LISTE DES TABLEAUX -----	2		
RÉSUMÉ EXECUTIF -----	3		
I. INTRODUCTION -----	6		
I.1. CONTEXTE GLOBAL-----	6		
I.2. CONTEXTE DU CAMEROUN-----	8		
I.3. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE CPEA AU CAMEROUN-----	11		
II. QUESTIONS, OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'ÉTUDE -----	13		
II.1. QUESTIONS DE L'ÉTUDE-----	13		
II.2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE-----	13		
III. METHODOLOGIE DE L'ÉTUDE -----	14		
III.1. TYPE D'ÉTUDE-----	14		
III.2. SITES DE L'ÉTUDE-----	14		
III.3. POPULATION DE L'ÉTUDE-----	14		
III.4. PROCÉDURES DE L'ÉTUDE-----	15		
III.4.1. Précision de la portée de l'étude-----	16		
III.4.2. Collecte des données-----	16		
III.4.3. Cartographie fonctionnelle des programmes (PEV, PNLP, PNLT, CNLS) et du système de santé-----	17		
III.4.4. Analyse fonctionnelle transversale-----	17		
III.5. PRINCIPAUX RISQUES ET MESURES CORRECTIVES DE LA MISSION-----	18		
IV. RESULTATS -----	19		
IV.1. GOUVERNANCE-----	19		
IV.1.1. Inefficiences constatées-----	19		
Planification et coordination-----	19		
Cycle budgétaire : influence des PTFs-----	22		
IV.1.2 Implications-----	24		
IV.1.3 Options politiques-----	25		
Court terme-----	25		
Moyen et long terme-----	25		
IV.2. FINANCEMENT-----	26		
IV.2.1. Financements des programmes sélectionnés-----	29		
IV.2.2. Inefficiences constatées-----	32		
IV.2.3. Implications-----	35		
IV.2.4. Options politiques-----	36		
A court terme-----	36		
A moyen et long terme-----	37		
IV.3. GENERATION DE RESSOURCES HUMAINES ET PHYSIQUES/INTRANTS-----	37		
IV.3.1. Ressources humaines-----	38		
Inefficiences constatées-----	38		
Implications-----	40		
Options politiques-----	41		
A court terme-----	41		
A moyen et long terme-----	41		
IV.3.2. Autres ressources-----	41		
Inefficiences constatées-----	41		
Infrastructures-----	41		
Chaînes d'approvisionnement-----	42		
Système d'information-----	45		
Implications-----	48		
Options politiques-----	48		
A court terme-----	48		
A moyen et long terme-----	48		
IV.4. PRESTATIONS DE SERVICES-----	49		
IV.4.1. Inefficiences constatées-----	49		
Le CNLS-----	50		
Le PNLT-----	51		
Le PNLP-----	51		
Le PEV-----	52		
IV.4.2. Implications-----	53		
IV.4.3 Options politiques-----	54		
A court terme :-----	54		
A moyen et long terme-----	54		
V. CONCLUSION -----	56		
VI. RECOMMANDATIONS -----	57		
VII. LISTES DES CONTRIBUTEURS -----	63		
VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	68		
IX. ANNEXES -----	69		
ANNEXE 1 : SITES VISITÉS-----	69		
ANNEXE 2 : RÉSUMÉ DES PARTIES PRENANTES-----	70		
ANNEXE 4 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES/GUIDES D'ENTRETIEN APPROFONDI-----	72		

REMERCIEMENTS

Ce document est préparé dans le cadre de l'Analyse de l'Efficienc e Inter-Programmatique en santé (CPEA) au Cameroun conduite par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé et de P4H sous le leadership de Mme Boub a Haman Joëlle (Directeur des Ressources Financières et du Patrimoine) et Dr Bissouma-Ledjou Tania (Coordonnatrice des systèmes et politique de santé au Bureau Pays de l'OMS Cameroun). L'équipe technique a été coordonnée par M. Mboulata et Dr Gatcho Modeste et incluait M. Pazimi Barthélemy, Mme Tek Gaëlle, Mme Tou Aminata et Mme Ngauss Merlor.

Le premier draft de ce document a été développé par les consultants de Research for Development International et Result for Development sous la coordination de Dr Isidore Sieleunou avec Mme Satzger Emma, Mme Munyua Agnes et Dr Zakariaou Njoumemi.

Un remerciement particulier à Dr Susan Sparkes du département Gouvernance et financement des systèmes de santé au siège de l'OMS pour les précieuses orientations et contributions données à l'équipe tout au long du processus et Mme Earle Alexandra pour le suivi.

SIGLES ET ACRONYMES

Élément	Définition	Élément	Définition
ACRR	Agent Chargé du Remplissage des Registres	PEV	Programme Elargi de Vaccination
CPEA	Analyse de l'Effcience Inter-Programmatique en Santé	PIB	Produit Intérieur Brut
AFRO	Bureau regional de l'OMS pour l'Afrique	PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
ASC	Agent de Santé Communautaire	PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
BM	Banque Mondiale	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels	PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
CMA	Centre Médical d'Arrondissement	R4D International	Research For Development International
COGE	Comité de Gestion	SDBF	Sous-Direction du Budget et du Financement
COSA	Comité de Santé	S&E	Suivi-Evaluation
CPEA	Cross-Programmatic Efficiency Analysis	SFS	Stratégie de Financement de la Santé
COSADI	Comité de Santé du District	SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida	SPARC	Strategic Purchasing Africa Resource Center
CPN	Consultations Périnatales	DS	District de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré	TDR	Termes De Référence
CSU	Couverture Santé Universelle	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
CTA	Centre de Traitement Agréé	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
DCS	Dépenses Courantes de Santé	UPEC	Unité de Prise En Charge
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
DRSP	Délégation Régionale de Santé Publique	QDA	Qualitative Data Analysis
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine		
DSF	Direction de la Santé Familiale		
DCOOP	Division de la Coopération		
ECD	Equipe Cadre de District		
ESS	Entretien Semi-Structuré		
FGD	Focus Group Discussion		
FINEX	Financement Extérieur		
FRPS	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé		
HEREG	Health Economic and Policy Research and Evaluation for Development Results Group		
HD	Hôpital de District		
HFPM	Health Financing Progress Matrix		
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization		
GTC	Groupe Technique Central		
GTR	Groupe Technique Régional		
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique		
OBC	Organisations à Base Communautaire		
OMS	Organisation Mondiale de la Santé		
ONG	Organisation Non Gouvernementale		
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA		
PEPFAR	President Emergency Plan for AIDS Reliefs		

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: GOUVERNANCE PROGRAMMATIQUE	20
FIGURE 2 : GOUVERNANCE FINANCIÈRE	23
FIGURE 3 : CIRCUIT DE FINANCEMENT.....	28
FIGURE 4: ORGANISATION DU SYSTÈME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENT	42
FIGURE 5 : LE CIRCUIT DE L'INFORMATION.....	45

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : ÉCHANTILLON	15
TABLEAU 2 : RÉPARTITION DU BUDGET DES DIFFÉRENTS PTA EN MILLIARDS DE F CFA.....	29
TABLEAU 3 : BUDGET DES DIFFÉRENTS PTA PAR COMPOSANTE.....	30
TABLEAU 4 : RÉALISATION FINANCIÈRE DES ACTIVITÉS PAR MODULES EN 2020	31
TABLEAU 5 : ESTIMATION DU FINANCEMENT DE L'ANNÉE 2020, 2021, 2022.....	32

RÉSUMÉ EXECUTIF

Contexte - Le Cameroun, en raison de son évolution au rang de pays à revenu intermédiaire, de tranche inférieur va connaître un retrait progressif de ses partenaires ; cela sous-entend une possible baisse des ressources financières émanant de ceux-ci et la nécessité d'une gestion plus efficiente. Cette situation intervient dans un contexte où le pays s'est engagé à mettre en place un régime de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pleinement opérationnel d'ici 2035. L'une des principales raisons est d'améliorer l'accès aux soins et services de santé de qualité à travers une réduction significative des dépenses directes de santé des ménages qui, à date, sont très élevées. Pour y parvenir, le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) a entrepris de réviser sa stratégie de financement de la santé en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation par la matrice des progrès en matière de financement de la santé et de l'Analyse de l'Efficiéce Inter-Programmatique (AEIP ou CPEA en anglais). Le recours à l'approche CPEA s'explique par le besoin d'identifier les doublons/duplications, les désalignements et les chevauchements entre les fonctions partagées qui sont communes à des programmes de santé spécifiques, ainsi que les points d'entrée pour remédier à ces inefficiences.

Méthode - L'approche systémique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'évaluation des politiques et programmes de santé (CPEA) a été utilisée. Il s'agit d'une méthode d'évaluation du système de santé dans son ensemble, ainsi que des programmes spécifiques de lutte contre les maladies. Le cadre et les étapes de la réalisation d'une analyse CPEA s'appuient sur un cadre de « fonctions du système de santé » pour décomposer les programmes de santé et le système de santé en fonction de leurs composantes fonctionnelles : la gestion/gouvernance, le financement, les ressources humaines et physiques ou les intrants et la prestation de services. Cette analyse à l'échelle du système engage les parties prenantes du secteur de la santé à établir des priorités et à développer des options politiques afin de réduire les domaines de duplication, de chevauchement et de désalignement qui ont un impact sur l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles.

Quatre programmes de santé ont été sélectionnés pour l'évaluation CPEA au Cameroun : VIH/SIDA, tuberculose (TB), paludisme et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

L'approche CPEA permet ainsi de faire une analyse approfondie des programmes sélectionnés et d'identifier les actions à prendre afin d'optimiser l'utilisation des ressources en améliorant la coordination et l'alignement en vue d'atteindre les objectifs généraux du système.

Les données ont été collectées aux niveaux central, régional et du district en suivant le processus ci-dessous :

- Une analyse documentaire approfondie de la littérature publiée et de la littérature grise (y compris les documents gouvernementaux) sur le système de santé du Cameroun et les programmes inclus dans l'évaluation ;
- Des entretiens avec la population cible de l'étude qui comprend les principales parties prenantes du système de santé au Cameroun y compris la société civile, les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) ainsi que les sectoriels en charge de la santé ;
- Un traitement et une analyse des données ;

- Des réunions de validation avec les principales parties prenantes du Ministère de la Santé Publique, des sectoriels en charge de la santé, de la société civile et du bureau pays de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les principaux résultats :

Gouvernance

- Malgré la disponibilité des documents de référence (SND30, SSS, PNDS, etc.) dans le secteur santé, une faible appropriation et mise en œuvre de leurs orientations stratégiques dans les programmes a été relevé. Un leadership du Ministère de la Santé Publique pas assez fort pour susciter l'alignement stratégique de tous les partenaires techniques et Financiers a également été mis en évidence.
- Les structures organisationnelles des programmes au niveau central et au niveau régional ne favorisent pas les opérations conjointes, telles que le suivi, l'évaluation et la supervision des activités. Chaque programme gère des plans opérationnels indépendants avec une coordination limitée entre les programmes.
- Les capacités de gouvernance, de coordination et d'exploitation des partenariats public-privé sont faibles.
- Le système d'information sanitaire est intégré, mais l'utilisation des données pour la prise de décision est sous-optimale à tous les niveaux du système de santé

Financement

- Les sources de financement sont multiples et fragmentées, ce qui entrave l'intégration au niveau de la prestation des services et également la gouvernance.
- Une faible disponibilité au niveau du Ministère de la santé Publique de l'information sur les financements des PTFs mis à disposition par le biais d'une implémentation directe a été relevée.
- Ces fonds sont souvent maintenus hors budget, ce qui rend difficile l'alignement des objectifs politiques et des cycles de planification. Cela conduit à de multiples accords d'achat qu'ils soient basés sur les intrants ou sur les extrants, et parfois un mélange des deux, ce qui donne lieu à des incitations contradictoires pour les fournisseurs et à des prestations de services décousues. En outre, cela conduit à de multiples cadres et exigences de responsabilité, qui fonctionnent parfois en parallèle.
- Il existe un décalage entre l'allocation des ressources au niveau central et les besoins au niveau infranational (régional et district). En outre, le financement des programmes par les fonds du gouvernement sont caractérisés par une marge de décision limitée pour réaffecter les ressources afin de répondre aux besoins locaux.
- Il existe des accords de mise en commun limités entre les programmes de santé et le système de santé. Il est donc difficile de réaffecter les fonds en fonction des besoins et de répartir les risques liés à l'accès et à l'utilisation des services.

Ressources humaines et physique/intrants

- Le recrutement, la contractualisation et la formation des agents de santé dans certains programmes analysés (TB et VIH/SIDA) sont fragmentés et séparés du système gouvernemental global. Cela conduit à des incitations différentes ainsi qu'à des agents de santé

qui ne sont pas en mesure de fournir des services en dehors de leur mandat à l'intérieur du programme.

- De nombreux programmes de santé disposent de systèmes d'achat et de chaîne d'approvisionnement différents qui ne sont pas nécessairement coordonnés avec le système national. Ceci entraîne des coûts d'approvisionnement accrus, des retards, des sur- et sous-approvisionnements, des gaspillages et des médicaments périmés dans l'ensemble du système de santé.
- Les donateurs mettent de plus en plus à disposition des équipements de diagnostics et des technologies de la santé. Cependant, ils ne sont pas toujours rationalisés, et il a été noté qu'il y a moins d'investissements dans la maintenance, la formation et le renforcement des capacités pour l'utilisation de l'équipement. Ce dernier volet n'est pas souvent réalisé lors de la fourniture des équipements.

Prestation de services

- Des fragmentations ont été observées dans les modèles de prestation de services entre les différents niveaux du système sanitaire, les formations sanitaires et les unités de prestation de services, ce qui conduit les usagers à se rendre dans plusieurs formations sanitaires pour recevoir des soins.
- Les systèmes d'orientation sont faibles et les mécanismes de contrôle inexistant, souvent en raison d'un manque de sensibilisation des usagers du service ou du fait que les formations sanitaires de niveau inférieur ne disposent pas d'équipements adéquats et fonctionnels pour fournir des services complets. C'est ainsi que l'on constate une duplication des services entre les différents niveaux du système de santé. Ainsi, les services font double emploi entre les différents niveaux du système de santé, surchargent les établissements de niveau supérieur. Cela peut entraîner une augmentation des coûts tant pour le système que pour les usagers.
- L'accent mis sur les services curatifs détourne l'attention des gains d'efficacité qui pourraient être tirés des investissements dans des initiatives de promotion et de prévention qui réduisent la pression sur le système curatif et les coûts de la fourniture de soins de santé.

Conclusion :

Cette étude montre qu'il existe une fragmentation et une coordination limitée entre les programmes de santé évalués. Cette coordination limitée du point de vue de la gouvernance et du financement a des implications négatives sur la manière dont les services sont fournis et utilisés. La fragmentation observée au niveau de la prestation de services est le résultat de la faible intégration en amont des pools et des sources de financement.

I. INTRODUCTION

I.1. CONTEXTE GLOBAL

Les grands programmes verticaux de santé publique sont utilisés par de nombreux systèmes de santé pour cibler les interventions sanitaires sur des maladies spécifiques ou des populations cibles particulières. Ces programmes verticaux fonctionnent généralement de manière autonome en cherchant à maximiser l'atteinte d'un objectif particulier. Bien que cette approche organisationnelle présente certains avantages (disponibilité rapide de l'équipe sur le terrain sans protocole, personnel spécialisé pour les programmes, approche spécialisée des problèmes, riposte rapide, etc.), elle peut limiter la capacité d'adaptation du système de santé aux progrès technologiques et à l'évolution des schémas de morbidité, entre autres variables. Les limitations d'une telle approche est plus problématique parce qu'elle se focalise sur plusieurs maladies, avec des canaux spécifiques de financement et d'organisation des services pour chacune d'entre elles.

Plusieurs arguments sont en défaveur des programmes verticaux. En effet, plusieurs d'entre eux répondent prioritairement aux agendas des partenaires externes ou à ceux des détenteurs du pouvoir. Cette situation ne facilite pas l'implication des populations locales (bénéficiaires) dans le processus de planification et de mise en œuvre des programmes. De plus, les programmes verticaux sont critiqués du fait qu'ils induisent dans la plupart des cas, une fragmentation des services, crée des barrières d'accès, sont sources de gaspillage et d'inefficacité, et éloignent la majorité de la population de la prévention et de l'accès aux services généraux. Ils limitent l'efficacité du système de santé tout en diminuant leurs probabilités de durabilité une fois que les ressources supplémentaires émanant de donateurs extérieurs sont épuisées¹. Ainsi, les programmes verticaux dans les systèmes de santé conduisent le plus souvent à des inefficacités inter programmatiques du fait des duplications ou des désalignements entre les fonctions essentielles du système de santé (gouvernance, financement, , prestation de services et production de ressources humaines et infrastructurelles) qui limitent le niveau de couverture effective potentiellement réalisable par le système de santé, même si le plus souvent il y a les arguments qui justifient la séparation des fonctions pour ces programmes de santé. De plus en plus de pays soutiennent l'orientation vers des programmes horizontaux moins fragmentés pour les systèmes de santé plus intégrés. Ces programmes horizontaux visent à attaquer les problèmes de santé globaux sur un front large et sur le long terme par le biais de la création d'un système d'institutions permanentes.

Envisager des réformes pour un programme nécessite de détailler ses composantes pour établir un diagnostic efficace, de basculer le débat « programmes contre système » à une discussion plus utile sur les éléments spécifiques qui peuvent être dupliqués ou mal alignés entre les programmes ou avec le système au sens plus large². C'est dans cette perspective que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a développé une approche pour analyser l'efficacité inter programmatique (Cross-Programmatic Efficiency Analysis, CPEA) qui vise à identifier les inefficiences résultant du

¹ Rifat A. Atun, Sara Bennet et Antonio Duran, *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans le système de santé ?* Conférence Ministérielle Européenne de l'Organisation mondiale de la Santé sur les systèmes de santé, juin 2008.

² Susan Sparkes, Antonio Duran et Joseph Kutzin, *Approche systémique pour analyser l'efficacité des programmes de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, 2017.

mode d'articulation des programmes de santé et des services connexes dans le contexte du système de santé global.

Cette méthode utilise une analyse appliquée du système de santé pour décomposer ou défragmenter les programmes verticaux en fonction de leurs composantes fonctionnelles et les placer dans le contexte des programmes intégrés du système de santé dans son ensemble. Il faut préciser ici que cette approche n'a pas vocation à promouvoir un système de santé totalement intégré. La séparation des fonctions programmatiques peut être clairement justifiée dans certains cas, toutefois il est également nécessaire de déterminer les fonctions à consolider tout en précisant la responsabilisation concernant responsabilité et résultats³.

L'analyse de l'efficacité inter programmatique (CPEA) fournit de ce fait un processus fondé sur des données probantes pour l'engagement des parties prenantes afin d'identifier les goulets d'étranglement potentiels ou les contraintes dans les programmes verticaux de santé publique. Cette approche diagnostique permet de développer des options pour traiter les domaines critiques d'inefficacités dans les fonctions spécifiques au sein et entre des programmes de santé publique. Ainsi, cette analyse ne doit pas être considérée comme une évaluation ponctuelle dans les pays, mais elle peut plutôt servir d'analyse de base des constatations d'inefficacité au sein du système de santé et dans l'ensemble de celui-ci.

L'application de CPEA dans un système national de santé comme celui du Cameroun, devrait permettre d'identifier les fonctions spécifiques dont l'efficacité peut être améliorée, de formuler des propositions en ce sens et de mettre en place un processus visant à impliquer les parties prenantes de l'ensemble des programmes de santé et du système de santé dans son ensemble. L'CPEA peut également mettre en évidence les domaines dans lesquels des approches efficaces ont déjà été mises en œuvre et peuvent être exploitées dans l'ensemble du système de santé afin d'identifier les changements nécessaires dans l'organisation et la gestion des services fournis par ces programmes.

I.2. CONTEXTE DU CAMEROUN

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale à revenu intermédiaire, tranche inférieure avec une population estimée à plus de 27 millions d'habitants¹, dont la moitié vit dans des zones rurales². Essentiellement agraire, le Cameroun est un pays riche en ressources, avec une densité de population relativement faible de 56 habitants au kilomètre carré. La densité de la population varie d'une région à l'autre. L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée, passant de 54,8 à 61 ans entre 2000 et 2020, mais elle reste inférieure aux moyennes de l'Afrique subsaharienne (64 ans) et des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (68,5 ans).

L'organisation du système de santé avec le décret n°95/040 du 7 mars 1995, définissent la réorganisation du système en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau dispose de trois types de structures : les structures de gestion institutionnelle du Ministère de la santé, les formations sanitaires et les structures de représentation des populations. Le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales ; il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires, et il coordonne, contrôle et ventile les ressources vers les niveaux opérationnels. Le niveau central est représenté par le ministère de la santé publique avec ses directions techniques centrales. Les formations sanitaires à ce niveau sont : les hôpitaux généraux de Yaoundé et de Douala, les hôpitaux gynécologiques obstétriques et pédiatriques de Yaoundé et Douala, l'hôpital Central de Yaoundé, l'hôpital hospitalo-universitaire de Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala. Ces hôpitaux servent de référence aux hôpitaux régionaux. Le niveau intermédiaire est représenté par les 10 délégations régionales de la santé publique (DRSP). Chacune suit les délimitations et la dénomination de sa région administrative. Elles ont pour rôle la traduction en programmes de la politique élaborée au niveau central. Le délégué régional de la santé, pour sa part, se trouve sous l'autorité du Gouverneur de la région administrative. Le district de santé constitue le niveau périphérique ou opérationnel. Le district est dirigé "par une équipe multidisciplinaire supervisée par un médecin de santé publique" qui "coordonne et supervise toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne". Le district de santé est desservi par un hôpital de référence. Il est chargé d'élaborer un Plan d'action sanitaire, d'assurer son suivi, et de superviser les aires de santé. Le système de santé de district dispose de deux niveaux d'établissements de soins : l'hôpital de district, hôpital de première référence, et les centres de santé. Un comité de gestion veille notamment à l'utilisation des fonds dit de "recettes affectées", c'est-à-dire ceux provenant de la vente de médicaments et de la facturation de toutes les prestations sanitaires ; ces recettes sont réparties entre la motivation du personnel, le fonds de solidarité provinciale, la caisse de supervision du district, et le Trésor public.

Indicateurs pour le Cameroun (2021)

Population : 27 198 628 (2021) **
Taux de croissance démographique : 2,6 % (2021) **
PIB par habitant : 1 666,9 (2021) **
Taux de pauvreté à 2,15 \$ par jour : 25,7 % (2014) **
Dépenses courantes de santé (DCS) en % du PIB = 4 % (2020) ***
Dépenses de santé par habitant = 61 US\$ (2019) ***
Dépenses de santé de l'État (en % des DCS) = 11 % (2019) ***
Paiements à la charge des usagers (en % des DCS) = 72 % (2019) ***
Espérance de vie à la naissance ≈ 61 ans (2020) **
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans = 80/1 000 (2018) *
Taux de mortalité maternelle = 406/100 000 (2018)
Prévalence du VIH : 2,7 % (2018) *
Couverture vaccinale de base : 52 % (2018) *
Prévalence du retard de croissance chez l'enfant : 29 % (2018) *
Taux de prévalence d'emploi de contraceptifs moderne 15 % (2018) *

Sources:

* Enquête démographique et de santé de 2018

** Banque de données de la Banque mondiale

Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les résultats sanitaires du Cameroun restent à améliorer. Le Cameroun se trouve aux premiers stades d'une transition épidémiologique qui se traduit par une double charge de morbidité mettant à rude épreuve un système de santé déjà fragile. Les maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles sont répandues, et elles représentent 60% de tous les décès et handicaps. Dans le même temps, l'urbanisation croissante et des modes de vie de plus en plus malsains ont entraîné une augmentation significative du nombre de décès dus aux maladies non transmissibles⁴, qui est passé de 29 % en 1990 à 36 % en 2017.

Le VIH/sida, le paludisme, les infections des voies respiratoires inférieures et les maladies néonatales sont les principales causes de décès prématurés dans le pays.⁴ Bien qu'il soit en baisse, le Cameroun a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, avec 406 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDS 2018 Page 377), principalement en raison de causes évitables et traitables.⁵ Un enfant camerounais sur treize meurt avant l'âge de cinq ans (80 décès sur 1 000 naissances vivantes). Un tiers de ces décès survient au cours du premier mois de la vie, principalement en raison de conditions qui pourraient être évitées s'il existait un meilleur accès à des services et soins de qualité pendant la période prénatale et périnatale (Rapports de revues annuelles, projets Cheque santé et PBF).

La couverture des services à faible coût et à fort impact qui s'attaquent aux maladies évitables et traitables reste faible, et la dépendance du secteur de la santé à l'égard des paiements à la charge des usagers a entraîné des inégalités et des disparités dans les résultats sanitaires d'une région à l'autre. En 2018, 65 % des femmes enceintes ont effectué les quatre consultations prénatales (CPN), avec des disparités géographiques importantes – 79 % dans les zones urbaines, mais seulement 52 % dans les zones rurales par exemple.⁵ En outre, alors que ce taux était de 91 % dans le quintile le plus riche, seulement 37 % des femmes enceintes chez les plus pauvres ont effectué les quatre CPN.⁵

Malgré la tendance relativement positive de la croissance économique au cours de la dernière décennie, les dépenses courantes de santé (DCS) en pourcentage du PIB ont plafonné à environ 4 % entre 2005 et 2019. Les dépenses de santé par habitant s'élèvent à 61 US\$, mais les dépenses des ménages constituent la principale source de financement du secteur de la santé, avec 72 % des DCS, ce qui expose les Camerounais à un risque important de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement. Ce niveau de dépenses est bien supérieur au seuil de référence de l'OMS (15-20 %) et à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (33 %) et des pays à revenu similaire comme le Kenya (24 %) et le Ghana (40 %).⁶

Le gouvernement contribue à hauteur de 11 % des DCS, tandis que le financement externe contribue à hauteur de 13 % des DCS, la majorité étant canalisée hors budget (CS 2019)⁷. Environ 52 % du budget de l'État est affecté à l'administration centrale en 2018.⁸ Le reste est transféré aux niveaux régionaux et aux établissements de santé pour l'achat de produits et la prestation de soins de santé. L'administration, y compris les salaires, représentait plus de 55 % du budget total du Ministère de la Santé publique en 2019.⁹ Cette proportion est relativement faible en comparaison à celles des pays de même niveau de richesse. La principale raison serait le niveau de salaire et la masse salariale des personnels de santé relativement faibles.

Les études récentes sur les dépenses de santé et fragmentation des mécanismes de financement³ ainsi que les modalités d'achat des produits de santé au Cameroun ont identifié plus d'une trentaine de mécanismes de financement et ont cartographié les différents canaux d'acheminement des ressources vers les prestataires de services de santé.

Un programme de santé publique est un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis (ex : programme tuberculose). Une action de santé publique est la composante opérationnelle d'un programme qui s'inscrit dans les objectifs du programme en définissant un mode d'intervention particulier. Au Cameroun, dix-neuf (19) de ces programmes sont des programmes de santé gratuits ou subventionnés liés à des programmes verticaux axés sur des objectifs de santé prioritaires ou la lutte contre des maladies spécifiques. La plupart (17) des 19 programmes, y compris les programmes prioritaires tels que le Programme Elargi de Vaccination (PEV), le Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS), le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), dépendent en grande partie de financements extérieurs. Ces programmes verticaux disposent de cadres de planification et de budgétisation indépendants ainsi que des unités de passation de marchés et de suivi-évaluation, ce qui crée des doublons dans le système de santé. Ces doublons augmentent le coût du système de santé et créent des goulots d'étranglement qui réduisent l'efficacité de la gestion du secteur de la santé. Toutefois, il convient de noter les programmes ont vocation d'une durée limitée dans le temps alors qu'ils y sont depuis 1998 et aujourd'hui ils sont installés durablement.

Le cadre normatif et réglementaire trouve son origine sur le Décret No 95/040 du 03 Avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique ainsi que les textes réglementaires régissant les programmes incluent dans cette analyse. C'est ainsi que la Décision No 7038/MIN-SANTE/CAB du 19 Septembre 2022 portant organisation du Programme Elargi de Vaccination (PEV) encadre les rôles et fonctions du Comité de Coordination Inter-Agences, Groupe Technique Consultatif National pour la vaccination et le Secrétariat Permanent comme structures de coordination, gouvernance et de mise en œuvre des activités de PEV. Les documents normatifs des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose trouvent leur cadre dans la Décision No 2340/D/MINSANTE/CAB/STBP du 20 Octobre 2020 portant organisation et fonctionnement du dispositif de gestion des subventions du Fonds mondial au MINSANTE. Cette décision est basée sur la Décision No 1343/D/MINSANTE/CAB du 08 juin 2016 modifiant et complétant certaines dispositions de la Décision No 121/MSP/CAB du 28 Avril 2004 portant réorganisation et fonctionnement du Groupe Technique Central du Comité National de lutte contre le SIDA. En ce qui concerne la tuberculose, la Décision No 1348/D/MINSANTE/CAB du 08 juin 2016 modifiant et complétant certaines dispositions de la Décision No 0658/MSP/CAB du 05 Octobre 2006 portant réorganisation et fonctionnement du Groupe Technique Central du Comité National de lutte contre la tuberculose. Pour le paludisme, la Décision No 1346/D/MINSANTE/CAB du 03 juin 2016 modifiant et complétant certaines dispositions de la Décision No 34/MSP/CAB du 1^{er} Aout 2002 portant réorganisation et fonctionnement du Groupe Technique Central du Comité National de lutte contre le paludisme. Le cadre réglementaire du PNLP prend également en

³ Njoumemei Z., Fadimatou A et Mapa C (2022) : Dépenses de santé et fragmentation du financement : un défi majeur pour la progression vers la couverture santé universelle. Présentation Orale, Conférence Nationale Médicale, 13-16 Décembre 2022, Palais des Congrès, Yaoundé, Cameroun.

compte l'adhésion à l'Initiative Mondiale « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998 ; l'adhésion à la Déclaration du Sommet d'Abuja en Avril 2000 ; la réorganisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 2002 ; l'intégration de la lutte contre le paludisme dans la Stratégie Sectorielle de Santé (2001 – 2015) et dans le plan national de développement sanitaire 2011-2015 et dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (2010 – 2020) ; la décision du Chef de l'Etat en décembre 2010, de la gratuité du traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans, depuis février 2011 ; et l'élaboration régulière sur une période de 5 ans de Plans Stratégiques de la Lutte contre le Paludisme au Cameroun depuis 2002.

Pour améliorer les performances du secteur de la santé, le gouvernement a adopté un certain nombre de politiques ambitieuses, exprimées dans des documents de politique, dont la *Stratégie sectorielle de la santé (2020-2030)*, qui propose cinq objectifs stratégiques axés sur la réalisation de la vision du secteur : « *Garantir un accès équitable et universel aux services de santé de base et à des soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication d'autres secteurs connexes* ». En outre, le gouvernement a lancé un certain nombre de réformes du financement de la santé, telles que le financement basé sur la performance et les systèmes du chèque santé, afin d'améliorer l'accès aux services de santé prioritaires. La stratégie nationale de financement de la santé 2019-2030 du Cameroun, fournit une feuille de route pour parvenir à la couverture santé universelle (CSU). Cependant, le processus d'élaboration de ce document de référence s'est heurté à deux problèmes majeurs : 1) le manque de données récentes sur le financement de la santé, étant donné que les comptes nationaux de la santé 2018-2019 les plus récents ont été élaborés en 2022 ; et 2) Les estimations des coûts de la mise en œuvre de la CSU sont basées sur le document de tarifications des actes médicaux et paramédicaux datant de 1987 dans les formations sanitaires publiques.

I.3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE CPEA AU CAMEROUN

Le Cameroun, en raison de son évolution au rang de pays à revenu intermédiaire, de tranche inférieure va connaître un retrait progressif de ses partenaires ; cela sous-entend une possible baisse des ressources financières émanant de ceux-ci et la nécessité d'une gestion plus efficiente. Cette situation intervient dans un contexte où le pays s'engage à mettre en place un régime de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pleinement opérationnel d'ici 2035. Il faut mentionner que les donateurs et partenaires spécifiques aux programmes offrent des opportunités de renforcement des capacités pour satisfaire les besoins sanitaires, ce qui suggère une transition vers une plus grande autonomie dans le système sanitaire. En outre, le cofinancement est souligné comme un élément essentiel pour accroître les investissements nationaux dans les systèmes de santé et les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Ces éléments indiquent une transition vers une plus grande responsabilité nationale dans le financement et la gestion des programmes verticaux de façon spécifique et du système de santé au Cameroun globalement.

Par ailleurs, le Cameroun est engagé à mettre en place un régime de couverture sanitaire universelle (CSU) pleinement opérationnel d'ici 2035 dans la perspective de réduire les dépenses de santé des ménages. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé Publique a exprimé son intérêt pour la révision et l'adoption de la Stratégie de Financement de la Santé (SFS) et pour l'utilisation de deux outils analytiques – l'Analyse de l'efficacité inter-programmatique et la matrice des progrès du financement de la santé afin de fournir les informations nécessaires à cette révision et l'élaboration d'une feuille de route qui réorientent ses priorités vers la réalisation de la CSU.

L'objectif de l'application de l'approche CPEA au Cameroun est d'identifier les doublons/duplications, les désalignements et les chevauchements entre les fonctions partagées qui sont communes à des programmes de santé spécifiques, ainsi que les points d'entrée pour remédier à ces inefficacités. Tous les systèmes de santé, et par conséquent tous les programmes de santé, remplissent quatre fonctions de base (gestion/gouvernance, financement, production et organisation des ressources et d'intrants, production et prestation de services) pour produire des résultats qui entraînent des effets sur le système de santé.

L'approche CPEA permet d'évaluer le système de santé dans son ensemble, ainsi que les programmes spécifiques de lutte contre les maladies : la manière dont ils sont gouvernés et financés, et comment ils génèrent et utilisent des intrants et fournissent des services. Cette analyse à l'échelle du système engage les parties prenantes du secteur de la santé à établir des priorités et à développer des options politiques afin de réduire les domaines de duplication, de chevauchement et de désalignement qui ont un impact sur l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles.

Ce travail a été mené en collaboration avec toutes les parties prenantes concernées, y compris les programmes verticaux qui gèrent la fourniture de ces services de santé prioritaires, ainsi qu'avec les représentants des régions et des districts, afin de s'assurer de leur adhésion à l'évaluation et aux recommandations d'actions qui en résulteront.

Quatre domaines ont été choisis par le MINSANTE pour faire partie de cette évaluation, notamment (i) la lutte contre les épidémies, (ii) la santé familiale, (iii) la lutte contre le VIH, et (iv) la vaccination. Ainsi, plusieurs directions notamment la Direction de la Santé Familiale (DSF), la Direction des Ressources Financières et du Patrimoine (DRFP), la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML), la Direction de la Promotion de la Santé (DPS), la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les pandémies (DLMEP), la Division de la Coopération (DCOOP), la Division des Etudes et des Projets (DEP), ; et quatre (04) programmes que sont le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNLT) ainsi que le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ont été identifiés pour l'application de l'analyse.

II. QUESTIONS, OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE

II.1. QUESTIONS DE L'ETUDE

Les trois questions clés qui ont guidé ce travail sont les suivantes :

1. Quelles sont les principales inefficacités créées par le chevauchement, la duplication ou le désalignement des fonctions du système de santé dans les programmes de santé sélectionnés ?
2. Quelles sont les conséquences de ces inefficacités sur les performances globales du système et sur la capacité à atteindre et à pérenniser les objectifs du système de santé ?
3. Quelles sont les possibilités de remédier à ces inefficacités au niveau national et, éventuellement, au niveau des régions, des districts et des prestataires ?

II.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général de cette étude est d'évaluer de façon croisée l'efficacité des programmes PEV, PNLP, PNLT et VIH/SIDA pour soutenir les efforts en vue d'atteindre les objectifs de la CSU.

De façon spécifique, les objectifs poursuivis sont :

1. Réaliser une cartographie fonctionnelle des différents directions/programmes (DRFP, DSF, DLMEP, DEP, DCOOP, DPS, DPML, PEV, VIH/SIDA, PNLP, PNLT, PLMI) au Cameroun ;
2. Procéder à une analyse croisée détaillée pour identifier les doublons/duplications, les chevauchements et les désalignements entre les programmes PEV, VIH/SIDA, PNLP et PNLT au Cameroun ;
3. Analyser les options d'une allocation et d'une utilisation plus efficaces des ressources dans l'ensemble des programmes PEV, VIH/SIDA, PNLP, PNLT et du système de santé ;
4. Identifier les domaines ciblés pour l'intégration/l'harmonisation entre les programmes PEV, VIH/SIDA, PNLP, PNLT et du système de santé ;
5. Identifier les principaux défis en matière de durabilité dans le contexte du financement par les donateurs et de la transition épidémiologique des maladies cibles du PEV, du VIH/SIDA, du PNLP et du PNLT.
6. Comprendre l'adéquation entre les flux financiers et les objectifs de prestation de services du PEV, PNLP, PNLT et VIH/SIDA ;
7. Analyser l'alignement et l'intégration des fonctions essentielles du système de santé (financement, gouvernance, prestation de services et production/utilisation des ressources humaines et physiques) dans les interventions spécifiques des programmes PEV, VIH/SIDA, PNLP et PNLT ;
8. Formuler des recommandations afin d'accroître l'efficacité inter programme entre le PEV, le PNLP, le PNLT et le VIH/SIDA dans le système de santé du Cameroun.

III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

III.1. TYPE D'ETUDE

La démarche scientifique s'est appuyée sur une approche méthodologique mixte quantitative et qualitative ancrée dans l'*Analyse de l'Efficacité Interprogrammative (Cross-Programmatic Efficiency Analysis / CPEA)* afin d'identifier les doublons/duplications, les désalignements et les chevauchements entre les fonctions partagées qui sont communes aux programmes retenus dans le cadre de ce travail. Les données qualitatives primaires provenaient d'entretiens (individuels et collectifs) et celles secondaires ont été tirées des documents. Les données quantitatives secondaires étaient recueillies en ce qui concerne par exemple le budget et les dépenses, les intrants, les services de santé, etc.

III.2. SITES DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Cameroun (central, régional, district, aire de santé et communauté). En plus du niveau central, deux régions (centre et Adamaoua) étaient concernées. Dans chacune des régions, deux districts de santé ont été sélectionnés à savoir ESSE et Mbankomo dans le centre, puis Meiganga et Ngaoundéré Rural dans l'Adamaoua (voir tableau 1).

III.3. POPULATION DE L'ETUDE

La population de l'étude est constituée des responsables et personnels clés des structures et institutions sélectionnées ainsi que des membres de la communauté bénéficiaire. Ainsi, la population cible de cette étude comprend les principales parties prenantes du système de santé au Cameroun :

- (i) plusieurs Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) à savoir OMS, ONUSIDA, Fonds Mondial, Banque Mondiale, GAVI, UNICEF, UNFPA, PNUD, etc., ainsi que les organisations et les institutions intéressées à soutenir et/ou à mettre en œuvre des programmes similaires pour éclairer les décisions d'investissement stratégiques à l'avenir ;
- (ii) les institutions gouvernementales camerounaises à différents niveaux (y compris les ministères partenaires, les régions et districts concernés) ;
- (iii) les autres partenaires qui peuvent utiliser les résultats et les conclusions de l'évaluation pour planifier les initiatives futures pour soutenir les réalisations des autres programmes et les populations bénéficiaires.

Sélection des participants pour les entretiens

Les participants ont été sélectionnés de façon raisonnée pour non seulement permettre d'aller vers les cibles les mieux indiquées mais également de choisir les personnes susceptibles de fournir les informations les plus pertinentes pour l'étude.

Au total, 149 informateurs clés provenant des différents niveaux du système de santé (49 au niveau central, 37 au niveau régional et 63 au niveau des districts) ont été interviewés. Le tableau ci-dessous donne la répartition des acteurs interviewés par structure.

Tableau 1 : Echantillon

STRUCTURES	TOTAL
CNLS	06
PNLT	05
PNLP	06
PEV	10
DLMEP	03
PTFS	01
DRFP	03
DSF	07
CENAME	01
DEP	01
CIS	01
PLMI	01
DPS	01
DPML	01
DCOOP	01
Autres institutions	01
DRSP Centre	17
District ESSE	13
District MBANKOMO	19
DRSP Adamaoua	20
District MEIGANGA	14
District DANG	17
TOTAL	149

Il est à noter que des Discussions de Groupe Focalisées ont été organisées sous forme de FGD (dyade, triade, etc.) avec certaines catégories spécifiques tels les personnels de santé des GTR et ceux des districts de santé.

III.4. PROCEDURES DE L'ETUDE

Le processus d'application de l'analyse de l'efficacité inter-programmatique du Cameroun a été guidé par les normes et standards d'Analyse de l'Efficacité Inter-Programmatique développées par l'OMS et les Termes de Référence (TDR). L'étude s'est réalisée en cinq étapes principales : (1) précision de la portée de l'étude, (2) collecte des données, (3) cartographie fonctionnelle au sein des programmes PEV, PNLT, PNLP et VIH/SIDA, (4) analyse fonctionnelle transversale, et (5) établissement de priorités et élaboration d'options.

III.4.1. Précision de la portée de l'étude

Cette étape a consisté à lancer le processus analytique de l'étude, en précisant les objectifs et déterminant la portée de l'analyse globale en fonction des besoins, des capacités et de la demande du pays.

Cette première étape a consisté à :

- (1) L'identification et la mise en place d'un groupe de travail technique de l'étude. Ce groupe de travail technique ad-hoc incluait les parties prenantes suivantes : Un représentant des services du Premier Ministre, L'instance de Coordination Nationale, le Ministère de la santé publique et les programmes de santé (VIH, TB, Palu, PEV), la CENAME, le Ministère des finances, le Ministère du travail et de la sécurité sociale, Le Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire, le Ministère de la décentralisation et du développement local, l'Assemblée Nationale, Le Ministère de la Défense, La police Nationale et la Société Civile
- (2) L'identification de la portée et les liens avec d'autres priorités et l'intégration de l'analyse dans les programmes plus larges de réforme du système de santé. Cette étape inclut également la sélection des programmes de santé prioritaires qui ont été inclus dans l'analyse
- (3) La détermination des modalités de collecte des données, à travers une combinaison de la revue documentaire et des entretiens à distance ou en personne avec des informateurs clés et/ou des ateliers avec les principales parties prenantes. Ainsi, la revue documentaire a jeté les bases analytiques d'entretiens ciblés ;
- (4) L'élaboration d'une liste des principales parties prenantes liées aux PEV, CNLS, PNLT et PNLP, et aux directions concernées par l'étude. La cartographie et l'analyse des parties prenantes ont été utiles pour comprendre l'éventail des acteurs clés et leurs rôles/responsabilités/relations avec les programmes PEV, VIH/SIDA, PNLP et PNLT et les directions ; et
- (5) L'élaboration d'un plan de travail détaillé.

III.4.2. Collecte des données

Elle a consisté en la collecte de données primaires ainsi que la revue de sources de données secondaires, y compris les littératures publiées et grises sur l'ensemble du système de santé et les programmes prioritaires sélectionnés. La collecte de données a été basée sur les quatre fonctions et sous-fonctions du système de santé, ainsi que sur leurs interconnexions avec le PEV, CNLS, PNLP et PNLT, y compris par niveau de la pyramide sanitaire.

Cette étape de collecte des données comprenait :

1. **La réalisation d'une revue documentaire** pour comprendre le contexte national actuel et les performances des programmes. Il s'agissait d'une évaluation générale du système de santé ou d'une revue documentaire plus ciblée. Des données quantitatives clés qui décrivent la performance du PEV, CNLS, PNLP et PNLT ont été collectées. L'objectif de cette phase était dans un premier temps d'avoir un rapport d'évaluation des performances du système de santé pour servir de guide pour l'analyse approfondie. Dans un second temps, il était question d'obtenir une compréhension commune entre les parties prenantes et l'équipe d'évaluation sur les objectifs et la portée de la mission. Ceci s'est fait par l'organisation d'une réunion entre l'équipe d'évaluation, les représentants du MINSANTE et le

Bureau pays de l'OMS, etc. afin d'échanger des idées, la documentation pertinente, et de parvenir à un commun accord sur le calendrier et les outils de collecte de données. Des réunions hebdomadaires ont été organisées entre les consultants pour suivre les progrès et planifier une exécution efficace et efficiente de la mission. Cette analyse a permis également de développer les instruments de collecte de données pour répondre à toutes les questions de l'évaluation qui ont été adressées aux différentes parties prenantes. Les documents examinés sont entre autres les :

- plans stratégiques pour le secteur de la santé
 - dossiers d'investissement pertinents
 - demandes de financement
 - rapports annuels de PEV, PNLT, CNLS et PNLP
 - rapports du Fonds Mondial
 - rapports d'avancement semestriels de PEV, PNLT, CNLS et PNLP
 - documents d'approbation
 - rapports financiers de GAVI
 - rapports ONUSIDA
 - documents pertinents publiés au sujet du PEV, PNLT, PNLP et CNLS
 - Etc.
2. **L'élaboration d'un guide d'entretien semi-structuré** mettant en évidence les questions sur les fonctions et sous-fonctions du système de santé avec la sélection des sources de données ainsi que la méthodologie d'analyse et
 3. **La réalisation des entretiens avec les parties prenantes identifiées.** Cette phase a également permis de collecter la documentation supplémentaire pour mieux comprendre comment les différentes composantes du système de santé sont financées et gouvernées, comment elles utilisent et génèrent des intrants, et comment elles fournissent les services. Les données secondaires ont été triangulées avec les données de terrain.

III.4.3. Cartographie fonctionnelle des programmes (PEV, PNLP, PNLT, CNLS) et du système de santé

Il s'agit de la première étape de l'analyse et de l'identification des inefficacités dans l'ensemble des programmes de santé cibles (PEV, PNLT, PNLP et CNLS). Cette étape a permis de (1) décrire en détail chaque fonction du système de santé pour chaque programme de santé sélectionné (2) d'établir une correspondance fonctionnelle à l'intérieur du programme (3) prendre en compte les données de cartographie fonctionnelle des différents niveaux de soins. Ainsi, les données collectées ont été cartographiées dans chacune des quatre fonctions et sous-fonctions du système de santé pour les programmes (PEV, PNLT, PNLP et CNLS) et les directions (DSF, DLMEP) retenus pour l'étude.

III.4.4. Analyse fonctionnelle transversale

La cartographie fonctionnelle a permis d'identifier les domaines critiques de désalignement, de duplication et de chevauchement entre les programmes de santé cibles (PEV, PNLT, PNLP et CNLS) et le système de santé dans son ensemble. Aussi, l'analyse fonctionnelle transversale a permis de :

(i) analyser les données en recherchant les thèmes clés, (ii) cartographier les inefficacités (iii) organiser un dialogue autour des inefficiences constatées en vue de faciliter la stabilisation des priorités et (iv) résumer les principales conclusions. Dans un premier temps, le contenu de la revue des données secondaires a été utilisé. Ensuite, les données primaires issues des entretiens, des consultations de groupes et des entretiens enregistrés ont été transcrites et analysées manuellement. Les thèmes ont été générés suivant le cadre d'analyse de l'efficacité inter-programmatique, tout en étant suffisamment flexibles pour développer de nouveaux thèmes basés sur les questions émergentes dans les données. Cette approche mixte a permis de trianguler les conclusions sur le terrain afin de garantir la fiabilité et la robustesse des résultats

III.5. PRINCIPAUX RISQUES ET MESURES CORRECTIVES DE LA MISSION

Des visites de terrain, des entretiens et des consultations de groupes ont été réalisés. Une stratégie supplémentaire pour atténuer les défis identifiés résidait dans la rigueur d'une triangulation systématique des sources et des données.

La collecte des données dans certains cas n'a pas été optimale à cause de l'indisponibilité répétée de certains des informateurs clés. Comme mesure, l'équipe d'évaluation a adopté une stratégie où les entretiens ont été faits en ligne via les plateformes téléphoniques en fonction de l'accès des répondants aux équipements de communication et à l'Internet.

IV. RESULTATS

IV.1. GOUVERNANCE

Les inefficacités inter-programmatiques liées à la gouvernance

1. Malgré la disponibilité des documents de référence (SND30, SSS, PNDS, etc.) dans le secteur santé, une faible appropriation et mise en œuvre des orientations stratégiques de ces documents dans les programmes a été relevée.
2. Les structures organisationnelles des programmes au niveau central et au niveau régional ne favorisent pas les opérations conjointes, telles que le suivi et la supervision. Chaque programme gère des plans opérationnels indépendants avec une coordination limitée entre les programmes.
3. Les capacités de gouvernance, de coordination et d'exploitation des partenariats public-privé sont faibles.
4. Le système d'information sanitaire est intégré, mais l'utilisation des données pour la prise de décision est insuffisante à tous les niveaux.

IV.1.1. Inefficiences constatées

Planification et coordination

- *La surabondance de dispositifs de gouvernance dans le système de santé.*

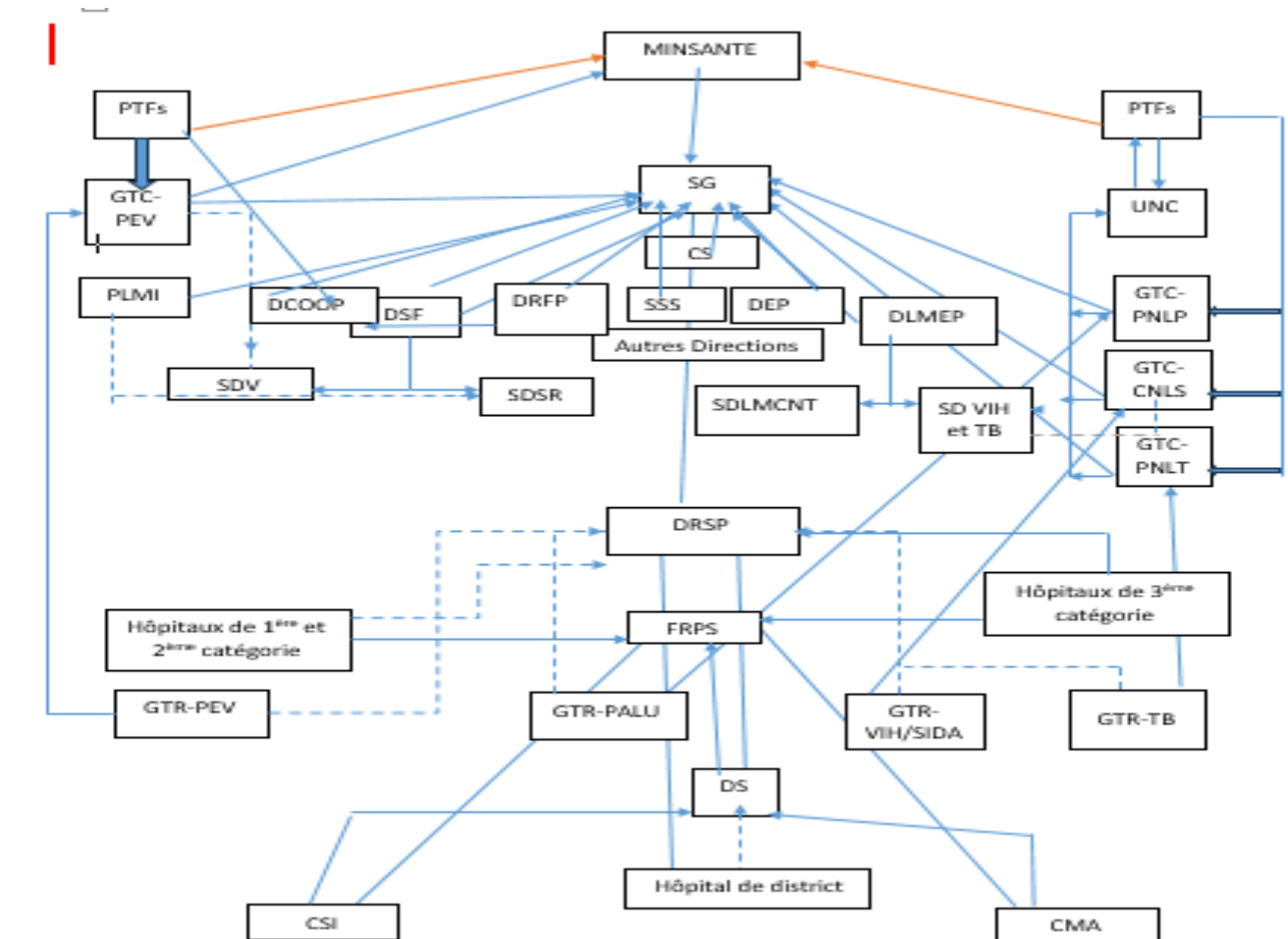
Le principal constat est qu'il existe un grand nombre d'entités impliquées dans la gouvernance du secteur de la santé⁴ au Cameroun, tant au sein qu'en dehors du ministère de la Santé Publique (MINSANTE). En effet, l'organigramme du MINSANTE du 03 avril 2013, n'intègre pas explicitement les programmes de santé. Les programmes de santé sont régis par des décisions spécifiques fixant leur organisation et fonctionnement. Cela entraîne des chevauchements de mandats et des inefficacités de coordination. De plus, les partenaires techniques et financiers (PTF) influencent les programmes de lutte contre la maladie par différents canaux, ce qui amplifie la complexité de la gouvernance.




Les parties prenantes interrogées critiquent la trop grande présence de dispositifs de gouvernance dans le système de santé. Le problème de gouvernance concerne à la fois les aspects programmatiques et financiers. La figure 2 montre l'influence importante des PTF sur les programmes verticaux, ce qui est basé sur leurs préférences et leurs marques. Il y a également peu de collaboration entre les responsables techniques des programmes verticaux et les différents directeurs du ministère de la santé tel que relevé par plusieurs acteurs interviewés.

⁴ Les entités impliquées dans la gouvernance comprennent outre les cabinets du ministre et du secrétaire d'Etat, le secrétariat général, toutes les directions techniques centrales, les secrétariats permanents des programmes verticaux, les structures de santé de certains ministères : défense, justice, éducation, enseignement supérieur et de la police en plus des services déconcentrés comme les délégations régionales, les districts de santé, ainsi que les hôpitaux ayant une autonomie de gestion et de gouvernance.

Entre les différents programmes verticaux, il y a peu de coordination des activités. Certains programmes ont des doublons avec les directions qui s'occupent des mêmes problèmes (PEV avec la SDV de la DSF ; programmes VIH SIDA et TB avec la SD TB et VIH de la DLMEP, ...).

Figure 1: Gouvernance programmatique



 Influence forte des PTFs sur les programmes verticaux,
  Forte relation entre les différentes structures
 Faibles relations entre les structures,

Minsante = Ministère de la sante publique, Cabinet = Cabinet du ministre de la sante publique, SG = Secrétariat général du Minsante, DSF = Direction de la santé familiale, DLMEP = direction de lutte contre la maladie, épidémie et pandémie, CIS = Cellule des informations sanitaires, PTFs = partenaire technique et financier, SDV = sous-direction de la vaccination, SDRS = sous-direction de la santé reproductive, SDVIH/TB/H = sous-direction du VIH, TB et Hépatites, UNC = Unité Nationale de Coordination du Fonds Mondial, PEV = Programme élargi de vaccination, PNLP = programme national de lutte contre le paludisme, CNLS = comité national de lutte contre le SIDA, PNLT = programme national de lutte contre la tuberculose, PLMI = programme national de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, DRSP = Délégation régionale de la sante publique, FRPS = Fonds régional pour la promotion de la sante, GTR = groupe technique régional, SD = service de sante de district, HD = hôpital de district, CMA = centre médical d'arrondissement, CSI = centre de sante intégré.

Parfois, les mandats et les rôles sont clairement définis entre les différentes structures. Par contre, le défi résulte des insuffisances dans l'interprétation et la mise en œuvre par les acteurs.

- ***Fragmentation des cycles de planification entre les programmes***

La fragmentation des cycles de planification affecte les programmes de santé. Même si une volonté réelle de collaboration existe, la majorité des programmes effectue une planification de manière cloisonnée. Des cadres de collaboration ont été créés par divers programmes, tels que le PEV, le PNLP, le PLMI, le CNLS ainsi que la Sous Direction de la Santé de la Reproduction/DSF via la PTME dans le contexte du couple mère-enfant. Cependant, la fonctionnalité de ces cadres de collaboration est à améliorer. Ainsi, l'évaluation a mis en évidence une insuffisance d'intégration des plans de travail entre les programmes de santé, qui ont chacun leur propre cycle de planification et, par conséquent, très peu d'interactions entre eux en termes de planification, de budgétisation et de mise en œuvre. Toutefois, il est à relever que les interventions des programmes de santé prioritaires devraient être regroupés au niveau opérationnel au sein d'un document unique dénommé le Plan de Développement Sanitaire de District (PDS). Cependant, les derniers PDS qui ont été élaborés entre 2017 et 2019 sont tous échus.

- ***Faible coordination intégrée aux niveaux intermédiaire et périphérique***

Il existe un manque de coordination intégrée au niveau central, régional et district dans la mise en œuvre des programmes de santé.

Au niveau régional, chaque programme est coordonné par un groupe technique spécifique, mais il n'y a pas d'intégration véritable pour éviter les duplications et les chevauchements entre les différents groupes techniques. La Délégation Régionale de la Santé publique assure une coordination minimale qui n'aboutit pas à une intégration régionale efficace des activités.

Au niveau du district, les services de santé de district coordonnent les activités des programmes, mais ces activités sont réalisées de manière séparée et/ou parallèle. Chaque programme collecte et renseigne ses propres données, sans une réelle intégration sur le terrain. Par exemple, le PEV mène ses activités indépendamment des autres programmes et a ses propres points focaux dans chaque point de prestation.

- ***Difficulté de coordination des services et soins au niveau des formations sanitaires***

L'absence d'harmonisation des activités des programmes de santé au niveau des FOSA favorise parfois des chevauchements des sessions de formations du personnel en cours d'emploi entraînant des ruptures ou des perturbations dans la fourniture des services de santé lorsque ces personnels administratifs ou soignants sont mobilisés pour ces ateliers de formation. Ceci peut également affecter la qualité des services offerts aux usagers. Il convient de relever que cette situation est aussi liée à l'insuffisance des effectifs au niveau périphérique. Par ailleurs, cette situation illustre la faible capacité des structures opérationnelles à élaborer et mettre en œuvre leur propre chronogramme d'activités. Elles sont fortement influencées par celles des niveaux hiérarchiques supérieurs.

Un informateur mentionne :

« Il existe des situations où plusieurs activités impliquant les mêmes acteurs se déroulent en même temps, obligeant le chef à faire un choix. Cette situation est devenue courante et pose une difficulté majeure. Les chefs de district sont sollicités par différents programmes avec des délais limités, ce qui entraîne un chevauchement des activités. Dans

certains cas, les chefs de district sont en campagne pendant plusieurs jours, laissant le district sans direction pendant cette période.⁵ ».

Un autre informateur ajoute :

« On a eu une campagne de vaccination de la rougeole qui impliquait des responsables des districts et en même temps il y'avait le programme palu qui les convoquaient en séminaire hors de la ville. Ces genres de cas sont très récurrents. A ce niveau les chefs de district choisissent les activités qu'ils veulent⁶ ».

Cycle budgétaire : influence des PTFs

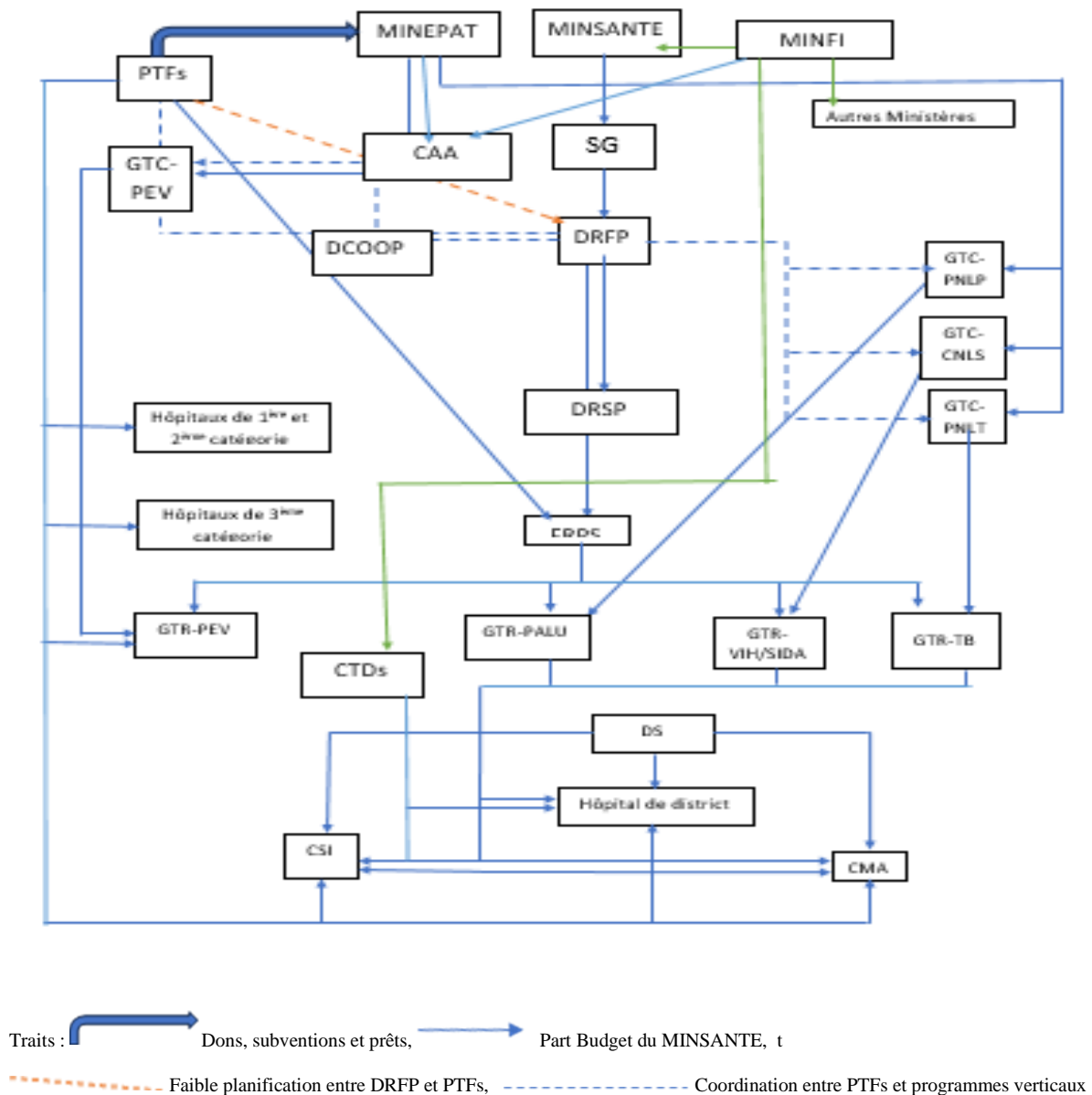
Les inefficiences constatées sont aggravées par la faiblesse de la coordination de nombreux PTFs (plus de 30 soutenant les programmes et les directions étudiés), qui financent et influencent directement les programmes de santé et les structures. Il a été relevé que les financements des PTFs sont parfois adossés à des objectifs qui ne sont pas toujours en cohérence avec les priorités nationales.

La figure ci-dessous montre que les PTFs versent une partie de leurs financements aux programmes à travers le MINEPAT et une autre partie directement aux programmes. Cette deuxième partie est davantage en nature. En effet les programmes verticaux collaborent directement avec leurs principaux partenaires pour l'élaboration de leurs budgets. Ces PTF représentent la 2^{ème} source de financement de la dépense courante de santé en 2019 d'après les Comptes de la santé 2018-2019. Toutefois, il existe un partage insuffisant de l'information financière entre les PTFs et la DRFP du MINSANTE notamment concernant les ressources mises à disposition des programmes en mode implémentation directe.

⁵ Propos recueillis auprès d'un responsable (1) du programme PEV dans la région du Centre.

⁶ Propos recueillis auprès d'un responsable (2) du programme PEV dans la région du Centre

Figure 2 : Gouvernance financière



Minsante = Ministère de la sante publique, Cabinet = Cabinet du ministre de la sante publique, MINFI = ministère des finances, MINEPAT = ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire, SG = Secrétariat général du Minsante, DRFP = direction des ressources financières et du patrimoine, DECOOP = Division de la coopération, PTFs = partenaire technique et financier, UNC = Unité Nationale de Coordination du Fonds Mondial, PEV = Programme élargi de vaccination, PNLP = programme national de lutte contre le paludisme, CNLS = comité national de lutte contre le SIDA, PNLT = programme national de lutte contre la tuberculose, PLMI = programme national de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, DRSP = Délégation régionale de la sante publique, FRPS = Fonds régional pour la promotion de la sante, GTR =groupe technique régional, CTD = collectivités territoriales décentralisées, SD = district de sante , HD = hôpital de district, CMA = centre médical d'arrondissement, CSI = centre de sante intégré.

IV.1.2 Implications

Les inefficiences de la gouvernance ont des répercussions sur la performance du système de santé, tant sur le plan de l'administration, de la planification, la coordination et la prestation des services.

Concernant l'administration : malgré l'existence de la stratégie sectorielle de santé, l'harmonisation des interventions sur le terrain reste faible. Les programmes verticaux fonctionnant indépendamment les uns des autres, créent une fragmentation croissante dans la gouvernance et la prestation des services. Les responsables régionaux des différents programmes travaillent en silos avec leurs propres modes de financement et de mise en œuvre, ce qui empêche une approche intégrée à l'échelle du système de santé.

Les structures des Groupes Techniques Centraux (GTC) des programmes sélectionnés perpétuent une planification cloisonnée, une mise en œuvre fragmentée et des compétitions pour les ressources. Parallèlement, la décentralisation a transféré certaines compétences du pilotage du système de santé aux Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), mais le mécanisme de suivi de la mise en œuvre de ces compétences n'est pas encore mis en place. Ce qui entrave le suivi et la traçabilité de l'utilisation des ressources allouées au secteur de la santé. Toutefois, il est à noter que les ressources budgétaires de l'Etat allouées aux CTD dans la cadre de ce transfert de compétences en matière de santé sont pris en compte dans le budget du MINSANTE.

Concernant la planification : il a été noté que les structures du niveau opérationnel ont une force de proposition en ce qui concerne la mise en œuvre des projets d'infrastructures, d'équipement, etc. Ces structures expriment également leurs besoins divers notamment en personnel. Les activités de planification (micro planification) sont également effectuées avec leur participation. Cependant, la participation de ces entités infranationales (telles que les districts) dans les investissements du secteur (construction, dotation en personnel, ...) reste relativement faible. Également, il a été relevé une absence de document actualisé de planification annuelle intégré au niveau des districts de santé. En conséquence, les entités infranationales ainsi que les formations sanitaires travaillent sans une véritable planification consciente.

A ce titre, un informateur souligne que :

... Les conflits d'agenda et le non-respect de la planification entraînent parfois des difficultés à consommer des médicaments. Les conflits d'agenda empêchent de réaliser certaines activités prévues et il peut également y avoir des problèmes de sur-appvisionnement car plusieurs partenaires achètent les mêmes médicaments. Les médicaments peuvent alors périmer en raison d'un manque de clarté dans les actions des différents partenaires. Certains partenaires cachent leurs acquisitions, ce qui complique la coordination et la gestion des ressources.⁷

La forte tendance à donner la priorité à des objectifs spécifiques à un programme, aux dépens des objectifs du système, comme relevé par de nombreux répondants qui ont pointé du doigt les efforts considérables autour des exercices de planifications isolés des différents programmes, qui entravent conséquemment l'efficacité croisée. Dès lors, les actions tournées vers l'intérieur des

⁷ Propos recueillis auprès d'un responsable du CNLS.

programmes renforcent la compétition en matière de ressources et d'intérêts, ce qui nuit à l'intégration.

Le manque de coordination dans les programmes de santé est principalement dû à des dispositifs programmatiques sous-optimaux. Cela entraîne des répétitions au sein du système, touchant les mêmes cibles, les mêmes communautés et impliquant les mêmes prestataires de soins. L'architecture fragmentée du système de santé ne fournit pas de cadre institutionnel approprié pour permettre une coordination efficace entre les programmes. Il en résulte un manque de coordination entre les programmes de lutte contre les maladies et entre les différents niveaux de planification et de mise en œuvre des activités.

Concernant la prestation de services : elle est affectée par des dispositions institutionnelles qui encouragent la duplication des systèmes de gouvernance, entraînant des incohérences et une inefficience dans l'utilisation des ressources. Par exemple, des équipes de supervision de santé se rendant simultanément sur le terrain pour des activités non coordonnées, gaspillent des ressources telles que les véhicules, le carburant et les indemnités journalières. L'harmonisation des opérations entre les programmes permettrait une utilisation plus optimale des ressources.

IV.1.3 Options politiques

Court terme

- Le ministère de la santé publique doit soutenir la fonctionnalité des structures dotées de mandats de coordination, comme les groupes de travail techniques. En effet le SG qui assure la coordination multisectorielle et des partenaires sectoriels devrait être doté des ressources nécessaires pour mener à bien son mandat de coordination des acteurs ;
- L'investissement délibéré dans les ressources nécessaires à la collaboration, telles que le personnel, les finances, l'infrastructure, devrait être une priorité ;
- Un cadre pour une supervision conjointe des programmes et des services devrait être créé par le gouvernement et les PTFs pour une gestion efficace des ressources ;
- Il convient d'harmoniser les outils de gestion des données ;
- La DRFP devrait disposer des ressources nécessaires pour remplir efficacement son mandat de coordination du financement du secteur de la santé.

Moyen et long terme

- Le ministère de la santé publique et ses partenaires devraient investir dans des mesures d'incitation à l'alignement autour d'un Plan, un Budget, un Rapport (tel qu'encouragé et soutenu par certains partenaires tels que le Global Financing Facility et l'OMS).
- Il est important de mettre en place un système intégré et aligné à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation conjointes, telles que des systèmes d'établissement de rapports communs et des accords de financement commun. Aligner le processus de planification et de coordination depuis le sommet (au niveau central du ministère de la santé) jusqu'aux niveaux intermédiaire et périphérique (régions et districts).
- Une restructuration/révision de l'organigramme du ministère de la santé et ceux des différents programmes verticaux est à envisager afin d'intégrer pleinement les programmes dans les structures/départements du ministère de la santé. L'expérience d'autres pays pourrait servir de modèle pour cette intégration.

IV.2. FINANCEMENT

Les inefficacités inter-programmatiques liées au financement

1. Les sources de financement fragmentées et hors budget entravent l'intégration des services et l'alignement des objectifs politiques. Cela entraîne des accords d'achat basés sur les intrants ou les extrants, créant des incitations contradictoires et des prestations de services décousues. De plus, cela entraîne des cadres et exigences de responsabilité multiples et parallèles.
2. Il existe un décalage entre l'allocation des ressources au niveau central et les besoins au niveau infranational. En outre, le financement des programmes et du gouvernement sont caractérisés par une marge de décision limitée pour réaffecter les ressources afin de répondre aux besoins locaux.
3. La mise en commun des ressources entre les programmes de santé et le système de santé reste très limitée. Il est donc difficile de réaffecter les fonds en fonction des besoins et de répartir les risques liés à l'accès et à l'utilisation des services entre les programmes, entre les programmes et le système, et même entre les différentes directions du système.
4. L'absence d'une allocation du budget de fonctionnement basée sur des critères et clés de répartition clairs et explicites à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est en grande partie source des inefficacités allocatives.

Le Cameroun dispose d'une stratégie nationale de financement de la santé en cours d'endossement par le Gouvernement.

Les dépenses courantes de santé par habitant (\$63) restent très inférieures à la norme internationale (\$86,3), et représentaient environ 4% du Produit Intérieur Brut⁸, inférieures au minimum de 5% recommandé au niveau international. Le financement de la santé au Cameroun est principalement supporté par les ménages (72% de la Dépense Courante de Santé DCS), les PTFs (14,3% de la DCS) et par l'Etat (11,1% de la DCS), et les entreprises (3,6% de la DCS)⁹.

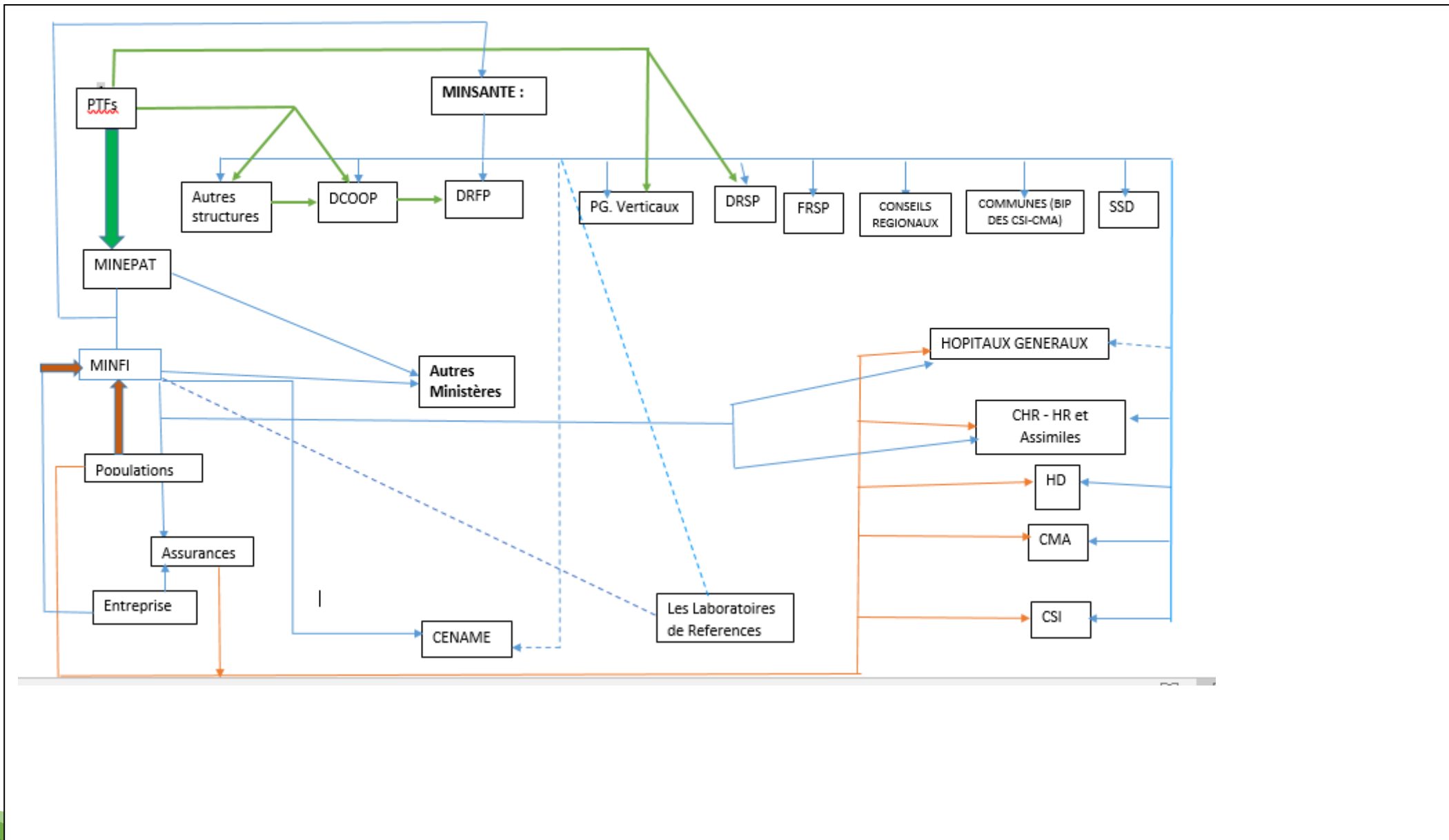
Le Cameroun présente la 3^{ème} plus importante contribution des ménages par paiements directs des soins de santé en Afrique Sub-saharienne. Ceci expose les ménages camerounais à des dépenses catastrophiques et des risques de pauvreté iatrogène car les paiements directs des soins constituent la forme la plus régressive et la plus inéquitable du financement de la santé. Le financement du gouvernement se fait principalement à travers le budget du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) qui a connu une augmentation de 123,7 à 208,2 Milliards de 2010 à 2022 (Lois des finances 2010 - 2022), soit une hausse de 5,2%. Au cours des 12 dernières années, le budget de l'Etat a augmenté de 8,2% pour un taux de croissance moyen du PIB de 3,5%, alors que le budget du MINSANTE augmente entre 3% et 5% pour une moyenne de 4,8% (soit 185,5 milliards XAF) du budget total de l'Etat, ce qui est inférieur 15% recommandé par la Déclaration

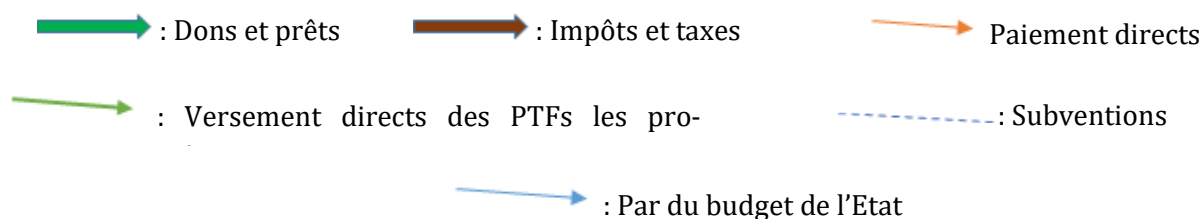
⁸ Comptes nationaux de la santé (CNS) 2018 et 2019. Décembre 2022

⁹ Comptes nationaux de la santé (CNS) 2018 et 2019. Décembre 2022

d'Abuja. Les politiques de santé publique basées sur la gratuité ou les intrants et prestations subventionnées reposent essentiellement sur les FINEX. Les FINEX représentaient 65 milliards de FCA en 2016 soit 31,4% du budget du MINSANTE.

Figure 3 : Circuit de financement





La figure ci-dessus montre que les taxes et autres formes de prélèvement sont collectées auprès des populations et des entreprises par le MINFI. Ces fonds sont redistribués dans les différents départements ministériels en fonction de leurs budgets. Le MINFI finance aussi directement les hôpitaux de premières et deuxièmes catégories ou encore les structures telles que le CENAME, les laboratoires de références. Les FOSA et les laboratoires et hôpitaux de références reçoivent aussi des paiements directs venant des populations et des entreprises. Les dons et les prêts reçus des PTFs sont versés en partie dans les comptes spéciaux des programmes ouverts par la CAA dans les banques commerciales et l'autre partie en nature aux différents programmes verticaux. Ces multiples sources de financement échappent à la DRFP qui est l'organe coordonnateur du financement en rapport avec le système de santé. L'inefficience viendrait du fait que ces multiples flux financiers financent parfois les mêmes priorités et parfois des actions non prioritaires pour le système.

IV.2.1. Financements des programmes sélectionnés

Le programme PNLP

Le budget prévisionnel du PNLP pour l'année 2019 s'élevait à 36,474 Milliards de FCFA. Ce budget était en hausse de 14% par rapport à celui de l'année 2018. Le principal bailleur de Fonds pour la mise en œuvre du PTA était le Fonds Mondial (54% de l'enveloppe), suivi de PMI (34%) et enfin la part du budget de l'Etat (12%). En 2020, cette enveloppe était de 29,743 Milliards de FCFA repartis de la manière suivante : le Fonds Mondial (45% de l'enveloppe), suivi de PMI (44%) et enfin du Budget de l'Etat (11%). En 2021 il était de 32,24 Milliards de F CFA réparti comme suit : le Fonds Mondial (57%), le PMI (41%) et enfin du Budget de l'Etat (7%).

La chute en 2020 est due au fait que cette année représente la fin du cycle (2018-2020) de subvention (très peu d'acquisition et d'activités majeures). L'Etat et le principal bailleur ont mobilisé plus de fonds pour l'atteinte de leur objectif. En 2021, cette enveloppe a connu une relance car elle représente la première année de la subvention suivante (2021-2023).

Tableau 2 : Répartition du budget des différents PTA en Milliards de F CFA

Source de financement	2019	2020	2021
Etat (BF+CFP)	4,562	3,222	2,37
Fonds Mondial	19,646	13,471	16,76
PMI	12,266	13,050	13,12
Total budget	36,474	29,743	32,24

Source : PTA PNLP2019, 2020 2021

Le programme PEV

Le plan du PEV est développé autour de 9 objectifs relevant des 4 composantes opérationnelles et des 3 composantes d'appui du programme. Le budget nécessaire à la mise en œuvre de ces activités a été estimé à dix milliard sept cent quatre-vingt-un millions trois cent trente-un mille neuf cent trente-cinq (10 781 331 935) FCFA.

Pour l'année 2020, le budget nécessaire à la mise en œuvre des activités a été estimé à dix milliard neuf cent quarante-neuf millions neuf cent dix-huit mille sept cent quatre-vingt-quatorze (10 949 918 794) FCFA. Pour 2021, ce budget estimé est à douze milliards cinq cent trente-quatre millions six cent soixante mille cent-vingt (12 534 660 120) FCFA

On constate à travers le tableau ci-dessous une augmentation considérable entre 2020 et 2021 (12,64%). Ceci est directement imputable à la Covid19.

Tableau 3 : Budget des différents PTA par composante

N°	Composantes	2019	2020	2021
1	Prestation de services de vaccination	2 703 836 360	2 914 872 580	1 431 814 133
2	Logistique, chaîne du froid et qualité des vaccins	2 882 445 444	5 914 451 444	9 275 026 563
3	Communication pour le développement	121 425 850	736 990 270	91 874 580
4	Surveillance et notification	453 997 900	943 655 500	510 702 228
5	Gestion du programme	421 213 550	317 197 000	549 355 906
6	Gestion des ressources humaines	20 800 000	15 817 000	350 727 550
7	Calcul des coûts et financement	4 177 612 831	106 935 000	325 159 160
	Total général	10 781 331 935	10 949 918 794	12 534 660 120

Source : PTA PEV 2019, 2020 2021

Le programme PNLT

Au plan budgétaire, les financements effectivement décaissés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme au cours de l'année 2019 pour la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose au niveau du PNLT sont de 1 910 608 702 FCFA (2 912 704 Euro). Ce décaissement représente 89,30 % du budget de l'année 2019 du NFM2. Sur un montant de 400 000 000 FCFA inscrit au budget de 2019 des fonds de contrepartie de l'Etat, le Trésor Public n'a effectué aucun décaissement sur la période de rapportage, pour ce qui concerne le budget 2019¹⁰.

¹⁰Rapport annuel d'activités de lutte contre la tuberculose, comptant pour l'année 2019

En 2020, le budget total s'élève à 6 549 832 318 FCFA dont la contrepartie de l'Etat représente 400 000 000 FCFA et le reste venant des PTFs à savoir le Fonds Mondial et CDC PEPFAR

Tableau 4 : Réalisation financière des activités par Modules en 2020

Libellé des Ecritures	Budget	Réalisation	% de consommation	Ecart
COVID19	48 473 000	23 457 550	48%	25 015 450
Prise en charge et prévention de la tuberculose	4 046 330 364	3 659 234 942	90%	387 095 422
Tuberculose multi-résistante	610 168 100	592 442 544	97%	17 725 556
Gestion de programme	1 304 729 566	1 273 304 671	98%	31 424 895
Systèmes de santé résilients et pérennes : système de gestion	506 195 864	434 852 798	86%	71 343 066
Systèmes de santé résilients et pérennes	33 792 799	7 707 494	23%	26 085 305
Système de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation.	142 625	3 736 000	2619%	-3 593 375
Gestion des subventions	0	1 705 671	0	-1 705 671
Total général	6 549 832 318	5 996 441 670	92%	553 390 648

Source : PTA du PNLT de 2020

Le programme a bénéficié d'un financement additionnel de PEPFAR pour un montant de 533 717 dollars, soit 293 544 350 FCFA. Les dépenses totales pour le compte de l'année 2020 s'élèvent à 517 670 dollars soit 284 718 500 FCFA ce qui a généré un solde de 16 047 dollars soit environ 8 825 850 FCFA. La principale difficulté dans la mise en œuvre des activités reste au niveau de l'indisponibilité des signataires du compte abritant les fonds.

En 2021, le budget s'élève à 5 577 188 123 FCFA répartie de la manière suivante : le Fonds Mondial (3 862 691 349 FCFA), l'Etat (1 136 996 774 FCFA) et PEPFAR (577 500 000 FCFA).

S'agissant du Budget du Plan de Travail Annuel (PTA) 2022 du PNLT, il s'élevait à 5 522 608 740 francs CFA et était financé par l'Etat du Cameroun (2 085 310 754 FCFA) et les Partenaires Fonds Mondial (3 437 297 986 FCFA).

Le CNLS

Au cours de l'année 2020, le pays a été impacté par la pandémie à covid 2019, un plan de riposte d'urgence a été développé afin de renforcer le système de santé en général pour donner une réponse forte à cette pandémie. C'est dans ce cadre que la CNLS a bénéficié de la part du Fonds Mondial une subvention additionnelle pour la riposte à la covid d'un montant de 9 831 795 832 FCFA soit 4 256 753 157 FCFA pour l'année 2020 et 5 575 042 675 FCFA pour l'année 2021. Pour œuvrer à l'atteinte des différents résultats d'impact présentés par le plan opérationnel, le pays a bénéficié pour le compte de l'exercice 2021 et 2022 de la contribution d'une multitude de partenaires en plus des ressources gouvernementales. Toutefois il est important de signaler que les fonds mentionnés dans ce rapport ne sauraient être exhaustifs¹¹. En effet il y'a des partenaires au

¹¹ Rapport annuel d'activité CNLS 2020 ; 2021 ; 2022

développement qui interviennent dans la lutte contre le VIH, mais dont les financements ne sont pas suivis par la coordination nationale du programme.

Tableau 5 : Estimation du financement de l'année 2020, 2021, 2022

N°	Source de financement	Montant Budgétisé en FCFA		
		2020	2021	2022
1	Etat_FCP	4 000 000 000	3 600 000 000	4 600 000 000
2	Fonds Mondial_CNLS	24 289 946 601	28 313 342 245	24 358 234 426
3	Fonds Mondial_CAMNAFAW	8 423 265 596	7 095 941 473	6 411 857 785
4	Fonds Mondial_Care			2 878 866 076
5	PEPFAR_PMLS	711 952 892	22 152 912 660	47 058 739 083
6	BID (UNICEF)			2 806 098 066
7	ONUSIDA	29 114 700		303 377 692
8	OMS			236 045 060
9	PAM			396 476 000
10	ONUFEMME			48 579 194
11	UNFPA			38 614 750
	Total général	37 454 279 789	61 162 196 378	89 136 888 132

Source : Rapports annuels d'activités CNLS, 2020, 2021, 2022

Le financement de l'Etat mentionné ici ne prend pas en compte les salaires du personnel, les constructions et réfections de bâtiments, l'achat des équipements, l'eau et l'électricité.

IV.2.2. Inefficiences constatées

Mobilisation des ressources

L'objectif principal de la mobilisation de ressources est de rechercher des financements suffisants et pérennes. La multiplicité des procédures et des instances de coordination, la fragmentation du financement de la santé et la faible mise en commun des FINEX entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. En conséquence, ils contribuent peu au renforcement du système de santé et à la satisfaction des besoins cruciaux de la population (équité horizontale). A titre d'exemple, en 2016, 63% des FINEX couvraient la lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme 51%, VIH/SIDA 12% et Tuberculose 0,3%), 27% étaient alloués à la santé de la mère et de l'enfant, et seulement 5% étaient affectés au renforcement du système¹².

¹² Plan pluriannuel complet révisé du PEV 2022-2023

Les sources de financement des quatre programmes sont multiples : des allocations budgétaires publiques/gouvernementales, des fonds de donateurs externes, les ménages. Le financement des donateurs externes est à la fois sur et hors budget, destiné à la mise en œuvre des programmes, au soutien du ministère de la santé et parfois au soutien technique.

La plupart des fonds des partenaires externes sont gérés par des agences bilatérales et multilatérales, et ne font pas partie du budget officiel. Ces fonds sont acheminés par le biais d'ONG et de partenaires de mise en œuvre qui travaillent en collaboration avec le ministère de la santé et d'autres entités gouvernementales et non gouvernementales. Cependant, il y a des insuffisances dans le partage des données liées à ces financements hors budget entre les PTFs et le MINSANTE. Au niveau des districts, certains sous-bureaux des partenaires externes créent des coordinations parallèles, ce qui crée des doublons avec les districts sanitaires. De plus, la plupart de ces partenaires externes ne respectent pas les plans et les budgets nationaux, et procèdent à leur propre planification et budgétisation.

L'un des défis du soutien hors budget est l'absence de prévisibilité du financement des donateurs, ce qui peut perturber la continuité de la prestation de services. Cette problématique a été observée dans les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH-SIDA. De plus, le financement spécifique au programme est géré différemment. Les achats de biens et services sont également effectués de manière indépendante. Les inquiétudes concernent le faible financement gouvernemental qui limite la fourniture de services et favorise les paiements informels. En revanche, les biens et services sous financement des programmes de santé ne rencontrent pas les mêmes défis.

Mise en commun

La mise en commun des fonds est un levier central du financement de la CSU pour assurer l'équité, l'accès et l'utilisation des soins et services de santé de qualité. Elle renvoie aux dispositifs par lesquels les fonds prépayés sont accumulés pour le compte d'une partie ou de toute la population.

Au Cameroun, le système de financement de la santé est marqué par une forte fragmentation des mécanismes existants, avec un taux de mutualisation très faible estimé à 2%, ainsi que plusieurs dispositifs de gratuité et subventions dédiés à des cibles ou des maladies spécifiques mais avec une couverture populationnelle très limitée. La multiplicité des instances de coordination et des procédures et la faible mise en commun des différents mécanismes de financement entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. La fragmentation génère également d'autres problèmes comme : 1) le non-alignement de certains mécanismes de financement au cycle budgétaire ; 2) l'alignement du financement extérieur plutôt sur les priorités des PTFS au détriment des objectifs nationaux ; en effet les PTFS choisissent où doit aller leurs financements. 3) la multiplicité des procédures liées à la diversité des PTFS ; et 4) l'obstacle à la planification financière et à la mise en commun des différents mécanismes de financement de la santé.

Par ailleurs, le processus de mise en commun se trouve également fragmenté et faiblement articulé entre le financement de l'offre et le financement de la demande des services et soins de santé. La fragmentation dans la mise en commun se caractérise par des différences quant aux risques sanitaires des populations cibles couvertes à travers les différents fonds mutualisés. Ainsi, les fonds mutualisés où les risques sanitaires sont plus élevés ont besoin de plus de ressources financières pour pouvoir fournir à leurs membres les services et soins de santé dont ils ont besoin.

La défragmentation du financement de la santé libérerait de 13,5 à 27 dollars supplémentaires par habitant chaque année^{13,14}. La mise en commun unifiée de toutes les ressources financières provenant des différents mécanismes de financement de la santé permettrait d'une part de réduire la dispersion trop importante des ressources, et de mutualiser entre tous les bénéficiaires les risques financiers associés à l'utilisation et au paiement des services de santé d'autre part.

Les programmes évalués ne disposaient pas de systèmes spécifiques pour mettre en commun les ressources. Un des défis du financement de l'État est que les ressources sont prélevées sur le budget général avec des priorités concurrentes et que les allocations sont sujettes à des manœuvres politiques avec une marge de manœuvre limitée pour l'affectation des fonds. Un répondant dit :

« La mobilisation de l'État pour soutenir des projets et financer des initiatives est parfois entravée par diverses contraintes, plutôt que par un manque de volonté. Au Cameroun, l'État fait face à plusieurs priorités, ce qui lui empêche de tenir tous ses engagements. Cela affecte notamment les projets de construction de routes et les financements dans les secteurs de l'éducation et de la santé. En conséquence, il est difficile de mobiliser les ressources nécessaires pour l'achat de médicaments en une seule fois, ce qui peut compromettre leur efficacité. »

Par exemple la contribution de GAVI et la contrepartie de l'Etat sont mises en commun dans un fond pour l'achat des vaccins mais la contrepartie de l'Etat vient toujours tardivement.

Achats des prestations

L'efficacité dans l'allocation des ressources et leur utilisation déterminent la manière dont le pays effectue les dépenses de santé. Celles-ci permettent d'apprécier les mécanismes d'achat par lesquels les ressources sont transférées aux prestataires pour les services de santé qu'ils fournissent.

L'achat de services prend en compte : l'allocation des ressources, les mécanismes de paiement et la gestion des motivations financières à la fois des prestataires de services et des utilisateurs.

Plusieurs mécanismes d'achat des prestations de services existent dans le secteur santé au Cameroun. Les principaux incluent :

Les crédits budgétaires : ils constituent le principal mécanisme d'achat des services de santé. En effet, la quasi-totalité du budget de l'état est utilisé pour l'achat des services, des équipements, constructions, réfections, salaires, eau et électricité par le biais des crédits aux FOSA et aux services de santé. Malheureusement, cette approche ne repose pas nécessairement sur les besoins réels des populations. Elle repose le plus souvent sur une base historique et se focalise sur les intrants.

Le paiement à l'acte : quelques projets tels que le FBP (Financement Basé sur la Performance) et le chèque santé utilisent cette approche pour l'achat des services. C'est également le principal mécanisme pour l'achat des services utilisé par les ménages à travers les paiements directs.

¹³ Njoumemei Z., Fadimatou A et Mapa C (2022) : Dépenses de santé et fragmentation du financement : un défi majeur pour la progression vers la couverture santé universelle. Présentation Orale, Conférence Nationale Médicale, 13-16 Décembre 2022, Palais des Congrès, Yaoundé, Cameroun.

¹⁴ Allison Kelley (2015) : Financement de la couverture sante universelle en Afrique : le défi de la fragmentation. Short course Institut de médecine Tropicale d'Anvers.

Les paiements par cas : certaines formations sanitaires expérimentent cette approche, mais elle reste très limitée. Les programmes étudiés pour la plupart utilisent cette approche pour certaines des composantes de leurs activités.

Les analyses montrent que les mécanismes de paiements dans le système de santé sont mal alignés, entraînant des inefficiences. Par exemple, le personnel reçoit un salaire mensuel indépendant de sa performance, mais aussi des paiements à l'acte, des incitatifs et des bonus issus de différents programmes.

Bonnes pratiques : L'exercice 2020 marquait l'opérationnalisation du compte unique (Basket Fund) dédié aux fonds de contrepartie des projets à financement conjoint entre le Cameroun et ses différents Partenaires Techniques et Financiers. Il s'agissait en fait de résoudre le problème de disponibilité des fonds de contrepartie à temps tel que stipulé dans les accords-cadres avec les bailleurs de fonds. L'utilisation de ce compte unique permet ainsi de centraliser tous les fonds de contrepartie, afin de garantir un meilleur financement des projets de développement et d'assurer une disponibilité permanente des fonds de contrepartie.

IV.2.3. Implications

La fragmentation des objectifs politiques qui découle de la multiplicité des sources de financement mal coordonnées. Chaque source de financement a ses propres objectifs, ce qui entraîne des inefficacités et des contraintes dans la prestation de services. Les différents bailleurs décident des services à fournir en fonction de leur financement, ce qui nuit à l'efficacité et à la qualité des services. Par exemple, le financement extérieur des programmes de santé comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme a tendance à le financement public, ce qui entraîne une discontinuité des programmes. En cas de retrait du soutien des donateurs, l'Etat devrait procéder à une réallocation et augmentation des ressources. De plus, de façon globale, le financement externe est de plus en plus fait hors budget et est peu prévisible. Par exemple, les appuis budgétaires ont représenté 61% et 52% des dépenses courantes des bailleurs en 2018 et 2019 respectivement. On peut alors constater une baisse sensible du financement par les appuis budgétaires au profit des transferts directs aux structures opérationnelles. Cette situation qui ne reflète pas les engagements de la Déclaration de Paris ne favorise pas la mise en commun des fonds qui doit améliorer l'efficacité de la dépense et éviter notamment les doubles emplois (Source : CNS 2018-2019). Toutefois, le financement des programmes de lutte contre les maladies (VIH, Paludisme et tuberculose) est prévisible, étant donné qu'il se déroule sur un cycle de trois ans. Il existe cependant de réelles inquiétudes quant à la durabilité, étant donné que les ressources continuent à diminuer et que les contributions nationales à ces programmes ne sont pas optimales.

Sous financement du système et hyper financement des programmes : Le financement étatique pour le secteur de la santé est resté inadéquat, ce qui constitue une contrainte au niveau sectoriel et local. Au cours de la dernière décennie, moins de 20 % des ressources du budget des administrations publiques pour la santé ont été transférés du niveau central vers le niveau périphérique qui pourtant concentre 80% des besoins de santé des populations. En l'absence des fonds non programmatiques conséquents, les FOSA se retrouvent avec des fonds des programmes provenant essentiellement des bailleurs, ce qui érode leur capacité à réaffecter en fonction des besoins. Plus précisément, cela conduit à des incitations à privilégier les interventions programmatiques par les prestataires de soins. Pour des programmes tels que le VIH/SIDA, qui sont bien financés, les prestataires étaient plus enclins à se concentrer sur ces programmes parce qu'ils

avaient l'assurance d'un retour sur investissement. Ainsi, la verticalisation du financement semble associée à l'éviction d'autres services essentiels, car les prestataires ont tendance à se concentrer sur les domaines de programme qui bénéficient de bonnes facilités de financement. Ces actions compromettent la fourniture de services holistiques et, si elles ne sont pas correctement gérées, les conséquences peuvent affecter négativement la réalisation des objectifs des systèmes de santé en matière d'équité, d'efficacité et de qualité des soins.

Ressources très peu flexibles et allocations non alignées sur les priorités : Le financement des programmes de santé par les PTFs et le gouvernement est très rigide, ce qui limite la capacité de réaffecter les ressources pour répondre aux besoins locaux. De plus, il y a un décalage entre l'allocation des ressources au niveau central et les besoins au niveau des points de prestation. Les allocations sont principalement basées sur des tendances historiques plutôt que sur les besoins projetés, et il y a une dépendance excessive vis-à-vis des donateurs, ce qui limite la flexibilité du système de santé pour réaffecter les fonds selon les besoins. Le manque de financement et la limitation de l'espace décisionnaire restreignent les décisions stratégiques d'achat au niveau des établissements de santé, ce qui entraîne une baisse de la qualité des services, comme le rapportent de nombreux acteurs clés.

Les différents mécanismes de paiement utilisés par les prestataires de services de santé ne sont souvent pas alignés entre eux ni avec les objectifs du système de santé. Cette situation entraîne des incitations contradictoires pour les prestataires et conduit à une fragmentation des offres de services. Par conséquent, l'utilisation de l'achat de services comme instrument pour influencer le comportement des prestataires est affaibli, réduisant ainsi les gains potentiels. Les prestataires privilégient davantage les interventions programmatiques en raison des mécanismes de paiement et des incitations qui y sont associées, au détriment des activités du système de santé. De plus, le système de paiement basé sur les intrants pour le gouvernement ne favorise pas l'amélioration des performances, de la qualité et de l'efficacité des soins.

IV.2.4. Options politiques

A court terme

- Accélérer la sensibilisation pour la mise en œuvre de la couverture santé universelle (CSU) afin d'atténuer les risques liés à l'accès aux services et soins de santé de qualité, y compris la promulgation de la loi sur la CSU.
- Elaborer une cartographie exhaustive des donateurs avec les zones d'intervention et les ressources dépensées chaque année,
- organiser la coordination des parties prenantes et rationaliser les partenaires aux niveaux nationaux et infranational (régional et district). Cela est essentiel pour éliminer les doubles emplois et améliorer l'efficacité du systèmes de santé.
- Renforcer la gestion de la performance afin que les fonds déboursés soient utilisés de manière efficace et efficiente. Il est nécessaire de renforcer la redevabilité en matière de responsabilité, financière au ministère des finances et de la performance au ministère de la santé.

- L'aide extrabudgétaire est sujet à la forte fragmentation. Les plateformes de coordination existantes et les partenaires du développement du secteur de la santé doivent promouvoir un dialogue continu entre le ministère de la santé et les autres parties prenantes du secteur, et identifier les domaines d'harmonisation et d'alignement.

A moyen et long terme

- Etablir des mécanismes de coordination des ressources pour les différents fonds afin d'améliorer la planification conjointe, la mise en œuvre et l'alignement des fonds sur les priorités nationales en matière de santé, tout en réduisant la duplication des ressources et des efforts.
- Le gouvernement devrait également prendre l'initiative de décider de l'ensemble des services que chaque partenaire de développement devrait fournir afin de garantir l'alignement des priorités du gouvernement et de celles des partenaires de développement.
- Recourir aux procédures de passation des marchés efficaces et efficientes pour obtenir les meilleur prix et qualité des intrants sur le marché international.
- Dans l'optique de progresser vers la couverture santé universelle, plusieurs options de réformes pour une défragmentation des mécanismes de financement de la santé ont été expérimentées ces dernières années dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires. Les options suivantes s'offrent au Cameroun : (i) les subventionnements croisés des différents mécanismes de financement de la santé ciblant quelques groupes à la fois des populations et des problèmes de santé, (ii) L'harmonisation entre les différents mécanismes de financement de la santé, par exemple en termes du panier des prestations couvertes, de méthodes de paiement et de tarifs, et des populations cibles, (iii) La fusion de différents mécanismes de financement de la santé afin d'augmenter le nombre de personnes couvertes par un même mécanisme unifié ainsi que la diversité de leurs besoins et de leurs risques sanitaires ; Toutes ces initiatives ont été regroupées dans un mécanisme lancé par le Gouvernement depuis le 12 avril 2023 dénommé CSU(Couverture santé Universelle) avec enrôlement des populations.
- Mettre en place une plateforme de coordination du financement des PTFs accessible à toutes les parties prenantes afin d'éviter les doublons de financement.

IV.3. GENERATION DE RESSOURCES HUMAINES ET PHYSIQUES/INTRANTS

Le bon fonctionnement du système de santé nécessite des ressources humaines, des ressources physiques adéquates telles que les infrastructures, les médicaments et consommables, un système d'information qui vient aider à la prise des décisions. Les données analysées montrent que les défis concernant les ressources sont à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Les inefficacités inter-programmatiques liées aux ressources humaines et matérielles/intrants

1. Dans certains programmes analysés (PEV PNLT, PNLP CNLS), le recrutement, la contractualisation et la formation des agents de santé du programme étaient fragmentés

et séparés du système gouvernemental global. Cela conduit à des incitations différentes ainsi qu'à des agents de santé et les FOSA qui ne peuvent pas fournir des services en dehors de leur compétence et plateau technique.

2. Les programmes de santé (CNLS, PEV, PNLP) disposent de systèmes d'achat et de chaîne d'approvisionnement différents qui ne sont pas nécessairement coordonnés avec le système national. Cela entraîne une insuffisance du contrôle de qualité des intrants, des coûts d'approvisionnement accrus, des retards, des sur- et sous-approvisionnements, des gaspillages et des médicaments périmés dans l'ensemble du système de santé.
3. Dans le cadre du renforcement du système de santé, plusieurs équipements médicaux, des outils diagnostics et des technologies de la santé ont été acquis par le ministère de santé avec l'appui des PTFs. Cependant, une faible rationalisation et des investissements insuffisants dans la maintenance, la formation et le renforcement des capacités pour l'utilisation des équipements ont été identifiés.

IV.3.1. Ressources humaines

Selon le MINSANTE, le déficit total en ressources humaines au Cameroun est évalué à plus de 55 000 personnels de santé en 2021 (2000 médecins spécialistes, 500 médecins généralistes, 30 000 infirmiers). D'après le dernier recensement du personnel, le ministère de la Santé dispose de 39 720 personnels enregistrés au 21 septembre 2021 (20 116 temporaires, 11 346 fonctionnaires, 4846 contractuels et 3412 décisionnaires)¹⁵.

Pour le programme « Gouvernance et appui institutionnel au secteur de la santé », le MINSANTE sollicite 61 milliards de FCFA pour, entre autres, renforcer de la disponibilité des ressources humaines de qualité dans les formations sanitaires ; l'élaboration d'un nouveau plan de développement des ressources humaines, ainsi que le plaidoyer et le dialogue social en faveur de l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé. Selon le ministre de la santé, le recrutement spécial est primordial afin de répondre aux paquets minimums d'activités en vue de leur accréditation pour la CSU¹⁶.

Inefficiences constatées

Les principales causes des inefficiences de ressources humaines dans le système de santé incluent, le déploiement inadéquat du personnel de santé, le renforcement sélectif des capacités par certains programmes, l'insuffisance qualitatif et quantitatif des professionnels de santé et des moyens financiers. Au sujet de la disponibilité des ressources humaines, un responsable enquêté affirme :

¹⁵<https://lurgentiste.com/le-minsante-acuse-un-deficit-de-plus-de-55-000-personnels-de-sante/>

¹⁶<https://lurgentiste.com/le-minsante-acuse-un-deficit-de-plus-de-55-000-personnels-de-sante/>

« Les ressources humaines en santé sont insuffisamment formées et déployées, ce qui empêche la mise en œuvre de stratégies sanitaires efficaces et l'amélioration des indicateurs de santé. Il est essentiel d'établir des programmes de formation et de déploiement du personnel de santé dans toutes les régions, en particulier les établissements défavorisés ».

Dans certains programmes notamment le PNLTL et le CNLS, les recrutements, la sous-traitance et la formation du personnel de santé sont séparés du système gouvernemental global, ce qui limite la qualité et la quantité des services fournis. La division stricte des tâches du personnel de santé conduit à un système fragmenté de soins primaires, entraînant une inefficacité et une faible qualité des soins. L'utilisation de personnel occasionnel non rémunéré ou rémunéré de manière irrégulière dans certaines régions nuit également à la qualité des prestations de soins. En résumé, la fragmentation du personnel de santé et des services de santé entraîne une qualité de soins insuffisante et inefficace.

Il y a en plus, une formation sélective et renforcement des capacités dans certains programmes a été relevé. La triangulation des données issues des entretiens dans les différents programmes verticaux indique que le personnel travaillant pour le programme PNLTL bénéficie davantage d'opportunités de formation et de renforcement des capacités par rapport aux personnels des autres programmes. Le programme se concentre sur la formation de son personnel plutôt que sur la formation du personnel engagé dans la prestation générale des services. Le programme de lutte contre la tuberculose au niveau de la région du centre et des districts organisait autrefois des formations sur les méthodes modernes de diagnostic et de traitement, ainsi que sur la recherche des patients perdus de vue. Seuls certains personnels du VIH ont pu participer à ces formations. Ces formations prennent souvent la forme d'ateliers, de séminaires, de supervisions et de mentorats.

La multiplicité des formations ou des ateliers et leurs différents lieux entraînent parfois des perturbations dans la prestation des services. De plus, la plupart des professionnels de santé sont concentrés dans les zones urbaines. Ces derniers souhaitent y rester pour saisir d'autres opportunités qui peuvent se présenter à eux.

Le MINSANTE dispose d'une expertise en numérisation de l'information sanitaire et en déploiement des infrastructures des TIC pour obtenir une vision complète de la situation sanitaire au Cameroun. Cependant, il n'y a pas de gestion prévisionnelle des compétences ni de plan de renforcement des capacités en santé numérique. Un manque de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant entrave la mise en œuvre de la santé numérique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Il existe des différences de rémunération entre les professionnels de la santé, tant au niveau des salaires que d'autres formes de rémunération. Les agents de la même catégorie sont rémunérés différemment en fonction de leur statut d'emploi, qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou recrutés par le biais de programmes de bailleurs de fonds. Les personnels des programmes sont généralement mieux rémunérés que ceux du système de santé. De plus, des variations dans les primes et les allocations sont observées entre les programmes et le système de santé. Ces disparités salariales peuvent affecter la mobilité et la motivation des professionnels de la santé au Cameroun.

Bonnes pratiques

Pour tenter de résoudre la crise des RHS, plusieurs actions ont été prises par le gouvernement camerounais. Les autorités ont pris des engagements politiques qui se sont traduits par l'adoption des documents fondamentaux tels que le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) ainsi que la stratégie sectorielle de santé dans lesquels le développement des ressources humaines de santé occupe une place de choix. La très forte implication des partenaires et la mise en œuvre d'une politique nationale de déconcentration et de décentralisation susceptible de favoriser une gestion appropriée des ressources humaines viennent renforcer cette volonté politique de considérer ces ressources non seulement comme un capital ordinaire, mais plutôt comme la plus importante de ressource pour un système de santé performant.

Implications

Inadéquation entre l'offre et la demande des soins : Un accès limité aux services de santé et un développement insuffisant du système sanitaire entraînent des difficultés pour résoudre les problèmes de santé, répondre aux urgences et atteindre une couverture sanitaire universelle. Certains professionnels de la santé souffrent d'une charge de travail élevée et d'un épuisement professionnel. A ce titre, un répondant note :

« Les professionnels de la santé (médecins, les infirmières et d'autres personnels de la santé) sont fréquemment confrontés à des environnements de travail stressants et exigeants dus à un grand nombre de patients, à des horaires irréguliers, de longues heures de travail et responsabilités élevées. Ceci entraîne une charge de travail excessive, où ces professionnels de la santé se retrouvent débordés de travail et dépassés par leurs responsabilités, par conséquent une détérioration de la qualité des soins ».

Toutefois cela n'est généralisé dans toute l'étendue du territoire national, rajoutant une couche d'iniquité avec des zones privilégiées et d'autres totalement défavorisées.

Une augmentation des coûts des soins : La pénurie de professionnels de santé entraîne une persistance des coûts liés aux soins, induisant des coûts supplémentaires pour les populations. Cela peut également compromettre la capacité du pays à répondre aux crises de santé publique, comme les épidémies ou les catastrophes naturelles. Une main-d'œuvre insuffisante peut avoir du mal à fournir des soins appropriés et en temps opportun, aggravant l'impact de l'urgence.

La préférence des professionnels pour les programmes financés par les PTFs : Les partenaires chargés de la mise en œuvre soutiennent généralement des formations et des incitations pour ces seuls programmes, améliorant ainsi la qualité des services fournis pour ces derniers au détriment de l'ensemble du système de santé. Cela entraîne une préférence des travailleurs de la santé pour ces programmes spécifiques. Cette approche limite l'efficacité et la qualité des services de santé pour les travailleurs de la santé en contact avec plusieurs programmes.

Le défi de l'intégration et de la durabilité des ressources humaines dans certains établissements de santé : Certains partenaires soutiennent les établissements de santé en fournissant du personnel, principalement pour lutter contre le VIH. Cependant, cela pose un problème de durabilité lorsque les financements de ces derniers tarissent. Des tentatives d'intégration de ce personnel dans les effectifs gouvernementaux sont faites, mais cela n'est pas toujours réalisé au niveau local. De plus, le personnel recruté par les partenaires ne travaille que dans le cadre des

programmes pour lesquels il a été recruté, créant ainsi un déséquilibre dans la disponibilité du personnel. Ce déséquilibre entrave la prestation de services pour certains programmes.

Options politiques

A court terme

- Le gouvernement, avec le soutien des partenaires de mise en œuvre, doit entreprendre une évaluation complète des besoins réels en ressources humaines, en utilisant notamment les indicateurs de charge de travail.
- Par la suite, le recrutement et l'affectation du personnel doit être basé sur les besoins réels des formations sanitaires.
- Il est important de mettre en place un système de mutualisation des ressources
- La finalisation et mise en œuvre du plan de maintenance des équipements sanitaires et dispositifs médicaux et de laboratoire est nécessaire afin d'accroître la disponibilité, l'accessibilité et la fonctionnalité des prestations de services liée à ces équipements

A moyen et long terme

- Les renforcements de capacités doivent être influencés par les besoins du système plutôt que par les intérêts des bailleurs de fonds. Pour cela le contenu de la formation doit être adapté pour répondre aux besoins identifiés en matière de capacités, et elle doit être menée dans le cadre d'une approche intégrée.
- Les mesures d'incitation doivent cibler tous les professionnels de la santé plutôt qu'un groupe de professionnels de la santé travaillant dans le cadre d'un programme particulier. Cela réduira la préférence pour des programmes spécifiques et garantira que des services de qualité sont fournis dans le cadre de tous les programmes.

IV.3.2. Autres ressources

Le gouvernement camerounais a mis en œuvre diverses stratégies et initiatives pour améliorer les infrastructures et autres ressources pour relever les défis du système sanitaire.

Inefficiences constatées

Infrastructures

Durant l'année 2021 un total de 5768 FOSA ont été répertoriées par la CIS, avec une répartition géographique inéquitable. En effet il existe un déséquilibre infrastructurel entre les différentes régions et même entre les districts de santé où l'on trouve encore des populations vivant à plus de 20 km d'une formation sanitaire. Cette situation est aggravée par l'insuffisance qualitative et quantitative des plateaux techniques qui limite la fréquentation des formations sanitaires. Par

ailleurs certaines structures ne sont pas fonctionnelles du fait des faiblesses dans le suivi des travaux de réhabilitation/construction d'une part, et de la dotation insuffisance en équipement d'autre part.

Chaînes d'approvisionnement

Le système national d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux au Cameroun comprend entre autres les établissements pharmaceutiques de fabrication et ceux de distributions ou de vente en gros, les officines et les formations sanitaires publiques ou privées. Ces établissements sont repartis dans trois sous-secteurs ;(i) le sous-secteur public, (ii) le sous-secteur privé à but lucratif, et (iii) le sous-secteur privé à but non lucratif. L'organisation de l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux au Cameroun était organisé autour du principal fournisseur des FRPS à savoir la CENAME. Toutefois, en cas de rupture de stock au niveau de la CENAME, ces derniers étaient autorisés à s'approvisionner chez un autre fournisseur agréé. Certaines structures autres que le CENAME qui approvisionnent le système de santé en médicaments ne sont pas toujours maîtrisées par l'Autorité National de Réglementation Pharmaceutique (ANRP). En fait, il existe un vaste réseau parallèle d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue.

Au Cameroun, les dons en médicaments constituent une des sources d'approvisionnement, qui selon les directives en matière de dons, doivent être intégrés dans le système de santé ; mais leurs qualités et quantités ne sont pas toujours maîtrisées. De nombreux intervenants de la filière médicament échappent au contrôle de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML). Ce dysfonctionnement ne permet pas de maîtriser la chaîne d'approvisionnement et d'effectuer une gestion efficiente des stocks de médicament et consommables médicaux.

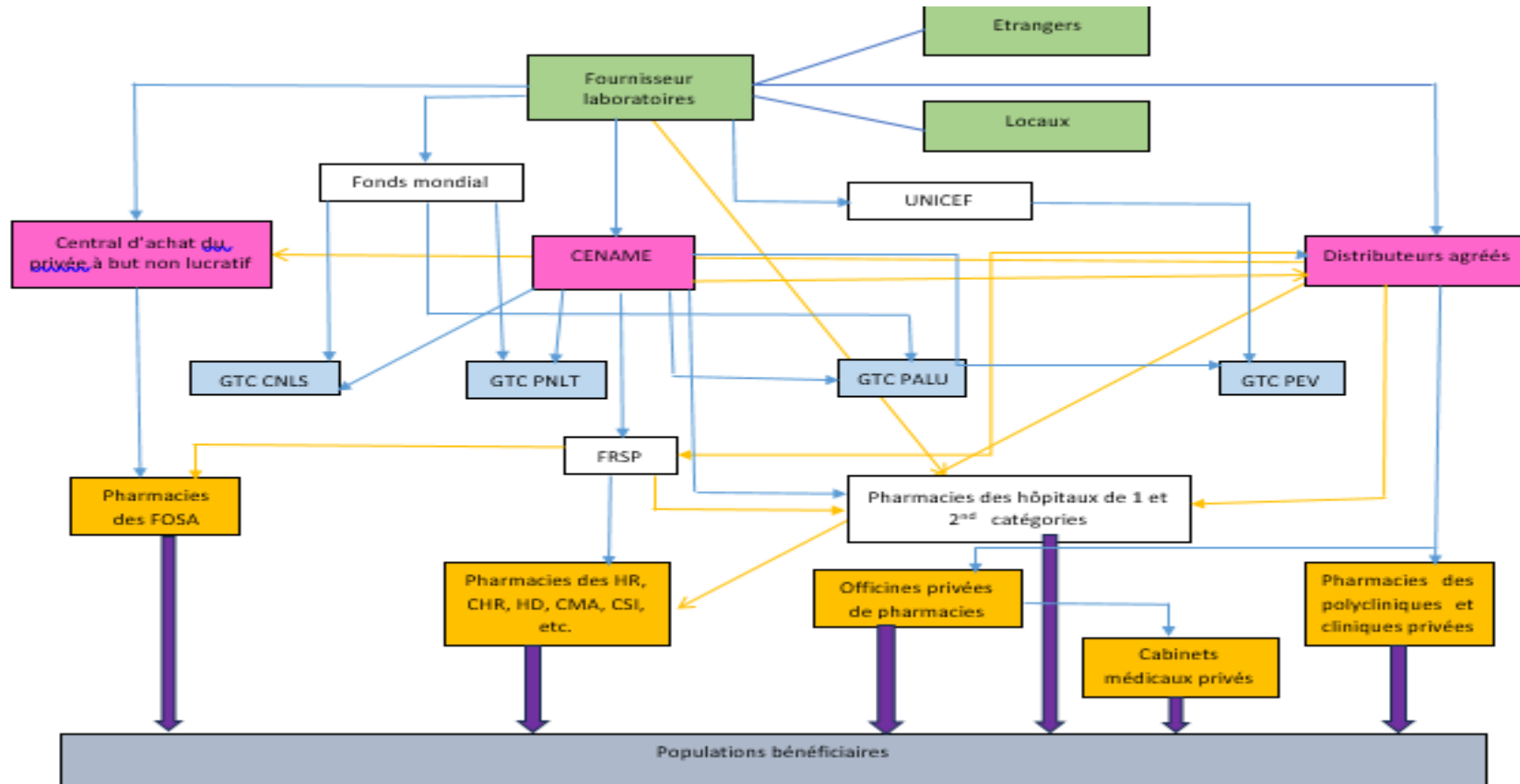
Au regard de ce qui précède, il existe un très grand nombre d'entités dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments avec des efforts qui se chevauchent en termes d'achats, l'entreposage et la distribution au Cameroun. Ceux-ci ne sont pas nécessairement coordonnés avec le système national. Cela entraîne une augmentation des coûts d'approvisionnement, des retards, une offre non maîtrisée et des médicaments périmés dans l'ensemble du système de santé.

Figure 4: Organisation du système national d'approvisionnement en médicament

→ Flux prioritaire d'approvisionnement

→ Flux alternatif d'approvisionnement

→ Flux de dispensation des produits pharmaceu-



La chaîne d'approvisionnement du PEV au Cameroun est soutenue par plusieurs acteurs, notamment le Gouvernement, les organisations internationales comme GAVI et l'UNICEF, ainsi que d'autres partenaires. Les fonds sont mis à la disposition de l'UNICEF, et une fois les vaccins achetés, l'UNICEF expédie tous les vaccins de GAVI et de la composante cofinancée par le gouvernement. Dès que les produits ont été achetés, les services du PEV sont également en charge de la gestion, du stockage et de la distribution. Ces produits sont basés sur le budget et les tendances historiques de consommation des produits. Une fois les produits disponibles, ils sont distribués aux entrepôts régionaux, auquel cas les FOSA doivent se procurer les médicaments en fonction de leurs propres moyens étant donné l'absence de distribution sur le dernier kilomètre.

Pour les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'achat de produits s'effectue à partir du Fonds mondial, sur la base d'une quantification qui figure également dans le processus de demande de financement de ces programmes. Une fois les produits achetés, ils sont stockés à la CENAME, puis acheminé dans les FRPS, puis les FOSA viennent chaque trimestre pour s'approvisionner. Les régions et les districts se voient confier un large éventail de responsabilités mal alignées en matière d'achat et de distribution de produits, sans le pouvoir financier ou administratif correspondant. Les districts doivent en effet se rendre au FRPS pour récupérer les produits destinés à leurs structures (parfois plusieurs fois : une fois pour les médicaments essentiels et d'autres fois pour les médicaments des différents programmes).

Un répondant souligne que ;

« Les districts rencontrent des difficultés financières et logistiques pour transporter les médicaments du Fonds régional pour la promotion de la santé vers les structures de santé. Les routes impraticables et le manque de véhicules retardent la distribution des médicaments, ce qui nuit aux patients nécessitant des traitements essentiels. Les retards peuvent également entraîner des ruptures de stock dans les structures de santé, avec des conséquences graves pour les patients ».

Les districts et les FOSA ont signalé des difficultés à disposer à temps des ressources financières nécessaires pour remplir cette fonction. Parfois, lors de certaines missions de terrain de la délégation régionale au niveau des districts ou en période de crise, des produits peuvent être acheminés au niveau des FOSA. Mais le plus souvent, les frais de distribution sont pris en charge par les FOSA. Les processus clés de la chaîne d'approvisionnement, tels que la gestion des stocks et la distribution, ne sont pas intégrés au niveau régional. En effet chaque programme a son propre interlocuteur. Compte tenu de la fragmentation des chaînes d'approvisionnement, la gestion pharmaceutique représente une lourde charge pour les FOSA. La quantification et l'approvisionnement sont faiblement intégrés avec des représentants des niveaux locaux.

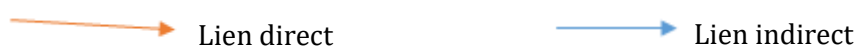
Malgré des améliorations, la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement reste pleine de défis : les obstacles comprennent la faiblesse des chaînes d'approvisionnement, une capacité réglementaire inadéquate, une mauvaise coordination entre les différentes parties prenantes et le manque d'informations sur le financement ainsi que sur les achats. De nombreux processus sont entravés par des retards dans la fourniture des spécifications des biens et services à acheter, en plus de retards importants dans la distribution et le paiement et du manque de normes bien définies.

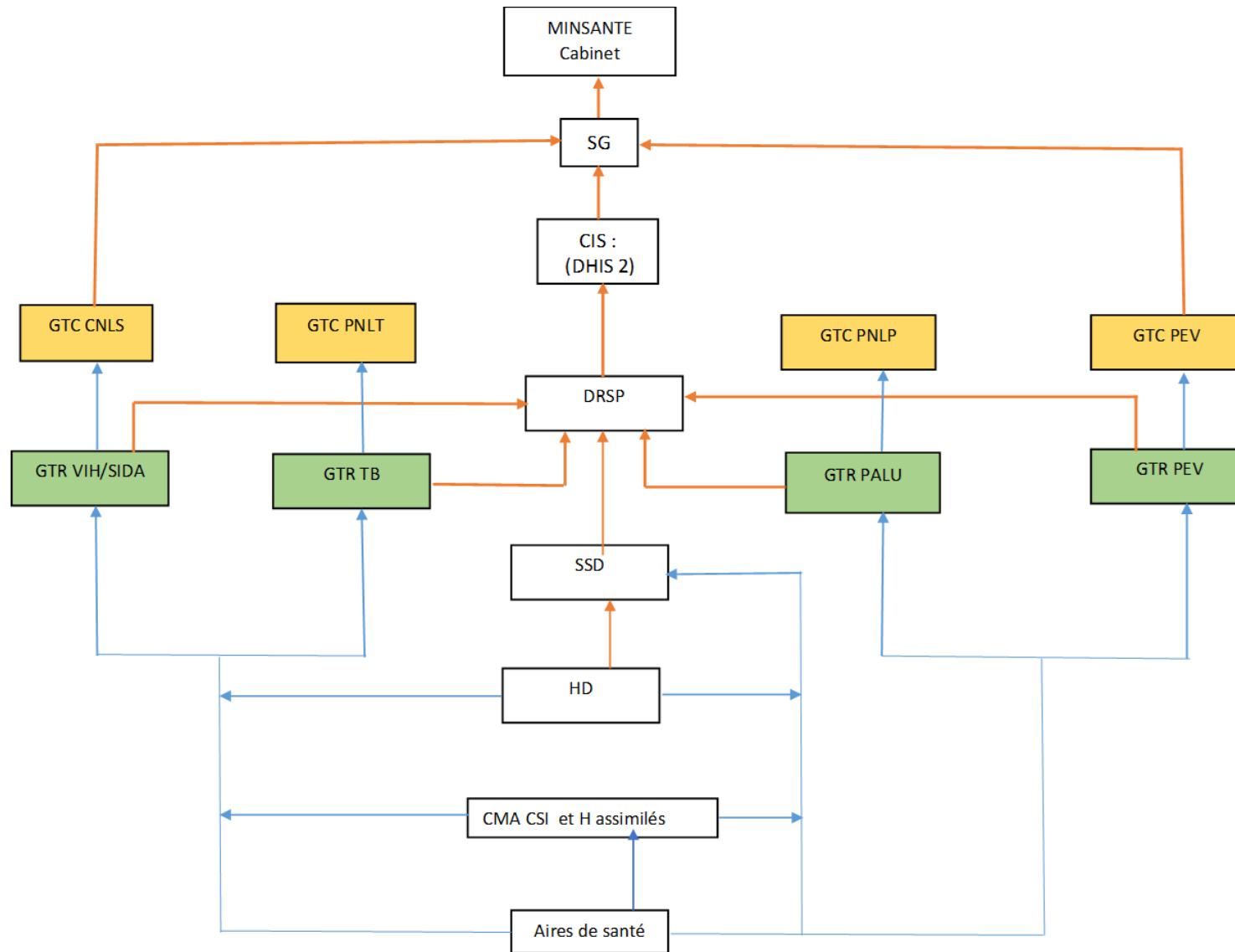
Système d'information

Le système d'information sanitaire est un dispositif constitué de plusieurs acteurs, d'outils et de méthodes qui interagissent à différentes étapes de production de l'information sanitaire. Au Cameroun, le DHIS2 est gérée par la Cellule des Informations Sanitaires qui fournit une liste non exhaustive des structures composant la pyramide sanitaire, qui est un prérequis dans le cadre de la mise en œuvre de l'interopérabilité. Ce système est structuré en fonction de la pyramide des soins de santé. Cependant, ce système d'information sanitaire est non intégré, ne permettant pas de renseigner en temps réel la carte sanitaire sur les besoins, l'utilisation des services, les difficultés de la chaîne d'approvisionnement en technologies sanitaires (médicaments et autres intrants), la performance des services de santé, etc.

Une hétérogénéité des outils de collecte et la faible traçabilité des données de routine ont été constatées dans la majorité des formations sanitaires visitées. La majorité des PTFs disposent leur propre système d'information. Les capacités d'analyse des données collectées et leur utilisation ne sont pas toujours conséquentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le recours aux données du système d'information sanitaire pour la planification ou l'allocation des ressources est loin d'être la règle.

Figure 5 : Le circuit de l'information





La figure ci-dessus indique qu'il existe deux canaux de remonté d'information. Le lien direct et le lien indirect. L'inefficience ici viendrait du fait que les programmes ne suivent pas le canal direct de remonter d'information. Par exemple les Secrétaires permanent des programmes peuvent prendre des décisions dans une région à la suite d'une information dont ils disposent alors que la DRSP ne la dispose pas encore. On assiste à une multiplicité d'agents de saisie : chaque programme a ses agents de saisie des données sur le terrain. Le programme Paludisme par exemple a ses représentants au niveau des communautés et ce qui n'est pas le cas pour le programme VIH et la tuberculose qui ont les agents de saisie des données au niveau des districts. Aussi, l'on assiste à une mauvaise qualité et une incohérence de ces données. Un répondant souligne que :

« Dans le contexte du VIH et de la tuberculose, il n'existe pas de plateforme qui fusionne ou consolide toutes les données, ce qui crée des discordances entre les chiffres collectés. Les malades peuvent également effectuer plusieurs tests, ce qui peut conduire à un comptage multiple. De plus, il est difficile de faire la distinction entre nouveaux cas et anciens cas car les données ne permettent pas de savoir si une personne a été testée à nouveau. Le DHIS2 n'est pas en mesure de résoudre ces problèmes et d'identifier les cas multiples, ce qui soulève des questions concernant l'exactitude des chiffres rapportés ».

Les prestataires de soins sont chargés de produire les données au niveau des points de prestation. Certaines données sont collectées par les ASC au niveau communautaire puis transmises aux centres de santé pour compilation avec les autres données obtenues à ce niveau. Les gestionnaires de données au niveau des centres de santé, collectent ces informations, les compilent, les valident et les transmettent aux districts. Au niveau du district, après vérification de la cohérence, les données sont saisies dans la plateforme DHIS2. Le niveau régional les valide et les transmet à son tour au niveau central pour la prise des décisions stratégiques.

Plusieurs partenaires des différents programmes contournent le système d'information et créent des systèmes parallèles de collecte et de transmission des données. Ce faisant, ils alimentent et entretiennent un circuit parallèle et fragmentent l'information sanitaire. La conséquence est que les données sont parfois contradictoires avec celles collectées au niveau des ASC et des districts. Un responsable au MINSANTE affirme à cet effet :

Il y a plusieurs types de données : il y a les données que les partenaires prennent dans le programme à part, ils acheminent ça à un moment donné ; il y a les données que le programme a et que nous on n'a pas ; il y a les données que nous tous on a. Le data Center peut tout savoir sur chacun de nous mais, il y a les données que le programme a que nous on n'a pas. Il y a les données que les partenaires ont et que le programme même n'a pas¹⁷.

Cela semble être dû, entre autres à une charge de remonté élevée due aux demandes des programmes et aux partenaires, où les demandes de données non coordonnées par différents programmes prennent beaucoup de temps et de ressources au niveau des FOSA. Un responsable d'une FOSA a mentionné « il y a plusieurs formulaires à remplir, ce qui implique une charge de saisie de données importante à chacun des niveaux, car les formulaires doivent ensuite être saisis manuellement dans un ordinateur ». Toutes les données saisies sont ensuite compilées dans une plateforme DHIS2 centralisée, qui comprend les données de tous les programmes qui est accessible à tous les responsables habilités.

En plus, l'utilisation des données pour la prise de décision présente un niveau élevé de fragmentation. La plupart des responsables ont indiqué qu'ils consultent uniquement les données de leur

¹⁷Propos recueillis auprès d'un répondant.

programme, au lieu d'examiner aussi si leurs objectifs épousent harmonieusement les objectifs nationaux ou de la stratégie sectorielle de la santé.

Implications

Les ruptures fréquentes de stock : L'absence d'une chaîne d'approvisionnement nationale intégrée place les formations sanitaires dans une situation difficile car elles manquent de capacité financière pour assurer un approvisionnement constant en intrants. Cela entraîne des ruptures fréquentes de stock, obligeant les établissements de santé à se rendre à des points agréés, ce qui génère des dépenses plus élevées. De plus, l'absence de contrôle des coûts ou d'accords d'achat stratégiques conduit à des dépenses personnelles plus élevées.

Le doute sur la qualité des intrants la multitude de sources d'approvisionnement en intrant ne facilite pas le contrôle de qualité de l'ensemble desdits intrants.

La forte dépendance à l'égard du soutien des PTFs dans un domaine critique de prestation de services met en tension la pérennisation de certaines actions dans certaines FOSA.

Coût élevé des remontés d'information : en effet les exigences des programmes, où les demandes de données non coordonnées par différents programmes entravent aussi la bonne intégration de système d'information.

Options politiques

A court terme

- La décentralisation des services de gestion, de maintenance des équipements et des diagnostics du niveau régional vers les niveaux des districts devrait être complétée par la formation suffisante de ressources humaines. Ces dernières pourraient être déployées au niveau des districts et FOSA pour assurer le bon fonctionnement de ces équipements.
- La nécessité de rationaliser et d'intégrer les systèmes d'approvisionnement entre les parties prenantes afin d'assurer une planification et une coordination centralisées des achats après une évaluation détaillée et une quantification aux besoins. Cela réduira les chevauchements dans les processus d'achats et des coûts supplémentaires avec des répercussions sur le bien-être de la population.
- L'urgence de remettre la Centrale Nationale d'approvisionnement du pays au centre du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, afin permettre la centralisation des achats et de garantir le contrôle qualité des intrants.
- Une nécessité de renforcement de capacité des personnels impliqués dans le processus de collecte et de gestion des données à tous les niveaux du système sanitaires.

A moyen et long terme

- Les logiciels utilisés doivent « parler le même langage ». En effet l'interopérabilité doit être technique, en définissant des formats communs afin de permettre aux différents logiciels utilisés dans le système de santé de s'interconnecter. Sans interopérabilité, il n'y a pas de

partage ou d'échanges des données, et donc pas de services à valeur ajoutée appuyés sur ces données.

- Il faut renforcer le cadre de l'interopérabilité de tous les logiciels du système sanitaire et exploiter aussi suffisamment le DHIS2.
- Mettre en place le système intégré de gestion des FOSA

IV.4. PRESTATIONS DE SERVICES

Les inefficacités inter-programmatiques liées à la prestation des services

1. Des fragmentations ont été observées dans les modèles de prestation de services entre les niveaux du système, les établissements et les unités de prestation de services, ce qui peut conduire les usagers à devoir se rendre dans plusieurs établissements pour recevoir des soins.
2. Les systèmes d'orientation sont faibles et les mécanismes de contrôle inexistant, souvent en raison d'un manque de sensibilisation de l'utilisateur du service ou du fait que les établissements de niveau inférieur ne disposent pas d'équipements adéquats et fonctionnels pour fournir des services complets. C'est ainsi que l'on constate une duplication des services entre les différents niveaux du système de santé. Ainsi, les services font double emploi entre les différents niveaux du système de santé, surcharge les établissements de niveau supérieur. Cela peut entraîner une augmentation des coûts tant pour le système que pour les utilisateurs.
3. L'accent mis sur les services curatifs détourne l'attention des gains d'efficacité qui pourraient être tirés des investissements dans des initiatives de promotion et de prévention qui réduisent la pression sur le système curatif et les coûts de la fourniture de soins de santé.

IV.4.1. Inefficiences constatées

La prestation de services de santé de qualité est essentielle pour instaurer la Couverture Santé Universelle (CSU). Dans le pays, les services de santé sont fournis dans le cadre d'un système à plusieurs niveaux avec des niveaux de soins hiérarchisés partant du niveau central (avec les hôpitaux généraux, hôpital central ; le CHU, etc.), en passant par le niveau intermédiaire (hôpitaux régionaux ; hôpitaux de références) jusqu'au niveau périphérique (hôpitaux de districts, CMA, CSI).

Les principales prestations de soins délivrées au niveau des structures soins sont : les soins promotionnels, les soins préventifs, les soins curatifs et les soins ré adaptifs. Ces différentes prestations sont définies en paquets de soins dispensés selon le niveau de la structure sanitaire au sein de la pyramide sanitaire. On distingue généralement 3 paquets de soins répartis autour des 6 catégories de formations sanitaires : la formation sanitaire de catégorie 6 (Centre de santé Intégré et assimilés) dispense le paquet de soins minimum d'activités ; la formation sanitaire de catégorie 5 (Centre Médical d'Arrondissement et assimilés) dispense aussi un paquet minimum d'activités

complémentaires du niveau 6 ; les formations sanitaires de catégorie 4 (Hôpital de District et assimilés), catégorie 3 (Hôpital régional et assimilés) et 2 (Hôpital Central et assimilés) dispensent un paquet de soins complémentaire ex. soins en médecine interne, gynéco obstétrique et pédiatrique chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales ; la formation sanitaire de catégorie 1 (Hôpital Généraux, Hôpitaux de référence et assimilés) dispensent des soins spécialisés ex. soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales.

Le CNLS

Le Cameroun fait face à une épidémie mixte, à la fois généralisée et concentrée dans certains groupes de populations hautement exposées au risque. La prévalence globale du VIH au sein de la population adulte de 15-49 ans est de 2,7% (PSN, 2021-2022). Elle présente une tendance à la baisse depuis 2004. En effet, en 2004 la prévalence du VIH était de 5,5%, elle est passée de 4.3% en 2011 à 3.4% en 2017¹⁸. L'évolution est similaire dans les deux sexes et le différentiel femmes/hommes persiste depuis 2004, avec un sex-ratio d'environ 2 /1. Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS-V de 2018), six régions sur les dix ont une prévalence au-dessus de la moyenne nationale (2,7%), à savoir : le Sud 5,8%, l'Est 5,6%, l'Adamaoua 4,7%, le Nord-Ouest 4%, le Sud-Ouest 3.2% et le Centre 3,5%.

Type des services

Ils s'articulent autour de la prévention, et de la prise en charge des cas. En effet l'offre du paquet complet de services inclut entre autres: la communication pour le changement de comportement à travers les TIC et l'action d'éducation par les pairs pour augmenter les capacités de négociation et d'utilisation du préservatif ; l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant à travers la mise en place de pôles stratégiques de distribution, articulée à une formation sur leur utilisation ; la prévention et la prise en charge des IST ; le dépistage et conseil du VIH pour la connaissance du statut sérologique particulièrement à travers les interventions de proximité telles que le contact-tracing et family-based testing, l'auto-dépistage dans un contexte d'évaluation ; la mise en place sous forme évaluative des stratégies d'interventions biomédicales telles que la prophylaxie préexposition (PrEp) pour les plus exposés au risque; l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque à travers la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux ; l'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive ; la lutte contre la discrimination et l'orientation vers les structures de soins ; la protection des droits humains ;

Dépistage VIH, Dispensation des ARV au patient VIH positif.

Le suivi des patients par le Prélèvement de la charge virale en FOSA et en Communauté. Prévention de la transmission mère enfant collecte et analyse des données sur les patients, le Dépistage de la co-infection TB-VIH.

¹⁸ PSN 2021-2022

Le PNLT

Au Cameroun, l'incidence est passée de 271 pour 100 000 habitants en 2009 à 186 pour 100 000 habitants en 2018, soit un pourcentage moyen de diminution d'environ 4,5% au cours des dix dernières années. On note également une baisse progressive des taux de notification qui sont passés de 124 pour 100,000 habitants en 2009 à 95,5 pour 100,000 habitants en 2018, ce qui représente une diminution de 2,9% pour l'ensemble des cas de TB. On observe une sous-notification des cas de TB au niveau national comparée aux estimations de l'OMS car le pays notifie environ 50 % des cas attendus.

Modalités d'organisation

La TB est prise en charge à tous les niveaux du système de soins : niveau central ou centre de référence, niveau intermédiaire et niveau périphérique (centre de santé primaires). Toutefois, Les CSI qui le premier niveau de référence communautaire ne sont pas capables pour la prise en charge des cas de TB. Ceux-ci sont chargés de la détection des cas et de la référence. Dans l'ensemble du pays, on compte 345 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) répartis suivant les régions : Adamaoua (20), Est (27), Centre (66), Littoral (45), Extrême-nord (50), Nord (32), Ouest (30), Nord-ouest (24), Sud (23) et Sud-ouest (24).

Composantes du programme

- Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque
- Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose-pharmaco-résistance et soutien aux patients
- Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités
- Traitement préventif des personnes à haut risque.

Services offerts :

Amélioration de l'accès aux services de diagnostic et de traitement de la tuberculose, formation des professionnels de santé sur la prise en charge de la tuberculose, mise en place de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) dans différentes régions du pays, sensibilisation de la population sur la prévention et la prise en charge de la tuberculose, suivi des patients atteints de tuberculose pour s'assurer qu'ils suivent correctement leur traitement. Le programme TB offre des traitements gratuits dans 345 CDT à travers le pays. Activités communautaires (Recherche de TPBPDV, VAD, Observance, Distribution, sensibilisation de proximité

Le PNLN

Le fardeau du paludisme n'a cessé d'augmenter depuis 2016 à 2021, avec une incidence passant respectivement de 79,5 cas à 113,7 cas pour 1 000 habitants. Cette augmentation constante concerne les enfants de moins de cinq ans et particulièrement les femmes enceintes. La mortalité, en revanche, s'est améliorée mais reste élevée, notamment chez les enfants de moins de cinq ans¹⁹.

Composantes

¹⁹ USAID, Cameroon Malaria Profile.

La lutte contre le paludisme au Cameroun s'organise autour de 5 axes stratégiques notamment la prévention, la prise en charge des cas, le suivi-évaluation, surveillance épidémiologique et riposte, la communication pour le développement, la formation et la recherche opérationnelle et la gestion du programme.

Services offerts

En ce qui concerne le programme PNL, les services suivants sont offerts par le programme ; (i) des campagnes de sensibilisation pour informer la population sur la disponibilité et l'utilisation des services et produits de lutte contre le paludisme, (ii) prise en charge des cas de paludisme (iii) distribution d'un guide de prise en charge du paludisme au Cameroun, (iv) renforcer la surveillance du paludisme au Cameroun (v) distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir la transmission du paludisme, et (vi) il fourniture des programmes d'éducation pour sensibiliser la population aux risques de transmission du paludisme et pour promouvoir des comportements sains et responsables., TDR, Médicaments gratuits Distribution MILDA gratuite chez les enfants de moins de 5ans et des femmes enceintes.

Le PEV

Composantes du programme

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est en place au Cameroun depuis 1982 et est opérationnel sur l'ensemble du territoire. C'est un programme développé autour de 9 objectifs qui relève de cinq composantes opérationnelles et de trois composantes d'appui au programme : la Vaccination systématique Logistique, chaîne du froid et qualité des vaccins, Initiative de lutte accélérée contre les maladies Surveillance et notification Communication pour le développement, Gestion du programme Gestion des ressources humaines, Calcul des coûts et financement.

Les services offerts par le programme PEV comprennent ;

- La vaccination de routine : elle concerne les enfants (la polio, la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et la fièvre jaune).
- Vaccination de rattrapage : pour les enfants qui ont manqué des doses de vaccins.
- Surveillance : vise à renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination au Cameroun.
- Planification et gestion des ressources : pour élaborer des plans d'action de vaccination et gérer les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des activités de vaccination.
- Communication : pour sensibiliser la population aux avantages de la vaccination et pour promouvoir la participation communautaire. Les causeries éducatives sont planifiées en stratégies fixe et en communauté.
- Vaccins traditionnels (BCG, Penta, VAR, Polio etc.).
-

Les preuves d'inefficience

Le système de santé de façon générale et spécifiquement les programmes mentionnés ci-haut sont confrontés à plusieurs inefficiences qui affectent la qualité de la prestation des soins. En effet, la fragmentation de la gouvernance, du financement, des systèmes d'information, des ressources physiques et des ressources humaines se répercute jusqu'au niveau de la prestation de services.

En l'absence d'une vision intégrée des soins primaires, les rôles et responsabilités des différents niveaux du système de santé ne sont pas bien définis. Il existe une surpopulation des patients au niveau de FOSA de catégorie supérieur tandis que ceux du primaire sont sous-utilisés. L'une des

raisons de ce certains FOSA primaires ne prennent pas en charge les malades de la TB, raison pour laquelle ces patients sont obligés d'aller dans les CDT les plus proches.

Il existe également une faible coordination entre les programmes au niveau des hôpitaux. Les défis de coordination entre ces programmes créent une inefficacité dans le parcours des patients. Par exemple, un patient qui a été testé positif au VIH et à la tuberculose dans une FOSA qui n'a pas de CDT aura, par exemple, des plans de traitement différents pour les deux maladies et devra se rendre dans des établissements différents pour le diagnostic, les prescriptions, le traitement, les renouvellements et les conseils.

En l'absence d'un système formel de référence ou de suivi des patients, de nombreux patients vivant avec des comorbidités courent le risque d'être perdus de vue. Un informateur souligne :

« Ici c'est compliqué parce qu'en temps normal, toutes ces aires de santé doivent référer leur malade au niveau de l'hôpital de district. Mais, quand le district a été créé, on a fait des réunions, ils étaient motivés. Mais dans leur tête c'est que, s'ils viennent avec l'échantillon, on va les rembourser les transports au moins. Mais ce n'était pas le cas. Ils ont commencé dès le départ... C'est comme ça qu'ils se sont découragés. Personne, l'année passée, personne ne m'a référé ne serait-ce qu'un échantillon, personne parmi toutes les aires santé, Personne. Cette année c'est la même chose. Donc je me bats seulement avec les patients que je recrute au niveau de l'hôpital du district, c'est tout²⁰ ».

Les données montrent que la fragmentation de la gouvernance, du financement, des systèmes d'information, des ressources physiques et humaines s'étend jusqu'au niveau de la prestation de services. En effet, la dépendance à l'égard des agents de santé engagés dans des programmes spécifiques à une maladie entraîne une plus grande fourniture de services bien financés et une moindre fourniture d'autres services.

IV.4.2. Implications

Inadéquation entre l'offre et la demande de soins : étant donné que les normes des établissements ne correspondent pas à la demande et au nombre de patients, il arrive parfois que la capacité des établissements soit sous/sur-utilisée entre différents niveaux de soins.

Duplication dans la provision des soins : Plusieurs niveaux de soins différents fournissent les mêmes services et il est à ce moment difficile de limiter les auto-orientations. On assiste ainsi à une duplication dans la provision des soins.

La non-intégration des activités communautaire : plusieurs acteurs offrent en communauté des activités similaires, par exemple de sensibilisation ou encore de supervision, qui ne sont pas organisées de façon conjointes.

Absence/faible coordination des activités entre les différents programmes et au niveau des établissements de soins : les patients présentant des comorbidités peuvent être perdus de vue. Par exemple, le traitement ARV n'est proposé qu'au niveau des soins secondaires ou tertiaires et les références sont faibles. De nombreuses personnes qui reçoivent un diagnostic de VIH au niveau des soins primaires ne sont pas initiées au traitement. Comme les interventions contre le VIH et la tuberculose sont proposées à différents niveaux de soins (comme pour les soins prénatals, le

²⁰ Propos recueillis auprès d'un point focal TB dans la région de l'Adamaoua.

traitement de la tuberculose est proposé au niveau des soins primaires), de nombreux établissements proposant des services antituberculeux n'offrent pas de services anti-VIH malgré un taux de co-infection grandissant.

IV.4.3 Options politiques

A court terme :

- Elargir la capacité de prise en charge et organiser les références et contre-références.
- Renforcer la coordination entre les différents acteurs impliqués dans les différents programmes afin d'améliorer leur efficacité.
- Accroître le financement alloué aux services de santé promotionnels et préventif pour l'amélioration de l'accès aux soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaires
- Mettre en œuvre les documents de politique de santé communautaire et le disséminer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Diffuser le recueil des circuits de référence et contre référence des patients dans les différentes activités et /ou Programme de santé au Cameroun
- Améliorer les plateaux techniques du niveau périphérique (SSD, FOSA)
- Renforcer qualitativement et quantitativement les ressources humaines au niveau périphérique du système de santé.

A moyen et long terme

- Harmoniser et informatiser les outils de collecte des données pour assurer le suivi des patients dans tous les programmes et structures
- Intégration des programmes prioritaires du niveau central aux périphéries
- Les agents de santé communautaires polyvalents doivent bénéficier des renforcements de capacité pour soutenir la mise en œuvre de programmes et de services de santé.
- Mettre en œuvre un modèle intégré de prestation de services où les patients devraient être capable de trouver et d'utiliser tous les services dont ils ont besoin sans avoir à se déplacer pendant plusieurs jours ni à visiter divers centres de prestation de services.
- Informatiser le circuit de référence / contre référence dans les différentes activités et ou programme de santé au Cameroun.
- Faire l'extension des CDT à tous les HD et assimilés (privés, confessionnels etc...)
- S'assurer que les constructions et équipements des infrastructures répondant aux normes.

BONNES PRATIQUES

Approvisionnement en intrants : Pour résoudre les problèmes liés aux duplications, dans la région de l'Adamaoua par exemple, des activités pour la cible des enfants de 0 à 24 mois sont menés conjointement par le programme PEV et le programme PALU en ce qui concerne l'administration médicaments de prévention de lutte contre le paludisme sur le terrain. Un informateur affirme à

ce propos : « Depuis l'année dernière, il y'a un mariage entre le PEV et nous...On a confié nos médicaments de prévention de lutte contre le paludisme au PEV pour les administrer directement lors de leur descente vers ces cibles. Je pense que cette collaboration va continuer ²¹».

Organisation des activités de renforcement de capacité : Des FOSA organisent des sessions de formations avec plusieurs modules liés aux divers programmes sur 3 ou 4 jours, formations auxquelles ils font participer tout leur personnel de santé. Ce type de formation intégrée permet en réalité de renforcer les capacités des professionnels de santé en ce qui concerne les interventions liées aux différents programmes.

Organisation des activités de Supervision : Elles sont organisées de façon intégrées en fonction du financement disponible. Il peut s'agir des ressources du District de Santé, de la supervision du Chèque santé ou celui du programme Palu. Cet extrait d'un répondant nous renseigne à ce titre :

« Pour les formations sanitaires, plusieurs sources de financement sont utilisées, notamment le financement du district et le financement par le biais du chèque santé. Si une formation sanitaire nécessite une visite prioritaire, on descend sur place. Lors de ces visites, nous utilisons les grilles d'évaluation du Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour comprendre les problèmes auxquels la formation sanitaire est confrontée, ainsi que ceux du PEV. L'argent provenant du chèque santé nous sert à payer nos primes de vente, mais une partie est reversée au district pour la supervision. Le district organise ensuite la manière d'utiliser cet argent. Nous déterminons ensuite quel programme est prioritaire pour résoudre ses problèmes. Si c'est le PEV, nous descendons avec le personnel de supervision du paludisme. Cette information est interne et ne sera pas divulguée aux donateurs, comme le Fonds mondial. Le chèque santé attend les outils nécessaires pour résoudre nos problèmes. Cette façon de faire nous permet de trouver des solutions malgré l'absence de fonds de roulement ou de fonctionnement. En résumé, les formations sanitaires peuvent être financées par le district ou par le chèque santé, et nous utilisons les visites de supervision pour résoudre les problèmes prioritaires, en utilisant l'argent du chèque santé de manière interne.²² ».

²¹ Propos recueillis auprès d'un responsable de la coordination du programme PEV dans l'Adamaoua

²² Propos recueillis auprès d'un responsable du District de santé de Dang dans la région de l'Adamaoua.

V. CONCLUSION

Il était question dans cette étude d'évaluer de façon croisée l'efficacité des programmes PEV, PNLP, PNLT et VIH/SIDA pour soutenir les efforts en vue d'atteindre les objectifs de la CSU. Une approche méthodologique mixte (entretiens et revue documentaire) ancrée dans l'*Analyse de l'Efficacité Interprogrammatique (Cross-Programmatic Efficiency Analysis / CPEA)* a été utilisée afin de d'identifier les doublons/duplications, les désalignements et les chevauchements entre les fonctions communes aux programmes retenus dans le cadre de ce travail. Il ressort que d'une manière générale, qu'il existe une fragmentation et une coordination limitée entre les programmes de santé évalués et entre ces programmes et le système de santé dans sa globalité. Cette coordination limitée du point de vue de la gouvernance et du financement et des ressources a des implications négatives sur la manière dont les services sont fournis et utilisés.

VI. RECOMMANDATIONS

N	FONCTION	COURT TERME	RESPONSABILITES	MOYEN/LONG TERME	RESPONSABILITES
1	GOUVERNANCE	Soutenir la fonctionnalité des structures dotées de mandats de coordination, comme les groupes de travail techniques. En effet le SG qui assure la coordination multi-sectorielle et des partenaires sectoriels devrait être doté des ressources nécessaires pour mener à bien son mandat de coordination des acteurs	SG MINSANTE	Investir dans des mesures d'incitation à l'alignement autour d'un Plan, un Budget, un Rapport	MINSANTE PTFs
		Promouvoir l'investissement délibéré dans les ressources nécessaires à la collaboration, telles que le personnel, les finances, l'infrastructure,	MINSANTE MINFI MINEPAT PTFs	Mettre en place un système intégré et aligné à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation conjointes, telles que des systèmes d'établissement de rapports communs et des accords de financement commun. Aligner le processus de planification et de coordination depuis le sommet (au niveau central du ministère de la santé) jusqu'aux niveaux intermédiaire et périphérique (régions et districts).	SG MINSANTE
		Harmoniser les outils de gestion des données	La cellule de suivi (CS)		

N	FONCTION	COURT TERME	RESPONSABILITES	MOYEN/LONG TERME	RESPONSABILITES
		Mettre à disposition de la DRFP des ressources nécessaires pour remplir efficacement son mandat de coordination du financement du secteur de la santé.	MINFI MINSANTE	Restructurer/réorganiser l'organigramme du ministère de la santé et ceux des différents programmes verticaux afin d'intégrer pleinement ces derniers dans les structures/départements du ministère de la santé.	MINSANTE
2	FINANCE- MENT	Accélérer la sensibilisation pour la mise en œuvre de la couverture santé universelle (CSU) afin d'atténuer les risques liés à l'accès aux services et soins de santé de qualité, y compris la promulgation de la loi sur la CSU.	MINSANTE CTN-CSU	Etablir des mécanismes de coordination des ressources pour les différents fonds afin d'améliorer la planification conjointe, la mise en œuvre et l'alignement des fonds sur les priorités nationales en matière de santé, tout en réduisant la duplication des ressources et des efforts.	MINSANTE DRFP
		Elaborer la cartographie des donateurs, organiser la coordination des parties prenantes et rationaliser les partenaires aux niveaux nationaux et infranational (régional et district). Cela est essentiel pour éliminer les doubles emplois et améliorer l'efficacité des systèmes de santé.	MINSANTE/DECOOP	Prendre l'initiative de décider de l'ensemble des services que chaque partenaire de développement devrait fournir afin de garantir l'alignement des priorités du gouvernement et de celles des partenaires de développement.	MINEPAT MINSANTE/ DECOOP
		Renforcer la gestion de la performance afin que les fonds déboursés soient utilisés de manière efficace et efficiente. Il est nécessaire	MINSANTE/DRFP	Recourir aux procédures de passation des marchés efficaces et efficientes pour obtenir les meilleur prix et qualité des intrants sur le marché international.	MINSANTE

N	FONCTION	COURT TERME	RESPONSABILITES	MOYEN/LONG TERME	RESPONSABILITES
		de renforcer la redevabilité en matière de responsabilité, financière au ministère des finances et de la performance au ministère de la santé.			
		Promouvoir un dialogue continu entre le ministère de la santé et les autres parties prenantes du secteur, et identifier les domaines d'harmonisation et d'alignement des interventions et du financement	MINEPAT MINFI MINSANTE	Fusionner les différents mécanismes de financement de la santé afin d'augmenter le nombre de personnes couvertes par un même mécanisme unifié ainsi que la diversité de leurs besoins et de leurs risques sanitaires ;	MINFI MINSANTE
				Mettre en place une plateforme de coordination de financement des partenaires accessible à toute les parties prenantes afin d'éviter les doublons de financement.	
3.	LES RES-SOURCES HUMAINES	Entreprendre une évaluation complète des besoins en ressources humaines, en utilisant notamment les indicateurs de charge de travail recommandés pour déterminer les besoins en personnel des établissements de santé. Par la suite, le recrutement et l'affectation du personnel doit être basé sur les besoins des formations sanitaires.	MINSANTE/DRH	Adapter les contenus de la formation du personnel pour répondre aux besoins identifiés en matière de capacités dans le cadre d'une approche intégrée.	MINSANTE/DRH

N	FONCTION	COURT TERME	RESPONSABILITES	MOYEN/LONG TERME	RESPONSABILITES
		Mettre en place un système de mutualisation des ressources			
			-	Cibler tous les professionnels de la santé avec les mesures d'incitation plutôt qu'un groupe de professionnels de la santé travaillant dans le cadre d'un programme particulier afin de réduire la préférence pour des programmes spécifiques et de garantir que des services de qualité sont fournis dans le cadre de tous les programmes.	MINSANTE DRFP DOTS
	LES RES-SOURCES PHYSIQUES ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Décentraliser les services de gestion, de maintenance des équipements et des diagnostics du niveau régional vers les niveaux des districts devrait être complétée par la formation suffisante de ressources humaines. Ces dernières pourraient être déployées au niveau des districts et FOSA pour assurer le bon fonctionnement de ces équipements.	MINSANTE/DRFP	Assurer l'inter connectivité des logiciels utilisés pour « parler le même langage ». En effet l'interopérabilité doit être technique, en définissant des formats communs afin de permettre aux différents logiciels utilisés dans le système de santé de s'interconnecter. Sans interopérabilité, il n'y a pas de partage ou d'échanges des données, et donc pas de services à valeur ajoutée appuyés sur ces données.	MISANTE/DEP/CIS
		Rationaliser et d'intégrer les systèmes d'approvisionnement entre les parties prenantes afin d'assurer une planification et une coordination centralisées des achats après une évaluation détaillée et une	MINSANTE/CE-NAME	Renforcer le cadre de l'interopérabilité de tous les logiciels du système sanitaire et exploiter aussi suffisamment le DHIS2.	MINSANTE/CIS

N	FONCTION	COURT TERME	RESPONSABILITES	MOYEN/LONG TERME	RESPONSABILITES
		quantification aux besoins. Cela réduira les chevauchements dans les processus d'achats et des coûts supplémentaires avec des répercussions sur le bien-être de la population.			
		Remettre la Centrale Nationale d'approvisionnement du pays au centre du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, afin permettre la centralisation des achats et de garantir le contrôle qualité des intrants.	MINSANTE/CE-NAME	Mettre en place le système intégré de gestion des FOSA	MINSANTE/CIS
		Renforcer la capacité des personnels impliqués dans le processus de collecte et de gestion des données à tous les niveaux du système sanitaires.	MINSANTE/CIS		
		Elargir la capacité de prise en charge et organiser les références et contre-références.	MINSANTE/DOTS	Harmoniser et informatiser les outils de collecte des données pour assurer le suivi des patients dans tous les programmes et structures	MINSANTE/CIS
4.	PRESTATION DE SERVICES	Renforcer la coordination entre les différents acteurs impliqués dans les différents programmes afin d'améliorer leur efficacité.	MINSANTE/Programmes	Intégrer des programmes prioritaires du niveau central aux périphéries	MINSANTE/SG

N	FONCTION	COURT TERME	RESPONSABILITES	MOYEN/LONG TERME	RESPONSABILITES
		Accroître le financement alloué aux services de santé promotionnels et préventif pour l'amélioration de l'accès aux soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaires	MINSANTE/DRFP		
		Mettre en œuvre les documents de politique de santé communautaire et le disséminer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE/DOTS	Renforcer les capacités des agents de santé communautaires polyvalents pour soutenir la mise en œuvre de programmes et de services de santé.	MINSANTE/DOTS
		Diffuser le recueil des circuits de référence et contre référence des patients dans les différentes activités et /ou Programme de santé au Cameroun	MINSANTE/DOTS	Mettre en œuvre un modèle de prestation de services qui place les patients au centre. Les patients devraient être capable de trouver et d'utiliser tous les services dont ils ont besoin sans avoir à se déplacer pendant plusieurs jours ni à visiter divers centres de prestation de services. Remarque	MINSANTE/DOTS
		Améliorer les plateaux techniques du niveau périphérique (DS, FOSA)		Informatiser le circuit de référence / contre référence dans les différentes activités et ou programme de santé au Cameroun. Extension des CDT à tous les HD et assimilés (privés, confessionnels etc...)	MINSANTE/DOTS
		Améliorer les plateaux techniques du niveau périphérique (DS, FOSA)	MINSANTE/DOTS	Promouvoir la construction et équipement des infrastructures répondant aux normes dans les périphéries	MIN-SANTE/DEP/DOTS

II. LISTES DES CONTRIBUTEURS

Liste des contributeurs			
	Noms et prénoms	Structure	Fonction
Contributeurs	Mme Joelle BOUBA HAMAN	DRFP	Directeur
	M. MBOULATA	SDBF	Sous-Directeur
	SAIDOU	SDPAT	Sous-Directeur
	BETGNA Françoise	SAF	Chef Service
	PAZIMI GACKE Barthelemy	Service du Budget	Chef Service
	Dr NKO AYISSI	DLMEP	SD Paludisme et MTN
	Dr ABAH ABAH Stéphane	DLMEP	SDLVIH
	Mme MEGEH NGOBE Irène	DLMEP	PF suivi des études sur le financement de la santé
	Dr ETOUNDI MBALLA	DLMEP	Directeur
	Dr YABA DANA Basil	DPML	Directeur
	Dr HASSAN BEN Bachire	DPS	Directeur
	M. ATANGANA TABI	PRIMATURE	Conseiller à la santé
	M. ABEME Sylvain	DROS	PF suivi des études sur le financement de la santé
	M. YOPNDI Charles	CELLULE DE SUIVI	Chef cellule de suivi
	Dr MINTOP Anicet	PLMI	
	Dr BAONGA	OMS	Point Focal PEV-OMS
	NGAJIEEH Ransome	MINFI	CEAS
	TCHOUNGA Florentine	PNLP	CSAF
	MALEUFING T DORICE	PNLP	Chef comptable
	ATEBA JOEL	PNLP	Secrétaire Permanent
	TCHANA Jean Apôtre	PNLP	Chef Unité de comptabilité matière
	MOTA Serge	PNLP	chef GAS PNL
	FOSSO Jean	PNLP	Chef Suivi E
	TCHOKFE SHALOM NDOULA	PEV	Secrétaire permanent
	MOULIOM Fatima	PEV	Secrétaire permanent Adjoint chargé des programmes
	MEDJILA NGYINGA Bleriot	PEV	Assistant Secrétaire permanent
	MBALLA ZIBI Catherine	PEV	Logisticienne de santé publique
	NGOUPAVOU Jean Roger	PEV	Chef d'unité gestion et maintenance
	PO ATAGANA	PEV	chef GAS
	MALIKI IYA	PEV	Chef unité suivi évaluation
	ABDOURAHMAN MAMADOU	PEV	Chef comptable
	SEUNGUE T Judith	PEV	Responsable prestation services de vaccination
	NJOH Andreas	PEV	SPA
	MANFOUO Daniel	DEP	Chef Cellule de la planification et de la programmation.
TABAI Michel	DEP	CBS	
Dr OUSMANE Diaby	DEP	Chef de la Division des Etudes et des Projets	

II. LISTES DES CONTRIBUTEURS

Liste des contributeurs			
TALA Salvador	CIS	Cadre/CIS	
KUMBA Samuel	CIS	Cadre/CIS	
Dr ZEH KAKANOU Florence	DCOOP	Directeur	
BAKARY Hapsatou Issa	DCOOP	Chef cellule partenariat international/DCOOP	
Dr HADJA	CNLS	SP	
AKONO AKONO Fabrice Fortier	CNLS	CSAF	
Dr MENYENG MVOMO Annie	CNLS	Chef Unité GAS	
ONANA Roger	CNLS	Chef section suivi évaluation	
AJEH Roger	CNLS	SPA	
Dr BENG	ICN	ST-ICN	
M. NDOUGSA ETOUNDI	ST-SSS	PF suivi des études sur le financement de la santé	
Dr KAMDEM TEGUE Aurélien	ST-SSS	PF suivi des études sur le financement de la santé	
SALIHOU Sadou	CENAME	Directeur General	
LABA	CENAME	Chef Service de Gestion Administrative des Marchés Publics	
JEUDI DEBNET	DSF	Sous-Directeur de la vaccination	
ALHADJI ALABAH	DSF	Chef Services logistique et P.O SAF	
ABAKA HADASSA ESTHER	DSF	Cadre SDSR PF financier SDF/UN-FRA	
EBONGO Zacheus NANJE	DSF	Directeur	
TJEK BIYALA Paul	DSF	Sous-Directeur de la Santé de Reproduction	
AWOUDOU Germain	PNLT	Chef Section Administration et Finances	
Dr TOLLO TOLLO Daniel	PNLT	Chef section pharmacie/Laboratoire	
Dr BELINGA Edwige	PNLT	SPA	
Dr ETOUNDI EVOUNA Antoine	PNLT	Chef Section Suivi Evaluation	
Dr AZOUMBOU MEFAN THERESE	DRSPCE	DRSP-CE	
Dr ABO ABESSOLO STEPHANIE	GTR-PALU	Coordonnateur	
MBENGUE MBENGUE BRICE	GTR-PALU	Assistant CUSSE	
Dr TCHOUPA MICHELINE	GTR-TB	Coordonnateur	
Dr EDZOA ESSOMBA BRICE	GTR-PEV	Coordonnateur	
ASSOMO CHRISTELLE	GTR-PEV	CULM	
Dr NDZENA NDZENA ARRIANE	DRSPCE	PF GAS Régional	
NDZIE MARTHE GAELLE	GTR-SIDA	PF PEPFAR	
Dr MESSE FOUPA	GTRLP-CE	Coordonnateur	
MBEZELE SANDRA	DRSPCE	PFC	
AYANGMA	GTR-PEV	CUC/PEV-CE	
BOSSOGO JULIEN LOIC	GTR-PEV	CA N°2 PF GAS	
NZIE NGANG SAMUEL	GTR-TB	CA N°2	
OTTHOU Jean-Noel	DRSPCE	GAS	
Dr BISSO NGONO Annie Prudence	GTR-TB	Secrétaire Permanent PNLT	
Dr Fadimatou	DRSP/AD	Délégué Régional	
Dr Yya Mouhamed Bello	DRSP/AD	PF GAS	
Dr KOUNA KOUNA Joseph	PEV	Coordonnateur PEV Adamaoua	
SAIDJO ABAA Innocent	PEV	Chef d'unité communication Adamaoua	
LAOUDJI Aminatou	PEV	CUSSE	
MAEH Christine	PEV	CUGFC	

Liste des contributeurs			
AZUMCEO Hiu Hiu	PEV	CULM	
GARBA Alfred	PEV	Gestionnaire des données	
Dr MAFONGANG NDEH Odile	FRPS	Pharmacienne/représentante Administrateur	
YAOUNDOU METNA François	FRPS	Comptable	
Dr SALI ABOUBA Bassirou	FRPS	SGPP	
Dr BATY Lucien	OMS	Consultant Épidémiologie	
HAMDJA	GTR-SIDA	Médecin	
WILBAT Charlot	CUPSE GTR-SIDA	Statisticien	
HAMADIKO GARBA Alphonse	GTR-SIDA	Point Focal en charge du suivi et de la coordination PEPFAR	
Dr FANDO Nadine	GTRLP/AD	Coordonnateur PALU	
NGUETSA NAMEKONG Christian	GTRLP/AD	CUSSE	
ABDOURAMAN SAID	GTRLP/AD	CUC	
Dr BEKONO	GTR-TB	Coordonnateur	
TIMGUM Ferdinand	GR-TB	Chef Comptable	
TABAI Michel	District De Sante De Meiganga	CBS	
NGOUGOURE RAHIMATOU Myriam	Hopital De District	Major UPEC	
BAASSANE S A A	Hopital De District	Medecin chef de centre de LOKOTI	
NGOUFON KUETE Herve	Hopital De District	Directeur de l'HD	
ABOUBAKAR KOMBO	Mairie De Meiganga	Maire	
YAYA DAH'AS	Hopital De District	HD MEI Et chef CSI de MEI PF (PTME et SR)	
AISSATOU SOUREYA	District De Sante De Meiganga	PF GAZ	
NDAM Ayuba	Hopital De District	Major Maternité	
TOUE Albert	Hopital De District	Major CTD	
DANGAI Boubou	District De Sante De Meiganga	PF PEV/Logisticien	
EPIE ELMA EMADE	District De Sante De Meiganga	CBAG	
MOUSSA Oscar	Obc-Adees	Coordonnateur Antenne Meiganga	
NANA Saidou	District De Sante De Meiganga	COSADI/PFC	
SAMI Nathaniel	District De Sante De Meiganga	COSA/ PFC ASC de MGA PUB	
MOHAMADOU BASSIROU	MAIRIE DE NGAOUNDÉRE 3ème	Maire	
Dr JAME AFANE Yanick	District De Santé De Dang	Chef de District de Santé de Dang	
Dr ILYASSA YAYA	District De Santé De Dang	Chef de District Adjoint/Point Focal VIH et PEV /Pharmacien	
YIMMO BOUGOUM Martin	District De Santé De Dang	Major Laboratoire et Point Focal TB	
BOBO Ibrahim	District De Santé De Dang	COSADI	
AHMADOU TIDJANI	District De Santé De Dang	Point Focal Palu	
Dr BILONG Paul	Hôpital De District Dang	Directeur Hôpital de District Dang	
CHEWACHONG Glory NDUM	Hôpital De District Dang	Responsable UPEC-CTA/Site coordinator	
DJOUFACK TADAKENG Yannick	Hôpital De District Dang	Data Clerk	

Liste des contributeurs		
MATENDJE Daniel	Hôpital De District Dang	ASC
DJEINABOU IYAWA épouse GAMBO	Hôpital De District Dang	ACRR
NGO KWEL Marie Claire	Hôpital De District Dang	APS
DEMA Alexis	Hôpital De District Dang	APS
ADJI Nadège	Hôpital De District Dang	APS
DEKOU Edmon	Obc: Affirmative	Monitoring and Evaluation Officer
MOUSSA HAMAN	Csi De Likok	Chef de Centre
NGONO AUREA	District De Mbankomo	Secrétaire
LOLO BANGYA LYDIENNE PASCALE	Mairie De Mbankomo	Agent Communal
QBE MINKOULOU JOSEPHINE	Mairie De Mbankomo	Agent Communal
NGUELE ZAMBO RENE MAGLOIRE	Mairie De Mbankomo	SG
ELOUMDOU ENGAMO PAUL	Cma Binguela	ASC /ASG
ESSAMASE JOSEPH MARIE	Hd Mbankomo	ASCP
HAWAOU	District De Mbankomo	ASCP
CSJ URBAIN DE MBANKOMO	Csi Urbain De Mbankomo	Chef de District
BOKOLO NDONGO CHRISTOPHE	Hd Mbankomo	CHEF GAS
OMGBA ETIENNE	District De Mbankomo	Président COSADI
DONGMO NOUTSA MARC SYNCLAIR	District De Mbankomo	CBS
Dr KABAHOUE KWEKAM	District De Mbankomo	PF Paludisme
BENGONO JEAN BAPTISTE	Cma Binguela	Président COSA
ESSAMASE JOSEPH MARIE	District De Mbankomo	Vice-Président COSA
NGO LISSOUCK JEANNE	District De Mbankomo	Chef Centre
EDIMA BITO'O JOSEPH DESIRE	Cma De Binguela	Médecin Chef
Dr ESSOLA MBELE YVETTE	District De Mbankomo	Chef de district
YIMKO K ORNELLA	Hd Mbankomo	Medecin généraliste
Pr AKABA DESIRE	Hd Mbankomo	Directeur HD Mbankomo
Dr MVENG M VALENTIN	Hd Esse	DHD ESSE
EKOUNDA MARIE THERESE	Hd Esse	Commis et ACRR
BASSOKEN NSEGUE MIRIELLE GISLENE	Hd Esse	SG
NGOUDI IBRAHIMA	Hd Esse	PDI COSA ESSE-VILLE
ONGOLO NKOLO ROGER	Hd Esse	C.A /S
NTOLO SYLVIE MARIE	Hd Esse	ASC
ETABA MAURICE CYRILLE	District De Sante	CBS
GODDAY JIBUIN	Csi Afanloum	Chef A/S
NDONGO PIERRE	Csi Afanloum	Président COSA
EBOBO TOULSU	Csi Afanloum	ASCP
AMIA TAMA EMMANUEL	District De Sante	COSADI COSA
NTEH VITALIS	Mairie D'esse	SG Mairie d'ESSE
BITOGO ADALBERT	Mairie D'esse	Chef SAS-ecs
EBENA BELINGA MAUD	MINEPAT	PF suivi des études sur le financement de la santé
WATO JOSEPH	SOCIETE CIVILE	Représentant de la Société Civile
LCL NSI CELESTINE	MINDEF	Direction de la santé militaire
BANA NDI Marie Laure Epse AKONO ZE	DGSN	Commissaire de Police Médecin
YENE ENYEGUE MICHEL MARTIAL	MINTSS	PF suivi des études sur le financement de la santé

Liste des contributeurs			
	TIENTCHEU DJIENA KEVIN	MINDDEVEL	Chef Cellule des Etudes et des Statistiques
	Mme HAWAOU BOUBA	DRFP	CBPBF
	Mme TEK Gaëlle	DRFP	Cadre
	Mme ODZOLO Carine	DRFP	Cadre
	M. NDZIE Alain	DRFP	Cadre
	Mme YAYOU Bertine	DRFP	Cadre
	Mme NANA Vanessa	DRFP	Cadre
	M. MOHAMADOU Nasser	DRFP	Cadre
	M. KEDZE Fidelis	DRFP	Cadre
	Mme WAYO Lyriche	DRFP	Cadre
	Mme ESSAMA Jenny	DRFP	Cadre
	Mme DJOFANG Carelle	DLMEP	Cadre
	Mme YOUMBI Anne Darline	DEP	Cadre
	ESSEBA CYRIAQUE	ASSEMBLEE NATIONALE	PF suivi des études sur le financement de la santé
Consultants	Dr Zakariaou NJOUMEMI	R4DI	
	Mme SATZGER Emma	R4DI	
	Mme MUNYUA Agnes	R4DI	
	Dr Iliassou NKARIEPOUN NJOYA	R4DI	
	Dr Promise ASEH	R4DI	
	Dr Isidore SIELEUNOU	R4DI	
	Dr Yaya POUAKONE SECHOUTDI	R4DI	
	Mme Gislaine TAKOQUEN	R4DI	
Assistance Technique	Dr BISSOUMA-LEDJOU Tania	OMS bureau - Pays Cameroun	
	Dr GATCHO Modeste	OMS bureau - Pays Cameroun	
	Dr Baonga Francky	OMS bureau - Pays Cameroun	
	Dr SPARKES Susan	OMS Siège	
	Mme EARLE Alexandra	OMS Siège	
	Mme NGAUSS Merlor	GIZ	

VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WHO/CMR, ToR CPEA Country Support, WHO Country Office, Yaounde, Cameroon, 2023.
2. SPARC/r4D, CPEA Cameroon Technical Partner ToR, Nairobi, Kenya, 2023.
3. Susan Sparkes, Antonio Duran et Joseph Kutzin, *Approche systémique pour analyser l'efficacité des programmes de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, 2017.
4. Rifat A. Atun, Sara Bennet et Antonio Duran, *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans le système de santé ?* Conférence Ministérielle Européenne de l'Organisation mondiale de la Santé sur les systèmes de santé, juin 2008.
5. Rapport de l'atelier de l'OMS sur les façons de remédier à l'inefficacité des programmes croisés en Afrique | Results for Development (r4d.org)
6. Rapports de revues annuelles (2017-2021) des projets cheque sante et PBF, MINSANTE
7. Njournemi Z., Fadimatou A et Mapa C (2022) : Dépenses de santé et fragmentation du financement : un défi majeur pour la progression vers la couverture santé universelle. Présentation Orale, Conférence Nationale Médicale, 13-16 Décembre 2022, Palais des Congrès, Yaoundé, Cameroun.
8. Allison Kelley (2015) : Financement de la couverture santé universelle en Afrique : le défi de la fragmentation. Short course Institut de médecine Tropicale d'Anvers.

IX. ANNEXES

ANNEXE 1 : SITES VISITES

Tableau 1: Sites visités

Niveau	Structures principales sélectionnées	Structures secondaires et/ou personnels clés
National/Central à Yaoundé	MINSANTE	DRFP, DLMEP, DSF DCOOP, DPS, DEP, DPML
		PNLT
		PNLP
		PEV
	Autres Ministères	CNLS MINFI
	PTFs/Santé Centre	OMS
	Autres institutions	CENAME
Régional	DRSP/Adamaoua	DRSP
		FRPS
		GTR-PEV
		GTR-VIH/SIDA
		GTR-PALU
		GTR-TB
		ICAP
	DRSP/Centre	DRSP
		FRPS
		GTR-PEV
		GTR-VIH/SIDA
		GTR-PALU
		GTR-TB
		Point Focal PEPFAR
District de santé	District de Meiganga	SSD, HD, CMA,CSI, Mairie, OBC, COSA, COSADI, ASC
	District de Ndang	SSD, HD, CMA,CSI, Mairie, OBC, COSA,ASC
	District d'ESSE	SSD, HD, CSI, Mairie, COSA,COSADI, ASC
	District de Mbankomo	SSD, HD, CMA,CSI, Mairie, COSA,CO-SADI, ASC

ANNEXE 2 : RESUME DES PARTIES PRENANTES

Groupe des parties prenantes	Rôle dans le Programme	Comment ils ont été impliqués dans l'évaluation	Bénéfice attendu de l'évaluation
OMS	Soutien technique, y compris le contrôle de la qualité des activités et des résultats du projet ; diffusion des leçons apprises; partage d'informations et de connaissances entre cette étude et des activités similaires dans d'autres pays	Participer aux briefings initiaux lors de la phase de démarrage, aux entretiens lors de la collecte de données, aux commentaires sur le rapport de l'évaluation.	<p>Informar la conception de futurs programmes.</p> <p>Démontrer la responsabilité envers les parties prenantes concernant son rôle dans chaque programme.</p> <p>Démontrer son engagement envers la durabilité.</p>
GAVI	Donateur	Entretiens avec les points focaux, participation à l'enquête en ligne, participation à la réunion d'information, retour d'information sur le projet de rapport sur l'étude de l'CPEA	<p>Valeur ajoutée et contribution aux objectifs stratégiques nationaux et internationaux.</p> <p>Informar les futurs investissements stratégiques</p>
UNICEF	Appui technique et financier	Participation aux entretiens et feedback sur le rapport de l'étude de l'CPEA	Informar sur la meilleure stratégie de gestion des approvisionnements et des stocks
ONUSIDA	Appui technique et financier	Participation aux entretiens et feedback sur le rapport de l'étude de l'CPEA	Renforcer la coordination et aider à la prise de décision efficiente
MINSANTE			
<p>Niveau central :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Secrétaire Permanent -Secrétaire permanent adjoint chargé des programmes -Secrétaire permanent adjoint chargé des opérations - Sous-Directeur de la vaccination -Chef service de la vaccination Chef service de la prise en charge -Chef service de la prévention 	Soutien stratégique notamment dans la gestion et la conduite du programme.	Participer aux briefings initiaux lors de la phase de démarrage, aux entretiens lors de la collecte de données, participer, aux commentaires sur le rapport de l'évaluation.	<p>Informar la transversalisation du programme, la conception de futurs programmes, ou réorienter la mise en œuvre des programmes en cours.</p> <p>Démontrer la responsabilité envers les parties prenantes concernant son rôle dans chaque programme.</p>

			Démontrer son engagement envers la durabilité.
<p>Niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délégué régional -FRPS -Coordinateur régional GTR-PEV - Point focal vaccination -Point focal communication - etc. 	Soutien à la mise en œuvre du programme.	Participer aux entretiens lors de la collecte de données.	Soutenir la transversalisation du programme, la conception de futurs programmes, ou la mise en œuvre des programmes en cours.
<p>Niveau du district:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chef Service Santé du District -Equipe cadre de district: -Directeur de l'hôpital de district -Président du COSADI - Responsables aires de santé (02 Chefs CSI ou CMA) -Présidents COSA (02) -Chef de Bureau Santé Publique -ASC - Autres membres structures de dialogue 	Soutien à la mise en œuvre du programme.	Participer aux entretiens lors de la collecte de données, participer.	Soutenir la transversalisation du programme, la conception de futurs programmes, ou la mise en œuvre des programmes en cours.
Consultants		Prestation de support technique sur différents composants	

ANNEXE 4 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES/GUIDES D'ENTRETIEN AP-PROFONDI

LES PROGRAMMES IDENTIFIES POUR L'ETUDE

- Le programme PEV et VIH SIDA est-t-il une prioritaire pour les dirigeants politiques lorsqu'ils discutent de la réforme de la santé (et pourquoi)?
- Quelle est l'importance du programme PEV/VIH SIDA par rapport aux autres et par rapport à l'ensemble du système de santé? Quelle part du budget de l'État est consacrée au programme PEV ou VIH SIDA?
- Le programme PEV/VIH SIDA bénéficie-t-il d'un financement important de la part des donateurs
- Le programme PEV/VIH SIDA connaît-t-il une baisse possible de l'aide extérieure en tant que source de financement?
- Le programme PEV/VIH SIDA donne-t-il ou pas de résultats suffisants en termes d'effets et de résultats sanitaires?

QUESTIONS A REpondre A CHAQUE NIVEAU DU SYSTEME DE SANTE ET DES PROGRAMMES DE SANTE SELECTIONNES

A. Prestation de services

- Pour le programme PEV/VIH SIDA, dressez la liste des éléments suivants: interventions/services/résultats globaux. Quels sont leurs points forts et leurs contraintes/défis?
- Quels sont les services fournis dans le cadre du programme PEV/VIH SIDA? À quel niveau chacun de ces services est-il fourni et par qui?
- Quel est l'équilibre entre les services de prévention, de santé publique et de traitement pour le programme PEV/VIH SIDA?
- Quel est le type de gestion à chaque niveau de prestation de services pour chacun des programmes?

B. Financement

Collecte de recettes

- Le programme PEV/VIH SIDA a-t-il des sources de revenus spécifiques/distinctes provenant de fonds nationaux ou de donateurs ? Dans l'affirmative, quelle est leur importance relative ?
- Une partie des recettes perçues est-elle affectée à un programme de lutte contre une maladie spécifique ?
- Dans le cas des fonds des donateurs, sont-ils inscrits au budget ou hors budget ? Comment sont-ils intégrés ou pris en considération dans les processus budgétaires nationaux ?

Mise en commun

- Les fonds destinés aux services soutenus par le programme PEV/VIH SIDA sont-ils mis en commun séparément ou sont-ils fusionnés avec les fonds destinés à d'autres services de santé ? Dans l'affirmative, à quel niveau du système sont-ils regroupés ?
- Les fonds pour tous les intrants nécessaires à la fourniture des services soutenus par le programme PEV/VIH SIDA sont-ils regroupés séparément, ou certains postes (tels que les salaires du personnel) sont-ils fusionnés tandis que d'autres (tels que les médicaments) sont conservés séparément ?

Achat de services et d'interventions

- Existe-t-il des méthodes ou des mécanismes de paiement différenciés pour les prestataires de services qui réalisent des interventions programmées ?

- Quelles sont les incitations auxquelles les prestataires sont confrontés en ce qui concerne la fourniture de services pour le programme PEV/VIH SIDA ? Existe-t-il des différences selon le niveau de soins ?
- Qui est le responsable des achats ? Quelles sont les différentes méthodes d'achat utilisées ?
- Quel est le prix/coût relatif des services pertinents soutenus par le programme PEV/VIH SIDA ?

A. Génération de ressources humaines et physiques /Intrants

- Comment les ressources humaines sont-elles formées pour les interventions programmatiques ? (avant et en cours d'emploi)
- Comment les ressources humaines sont-elles réparties (géographiquement et entre les différents niveaux de soins) ?
- Y a-t-il suffisamment de professionnels de la santé et du système de santé pour couvrir les besoins essentiels en matière de santé ? Si ce n'est pas le cas, dans quelles catégories les besoins sont-ils les plus importants ? Existe-t-il des différences de rémunération entre le programme PEV/VIH SIDA et d'autres parties du système de santé ?
- Qui paie la rémunération des ressources humaines (budget national ou externe) ? Le personnel affecté au programme PEV/VIH SIDA fait-il partie du budget récurrent ?

Systèmes d'information

- Comment les données sont-elles générées et gérées par le programme PEV/VIH SIDA ? Les prestataires remplissent-ils des formulaires distincts pour le programme PEV/VIH SIDA ou les informations sont-elles incluses dans un instrument de collecte de données intégré ?
- Dans quelle mesure les systèmes d'information sont-ils utilisés par le programme PEV/VIH SIDA et coordonnés avec d'autres systèmes d'information ? Quelles sont les ressources humaines/les intrants utilisés pour saisir et analyser les informations/données ?
- Les résultats des systèmes d'information facilitent-ils la prise de décision en ce qui concerne les autres fonctions (fourniture de services, financement, gestion/gouvernance) ? Ou en fonction des maladies et des groupes de population ?
- Les données collectées par le programme PEV/VIH SIDA sont-elles largement accessibles et transparentes pour le public ?

Installations

- Les installations aux différents niveaux sont-elles disponibles pour mener des interventions de qualité dans le cadre du programme PEV/VIH SIDA ?
- Y a-t-il des établissements qui ne fonctionnent pas à pleine capacité pour des interventions spécifiques du programme PEV/VIH SIDA ? Quelle est l'utilisation des capacités dans les différents types d'établissements ?

Chaîne d'approvisionnement et systèmes d'achat

- En quoi consistent les chaînes d'approvisionnement du programme PEV/VIH SIDA (approvisionnement, stockage, distribution de consommables, produits pharmaceutiques, etc.)
- Comment les ruptures de stock sont-elles suivies et à quelle fréquence se produisent-elles ?

D. Gouvernance

- Comment la planification du programme PEV/VIH SIDA est-elle coordonnée avec la planification de l'ensemble du système de santé et qui élabore ces plans ? À quel niveau et comment les plans du programme PEV/VIH SIDA et du système de santé se rejoignent-ils ?
- Quel est le processus de budgétisation du programme PEV/VIH SIDA ?
- Existe-t-il un plan opérationnel centralisé dans lequel s'inscrit le plan du programme PEV/VIH SIDA et quelles sont les principales parties prenantes dans ce processus ? Existe-t-il un organisme de coordination des donateurs qui travaille en étroite collaboration avec le ministère de la santé ?

- Quels sont les principaux types d'accords de gouvernance pour les établissements de santé/prestataires de soins dans le cadre du programme PEV/VIH SIDA ?
- Quels sont les mécanismes de responsabilisation en place pour obtenir des résultats dans le programme PEV/VIH SIDA (audit, rapports annuels, envois confidentiels, etc.) ? Existe-t-il des différences majeures avec le reste du système de santé ?

QUESTIONS POUR LA MISE EN CORRESPONDANCE DES FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ AVEC LES PROGRAMMES PEV PALU TB et VIH SIDA.

Prestation de services

À qui les services sont-ils fournis ?

- À des groupes ou à l'ensemble de la population (comme les PVVIH, les enfants et femmes enceintes cibles de la vaccination)
- Aux individus/clients/patients (traitement par ARV, conseils personnels sur les modes de vie, etc.)

Caractéristiques des prestations

- Les avantages reviennent en grande partie à l'individu qui a reçu les services ("biens privés", tels qu'une opération chirurgicale).
- Les avantages profitent à tous ("biens publics", tels que la vaccination)
- Les avantages s'étendent au-delà de l'individu qui reçoit le service, mais pas à l'ensemble de la société (services ayant des "externalités positives", tels que le traitement des maladies transmissibles).

Types de services fournis et modalités d'organisation

- Installations et prestataires distincts : les installations et les prestataires sont spécialisés dans la prise en charge d'une maladie, d'un groupe de population ou d'une intervention spécifique (par exemple, installations et prestataires distincts pour les services associés au programme).
- Installations et prestataires intégrés : l'installation et le prestataire desservent plus d'une maladie, d'une intervention ou d'une population donnée (comme la prestation de services intégrés, qui comprend les services associés au programme ainsi que d'autres services de santé).
- Unités mixtes : unités spécialisées hébergées dans un établissement ou un réseau coordonné/intégré.

Financement

Collecte de recettes

- Quelles sont les sources de financement du système de santé ? les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA ont-ils des sources spécifiques et distinctes ?
- Les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA ont-ils des modalités de perception des recettes qui leur sont propres ?
- Les paiements directs jouent-ils un rôle important pour l'un ou l'autre des services soutenus par les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA ?
- Certaines sources de revenus (notamment l'aide des donateurs externes) sont-elles limitées dans le temps ? Ou le calendrier est-il incertain ?

Mise en commun

- Quelles sont les modalités générales d'accumulation des recettes prépayées pour la santé au nom d'une partie ou de la totalité de la population ?
- Les fonds destinés aux services soutenus par chaque programme (PEV, PALU, TB et VIH/SIDA) sont-ils mis en commun séparément ou sont-ils fusionnés avec les fonds destinés à d'autres services de santé ?
- Les fonds pour tous les intrants nécessaires à la fourniture des services soutenus par les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA sont-ils regroupés séparément, ou certains postes (tels que

les salaires du personnel) sont-ils fusionnés tandis que d'autres (tels que les médicaments) sont conservés séparément ?

Achat de services/interventions

- Pour les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA quels sont les moyens et les méthodes utilisés pour allouer les ressources prépayées du pool aux prestataires de services ? En quoi diffèrent-ils d'un programme à l'autre ?
- Quelles sont les incitations auxquelles les prestataires sont confrontés en ce qui concerne la fourniture de services pour un objectif de programme particulier ? Ces incitations diffèrent-elles d'un programme à l'autre ? Quelles sont les motivations des prestataires en ce qui concerne la fourniture de services pour un objectif de programme particulier ?
- La situation est-elle comparable à celle du système de santé dans son ensemble ? Les mêmes prestataires (tels que les centres de soins de santé primaires) sont-ils confrontés à des incitations financières différentes selon les programmes ?
- Dans quelle mesure les prestataires sont-ils autonomes dans leur capacité à répondre à l'évolution des incitations ?
- Les services liés aux programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA ont-ils partie d'un ensemble de prestations communes ? Ou sont-ils considérés dans la pratique séparément, en dehors d'un ensemble de services de base ?

Génération de ressources humaines et physiques /intants

- Comment les ressources humaines sont-elles formées, conservées, distribuées, utilisées et rémunérées ? Y a-t-il suffisamment de professionnels de la santé pour couvrir les besoins essentiels en matière de santé ? Existe-t-il des différences de rémunération entre les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA et avec d'autres secteurs du système de santé ?
- Les installations disponibles sont-elles d'une qualité suffisante pour répondre aux besoins des patients, quel que soit le programme ? Certains établissements ne fonctionnent-ils pas à pleine capacité ?
- Dans quelle mesure la fourniture de services au sein des programmes et/ou entre les programmes est-elle affectée par la disponibilité segmentée des technologies et des fournitures ?
- Comment les données sont-elles générées et gérées par les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA ? Les prestataires remplissent-ils des formulaires distincts pour (chaque) programme ou les informations sont-elles incluses dans un instrument de collecte de données plus intégré ? Les données relatives aux programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA sont-elles conservées séparément par les programmes ou sont-elles simplement mises à la disposition des responsables des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA par l'unité qui gère le système national d'information sanitaire ?
- Les données du programme sont-elles largement accessibles et transparentes pour le public ? Sont-elles disponibles sur demande ou publiées sur le web ?
- Dans quelle mesure les systèmes d'information utilisés pour/par les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA sont-ils coordonnés avec d'autres systèmes d'information ? Leurs résultats facilitent-ils la prise de décision en ce qui concerne les autres fonctions (fourniture de services, financement, gestion/gouvernance) ? Ou pour l'ensemble des maladies et des groupes de population ? Quelle est la situation comparative dans d'autres parties du système ?
- Combien y a-t-il de chaînes d'approvisionnement (telles que l'achat, le stockage, la distribution de consommables, de produits pharmaceutiques) au sein des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA et entre eux ?

Gouvernance

- Comment la planification des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA est-elle coordonnée avec la planification de l'ensemble du système de santé ? À quel niveau et comment les plans des programmes et du système de santé se rejoignent-ils ? Qui élabore les plans des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA ? Le système de santé ?
- Quels sont les types prédominants d'accords de gouvernance pour les établissements de santé/prestataires au sein des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA et d'un programme à l'autre, à savoir :
 - i) une "bureaucratie hiérarchique" avec un contrôle étroit et une liberté de décision limitée au niveau du prestataire, ou
 - ii) une "approche directe du marché" avec une interaction relativement peu réglementée entre les patients et les prestataires et peu d'orientation ou de contrôle externe, ou
 - iii) une gouvernance autonome, impliquant souvent des relations contractuelles avec des prestataires privés ou publics
- Quel type de réglementation est utilisé pour contrôler les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA (lois de l'État, règlements, décrets et règles locales, etc.) Existe-t-il des différences majeures avec le reste du système de santé ?
- Quels sont les mécanismes de responsabilisation mis en place pour obtenir des résultats dans chaque programme (audit, rapports annuels, dépêches confidentielles, etc.) Comment ces mécanismes sont-ils utilisés ? Existe-t-il des différences majeures avec le reste du système de santé ?

Tableau de collecte de données au sein de chaque programme (PEV, PALU, TB et VIH/SIDA)

Zone	Programme PEV	Programme TB	Programme PALU	Programme VIH/SIDA
Informateurs clés				
Financement : Collecte de recettes (publiques, privées, externes)				
Financement : Mise en commun				
Financement : Achats (acteurs, paiement des prestataires, fixation des prix, conception des prestations)				
Financement : Systèmes de gestion des finances publiques (budget/hors budget)				
Prestation de services : Liste des services offerts				
Prestation de services : Caractéristiques des prestations, population cible, canaux de prestation (types d'établissements de santé, OSC, etc.)				
Création de ressources : Développement et distribution des ressources humaines				

Création de ressources : Qualité et capacité des installations				
Création de ressources : Utilisation des systèmes d'information (systèmes, capacités des ressources humaines)				
Création de ressources : Flux de la chaîne d'approvisionnement (approvisionnement, entrepôt, distribution, stocks dans les installations)				
Création de ressources : Systèmes de données (collecte et utilisation)				
Gouvernance : Gestion, planification et budgétisation				
Principaux enseignements, autres notes, suivi				

Tableau de collecte de données sur les différents niveaux de soins pour le programme PEV, PALU, TB et VIH/SIDA

	Clinique de proximité	Centre de santé communautaire	Hôpital de district	Hôpital régional	Hôpital national de référence	Installations privées
Services fournis						
Financement (achat, mise en commun)						
Ressources humaines						
Ressources physiques, gestion des données, infrastructure						
Chaînes d'approvisionnement et achats						
Gouvernance						
Principaux enseignements, autres notes, suivi						

QUESTIONS POUR L'ANALYSE TRANSVERSALE DES PROGRAMMES PEV, PALU, TB et VIH/SIDA

- Où y a-t-il des doubles emplois, des chevauchements et des désalignements dans les fonctions et les sous-fonctions spécifiques des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA? Quelle(s) en est/sont la/les principale(s) raison(s) ?
- Comment ces duplications, chevauchements et désalignements influencent-ils la capacité des programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA à atteindre les populations cibles avec leurs résultats ?
- Y a-t-il un programme particulier dans lesquels les chevauchements sont plus nombreux que dans d'autres ?
- Y a-t-il des domaines problématiques qui ressortent clairement de l'analyse (par exemple, plusieurs dispositifs parallèles d'achat de médicaments, des systèmes d'information ou l'utilisation d'intrants inutilement coûteux) ?
- Quel pourrait être le meilleur "point d'entrée" en termes de "fruits à portée de main" ? Cela nécessiterait-il de nouveaux investissements, par exemple pour renforcer un système d'information national capable de répondre aux besoins de programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA?
- Quelles sont les principales inefficacités auxquelles les réformes.

Tableau d'analyse fonctionnelle inter-programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA

Résultats	Preuves à l'appui	Analyse	Implications	Options politiques
<i>Financement : ...</i>				
<i>Production de ressources/chaînes d'approvisionnement : ...</i>				
<i>Génération de ressources : ...</i>				
<i>Approvisionnement : ...</i>				
<i>Prestation de services : ...</i>				
<i>Systèmes d'information : ...</i>				
<i>Gouvernance : ...</i>				

QUESTIONS POUR L'ELABORATION D'OPTIONS POLITIQUES

- Quelle est la source d'inefficacité visée ?
- Quels sont les programmes et les acteurs/institutions du système de santé au sens large qui sont impliqués ?
- Pourquoi cette source et la réponse politique correspondante constituent-elles une priorité pour le secteur de la santé ?
- Quelle est la réponse politique spécifique attendue ? Par quels leviers le changement sera-t-il affecté ?
- Dans quelle mesure les changements envisagés sont-ils réalisables en termes politiques et opérationnels ?
- Quelles sont les parties prenantes qui seront directement et indirectement touchées par la réforme proposée ? Quelle est leur position par rapport à la réforme proposée et quel est leur pouvoir de la soutenir ou de la bloquer ?
- Quels sont les mécanismes de responsabilisation proposés pour garantir que la couverture des services prioritaires est maintenue ou, de préférence, augmentée ?
- Sur la base de l'effet hypothétique de la réforme, quels sont les produits/résultats qui devraient bénéficier de la réforme proposée ?
- Comment les gains d'efficacité seront-ils saisis ? Des économies ou des résultats améliorés seront-ils produits ?
- Dans quel ordre peut-on remédier à cette inefficacité ?

Tableau de la matrice d'évaluation des politiques pour les programmes PEV, PALU, TB et VIH/SIDA

Quelle est la politique ?	Quels sont les fonctions ou les programmes visés par la politique ?	Comment cette option politique serait-elle mise en œuvre ?	Par quels acteurs cette politique serait-elle mise en œuvre ?	Quelle est la faisabilité de la mise en œuvre de cette politique, tant sur le plan technique que politique ?	Quel est l'impact final de cette politique ?
<i>Politique n° 1</i>					
<i>Politique n° 2</i>					
<i>Politique n° 3</i>					