


Cette présentation a été effectuée le 17 novembre 2008, au cours de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.



JASP 2008
RENCONTRE SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE
Quebec 17 – 18 novembre 2008

- STRATEGIES D’ACTION-
“AMELIORER L’ACCES AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE AU CAMEROUN”

Dominique Kondji Kondji
Coordonnateur National / Association Camerounaise de Santé Publique (ACASAP)
Directeur Exécutif BCH AFRICA (Building Capacities for Better health in Africa) Cameroun
Delegué du REFIPS / Cameroun

PLAN DE LA PRESENTATION

- PRESENTATION DU CAMEROUN
- CONTEXTE HISTORIQUE
- ETAT DES LIEUX DE L’ACCES AUX SOINS
 - Accès primaire
 - Accès secondaire
 - Inégalités par construction
- APPROCHES DE SOLUTIONS PAR DES REFORMES
- EXPERIENCES DE PROMOTION DE L’ACCES AUX SOINS
- QUELQUES STRATEGIES D’ACTIONS A ENVISAGER

CARTE DU CAMEROUN



3

INFORMATIONS SUR LE CAMEROUN

- CAMEROUN, pays d'Afrique Centrale; Pays bilingue (Français et Anglais)
- Population: **18 millions d'habitants** , superficie: 475,000 Km²;
- Proportion population vivant en dessous du seuil de pauvreté = **40%**
- Espérance de vie à la naissance = **46 ans**
- Taux de mortalité infantile + **87 pour mille**
- Taux de mortalité maternelle = **669 pour 100000 naissances vivantes**
- 10 provinces administratives avec chacune un hôpital provincial
- 174 districts de santé avec chacun un hôpital de district;
- 03 hôpitaux centraux et 04 hôpitaux de référence (concentrés dans les deux villes de Yaoundé et Douala);
- 03 Facultés de Médecine ; 01 Faculté de sciences infirmières et de techniques biomédicales.

4

CONTEXTE HISTORIQUE

- 1982: **Adoption par le Cameroun de la stratégie de SSP**
1993: **Déclaration Nationale de mise en œuvre de la Réorientation des SSP**: Approche district, Cofinancement et cogestion
- 1996 – **la loi-cadre dans le domaine de la santé** :
Objet: « *amélioration de l'état de santé des populations , accessibilité aux soins intégrés et de qualité avec la pleine participation des populations a la gestion et au financement des activités de santé* ».
- 2000: **Adoption du document de stratégie de réduction de la pauvreté**
- 2001: **Élaboration de la stratégie sectorielle de santé** axée sur huit programmes prioritaires (**approche programme**)
- 2008: **CONTEXTE SANITAIRE ACTUEL EN AFRIQUE = REVITALISATION DES SSP ET RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE** pour atteindre les OMD lies a la sante (**Conférence internationale sur les SSP/Ouagadougou avril 2008 et 28^e Comite Régional OMS/AFRO sept 2008**)

5

ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS

ACCES PRIMAIRE AUX SOINS

- Couverture sanitaire en centres de santé: **80% mais très inégalement repartis dans le système (problème d'accessibilité géographique aux soins)**;
- Prévalence encore élevée des maladies dues a **l'ignorance et a la pauvreté** telles que: **malnutrition infantile chez les moins de 5 ans (18%), carence en vitamine A chez les moins de cinq ans (40%) etc.**
- **Refus** par certaines populations de prestations de soins de santé pourtant gratuites (vaccination, supplémentation en vitamine A)
- **Méconnaissance des droits et devoirs vis a vis de la santé** par la majorité de la population (**faible niveau d'éducation en matière de santé**)
- **Faible accessibilité a l'eau potable (66%)**
- **Attitudes des professionnels de la santé peu favorables** au développement des compétences individuelles et communautaires en santé.
- Couverture sanitaire insuffisante en **milieu de travail** et en **milieu scolaire**
- **Coûts élevés des soins** par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population

6

ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS

ACCES SECONDAIRE AUX SOINS

DOUBLE FARDEAU MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

- Faible disponibilité et permanence des soins en milieu rural
- Insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines de la santé
- Gestion des indigents non rationalisée dans les formations sanitaires publiques; carences en matière d'humanisation des soins
- Absence de normes, de protocoles et de standards de soins dans les formations sanitaires
- Système de référence/contre référence non rationalise
- Forte prédominance de l'approche biomédicale (hospitalocentrisme) au détriment de la promotion de la santé et la santé communautaire
- Forte propension à la rentabilité économique des formations sanitaires publiques

7

ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS

INEGALITES PAR CONSTRUCTION

- Une planification stratégique en santé basée sur des approches verticales (top/down) de type technocratique sans véritable valorisation des dimensions sociale et communautaire
- Absence d'approches et actions concrètes visant à réduire les inégalités sociales dans les programmes de santé;
- Faible niveau d'intersectorialité en matière de gestion intégrée et coordonnée des déterminants sociaux de la santé
- Absence de stratégies concertées pour la gestion coordonnée de certains groupes défavorisés tels que les enfants de la rue, les pygmées, les personnes du troisième âge et les malades mentaux etc.)

8

APPROCHES DE SOLUTIONS PAR DES REFORMES

- **Révision de la Stratégie Sectorielle de santé** axée sur la **viabilisation des districts** comme approche pour atteindre les OMD à l'horizon 2015 (2007)
- **Développement de l'approche sectorielle et du "concours qualité"** pour promouvoir la **bonne gouvernance en santé** et améliorer la **qualité des soins** (2007/2008)
- **Mise en place en cours d'un système de mutualisation du risque maladie** à base communautaire pour rendre les soins plus accessibles
- **Développement en cours d'une politique nationale de promotion de la santé** pour réduire les inégalités primaires de santé (2007)
- **Élaboration et adoption d'une stratégie partenariale** pour mieux impliquer les secteurs connexes, le secteur privé et la société civile dans l'action sanitaire (2004)
- **Développement en cours d'une législation et une réglementation sur la pratique de la médecine traditionnelle** pour améliorer l'accès aux soins (2007/2008)

9

L'ACCES PRIMAIRE AUX SOINS (1)

- **Le Gouvernement du Cameroun**
 - **Gratuite de la vaccination** des enfants de moins d'un an et les femmes enceintes;
 - **Accès gratuit aux ARV** pour les malades et subvention des examens de suivi
 - **Gratuite de la moustiquaire imprégnée** aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes
 - **Gratuite du Traitement Préventif Intermittent (TPI)** pour les femmes enceintes
 - **Gratuite de l'accès au traitement antituberculeux** pour tous;
 - **Réduction du coût des médicaments essentiels dans les FS**

10

L'ACCES PRIMAIRE AUX SOINS (1)

- **Exemple de la coopération allemande a travers la GTZ :**

Expérience réussie de promotion des **Soins de santé Primaires** dans les provinces du Nord Ouest, Sud Ouest et Littoral axée sur:

- la participation des populations au financement des soins a moindre coûts et la mise en place des pharmacies communautaires et des mutuelles de santé,
- la cogestion des ressources entre communautés/santé
- le développement des **Fonds Spéciaux de Promotion de la Santé** (FSPS) dans chacune des trois provinces et appui a la rehabilitation des hôpitaux de districts;

11

EXPERIENCES DE PROMOTION DE L'ACCES PRIMAIRE AUX SOINS (3)

- **Exemple de L'ONG BCH AFRICA**

EXPERIENCE de capacitation (**empowerment**) des leaders communautaires du district de santé de Deido/Douala:

- Appui a l'organisation communautaire, info/sensibilisation, autoévaluation diagnostique et réponses locales sous forme d'initiatives communautaires, formation a la cogestion en sante, encadrement technique et appui conseil .

RESULTATS

- Appropriation communautaire des activités promotionnelles avec une meilleure couverture des groupes vulnérables et pérennisation
- Amélioration des indicateurs des programmes (PEV, paludisme)
- Gestion communautaire efficace des épidémies de cholera .

12

EXPERIENCES DE PROMOTION DE L'ACCES PRIMAIRE AUX SOINS (4)

- **Exemple de l'Association Camerounaise de Sante Publique (ACASAP)**

- « *Projet de Renforcement des Compétences communautaires en promotion de la santé* dans les districts de santé de la Cite des Palmiers et Yabassi » avec l'appui de l'Association canadienne de santé publique (ACSP/PRASP); Projet pilote en cours de mise en œuvre.

Résultats attendus:

- Amélioration des connaissances et compétences des populations des deux districts sur la vaccination, le paludisme et la vitamine A
- Responsabilisation des leaders communautaires et municipalités
- Initiatives communautaires, appropriation et pérennisation
- Amélioration de l'accès primaire aux soins et services de sante.

13

QUELQUES STRATEGIES D' ACTIONS A ENVISAGER (1)

- **RECHERCHE:** Mener une étude sur l'évaluation de l'accès aux soins et services de santé au Cameroun (données probantes pour une planification politique pertinente)
- **PLAIDOYER POLITIQUE:**
 - Faire de la réduction des inégalités sociales de santé, un objectif politique en plus de l'amélioration de l'état de santé des populations.
 - Adopter et mettre en œuvre la politique nationale de promotion de la santé
- **PLANIFICATION TECHNIQUE/PRESTATION:** Développer et mettre en œuvre un Programme intégré d'Information et d'Education Communautaires (PIEC) en vue de promouvoir la connaissance par tous les groupes sociaux des besoins de santé, des droits et devoirs de chacun vis à vis de la santé.
- **RENFORCEMENT DES CAPACITES:** Réorienter la formation des ressources humaines de la santé vers la santé publique, la promotion de la santé et la pratique de la santé communautaire.

14

QUELQUES STRATEGIES D' ACTIONS A ENVISAGER (2)

- **PARTENARIAT/ INTERSECTORIALITE:** Renforcer la collaboration intersectorielle et formaliser le partenariat avec la société civile en matière de santé;
- **DECENTRALISATION/RESPONSABILISATION:** Renforcer le rôle des municipalités et des organisations de la société civile dans la promotion et la défense des droits des couches vulnérables et défavorisées en matière de santé;
- **REFORME HOSPITALIERE:** Renforcer les dimensions techniques et sociales des formations sanitaires publiques, promouvoir l'humanisation des soins et une meilleure gestion des groupes défavorisés (indigents).

15

REFERENCES A CONSULTER

- **Politique et système de sante:** *évolution historique au Cameroun: de la conceptualisation a l'operationnalisation;* manuel d'information et de formation des acteurs et partenaires du secteur de la sante. Janvier 2005, 243 pages
Auteur: Dominique Kondji Kondji
Contact: kondji2002@yahoo.fr, dkondji@gmail.com,
- **Réalisation des OMD en Afrique subsaharienne:**
« Recourir aux approches de promotion de la sante et de sante communautaire pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement lies a la sante »; Une Vision stratégique de BCH AFRICA. 2007, 39 pages
Contact: bch_africa@yahoo.fr , zomboudem@yahoo.fr

16

