

**ANALYSE SITUATIONELLE SUR LA SECURITE DE  
PRODUITS DE SANTE DE LA REPRODUCTION AU  
CAMEROUN UTILISANT L'OUTIL SPARCH**

Par **Dr John Yap Yap**, Consultant, Expert en Management des  
Programmes de SR  
Pour le compte du **MSP avec l'appui de DELIVER**

## Liste des Abréviations

ACMS	-	Association camerounaise de marketing social
ALVF	-	Association de Lutte contre le Violences faites aux Femmes
ARV	-	Anti-Retro viraux
AWARE	-	Action for West Africa Region
BAD	-	Banque africaine de développement
BM	-	Banque mondiale
CAMNAFAW-	-	Association camerounaise pour le bien être familiale
CAPP	-	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial
CCV	-	Contraception Chirurgicale Volontaire
CENAME	-	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CHACOM	-	Changement des Comportements
CHP	-	Care and Health Program
CMM	-	Consommation Moyenne Mensuelle
CNLS	-	Comite National de Lutte contre le Sida
CTA	-	Centre de Traitement Agréé
CTS	-	Clinical Training Skills
DPM	-	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPSP	-	Délégation provinciale de la Santé Publique
DS	-	District de Santé
DSF	-	Direction de la Santé Familiale
EDSC	-	Enquête Démographique et de Santé
EVF	-	Education à la Vie familiale
EVF/EMP	-	Education à la Vie Familiale ; Education en Matière de Population
IDH	-	Indice de Développement Humain
IPH	-	Indicateur de Pauvreté Humaine
LANACOM	-	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
ME	-	Médicament Essentiel
MINDEF	-	Ministère de la Défense
MINEDUC	-	Ministère de l'Education Nationale
MINESUP	-	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MMR	-	Maternité à Moindre Risque
MMR	-	Maternité à Moindre Risque
MSP	-	Ministère de la Santé Publique
OMD	-	Objectif du Millénaire sur le Développement
PE	-	Pair Educateur
PEV	-	Programme Elargi de Vaccination
PEV	-	Programme Elargi de Vaccination
PF	-	Planification familiale
PMA	-	Paquet Minimum d'Activité
PNP	-	Politique Normes et Procédures
PNUD	-	Programme des Nations Unies pour le Développement
PROFAM	-	Protection de la Famille (amélioration de la qualité et l'accessibilité des soins de qualité pour la plus grande couche de la population en SR / SMI)
PTME	-	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA
PVVS	-	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
ROS	-	Renforcement de l'offre de Service

ROSACAM	-	Réseau des Organisations travaillant dans le Secteur Santé au Cameroun
SBC	-	Services a Base Communautaire (en PF)
SC	-	Sécurité Contraceptive
SFPS	-	Santé Familiale et Prévention du SIDA
SIDA	-	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SIS	-	Système d'Information de Gestion
SOU	-	Soins Obstétricaux d'Urgence
SPC	-	Sécurité des produits contraceptifs
SPSR	-	Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
SPSR	-	Sécurité des produits de Santé de la Reproduction
SR	-	Santé de la Reproduction
SRA	-	Santé de la Reproduction des Adolescents
SSS	-	Stratégie Sectorielle de Santé
SWAA	-	Society for Women and AIDS in Africa
SYNAME	-	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TPC	-	Taux de Prévalence Contraceptive
TVA	-	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	-	Union européenne
VIH	-	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Table de Matières**

Introduction .....	6
Méthodologie .....	7
Contexte Démographique, Géographique et Politique .....	7
Contexte et Géographique.....	10
Contexte Historique .....	11
Contexte Economique .....	11
Contexte socioculturel .....	12
Contexte sanitaire .....	14
Analyse de la situation sur le plan politique .....	17
La Coordination .....	22
L'Engagement .....	24
La Demande .....	26
L'Analyse situationnelle de la Demande .....	26
Utilisation de la Contraception Moderne .....	30
Les Sources de l'Approvisionnement .....	32
L'Expansion actuelle du marché de la Contraception .....	34
Les Principaux Constats sur la Demande .....	36
L'Offre de Service .....	37
Le Survol du Secteur de Santé .....	38
Historique de l'Offre de Service .....	38
Les Compétences des Prestataires .....	39
La Liste des Médicaments par niveau.....	41
Les services et les Produits de SR .....	42
La Distribution .....	46

Prévision et besoin d'approvisionnement .....	50
Achat des Produits .....	51
Les Principaux Constats sur l'offre de service .....	52
Le Financement .....	53
Budget secteur santé .....	54
Financement des ménages .....	55
Conclusion .....	56
Bibliographie .....	57
Annexe 1 .....	59

## 1. Introduction

L'approvisionnement en contraceptifs du Cameroun est jusqu'ici tributaire de l'aide extérieure. Les partenaires impliqués dans ce domaine sont par ordre: l'USAID et l'UNFPA, KFW.

Depuis 2003, l'USAID a annoncé son retrait de l'achat de contraceptifs des pays suivants: Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Togo et Cameroun quatre pays qui bénéficiaient jusque là de l'appui de l'ancien projet SFPS dont les activités ont pris fin en 2003.

Devant la menace de rupture de stock sur l'ensemble du pays liée au retrait du plus grand partenaire, DELIVER, POLICY et AWARE ont été commis pour animer la réflexion sur la problématique de l'approvisionnement en contraceptifs dans les 4 pays.

Il s'avère que le budget de AWARE, (le projet pour mise en œuvre de la SR dans les pays de l'Afrique de l'Ouest plus le Cameroun et le Tchad.) pour l'achat de contraceptifs est le même pour les 15 pays de la CEDEAO + 3, que dans les 4 pays couverts autrefois par le Projet SFPS. On conçoit donc clairement l'urgence et la nécessité de trouver une solution à terme : un plan de sécurisation des contraceptifs à long terme.

Par définition, la sécurité contraceptive est atteinte lorsque les clients hommes comme femmes peuvent disposer des produits dont ils ont besoin quand et où ils les veulent. Ceci suppose la maîtrise de certains préalables dont la connaissance du contexte, de la qualité du système d'approvisionnement en produits de la demande des services, de l'évaluation des besoins en terme de coût, entre autre.

Un outil d'évaluation en matière de SPC a à cet effet été finalisé. Un plan d'action sur les prochaines étapes a été élaboré prévoyant le recrutement d'un consultant Camerounais résident au Cameroun pour finaliser l'outil d'évaluation et collecter les informations nécessaires pour la préparation du plan stratégique sur la SPC.

Les objectifs assignés à l'évaluation étaient les suivants :

- Procéder à une analyse des tendances des consommations passées afin de faire des projections futures sur la consommations des différentes produits de SR ;
- Identifier les forces et les faiblesses et les opportunités dans le système de SC au Cameroun ;
- Identifier les actions de suivi à mener dans l'immédiat dans le but du renforcement la sécurisation des contraceptifs
- Identifier les actions à mener pour appuyer le gouvernement et les partenaire pour la production d'un plan stratégique de SC

L'objet de ce rapport vise effectivement à présenter le résultat de cette recherche sur l'analyse de la situation sur la sécurisation des contraceptifs au Cameroun.

## **2. Méthodologie :**

L'analyse situationnelle de la sécurisation des produits contraceptifs au Cameroun a eu lieu du 30 Juin au 27 Juillet 04.

La méthode utilisée était basée sur le recueil des données à travers des interviews des responsables et autres informateurs clés( DSF, DPM, Directeur CENAME, SP/CNLS...); des discussions de groupe avec les prestataires de services; des séances de travail organisées avec les cadres du MSP désignés pour appuyer le consultant avec échanges réguliers de drafts de rapport au fur de l'évolution de celui-ci; une revue documentaire pour compléter la collecte des informations.

Une Revue du travail fait par le consultant et les experts de la DSF et de la DPM a été organisée le 22 juillet 04, pour la Présentation des résultats préliminaires de l'analyse de la situation en présence des membres du comité de suivi de la SC. Les travaux du comité étaient présidés par le DSF.

A l'issue de la collecte des données et de leur analyse les informations ont été classées par composantes et, pour chacune, les forces et les faiblesses ont été mises en exergue selon la perception des informateurs clés ou les prestataires. L'analyse des faiblesses permettra dans la suite aux responsables du MSP de ressortir les actions prioritaires à prendre en compte dans l'immédiat pour le développement d'un plan stratégique pour la sécurisation des contraceptifs..

### **3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, GEOGRAPHIQUE ET POLITIQUE**

La composante ci-dessus désignée de l'AS a pour objet de situer le présent travail dans le contexte camerounais. L'AS va s'atteler à décrire puis scruter cet environnement afin de déceler les obstacles éventuels à contourner ou à faire face, et les opportunités à saisir pour assurer une meilleure sécurité aux produits de SR. Pour ce faire, il importe d'inventorier les facteurs démographiques et les différentes politiques existant en relation avec le secteur de la santé en général et de façon plus spécifique avec la SR.

#### **3.1 Démographie**

##### **3.1.1 Analyse situationnelle**

La population camerounaise est estimée à plus de 15 292 000 habitants (MICS 2001). Elle augmente à un rythme important : estimé à 1,9 % en 1950, le taux d'accroissement annuel moyen a été évalué à 2,87 % en 2000. A ce rythme de croissance, la population doublera en moins de 24 ans ; en d'autres termes, d'ici 2014, le Cameroun pourrait compter environ 23 millions d'habitants. Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en dix provinces.

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

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

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

Le taux de croissance annuel de la population du Cameroun est de l'ordre de 2,8% (Annuaire Statistique du Cameroun 2000). Des zones de faible peuplement occupant la majeure partie du territoire national contrastent avec des zones à très forte concentration humaine des hautes terres de l'Extrême nord et de l'Ouest.

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

La pyramide des âges présente donc une base large, caractéristique des pays en développement, qui se rétrécit rapidement. Les femmes représentent 50,8% de la population totale.

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



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

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

Le profile socio démographique du Cameroun en chiffre transparait à travers le tableau ci-après

**Tableau 1 : Profile socio-démographique du Cameroun**

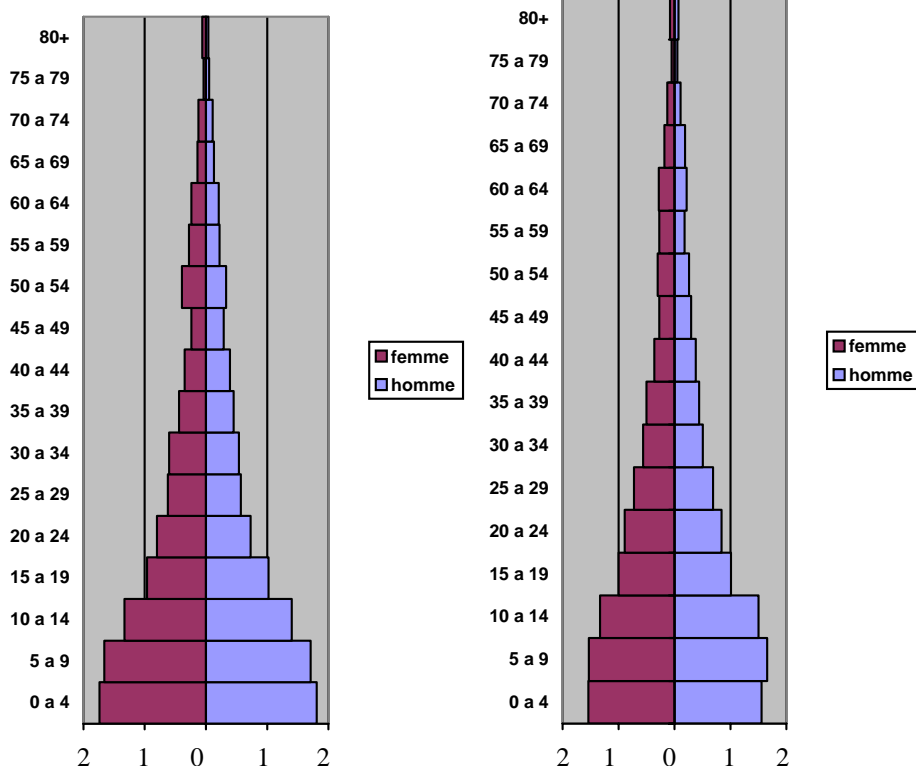
TPC par groupe d'age	EDS 1998	MICS 2001	Banque de France, Rapport zone franc 2002
Population	14 439 000	15 292 000	16 164 000*
Taux de croissance	2.8	2.89	2.89
Taux de fertilité		5.14	5.14
% population <24 ans		64.19	
% population urbain rural		50.14/49.86	
Taux de croissance urbain			
Espérance de vie Homme Femme	50.0 (Banque de France)	56.7/61.3	56.7 / 61.3
Taux de mortalité infantile		77 par 1000	9.5
Taux de mortalité des moins de 5 ans		73.1 / 76.4	
Taux de mortalité maternel		43 par 10 000	
Taux de prévalence VIH		11.8	
Taux d'alphabétisation adulte		67.9	
Accès a l'eau potable		52	
Dépenses en Santé publique		40 598 000 000	
Pourcentage de naissances avec personnel qualifié		54	60 % (MICS)
Taux d'inscription au primaire		81.3 / 76.3	
Taux d'inscription secondaire		77 / 59.8	
Population vivant en deçà du seuil du pauvreté		40.2	33.4
PIB par capita		\$644	
PIB taux de croissance		4.7	5.0 (2001)

Indice du développement humain	135/173 (0,780)		
--------------------------------	--------------------	--	--

Le schéma ci-dessous compare l'évolution de la pyramide des âges de 1991 et 1998, et révèle un élargissement à la base plus marqué en 1991 qu'en 1998.

Graphique 1 : Pyramide des âges 1991

Pyramide des âges 1998



### 3.1.2 SITUATION GEOGRAPHIQUE

Situé en Afrique centrale, le Cameroun est au croisement de l'Afrique Equatoriale du sud et de l'Afrique tropicale du nord. IL partage une frontière commune avec le Nigeria à l'Ouest, le Tchad au Nord-Est, la république Centrafricaine à l'Est, le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale au Sud. Il a une superficies de 475650km<sup>2</sup> , confirmée en 2002 par le verdict de la cours internationale de justice de la Hayes dans le conflit qui l'opposait au Nigeria à propos de la presqu'île de Bakassi.

### 3.1.3 CONTEXTE HISTORIQUE

Découvert par les Portugais, le Cameroun a connu 3 administrations coloniales : celle de l'Allemagne, de la France et de la Grande Bretagne.

Après plus de deux décennies de pouvoir monopartiste, le paysage politique est, depuis 1990, marqué par le multipartisme. Ainsi, plus de deux cents parties animent la vie politique.

La Constitution de 1996 consacre la séparation des pouvoirs:

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

La même Constitution prévoit la décentralisation et la gestion publique avec la création des Régions et des collectivités décentralisées. Cela est actuellement chose faite et le président de la république vient de promulguer La loi N° 2004/019 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux Régions.

### 3.1.4 CONTEXTE ECONOMIQUE

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

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

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

Ensuite, on assiste à un retournement de tendance l'année d'après du fait de l'ajustement monétaire intervenu en janvier 1994. La croissance réelle du PIB atteint 5% en 1994/1995, et se consolide à 4,5% en moyenne jusqu'en 1999/2000.

La bonne exécution des programmes de réformes macro-économiques et structurelles mis en oeuvre par le gouvernement depuis 1996 avec l'appui de ses partenaires au développement a permis d'atteindre le point de décision de l'initiative PPTE en septembre 2000.

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

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

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

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

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

Sur le plan humain, l'indicateur de développement humain camerounais (IDH) passe de 0,519 en 1990 à 0,528 en 1998, soit une légère amélioration de 1,7% en huit ans, malgré sa dégringolade dans le classement mondial de pays : le Cameroun passe de la 124<sup>e</sup> position qu'il occupait en 1994 à la 132<sup>e</sup> en 1998. Il demeure un pays à IDH intermédiaire, mais se rapproche de plus des pays à faible développement humain (cf. SSS).

L'indicateur de Pauvreté humaine (IPH) renseigne que 40,2% des citoyens sont touchés par la pauvreté humaine ce qui signifie que 4 personnes sur 10, au niveau national vivent dans la pauvreté, vue sous l'angle monétaire. Parlant des ratios et plus particulièrement de l'intensité de la pauvreté qui représente la part moyenne de revenu par rapport au seuil de pauvreté que doit fournir chaque habitant pour sortir les pauvres de leur situation, elle a reculé de 13,1 points entre 1996 et 2001 (Sources : Rapport pays sur les OMD Progrès). Cette baisse est plus forte en zone urbaine que rurale.

Le seuil de pauvreté monétaire est de 148 000 Fcfa par an, alors que les ménages dits riches ont un revenu supérieur à 296 000 Fcfa par an et par personne.

### **3.1.5 CONTEXTE SOCIO-CULTUREL**

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne les conditions de vie :

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

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

Sur le plan nutritionnel, la situation est préoccupante au Cameroun puisque 29% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique et près d'un tiers d'entre eux (11%) de malnutrition chronique sévère (EDS II).

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

Cependant le Décret No. 2000/692 du 13 Septembre 2000 fixe les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire. Au terme de ce texte, la protection des fonctionnaires contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle est entièrement assurée par l'Etat, cette prise en charge est réduite à 60% lorsque ceux-ci ne sont pas imputables au service. Cette dernière mesure s'étend à la famille du fonctionnaire (époux, enfants légitimes, reconnus ou adoptifs). L'application des dispositions de ce texte n'est pas encore effective sur le terrain.

L'autre catégorie sociale bénéficiant d'une certaine prévoyance sociale est constitué de travailleurs du secteur qui, sur la base des cotisations versées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) bénéficie de prestation familiale, de pension de vieillesse, d'invalidité et de décès et des allocations pour les accidents de travail et des maladies professionnelles.

Une réforme de la sécurité sociale est actuellement en cours compte tenu de la situation difficile que rencontre la CNPS face aux difficultés de recouvrement de ses créances.

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

Les insuffisances du système de sécurité sociale conjuguées au recule des revenus et au relèvement des prix ont eu une incidence néfaste sur la demande de l'offre de soins (tendance à recourir aux prestations de santé peu chères et de qualité douteuse, recours aux prestations traditionnelles, prolifération des groupes religieux et prophètes miracles qui s'érigent en structures et professionnels de santé.

Pour sauvegarder la gestion des écosystèmes et préserver l'environnement, l'Etat a pris de nouvelles dispositions dont l'aménagement du territoire en zones de conservation, de production et d'agriculture, des restrictions aux exportation des grumes.

**LA POPULATION FEMININE** constitue le groupe humain dominant (51%). Sa distribution par secteur de résidence fait apparaître des disparités entre villes et campagnes : 107 hommes pour 100 femmes en zones urbaines contre 92% en zones rurales. Sur le plan économique, on note une forte concentration des femmes dans le secteur informel notamment les petits commerces. Elles assurent à 92% de la production vivrière et participent fortement dans l'industrie manufacturier (textile et confection).

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

- plus de la moitié des femmes en âge de procréer sont sans instruction ;
- Une sous représentativité des filles dans les filières techniques d'enseignements ;
- Un faible représentativité dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%) c/f SSS ;
- De nombreuses barrières sociales et culturelles (accès difficile à la terre et au crédit) entravent le plein épanouissement de la femme ;
- La participation de la femme camerounaise à la vie publique reste faible (5,6% des effectifs à l'Assemblée Nationale)

### 3.1.6 CONTEXTE SANITAIRE

#### A. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

**Le système de santé au Cameroun est de type pyramidal comportant des structures administratives et/ou de gestion et des structures de soins. Au plan organisationnel, il repose sur trois niveaux hiérarchisés, à savoir :**

- i. *Le niveau central ou stratégique*, qui est chargé de définir la politique sanitaire du pays.
- ii. *Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique* qui comprend les dix (10) Délégations Provinciales de la Santé Publique (DPSP) chargées d'assurer la programmation et la supervision des activités sur le terrain.
- iii. *Le niveau périphérique ou niveau d'opérationnalisation des programmes d'activités*. Il comprend les Centres de Santé Intégrés ainsi que les Hôpitaux de Districts chargés des soins de base de manière intégrée. Le niveau périphérique constitue également l'interface entre les services de santé et les communautés bénéficiaires.

Pour ce qui est du personnel, les statistiques du Ministère de la Santé Publique (1998) montrent que le ratio population /personnel de santé est de 1 médecin pour 14 730 habitants, 1 pharmacien pour 28 673 habitants, 1 dentiste pour 248 135 habitants, 1 infirmier pour 2 083 habitants, et 1 aide-soignant pour 3 100 habitants. De manière générale, il se trouve que toutes ces statistiques se situent en dessous des ratios préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Actuellement, le Cameroun compte environ 143 districts de santé et 1 398 aires de santé.

En 1998, le Cameroun comptait 284 Hôpitaux, 1 042 centres de santé, 61 centres de Protection maternelle et infantiles, 138 Dispensaires, 215 Pharmacies et 142 pro-pharmacies réparties sur l'étendue du territoire. En cela, Le Cameroun compte 8 hôpitaux centraux et généraux de grand standing. A côté de cela, le secteur privé non lucratif contribue à sa manière à l'amélioration de l'offre de service aux populations avec :

- Pour le service catholique de santé, 128 FS dont 8 hôpitaux, qui emploient 1315 personnels ;
- Pour les protestants (FEMEC), 163 FS, dont 28 hôpitaux, employant 2 623 personnels ;
- La Fondation médicale AD LUCEM, 7 hôpitaux et 11 centres de santé

La réforme du système national de santé en cours est axée sur la réorientation du système national de santé vers l'objectif social " Santé Pour Tous ". Sa mise en œuvre vise à renforcer le système de santé de district, c'est à dire organiser les services de santé du district en un système de santé bien intégré au Comité de Développement local, recevant l'appui technique et administratif de la délégation provinciale de la santé publique.

Le financement des activités des SSP se fera à travers le budget de l'Etat, le financement communautaire et l'aide internationale... Les médicaments essentiels et les contraceptifs serviront d'objet de mobilisation de la communauté pour une utilisation accrue mais rationnelle des Services de Santé, d'outils de génération des ressources financières et de support en matière de prestations de soins.

### ***Système de références et décentralisation du système de santé***

La réforme du secteur de la santé est en cours dans le pays à travers la réorientation des soins de santé primaires. Elle prévoit un processus de décentralisation qui est axé sur le transfert de compétences aux collectivités décentralisées qui seront responsables de la gestion et du fonctionnement des services de santé. Le processus de décentralisation a été réaffirmé dans le document de la Stratégie Sectorielle de Santé.

Le district de santé regroupe un réseau de formations sanitaires de base (publiques et privées) avec une structure sanitaire de référence publique ou privée, une équipe de gestion et des structures de partenariat. Le nombre et la taille des districts de santé devront permettre d'assurer la meilleure efficacité et efficience du processus de décentralisation.

Si les textes sur la décentralisation ont été approuvés et si les directives générales concernant la réorganisation des services de santé ont été adoptées, force est de reconnaître que les mécanismes d'application sont insuffisants. Le système de référence/recours entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire n'est pas bien structuré et les populations participent très peu dans le développement dudit système.

## **B. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE**

Comme Dans la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara, le profile épidémiologique du Cameroun est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Il faut noter cependant la tendances à l'augmentation de certaines pathologies telle que l'hypertension artérielle, le diabète sucré et les cancers. Par ailleurs, certaines maladies qui avaient considérablement régressés sont en recrudescence telles la tuberculose, la trypanosomiase humaine africaine THA ...La situation épidémiologique se trouve aujourd'hui aggravé par la pandémie galopante du VIH/SIDA.

## **C. MORBIDITE**

Le paludisme demeure un endémie majeur, première cause de morbidité au Cameroun ; il représente :

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

Après le paludisme viennent les infections respiratoires, les dermatoses, les maladies gastro-intestinales comme principale cause de morbidité dans la population générale

La malnutrition sévit de manière endémique dans toutes les provinces. Les statistiques révèlent qu'en 1998, 29% d'enfants de moins de 3ans souffraient de malnutrition chronique, 11% de malnutrition sévère, 6% de malnutrition aiguë et 22% d'insuffisance pondérale (EDS II).

## **D. EVOLUTION DU VIH /SIDA**

Le tableau dramatique des maladies infectieuses et parasitaires s'est aggravé avec la pandémie du VIH/SIDA qui gagne rapidement du terrain accélérant par la même occasion la résurgence de la tuberculose. La séro-prévalence du VIH/SIDA dans la population sexuellement active était évalué à 12% en 2004 (CNLS), soit 24 fois plus importante qu'en 1987 où elle n'était que de 0.5%. Le nombre de personne vivant avec le VIH/SIDA est estimé à plus de 1 300 000 Personnes. Au Cameroun, la transmission du VIH se fait par voie sexuelle par des rapports sexuelles non protégés. Près de 43% de personnes séropositives ont entre 15 et 34 ans. Selon les données de 1998 à 2000, 4,6% des cas de SIDA déclarés représentent les enfants de 0 à 14 ans.

## **E. LA SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

Elle se caractérise par :

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



- 
- En conséquence on relève entre autres :
  - un nombre élevé de grossesse indésirées et d'avortements provoqués
  - une forte morbidité et mortalité maternelle et infantile
  - une insuffisance pondérale néonatale de 13% en moyenne entre 1990 et 1997.

La fécondité de la femme camerounaise estimée à 5,2 enfants, se caractérise entre autres par précocité ; plus d'une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 20 ans.

- Le taux brut de mortalité du Cameroun est de 10,1 pour 1000 en 1998.
- Le taux de mortalité infantile est de 77 pour 1000
- Le taux de mortalité juvénile de 79,9 pour 1000
- Le taux de mortalité maternelle est de 430 pour 100 000 naissances vivantes
- L'indice synthétique de fécondité est de 5,14
- L'espérance de vie à la naissance est de 59ans( cf. EDS II 1998)

### 3.2 L'Analyse de la situation sur le plan politique

#### 3.2.1 Les Politiques

Le Cameroun peut être classé parmi les pays « pro natalistes évolués ». ceci pour dire que le Cameroun, tout en maintenant en vigueur la loi anticonceptionnelle française de 1920, face aux défis auxquels le pays a eu à faire face et qui ont pour noms, la démographie galopante , l'hypertrophie des villes , la dégradation de l'environnement, la demande croissante d'emplois, l'état camerounais a adopté une lois cadre qui stipule que la politique nationale de santé a pour but l'amélioration de l'état de santé des populations et a fait sienne les résolutions des grandes conférences internationales en matière de santé dont celles de la CIPD de 1994 au Caire. C'est au Caire que la SR a été consacrée et où la communauté internationale s'est mise d'accord sur trois objectifs quantitatifs à réaliser dans les 20 prochaines années , à savoir, la réduction de la mortalité infantile juvénile et maternelle ; l'ouverture d'un accès universel à l'enseignement, en particulier pour les filles ; l'ouverture d'un accès universel à un éventail complet de soins et de services de santé en matière de reproduction et de planification familiale.

Le Cameroun a participé à la plupart de conférences internationales et a entériné les résolutions de celles-ci. Il a ratifié la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes.

Le gouvernement vient d'élaborer un programme national de SR après l'élaboration des PNP en SR. Jusqu'en 2002 on avait l'impression que les activités de SR étaient la préoccupation des seuls partenaires jusqu'à la création de la DSF. Dès lors, le Ministre de la santé publique a pris sur lui de sortir la SR de l'anonymat.

Le Cameroun dispose d'une politique nationale de population qui fait la part belle à la SR. En effet , parmi ses objectifs généraux, améliorer l'état de santé de la population en général notamment en SR, et celui des mères et des enfants en particulier , en est le premier. Et de façon spécifique, les deux premiers objectifs de ce document sont :

- Réduire du tiers d'ici 2010 la morbidité et la mortalité en général et celles des mères et des enfants en particulier ;
- Arrêter et inverser la tendance à la progression du VIH/SIDA d'ici 2015 ;

Lui emboitant le pas , le MSP, à travers sa Stratégie Sectorielle de Santé a fait de la SR un de ses programmes prioritaires

Des programmes dans ce sens ont été élaborés et mis en œuvre par le MSP et le MINDEF. On peut ainsi citer entre autres :

- Le Sous programme SR mis en œuvre dans 11 DS par le MSP avec l'appui de l'UNFPA et qui vise le renforcement de l'offre de services de SR.
- Le projet SOU mis en œuvre expérimentalement dans 2 DS qui vise la réduction de la mortalité maternelle ;
- Le programme de lutte contre les MST et le VIH/SIDA est un des programmes les plus soutenus au Cameroun à côté du PEV, un exemple réussi de la collaboration multisectorielle dans le pays ; MINEDUC, MINESUP, MINDEF, s'étant impliqués dans la lutte dispose d'un plan sectoriel spécifique . Le secteur santé assure la conformité de la mise en œuvre par les autres secteurs de toutes les activités santé des autres plans sectoriels, par rapport aux normes et standards définis
- Le programme national des Médicaments Réactifs et Dispositifs Médicaux Essentiels qui est développé dans le cadre de la stratégie de mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale adoptée en l'an 2000 par le gouvernement et dont l'objectif général est d'améliorer l'accessibilité des populations aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels.

Tous ses programmes disposent de financement acquis soit du budget de l'état, soit des partenaires soit enfin des deux ; ce qui fait que ces différents programmes connaissent une mise en œuvre poursuivie à travers le pays.

Les programmes tels que le sous programme de SR et le programme national des médicaments réactifs et dispositifs médicaux essentiels, sont les têtes de prou à travers leurs directions nationales respectives (DSF et DPM) dans la réflexion et le plaidoyer sur la SC au Cameroun.

Dans le cadre de la mise en œuvre du sous programme SR, un programme national de SR (2004-2007), a été élaboré et validé. Il renferme en son sein un volet important relatif à la sécurisation des produits de SR pour lesquels un plaidoyer pour la mobilisation des ressources de son financement est inclus dans le document.

Le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA du secteur santé a retenu comme objectif général, de réduire de 25% au moins l'incidence de la contamination par voie sexuelle . Parmi les stratégies retenues on note l'approvisionnement et la promotion de l'usage correct des préservatifs par le personnel du secteur. Par rapport à la PTME, dont l'objectif général est de réduire d'au moins 25% l'incidence des nouveaux cas de contamination mère-enfant, un des objectifs spécifiques est de rendre disponible les services PTME de qualité dont l'accès aux ARV. Pour atteindre les objectifs fixés, le document Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA a prévu des stratégies dont l'une qui se rapporte à la sécurisation des produits de SR est relative au développement d'un système de solidarité nationale envers des PVVS et leurs familles. A travers ce système, il est stipulé que l'Etat prendra l'engagement de fournir une provision en ARV et en ME contre les infections opportunistes, et encouragera le prise en charge des PVVS dans les entreprises privées. Il est également prévu la mise en place d'un système d'assistance mutuelle et de sécurité sociale et la participation des ONGs, Associations pour une assistance plus importante des PVVS.

Concernant les directives qui influencent la qualité des produits, le Cameroun dispose d'un laboratoire de contrôle de qualité basé au sein du MSP. Ce laboratoire travaille en collaboration avec un laboratoire de même type mais plus performant basé à Niamey au Niger pour des testes plus spécifiques et qui ne seraient pas réalisables au Cameroun. En principe ce

contrôle de qualité est obligatoire pour tous les produits entrant au Cameroun. Ledit contrôle est réalisé avant, en cour de stockage et en post marketing.

Les contraceptifs font partie intégrante de la liste des médicaments essentiels du Cameroun. Il s'agit entre autres :

- de condoms,
- DépoProvéra
- DIU
- Lofemenal
- Monoxynol
- Norplant
- Ovrette

Au Cameroun il n'existe pas des directives et des restrictions pouvant limiter les choix. Cependant, l'accès peut se voir limité dans certains circonstances telles que les ruptures de stocks relativement fréquentes dans le secteur public.

#### **Politique/réglementation du secteur prive**

Le secteur privé est régi par le contrôle de prix des médicaments. Le prix des médicaments est homologué au niveau national et les grossistes et les pharmacies d'officines sont obligés de pratiquer les prix homologués pour la localité où ils sont situés. Des Contrôleurs du MINEFIB sont chargés de veiller au respect de cette réglementation.

Il n'existe aucune limitation dans la distribution des produits. De même il n'y a pas de taxe et d'impôt qui affectent le secteur privé en ce qui concerne les produits de SR existant dans la liste des médicaments essentiels. Les condoms vendus dans le secteur privé sont seuls taxés d'une TVA

#### **Parmi les contraintes opérationnelles qui affectent le secteur privé.**

Il est formellement interdit au Cameroun toute forme de publicité de marque de produits ou médicaments essentiels. En effet, Comme dans la plupart des anciennes colonies françaises de la sous région (où les publicités relatives aux contraceptifs sont incriminées par la loi française du 31 juillet 1920), la publicité de médicaments est en général interdite au Cameroun par l'arrêté ministériel N° 8 du 13 Juillet 1981.

#### **Réglementation ou Directive affectant le fonctionnement des services de PF**

En principe il n'existe pas de restriction affectant le fonctionnement des services de PF en dehors d'une restriction concernant la qualification des personnes habilitées à dispenser des prestations de PF. En effet, la non qualification du prestataire peut être un éléments limitant l'offre de certaines prestations de PF par les prestataires (nécessité d'une formation initiale à la pose du Norplant pour offrir ce service. De même que une initiation à la technique chirurgicale est indispensable pour pratiquer la CCV)

#### **Directives donnant la capacité aux prestataires de services du PF de fournir les contraceptifs.**

Les documents de PNP en SR définissent clairement les conditions à remplir pour les prestataires dans la gestion des contraceptifs. Tout prestataire ayant des notions de gestion logistique contraceptive peut manipuler les contraceptifs au Cameroun. Les PNP du Cameroun sont même allés plus loin en incluant les communautés dans la gestion contraceptive moyennant une formation initiale et une supervision régulière de celle-ci par le Chef de Centre de Santé Intégré de l'Aire ou par le Chef de Service de Santé de District. C'est dans ce cadre que les services à base communautaire de contraceptifs ont été mis en œuvre de façon expérimentale en 2002 et sont passés à la phase d'extension en 2004 dans cinq Provinces du Cameroun qui reçoivent l'appui de l'UNFPA (le Centre, Est, Extrême Nord, Nord et Sud).

### **Répartition transparente et équitable des fonds**

La Loi N° 90/062 du 19 décembre 1990 portant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière autorise les formations sanitaires publiques à procéder au recouvrement des coûts lié à la vente des médicaments génériques et définit les procédures de gestion financière dans les différentes formations sanitaires du pays. Loi stipule :

**Article premier :** les formations sanitaires publiques sont autorisées à procéder au recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments sous leur dénomination générique.

**Article 2 :** Par dérogation spéciale, les coûts ainsi recouverts sont soumis à une gestion décentralisée susceptible d'assurer aux formations sanitaires un réapprovisionnement en produits et petits équipements médicaux.

**Article 3 – (1)** Des textes particuliers préciseront en tant de besoin la liste et les prix des médicaments essentiels ainsi que les modalités de gestion des fonds de cette opération...

### **3.2.2 Secteur Santé**

Les services de SR, de même que ceux de la Santé tout court sont inclus dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté du Cameroun. C'est ainsi que, dans ce cadre parmi les objectifs du millénaire retenus pour le développement du Cameroun, sur les 4 objectifs relatifs au secteur santé, 3 sont ceux de la SR à savoir, réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/SIDA.

#### **A propos de l'Impact de la réforme du secteur santé sur la stratégie de réduction de la pauvreté :**

Les textes existent sur la décentralisation ; Les rôles sont définis de chaque niveau de la pyramide sanitaire, mais la décentralisation n'est pas encore effective car la planification et le financement des interventions ne sont pas encore au niveau décentralisé. L'état envoie certes de l'argent de l'argent dans le cadre du budget décentralisé au DS, mais cet argent est utilisé à l'insu des communautés pour des dépenses de fonctionnement. L'argent généré par le recouvrement des coûts est utilisé pour résoudre des problèmes de service et non des problèmes de santé.

Par ailleurs, il y a multiplicité de budget et de gestion dans le même DS ; le service de santé de district a son budget, l'hôpital de district a le sien. Autant de budgets autant de gestionnaires. Tout cela pratiquement sans la participation de la communauté qui n'est

nullement pas formée et quelques fois même informée sur les tâches qui devraient lui incomber statutairement.

En bref, Le budget consolidé, état, participation communautaire plus partenaires n'est pas unifié au niveau du DS et géré de commun accord avec les structures de dialogue pour la résolution des problèmes de santé identifiés par les communautés, mais pour régler des problèmes de service.

En outre, le secteur privé ( cabinet de soins et cliniques privés) n'est pratiquement pas impliqué dans l'offre de soins, pour preuve on peut citer entre autre l'absence de collaboration dans le domaine du SIS où aucun rapport statistique de ce secteur ne parvient au niveau central où ces informations sont gérées. Il y a comme une crise de confiance entre le secteur public et le privé qui craint ainsi que l'état ne s'imise par le truchement des informations sanitaires par exemple, dans sa gestion financière qui n'est pas souvent très transparente. Autre exemple, le système public qui a en charge la planification et la gestion de l'offre de service dans tout le pays doit s'assurer de la manière dont ces services sont offerts par tous les intervenants y compris les privés, ce qui ne semble pas toujours le cas. Les formations en procédures et normes de services en SR organisées dans pays n'ont jamais impliqué les prestataires de services des cliniques et cabinets privés. Il nous semble que c'est à l'état qu'il revient de dynamiser cette collaboration.

La sélection se fait à partir des données collectées au niveau périphérique et fait appel aux responsables du niveau opérationnel qui participent à l'élaboration/révision de la liste nationale des ME.

Théoriquement, les prévisions sont établies à partir des données de consommation locales. Mais, en fait, les décisions concernant la prévision, le financement et les achats des produits contraceptifs sont prises au niveau central uniquement; car les informations sur la consommation des Districts ne remontent pas pour qu'on en tienne compte pour les commandes à l'extérieur

Le Rôle du Secteur Privé dans la prestation de service de Santé et dans l'approvisionnement en contraceptifs est toute aussi importante que celui du secteur public. En effet, selon l'EDS II, le secteur public et le privé assurent ensemble 71% d'approvisionnement en méthode moderne avec un léger avantage du secteur privé (39,5%) sur le secteur public (31,9%). Ce désavantage du secteur public dans l'offre de soins peut être expliqué par le peu de motivation dont jouit le personnel public qui ne les incite pas à améliorer la qualité de prestation offerte. On pourrait expliquer aussi cette performance du secteur privé par le dynamisme des ONGs/Associations tel que l'ACMS et la CAMNAFAW qui multiplient les stratégies pour la conquête du public non utilisateurs de la contraception.

Concernant la part du marché pour chaque secteur en matière de planification familiale, on peut dire que l'offre de service en santé de la reproduction incombe essentiellement au secteur public. Le secteur privé non lucratif commence à se faire du chemin avec les prestations remarquables de deux ONGs que sont : CAMNAFAW et ACMS. L'absence d'un système de gestion de l'information rigoureux ne nous permet pas d'avoir une idée exacte de la contribution de chaque secteur dans le marché des contraceptifs au Cameroun. La stimulation de la demande associée à une dynamisation de la collaboration inter-sectorielle par l'Etat augmenterait très certainement la contribution du secteur privé dans ce vaste domaine qu'est l'offre de service en santé de la reproduction au Cameroun.

### 3.2.3 LA COORDINATION

Plusieurs partenaires interviennent dans la mise de la SR au Cameroun. On peut citer parmi eux :

- le MSP,
- Les agences des Nations unies (NU): l'UNFPA, l'OMS, l'UNICEF
- Les partenaires bilatéraux dont l'USAID, l'UE, la Coopération française, la GTZ, la Banque mondiale (BM), la BAD
- Le secteur privé à but non lucratif
- Les ONG

Il est à noter une insuffisance du système de coordination des interventions en matière de SR de la plupart des partenaires.

- **insuffisance de coordination au niveau même du Département** en charge des interventions en SR. Cette insuffisance se matérialise par l'existence très souvent de duplication des activités dans les mêmes zones ce qui entraîne une perte de ressources qui pourraient servir par ailleurs dans la résolution des problèmes de la population (multiplication des recherches opérationnelles sur les SBC actuellement notée à travers le pays).
- Le nouvel organigramme du MSP fait que des activités de SR sont mises en œuvre par plusieurs Directions et Divisions dont la DSF, la DPM, la DLM, la DRO ... Toutes ces Directions et Divisions sont au même niveau de l'organigramme du MSP. On conçoit mal un Directeur convoquant son collègue à une réunion de coordination. Dès lors, les problèmes de coordination risquent de se poser si une solution visant à placer la coordination au niveau du Secrétariat général, voire du Cabinet n'était rapidement trouvée, car ce n'est pas le cas actuellement.

**Insuffisance de coordination gouvernement/donateur.** De façon informelle, à la suite du défunt Projet SFPS qui avait mis sur pied un cadre de concertation périodique des intervenants en SR, l'OMS qui joue le rôle de conseiller technique au MSP tente actuellement de réunir tous les deux ou trois mois avec des rapports ventilés, le MSP et les partenaires au développement. Pourtant c'est au gouvernement que devrait revenir ce rôle d'institutionnaliser et d'animer des réunions périodiques des partenaires intervenants dans la SR. C'est une grosse lacune à combler actuellement. Cependant, il est à noter l'existence d'un mécanisme de coordination thématique en fonction des domaines d'activités. C'est ainsi qu'on peut citer le CCIA pour un certain nombre de grands programmes donc le PEV, la Tuberculose, le SIDA ... Ce genre d'initiative gagnerait à être systématisé et répliqué dans le cadre de la SR en générale ou de la SC en particulier.

**Insuffisance de coordination entre le gouvernement et les organisations de la société civile (ONG).** Il existe un système de concertation né dans le cadre de la contractualisation et dans le but d'un meilleur suivi de la gestion des fonds PPTE. En effet, dans ce contexte il a été mis sur pied un comité mixte de suivi de fonds PPTE qui se réunit en cas de besoins (Etude des dossiers soumis au financement par lesdits fonds et suivi de la gestion des fonds préalablement octroyés.)

Entre les agences de coopération, il existe un système de rencontre périodique institutionnalisé et coordonné par le PNUD

Parmi les prestataires de services, un réseau d'ONG intervenant en SR a été créé. Le rôle du ROSACAM est de dynamiser la collaboration des différentes ONGs et associations pour harmoniser les interventions des uns et des autres pour une meilleure efficacité et un meilleur bénéfice des populations cibles. Force est de constater que ces structures fonctionnent cahin caha.

De même entre le gouvernement et des prestataires de service ainsi que les organisations de la société civile, rien de très concret n'est noté en dehors d'un inventaire des intervenants qui a été mené. Il n'existe pas encore de cadre bien structuré de coordination de tous ces partenaires. D'ailleurs, comment existerait-il si le niveau de coordination dans le nouvel organigramme n'est pas encore clairement défini.

### **les conséquences de la coordination**

Concernant les conséquences de la coordination, sans nul doute, la coordination permettrait de faciliter l'exécution des activités en vue de l'atteinte des objectifs fixés dans les meilleures conditions d'efficience : à savoir une meilleure sécurisation des produits de SR pour ce qui nous concerne ici.

Le gouvernement autant que les partenaires affichent une volonté de coordination permettant une meilleure circulation d'information, une complémentarité entre les acteurs dans l'optique de l'approche programme, un consensus sur les règles de jeu et l'acceptation des rôles respectifs et enfin un meilleur suivi/évaluation des interventions. La preuve en est la création au sein du document de la SSS d'un sous programme développement du partenariat dont l'objectif général est de coordonner les interventions de tous les acteurs du secteur santé.

Parmi les canaux d'information on peut citer des rapports de réunion, les journaux d'information, le système d'information sanitaires qui met en relation le niveau central et les prestataires, Internet et les autres moyens de communication moderne. Mais dans la pratique ces canaux ne sont pas formalisés. Le système d'information sanitaire est à sens unique, du niveau périphérique vers le niveau central, lorsque les informations sont envoyées. Au niveau horizontal les nouvelles technologies de l'information qui devraient faciliter énormément la coordination entre le gouvernement et les partenaires d'une part, et les Directions entre elles sont la chose la moins partagée ; ce qui ne facilite pas le partage des informations quand bien même la coordination serait placée au niveau adéquat.

Parmi les activités de coordination qui existent à l'heure actuelle, on peut citer comme exemple le comité de coordination inter agences pour le PEV dont le rôle est de mobiliser les fonds pour le financement du PEV et de faire le suivi des interventions. Cet exemple devrait faire tâche d'huile et inspirer les responsables de la mise en œuvre du programme de sécurisation des produits de SR pour en assurer un meilleur succès et une pérennité.

Les partenaires ont toujours été impliqués dans l'élaboration des politiques. Quelques exemples sont à citer. C'est le cas de la SSS, pour laquelle on a vu la participation de l'OMS, de l'UNFPA, de l'UNICEF, de la GTZ ... C'est le cas aussi de l'élaboration des PNP en SR, de la Politique pharmaceutique nationale, le plan Stratégique de lutte contre le SIDA...

Le Cameroun ne dispose pas encore d'un document de stratégie commune de SP/SR. Néanmoins, depuis que l'USAID a annoncé son retrait de l'approvisionnement en

contraceptifs du Cameroun, des rencontres ont eu lieu au niveau national et international (Accra) pour discuter des stratégies de sécurité contraceptive avec les agences de coopération de l'USAID et Aware ; plusieurs missions ont été effectués au Cameroun par des équipes de Déliver, Policy et Aware, des ateliers ont été organisés au Cameroun au niveau national sur la sécurité Contraceptive. Toutes ces activités avaient pour but d'étudier des voies et moyens pour assurer la sécurité contraceptive au Cameroun. Après les ateliers d'orientation le Cameroun en est actuellement à l'analyse situationnelle pour évaluer les besoins en produit de SR et élaborer un plan stratégique de sécurisation de ceux-ci à long terme.

Tous les partenaires ont la capacité de développer une stratégie de SP/SR et sont motivés à se donner des capacités d'effectuer des suivi de progrès en SP/SR

### **3.2.4 ENGAGEMENT**

#### **L'ENGAGEMENT POLITIQUE EN MATIERE DE SECURITE PRODUITS CONTRACEPTIFS**

Le chef de fil en matière de prise de décision est le Ministre de la Santé Publique. Mais il est aidé à cela par son staff technique, constitué des Directeurs en charge de la santé familiale et des médicaments. La question de la sécurisation des contraceptifs est une préoccupation des décideurs au niveau central du MSP. Des efforts sont faits pour parvenir dans la SP/SR notamment l'existence d'une ligne budgétaires pour l'achat des médicaments (180 000 000Fr) qui pourraient aussi servir à l'achat des contraceptifs ; l'existence également de fonds de contre partie gouvernementale comme participation du MSP, dans la mise en oeuvre du sous programme SR; ces fonds pourraient également être alloués à l'achat des produits de SR. En outre, la DSF pourrait s'inspirer des exemples des programmes tels que le SIDA, la Tuberculose qui ont bénéficié l'an dernier d'un financement de plus de 2 milliards de francs des fonds PPTE, moyennant la soumission de projets bien élaborés. Ces fonds devront servir à l'achat des anti tuberculose et des anti retro viraux.

Les décideurs semblent bien engagés à l'utilisation de ces fonds pour la SP/SR. Les organisations de la société civile existent et sont mobilisées autour de la SR et autour du thème de la sécurité contraceptive ; en témoignent l'engouement et le sérieux dont ont fait preuves les différents responsables du MSP ainsi que les partenaires de la société civile impliqués lors des différents ateliers organisés tout au long du processus de sécurisation des contraceptifs.

Les partenaires sont animés d'une volonté certaines pour encourager la coordination autour de la sécurité contraceptive. La stratégie de la SP/SR est actuellement bien connue et soutenue par le MSP et les organisations clefs après la série d'ateliers d'orientation effectués par les équipes de Deliver, Policy et AWARE au différents parties prenantes dans la mise en œuvre de la SP/SR au Cameroun.

En ce qui concerne les produits de PF, comme nous avons eu à le dire plus haut, les décisions sont prises au niveau central sur les prévisions, les commandes et les achats.

Concernant les données contraceptives, les décideurs clés devraient disposer des informations provenant du système d'information sanitaires et donc de la consommation en produits contraceptives des Districts. Malheureusement, tel n'est pas le cas. Les décisions sur les quantité à commander se faisant sur la base des quantités distribuées.



En ce qui concerne les produits de VIH/SIDA, les décisions sont souvent prises en fonction de l'approvisionnement par des partenaires. Sauf pour certaines ONGs, (ACMS et CAMNAFAW) qui basent leurs commandes sur les quantités consommées par les clients.

## 4. Demande

Le concept de demande en SR est synonyme de consommation des produits de Santé de la reproduction . Dans ce chapitre, il convient de faire un distinguo entre la consommation actuelle qui représente l'utilisation en cours des méthodes et les besoins non couverts représentant la demande potentielle, c'est à dire la population des clientes en quête d'une méthode de planification familiale mais qui n'en utilisent pas. L'analyse a essayé de se pencher sur l'évolution des tendances de la demande dans le temps et sur les profils tant des utilisatrices que des non utilisatrices pour pouvoir extrapoler et faire des prévisions sur les années à venir. Cette analyse s'est fondée sur la recherche des facteurs influençant la non utilisation des méthodes de PF, et ceux expliquant la non couverture des besoins.

### 4.1 Analyse de la situation

#### 4.1.1 La demande de Contraceptifs

**Tableau 2 : Taux de Prévalence contraceptive par méthode/résidence**

Catégorie	- 10 ans EDS II 1998	- 5 ans MICS 2000	Année en cours	Projection + 5 ans	Projection + 10 ans
TPC toutes méthodes	24	25,5			
TPC méthodes modernes	8	6,2			
Pilule	1,9	1,7			
DIU	0,5	0,2			
Injections	0,7	1,1			
Méthodes vaginales	0,2	0,1			
Préservatifs	3,5	2,0			
Norplant	0,0	0,2			
Stérilisation féminine	1,2	1,0			
<b>Régions</b>					
Ydé/Dla	14,1	12,5			
Grand Nord	1,8	1,0			
Grand sud	6,9	7,9			
Grand ouest	11,0	6,5			
Provinces anglophones	11,3	10,1			
<b>Résidence</b>					
Urbain	13,1	11,8			
Rural	4,5	3,6			

La comparaison des résultats de l'enquête nationale sur la fécondité (1978) et les EDSC-I (1991) et EDSCII- (1998) révèle globalement une amélioration de la pratique contraceptive au Cameroun. Ainsi, la proportion des femmes utilisant au moins une méthode au moment de l'enquête est passée de 20% en 1991 à 24% en 1998. Il convient de souligner que bien que

l'utilisation des méthodes modernes ait connu une forte progression, c'est essentiellement l'usage des méthodes traditionnelles qui explique en grande partie l'écart observé entre 1991 et 1998.

### Utilisation actuelle des contraceptifs

Concernant la répartition actuelle des utilisateurs de contraceptifs, l'enquête EDS III est en cours de saisi et les résultats ne seront disponibles qu'en fin 2004. Néanmoins, la consultation des fiches individuelles de suivi des clients de PF de certains centres pilotes (CMA de Nkolndongo et Clinique PF de CAMNAFAW) associé à des entrevues avec des prestataires nous ont permis à partir d'un échantillon de 50 fiches, de nous faire une idée approximative sur la question. Il apparaît donc que la plupart des clientes qui consultent dans ces formations ont un niveau de revenu relativement bas (30000 Fcfa/mois) . La très grande majorité (80%) vivent en zone urbaine. A peu près 64% des clientes ont au moins le niveau secondaire. Par référence aux méthodes choisies, les clientes semblent préférer en priorité la pilule, puis les injectables. A peu près 60% des clientes sont célibataires. La majorité d'entre elles sont catholiques (80%).

Les tarifs appliqués dans le secteur public sont les suivants pour une première visite:

- l'achat d'un billet de session à 600 Fcfa
- l'achat d'une fiche de suivi à 150 Fcfa
- Une plaquette de pilule à 100 Fcfa
- Injectable à 800 Fcfa
- L'insertion du Norplant à 7000 Fcfa
- Le retrait de Norplant à 3500 Fcfa
- Insertion du DIU à 2500 Fcfa
- Le retrait du DIU à 1400 Fcfa
- Le contrôle du DIU à 800 Fcfa
- Le pansement du Norplant à 500 Fcfa
- Un paquet de 4 Condom à 100 Fcfa
- Une paire de gant à 300 Fcfa

En général les clientes acceptent volontiers cette participation à la résolution des problèmes de leur santé de la reproduction.

Pour le secteur privé, la répartition des utilisateurs est pratiquement la même que dans le secteur public. Seuls les prix des prestations diffèrent.

Notre échantillon de fiches n'étant nullement représentatif, toute analyse faite ici ne peut avoir qu'une valeur indicative.

**Tableau 3 : Répartition des besoins non satisfait par résidence**

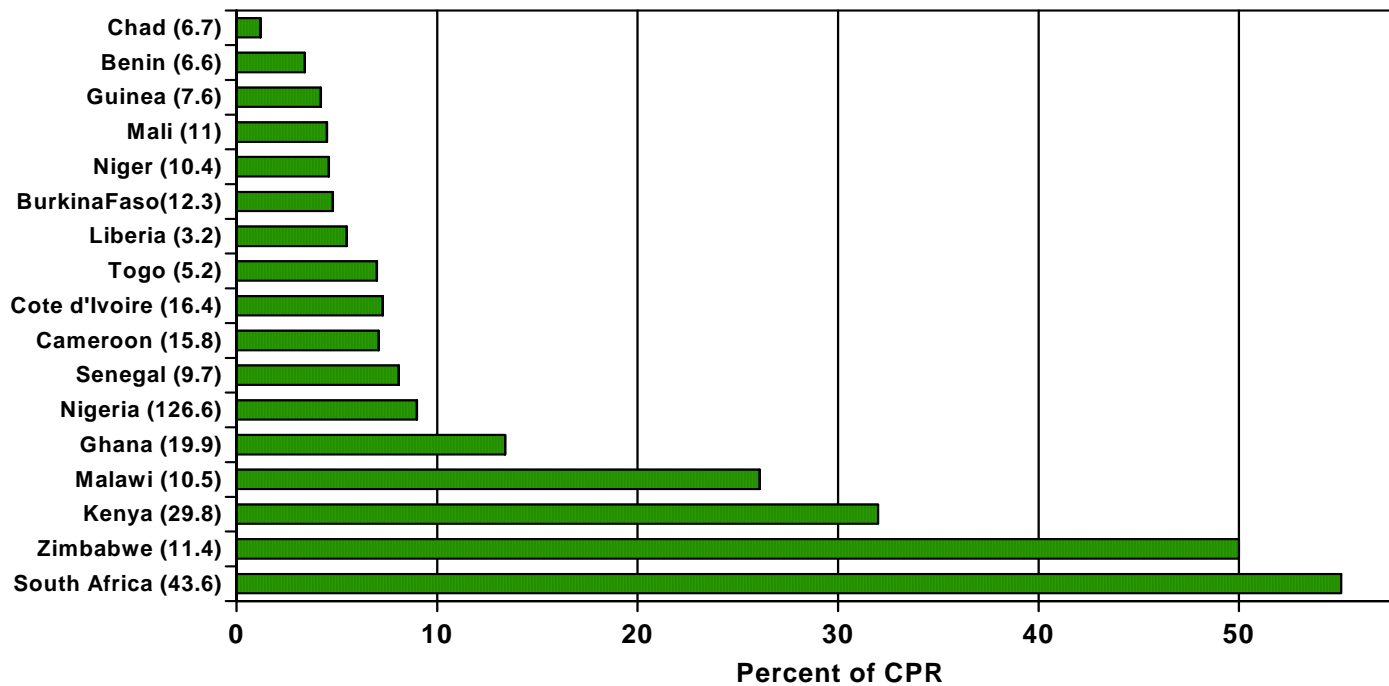
Catégories	- 10 ans EDS 1998	- 5 ans MICS 2000	Année en cours
Besoins non satisfaits			
Urbain	65,4	66,3	
Rural	87,1	78,1	
Yde/Dla	60,6	64,2	
Grand Nord	96,9	86,8	
Grand Sud	78,8	70,3	
Grand Ouest	67,5	70,3	

Provinces anglophones	70,9	64,6	
% naissances non désirées	6,1		
0 - 19 ans	0,3		
20 – 49	5,8		
% de naissances mal planifiées	20,4		
EDUCATION			
Non éduqués		85,8	
Niveau primaire		70,7	
Secondaire et +		61,9	

En réponse à la question sur la répartition des non utilisateurs actuels des contraceptifs, nous ne disposons d'aucune information à l'heure actuelle sur la question. Nulle doute que l'enquête EDS III se penchera largement sur cet aspect.

### **Taux de prévalence contraceptive par les méthodes modernes**

Le taux de prévalence contraceptive par les méthodes modernes qui était à 4% en 1991 était estimé à 8% en 1998. Ce dernier taux est très comparable à celui de la plupart de pays d'Afrique (cf. Graphique 2, Source: DELIVER). Il est cependant intéressant de constater que la plupart de pays à faible taux de prévalence contraceptive sont des anciennes colonies françaises ; alors que les pays Africains dont les taux sont supérieur à 12% se trouvent être des pays anciennement colonisés par la Grande Bretagne. C'est certainement là la conséquence de la loi anti-conceptionnelle française de 1920.



**Graphique 2 : Taux de prévalence contraceptive dans certains pays africains sub sahariens**

Les facteurs principaux qui influencent la demande au Cameroun sont entre autres, l'âge, la résidence et le niveau d'éducation.

En effet, l'analyse des données selon l'âge montre une plus grande utilisation de la contraception dans le groupe d'âge de 20 à 34 ans avec un maximum à 20-24ans (61%). Elle est plus élevée chez les femmes en milieu urbain (32%), qu'en milieu rural (13%). Dans les grandes métropoles de Yaoundé et Douala, ce taux est évalué à 39%. Par rapport aux méthodes modernes, on retrouve le même écart entre les femmes en union des villes dont 13% utilisent les méthodes contre 5% seulement en milieu rural. Cette disparité d'usage trouve une explication dans la forte concentration des PPS dans les villes que dans les campagnes. Le même facteur détermine également le fort TPC dans les régions de Yaoundé, le Centre (21%), et Douala, le Littoral (32%) par rapport à d'autres régions rurales du pays comme l'Adamaoua, l'extrême nord et le Nord (3%).

Le TPC augmente de façon importante avec le niveau d'instruction. 42%, toute méthode confondues chez les femmes du niveau secondaire et plus, contre 3% chez celles sans niveau.

**Le tableau 4 : Profile des clientes utilisatrices de la contraception au Cameroun**

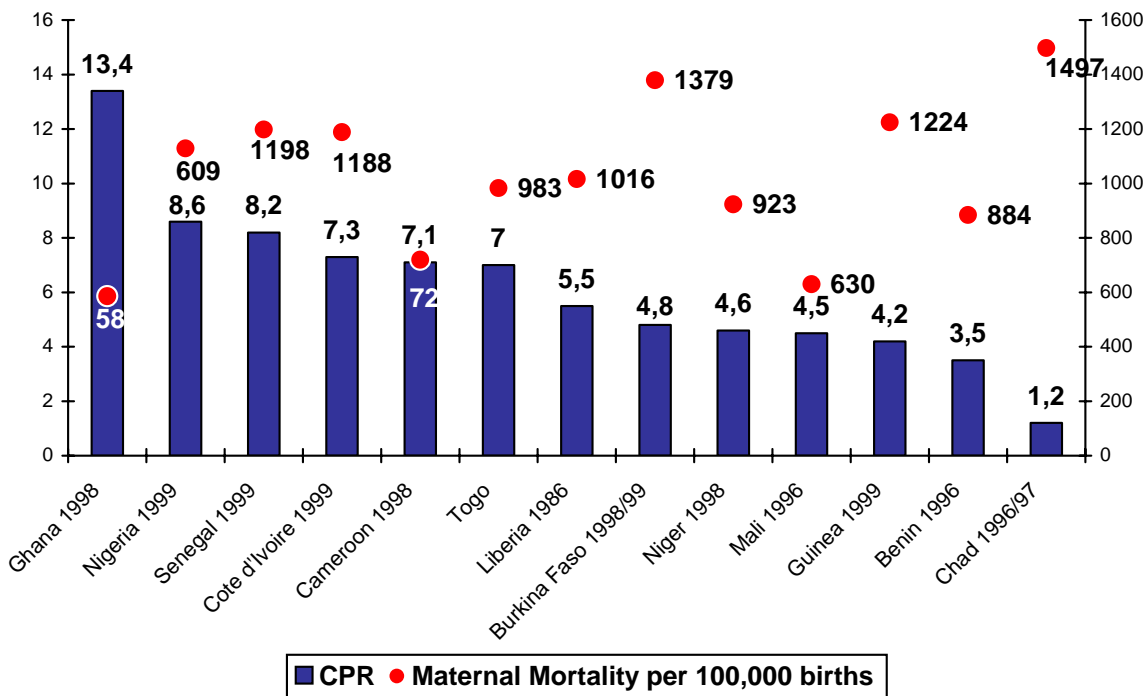
TPC toutes méthodes	EDS 1998	MICS 2001
Pour espacer	12.1	Pas enquêtée
Pour limiter	7.3	Idem
Total	19.4	Idem
TPC par toutes méthodes modernes		
Oraux	2.8	1.7
DIU	0.2	0.2
Injection	1.0	1.1
Méthodes vaginales	0.0	0.1
Préservatifs	8.3	2.0
Ligature de trompe	0.7	1.0
Implants	0.0	0.2
Total	13.0	6.3
TPC toutes méthodes par résidence		
Capitales	54.5	35.6
Urbain	47.4	33.5
Rurale	29.4	21.8
TPC par Régions		
Yaounde/Douala	23.9	35.6
Grand Nord	4.9	13.2
Grand Sud	11.2	29.7
Grand Ouest	21.2	29.5
Provinces anglophones	16.3	35.2

#### 4.1.2 L'Utilisation de la contraception moderne

Bien que le niveau de connaissance des méthodes modernes soit plus élevé que celui des méthodes traditionnelles ou populaires, sur le plan de l'utilisation, ce sont ces dernières auxquelles les clientes ont eu plus fréquemment recours. La comparaison des résultats de l'EDS I et ceux de l'EDS II et le MICS montre une augmentation de la prévalence contraceptive même si celle-ci demeure faible. En effet la proportion des femmes utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête est passée de 20% en 1991, à 24% en 1998, puis 25% en 2000. Pendant la même période, la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes quant à elle est passée de 4% en 1991 à 8% en 1998, puis 6% en 2000. Ainsi, la situation a très peu évolué. Ceci corrobore le taux particulièrement élevé de mortalité maternelle enregistré pendant la même période (430 / 100 000 naissances vivantes), et démontre la corrélation inverse qui existe entre le faible taux de prévalence contraceptive et le taux élevé de mortalité maternelle. Le Graphique 3 ci-dessous (Source : DELIVER), donne un aperçu de cette réalité à travers les pays africains.

Cependant, le taux de prévalence contraceptive actuel par les méthodes modernes ne nous semble pas refléter la situation sur le terrain, marquée par une importante poussée de la consommation de ces méthodes au point où l'ACMS a enregistré pour le condom masculin par exemple, un dépassement de son objectif de vente annuelle de 127% avec 23500000

condoms placés en 2003 ; ceci compte non tenu de ceux distribués par le CNLS et ceux de la CENAME. La même tendance est notée par rapport aux autres méthodes offertes par la même association, à savoir : Nouvelle Duo (117%) ; Dépo Provera (117%) ; pour Protectiv, le Préservatif féminin de ACMS en cours d'introduction au Cameroun, 14800 échantillons ont été vendus pour l'année en cours sur les 30000 prévus, soit un niveau de performance de 49% sur cinq mois. Par ailleurs, une étude expérimentale de l'offre de service à base communautaire en matière de SR ( Pilules orales Préservatifs masculins spermicides ), menée en 2002 dans 2 DS ruraux du Cameroun (Eseka et Lolodorf) a montré une augmentation significative du TPC qui est passé de 6,1% à 15,4%, et de 2,3 à 16,8% respectivement . Nul doute que l'EDSC III en cours de réalisation viendra confirmer la tendance à la hausse de l'utilisation actuelle de ces méthodes, observée ici et là. Le faible TPC semble en relation avec la proportion importante de besoins non couverts, c'est à dire le nombre de femmes non utilisatrices et qui ont l'intention d'utiliser ces méthodes dans le futur.



**Graphique 3 : Relation entre le taux de prévalence Contraceptive et la Mortalité maternelle**

Une meilleure connaissance des facteurs qui sous-tendent cette non utilisation permettra d'élaborer des stratégies appropriées pour conquérir cette population et accroître ainsi le TPC.

#### 4.1.3 Sources d'approvisionnement :

Le tableau ci-dessous permet d'évaluer la contribution des différents secteurs , public et privé dans la distribution des méthodes modernes de contraception. Ainsi apparaît-il que le secteur médical public et le secteur médical privé assurent 71% d'approvisionnement en méthodes contraceptives (EDS II). (cf. Tableau 4 )

**Tableau 4 : Source d'approvisionnement des contraceptifs par secteur**

Source d'approvisionnement	Pilule	DIU	Injection	Condom	Stérilisation	Ensemble
Secteur public	37.1	64.00	81.1	4.3	64.3	31.9
Hôpital	16.6	57.99	51.1	3.1	56.7	21.9
Centre de Santé	12.3	3.5	10.0	1.2	7.7	6.0
Autre	8.2	3.5	20.0	0.0	0.0	4.0
Secteur médical privé	54.9	36	16.6	36.5	34.8	39.5
Hôpital religieux	5.3	0.0	2.2	0.5	26.3	5.5
Hôpital laïc/clinique	3.5	18.2	4.2	0.0	6.3	3.2
Dispensaire religieux	1.1	10.8	0.0	1.1	2.2	1.8
Cabinet de médecin privé	3.1	7.0	3.6	0.0	0.0	1.5
Pharmacie	38.1	0.0	6.6	33.6	0.0	26.0
Autre	3.8	0.0	0.0	1.3	0.0	1.5
Autre secteur privé	7.9	0.0	2.2	58.6	0.0	28.2
Boutique/marché/boite de nuit/kiosque	1.7	0.0	0.0	26.4	0.0	12.3
Commerce informel	1.6	0.0	2.2	0.5	0.0	0.8
Ami/parent	4.1	0.0	0.0	31.2	0.0	14.8
Autre	0.5	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

#### 4.1.4 Les Facteurs contributifs de la non utilisation des méthodes modernes :

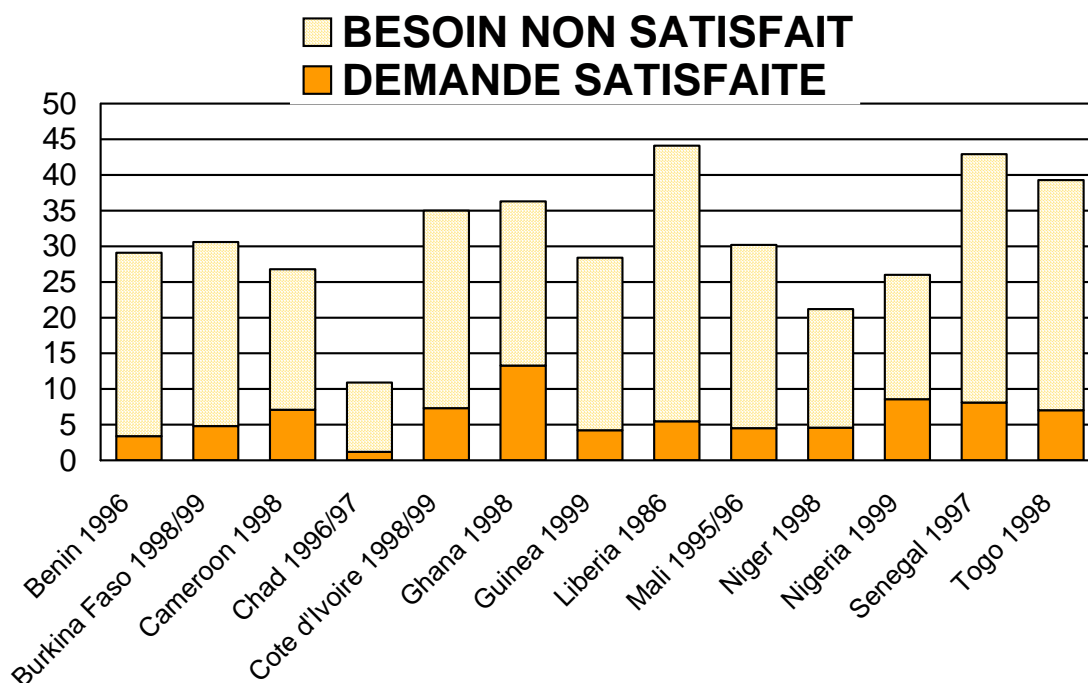
Les raisons principales évoquées par les non utilisatrices des méthodes modernes dans l'EDS II sont par ordre, le désir d'avoir des enfants (48%), et le manque d'information sur les méthodes et sur le lieu de l'approvisionnement (14%). Les femmes rurales (83%) et les



femmes analphabètes (93%) sont celles qui sont le plus sujettes à ce manque. Ce manque d'information sur les méthodes dont parlent 14% de non utilisatrices se révèle être une opportunité à saisir par les prestataires à travers la stratégie de la CCC (IEC) orientée vers ce public bien ciblé, pour glaner quelques points et inverser les tendances pour l'amélioration du TPC actuel ; d'autant plus que l'enquête EDSII fait ressortir un déficit important dans la communication, la sensibilisation pour la santé. En effet, 76% des femmes et 52% d'hommes interrogés ont déclaré n'avoir entendu aucun message ni à la radio ni à la Télé ou même lu un message dans un journal sur la PF, dans le mois ayant précédé l'enquête .

Selon la même étude EDS II, la PF ne fait pas souvent l'objet de discussion au sein du couple ; 54% des femmes mariées n'ont jamais discuté avec leur mari de la PF ; 57% de femmes ruraux n'ont jamais discuté de la PF avec leur conjoint. 81% de femmes n'ayant aucun niveau d'instruction n'ont jamais discuté de contraception avec leur mari. Par contre celle ayant le niveau primaire (48%) et surtout du niveau secondaire ou plus, (62%) discutent plus fréquemment de la PF avec leur mari. Il apparaît très nettement une corrélation entre le niveau de scolarisation et l'utilisation des méthodes contraceptives.

**Graphique 4 : Besoins en contraceptifs non satisfaits**



Le tableau ci-dessus donne un aperçu de la comparaison des besoins non satisfaits à travers l'Afrique avec le Cameroun qui se retrouve avec 20% de besoins non couverts.

**4.1.5 Facteurs affectant les besoins non couverts :**

Selon l'EDS II, trois facteurs majeurs semblent influencer de manière significative le niveau des besoins non couverts ; il s'agit de : la difficulté à atteindre les femmes qui ont exprimé le besoin d'utilisation ; la mauvaise qualité de services de SR ; et les facteurs liés aux produits eux mêmes.

- *Les facteurs liés à l'accessibilité* : la population Camerounaise est en majorité rurale ; 62 % de celle –ci vit dans les campagnes. Compte tenu de l'insuffisance en infrastructures routières et des limites de la carte sanitaire où on note une grande concentration de formations sanitaires autour des villes, on comprend aisément les difficultés à atteindre le public cible rural.
- *Les Facteurs liés à la qualité de services* :
  - Les services ne sont pas toujours disponibles : la non disponibilité de toute la gamme des méthodes contraceptives dans tous les (PPS) joue indubitablement un rôle limitant important dans le choix des méthodes.
  - Les structures sanitaires ne sont pas assez équipées pour une offre adéquate d'information sur la SR et ses produits (insuffisance de matériel didactique)
  - le manque de compétence du personnel à la gestion des produits de SR ainsi que le mauvais accueil réservé aux clients sont aussi des facteurs limitant.
  - Le suivi des clients n'est souvent pas assuré
  - Le manque des prestataires féminins est noté dans certaines régions du pays (provinces du grand nord ).

*Les facteurs inhérents aux produits :*

*Les plus importants sont, les ruptures de stocks qui ont été relevées particulièrement l'an dernier pour les Condoms, le Lofemenal et le Depo-provera*  
*L'absence de toute la gamme des méthodes contraceptives qui limite le choix des clients et, Les rumeurs sur les effets secondaires des contraceptifs qui semblent parfois un peu exagérées.*

#### 4.1.6 L'effet des prix des contraceptifs sur leur Utilisation

**Tableau 5 : Prix des méthodes contraceptives par secteur**

Méthode	Prix public	Prix privé (PHCIE)
Pilule	100 Fcfa pour une plaquette	1 200 Fcfa la plaquette de 21 comprimés
DIU	2 500 Fcfa (service compris)	31 794 Fcfa
Condom	100 Fcfa pour un paquet de 4 condoms	500 Fcfa le paquet de 3 le moins cher
Norplant	7 000 Fcfa (service compris)	

Le tableau ci-dessus illustre bien la différence de prix pratiqué par le service public et le privé lucratif. Ainsi, le prix de vente de produits en pharmacie est douze fois celui du secteur public service y compris.

Les circuits de distribution n'étant pas les mêmes selon qu'on est dans le public ou dans le privé, il convient de noter que les produits vendus ne sont par conséquent pas les mêmes; ce qui peut poser un problème de comparabilité des prix . Le tableau ci-dessus ne peut donc servir que pour avoir un ordre d'idée des marges de variation de ces prix entre public et privé.

#### **4.1.7 L'Expansion actuelle du marché de la contraception**

Plusieurs stratégies sont mises en œuvre au Cameroun dans le but de promouvoir et augmenter l'utilisation de la contraception. On peut citer entre autres , programmes / projets ou stratégies menées :

**Les centres d'écoute pour jeunes / adolescents** : Une initiative conjointe de l'état avec l'appui de l'UNFPA , et des ONG's telles que la CAMNAFAW, OFSAD, . Ces centres font la promotion des pilules et contraceptifs en même temps qu'ils font de la sensibilisation sur les principaux problèmes liés à la SRA dont la prévention des grossesses indésirées et du VIH/SIDA.

**Les Jeunes Pairs éducateurs** : Stratégie élaborée et mise en œuvre pour les jeunes par les jeunes eux mêmes afin de susciter la demande des services qui leur sont spécifiques dans la SR .Elle est mise en œuvre au Cameroun autant dans le milieu scolaire que dans celui informel avec l'appui des partenaires.

**L'EVF/EMP** : Un programme élaboré et mis en œuvre avec l'appui de l'UNFPA dans les écoles publiques comme privées dans les cinq provinces qui reçoivent l'appui de l'UNFPA. Son but vise l'épanouissement de l'homme considéré comme être intégral. Elle intervient comme une réponse éducative aux problèmes sociaux environnementaux , économiques , culturels et démographiques auxquels notre pays est confronté. Ses contenus s'articulent autour des domaines de la socialisation, du développement économique , démographique , et de la SR. Elle donne à l'enfant des connaissances sur les organes reproducteurs, leurs fonction et fonctionnement, et prépare le jeune à assumer ses responsabilités futures en tant que parent. L'EVF/EMP est enseignée tant dans le cycle primaire que dans le secondaire et même dans l'enseignement normal.

**CHACOM** : Projet mis en œuvre dans 5 provinces avec l'appui de l'UNFPA dans le but de promouvoir un changement de comportement vis à vis de la SR ; de créer la demande des services au profit du projet ROS.

**Campagnes de lutte contre le VIH/SIDA** : ces campagnes sont des moments privilégiés pour la promotion des préservatifs et de toutes les méthodes qu'utilise la SR

## **4.2 Les principaux constats sur la demande**

### **4.2.1 Les forces :**

- L'utilisation des méthodes modernes de contraception est en progression ;
- Plusieurs stratégies sont en cours de mise en œuvre tant dans le secteur public que privé au Cameroun en vue de l'extension du marché de la contraception
- Les contraceptifs à prix réduit ne sont pas une barrière à leur utilisation, bien au contraire, ils contribuent à renforcer la stratégie du gouvernement dans sa lutte contre la pauvreté ;

- 46% des femmes en union interviewées ont discuté de la PF avec leur mari ; une cible privilégiée sur laquelle un renforcement de la CCC devrait se focaliser pour augmenter le TPC au Cameroun.

#### **4.2.2 Les Faiblesses :**

- la stagnation de l'utilisation des méthodes modernes de contraception depuis les 15 dernières années au Cameroun ;
- le manque d'information sur les méthodes de Contraception ;
- les zones rurales du pays sont peu accessibles aux produits de SR
- la mauvaise qualité de services est une barrière à l'utilisation des services de SR ; il faut entendre par là, la non disponibilité de toutes les méthodes dans tous les centres de prestation des soins, le mauvais accueil des personnels, le peu de femmes dans la profession, les ruptures de stocks...
- l'accessibilité géographique est un facteur limitant à l'utilisation des méthodes;

## 5- Offre de Services

La composante offre de services de cette analyse de la situation vise à évaluer le niveau d'accessibilité, de disponibilité et la qualité de service de SR disponible pour les clients. En plus clair, il s'est agit d'inventorier l'éventail des méthodes et autres services offerts en SR au Cameroun, les prévisions, l'approvisionnement et la distribution de ces produits.

### 5.1 Survol du secteur de santé du Cameroun

le système de santé camerounais est à l'instar de la plupart des pays Africains de type pyramidal avec :

- un niveau central constitué du Ministre , de son cabinet et des directions. Le rôle de ce premier niveau est la définition des politiques et stratégies, la mobilisation des ressources, le suivi des progrès ainsi que l'offre des soins hautement spécialisés et la recherche.
- Un niveau intermédiaire est constitué des DPSP, des délégués provinciaux de la santé, et des chefs de services provinciaux. Leur rôle est l'appui aux DS pour renforcement des soins aux communautés, la coordination, la supervision, la planification et la gestion
- Le niveau périphérique ou opérationnel, c'est celui du DS. C'est le niveau de réalisation effective des activités de développement sanitaire.

Le Cameroun compte 157 DS , X formations sanitaires inégalement réparties à travers le territoire national. L'accès aux services de santé présente des différences notoires ; ainsi, en 2001 les populations parcouraient en moyenne 4Kms pour atteindre le CSI le plus proche. Cette distance est 5fois plus grande en milieu rural qu'en milieu urbain.(5Km contre 1Km en moyenne). le ratio médecin habitants est en moyenne de 1/10000 habitants et varie d'une province à une autre . il passe ainsi de 1/55000 Habitants à l'extrême Nord, à 1/8300 Habitants dans le sud . Ce même ratio pour les infirmiers est de 1,3 infirmier pour 3000 habitants. Les zones rurales sont les plus dépeuplées en personnels médical et paramédical au profit de celles urbaines. Ce système en voie de décentralisation donne beaucoup d'importance aux districts de santé qui est la zone d'opérationnalisation de tous les programmes/projets . Il promeut la multisectorialité et la participation communautaire ; le but étant l'amélioration de la gestion de projet, le renforcement des capacités et du système en vue de l'amélioration de la qualité. Le niveau de viabilisation des Districts varie d'une Province a une autre. L'UNFPA met un accent particulier dans ce sens dans les Provinces qui reçoivent son appui avec l'organisation des sessions de formation a la gestion du District, la réorganisation des services et l'élaboration de plans de développement socio-sanitaires desdits Districts.

Les ressources budgétaires allouées à la santé par l'Etat camerounais étant insuffisant, ( 3,6% en 2001) il a été convenu de répartir l'appui des partenaires par Provinces afin d'assurer la qualité des soins dans les différentes structures sanitaires des 10 Provinces. Ainsi l'UNFPA par exemple, apporte son appui dans 5 Provinces (Est, Centre, Extrême Nord, Nord et Sud) alors que la GTZ s'occupe des Provinces du Littoral, du Sud Ouest et du Nord Ouest, l'Union Européenne étant implantée à l'Ouest et l'UNICEF dans l'Adamaoua.

## 5.2 Analyse situationnelle sur l'Offre de Service

### 5.2.1 Historique de l'offre des services de SR au Cameroun

La PF est introduite au Cameroun depuis l'indépendance du pays en 1960 dans le contexte de la SMI. Elle est mise en œuvre à travers un réseau de PPS tant publics que privés, ainsi que des cliniques organisées par certaines ONG's. Elle a bénéficié à son début de l'appui des partenaires comme l'USAID , à travers INTRA, l'UNFPA et l'OMS.

Initialement, les services de Planification Familiale (PF) étaient assurés dans le seul contexte de la santé maternelle et infantile (SMI) dont l'offre se faisait dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et aussi comme espacement des naissances pour le programme "Maternité sans risque" financé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le développement de septembre 1994 au Caire (Egypte), le Cameroun a inclus la Santé de la Reproduction dans ses activités en matière de bien être des populations. Le contenu de la santé de la Reproduction inclut, à l'heure actuelle, la santé de la mère et de l'enfant, la PF et la prévention des IST/VIH/SIDA entre autres. Dès lors, Le Ministère de la Santé Publique (MSP) en collaboration étroite avec les Organisations Internationales, différentes agences de coopération, mènera un certain nombre d'activités liées à la SR à travers le pays. Ces activités portent essentiellement sur la rénovation et la réhabilitation des infrastructures, la formation du personnel, la fourniture des équipements et de la logistique, et l'approvisionnement en contraceptifs.

En 1990, l'intervention de la Banque mondiale dans le domaine de la Santé de la reproduction se portait sur la réhabilitation de certains PPS à travers les Districts retenus à cet effet sur l'étendue du territoire nationale et sur la distribution des condoms via la CENAME.

En 1994, l'UNFPA a mis en place un autre projet intitulé « Expression/Renforcement du Programme National de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale », avec pour objectifs :

- de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile
- d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services intègres de SMI /PF pour le groupe des mères et des enfants
- de contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale des soins de santé primaires.

En 1997 , à la suite du départ de l'USAID du Cameroun, cet organisme du gouvernement américain a continué à intervenir au Cameroun à travers le Projet « Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS)». Le projet SFPS a été une nouvelle initiative en Afrique de l'Ouest et Centrale qui vise à améliorer l'accessibilité, la qualité et la demande des services de PF, de prévention des IST/VIH/SIDA et de survie de l'enfant. Le projet SFPS était fondé sur les principes de la coopération régionale, du développement des capacités institutionnelles locales et de la promotion de solutions efficaces pour la pérennisation des programmes de santé en Afrique. Ce projet comportait 5 éléments principaux : la prestation de services, la formation, l'IEC, la recherche opérationnelle et le marketing social.

Ce projet qui a duré six ans et couvrait toutes les dix provinces du Cameroun où 64 sites avaient été choisis après une analyse situationnelle de base. Ces sites choisis ont bénéficiés d'un petit équipement initial, d'une dotation initiale gratuite en produits contraceptifs dont le

recouvrement des coûts devait permettre un réapprovisionnement. Le personnel desdits sites a bénéficié d'une remise à niveau par des formations (cf. Tableau X sur les formations SFPS) en cours d'emploi et des supervisions formatives. Du matériel didactique était gracieusement offert sur demande aux sites. Un renforcement du système d'information sanitaire a été institué par le projet permettant une meilleure gestion et un suivi/évaluation adéquat du projet. En 1999, le projet a institué l'initiative « Cercle d'or » dans le but de récompenser les sites qui offraient les meilleures de service de qualité. La remise du prix faisait l'objet d'une campagne médiatique destinée à mobiliser la communauté vers les PPS et autour des problèmes de SR

C'est véritablement l'année 1999 qui marque un tournant décisif pour la SR au Cameroun avec l'organisation du Symposium national de SR dont les principaux résultats sont entre autres :

- l'obtention d'une définition consensuelle de la SR ;
- la définition d'un paquet minimum d'activités en SR et par niveau de la pyramide sanitaire ;
- l'élaboration des documents de PNP en SR
- l'élaboration d'un programme national de SR

Actuellement plusieurs projets sont mis en œuvre par le gouvernement avec l'appui des partenaires multi bilatéral tels que l'UNFPA à travers le Sous programme SR de son 4<sup>e</sup> programme d'assistance au Cameroun. L'USAID appuie l'approvisionnement en produits de SR soit directement à la CENAME ou par le truchement de l'ACMS, la GTZ.

### 5.2.2 Les compétences des prestataires :

Le Cameroun dispose d'une masse critique de personnels formés en SR. Le domaine de la formation en SR a bénéficié de l'appui de plusieurs partenaires parmi lesquels on peut citer : SFPS, UNFPA , GTZ, la BM et l'OMS. Ces formations ont vu un essor soutenu depuis les années 97 avec la mise en œuvre du projet SFPS dans lequel, une ONG, JHPIEGO une filiale de John Hopkins University, s'est spécialisée dans le domaine spécifique de la formation . Les domaines de formation sont aussi divers que variés. Il s'agit entre autres de : la gestion logistique des produits de SR ; la Prévention des infections ; la supervision formative ; l'intégration de counseling dans les services des IST/VIH/SIDA, l'outil diagnostique de la qualité de service ; la CTS, la prise en charge syndromique des IST, la technologie contraceptive etc.

Bien que ces formations aient débuté avant les années 80, nous nous sommes appesantis sur celles ayant eu lieu après 1997 par ce qu'elles sont les mieux documentées et surtout par ce que le personnel a acquis à cette période a plus de chance d'être encore opérationnel que les autres.

Le tableau ci-dessous donne un récapitulatif du nombre de personnes formées et par domaines thématique et par agence.

**Tableau 6 : Formations SFPS**

FORMATION	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Supervision Interne	0	0	0		20	40	40	100
CIP/C	11	53	60	37	74	60	64	359
PI	22	0	20	72	129	20	20	283
Logistique contraceptifs	0	0	0	0		20	40	60
PEC Syndromique des	0	0	0	0	49	0	0	49

IST								
Supervision facilitante	0	0	0	20	18	0	0	38
Supervision Interne	0	0	0	0	20	0	0	20
CTS	0	18	0	17	61	40	0	136
Conception des programmes	0	0	0	0	0	10	0	10
Double protection	0	0	0	0	20	0	0	20
Norplant Tech U	0	0	0	0	0	30	0	30
CTS avancée	0	0	0	0	0	15	0	15
ODQS supervision	0	10	0	22	20	0	0	52
SR pour FMSB	0	0	0	0	15	0	0	15
PIC, DIU Double protection	31	20	16	33	49	0	0	149
Insertion/retrait Norplant	0	0	0	0	18	0	0	18
Advanced Clinical training skills	0	0	0	0	10	0	0	10
CCV	32	14	0	0	0	0	0	46
IEC counselling	27	0	20	0	0	0	0	47
Norplant insert	16	20	23	0	20	0	0	79
Norplant retrait	0	0	6	10	0	0	0	16
AQUIS	32	0	0	0	0	0	0	32
SIG	4	0	0	0	0	0	0	4
PF clinique complète	17	20	0	0	0	0	0	37
RO	28	26	0	0	0	0	0	54
Technologie contraceptive	0	0	0	17	0	0	0	17
Compétence clinique	0	0	0	17	29	0	0	46
SONU	0	0	0	0	20	0	0	20

**Tableau 7 : Formations UNFPA**

FORMATIONS	2003	2004
<b>TECHNOLOGIE CONTRACEPTIVE</b>	<b>94</b>	<b>0</b>

**Tableau 8 : Formations ACMS**

FORMATIONS	2003	2004	TOTAL
PF COMPLETE /CIP/C	35	30	65

**Tableau 9: Formations CARE Cameroun**

FORMATIONS	2003	2004	TOTAL
PEC Syndromique des IST	33	33	66
TOTAL DES DEUX			66



**Tableau 10 : Formations GTZ**

FORMATIONS	2003	2004	TOTAL
Prévention des IST		25	25
CTS		23	23
TOTAL DES DEUX			48

La formation des prestataires à tous les niveaux essaie d'être le plus globalisant possible. Le curriculum national de formation clinique en SR a inclus en son sein les volets suivants : le choix raisonné d'une méthode contraceptive, la logistique/réapprovisionnement ainsi que l'acquisition des compétences techniques ( pose de DIU, de Norplant...)

Les document de PNP en SR ont défini les normes et les protocoles de services par niveau de la pyramide de santé au Cameroun. Mais auparavant, le Symposium national sur la SR tenu en 1999 avait défini le PMA en SR par niveau.

### **5.2.3 Des listes des médicaments par niveau**

En ce qui concerne l'adaptation des produits contraceptifs au niveau de compétence du personnel de santé, il faut signaler qu'il existe une liste nationale de médicaments et consommables médicaux au Cameroun. La première version fût publié en 1995. Elle a été réactualisé en 2004. Il existe 4 niveaux sur cette liste :

- (a) les hôpitaux généraux et centraux,
- (b) les hôpitaux provinciaux
- (c) les hôpitaux de districts et centres médicaux d'arrondissement (CMA).
- (d) Les CSI

La sélection de produits est faites sur la base de cette liste et il existe une liste de médicaments autorisés par niveau. Les services sont donc approvisionnés avec les contraceptifs adaptés au niveau des compétence du personnel de Santé afin de dispenser des méthodes respectant des standard de soins.

Dans la mesure où la formation du personnel en PF clinique insiste sur le choix éclairé des méthodes par le client, il n'y a en principe pas de préférence pour la promotion de certaines méthodes chez les prestataires. Il faut cependant apporter une exception dans le cadre des campagnes de vulgarisation de certaines méthodes telles le Norplant et la CCV et aussi dans le cadre des activités de formation où on recrutait les clientes en guise de démonstration sur une méthode donnée. Dans ces cas spécifiques, le choix de la méthode est imposé pour des raisons évidentes (formation diplômante si on a pratiqué tant de fois une méthode).

Dans le cadre des formations en SR, il existe un domaine appelé supervision facilitante dans lequel la supervision est conçue comme une activité de formation continue pendant laquelle le superviseur et le supervisé cheminent ensemble pour diagnostiquer les faiblesses dans l'offre de service et ensemble ils recherchent les voies et moyens pour améliorer les compétences des prestataires en matière de stockage, de préparation de commandes , de relève des données etc.

Dans la formation en logistique contraceptive, le personnel est formé à faire les tâches logistiques appropriées pour leur niveaux dans le système. Il peut s'agir de la sélection de produits ou de la prévision, de la commande ou du stockage desdits produits.

#### **5.2.4 Les services et les Produits de SR :**

Les services de SR sont offerts au Cameroun à travers un réseau de structures publiques, privées commerciales, privées confessionnelles et des ONG. Le secteur public et les ONG offrent un paquet de services similaires, tandis que le secteur privé commercial (Pharmacie) utilise des produits de spécialité différent du secteur public.

Les services de santé sont offerts dans le secteur public du moins, à travers des structures appelées Centres de Santé Intégrés. Les services de santé de la Reproduction sont dans ce cadre, intégrés dans le paquet minimum d'activités offert dans les différents Centres ou PPS.

Les services offerts dans ces CSI sont en général de qualité médiocre. Une analyse situationnelle du système de prestation des services de SR effectuée en Décembre 1998 et qui a intéressé 189 PPS éparpillés à travers les 10 provinces du pays a révélé les points saillants suivants :

Le temps d'attente était acceptable, le choix des méthodes par les clients était assez respecté, et un encouragement des clientes à observer le suivi et la continuité de l'utilisation des méthodes est observé. Mais à côté de ces aspects positifs ils subsistait des points d'ombre à améliorer notamment, l'insuffisance dans l'information échangée lors de la consultation, la faible utilisation du matériel IEC et la faible intégration des services de SMI/ PF car, il est apparu que peu de prestataires s'intéressaient aux autres problèmes des clientes. A cela, on peut ajouter d'autres points faibles tels que ceux liés à l'indisponibilité des produits par moments, avec ces ruptures de stocks de produits de SR constatées l'année dernière par exemple.

Il se pose parfois au Cameroun des problèmes d'inaccessibilité financière des contraceptifs aux clients qui en ont besoin mais, c'est beaucoup plus dans le secteur privé lucratif que cette réalité est ressentie car du côté de l'Etat le prix des médicaments essentiels en général et des contraceptifs en particulier est on ne peut plus abordable. Toutes ces situations sont susceptibles de décourager les clients et éventuellement provoquer des abandons, bien que l'interrogation des partenaires à l'offre de service, ait semblé minimiser le phénomène d'abandon (moins de 10% pour la CAMNAFAW). lorsqu'ils se rencontrent, les motifs en sont : l'opposition du mari, la prise pondérale ou d'autres effets adverses tels les céphalées, et les palpitations. Il a été unanimement reconnu l'influence positive sur l'utilisation des services et des produits par les clientes, de leur satisfaction et du choix éclairé qui les met en confiance.

Une insuffisance en logistique, et surtout en personnel en qualité et en quantité est à noter dans la mesure où le personnel retraité n'est pas remplacé ; les recrutements dans la fonction publique ayant été arrêtés depuis la période de l'ajustement structurel.

Le secteur des ONGs est actif dans la mise en œuvre de l'offre des soins de santé de la reproduction au Cameroun. Les principales ONGs à citer sont : la CAMNAFAW, l'ACMS, l'ALVF, la SWAA, les SCOUTS du Cameroun, FESADE. Toutes ces ONGs sont regroupées dans un réseau dénommé ROSACAM. Ces associations avec leur réseau n'atteignent cependant pas toute l'étendue du territoire national. Leur offre de service arrive à peine à couvrir les chefs lieu de provinces.

Dans ce secteur privé non lucratif la CAMNAFAW, filiale de l'IPPF, est implantée au Cameroun depuis 1989 ? et fait figure de pionnier parmi les ONGs dans l'offre de service de Santé de la Reproduction à travers un réseau de cliniques implantées dans les chefs lieux de certaines Provinces(Centre, Sud, littoral , North west, South West...)

L'ACMS joue un rôle important dans l'offre de service en PF en formant et en capacitant les prestataires de services privés en PF. Il promeut la standardisation de l'offre de service en SR selon les PNP à travers un réseau de cliniques privées dans les villes de Yaoundé et, Douala dans un proche avenir (PROFAM). Cette ONG fait preuve de professionnalisme dans la distribution des contraceptifs et de préservatifs au Cameroun.

L'ACMS , tire le maximum de ses revenus de la vente des produits de SR qui lui sont donnés en subvention par l'USAID. Il nous a cependant été signalé que le budget de cet organisme ne pouvait être équilibré sans l'aide de partenaires associés tellement les coûts de fonctionnement et autres charges sont élevés ; ceci est particulièrement vrai pour l'année fiscale 2005 .Un plaidoyer fort devrait être mené pour que les partenaires continuent à soutenir le marketing social afin que des produits de qualité continuent à être servis aux clients à des prix défiant toute concurrence.

Le secteur privé lucratif ( Grossistes et Pharmacies d'officine), a un rôle non négligeable dans la mesure où il traite avec une partie de la clientèle des grandes métropoles du pays.

Cependant, Les recettes générées de la vente des produits de SR représentent ici moins de 0,50 % du chiffre d'affaire de la plupart des officines que nous avons visitées. Dans ces conditions, les privés lucratifs n'éprouvent aucun besoin d'investir dans le marketing ou dans les innovations pour des produits qui ne leur rapportent pas grand chose. Ces officines se plaignent d'une TVA élevée qui contribue à rendre les préservatifs vendus ici plus chers.

Le MSP ne pourrait-il pas demander la suppression de cette TVA , dans le cadre de la lutte contre la pauvreté sur les ME, ou spécifiquement sur les préservatifs dans le cadre de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA ?

Pour ce qui est des méthodes offertes au Cameroun, Le Ministère de la Santé Publique met en œuvre tous ses efforts pour l'approvisionnement en contraceptifs oraux, injectables et les méthodes de barrières au niveau des CSI. Il faut signaler l'usage du Norlevor ou pilule du lendemain dans le circuit du ACMS. Parallèlement, un effort est fait pour promouvoir des services à base communautaire des contraceptifs. Il est noté ça et là des ruptures de stock de ces produits dans le secteur publique comme en témoigne les ruptures constatées l'an dernier dans l'approvisionnement en condoms et en Depo Provera au niveau de la CENAME et partant au niveau de tout le circuit d'approvisionnement publique. Un effort supplémentaire devrait être fait dans le sens d'une meilleure évaluation des besoins pour une bonne prévision garantissant un approvisionnement régulier et continue toute l'année en produits contraceptifs.

Les méthodes à long terme encore appelés contraception permanente sont peu utilisées et représentent qu'une proportion faible de toutes les méthodes contraceptives (1%, EDS II). Elles sont souvent l'objet de campagne de masse,( le cas des ligature des trompes, la pause de Norplant).

Les ONG's et les privés confessionnels offrent , les mêmes méthodes que dans le secteur public car tous ces secteurs ont quasiment les mêmes sources d'approvisionnement en contraceptifs. Le secteur privé commercial dont les grossistes s'approvisionnent par un circuit différent offre plus les pilules orales et les préservatifs généralement sous des noms de spécialité.

Concernant la «Méthode Mix» le secteur publique est fortement orienté vers le réapprovisionnement de toute la gamme de méthode contraceptives afin de garantir à chaque cliente la disponibilité permanente des méthodes contraceptives dans tous les PPS.

La « méthode mix » ou association de méthode est un investissement qui peut sembler coûter cher à prime abord dans un contexte de faible prévalence contraceptive (8% de TPC, EDS II). Avec un risque de voir les produits qui pourraient se périmenter faute d'utilisateurs. Cependant, a-t-on le droit de sacrifier l'aspect choix individuel de la cliente ? De l'autre côté, pour les raisons de Santé Publique, devrait-on sacrifier les faibles moyens financiers pour l'achat des méthodes qui coûtent chères (Norplant, DIU) et qui sont peu demandées par rapport aux autres méthodes peu chères mais plus utilisées par la clientèle ?

Les ruptures de stock dont on a fait mention tantôt ont été décriées par tous les prestataires rencontrés. Tous les secteurs et à tous les niveaux ont été concernés l'an dernier en dehors du privé lucratif. Les produits cités le plus souvent sont : le Néosampon, le depoprovera, les préservatifs masculins.

Dans ce contexte, les prestataires ne peuvent se sentir en sécurité pour effectuer leur travail pendant une longue période car l'incertitude plane en permanence et les quantités dont ils disposent sont limitées.

A propos des produits contraceptifs périmés enregistrés l'année dernière ; certes il y'en a eu, mais pas en grande quantité ; la raison évoquée pour expliquer cela est l'arrivée tardive au Cameroun des produits importés.

Le Ministère de la Santé Publique avec l'appui des partenaires met en œuvre des stratégies destinées à augmenter l'utilisation des services de SR.

**Parmi ces stratégies**, nous pouvons citer :

- L'expansion de la distribution à base communautaire des contraceptifs ;
- La stratégie des pairs éducateurs en Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA)
- Création de réseau de cliniques dans les grandes villes offrant des services de SR selon les normes dictées dans les PNP (PROFAM).
- Les Centres d'écoutes pour jeunes et les femmes : six centres de ce type existent à travers le territoire nationale donc le but est d'offrir les services de Santé de la Reproduction adaptés au jeunes et aux femmes et susciter la demande des services de SR.
- Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, et compte tenu de l'ampleur de l'épidémie, « accroissement exponentiel du taux de prévalence du VIH », le gouvernement camerounais a élaboré un plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA basée sur l'approche multi-sectorielle et décentralisée ; le Ministère de la Santé Publique assurant le leadership. Dans ce cadre, plusieurs projets sont à inscrire donc : Projet AWARE exécuté par CHP Cameroun à travers un convention de collaboration avec FHI , financé par USAID, dans le domaine de la prévention des IST/VIH/SIDA ; Projet de Prévention des IST/VIH/SIDA sur les Axes motorisés de l'Afrique Centrale qui est financé par ACDI et donc l'exécution

démarre en septembre 2004. Il sera exécuté par CARE Cameroun, JHPIEGO Cameroun et l'ACMS. Par ailleurs, tenant compte de l'analyse situationnelle du système de prestation des services de santé de SR au Cameroun effectué en 1998, une frange importante de personnel de l'Etat a bénéficié d'une formation en planification familiale et en Counseling/IEC ainsi qu'en traitement et la prévention des IST/VIH/SIDA (en moyenne 2 prestataires sur trois). La plupart de ces formations ont été octroyées en cour d'emploi. Dans le même cadre, sur le plan de la surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA 28 centres de consultation prénatale ont été opérationnels en 2002.

- Concernant la PTME, 160 sites privés et publics sont opérationnels au Cameroun depuis 2003
- 18 centres de traitement agréés CTA et 3 centres affiliés pour la PVVS par les ARV ont été créé sur la base de l'existence d'un comité thérapeutique. Cependant, ces structures ne sont installées qu' au niveau de chef lieu de Province et ne couvrent donc pas l'ensemble du territoire.
- **ROS** : Projet mis en œuvre dans 5 provinces avec l'appui de l'UNFPA . Son but est de renforcer l'offre des soins de qualité aux populations . Ses interventions principales sont la réorganisation des services, le renforcement des capacité du personnel en matière de SR, et le renforcement même du système en l'équipant. Ce projet est complémentaire au précédent.
- **PROFAM** : un nouveau projet en cours de réalisation initié par ACMS dans le but de standardiser l'offre de services selon les PNP en SR, en créant un réseau de prestataires laïcs initialement à Yaoundé puis Douala.
- **Les services à base communautaire des contraceptifs** : Un projet exécuté avec l'appui de l'UNFPA et qui en est à sa phase d'extension. Il couvre onze DS dans cinq provinces de la zone UNFPA. Cette stratégie consiste à capaciter les communautés à l'offre des services de SR sous la supervision du personnel de santé de l'aire. Cette intervention a permis de faire passer le TPC de 6 à 15% dans le DS d'Eséka et de 2 à 17% dans celui de Lolodorf en 2002

La loi N° 90/062 du 19 Décembre 1990 qui stipule en son article 1<sup>er</sup> que les formations sanitaires publiques sont autorisées à procéder au recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments sous leur dénomination générique a fait en sorte que le secteur public comme le privé et les ONGs dépendent tous du point de vue de leur fonctionnement de la vente des produits de SR.

**Le tableau 11 : Prix de vente des contraceptifs distribués par le circuit Marketing Social**

Produit	Les prix de vente du marketing Social		Prix d'achat USAID	Taux de recouvrement
	Fcfa	US\$	US\$	
Injectables				
Pilules	100 Fcfa la plaquette			
Condom masculin	100 Fcfa le paquet de 4			
Condom féminin	100 Fcfa piece			

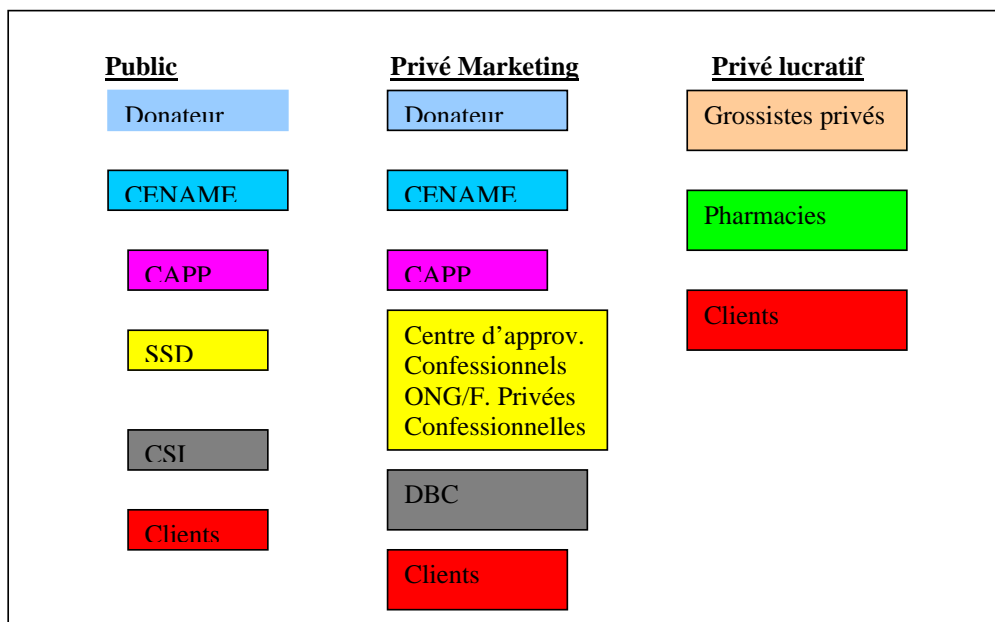
Pour le secteur public également, l'USAID à l'instar de l'ACMS pourvoit en produits de SR à travers la CENAME. Une partie des Condoms de la CENAME lui provient du CNLS par le truchement des fonds PPTE. Les formations sanitaires (FS) appliquent les prix fixés par le CAPP.

La loi sur les recouvrement des coûts permettait jusqu'à une date récente aux FS d'offrir leur paquet d'activités y compris les stratégies avancées normalement, grâce à l'achat des médicaments génériques. mais, depuis la baisse des prix des ME survenue en NOV 2003, les FS éprouvent des difficultés à financer certaines activités du PMA. Par ailleurs une grande partie des préservatifs du secteur public sont distribués gratuitement dans le cadre des campagnes de prévention du VIH/SIDA. Ce qui explique en partie les pénuries de condoms enregistrées dans le secteur public comme ce fut le cas l'année dernière.

### 5.2.5 Distribution

le SYNAME comprend trois réseaux de distribution des produits de SR au Cameroun. Un réseau public, un réseau privé lucratif et un réseau de marketing Social. Le réseau public est constitué par le réseau CENAME qui approvisionne toutes les FS publiques à travers les CAPP. Le réseau privé lucratif est constitué par les grossistes et les pharmacies d'officines. Le réseau Marketing social s'approvisionne à la CENAME et écoule ses produits par un réseau de cliniques et de distributeurs privés. Les schémas ci-dessous donne une idée des circuits des trois réseaux.

**Graphique 5 : SCHEMA de distribution du SYNAME CAMEROUN**



La longueur du réseau varie en fonction des aléas climatiques 6 à 22mois ?

### L'organisation de la distribution

La CENAME, les CAPP et les autres distributeurs importent leurs produits de l'extérieur car l'industrie pharmaceutique nationale est quasi inexistante. Quelques unités de fabrication sont dénombrées ici et là, qui ne produisent que des solutés et quelques rares ME mais pas du tout de contraceptif.

## La CENAME

La CENAME est la centrale nationale de médicaments essentiels. C'est la principale importatrice et distributrice nationale de médicaments et autres dispositifs médicaux. Elle a été créée en 1996 et est devenue opérationnelle en 1998. C'est le fruit de la coopération entre le Cameroun, l'UE et la Belgique. La CENAME a été créée pour vendre et distribuer les ME et autres consommables médicaux au secteur public et celui privé à but non lucratif en fonction des accords passés avec celui-ci.

Ainsi, la CENAME est responsable de la distribution des contraceptifs aux structures sanitaires du secteur public et à toutes autres institutions autorisées. La liste de ces institutions comprend :

- Les CAPPs
- Ad Lucem
- La FEMEC
- Des Hôpitaux généraux, centraux et les CHU

Au-delà de cette liste, la distribution des produits contraceptifs est étendue à d'autres structures non officiellement autorisées. Le tableau ci-dessous résume la distribution des contraceptifs en 2003.

**Tableau 12 : Distribution des contraceptifs en 2003**

Produits	CAPP	FEMEC	MINDEF	PEV	Autres	Total
Condom	2 195 500	74 800	20 700	117 100	193 800	2 601 900
Depo-Provera	66 600	45 300	43 700	5 000	5 800	166 400
DIU	1 075	25	0	0	275	1 375
Lo Femenal	86 600	126 900	118 700	75 600	9 100	416 900
Conceptrol	11 900	100	0	0	200	12 200
Norplant	3 700	650	100	0	450	4 900
Ovrette	17 900	2 000	0	1 500	1 300	22 700

On regroupe dans les « autres » les Hôpitaux centraux, généraux, CHU, Médecins sans frontières, la Coopération française, la Fondation Chantal Biya, Willbros spie capag, etc.

Les contraceptifs octroyés au MINDEF ont été repartis de la manière suivante :

**Tableau 13 : Distribution des Contraceptifs MINDEF**

Produits	Opération Delta	Garde Présidentielle	Hôpital militaire de Yaoundé	Services de Santé des Forces armées et Police	Service de Santé des Sapeurs pompiers	Total
Condom	2 500	17 000	200	0	0	20 700
Depo-Provera	15 300	1 200	11 000	11 800	4 400	43 700
Lo-Femenal	18 000	500	59 900	11 000	29 300	118 700
Norplant	0	0	0	0	100	100

Les deux tiers des produits les plus utilisés (Dépo-Provera et Lo-Femenal) ont été mis à la disposition du MINDEF, de la FEMEC, et du PEV. Au regard de ces données de distribution, un entretien a été organisé, lors de la prévision avec les responsables des dites structures qui a révélé qu'aucune d'elles n'avait des données disponibles. Les hôpitaux centraux, généraux et CHU bien que disposant des systèmes informatiques de gestion des données, n'ont pas pu les mettre à la disposition de l'équipe. La raison étant qu'il était impossible d'imprimer un quelconque rapport dont la période est écoulée.

#### LES CAPP:

Les magasins provinciaux sont responsables de la distribution des médicaments essentiels et des contraceptifs aux formations sanitaires. Ce sont des structures autonomes qui s'approvisionnent au moins à 60% de leur besoins en médicaments essentiels auprès de la CENAME. Mais ils peuvent en cas de rupture de stock de la CENAME ou en cas d'offre plus alléchant que celle de la CENAME acheter leurs médicaments auprès des fournisseurs étrangers (IDA essentiellement), à travers la DPM. Il n'y a pas de niveau intermédiaire entre eux et les PPS. Chaque magasin provincial approvisionne directement toutes les unités sanitaires qui dépendent de lui. Les CAPPs disposent de véhicules tout terrains, chargés de la distribution des médicaments commandés dans chaque PPS.

Il y a de gros problèmes de gestion logistique de l'information : les PPS n'envoient pas systématiquement des rapports de consommation au niveau provincial ; de même, il n'y a pas de mécanisme de report de l'information du niveau provincial au niveau national. Par manque des données sur l'utilisation effective des produits contraceptifs, l'équipe chargée de la prévision s'est référée aux données de distribution des CAPP aux formations sanitaires. Il est à noter que sur un total de 10 magasins provinciaux, 8 avaient fourni tous les rapports trimestriels de 2001 à 2003 ; un, avait soumis les rapports trimestriels de 2001 à 2002 et un, avait transmis les rapports trimestriels de 2003. Ces rapports fournissaient des informations sur le stock disponible, les quantités distribuées, les pertes et transfert, (positifs ou négatifs). Les quantités reçues n'étaient pas signalées. Ce qui a rendu par moment difficile la réconciliation des mouvements de stock par Province.

**Tableau 14 : Distribution des CAPPs aux PPS :**

Produit	2001				Total	2002				Total	2003				Total
	70010	67731	85973	74591		298314	109674	160642	125366		195233	590915	232915	296451	
Condom	1932	1362	1663	3553	8510	4146	3936	3586	4677	16345	3416	3400	5400	820	13036
Conceptrol	152	289	202	186	829	220	286	226	548	1280	235	176	102	95	608
DIU	10995	11138	12089	10195	44417	14823	16180	18988	21601	71592	18367	19117	18360	15635	71479
Depo	2390	2390	2391	2391	9562	1134	1135	1135	1135	4539	895	1150	1540	5010	8595
Duofem	19513	20964	24690	22746	87913	24185	24122	30285	29016	107608	24880	34619	23140	8216	890855
Lofemenal	810	1280	1500	2860	6450	660	1000	720	1700	4080	0	32	200	0	232
Neosamp	352	263	489	423	1527	360	465	493	724	2042	627	476	514	747	2364
Norplant	1898	2828	2438	1530	8694	1800	2229	2371	4161	10561	2176	1222	2684	1780	7872
Ovrette															

#### FEMEC, MINDEF, ET AUTRES.

Bien qu'autorisés à bénéficier des produits contraceptifs, aucune de ces structures ne soumet de rapport d'activités ni à la DSF, ni à la DPM. La FEMEC qui naguère envoyait ses rapports au projet SFPS, ne le fait plus. Quant au MINDEF, il ne leur a jamais été demandé de soumettre un quelconque rapport mensuel ou trimestriel à qui que ce soit. La visite de l'équipe de prévision a été la première du genre. Le Directeur de la Santé militaire, et le Pharmacien en charge de l'approvisionnement en médicaments ont été réceptifs et ont émis le vœux d'être intégrés comme membre de Service de Santé du Ministère de la Santé Publique.



Dans ce cadre, ils sont disposés à soumettre des rapports sur l'utilisation des produits dont ils bénéficient. Quant au PEV, ses responsables avaient argué que le PEV ne menait pas des activités de SR et PF. Les gestionnaires de stock du PEV ont déclaré à l'équipe de prévision ne pas se rappeler avoir reçu une seule fois les produits contraceptifs.

Les hôpitaux généraux, centraux et les CHU ne disposaient pas eux non plus, des données sur les mouvements de stock. Face à cette situation, l'équipe chargée de la prévision n'avait pris en compte que des données de distribution de la CENAME et des CAPPs pour leurs prévisions et leurs estimations de besoins en contraceptifs du Cameroun.

**Tableau 15 : Distributions totales de contraceptifs de 2002 et de 2003**

Produits	2002	2003
Condom	1 450 060	1 491 391
Depo-Provera	136 700	178 721
DIU	1 896	1 149
Lo-Femenal	239 952	447 596
Norplant	2 625	3 863
Ovrette	15 581	15 191

En comparant les années 2002 et 2003, les tendances de distribution se présentent comme Suits : Condom = 2.8% et le DIU = - 39%, Ovrette = - 3%, Depo-Provera = 31%, Norplant = 47%, Lo-Femenal = 87%. Pour estimer les distributions des années à venir, l'équipe de prévision n'a pas retenu des tendances actuelles mais, s'est référé aux tendances de 2001 et 2002 et à l'expériences de terrain des participants à l'atelier sur la prévision. Ainsi l'atelier a convenu de considérer les taux d'augmentation suivant : Condoms = 15%, DIU = 0%, Depo-Provera = 5%, Norplant = 5%, Lo-Femenal = 0% ainsi que Ovrette = 0%

#### ACMS

L'ACMS a fourni ses rapports de distribution de contraceptifs de 2002 et de 2003. Bien que des données fournies reflètent en général les mouvements de stock de l'ACMS, l'équipe de prévision a estimé qu'elles présentaient des insuffisances, des écarts non négligeables restant à justifier.

**Tableau 16 : Ventes des produits contraceptifs de l'ACMS sur 2002 et 2003 :**

Produits	2002	2003
Condom masculin	16 821 120	18 916 320
Depo-Provera	9 880	15 580
Duo-Fem	256 350	298 818
Condom féminin	15 500	14 200

Exceptée la vente du condom féminin qui décroît de 0,084%, le condom masculin, le Depo-Provera et le Duo-Fem ont respectivement augmenté de 12,4%, 57,7% et 16,6%. La baisse du niveau du condom féminin est due à une rupture de stock. Rupture consécutive à une forte demande de ce produit. En 2004, ACMS envisage une distribution mensuelle moyenne de 8500 pièces de condoms féminin.

#### CAMNAFAW :

CAMNAFAW a fourni ses rapports annuels qui retraçaient les mouvements de stock de 2002 et 2003. Contrairement au MSP/CENAME et ACMS, CAMNAFAW collecte des données de distribution effectives aux clients.

**Tableau 17 : Données de distribution CAMNAFAW des contraceptifs de 2002 et 2003.**

Produits	2002	2003
Condom masculin	701 097	743 226
Depo-Provera	1 718	3 570
DIU	84	5
Lo-Femenal	2 261	8 270
Norplant	11	91
Ovrette	567	1 584
Condom féminin	88	30
Microgynon	2 020	883
Néogynon	947	1 063
Nordirol	987	749
Noristerat	468	500

Excepté le condom masculin qui a connu une rupture de stock au 4<sup>e</sup> trimestre 2003, la CAMNAFAW a continuellement approvisionné ses clients en 2002 et 2003. Pour les années à venir, CAMNAFAW pourrait ne plus s'approvisionner auprès de l'IPPF mais plutôt auprès du MSP/CENAME. Une autorisation du MSP leur a été donnée dans ce sens.

## CNLS

Le CNLS a distribué 8 891 706 condom en 2002. En 2003, 7 687 738 condoms masculins ont été distribués au cours du premier semestre. 4 155 840 condoms achetés auprès de l'ACMS, sont en train d'être distribués par l'ACMS. Depuis le 16 juin 2003, 21 404 000 pièces de condoms achetés sur fond Banque mondiale sont en distribution sur l'ensemble du territoire par le groupe technique central GTC, et par les Groupes Techniques Provinciaux GTP. Chaque GTP approvisionne les ONG locales qui doivent les distribuer gratuitement à la population. Malheureusement, selon les pharmaciens provinciaux, ayant pris part à l'atelier sur la SC de janvier 2004 dernier, beaucoup de ces ONGs sont en train de les vendre. Ce sont là des pratiques, si cela est vérifié, qui vont à l'encontre des consignes du CNLS. Par ailleurs, une telle distribution n'est pas suivie d'un système de collecte d'information. Par conséquent, il n'était pas possible de dégager à partir de ces chiffres des tendances d'utilisation pouvant servir à faire des projections. Dans ces circonstances, l'équipe de prévision a estimé que le CNLS devra se référer aux résultats de projection démographiques pour déterminer ses besoins. Les projections démographiques dont on fait mention ici, utilisant les données nationales, le CNLS devra en tenir compte et déduire les quantités de condoms distribués par le MSP/CENAME, ACMS, CAMNAFAW...

### 5.2.6 Prévisions et Besoins d'approvisionnement

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des montants en US dollars pour l'acquisition des contraceptifs sur les trois années 2004, 2005 et 2006 découlant des tableaux d'acquisition des contraceptifs élaborés par l'équipe de prévision.

**Tableau 18 : Prévisions des besoins d'approvisionnement CENAME pour 2004, 2005 et 2006**

Produits	2004	2005	2006
DIU	4 601.36	1 486.61	2 602.15

Depo Provera	445 666.97	257 819.67	246 026.36
Lofemenal	258 694.33	109 966.37	109 677.75
Norplant	212 779.19	123 464.47	120 837.56
Ovrette	8 900.69	4 040.76	4 040.76
Sous – total	930 642.45	496 777.88	483 184.59
Condoms	297 196.54	137 596.22	121 588.11
Total	1 227 839.09	634 374.10	604 772.69

NB : USAID/AWARE se sont engagés à approvisionner le MSP en 2004 et 2005. Pour 2006, il n'y a pas de donateur . Le plan de sécurité contraceptive devra en tenir compte.

Pour ACMS, le tableau ci-dessous donne un aperçu des montants en US dollars pour l'acquisition des contraceptifs sur les trois prochaines années.

**Tableau 19 : Prévision de besoins d'approvisionnement de ACMS de 2004, 2005 et 2006**

Produits	2004	2005	2006
Depo Provera	20 015.06	28 624.03	32 088.38
Duofem	151 384.39	105 203.86	109 881.38
Sous Total I	171 409.45	133 827.89	141 969.76
Prudence Plus (male)	2 313 349,07	1 773 405 ,67	1 923 896 ,52
Protectiv (féminin)	91 812,84	80 092,05	74 231 ,66
Sous total II	2 405 161,91	1 853 497,72	1 998 128,18
TOTAL	2 576 571, 36	1 987 325,62	2 140 097,93

NB/

Selon les responsable de ACMS, la KFW se serait engagé à fournir les condoms jusqu'en 2006. Au delà de 2006, l'incertitude planerai

USAID/AWARE s'est engager à approvisionner ACMS en Depo provera, Duofem et condom féminin en 2004 et 2005

### 5.2.7 Achat des produits :

Les achats se font par cascade dans le secteur public. La CENAME commande ses produits de l'étranger , dans le marché international en fonction de ses besoins ; les CAPP eux viennent acheter auprès de la CENAME ; les formations sanitaires publics font leurs achats auprès des CAPP

Le responsable de l'achat des contraceptifs est différent selon le niveau ; c'est ainsi que le responsable de l'achat pour la CENAME est le Directeur lui même qui est pharmacien ; il n'a pas reçu de formation spécifique pour les achats. Il est assisté d'un responsable commercial, qui est également pharmacien. Le responsable provincial des achats des contraceptifs est le

pharmacien chef du CAPP. Au niveau du PPS c'est l'infirmier chef du CSI qui est chargé de l'achat de ces produits sous la coordination du CSSD.

Il existe des mécanismes de coordination entre les différents services de la CENAME en général et entre ceux des achats et ceux de la logistique. Des réunions périodiques et des échanges d'information existent entre ces deux services en vue de partager des informations pour des commandes à lancer

Les données utilisées pour préciser les quantités à commander sont basées sur les CMM venant des CAPP.

Les achats se font sur appel d'offre international puisque la CENAME s'approvisionne sur le marché international.

Les procédures d'achat, nous a-t-on déclaré étaient transparents sous l'autorité d'une commission de dépouillement des offres.

Les produits reçus ne répondent pas toujours aux besoins estimés. C'est ainsi qu'on peut se trouver dans des situations de sur-stock ou de rupture de stock. C'est le cas des condoms masculins qui ont connu des ruptures de stock l'an dernier. Ce cas témoigne bien de la dépendance du pays par rapport à l'approvisionnement en contraceptifs ; et aussi du manque de maîtrise de la prévision de la CENAME dans ce domaine.

Des procédures sont mises en place pour garantir la qualité. Dans ce cadre, un laboratoire de contrôle de qualité des ME a été créé.

Le LANACOM, a été créé par décret n° 96/055 du 12 mars 1996. Ses principales missions sont :

- le contrôle de la qualité des médicaments et des produits pharmaceutiques
- Ce contrôle de qualité se fait avant usage, en cours de stockage et en post marketing

## **5.2.8 Principaux constats sur l'Offre:**

### **a. Les forces :**

- Le système de l'offre de service au Cameroun est complémentaire dans la mesure où les services sont offerts à travers des structures tant publiques, privées que par des ONGs.
- La CENAME dispose de ressources nécessaires en personnels expérimentés dans l'approvisionnement en médicaments essentiels. Ces ressources sont susceptibles d'être utilisées pour l'approvisionnement dans le domaine des produits de la santé de la reproduction.
- L'existence des PNP en SR.
- L'existence de certaines données historiques sur les consommations antérieures.
- L'existence de personnels formés en gestion de produits de SR
- La volonté manifeste des ONGs à pérenniser l'offre de service et à appuyer des réseaux dans ce sens.

### **b. Les faiblesses :**

- La dépendance totale du pays de l'extérieur par rapport à l'approvisionnement en produits de SR ;
- Le financement continu de l'approvisionnement en produits contraceptifs n'est pas assuré au delà de 2006 ;
- Les données du système logistique d'information sanitaire ne sont pas toujours disponibles et ne sont pas toujours actualisées ;
- Insuffisance de supervision des PPS ;
- Insuffisance de coordination et de collaboration entre les différents partenaires dans l'offre de services de santé de la SR ;

## 6. Financement

**Tableau 20 : Sources de financement pour les contraceptifs**

Source de financement	- 5ans	Année en cours	Projection + 5 ans	Projection + 10 ans
MSP (Budget Etat	\$ 283 988.99 (Achat ME, 2003)	\$ 256 880.73 (Achat ME, 2004)		
MSP (CENAME) Recouvrement des coûts	\$ 293 687.41 Années 2001, 2002, 2003.	\$ 10 534.27 de janvier à mai 2004		
UNFPA	\$ 127 272, Années 1999-2002	\$ 645000 ; Années 2003 - 2007		
USAID		\$ 2 576 571, 36	\$ 1 987 325,62 (2005) ; \$ 2,140 097,93 (2006)	
KFW			Voir financement ACMS	
Coopération française				
Canton jura Swiss				
Secteur commercial à but lucratif				
ACMS)	\$ 65 716,90 financement par l'USAID	\$ 158 965,94 financement par l'USAID	\$ 145 800,00 Financement possible par KFW	
BAD			\$ 763029,81; Années 2005-2008	

UE				
GTZ				
TOTAL				

## 6.1 L'Analyse situationnelle sur le Financement

Pour évaluer le budget prévisionnel pour l'achat des contraceptifs on peut se baser sur les consommations des structures sanitaires, soit sur la distribution des contraceptifs par les principaux distributeurs que sont la CENAME ou les CAPP. Compte tenu des difficultés rencontrées dans la gestion de l'information sanitaire sur la consommation effective, on a opté au Cameroun sur la deuxième solution proposée ci-dessus.

C'est ainsi que, pour ce qui concerne les prévisions de financement pour les années à venir, une mission conjointe constituée par des experts de POLICY et DELIVER financée par l'USAID a séjourné au Cameroun début 2004 (19 Janvier-6 Février) dans le but entre autre d'estimer les besoins de financement du pays. Sur la base des données collectées, analysées et après leur ajustement, les données recueillies auprès du MSP/CENAME, des CAPP, FEMEC, MINDEF, PEV, CAMNAFAW, CNLS, cette équipe a évalué les besoins d'approvisionnement en produits de la SR du Cameroun pour la période 2004, 2005, 2006. Les montants retenus sont évalués en US dollars respectivement à 3 804 410,45 pour l'année 2004, 2 621 699,63 pour 2005 et 2 744 870,62 pour l'année 2006.

Il s'agit là du montant de budget à rechercher pour le financement des produits de SR sur les trois prochaines années auprès de l'Etat et éventuellement et des partenaires au développement qui voudront bien appuyer le gouvernement dans cette entreprise

### 6.1.1 Le Budget du secteur de la santé

Le but de la politique Nationale de Population du Cameroun est d'améliorer le niveau et la qualité de vie de la population dans le cadre d'un développement humain durable. Et pour atteindre ce but des objectifs généraux ont été retenus parmi lesquels celui d'améliorer l'état de santé de la population en général notamment en santé de reproduction, et celui des mères et des enfants en particulier. Le Gouvernement réaffirme année après année sa volonté d'atteindre cet objectif par une augmentation graduelle du budget alloué à la Santé publique. Bien qu'il n'atteigne pas encore le minimum requis par l'OMS, ce budget du MSP est en croissance régulière en valeur absolue. C'est ainsi qu'il est passé de 40 598 000 000 de Fcfa en 99/00 à 58 295 000 000 Fcfa en 2004.

Bien que le budget du MSP ait augmenté les cinq dernières années, la part réservée à l'achat des contraceptifs n'existe pas encore de ligne budgétaire consacrée à l'achat des contraceptifs dans le budget du MSP, il est intéressant de constater l'existence d'une ligne budgétaire de **200 000 000 Fcfa** consacré à l'achat de médicament. La répartition de ces fonds se fait sur la base des problèmes prioritaires de l'heure. La DPM qui gère cette ligne budgétaire pourrait donc des contraceptifs.

En outre il existe dans le cadre du sous programme SR une ligne budgétaire dénommé fond de contre parti gouvernemental qui, comme son nom l'indique est la contribution du gouvernement dans la mise en œuvre dudit sous programme. Ces fonds d'un montant de ... et

qui sont gérés par le DSF, n'ont aucune indication spécifique et pourraient bien n'être orientés vers l'achat des contraceptifs et autres produits de la SR.

A côté de ce disponible, le MSP pourrait mobiliser d'autres ressources locales ; et celle qui nous vient à l'esprit sont les fonds PPTE qui pourraient bien être mobilisés pour cette fin d'autant plus que il s'agit ici de sujets hautement sensibles qui concernent la réduction de la mortalité maternelle et infantile ou la lutte contre le VIH/SIDA.

Les fonds issues de la vente des produits contraceptifs sont utilisés conformément à la loi sur le recouvrement de coût. Autrement dit, une partie sert au réapprovisionnement en médicament essentiel et contraceptifs, une autre partie sert à financer l'offre de service en stratégie avancée et une infime partie est allouée à la motivation du personnel.

Il n'existe pas un programme sociale pour la mise à disposition des contraceptifs aux populations les plus pauvres. Cependant l'Etat met en oeuvre une forme de politique sociale tendant à mettre à disposition de la communauté en général des médicaments et contraceptifs à des prix on ne peut plus accessibles. C'est dans ce cadre qu'il faut placée la note de service ministérielle numéro ... 2003 portant sur la réduction des prix des médicaments essentiels dans le secteur publique. Le marketing social participe de cette même politique qu'il faut placée.

### **6.1.2 Le financement des ménages**

En moyenne, la dépense annuelle de santé par tête d'habitant au niveau national est estimée à 22 000 Fcfa (2002). Les ménages urbains dépensent près de trois fois plus que des ménages ruraux, soit en moyenne 39 000 Fcfa par an et par personne contre 13 000 Fcfa. (cond vie pop et profile pauvreté au CMR 2001)

Il est difficile à l'heure actuel d'évaluer en pourcentage le montant de dépenses en contraceptifs à déboursé par rapport au revenu par habitant. Aucune enquête n'a été menée de façon spécifique sur les dépenses en contraceptifs au sein des ménages par niveau de vie, par milieu de résidence et par zone géographique.

## 7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Face au retrait brutal des partenaires dans le financement des produits contraceptifs, l'analyse de la situation actuelle du système camerounais de distribution des contraceptifs a révélé les faiblesses parmi lesquelles on peut retenir :

- une totale dépendance du pays de l'extérieur par rapport à l'approvisionnement en produits contraceptifs ;
- la faiblesse du système logistique d'information sanitaire ;
- l'insuffisance de coordination et de collaboration au sein du MSP et entre les partenaires. La mauvaise qualité de service avec des ruptures fréquentes de stock.
- L'insuffisance de supervision des PPS

Afin de renforcer le système et d'assurer la pérennisation de la sécurisation des produits contraceptifs, l'Etat camerounais devrait élaborer un plan stratégique de sécurisation à long terme des contraceptifs et mettre en œuvre des actions urgentes couvrant la période pendant laquelle les donateurs s'engagent encore à assurer l'approvisionnement du pays en produit de SR (2004 – 2005), parmi lesquelles nous pouvons citer :

- la création d'une ligne budgétaire du MSP entièrement consacrée à l'achat des contraceptifs
- le financement de l'achat des produits contraceptifs par les fonds PPTE ;
- l'octroi d'une subvention à la CENAME pour l'achat des contraceptifs et l'ouverture d'un compte par cette organisme exclusivement réservé pour l'achat de ces produits ; ce compte étant approvisionné par une partie du recouvrement des coûts sur la vente des produits de SR.
- l'institution au niveau de la sous région d'un système d'achat groupé de contraceptif permettra une réduction des coûts de ces produits et assurera de même la pérennité de leur approvisionnement.
- Le renforcement des compétences de tous les acteurs impliqués dans la gestion de la logistique contraceptive améliorera la qualité de service pour une meilleure satisfaction des clientes;
- L'élaboration d'un plan de pérennisation du système et d'intégration dans le SYNAME.
- Le renforcement de la supervision intégrée au niveau des districts de santé amenuisant ainsi les dépenses de fonctionnement. Les fonds ainsi gagnés pourraient être réinjectés dans l'achat des produits de SR.

Le secteur privé non lucratif pourrait jouer un rôle important dans la sécurisation des contraceptifs car ils disposent d'ONG dynamiques telles que ACMS dont les initiatives permettront de gagner de plus en plus de clients parmi les besoins non couverts, pour peu qu'elle puisse trouver des sponsors ou de partenaires pour l'achat de ces produits.

On peut moins compter sur la CAMNAFAW, dont les sources d'approvisionnement proviennent de même donateur que l'Etat. L'IPPF recevant lui-même ses contraceptifs de l'USAID. Le système de gestion logistique de contraception gagnerait à être renforcé pour permettre de faire des prévisions fiables à long terme qui contribuerait à assurer une pérennisation de l'approvisionnement en produit contraceptifs.

L'usage des méthodes mix devrait tenir compte comme dans tous les pays en voie de développement de la faiblesse de budget alloué à l'achat des produits de la SR. Ainsi, lors de



la planification stratégique, les responsables devraient réfléchir sérieusement sur l'achat des méthodes chères mais peu sollicitées.

Annexes I:

Bibliographie :

Stratégie Sectorielle de Santé, Yaoundé, Septembre 2001

Deuxième Enquête Camerounaise auprès des ménages : Pauvreté et Santé au Cameroun en 2001

Enquête sur les Dépenses des Ménages à Yaoundé et Douala : Résultat sur la consommation finale des ménages, Décembre 2001.

Enquête Démographique et de Santé 1991

Enquête Démographique et de Santé 1998

Enquête à Indicateurs Multiples au Cameroun (MICS) 2000, Août 2001

Rapport Annuel d'Activités du PNLS pour l'année 2003

Plan Stratégique de lutte contre le SIDA au Cameroun, 2000 – 2005, Septembre 2000

Analyse Situationnelle du Système de Prestation de Services de Santé de la Reproduction au Cameroun, Décembre 1998

Conditions de Vie des Populations et Profil de Pauvreté au Cameroun en 2001, Premier Résultats, Mai 2002

Objectifs du Millénaire pour le développement – 2<sup>ème</sup> Rapport de Progrès, République du Cameroun, Décembre 2002

Plan Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA/IST du Secteur Santé au Cameroun, 2004 – 2006, Mai 2004

Bilan Commun de Pays Cameroun 2000

Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, Projet

Synthèse Nationale de Rapports de Supervisions Externes, 2<sup>ème</sup> Semestre AF 2003, SFPS Cameroun

An Assessment of Reproductive Health Commodity Security in Madagascar, Final Report, November 7, 2003

Déclaration de Politique Nationale de Population

Politique de Services en Santé de la Reproduction au Cameroun

Cameroun en Chiffre 2001, Octobre 2002

La Réorientation des Soins de Santé Primaires au Cameroun : La Problématique de sa Réglementation ou son Cadre Juridique, Rapport définitif, Juin 1995

Rapport de Mission sur la préparation du Tableau d'acquisition des Contraceptifs du Dr Méba Kagone, Février 2004.

West Africa Reproductive Health Commodity Security Study, Country Assessment Report, Burkina Faso, May 2004

Outil d'Evaluation du Système Logistique

National Strategic Plan for Reproductive Health Commodity Security (Contraceptives and Condoms for HIV/AIDS) Federal Ministry of Health, Nigeria , October 2003

Deliver Technical Assistance Record for Cameroon Folly Teko et al, February 2003

Deliver Technical Assistance Record for Cameroon Aoua Diarra et al, July 2002

Revue des Estimations des Besoins en Contraceptifs au Cameroun – 2002 – 2005, Août 2002  
Rapport : Parfait Komlan Edah et al

Deliver Technical Assistance Report for Cameroon Parfait Komlan Edah et al, August 2002

Logistics System Assessment Tool, (LSAT) Scoring Sheet

West Africa Reproductive Health Commodity Security Stud phase I, Task Report 4, Logistics System Capacity in West Africa.

Planification des Approvisionnement 2004 – 2008 Cameroun, Février 2004

Annuaire Statistique du Cameroun 2000

## **COMPOSANTE 1 :**

# **DEMOGRAPHIE**

## DEMOGRAPHIE

Catégories	- 10 ans	- 5 ans	Année en cours	Projections + 5 ans	Projections + 10 ans
Population totale	13090000 (1995)	15292000 (2000)	16000000 (2004)	17775000 (2010)	18860000 (2015) (WPP)
Pourcentage population urbaine		50,14% (ASN)			
Pourcentage population rurale		49,86% (ASN)			
Revenu par habitant					
Taux d'accroissement de la population		2,87% (ASN)			
Nombre de femme en age de procréer	3095500	3604000			
<i>Femme en age de procréer</i>					
<b>% Scolarisé</b>	3365000	2648000			
<b>a) Niveau Primaire</b>	1874873	2689052			
<b>b) Niveau secondaire +</b>	484461	684583			
<b>% Non Scolarisé</b>					
Taux de fécondité (TF)	5,8 enfte/femme (1991)	5,14 enfte/femme (2000)	4,7 enfte/femme (2004)		
Prévalence du VIH	0,5% (1986) PSLS	11,8% (2002) PSLS			
Mortalité infantile	77°% (1993) EDSII	107°% (2000) MICS			

<b>Catégories</b>	<b>- 10 ans</b>	<b>- 5 ans</b>	<b>Année en cours</b>	<b>Projections + 5 ans</b>	<b>Projections + 10 ans</b>
Mortalité maternelle	430 p100000 NV (1993) EDSII	504 p 100000 NV(1998) EDS II			
Prévalence contraceptive	4% (1991) Méth moder. EDSII	8% (1998)			

### **Sources d'information**

- Recensement général de la Population et de l'habitation de 1987
- Enquête Démographique et de Santé de 1998 (EDS)
- Rapport Mondial de la Population (FNUAP)
- Rapports des Organismes Internationaux
- IFORD
- MINEPAT
- DSF et DEPI
- Enquêtes, Documents ONUSIDA et Documents Du CNLS, Thèses de Doctorat, Travaux de Recherche et de publication (pour les données sur le Sida)
- Plan stratégique de lutte contre le Sida (PSLS)

**COMPOSANTE 2:**

**OFFRE DE SERVICE**

## OFFRE

### A. Offre de services

Est-ce que tous les clients qui veulent ou ont besoin de contraceptifs y ont accès ?

. Si non, **quels sont** les principaux problèmes rencontrés (secteur, niveau, zone géographique etc...)

. Avec quelle fréquence les clients sont refusés ou se sont dirigés vers d'autres centres de prestations parce que certains centres ne respectent pas les normes et standards en matière de service de base ou les produits ne sont pas disponibles ?

Comment [m1]:

Dans quelles mesures est-ce que l'accès et la disponibilité affectent l'utilisation des services de PF ?

Quel est le taux d'abandon ? Quels sont les motifs d'abandon de l'utilisation de contraceptifs (manque de satisfaction, difficultés d'accès, manque de produits, **autres.**) ? **Pourquoi les clients ne fréquentent-ils pas les centres de prestations ?**

Dans quelle mesure est-ce que la satisfaction du client et un choix informé influence l'utilisation des services et des produits ?

### B. Prestations de Service

Quelles méthodes offre chaque source de prestations (publique, commercial, marketing social, ONG, **confessionnel et laïc**) ?

**Est-ce que la « Method Mix » dans le secteur public est fortement orienté vers le réapprovisionnement ? (Est-ce que la gamme des méthodes contraceptives dans le secteur public peut exister tout en garantissant une disponibilité permanente en produits contraceptifs ?)**

Quelles sont les implications/effets de l'actuelle « association de méthode » « *méthode mix* » sur la sécurité contraceptive ? (**Quels sont les effets de la gamme actuelle de méthodes sur la sécurité contraceptive ?**)

Y a-t-il eu des ruptures de stocks de produits de PF l'année dernière ? Si oui, quels produits, dans quel secteur et à quel niveau ?

Les prestataires de service pensent-ils avoir les contraceptifs nécessaires pour effectuer leur **travail pendant une période donnée?**

Y a-t-il eu des quantités significatives de produits contraceptifs périmés au cours de l'année dernière (dans tous les secteurs, à tous les niveaux) ?



### C. Sources des Contraceptifs

Sources des contraceptifs	- 10 ans	- 5 ans	Année en cours	Projections + 5 ans	Projections + 10 ans
% <b>DONS</b>					
% <b>ACHATS</b>					
-- à travers les fonds du gvt.					
-- à travers des emprunts					
<b>VENTES</b>					
--publiques					
--ONG					
-- marketing social					
-- secteur commercial					
--autres(ventes confessionnelles, etc)					

## D. Distribution

Les capacités actuelles ont-elles une incidence sur le système de distribution public :

. **Combien de niveaux y a-t-il dans le réseau de distribution?**

**Combien y a-t-il de réseaux ?**

**Quel est le réseau principal ?**

. Quelle est la longueur du *réseau de distribution*? De comment peut-elle être réduite ?

. Les conditions de stockage de tout le système sont-elles adaptées à la gestion du volume de produits ?

. Les moyens de transports sont-ils adaptés à tous les niveaux ?

. Le plan de distribution est-il approprié ?

. Les données sur l'état des stocks et la consommation sont-elles collectées et utilisées pour passer les commandes et acheminer les produits à tous les niveaux ?

. Existe-t-il **des procédures pour la gestion des produits périmés ou avariés ?**

Quelles sont les capacités futures du système public de distribution?

. Les infrastructures nécessaires pour la distribution des produits de la SR s'améliorent-elles ou se détériorent-elles ?

. Les demandes dans le secteur public tendent-elles à augmenter ? Le système peut-il absorber une augmentation de ces demandes ?

. La faiblesse des infrastructures (infrastructures routières en mauvais état, ...) limite-t-elle la disponibilité des produits de la SR **dans tous les secteurs ?**

La faiblesse des infrastructures (insuffisance de grossistes) limite-t-elle la disponibilité des produits de la SR dans le secteur privé ?

**-Le grossiste privé accède-t-il au réseau principal ?**

**-Les autres produits de la SR disponibles dans le secteur privé sont-ils accessibles et utilisés ?**

## E. Produits et services de PF

Pour le secteur commercial, quelle est la place des produits de PF selon l'analyse des paramètres suivants :

. Quel est le pourcentage de revenus dérivés des produits de PF ?

. Quel est l'investissement dans les produits de PF (marketing, innovation, augmentation des capacités) ?

. Quelles sont les perspectives d'expansion des capacités de production ou de distribution des fournisseurs locaux ?

Pour les ONG et organisations de marketing social, quels sont les projets d'expansion des services de PF et d'intégration des produits dans leurs programmes ?

Quel est le marché projeté existant ou prévu pour chaque fournisseur de service de PF ?

Le secteur commercial a-t-il la volonté et le potentiel pour envisager une expansion ? Quelles sont les obstacles à cette expansion (coûts de transports, coût de travail et/ou promotion/publicité aux consommateurs) ?

## **F. Achat des produits**

Qui est responsable de l'achat des contraceptifs ?

. Quelle sorte de formation aux achats a-t-il reçue ?

. Existe-t-il des mécanismes de coordination entre le personnel de la logistique et celui des achats ?

Quelles données sont utilisées pour préciser la quantité à acheter ?

Quelles sont les procédures d'achat (appel d'offre, évaluation des offres, suivi des performances des fournisseurs) ?

Les procédures d'achat sont-ils transparents ?

Les produits fournis répondent-ils aux besoins estimés ? Permettent-ils d'éviter les ruptures de stock ?

Quelles sont les procédures en place qui garantissent la qualité des produits ?

## *G. Compétences des prestataires*

Quel est le niveau de compétences des prestataires par secteur *source* ?

. La formation des prestataires à tous les niveaux inclut-elle les volets : choix raisonné d'une méthode contraceptive, logistique/rapprovisionnement ainsi que l'acquisition de compétences techniques (Pose de DIU, etc..) ?

. Les services sont-ils approvisionnés avec les contraceptifs adaptés au niveau de compétences du personnel de santé afin de dispenser des méthodes respectant des standards de soins ?

. Y a-t-il des préférences pour la promotion de certaines méthodes chez les prestataires ? Si oui, quelles sont les implications dans la mise à disposition de la gamme complète de contraceptifs ?

Les superviseurs vérifient-ils la qualité du travail des prestataires et font-ils de la formation continue pour améliorer leurs compétences en matière de stockage, préparation des commandes, relevé de données, etc... ?

Le personnel est-il formé à faire les tâches logistiques appropriées pour leurs niveaux dans le système ?

## **Sources d'information**

### **1. Offre de Service :**

- Entretien avec les administrateurs du système national d'approvisionnement(DPM, CENAME, CAPP, HG HC, Confessionnels, les FS...)
- Consultation des rapports d'activités
- Etudes, enquêtes, publications

### **2. Prestation de service**

Idem qu'au no 1

### **3. Source des contraceptifs**

Idem qu'au no 1

### **4. Distribution**

idem qu'au no 1

### **5. Produits et service de PF**

- entretiens avec les grossistes privés et officines privées
- consultation de leurs rapports d'activités
- Enquêtes et études

### **6. Achat de produits**

Idem qu'à l'offre de service

### **7. Compétence des prestataires**

Idem que précédemment.

**COMPOSANTE 3 :**

**CONTEXTE ET  
POLITIQUE**

## CONTEXTE ET POLITIQUE

### A. Politique

#### Existe-t-il une politique nationale en matière de population ou PF ?

Il existe une déclaration de politique nationale de population (DPNP) adoptée depuis 1992 . compte tenu des évolutions survenues dès lors, les données , informations et autres indicateurs contenus dans la déclaration de 1992 sont devenus obsolètes et ont nécessité une actualisation et une mise à jour à partir des données plus récentes. D'où l'élaboration d'une nouvelle DPNP adoptée en 2002.

#### . En quoi contribue t-elle au renforcement de la sécurité des produits de la santé de la reproduction (SPSR) ?

La DPNP a explicitement retenu pour atteindre son but à savoir améliorer le niveau et la qualité de la vie de la population, parmi les objectifs généraux celui d'améliorer l'état de santé de la population en général notamment en santé de la reproduction, et celui des mères et des enfants en particulier .

Parmi les principales orientations stratégiques retenues pour ce faire la DPNP cite :

- 1- la promotion et la facilitation de l'accès aux services de santé de qualité en matière de SR, notamment pour la maîtrise de la procréation à travers :
  - l'augmentation de la prévalence contraceptive en milieu urbain et rural ;
  - le développement de la maternité à moindre risque ;
  - la réduction du nombre de grossesses non désirées et précoces ;
  - la prise en charge efficace des problèmes de santé de la mère , de l'adolescent et de la personne âgée ;
- 2- La lutte contre les infections sexuellement transmissibles et la pandémie du VIH/SIDA en développant des stratégies globales et sectorielles en direction des différentes populations en ce qui concerne :
  - la promotion des comportements sexuels à moindre risque chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes ;
  - le développement du programme pour la réduction de la transmission mère enfant du VIH/SIDA

#### . Comment est-elle soutenue par des programmes adaptés et financés ?

. Comment les directives et les programmes ont-ils été mis en oeuvre ?

. Quelles en ont été /sont les implications pour la sécurité contraceptive ?

La politique de lutte contre le VIH/SIDA est elle directement liée à la politique de population/ PF ?

. La politique du VIH/SIDA mentionne t'elle explicitement la nécessité de garantir un approvisionnement adapté en préservatif et autres produits ?

Quelles directives influencent la qualité des produits ?

. Un contrôle de qualité des produits existe-t-il ?

. Est il obligatoire ?

Les contraceptifs sont ils sur la liste des médicament essentiels ? Lesquels ?

Existe-t-il des directives et des restrictions pouvant limiter le choix et l'accès aux contraceptifs ?

Quelles politiques /réglementations **réglémentent** le secteur privé ?

. Y a-t-il un contrôle des prix ?

. Y a-t-il des limitations dans la distribution ?

. Y a-t-il des taxes et contributions/impôts qui affectent le secteur privé (taxes d'importation, TVA, exonérations) ?

. Existe-t-il d'autres contraintes opérationnelles ou réglementations qui affectent positivement ou négativement le secteur privé ?

. Existe-t-il une interdiction ou restriction sur la publicité des marques ?

Quelles réglementations ou directives opérationnelles affectent le fonctionnement des services de PF ?

. Existe-t-il des restrictions sur les demandes de licences ou des réglementations pour la dispensation ?

. Existe-t-il des restrictions ou contraintes concernant la qualification des personnes habilitées à dispenser les prestations de PF ?

. Existe-t-il des directives et réglementations concernant le système d'information pour la gestion ? (SIG)

Les directives donnent elles la capacité aux prestataires de services de PF de fournir des contraceptifs ?

. Est-ce que les manuels de procédures des prestataires, les protocoles, les normes, les procédures et normes d'assurance qualité définies incluent des principes logistiques simples en ce qui concerne les commandes, le suivi, le stockage, la manutention etc... des contraceptifs ?

. Quelles sont les formations requises pour les prestataires (avant et pendant leur activité) spécifiques à chaque méthode ?

Les directives et réglementations assurent elles une répartition équitable et transparente des fonds ?

. Existe-t-il des réglementations concernant le budget (procédures pour définir le financement annuel, niveau et répartition, flexibilité, gestion financière) ?

. Existe-t-il des directives qui restreignent ou régulent les prix des services et des contraceptifs (niveau, exonérations) ?

Existe-t-il des directives pour la gestion financière (procédures de récolte des fonds générés par la participation des usagers, gestion des fonds, facilités de paiement, achats locaux) ?

## **B. Secteur santé**

Dans le secteur publique, les services de santé reproductive (SR) sont-ils inclus dans la stratégie de réduction de la pauvreté ?

Quel est l'impact de la réforme du secteur santé sur la stratégie de réduction de la pauvreté (décentralisation, intégration, financement, implication du secteur privé) ?

. Les décisions concernant la sélection, les prévisions, le financement, les achats sont-elles prises au niveau central ou local ?

. Quel est le rôle du secteur privé dans les prestations de services de santé et dans l'approvisionnement en contraceptif ?

Quelle est la part de marché pour chaque secteur en matière de PF ? Quelle est la répartition entre le secteur public et privé pour l'offre de services de PF ?

En quoi la stimulation de la demande affecterait cette répartition ?

## **C. Coordination**

Quels sont les différents partenaires **impliqués dans la coordination des activités de SR** (donateurs, gouvernement, prestataires de services, ONG, agences de coopération, secteur commercial, autres secteurs) ?

Quels sont les mécanismes formels et informels de coordination fonctionnant entre les partenaires ?

. Parmi les donateurs

. Au sein du gouvernement

. Entre les donateurs et le gouvernement

. Parmi les prestataires de services des différents secteurs

. Entre le gouvernement et les prestataires de service

. Entre le gouvernement et les organisations de la société civile



. Entre les agences de coopération

Quelles sont les conséquences de la coordination ?

. Existe-t-il une volonté de coordination entre le gouvernement et les organisations partenaires ?

. Quels sont les canaux d'information (horizontaux versus verticaux, à double sens versus sens unique) ?

. Quelles sont les activités de coordination existantes, telles que la collaboration dans le financement ou la dispensation de produits et services ?

. Les partenaires sont-ils impliqués dans l'élaboration des politiques ? Lesquels ? Dans quelle mesure ?

Existe-t-il une stratégie commune de SPSR ?

. Si oui, est-elle incluse dans une stratégie plus large ou est-ce une stratégie à part entière ?

. Qui a été impliqué dans son élaboration ?

. Si non, les partenaires ont-ils la capacité de développer une stratégie de SPSR ?

. Ont-ils les capacités d'effectuer le suivi des progrès en SPSR ? De procéder à des réajustements ?

## **D. Engagement**

Quel est l'engagement politique en matière de sécurité contraceptive ?

. Qui sont les chefs de file en matière de prise de décision – formels et informels ? A quel niveau - présidentiel, *directeur de cabinet*, Ministère de la santé, Ministère des finances, local ?

. Comment les décideurs suscitent, supportent ou freinent les efforts pour parvenir à la SPSR ?

. Les décideurs sont-ils engagés ou opposés à l'utilisation des fonds du gouvernement pour soutenir la SPSR ? Y a-t-il une ligne budgétaire pour les contraceptifs ? Les fonds gouvernementaux pour les contraceptifs et services annexes subissent-ils des baisses et hausses permanentes ?

. Existe-t-il des *champions* de la SPSR au sein de la structure des décideurs ?

. Existe-t-il des organisations de la société civile mobilisées autour de la santé reproductive et de la sécurité contraceptive ?

Existe-t-il une volonté/capacité de favoriser/encourager la coordination parmi les partenaires ?

. Le Ministère de la santé communique t' il et coordonne t'il ses actions avec les partenaires « clef » y compris les donateurs, Agence d'exécution agences de coordination, les ONG, le secteur privé, les autres ministères et le public en général ?

. La stratégie de SPSR est elle généralement connue et soutenue par le Ministère de la santé et organisations « clef » ? Dans la communauté plus large des partenaires?

En ce qui concerne les produits de PF, comment les décisions sont elles prises et qui est impliqué?

De quelles données contraceptives/produits, financières les décideurs "clefs" disposent ils ? Comment les utilisent ils ?

En ce qui concerne les produits VIH/SIDA, comment les décisions sont elles prises et qui est impliqué ?

#### **Sources d' information**

##### **A) Politique**

- Déclaration de Politiques Nationale de Population
- Plan stratégique de lutte contre le Sida
- Labocom, PPN
- LMNE
- Modules de Formation sur LES Politiques Normes et Standards
- Les lois
- Décision Ministérielle du 29 Novembre 2001 et la loi sur le recouvrement des coûts

##### **B) Secteur Santé**

- Document stratégie de réduction de la pauvreté
- Les différentes Enquêtes

C) Coordination

- PPN
- Séminaires, Rapports de réunions de coordination, rapports d'activités, rapports d'évaluation
- Stratégie sectorielle de santé

D) Engagement

- PNP, La Politique Sectorielle de Santé
- Les réunion de coordination et les séminaires
- Rapports et comptes rendus des consommations
- CNLS

## **COMPOSANTE 4:**

# **DEMANDE**

DEMANDE

**A. Utilisateurs de contraceptifs**

Catégories	- 10 ans	- 5 ans	Année en cours	Projections + 5 ans	Projections + 10 ans
TPC toutes méthodes					
TPC méthodes modernes					
<i>Pilule</i>					
<i>DIU</i>					
<i>Injectables</i>					
<i>Méthodes vaginales</i>					
<i>Préservatif</i>					
<i>Norplant</i>					
<i>Sterilisation. Feminine</i>					
ZONE GEOGRAPHIQUE					
RESIDENCE					
<i>Urbain</i>					
<i>Rural</i>					

Quelle est la répartition actuelle des utilisateurs de contraceptifs ?

- . Par niveau de vie ou revenus
- . Par lieu de résidence rural/urbain (se référer au tableau)
- . Par niveau d'éducation
- . Par répartition géographique (se référer au tableau)
- . Par méthode (se référer au tableau)
- . Par source

Par situation matrimoniale(marié ou non marié)

Par religion

Par scolarisation

Quelle est la participation des utilisateurs pour les contraceptifs ? En fonction du niveau de vie, urbain/rural, méthode, source.

- . Quel est le tarif appliqué dans le secteur public par visite ?
- . Quel est le tarif appliqué dans le secteur privé par visite ?
- Quel est le tarif appliqué dans le secteur confessionnel par visite ?
- Quelle est la volonté de payer dans le secteur confessionnel ?
- . Quelle est la capacité/volonté à payer dans le secteur public ?
- . Quel est la capacité/volonté à payer dans le secteur privé ?

Quel est le profil actuel des clients du secteur publique et privé ?

- . Quel est leur age ?
- . Répartition par sexe ?
- Quelle est leur religion ?
- Quel est leur niveau de scolarisation ?
- . Quels sont leurs revenus, niveau de vie ?
- . Ont-ils accès au secteur privé (ratio urbain/rural) ?
- . Quelles sont leurs intentions en SR (espacement, limitation des naissances) ?
- . Quelles méthodes préfèrent ils ?
- . Quel est leur niveau d'éducation ?

## B. Non utilisateurs de contraceptifs

Catégories	- 10 ans	- 5 ans	Année en cours	Projections + 5 ans	Projections + 10 ans
Besoins non satisfaits					
% de naissances mal planifiées					
% naissances non désirées					
AGE					
<15					
15-19					
20-49					

Catégories	- 10 ans	- 5 ans	Année en cours	Projections + 5 ans	Projections + 10 ans
RESIDENCE					
<i>Urbain</i>					
<i>Rural</i>					
ZONE GEOGRAPHIC					
Sexe					
Religion					
scolarisation					
EDUCATION					
<i>Non éduqués</i>					
<i>Niveau primaire non achevé</i>					
<i>Niveau primaire achevé</i>					
<i>Secondaire et plus</i>					

Quelle est la répartition des non utilisateurs ?

- . Par Niveau de vie ou revenus
- . Par lieu de résidence rural/urbain (se référer au tableau)
- . Par répartition géographique (se référer au tableau)
- . Par âge (se référer au tableau)
  
- . Par niveau d'éducation (se référer au tableau).
- Par religion
- Par sexe
- Par scolarisation

Quelles sont les intentions pour les besoins non satisfaits ?

Quel est le pourcentage de non utilisateurs qui souhaitent espacer ou limiter les naissances ?

Quel est le pourcentage de ceux qui ont l'intention d'utiliser des contraceptifs ?

Quel est le pourcentage d'utilisateurs de méthodes traditionnelles ?

A l'avenir quel est le pourcentage de ceux qui ont l'intention d'utiliser les contraceptifs ?

### **C. Extension du marché**

Comment les activités en cours pour augmenter l'utilisation des services ont une incidence sur la sécurité contraceptive ?

. Quelles sont les activités « clef » prévues par intervenant ?

. Quel est l'impact attendu de leurs activités ?

. Quels sont les résultats obtenus jusqu'à présent ?

Comment les activités planifiées/futures pour augmenter l'utilisation des services pourraient avoir /auront une incidence sur la sécurité contraceptive ?

. Quelles sont les activités prévues pour chaque intervenant ?

. Quel est l'impact attendu des activités qu'ils ont proposé et est ce réaliste ?

### **D. Prévisions**

Les besoins en contraceptifs sont ils prévus 2 à 5 ans à l'avance ?

Quelles données sont utilisées pour prévoir les besoins (données logistiques, consommations, sorties de stock, pertes/ajustements, données de vente, données démographiques, statistiques des services)?

--Ces données sont elles fiables?

--Quelle est la fréquence de mise à jours des prévisions?

Qui sont responsables des prévisions et quelles compétences ont ils et quelle formation ont-ils reçu?

--Ont-ils besoin de l'assistance des donateurs pour effectuer leurs prévisions?

Les données prévisionnelles sont elles utilisées pour la mobilisation des ressources?

### **Sources d'information**

Les sources d'information sont les mêmes que précédemment c'est à dire : entretien avec les administrateurs du système national d'approvisionnement, Consultation de leurs rapports d'activités, études, enquêtes, publications.

Il faut y ajouter les gestionnaires de programmes de SR de même que leurs rapports d'activités.



# **COMPOSANTE 5 :**

## **FINANCEMENT**

## FINANCEMENT

*Sources de financement pour les contraceptifs*

Sources de financement	- 10 ans	- 5 ans	Année en cours	Projections + 5 ans	Projections + 10 ans
MINSANTE (Budget de l'Etat)					
MINSANTE (Coopération Multilatérale)					
UNFPA					
USAID					
KFW					
Coopération Française					
CANTON JURA-SUISSE					
Secteur commercial à but lucratif					
ONG (financements indépendant des donateurs)					
BAD					
UE					
GTZ					
<b>TOTALS:</b>					

### B. Financement par le gouvernement

Quel est le montant actuel de financement disponible pour les contraceptifs ?

- . Quelles sont les dépenses annuelles pour les contraceptifs ?
- . Quelle est la place de la SR/PF/contraceptifs dans la santé (dans les comptes nationaux et les dépenses de santé)
- . Le pourcentage destiné à la SR dans le budget national global de santé.
- . Le pourcentage destiné à la PF dans le budget national de SR
- . Le pourcentage destiné aux contraceptifs dans le budget national de PF

Quelles sont les sources de financement pour les contraceptifs et quel pourcentage des dépenses totales de SR et contraceptifs chacune représente t'elle ?

- . Comment les fonds **issus de la vente des produits contraceptifs** sont ils utilisés ?
- . Les ressources du gouvernement **pour les contraceptifs** sont elles destinées aux plus démunis ?

### **C. Financement par les ménages**

Quel est en pourcentage le montant de dépenses en contraceptifs à déboursier par rapport au revenu par habitant ?

- . Par niveau de vie ou revenu ?
- . Par origine rurale et urbaine ?
- . Par méthode ?
- . Par source?
- . Par zone géographique?

Quel est le pourcentage de dépenses en services de SR à déboursier par rapport au revenu per capita ?

- . Par niveau de vie ou revenu ?
- . Par origine rurale et urbaine ?
- . Par méthode ?
- . Par source?
- . Par zone géographique?

### **C. Mécanismes alternatifs de financement**

Quels sont les tierces parties /systèmes d'assurance santé y compris les systèmes de sécurité sociale et d'assurances privées?

. Quelles sont les principales tierces parties impliquées dans le financement (*des contraceptifs*) ? Qui couvrent elles? Combien dépensent elles? Quelles méthodes fournissent elles?

. Quelle couverture des services de PF et des produits offrent t'elles ?

Quels sont les mécanismes alternatifs de financement disponibles pour mobiliser des ressources ?

. Y a-t-il un système de recouvrement des coûts en place –dans le secteur public, marketing social, secteur commercial - ? Comment fonctionnent ces systèmes et comment les fonds sont utilisés ?

## **D. Financements actuels et futurs**

Le mode de financement actuel est il adapté?

. Quel est le déficit actuel dans le financement ?

. Quel est le degré actuel de dépendance des organisations de marketing social, des ONG et autre *vis-à-vis* des subventions du gouvernement et des donateurs ?

Quels sont les changements significatifs attendus dans le mécanisme de financement – source et type ?

Quelles sont les sources de financement attendues et quel montant est prévu pour chacune d'elle ?

Quelles sont les dépenses prévues ?

- . en contraceptifs,
- . pour les activités,
- . pour le renforcement de capacités ?

Quel est le déficit attendu ?

### **Sources d'information**

**Remarque** : Les participants ont proposé de compléter le tableau par une dernière colonne où seront inscrites les sources de données

- DRFP
- DPM
- DSF
- DCOOP
- MINDIC
- MINAT
- DSS
- Fonds (NW,SN,LT)