

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

Ministère de l'Economie, de la Planification et
de l'Aménagement du Territoire



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

Ministry of Economy, Planning and Regional
Development

Etude sur la Traçabilité des Dépenses Publiques dans les secteurs de la Santé, de la Nutrition, de l'Eau-Hygiène-Assainissement et de l'Education

Rapport principal

Volet Santé

Décembre 2019



Réalisée avec l'appui technique de
l'Institut National de la Statistique (INS)
www.stat.cm



SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	3
LISTE DES GRAPHIQUES	5
SIGLES ET ABBREVIATIONS	6
AVANT PROPOS	8
RESUME EXECUTIF	9
Gestion des stocks de vaccins	10
Principales difficultés dans l'exécution budgétaire et la gestion des médicaments et vaccins	11
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE	12
1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	12
1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	13
1.2.1 Objectif général	13
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	13
1.3 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	14
1.3.1 Champ de l'étude et unités d'observation	14
1.3.2 Sources de données et unités statistiques	14
1.3.3 Echantillonnage.....	15
1.3.4 Méthodes d'observation.....	16
1.3.5 Méthodes de collecte.....	17
1.3.6 Traitement des données et estimation	17
1.4 LIMITES ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	17
CHAPITRE 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE CAMEROUNAIS	18
2.1 CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTÉ	18
2.1.1 Contexte démographique du Cameroun	18
2.1.2 Stratégie de Développement du Secteur Santé	18
2.2 ORGANISATION DU SECTEUR SANTÉ CAMEROUNAIS	19
2.2.1 Principaux acteurs du secteur de santé au Cameroun.....	20
2.2.2 Situation des piliers du système de santé et profil épidémiologique en 2017	21
2.3 OFFRE DES SERVICES DE SANTÉ EN 2017.....	22
2.4 ORGANISATION DU PROGRAMME DE VACCINATION	23
CHAPITRE 3 : CADRE NORMATIF DE LA GESTION BUDGETAIRE AU CAMEROUN	25
3.1 PRÉPARATION DU BUDGET	25
3.1.1 Processus de préparation du budget de l'Etat	26
3.1.2 Dispositif de préparation du budget dans le secteur de la santé	26
3.2 EXECUTION BUDGETAIRE	27
3.3 DIFFERENTS ACTEURS DE L'EXECUTION DU BUDGET	27
CHAPITRE 4 : GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES ET DES STOCKS DE MEDICAMENTS ET VACCINS EN 2017	30

4.1	GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES	30
4.1.1	Modèle conceptuel du suivi de la traçabilité des dépenses publiques	30
4.1.2	Allocation budgétaire	31
4.1.3	Traçabilité dans la gestion des ressources publiques en 2017	32
	Païement des subsides des FOSA sous PBF	38
4.2	GESTION DES STOCKS DE MEDICAMENTS ET DE VACCINS EN 2017	41
4.2.1	Services de base dans le secteur santé	42
4.2.2	Gestion des stocks des médicaments	44
4.2.3	Gestion des vaccins	53
4.3	GESTION DES PERSONNELS AFFECTES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES	61
4.3.1	Personnels affectés dans les formations sanitaires publiques	61
4.3.2	Supervision et inspection	62
4.3.3	Principales difficultés dans l'exécution budgétaire et la gestion des stocks de médicaments et vaccins en 2017	63
4.3.4	Mesures pour pallier aux difficultés et suggestions dans la gestion des ressources financières et matérielles dans le secteur de la santé en 2017	64
4.3.5	Suggestions pour la gestion des ressources financières et matérielles dans le secteur de la santé en 2017	65
4.4	ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES DANS LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES ET MATERIELLES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE EN 2017	66
4.4.1	Principaux points forts	66
4.4.2	Principaux points faibles	66
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	67
	BIBLIOGRAPHIE	69
	ANNEXES	I
	Annexe 1 : Tableau récapitulatif des principaux indicateurs	I
	Exécution du budget	II
	Délais d'exécution budgétaire	II
	Conditions de stockage et gestion des médicaments et vaccins	III
	Annexe 2 : Tableaux Supplémentaires	IV
	Annexe 3 : Liste des intervenants	VII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions	20
Tableau 2 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du pays par région en 2016.....	22
Tableau 3 : Données de synthèse des ressources humaines par région en 2017	23
Tableau 4 : Evolution de la dotation budgétaire du MINSANTE en milliards de FCFA de 2013 à 2017.....	31
Tableau 5 : Allocations budgétaires pour l'acquisition des biens et prestations des services, l'équipement en matériel médical et la construction des centres de santé en 2017 (en milliards de FCFA).....	32
Tableau 6 : Proportion des responsables ayant une information disponible sur la gestion du budget de fonctionnement et d'investissement en santé en 2017 (%).....	34
Tableau 7 : Répartition des formations sanitaires selon la qualité des personnes ayant retiré les autorisations de dépenses de fonctionnement et d'investissement en 2017(%).....	34
Tableau 8: Proportion de formations sanitaires ayant retiré, engagé et ordonnancé leur Autorisation de Dépenses pour l'acquisition des biens et prestations des services en 2017 (%)... 36	
Tableau 9: Répartition des formations sanitaires suivant les causes de retards pour le retrait, l'engagement et l'ordonnancement des AD dédiés à la ligne« acquisition des biens et prestations des services »(%).....	37
Tableau 10 : Taux d'exécution du budget de fonctionnement par les formations sanitaires en 2017 (%).....	37
Tableau 11: Répartition (%) des responsables d'hôpitaux, CMA et CSI en fonction des délais de retrait de l'AD et d'exécution des ressources de fonctionnement pour l'acquisition des biens et prestation des services en 2017.....	39
Tableau 12: Proportion des responsables qui ont enregistré des pertes suivant les différentes causes lors de l'exécution de la dépense (%).....	39
Tableau 13: Proportion de formations sanitaires qui ont disposé d'un document qui retrace les dépenses budgétaires et déposé les pièces justificatives auprès du comptable en 2017 (en %)... 41	
Graphique14 : Répartition des formations sanitaires suivant les principales sources d'approvisionnement en eau de boisson en 2017 (%).....	42
Tableau 15 : Répartition des formations sanitaires utilisant d'autres sources d'énergie électrique en 2017 (%).....	43
Tableau 16 : Fréquence moyenne de coupure dans les formations sanitaires (%).....	43
Tableau 17 : Pourcentage de responsables des structures de santé informés préalablement de la disponibilité des médicaments par catégorie et régions en 2017(%).....	45
Tableau 18 : Proportion des formations sanitaires disposant en 2017 des critères de stockage et de conditionnement des médicaments réunis (%).....	47
Tableau 19 : Répartition des structures de santé ayant acquis des médicaments en 2017(%).....	47

Tableau 20 : Taux d'utilisation des médicaments achetés par catégorie de formations sanitaires en 2017 (%).....	48
Tableau 21 : Répartition des structures de santé ayant connu des ruptures de stocks de médicaments en 2017 (%).....	49
Tableau 22 : Nombre de jours moyen de rupture de stock de médicaments en 2017 dans les structures de santé en 2017? (en jours).....	49
Tableau 23: Répartition des formations sanitaires ayant eu des médicaments restés en stock suivant les suites réservées à ces médicaments en 2017 (%).....	49
Tableau 24 : Proportion de formations sanitaires ayant eu des pertes de médicaments suivant les critères de stockage et conditionnement en 2017(%).....	52
Tableau 25 : Pourcentage de médicaments perdus suivant les critères de stockage et conditionnement en 2017(%).....	53
Tableau 26: Pourcentage des structures de santé informées de la disponibilité des vaccins suivant les principaux canaux de réception de l'information en 2017 (%).....	54
Tableau 27 : Proportion des structures de santé électrifiées et ne disposant pas en 2017 les critères de stockage et de conditionnement des vaccins réunis.....	55
Tableau 28 : Taux d'utilisation des vaccins par formation en 2017 (en %).....	55
Tableau 29 : Effectifs total des enfants vaccinés dans les formations sanitaires en 2017.....	56
Tableau 30: Proportion des formations sanitaires ayant des vaccins restés en stock suivant les sources d'utilisation en 2017(en %).....	56
Tableau 31: Proportion de structures de santé ayant connu de rupture de stocks de vaccins en 2017 (%).....	57
Tableau 32 : Nombre de jours moyen de rupture de stocks de vaccins 2017 dans les structures de santé (en jours).....	57
Tableau 33 : Perte de vaccins des Dépôts Régionaux de Vaccins (%).....	59
Tableau 34 : Proportion du personnel de santé affecté dans les formations sanitaires en 2017 (%).....	61
Tableau 35 : Répartition des structures de santé suivant les principaux canaux de réception de l'information relative au budget de fonctionnement, d'investissement et aux subsides en 2017 (%).....	IV
Tableau 37 : Répartition des formations sanitaires suivant la fréquence moyenne de coupure du courant électrique dans les formations sanitaires (%).....	V
Tableau 38 : proportion de structures de santé ayant connu de rupture de stocks en médicaments essentiels en 2017 par région (%).....	V
Tableau 39 : Proportion du personnel effectivement en poste en 2017 selon la région (%).....	VI
Tableau 40 : Proportion des formations sanitaires disposant des services de base en 2017 (%)...VI	VI

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Diagnostic Global de santé	21
Graphique 2 : Pourcentage des responsables des formations sanitaires informés du budget de fonctionnement de leur structure avant l'arrivée des ressources (%).....	33
Graphique 3 : Répartition des structures de santé suivant les principaux canaux de réception de l'information sur la dotation budgétaire en 2017 (%)	33
Graphique 4 : proportion de formations sanitaires sous PBF qui ont reçu l'intégralité de leur subside en 2017 (%).....	35
Graphique 5 : Répartition des formations sanitaires sous PBF suivant les raisons de la réception partielle des subsides attendus en 2017 (%).....	35
Graphique 7 : Proportion des formations sanitaires disposant d'une source améliorée d'eau de boisson par région en 2017 (%)	42
Graphique 8 : Proportion des formations sanitaires électrifiées en 2017 (%).....	43
Graphique 9: Proportion de formations sanitaires qui disposent des documents qui retracent la gestion des stocks de médicaments en 2017 par région (%)	51
Graphique 10 : Pertes des médicaments dus à la conservation déclarés par les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (%)	51
Graphique 11 : Pourcentage d'antigènes déclarée perdue par le PEV (en %)	59
Graphique 12 : Pertes de vaccins due à la conservation au niveau des Services de Santé de District (%)	60
Graphique 13 : Taux de perte de vaccins dus à l'utilisation en 2017 (%).....	60
Graphique 15 : Taux d'absentéisme de son poste en 2017 (%)	62
Graphique 16 : Proportion de formations sanitaires ayant recues de visites de supervision en 2017 suivant trois principaux niveaux de supervision (%)	63

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AD	Autorisations de Dépenses
CENAME	Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CPM	Commission de Passation de Marché
CSI	Centre de Santé Intégré
CTN-PBF	Cellule Technique Nationale-Performance Based Financing
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
HD	Hôpital de District
DRFP	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
Fd1	Premier niveau de fuite
Fd2	Deuxième niveau de fuite
Fd3	Troisième niveau de fuite
Fd4	Quatrième niveau de fuite
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional de Promotion de la Santé
GTR-PEV	Groupe Technique Régional-Programme Elargi de Vaccination
INS	Institut National de la Statistique
IPPTE	Initiative d'allègement de la dette publique des Pays Pauvres Très Endettés
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINEE	Ministère de l'Eau et de l'Energie
MINEPAT	Ministère de l'Economie, la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINFI	Ministère des Finances
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBF	Performance Based Financing (Financement Basé sur la Performance)

PETS	Public Expenditure Tracking Survey
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PTF	Partenaire Technique et Financier
SSD	Service de Santé de District
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TDR	Termes de référence
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

AVANT PROPOS

Le Gouvernement de la République du Cameroun à travers le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), le Ministère des Finances (MINFI) ainsi que les Ministères de la Santé Publique (MINSANTE), de l'Education de Base (MINEDUB), des Enseignements Secondaires (MINESEC) et de l'Eau et de l'Energie (MINEE a décidé, au titre de l'année 2018, de conduire une étude sur la traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la nutrition et de l'eau-hygiène-assainissement (PETS3), avec l'appui technique et financier de l'UNICEF. L'Institut National de la Statistique, dont l'une des missions est de rendre disponible les données et les indicateurs statistiques nécessaires à la gestion économique et sociale, a été mis à contribution à l'effet d'assurer la coordination technique de ladite étude.

L'étude sur la traçabilité des dépenses publiques vise à fournir au Gouvernement camerounais et aux partenaires intervenant dans les secteurs de la Santé, Nutrition, Education et WASH l'information nécessaire pour apprécier objectivement les performances de la dépense publique dans ces quatre secteurs au cours de l'exercice 2017. Elle fait suite aux deux premières réalisées en 2003/2004 et 2010 qui couvraient uniquement les secteurs de la santé et de l'éducation. L'étude PETS3 cible des lignes budgétaires précises à suivre dans les secteurs susmentionnés . Aussi, est il important de souligner que cette étude est réalisée dans un contexte marqué par le transfert de certaines compétences en matière d'éducation, de santé et de WASH, aux collectivités territoriales décentralisées.

L'étude a été menée avec la participation soutenue des ministères concernés à savoir le MINSANTE, le MINEDUB, le MINESEC, le MINEE et le MINDDEVEL, et des ministères transversaux qui interviennent dans le circuit de la dépense publique notamment le MINFI et le MINEPAT. En effet, tous ces ministères étaient fortement impliqués dans toutes les phases de l'opération, de la conception jusqu'à la publication des résultats.

Le Gouvernement remercie l'UNICEF pour son appui multiforme et permanent dans la mise en œuvre des politiques publiques au Cameroun. Le MINEPAT tient à remercier les acteurs de la chaîne de la dépense publique pour l'accueil réservé à ses équipes de collecte d'une part, et pour les informations fournies d'autre part.

**Le Ministre de l'Economie, de la Planification
et de l'Aménagement du Territoire**

RESUME EXECUTIF

La troisième étude sur la traçabilité des dépenses publiques (PETS3) dans le secteur de la santé a couvert un échantillon de formations sanitaires (FOSA) de catégorie 4, 5 et 6 pour l'année budgétaire 2017. Il s'agit des Hôpitaux de District, des Centres Médicaux d'Arrondissement et des Centres de Santé Intégrés. L'étude a permis de recueillir des informations sur (i) les dotations budgétaires de fonctionnement et d'investissement; (ii) le circuit de transit de ces ressources depuis le niveau central jusqu'aux prestataires de services et soins de santé ; (iii) la gestion desdites ressources; (iv) la gestion des médicaments et des vaccins ainsi que, (v) l'assiduité du personnel en service dans les FOSA.

Dotations budgétaires de fonctionnement et d'investissement

Dans la dotation budgétaire de l'Etat accordée au Ministère de la Santé Publique en 2017, 38,16% de son budget de fonctionnement ont été consacrés à l'acquisition des biens et prestations des services. Pour ce qui est de son crédit d'investissement, 2,5% ont servi à l'acquisition des équipements en matériel médical, la construction des Centres de santé ainsi que des bâtiments hospitaliers.

Circuit des ressources budgétaires des FOSA

Comme dans toutes les entités publiques, le circuit des dépenses comprend, outre le Ministre des Finances à qui incombe la mise à disposition des crédits aux ordonnateurs principaux et la régulation budgétaire, les ordonnateurs, les contrôleurs financiers et les comptables publics. La procédure d'exécution de la dépense publique respecte les quatre étapes dont trois relèvent de l'ordonnateur (engagement, liquidation et ordonnancement) et une du comptable (paiement).

Gestion des ressources budgétaires

Le suivi de la gestion des ressources budgétaires a montré que, du sommet vers la base, les gestionnaires disposent de moins en moins d'informations sur leur budget de fonctionnement et d'investissement au fur et à mesure que l'on se rapproche de la base. Plus d'un quart des responsables des formations sanitaires ont déclaré n'avoir aucune documentation sur la gestion de la dotation du budget de fonctionnement allouée à leur structure en 2017. Il s'agit pour la plupart, des responsables nouvellement promus.

Il a été également observé que 33% des responsables des FOSA ayant retiré leurs autorisations de dépenses du budget de fonctionnement ne l'ont pas engagé. De l'avis de 61,3% de gestionnaires des FOSA, les Contrôleurs Financiers restent les principaux responsables des retards observés dans le retrait, l'engagement et l'ordonnancement des autorisations de dépenses. Ces retards ont des effets négatifs sur l'engagement et l'ordonnancement desdits AD.

Exécution du budget

Dans les formations sanitaires de l'échantillon, le taux d'exécution, base d'engagement et/ou d'ordonnancement du budget de fonctionnement a été de 90%. Pour le budget d'investissement, le taux d'exécution global base engagement en 2017 a été de 92%. Par ailleurs, environ 90% des FOSA ont exécuté leurs autorisations de dépenses dans les délais.

Pertes enregistrées par les gestionnaires

Les pertes déclarées par les gestionnaires des FOSA sont des pots de vin versés soit pour entrer en possession de leur autorisation de dépenses, soit pour le traitement du dossier au service du contrôle financier etc. 80% de responsables ont déclaré avoir été contraints de payer des pots de vin lors de l'exécution de leur autorisation de dépenses pour l'acquisition des biens et prestations des services (entrer en possession de leur AD, engager et ou recevoir le paiement).

Transparence et gouvernance

36% des responsables ont déclaré ne pas disposer de documents qui retracent les dépenses budgétaires. Pour ceux qui ont déclaré les disposer, ils sont mal tenus ou incomplets. Certains ont déclaré que lesdits documents ont été emportés par leur prédécesseur.

Gestion des stocks de médicaments

83% des responsables des FOSA ont déclaré que les bonnes pratiques de distribution et les normes de gestion/stockage des médicaments tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire sont respectées. Les ruptures de stock sont rares surtout pour les cinq médicaments étudiés (ACT-enfant, SRO/ZINC, TPI, ARV-enfant et ARV-femmes enceintes, Amoxicilline (gélules/comprimés/sirop)). Les différents produits traceurs antipaludiques ont eu un taux d'utilisation supérieur à 70 %, de même que pour les antibiotiques (supérieur à 81%). Les prix des médicaments sont affichés dans la majorité des FOSA et environ 82% des responsables de ces FOSA ont déclaré avoir des documents qui retracent la gestion des stocks des médicaments en 2017.

Pertes dans la gestion de stocks des médicaments

La perte enregistrée dans la gestion des médicaments a été observée à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Ces pertes sont dues à la mauvaise conservation des médicaments, aux coupures intempestives d'électricité et à l'étroitesse de l'espace de stockage. Le taux de perte enregistré en 2017 est de 2% dans les FRPS pour les antipaludéens et de 10% dans les FOSA pour les médicaments suivis.

Gestion des stocks de vaccins

Le circuit d'approvisionnement du PEV est identique quelle que soit la source de financement de l'acquisition des vaccins (Etat, UNICEF, OMS, GAVI, etc.). En 2017, le PEV a transféré 2 180 028 flacons d'antigènes vers ses GTR.

Plus de 70% des services intermédiaires de santé (GTR-PEV) et plus de 80% de FOSA ont déclaré avoir respecté les normes prédéfinies en matière de stockage et conditionnement des vaccins.

Gestion des ruptures de stocks des vaccins et transparence

La rupture de stock d'antigènes a varié d'une structure à une autre, et d'un antigène à un autre. En effet, 59,6% de SSD enquêtés ont déclaré avoir eu des ruptures de stock de vaccins en 2017. Plus de 50% de FOSA ont déclaré avoir connu des ruptures de stock pour les antigènes BCG et RR. Le nombre de jours de rupture de stock a varié de 19 à 92 jours au niveau central (PEV) et de 27 à 79 jours dans les FOSA. En outre, 83,4% de formations sanitaires ont déclaré disposer des documents qui retracent la gestion des stocks de vaccins.

Pertes dans la gestion des vaccins

Les pertes de vaccin ont été enregistrées sur toute la chaîne pour plusieurs raisons et varient par antigène : antigènes avariés (86,64%) pour le VPO au niveau central, mauvaise conservation et péremption (11,09%) pour l'antigène RR (Rubéole-Rougeole) aux GTR-PEV, difficultés d'accès à certaines zones pour l'administration des vaccins. Au niveau des FOSA, les pertes sont de 9,7% pour le penta 3 et 33% pour le BCG.

Assiduité du personnel en service dans les FOSA

L'étude a révélé que, sur 100 personnels pris en charge en 2017 sur le budget de l'Etat, 8 n'ont pas été régulièrement à leur poste de travail dans les FOSA.

Principales difficultés dans l'exécution budgétaire et la gestion des médicaments et vaccins

Difficultés relatives au circuit de la dépense

Les principales difficultés dans l'exécution budgétaire sont liées à l'arrivée tardive des autorisations de dépenses, l'absence de formation des ordonnateurs en gestion financière, les pratiques de mal gouvernance (pots de vin), l'accès difficile à l'information de gestion de même que l'information statistique, conséquence de : (i) le refus, l'absence ou l'insuffisance d'archivage de l'information de gestion, (ii) l'appréhension que les enquêtés ont sur l'utilisation des données individuelles collectées par les structures en charge des statistiques.

Difficultés rencontrées dans la gestion des stocks des médicaments et des vaccins

Les principaux problèmes dans la gestion des médicaments portent sur : les conditions d'entreposage de médicaments et vaccins (insuffisants et inadéquats) ; l'accès difficile à certaines zones limitant l'acheminement des médicaments et des vaccins en toute sécurité ; la livraison des médicaments et vaccins avec des dates de péremption proches ; le manque de personnel qualifié pour la gestion des stocks ; le manque d'équipements adaptés et homologués de chaîne de froid (réfrigérateur, glacière) ; les coupures intempestives d'électricité, etc.

Mesures pour pallier aux difficultés

Dans le cadre de l'amélioration du système de gestion des ressources financières ainsi que des médicaments et vaccins, les recommandations formulées visent à :

- ✓ Respecter les délais de transmission des autorisations de dépenses (AD) à tous les niveaux ;
- ✓ Renforcer les capacités des responsables à tous les niveaux en matière de tenue des documents comptables et d'archivage de l'information de gestion ;
- ✓ S'assurer de l'effectivité de la passation de service technique avant la passation administrative lors de l'affectation ou la mise en retraite d'un gestionnaire et rappeler l'exigence de la constitution des archives et de la documentation de gestion en vue de garantir la continuité des services publics en matière de gestion financière et comptable ;
- ✓ instaurer la procédure de régies d'avance dans l'exécution de la dépense au niveau local afin d'éviter les déperditions ;
- ✓ informatiser de façon systématique les procédures d'exécution du budget au niveau opérationnel.

Par ailleurs, pour assurer une bonne gestion des médicaments et vaccins, il est impératif de :

- ✓ doter les formations sanitaires d'infrastructures de stockage conformes aux normes ;
- ✓ doter les FOSA des sources alternatives d'énergie électricité ;
- ✓ améliorer le système d'archivage et mettre systématiquement à jour les fiches d'enregistrement de stocks ;
- ✓ recruter le personnel qualifié pour une bonne gestion des médicaments et vaccins ;
- ✓ renforcer les capacités des personnels de santé sur le processus de gestion des stocks à tous les niveaux.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Le Gouvernement Camerounais a réalisé respectivement entre 2003 et 2004 puis en 2010, l'étude sur la traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Au regard de la pertinence des résultats obtenus, il avait été recommandé de pérenniser cette étude en l'étendant dans tous les secteurs prioritaires.

Le MINEPAT, le MINFI, le MINSANTE, le MINEDUB, le MINESEC et le MINEE ont décidé, au titre de l'année 2018, avec l'appui de l'UNICEF, de conduire une étude sur la traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'eau-hygiène-assainissement et de l'éducation.

Les études sur la traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs sociaux, appelées PETS (en anglais Public Expenditure Tracking Survey), ont été initiées dans plusieurs pays en développement par la Banque Mondiale pour mieux analyser les liens entre les dépenses publiques et les résultats dans les secteurs concernés. Elles ont été motivées pour la plupart, par les constats faits sur le faible impact de l'accroissement des dépenses publiques sur les résultats dans les secteurs visés.

Cette technique permet de suivre pas à pas le flux des ressources à tous les niveaux de l'administration (centrale, déconcentrée et décentralisée) afin de quantifier la part des ressources budgétaires qui parvient effectivement aux prestataires finaux. En collectant et en comparant les données à plusieurs niveaux (depuis le gouvernement central jusqu'aux niveaux les plus périphériques comme les centres de santé et les écoles en passant par l'administration locale), le PETS permet de déterminer les ressources déviées de leurs destinations initiales.

L'étude PETS 3 intervient au moment où le Ministère de la Santé Publique vient d'adopter sa deuxième Stratégie Sectorielle de Santé (2016-2027). L'évaluation de la précédente stratégie 2001-2015 a montré entre autres que les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux ont, d'une manière générale, amélioré la santé des populations.

Toutefois, il a été relevé un nombre important de faiblesses notamment sur la législation, la réglementation et politique, le budget/dépenses, Gestion (planification, direction, contrôle et suivi/évaluation) etc. Le diagnostic du secteur de la santé a montré :

- Un engagement politique de haut niveau insuffisant au regard du pourcentage de financement de l'État alloué au secteur de la santé (environ 4,76% selon la loi des finances 2017, contre 15% préconisés par la Déclaration d'Abuja) ;

- L'absence d'une approche intégrée et d'une coordination suffisante dans la gestion des financements (existence de multiples régimes de financement de la santé - 28 dénombrés en 2013) ;
- Un faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (ceux du privé, ceux des administrations partenaires prestataires des soins et des services de santé, ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) ;
- La faiblesse du dispositif de suivi/évaluation et les insuffisances relevées au niveau de la coordination des interventions ont eu pour conséquences, le double emploi des ressources et subséquemment le manque d'efficience constaté ;
- Une productivité financière des formations sanitaires pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ;
- Le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population. Les paiements directs (95% des dépenses privées de santé) demeurent la principale modalité d'acquisition des soins ;
- La persistance de la corruption dans les services publics d'une manière générale reste une pesanteur qui rend difficile l'utilisation efficiente des ressources ;
- Faible accessibilité des médicaments par les malades ;
- L'incapacité des espaces de stockage des médicaments et vaccins au niveau des structures de santé ;
- De nombreux médicaments acquis au niveau des formations sanitaires ne profitent pas aux malades et on observe des ruptures de stocks qui perdurent dans ce secteur, ce qui laisse présager une déperdition des médicaments essentiels ;
- Des péremptions régulières de médicaments et vaccins par défaut de maîtrise dans la gestion des stocks.

1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1.2.1 Objectif général

L'étude vise à fournir au gouvernement camerounais et aux partenaires intervenant dans les secteurs de la Santé, de la Nutrition, de l'Éducation et du WASH l'information nécessaire pour apprécier objectivement les performances de la dépense publique dans ces quatre secteurs en 2017.

1.2.2 Objectifs spécifiques

De manière spécifique, l'étude pour le volet santé vise à :

- i) Évaluer la traçabilité dans la gestion des dépenses publiques (le niveau et les sources de pertes des ressources destinées aux bénéficiaires finaux : communes, formations sanitaires, etc.) ;
- ii) Identifier les disfonctionnements dans le circuit d'acquisition, de conservation, et de distribution des vaccins (DTC, Rougeole et BCG pentavalent) au Cameroun ;
- iii) Identifier les disfonctionnements dans le circuit d'approvisionnement (acquisition, conservation et fourniture) en médicaments (ACT pour les enfants de moins de 5 ans, TPI pour les femmes enceintes, ARV pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) au Cameroun.

1.3 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

L'approche méthodologique présentée dans le présent document a consisté à utiliser la base de données des formations sanitaires du MINSANTE pour élaborer les éléments de mise en œuvre de l'enquête et analyser les résultats y relatifs.

1.3.1 Champ de l'étude et unités d'observation

Sur le plan géographique, la phase de collecte de données de l'étude a couvert l'ensemble du territoire national. Les informations collectées portent sur l'exercice budgétaire 2017.

Les unités d'observation sont constituées de tous les niveaux hiérarchiques de la Santé Publique :

- le niveau central (CENAME, PEV, PNLP), périphérique (Délégation Régionale de la Santé Publique, Groupe Technique Régional-PEV (GTR-PEV), Fonds Régionaux de Santé Publique) ;
- le niveau opérationnel (Services de Santé de District, y compris les prestataires des services et soins de santé publique) ; les structures transversales telles que le contrôle financier de la dépense publique en santé (Contrôles de finances départementaux ou régionaux).

Les informations obtenues auprès de ces différentes unités d'observation sont triangulées pour évaluer les pertes financières.

1.3.2 Sources de données et unités statistiques

1.3.2.1 Population statistique

La population statistique du secteur santé est constituée des services administratifs par lesquels transitent les ressources financières et/ou les vaccins et médicaments ainsi que des FOSA en tant que structures d'offre des services et soins de santé.

1.3.2.2 Unités statistiques

Au regard de la pyramide sanitaire et du circuit de la dépense, les données sont collectées auprès :

- (i) des services administratifs (centraux, régionaux/périphériques, départementaux, opérationnels, y compris les communes) par lesquels transitent les ressources financières et/ou les vaccins et médicaments ;
- (ii) d'un échantillon de district de santé par lesquels transitent les vaccins et médicaments ;
- (iii) d'un échantillon des structures d'offre de services et soins de santé dans la grappe (communes échantillons).

1.3.3 Echantillonnage

Le plan de sondage retenu est un sondage par grappes. La grappe est la commune.

1.3.3.1 Base de sondage

La base de sondage est constituée de l'ensemble de toutes les formations sanitaires (FOSA) du secteur public. Il s'agit des FOSA relevant du contrôle des Districts de santé, point d'ancrage de la Stratégie Sectorielle de la Santé. Les hôpitaux de catégorie 1 à 3 (hôpitaux généraux, centraux et régionaux) et les formations sanitaires privées sont exclus de l'échantillon, y compris les formations sanitaires confessionnelles.

1.3.3.2 Plan de sondage

Le plan de sondage appliqué est de type aléatoire par grappes. La grappe dans ce cas est la commune en tant qu'unité géographique. Pour chaque région d'enquête, on tire au premier degré les grappes (communes) et au second degré, dans chacune d'elles, on recense l'ensemble des Services de Santé de District (SSD) concernés par le champ de l'étude. De la liste des SSD, toutes les FOSA de leur ressort de compétence sont recensées pour être enquêtées.

Par ailleurs, toutes les unités situées au niveau des régions et départements sont enquêtées (Contrôle Régional des Finances, Contrôle Départemental des Finances Dépôts Régionaux de vaccins, Délégation Régionales de la Santé Publique, Fonds Régionaux de Promotion de la Santé).

Ce plan de sondage a été guidé par la contrainte budgétaire. En effet, il réduit les coûts de déplacement et de logement du personnel de collecte, les coûts de suivi et de supervision de l'enquête. Il peut également permettre d'avoir des gains en termes de meilleure couverture ou des taux de réponse plus élevés.

Taille et répartition de l'échantillon

Le calcul de la taille de l'échantillon est guidé par la contrainte liée au budget de l'étude et la précision des estimateurs.

Au niveau Central (Yaoundé)

Tous les services centraux (DGB/MINFI, DGEPIP/MINEPAT, MINSANTE (DRFP, PEV, PNL, CENAME, CNLS) points de départ des ressources financières, des vaccins et des médicaments vers les structures d'offre de services et soins de santé sont tous enquêtés ;

Au niveau des régions : Sont enquêtés, les :

- Délégations Régionales du MINSANTE (paiement des subsides aux formations sanitaires sous PBF) ;
- Contrôles Régionaux des finances (ressources financières);

- **Contrôles Départementaux des finances** (ressources financières);
- **Dépôts régionaux de Vaccins** (distribution des vaccins);
- **Fonds Régionaux de Promotion de la Santé** (distribution des médicaments).

Par contre, il est retenu au niveau national un échantillon de 50 communes suivant certaines considérations notamment le poids des formations sanitaires qui ont été bénéficiaires du budget d'investissement en 2017. Ces communes sont réparties dans les dix régions proportionnellement au nombre total de communes dans chaque région. Toutes les formations sanitaires (HD, CMA, CSI) échantillons sont balayées dans ces communes.

Ainsi, cette clé a permis de retenir l'échantillon des:

- **Districts de santé** : Servies de Santé de District (distribution des médicaments, vaccins) ;
- **Départemental** : Contrôle Départemental des Finances (ressources financières) ;
- **Communes** Receveur municipal ou contrôleur de finance (équipement et construction des formations sanitaires dans le cadre de la décentralisation).

Dans l'ensemble des communes, 479 formations sanitaires ont été dénombrées. Le tableau 1 suivant présente la taille de l'échantillon des unités statistiques par région.

Tableau 1 : Taille de l'échantillon des unités statistiques du volet santé enquêtées

Régions	Service déconcentré de la santé				Contrôles des finances et assimilés		Formations	Commune
	DRSP	GTR-PEV	FRPS	SSD	Contrôle Régional des Finances	Contrôle Départemental des Finances	HD - CMA-CSI	Mairies
Adamaoua	01	01	01	04	01	03	25	04
Centre	01	01	01	09	01	06	66	08
Est	01	01	01	04	01	02	39	04
Extrême Nord	01	01	01	09	01	04	56	08
Littoral	01	01	01	04	01	02	21	04
Nord	01	01	01	08	01	03	81	05
Nord-Ouest	01	01	01	03	01	01	40	05
Ouest	01	01	01	10	01	05	83	06
Sud	01	01	01	05	01	01	35	03
Sud-Ouest	01	01	01	05	01	03	33	03
Cameroun	10	10	10	61	10	30	479	50

Source : nos calculs

1.3.4 Méthodes d'observation

Il est utilisé sur le terrain les méthodes d'observation directe et indirecte. Dans ce sens, le personnel de collecte se rend dans une structure-échantillon pour : (i) assurer les interviews relatives au circuit de la dépense ainsi que les autres volets sur la gestion des médicaments et vaccins et, (ii) observer aussi directement dans les archives d'autres informations à collecter.

1.3.5 Méthodes de collecte

La méthode de collecte consiste en l'exploitation des différentes archives ainsi que l'entretien direct entre l'agent de collecte et la personne désignée par la structure-échantillon à cet effet. La collecte se fait par ordinateur (Computed Assisted Personal Interviewing ou CAPI). Toutefois, un jeu de questionnaires sur support papier a été imprimé afin de faire face à toutes éventualités.

1.3.6 Traitement des données et estimation

Les données étant collectées sur support électronique, sont progressivement traitées et validées par les experts informaticiens au fur et à mesure qu'elles viennent du terrain avant qu'il ne soit procédé à la tabulation. En effet, un programme de contrôle de qualité permet de détecter pour chaque agent de collecte, les principales erreurs. Les superviseurs et /ou les contrôleurs se chargent de communiquer aux agents de collecte pour des éventuels contrôles. Plusieurs logiciels sont utilisés notamment CPro pour la collecte, SPSS pour la production des tableaux, l'analyse et l'apurement, Excel pour la production des graphiques et Word pour la rédaction du rapport.

1.4 LIMITES ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

i. Limites

- Certaines structures initialement retenues lors de l'échantillonnage n'ont pas existé sur le terrain, et elles n'ont pas pu être remplacées par d'autres formations sanitaires de même niveau puisque la méthodologie prévoyait de couvrir toutes les formations sanitaires existantes dans une commune.

ii. Difficultés rencontrées

- La durée consacrée à la collecte des données sur le terrain était relativement courte. En effet, le personnel de collecte des données a dû faire plusieurs passages dans les structures, au gré de l'indisponibilité des responsables et/ou des informations non requises.
- L'absence d'outils de gestion (principalement les fiches de stock) n'a pas permis de calculer certains indicateurs dans certaines Formations Sanitaires ;
- Le recueil des informations sur les financements a été le problème le plus ardu. En général, il n'y a pas d'archives pour tracer les mouvements financiers, ainsi la plupart d'ordonnateurs n'ont pas toujours donné les informations sur les pertes financières ;
- La non-disponibilité de tous les membres des équipes de santé dans les structures n'a pas aidé à renseigner au mieux les agents de collecte ;
- L'analyse qualitative, basée sur les questions ouvertes, a permis de déceler quelques goulots d'étranglement dans l'exécution budgétaire. Cependant en l'absence de données sur les pertes financières, aucune corrélation n'a pu être établie entre ces pertes et ceux-ci.

CHAPITRE 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE CAMEROUNAIS

2.1 CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTÉ

La planification stratégique dans le secteur santé a débuté dès les années 2000 à travers l'élaboration de la première Stratégie Sectorielle de Santé (SSS 2001-2015). Cette Stratégie Sectorielle de Santé, qui était une opérationnalisation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), fut une réforme de première génération axée sur quelques programmes de santé. Son actualisation en 2009, a permis de l'arrimer au DSCE et d'y incorporer les OMD comme objectifs stratégiques. L'objectif de cette stratégie était la *viabilisation des districts de santé* pour l'atteinte des OMD. Cette actualisation devait donc aboutir à un changement de paradigme. Il s'agissait en effet de passer de la logique des programmes verticaux à celle de la viabilisation des districts de santé. Mais cette logique n'a pas été opérationnalisée. Ce qui a eu pour conséquence une atteinte partielle des objectifs fixés.

Pour tenir compte des exigences programmatiques et de l'évolution du faciès épidémiologique, désormais marquées par une recrudescence des maladies transmissibles et une tendance haussière des maladies chroniques non transmissibles, une nouvelle stratégie sectorielle de santé a été élaborée pour la période 2016-2027. Elle a pour objectif global de Contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable. Cette nouvelle stratégie s'est arrimée au Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) ainsi que sur les Objectifs de Développement Durable (ODD).

2.1.1 Contexte démographique du Cameroun

En 2017, la population du Cameroun a été estimée à 23 248 044 habitants. Le taux d'accroissement de la population est resté stable 2,4% entre 2014 et 2017. À ce rythme, la population devrait atteindre 25 millions d'habitants en 2020. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 24,8% de la population totale. Les régions les plus peuplées sont le Centre (19,6%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,2%) et le Nord (11,0%)ⁱ.

La fécondité au Cameroun est certes en baisse, mais reste encore élevée. Elle avait été estimée en 2005 par le BUCREP à 164 naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans. Cette fécondité élevée est génératrice d'une forte croissance démographique, laquelle entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncièreⁱⁱ. En 2010, 52% de la population totale vivaient en milieu urbain, 43,6% avaient moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes avaient 60 ans ou plusⁱⁱⁱ.

Commentaire [Taf1]: Le Rapport Education a évoqué à la section 2.1.1 que la transition démographique a commencé à être observée au Cameroun dans les années 90. D'où cette suppression pour lever tout équivoque.

2.1.2 Stratégie de Développement du Secteur Santé

La loi N° 96/03 du 04 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé stipule en son article 2 que : « la politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour

l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé. » (SSS 2016-2027, p. 105).

Sur la base de cette loi cadre et de la vision de développement de long terme du Cameroun à l'horizon 2035, le secteur santé a formulé sa vision de la manière suivante : « le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés ». Cette vision est soutenue par des valeurs d'équité, de solidarité nationale, de responsabilité partagée et de justice sociale. La réalisation de celle-ci passe nécessairement par la mise en œuvre de l'option stratégique retenue (SSS 2016-2027, p. 107).

Le choix stratégique retenu par l'ensemble des parties prenantes du secteur santé consiste à garantir un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté et l'implication des autres secteurs apparentés.

Cette option stratégique se traduira par la mise en œuvre des paquets d'interventions suivants :

a. Services et soins de santé essentiels de base : les interventions majeures dans cette option seront orientées vers les soins de santé primaires (promotion de la santé, prévention de la maladie, prise en charge curative des maladies courantes de la communauté). Il s'agit ici d'offrir des paquets de services et soins essentiels et complémentaires (PMA et PCA), pour lutter contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles, ou faire face aux événements de santé publique.

b. Services et soins de santé spécialisés prioritaires : il s'agira dans ce volet d'accroître l'offre de service pour la prise en charge des maladies chroniques prioritaires et des événements de santé publique nécessitant des soins ou des mesures spécialisés.

Le choix stratégique retenu devrait permettre de réaliser les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé (ODD, DSCE) et une progression vers la couverture sanitaire universelle. Il est attendu de cette option que les populations, en particulier les plus vulnérables, aient en cas de besoin un accès géographique, financier et culturel à des soins et services de santé essentiels et aux soins spécialisés prioritaires de qualité (SSS 2016-2027, p. 109-110).

2.2 ORGANISATION DU SECTEUR SANTÉ CAMEROUNAIS

Au Cameroun, le secteur de la santé est structuré en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et comprend trois sous-secteurs : (i) un sous-secteur public ; (ii) un sous-secteur privé (à buts non lucratif et lucratif) et (iii) un sous-secteur traditionnel. Chaque niveau de la pyramide dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue (voir tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1 : Les différents niveaux de la pyramide sanitaire et leurs fonctions

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structures de dialogue
Central	- Cabinet du Ministre - Secrétariat d'Etat - Secrétariat Général, - Directions et structures assimilées	- Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation - Supervision	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés (CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP)	Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	- 10 Délégations Régionales	- Appui technique aux Districts de Santé - Coordination régionale - Régulation - Supervision	Hôpitaux régionaux et assimilés	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	- 189 Districts de Santé	- Offre de soins et services de santé - Coordination - Régulation - supervision	Hôpitaux de District et assimilés Cliniques CMA CSI, Cabinet de soins	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : MINSANTE, SSS 2016-2027

La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est articulée autour de cinq axes stratégiques. Trois sont verticales, à savoir : (i) promotion de la santé ; (ii) prévention de la maladie et (iii) prise en charge des cas, et deux horizontaux ou transversaux: (iv) renforcement du système de santé et (v) gouvernance et pilotage stratégique.

2.2.1 Principaux acteurs du secteur de santé au Cameroun

Le Ministère de la Santé Publique est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique^{iv}, conformément au décret N°2013/093 du 3 avril 2013. En plus du MINSANTE, les autres acteurs étatiques qui interviennent dans ce secteur sont les administrations partenaires et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). Selon la SSS 2016-2027, les administrations partenaires sont notamment :

- Ministères et administrations prestataires des soins de santé (MINDEF, DGSN, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINJUSTICE, MINAS, et MINTSS) ;
- Ministères partenaires œuvrant pour la promotion de la santé particulièrement sur les déterminants de la santé (MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINPROFF, MINAS, MINTSS, MINCOM, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINHDU, MINTP, MINEFOP, MINSEP, MINJEC et MINAC).

Aux acteurs susmentionnés, s'ajoutent les représentations professionnelles (ordres professionnels, syndicats et associations) ; les établissements publics et privés de formation des ressources humaines en santé et les structures de recherche en santé ; les entreprises parapubliques et privées qui intègrent les préoccupations sanitaires dans leurs activités à travers leur responsabilité sociale ; les organisations de la société civile au sens large, les structures de dialogue, les ONG et les Organisations à Base Communautaire (OBC). En dehors des acteurs nationaux, le secteur compte également de nombreux Partenaires Techniques et Financiers (PTF). (SSS 2016-2027 p. 34).

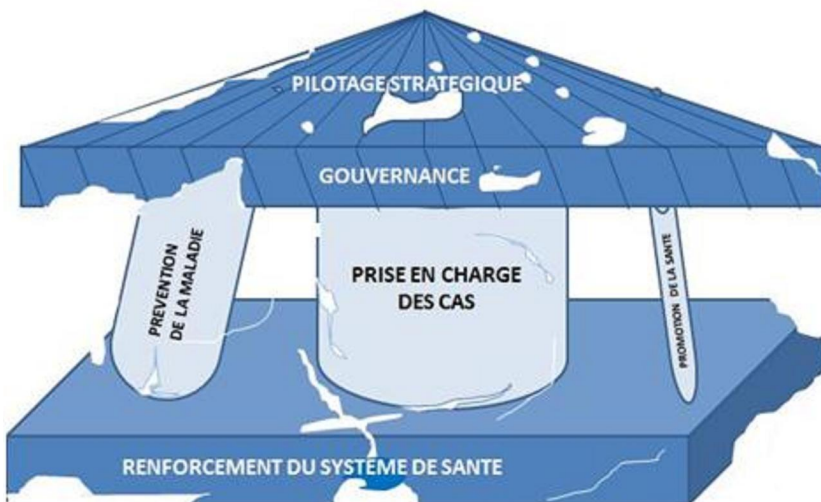
2.2.2 Situation des piliers du système de santé et profil épidémiologique en 2017

2.2.2.1 Situation des piliers du système de santé en 2017

Selon le diagnostic du système de santé établi dans la SSS 2016-2027, le problème majeur du secteur santé est sa « faible capacité à répondre aux besoins socio- sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif ».

En effet, confronté à la faiblesse de ses six piliers (leadership et gouvernance¹ ; ressources humaines ; offre de services et de soins ; infrastructures ; médicaments et technologies sanitaires ; financement et système d'information sanitaire), le système de santé actuel ne permet pas de prévenir de façon adéquate les événements qui influencent négativement la santé. Il ne parvient pas à assurer de manière efficace, la promotion de la santé des populations et la prise en charge adéquate des cas. En pratique, la faible capacité du système de santé à répondre efficacement aux besoins de bien-être de la population, se traduit par des indicateurs sanitaires peu satisfaisants avec notamment, une morbi-mortalité élevée, un accroissement des dépenses de santé et une diminution de la force de travail. Ce diagnostic global est résumé sous forme schématique dans l'image ci-dessous.

Graphique 1 : Diagnostic Global de santé



Source : MINSANTE, Document Etat des lieux et diagnostic du secteur santé (2015), cité par SSS 2016-2027 p.93

¹ Les nombreux défis majeurs liés au pilotage stratégique et à la gouvernance du secteur santé, de même qu'au développement d'une stratégie nationale sur la thématique de la gouvernance ont motivé le choix de l'institution de ce pilier du système de santé en composante transversale entière, pour une meilleure analyse.

2.2.2.2 Profil épidémiologique en 2017

Le profil épidémiologique du pays est marqué par une prédominance des maladies transmissibles. Les plus importantes sont : le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Ces trois maladies représentent 23,66% du poids global de la morbidité. On note aussi une augmentation de la mortalité due aux Maladies Non Transmissibles (MNT), notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents sur la voie publique. A cette liste, non exhaustive, s'ajoutent les accidents de travail (chez 12,2% des travailleurs) et les maladies professionnelles (7,5% des travailleurs)^v.

Chez les enfants de moins de 5 ans, les infections respiratoires basses, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les carences nutritionnelles constituent les principales causes de morbi-mortalité. La mortalité maternelle quant à elle reste élevée et est de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes^{vi}. (PNDS 2016-2020, p.7).

2.3 OFFRE DES SERVICES DE SANTÉ EN 2017

Le secteur santé s'articule autour de trois sous-secteurs : public, privé et celui de la médecine traditionnelle. Le sous-secteur public comprend des structures sanitaires sous-tutelle, d'autres administrations partenaires à l'instar de la Défense, de la Sureté Nationale, de l'Administration Pénitentiaire, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale), de l'Education de Base, des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, etc. Le sous-secteur privé regroupe les structures sanitaires privées à but lucratif et non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales). S'agissant de la médecine traditionnelle, l'Etat s'est engagé dans un processus d'encadrement et de valorisation de ce sous-secteur dont le cadre juridique est en cours d'adoption.

Au regard des statistiques du MINSANTE 2016 sur l'offre de structures de santé par région, il s'ensuit que le capital physique pour l'offre de services et soins de santé comptait en 2016, 2 675 formations sanitaires publiques confondues (services de santé de district, hôpitaux de district, centres médicaux d'arrondissement et centres de santé intégrés publics).

Tableau 2 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services de santé au Cameroun en 2016 par région¹⁶

Région	Public	Privé confessionnel	Privé laïc	Total
Adamaoua	124	38	39	201
Centre	474	187	941	1 602
Est	177	58	74	309
Extrême-Nord	356	19	65	440
Littoral	244	184	729	1 157
Nord	254	18	55	327
Nord	234	90	45	369
Ouest	415	83	318	816
Sud	206	35	73	314
SUD-OUEST	191	35	92	318
Total général	2 675	747	2 431	5 853

Source : Cellule des Informations Sanitaires MINSANTE, 2016

Dans l'ensemble, 18 390 personnels de santé suivant les différentes qualifications ont été recensés en 2017 dans les diverses formations sanitaires. Malgré le recrutement chaque année du personnel sanitaire par l'Etat, le ratio entre personnel médical et la population demeure loin de la norme internationale. La répartition spatiale inégale des personnels montre que les régions du Centre, de l'Extrême nord, du Littoral, et de l'Ouest et du Sud-Ouest concentrent à elles seules 68,3% du personnel qualifié du pays. Les régions du Littoral et du Centre concentrent à elles seules près de 54% des médecins en activité.

Tableau 3 : Données de synthèse des ressources humaines par région en 2017

Régions	Qualifications									
	Médecins	Administrations hospitalières	Pharmaciens	Infirmiers	Chirurgiens-dentistes	Sage-femme /maieuticien	Génie-sanitaire	Technique médico-sanitaire	Techniques-biomédicales	Autres
Services centraux	99	70	32	76	1	60	27	27	9	538
Adamaoua	88	12	22	487	10	23	12	87	8	2 019
Centre	619	26	78	2039	39	60	27	545	9	235
Est	99	8	21	449	10	31	8	109	3	102
Extrême-nord	93	6	21	774	14	54	14	103	1	82
Littoral	535	21	79	1585	34	50	16	330	9	414
Nord	71	8	19	707	6	28	7	70	1	156
Nord-ouest	116	8	20	652	11	28	12	143	5	157
Ouest	180	8	30	1030	15	32	13	158	2	120
Sud	113	12	25	438	16	23	7	104	3	39
Sud-ouest	143	9	32	744	10	32	15	166	10	180
Total	2 156	188	379	8 981	166	421	158	1842	60	4 042

Source : MINSANTE-DRH, 2018

2.4 ORGANISATION DU PROGRAMME DE VACCINATION

Le Programme Élargi de Vaccination a été créé depuis 1976 avec pour but la prévention des maladies évitables par la vaccination. Les interventions offertes par ce programme sont essentiellement des activités de surveillance, de communication pour le développement et de vaccination. (MINSANTE 2015, Document Etat des lieux et diagnostic du secteur santé).

À ce jour, douze (12) maladies sont ciblées par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) de routine : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, Hépatite virale B, infection à *Hemophilus type B*, infection à pneumocoque, diarrhée à Rotavirus, fièvre jaune, rougeole et rubéole^{vii}. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce programme sont de plusieurs ordres :

- ✓ la couverture des besoins en matériel roulant est insuffisante ;
- ✓ la couverture des formations sanitaires en matériel de la chaîne de froid est de 75% (la norme nationale étant de 80%)^{viii} ;
- ✓ La faible réalisation des stratégies avancées/mobiles dans plusieurs districts de santé ;
- ✓ La faible qualité et utilisation des données de routine pour la prise de décisions ;

- ✓ La forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs. En effet, le Cameroun ne sera plus éligible aux financements extérieurs (Alliance GAVI) lorsque son PIB dépassera \$1580 par habitant, ce qui pourrait vraisemblablement arriver en 2020 selon les projections faites sur cet agrégat macroéconomique.

Ces difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du programme sont résumées suivant les domaines ci-après :

- **Équipements** : la couverture des besoins en matériel roulant est de 36% pour les motos au niveau des aires de santé, 54% pour les véhicules au niveau des districts de santé et de 40% pour les hors bords.² La couverture des formations sanitaires en matériel de chaîne de froid est de 75% (la norme nationale étant 80%).³
- **Modalités d'offre de services** : on note une faible appropriation de l'approche centrée sur l'enfant ; aussi, les stratégies avancées/mobiles sont encore faiblement menées dans certains districts de santé.
- **Financement**: le programme continu d'être majoritairement financé par les partenaires au développement. (*MINSANTE 2015, Document Etat des lieux et diagnostic du secteur santé*).

² PTA –PEV, 2014

³ MINSANTE-PEV. (2013). Rapport d'Evaluation de la Gestion Efficace des Vaccins.

CHAPITRE 3 : CADRE NORMATIF DE LA GESTION BUDGETAIRE AU CAMEROUN

Les lois N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat, et N°2018 /012 du 11 juillet 2018 portant régime Financier de l'Etat et des Autres Entités Publiques traduisent l'ambition des autorités à la modernisation de la gestion des finances publiques et à l'atteinte des objectifs de développement de la nation. La nécessaire révision du régime financier de 2007 a pour objectif d'adapter la législation financière du Cameroun au cadre normatif de la CEMAC porté par les directives du 19 décembre 2011. En intégrant ces directives dans son corpus juridique, le Cameroun s'arrime aux standards internationaux et communautaires en matière des finances publiques. Cette ambition s'appuie principalement sur le rééquilibrage des pouvoirs en matière budgétaire, l'institutionnalisation du management de la performance de l'action publique, la redevabilité et la transparence pour inclure les citoyens dans les processus budgétaires.

Il convient de rappeler que la gestion budgétaire au Cameroun est régie hiérarchiquement par la Constitution du 18 janvier 1996, la loi N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat, renforcée par la loi N°2018 /012 du 11 juillet 2018 portant régime Financier de l'Etat et des Autres Entités Publiques, la loi de finances de l'année concernée, le décret 2011/2414/PM du 17 août 2011 portant création, organisation et fonctionnement du comité interministériel d'examen des programmes, les décrets du Premier Ministre portant modification des crédits, les arrêtés portant modification de crédit, les circulaires annuelles du Président de la République portant préparation du budget et du Ministre des Finances portant exécution du budget.

Au regard de ce qui précède, on peut légitimement dire que l'enquête sur la traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la nutrition et de l'eau, hygiène et assainissement avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers notamment l'UNICEF reste en droite ligne de la réforme des finances publiques entreprise au Cameroun. Cette approche permet de suivre pas à pas les flux des ressources à tous les niveaux afin de pouvoir quantifier la part des ressources budgétaires qui parvient effectivement aux bénéficiaires finaux. Avant toute chose, il convient de décrire le processus de préparation du budget avant de voir comment ce budget est exécuté.

3.1 PRÉPARATION DU BUDGET

Cette phase s'articule autour de trois principaux axes à savoir la planification, la programmation et la budgétisation.

Tout commence par la planification stratégique qui est un exercice de réflexion qui permet à l'Etat de fixer des objectifs de long terme et de coordonner ses actions pour réaliser les résultats attendus. Elle porte sur une durée qui varie de 5 à 10 ans.

La planification n'aboutit pas sans programmation. La programmation financière permet à l'Etat de calculer les recettes attendues à moyens termes et de les répartir sur les programmes et activités qui servent à réaliser les objectifs fixés dans les stratégies. Cette phase qui porte sur 3 ans doit être révisée chaque année (CDMT).

La budgétisation pour une année donnée permet de déterminer les dépenses et les recettes de l'Etat sur la base du CDMT. Elle ressemble à la programmation financière, mais elle est détaillée pour l'année qui suit. Cette phase se fait chaque année (loi de finances).

3.1.1 Processus de préparation du budget de l'Etat

La préparation du budget au Cameroun se déroule en plusieurs étapes aussi importantes les unes que les autres. Ces phases sont détaillées dans le calendrier de préparation du budget ci-après :

N°	GRANDES ETAPES DU BUDGET	DELAIS
1	La Présidence de la République publie la Circulaire de préparation du budget	30 juin
2	Le MINEPAT et le MINFI organisent la Conférence Elargie de Programmation , qui est le lieu de validation des Cadres des Dépenses à Moyens Termes qui sont élaborés par les ministères sectoriels	7 juillet
3	Le MINFI et le MINEPAT organisent les Pré conférences Budgétaires , qui permettent aux ministères sectoriels de présenter leur besoin de financement et leur programme	27 juillet
4	Le Comité Interministériel d'Examen de Programme (CIEP) étudie et valide les programmes proposés par les ministères sans entrer dans les détails financiers	17 août
5	Les Conférences Spéciales sont tenues dans la perspective des conférences budgétaires pour débattre des questions d'une importance particulière : la budgétisation des grands projets structurants, la budgétisation des fonds de réhabilitation dans le cadre des contrats plans	31 août
6	Le MINFI et le MINEPAT organisent les Conférences budgétaires avec les ministères sectoriels et les institutions, pour vérifier que les plafonds de dépenses sont respectés et que les changements proposés par le CIEP ont été pris en compte	21 septembre
7	Elaboration du projet de loi de finances et transmission aux Services du Premier Ministre	1 ^{er} octobre
8	Les Services du Premier Ministre transmettent avec le dernier arbitrage le projet de loi à la Présidence de la République	8 octobre
9	La Présidence de la République dépose le projet de loi de finances avec ses annexes au parlement (discuté et voté dans les deux chambres, Assemblée Nationale et Sénat)	15 octobre
10	Le parlement examine et vote la loi de finances	Novembre
11	Le Président de la République promulgue la loi de finances	Décembre

3.1.2 Dispositif de préparation du budget dans le secteur de la santé

En matière de préparation du budget, la seule référence est la circulaire présidentielle sur la préparation du budget de l'Etat qui donne les grandes orientations.

En 2016, pour la préparation du budget 2017, l'innovation est la réactivation de la chaîne PPBS (Planification-Programmation-Budgétisation-Suivi/évaluation) et l'activation des contrôles de gestion qui induit la mise en place effective des structures techniques opérationnelles.

3.2 EXECUTION BUDGETAIRE

Après la promulgation de la loi de Finances par le Président de la République, le budget de l'Etat devient exécutoire. Le Ministre des Finances signe tout d'abord la circulaire portant instruction relative à l'exécution des lois de Finances, au suivi et au contrôle du budget de l'Etat et des Autres Entités Publiques. Par la suite, il y a le lancement du budget tant au niveau central que dans les régions. Cet exercice vise l'explication du contexte dans lequel le budget sera mis en œuvre, les enjeux et les innovations pour la nouvelle année budgétaire. Après ce lancement du budget, les opérations d'acheminement des autorisations de dépenses (couramment appelées "Cartons") dans les régions ainsi que d'autres supports (journal des projets, carnets de bons de commande, carnets de bons d'engagement, etc.) se déroulent sur l'ensemble du territoire national. C'est à cette occasion que le rôle des acteurs est également rappelé.

3.3 DIFFERENTS ACTEURS DE L'EXECUTION DU BUDGET

Outre le Ministre des Finances à qui incombe la mise à disposition des crédits aux ordonnateurs principaux et la régulation budgétaire, la loi portant Régime Financier de l'Etat et des autres entités publiques identifie les acteurs opérationnels de l'exécution du budget de l'Etat. Il s'agit des ordonnateurs, des contrôleurs financiers et des comptables publics (article 64 alinéa 1).

- **L'Ordonnateur :**

C'est toute personne ayant qualité au nom de l'Etat de prescrire l'exécution des recettes et des dépenses inscrites au budget de l'Etat.

En matière de dépense, il existe trois catégories d'ordonnateurs : les ordonnateurs principaux, les ordonnateurs secondaires et les ordonnateurs délégués. Les ordonnateurs principaux du budget de l'Etat sont les chefs de départements ministériels ou assimilés et les Hautes Autorités Constitutionnelles. Les ordonnateurs secondaires sont quant à eux les responsables des services déconcentrés de l'Etat qui reçoivent les autorisations de dépenses des ordonnateurs principaux. Les ordonnateurs délégués enfin sont les responsables désignés par les ordonnateurs principaux ou secondaires pour des matières expressément définies.

En matière de recettes, il existe deux catégories d'ordonnateurs : l'ordonnateur principal et les ordonnateurs délégués. Est ordonnateur principal, le Ministre chargé des finances. Sont ordonnateurs délégués, les chefs de département ministériel ou assimilés pour les recettes produites par leurs administrations, ainsi que les responsables des administrations fiscales. Les chefs de département ministériel peuvent constituer, sous leur propre responsabilité, des régisseurs de recettes.

- **Les contrôleurs financiers**

Le contrôleur financier est un acteur du processus budgétaire. Les contrôleurs financiers sont nommés auprès des ordonnateurs principaux, ainsi qu'auprès des ordonnateurs secondaires placés à la tête des services déconcentrés. Le contrôleur financier est chargé du contrôle à priori, par l'apposition d'un visa préalable des opérations budgétaires, les propositions d'actes des dépenses qui lui sont transmises par le ministre ou ses ordonnateurs délégués selon des modalités définies par le ministre des finances. Le contrôleur financier donne un avis sur le caractère sincère et soutenable des plans d'engagement des dépenses.

- **Les comptables publics**

Les comptables publics sont des agents publics ayant la charge exclusive du recouvrement, de la garde et du maniement des fonds et des valeurs, de la tenue des comptes de l'Etat et des autres entités publiques. Le paiement des dépenses de l'Etat relève de la responsabilité exclusive du comptable public ou d'un agent nommé par lui, agissant sous son contrôle et sous sa responsabilité directe. Toutes les recettes publiques doivent être encaissées par un comptable public qui est tenu d'effectuer toute diligence nécessaire pour recouvrer les titres de recettes régulièrement émis.

Les acteurs ayant été présentés, il convient de décliner le circuit de la dépense.

Le circuit de la dépense publique

La procédure d'exécution de la dépense publique comprend quatre étapes dont trois relèvent de l'ordonnateur (engagement, liquidation et ordonnancement) et une du comptable (paiement).

Etape 1 : Engagement de la dépense

L'engagement est la phase initiale de la procédure d'exécution de la dépense publique, c'est la décision prise par l'autorité qui a qualité, à cet effet de prélever une partie des crédits ouverts à la rubrique budgétaire d'imputation des dépenses en accomplissant un acte duquel résultera une dette à la charge de l'Etat. La phase d'engagement se décompose en deux opérations : l'engagement juridique et l'engagement comptable.

Etape 2 : La liquidation de la dépense

La liquidation c'est la constatation du service fait : il relève de la responsabilité du gestionnaire de crédits lorsqu'il s'agit d'une commande en deçà des seuils de passation des marchés publics ou de la personne responsable des marchés publics en collaboration avec le gestionnaire des crédits lorsqu'il s'agit d'un contrat de marchés publics (réception de la prestation, signature des PV, ou bordereau de livraison etc...)

Il s'agit pour le gestionnaire d'attester le service fait à travers la liquidation des factures et pour le contrôleur financier de procéder à la vérification de la qualité de l'ordonnateur, de la conformité du mandatement à l'engagement et de la validité de la certification du service fait.

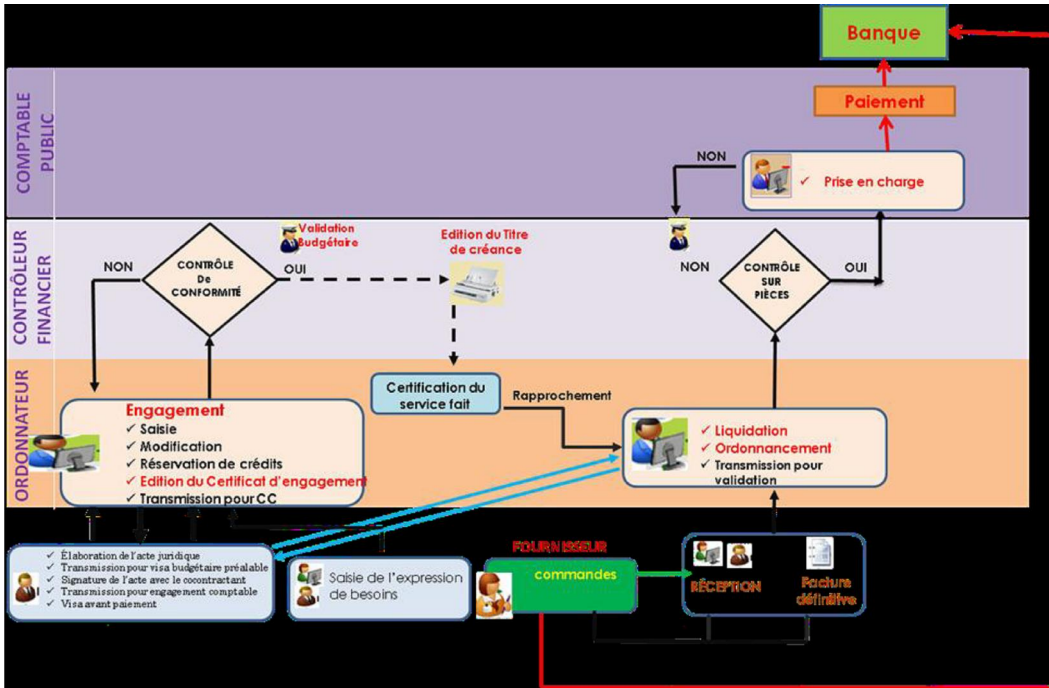
Etape 3 : L'ordonnancement de la dépense

C'est l'acte par lequel l'ordre est donné, conformément au résultat de la liquidation, au comptable public de payer la dette de l'Etat. Dans la pratique, elle se matérialise par l'édition et la signature du bordereau de transmission des mandats ordonnancés (ordonnancement du titre de paiement) au comptable public.

Etape 4 : Le paiement de la dépense

C'est la phase terminale de la procédure. Elle se traduit par le paiement de la dette par le comptable public. A ce niveau, le service chargé du règlement de la dépense vérifie l'existence d'une éventuelle opposition au paiement : c'est le cas par exemple des avis à tiers détenteurs, des ordres de recettes, des titres émanant de la justice et procède à leur prise en compte. A l'issue de ses contrôles, il édit le titre de règlement qui peut être un bon de caisse pour les paiements au guichet du Trésor public, un avis de crédits pour les paiements par virement bancaire ou postal ou un bordereau des autres modes de règlement (règlement par chèque sur le Trésor).

Figure 1 : Circuit global de la dépense publique



CHAPITRE 4 : GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES ET DES STOCKS DE MEDICAMENTS ET VACCINS EN 2017

De façon générale, la traçabilité des dépenses publiques suit le cheminement du flux des fonds publics et des ressources matérielles provenant du Gouvernement et autres donateurs à travers la hiérarchie administrative jusqu'aux formations sanitaires.

Dans le cadre de l'étude PETS 3, seules les lignes relatives à l'acquisition des biens et prestations des services, l'équipement et la construction des CSI et CMA ainsi que la gestion des médicaments (ACT (enfants), SRO/ZINC, TPI, ARV pédiatriques, ARV adultes (femmes enceintes), Amoxicilline gélules/comprimés et amoxicilline sirop) et des vaccins (Penta, BCG, VPO, VPI et RR) ont été ciblées pour faire l'objet du suivi.

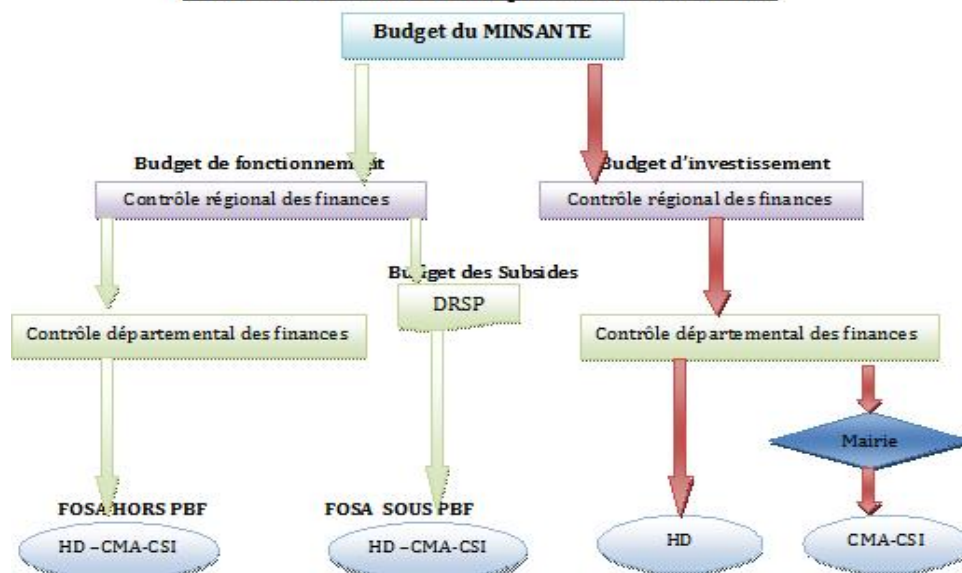
Le présent chapitre s'intéresse à la gestion des ressources financières, des stocks de médicaments et de vaccins, des personnels affectés dans les FOSA publiques et l'analyse des forces et faiblesses dans la gestion des ressources financières, des stocks de médicaments et vaccins en 2017.

4.1 GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

4.1.1 Modèle conceptuel du suivi de la traçabilité des dépenses publiques

Pour bien analyser la traçabilité des ressources budgétaires destinées à ces structures, il est nécessaire de disposer d'une information complète et fiable aussi bien sur le circuit de la dépense que sur les dotations prévues dans la loi de finances et celles effectivement reçues par les différents maillons de la chaîne. Le schéma conceptuel ci-dessous constitue le socle des sections relatives au circuit du budget dans les questionnaires destinés aux services intermédiaires et périphériques de santé, y compris les formations sanitaires ainsi que les Collectivités Territoriales Décentralisées. Il présente en amont la préparation budgétaire et en aval l'utilisation qui en est faite. Des indicateurs précis, relevés au niveau de chaque étape permettent de mieux cerner les informations y relatives.

Circuit d'exécution de la dépense du secteur santé



4.1.2 Allocation budgétaire

La part du budget du MINSANTE par rapport au budget de l'Etat est restée autour de 5% sur la période 2013-2016 ; Toutefois en 2017, elle n'a représenté que 4,76%, soit une baisse d'environ 15% par rapport à l'année précédente.

Tableau 4 : Evolution de la dotation budgétaire du MINSANTE en milliards de FCFA de 2013 à 2017

Budget	2013	2014	2015	2016	2017
Budget de l'Etat (milliards de FCFA)	3236	3 312	3 746	4 235	4 373
Budget de l'Etat alloué au MINSANTE (milliards de FCFA)	162,44	165,87	207,6	236,15	208, 19
Part du budget du MINSANTE par rapport au budget national (%)	5,02	5,01	5,54	5,58	4,76

Source : Extrait des lois de finances du Cameroun de 2013 à 2017

Dans la dotation budgétaire de l'Etat accordée au Ministère de la Santé Publique en 2017, 38,16% de son budget de fonctionnement ont été consacrés à l'acquisition des biens et prestations des services. Pour ce qui est du budget d'investissement, 2,5% ont servi à l'acquisition des équipements en matériel médical et à la construction des Centres de santé.

Tableau 5 : Allocations budgétaires pour l'acquisition des biens et prestations des services, l'équipement en matériel médical et la construction des centres de santé en 2017 (en milliards de FCFA)

Régions	Crédit de fonctionnement		Crédit d'investissement			
	Acquisition des biens et prestations des services	Part (%)	Equipement en matériel médical	Part (%)	Construction Centres de santé	Part (%)
Administration centrale	83,554	61,84	0	0,0	2,05	35,08
Adamaoua	0,916	0,68	0,141	12,53	0,52	8,90
Centre	17,903	13,25	0,88	7,82	0,65	11,12
Est	3,545	2,62	0,255	22,67	0,334	0,57
Extrême-Nord	0,606	0,45	0,960	8,53	0,25	4,28
Littoral	7,966	5,90	0,770	6,84	0,5075	8,68
Nord	7,304	5,41	0,720	6,40	0,387	6,64
Nord-Ouest	0,538	0,40	0,640	5,69	0,4	6,84
Ouest	5,249	3,89	0,710	6,31	0,95	17,03
Sud	6,550	4,85	0,111	9,87	0	0,0
Sud-Ouest	0,973	0,72	0,150	13,33	0,05	0,86
Ensemble	135,109	100	1,125	100	5,843	100

Source : Extrait de la base des données du journal des projets 2017

4.1.3 Traçabilité dans la gestion des ressources publiques en 2017

4.1.3.1 Disponibilité de l'information budgétaire au niveau des structures de santé

Elle s'apprécie à travers l'information préalable et ses principaux canaux.

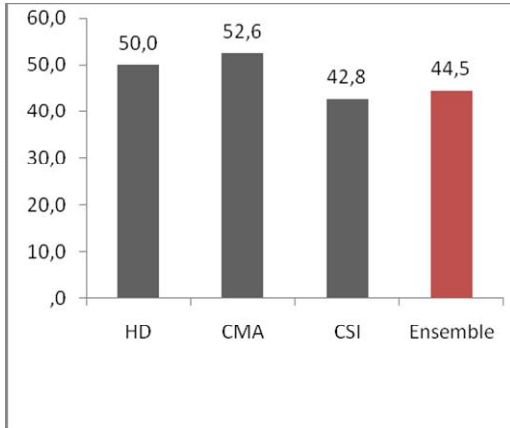
- **Information préalable**

Dans l'ensemble (graphique 2), moins de la moitié (45%) des responsables des FOSA ont été préalablement informés de leur budget en 2017 avant l'arrivée des ressources et ce, malgré la disponibilité de cette information dans les documents officiels. Cette situation s'explique par la présomption des responsables sur l'invariabilité du montant des Autorisations de Dépenses d'année en année. Pourtant, il est important que l'ordonnateur concerné soit informé avant l'arrivée des autorisations de dépenses pour anticiper sur certaines procédures d'exécution du budget.

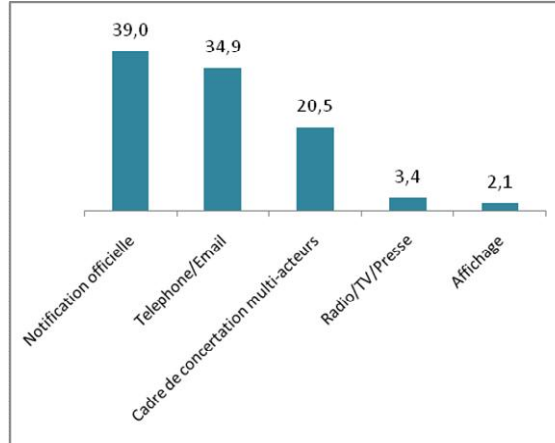
- **Principaux canaux d'information**

Le canal le plus utilisé (39%) pour accéder à l'information sur la dotation budgétaire par les responsables des formations sanitaires est la note officielle (journal des projets, listing des quotas d'accréditation) et le cadre de concertation multi-acteurs. Les autres moyens d'accès informel à l'information ont été le téléphone, l'Email et les médias.

Graphique 2 : Pourcentage des responsables des formations sanitaires informés du budget de fonctionnement de leur structure avant l'arrivée des ressources (%)



Graphique 3 : Répartition des structures de santé suivant les principaux canaux de réception de l'information sur la dotation budgétaire en 2017 (%)



Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.1.3.2 Gestion des ressources budgétaires

Le suivi de la gestion des ressources budgétaires se fait à travers la disponibilité de l'information budgétaire, le retrait des autorisations de dépenses et le traitement de la liasse de dépenses (engagement, liquidation et ordonnancement) et le paiement.

- **Disponibilité de documents comptables sur l'utilisation des ressources financières**

On a relevé l'indisponibilité (tableau 6) des archives sur la gestion des ressources financières dans le circuit de la dépense. Bien que cette situation ne concerne pas toutes les structures visitées, on note que plus de 25% des responsables des formations sanitaires ont déclaré n'avoir aucun document comptable sur la gestion de la dotation du budget de fonctionnement allouée à leur structure en 2017. Par ailleurs, on a observé sur le circuit de la dépense que lorsqu'on passe du sommet à la base, les gestionnaires ont de moins en moins d'informations sur leur budget de fonctionnement et d'investissement des années précédentes.

Tableau 6 : Proportion des responsables ayant une information disponible sur la gestion du budget de fonctionnement et d'investissement en santé en 2017 (%)

Type de structure	Type d'information	Disponibilité Base observation		Disponibilité Base déclaration	
		Fonctionnement	Investissement	Fonctionnement	Investissement
Services intermédiaires (CRF, CDF)	Documents comptables à jour / partiels	87,2	86,4	91,8	96,4
	Aucun document	12,8	13,6	8,2	3,6
Formations sanitaires (HD, CMA, CSI)	Documents comptables à jour / partiels	46,7	8,3	79,3	0,0
	Aucun document	54,3	91,7	20,7	100,0
	Documents comptables à jour / partiels	n.a.	95,5	n.a.	95,5
Communes	Aucun document	n.a.	4,5	n.a.	4,5

Source : PETS 3 Cameroun, 2019 n.a. = non applicable

Cette non disponibilité des documents comptables découle principalement de deux faits observés sur le terrain :

- Les responsables nouvellement affectés dans une formation sanitaire n'ont généralement aucune trace de la gestion financière de leur prédécesseur ;
- La gestion des ressources s'effectue de manière opaque, le gestionnaire étant le seul à détenir et à avoir accès aux documents comptables.

▪ **Retrait des autorisations de dépenses**

L'autorisation de dépenses (AD), support sur lequel est inscrit le montant du crédit budgétaire destiné à une structure périphérique est dans la plupart (60%) des cas en 2017, retirée par les responsables des FOSA.

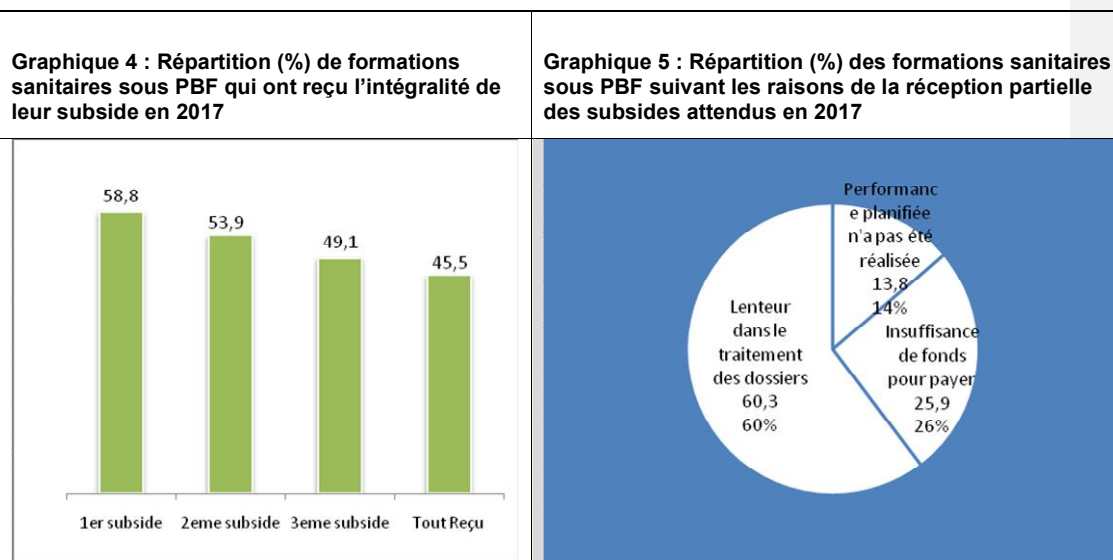
Toutefois, certains sont aidés dans cette tâche par l'Autorité administrative, l'élu local ou un prestataire. Les responsables des FOSA sous contrat PBF ont déclaré ne plus recevoir de carton (AD), du fait de leur mode de fonctionnement.

Tableau 7 : Répartition des formations sanitaires selon la qualité des personnes ayant retiré les autorisations de dépenses de fonctionnement et d'investissement en 2017(%)

Qualité des personnes	Fonctionnement								
	Premier semestre				Deuxième semestre				Investissement
	HD	CMA	CSI	Total	HD	CMA	CSI	Total	
Responsable	70,0	55,6	66,3	65,3	58,3	52,6	60,5	59,5	0,0
Autorité administrative	10,0	8,3	6,4	6,8	8,3	10,5	5,5	6,3	0,0
Elu local/élite	0,0	11,1	0,7	1,9	0,0	7,9	1,1	1,8	0,0
Prestataires/ prédécesseur	20,0	8,3	11,6	11,8	16,7	7,9	14,0	13,5	8,3
Non concerné/pas de carton/pas d'archive	20,0	16,7	15,0	15,5	16,7	15,8	18,8	18,3	0,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

En ce qui concerne les formations sanitaires qui ont signé des contrats de Financement Basé sur la Performance (PBF), seuls 54,9% ont reçu l'intégralité de leur subside en 2017. Les principales raisons qui expliquent cette situation sont : les lenteurs dans le traitement du dossier au niveau des services financiers (59,4%), les tensions de trésorerie (26%) et les performances planifiées non atteintes (14%).



Source : PETS 3 Cameroun, 2019

▪ **Engagement, liquidation et ordonnancement des autorisations de dépenses**

Les autorisations de dépenses pour le fonctionnement se retirent, s'engagent, se liquident et s'ordonnencent deux fois durant une année. Dès le mois de janvier, les autorisations de dépenses (cartons) sont éditées et transmises au niveau des contrôleurs financiers pour le compte du premier semestre et à partir de la première semaine du mois de juillet pour le compte du second semestre.

Quelque soit le semestre (tableau 8), environ sept formations sanitaires toutes catégories confondues sur dix (73,1%) ont retiré leurs autorisations de dépenses de fonctionnement, pour l'acquisition des biens et des prestations de services. Parmi ces formations sanitaires, 33% n'ont pas procédé aux engagements. Cette situation s'explique par le fait que le responsable était absent au poste pendant la période, n'a pas été accrédité par sa hiérarchie, manifeste un manque d'intérêt à cause du faible montant alloué ou par manque d'acte de nomination au poste.

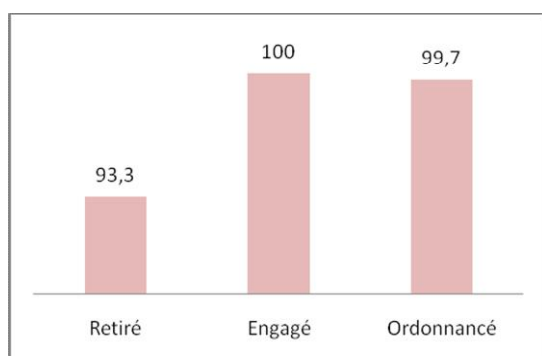
Tableau 8 : Répartition (%) de formations sanitaires ayant retiré, engagé et ordonnancé leur Autorisation de Dépenses pour l'acquisition des biens et prestations des services en 2017

		HD	CMA	CSI	Total
Premier semestre	Retiré	89,7	65,9	72,4	73,1
	Engagé	82,8	56,5	67,4	67,5
	Ordonnancé	75,4	58,0	67,6	67,3
Second semestre	Retiré	89,7	65,9	71,0	72,0
	Engagé	82,8	56,5	63,6	64,5
	Ordonnancé	68,0	54,8	64,5	63,7

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Pour le budget d'investissement transféré aux communes pour l'équipement et la construction des CMA et CSI, les AD ont été retirées, engagées, liquidées et ordonnancées pour tous les projets. Quant aux d'Hôpitaux de District, 93,3% des responsables ont retirés leurs AD pour l'équipement de leur structure, les ont quasiment toutes engagées (100%), liquidées et ordonnancées (99,7%).

Graphique 1 : Proportion (%) de responsables d'hôpitaux ayant retiré, engagé et ordonnancé leur Autorisation de Dépenses pour l'équipement en 2017



Source : PETS3 Cameroun, 2019

▪ **Retards dans le retrait, l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement des AD**

Il existe des goulots d'étranglement qui entravent l'exécution de la dépense, notamment les retards dans la transmission des AD par le CF, l'accréditation tardive du gestionnaire par l'autorité administrative, tracasseries administratives ou le faible montant des AD, avec pour conséquence des lenteurs dans la prestation.

En général, la principale cause de retard dans le processus d'exécution de la dépense est la lourdeur dans la transmission des AD par le CF.

Indépendamment du semestre, plus de 50% de responsables des FOSA ont déclaré que les Contrôleurs Financiers restent les principaux responsables des retards observés dans le retrait, des autorisations de dépenses. Outre la responsabilité des contrôleurs financiers dans les retards observés, celle de certains gestionnaires de FOSA est engagée.

Tableau 9: Répartition (%) des formations sanitaires suivant les causes de retards pour le retrait, l'engagement, liquidation et l'ordonnancement des AD dédiés à la ligne « acquisition des biens et prestations des services »

	Causes de retards	Retrait	Engagement	Ordonnancement
Premier semestre	Retards dans la transmission des AD par le CF	61,3	67,4	69,2
	Accréditation tardive par l'autorité administrative	26,7	32,6	30,8
	faible montant des AD	12,0	0,0	0,0
Deuxième semestre	Retards dans la transmission des AD par le CF	52,1	64,1	69,6
	Accréditation tardive par l'autorité administrative	33,8	35,9	30,4
	Faible montant des AD	14,1	0,0	0,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.1.3.3 Exécution du budget

Le niveau de l'exécution budgétaire est appréhendé à partir du taux d'exécution physique et financière.

Dans les formations sanitaires de l'échantillon, le taux d'exécution financière du budget de fonctionnement (tableau 10) a été de 90%. En observant suivant les catégories des FOSA, le taux dans les CSI a été de plus de 90% tandis qu'il est respectivement de 88,1% et 87,8% dans les HD et CMA.. Les formations sanitaires sous PBF ne sont pas concernées (Voir encadré).

Tableau 10 : Taux d'exécution financière (%) du budget de fonctionnement dans les formations sanitaires en 2017

		HD	CMA	CSI	Total
Base engagement	Premier semestre	88,6	89,6	92,3	91,6
	Deuxième semestre	88,6	89,0	93,4	92,4
Taux Exécution Globale base engagement		88,1	87,8	92,2	91,3
Base ordonnancement	Premier semestre	89,0	86,8	91,0	90,4
	Deuxième semestre	88,4	89,3	90,7	90,3
Taux Exécution Globale base ordonnancement		88,4	86,5	91,0	90,3

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Pour le budget d'investissement des projets d'équipement et de construction des formations sanitaires gérées par les CTD échantillonnées, le taux d'exécution globale base engagement en 2017 a été de 92%. De manière spécifique, le taux d'exécution base engagement pour l'équipement des formations sanitaires a été de 79,8% tandis celui des projets de construction a atteint 99,8% au cours de la même année.

Paiement des subsides des FOSA sous PBF

Le Financement Basé sur la Performance (PBF – Performance Based Financing) est une approche innovante pour le renforcement du Système de Santé. Il consiste à rémunérer certaines prestations sur la base du niveau de performance d'un certain nombre d'indicateurs préalablement définis. Le but final est d'améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires.

L'étude PETS3 s'est intéressée aux formations sanitaires sous PBF. Il a été constaté que l'Etat et la Banque Mondiale (BM) représentent les deux sources de financements des FOSA sous PBF. Quelques formations sanitaires de l'échantillon sous PBF en ont bénéficié. Pour ce qui est des délais de virement des subsides, certains ont déclaré avoir reçu leurs subsides en 2018. Cela est dû aux lenteurs dans le traitement des dossiers après l'évaluation de leur performance. Toutefois, en raison du mode de gestion de ces FOSA, leur intégration dans le circuit de la dépense ne pouvait conduire à des résultats pertinents avec l'approche méthodologique adoptée dans le cadre de l'étude PETS3.

4.1.3.4 Délais d'exécution budgétaire

Les ressources budgétaires pour le fonctionnement des formations sanitaires, mises à disposition chaque semestre, sont acheminées par les contrôleurs des finances. Leur disponibilité opportune devrait permettre aux directeurs d'hôpitaux de district et responsables des CMA et CSI d'acquiescer le nécessaire pour le fonctionnement de leurs structures.

Pour les crédits de fonctionnement destinés à l'acquisition des biens et prestations de service, on a observé que les délais de retrait et d'exécution de la dépense ont été moins longs pour le compte du premier semestre. Un peu plus d'un responsable sur dix (10,3 %) a déclaré avoir retiré leur AD du premier semestre à la deuxième quinzaine du mois de janvier 2017. Par ailleurs, 13 % de responsables ont enregistré des retards dans le retrait de leur AD. Cela a eu un effet négatif dans la suite de l'exécution de l'AD, pouvant entraîner le non engagement de ce dernier.

Parmi les 79% des responsables des FOSA qui ont exécuté leur AD ce même semestre, 91,0% l'ont exécuté au cours des deux premières semaines. Pour le compte du second semestre 2017, près de 86,4% de responsables de FOSA ont retiré leur AD après plus de cinquante-huit (58) jours, en raison des tracasseries dans le circuit de la dépense publique. Une fois le retrait effectué, 90% de ces derniers ont exécuté la dépense en peu de jours.

Tableau 11: Répartition (%) des responsables d'hôpitaux, CMA et CSI en fonction des délais de retrait de l'AD et d'exécution des ressources de fonctionnement pour l'acquisition des biens et prestation des services en 2017

		HD	CMA	CSI	Total
Durée entre début du 1er semestre 2017 et le retrait de l'autorisation de dépenses	15 jours ou moins	18,8	13,3	9,2	10,3
	16 - 58 jours	68,8	80,0	77,1	76,6
	58 jours ou plus	12,5	6,7	13,7	13,0
Durée entre le retrait de l'autorisation de dépense et début d'exécution du budget du 1er semestre 2017	15 jours ou moins	92,9	100,0	89,9	91,0
	16 - 58 jours	0,0	0,0	7,6	6,2
	58 jours ou plus	7,1	0,0	2,5	2,8
Durée entre début 2 nd semestre 2017 et le retrait de l'autorisation de dépenses	15 jours ou moins	0,0	0,0	6,2	5,1
	16 - 58 jours	6,3	0,0	9,7	8,5
	58 jours ou plus	93,8	100,0	84,1	86,4
Durée entre le retrait de l'autorisation de dépense et le début d'exécution du budget du 2nd semestre 2017	15 jours ou moins	83,3	92,3	89,1	88,9
	16 - 58 jours	16,7	7,7	7,3	8,1
	58 jours ou plus	0,0	0,0	3,6	3,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.1.3.5 Pertes enregistrées par les gestionnaires

Les pertes déclarées par les gestionnaires des FOSA sont des pots de vin versés soit pour entrer en possession de l'autorisation de dépenses en ce qui concerne le budget de fonctionnement, soit pour le traitement du dossier dans les services du contrôle financier etc.

Un ensemble de 80% de responsables ont déclaré avoir payé des pots de vin lors de l'exécution de leur AD pour l'acquisition des biens et prestations des services (entrer en possession de leur AD, engager et ou recevoir le paiement). Il est important de relever qu'il n'a pas été facile sur le terrain de capter auprès des responsables interviewés, les montants non réglementaires qu'ils ont indûment payé pour être servi, bien qu'ils dénoncent cette pratique qui a des répercussions sur la qualité de la prestation finale.

Tableau 12: Proportion (%) des responsables qui ont enregistré des pertes suivant les différentes causes lors de l'exécution de la dépense

Causes	Acquisition des biens et prestations des services	
	Premier semestre	Deuxième semestre
Disponibilité tardive des ressources	16,9	15,8
Retard dans le traitement du dossier au service financier	15,9	14,7
Absence de prestataires	10,0	10,5
Contractualisation tardive	9,0	9,4
Autres (forfait/pourcentage exigé)	19,0	17,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Par ailleurs, tous les gestionnaires des CTD ont déclaré n'avoir perdu aucune ressource financière issue du budget d'investissement destiné à l'équipement et la construction des formations sanitaires.

4.1.3.6 Appréciation de l'effectivité et de la fonctionnalité des équipements et des infrastructures

En 2017, dans la dotation budgétaire de l'Etat accordée au Ministère de la Santé Publique, 64,92% de son budget d'investissement ont été consacrés à la construction des centres de santé et le reste pour l'équipement des FOSA. Ces ressources ont permis de construire effectivement sept centres de santé et d'équiper vingt-cinq formations sanitaires (HD, CMA et CSI) en matériel médical dans les communes échantillonnées. Tous ces projets ont été mis en œuvre par les responsables des Hôpitaux de District et par les maires. Par ailleurs, toutes les formations sanitaires (CSI et CMA) enquêtées ont été effectivement équipées en 2017.

4.1.3.7 Transparence et gouvernance

La transparence et la gouvernance visent à capter à travers la déclaration des ordonnateurs, leur clarté dans la tenue des documents comptables et leur bonne foi à les présenter en cas de besoin. Dans les formations sanitaires, outre le gestionnaire, des agents chargés des opérations de la comptabilité-matières sont choisis par le gestionnaire pour s'assurer de l'effectivité de la livraison et procéder à la prise en charge dans les écritures comptables et sont chargés de la tenue des documents comptables.

De l'ensemble des responsables de formations sanitaires interviewés au niveau national, 63,6% ont déclaré disposer des pièces justificatives des dépenses de fonctionnement pour l'année 2017. Certains responsables ont déclaré que les documents financiers ont été emportés par leur prédécesseur ou sont inexistantes. La même situation a été relevée par les responsables des HD pour le crédit d'investissement. Au niveau des régions, les disparités sont moins perceptibles et se situent autour de la moyenne pour l'ensemble des régions, excepté l'Est (11,8%) et le Sud (45%).

Bien que la plupart des formations sanitaires disposait des documents comptables retraçant leurs dépenses de fonctionnement, on a relevé que près de sept responsables sur dix (67, 9%) ont déclaré avoir déposé auprès de l'agent comptable les pièces justifiant les dépenses de fonctionnement pour l'acquisition des biens et prestations des services.

Concernant la disponibilité d'un document qui retrace l'exécution de la dépense, on a noté globalement que moins de 40% des responsables de structures n'en disposaient pas, du fait de leur négligence ou la faiblesse dans l'archivage desdits documents.

Pour ce qui est du dépôt des pièces justificatives auprès de l'agent comptable, un peu plus de 30% de responsables des FOSA ont déclaré ne l'avoir pas fait.

Par ailleurs, les documents comptables détenus par certains ordonnateurs n'étaient pas à jour.

Tableau 13: Répartition (%) de formations sanitaires qui ont disposé d'un document qui retrace les dépenses budgétaires et déposé les pièces justificatives auprès du comptable en 2017 (en %)

	Disposait un document qui retrace les dépenses budgétaires		Avait déposé les pièces justificatives auprès de l'agent comptable	
	Premier semestre	Deuxième semestre	Premier semestre	Deuxième semestre
Catégorie de formations sanitaires				
<i>HD</i>	76,3	76,3	76,3	79,9
<i>CMA</i>	59,7	57,0	62,4	62,4
<i>CSI</i>	61,8	63,2	67,4	67,3
Régions				
<i>Adamaoua</i>	59,3	59,3	73,6	78,3
<i>Centre</i>	78,7	78,9	81,0	81,2
<i>Est</i>	11,8	11,8	11,8	11,8
<i>Extrême-Nord</i>	63,8	63,8	72,7	72,7
<i>Littoral</i>	77,3	77,3	77,3	77,3
<i>Nord</i>	64,2	63,8	79,2	72,3
<i>Nord-Ouest</i>	90,6	90,3	93,8	93,5
<i>Ouest</i>	71,9	83,2	66,1	77,4
<i>Sud</i>	45,0	45,0	45,0	45,0
<i>Sud-Ouest</i>	55,0	49,7	55,0	55,0
Ensemble	62,8	63,6	67,6	67,9

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.2 GESTION DES STOCKS DE MEDICAMENTS ET DE VACCINS EN 2017

Le Cameroun dispose, d'un Système National d'approvisionnement en Médicament essentiels (SYNAME) chapeauté par la CENAME pour le secteur public, privé confessionnel et les grossistes répartiteurs du secteur privé à but lucratif. C'est donc à travers le SYNAME que s'effectuent l'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques sur toute l'étendue du territoire national. Dans le secteur public, la CENAME centralise tous les achats de produits pharmaceutiques et procède à la distribution à travers les FRPS et les pharmacies internes des formations sanitaires (HC, HR, HD, CMA et CSI). En sa qualité de centrale d'achat publique, la CENAME assure la régularité de l'offre de médicaments de qualité à moindres coûts dans les structures d'approvisionnement intermédiaires (FRPS) et dans les pharmacies des formations sanitaires de 1^{ere} et 2^e catégorie.

Pour les vaccins, le PEV assure l'achat et la distribution des vaccins au niveau des GTR, qui se chargent de les distribuer dans les Districts de santé qui à leur tour les mettent à la disposition des formations sanitaires.

La traçabilité intègre ici le dispositif mis en place pour assurer l'approvisionnement, le stockage, la distribution et l'utilisation des médicaments et vaccins nécessaires dans les Formations Sanitaires. Ces médicaments et vaccins concernent essentiellement les produits pour le traitement du paludisme (ACT enfant, SRO/ZINC, TPI), les antibiotiques (l'Amoxicilline gélules/comprimés et

l'Amoxicilline sirop), le dispositif de suivi des malades du VIH (ARV enfant et ARV femmes enceintes) et cinq antigènes (Penta, BCG, VPO, VPI et RR) destinés aux enfants de moins de cinq ans.

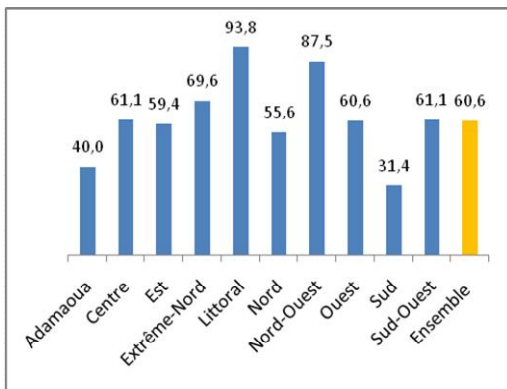
4.2.1 Services de base dans le secteur santé

L'accès à l'eau et à l'électricité en qualité et en quantité contribue à l'amélioration de la qualité des services et soins de santé dans les FOSA.

4.2.1.1 Approvisionnement en eau

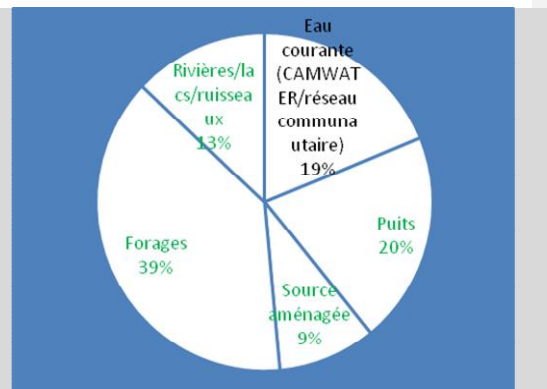
Dans l'ensemble, l'on note un peu plus de 60% de formations sanitaires au Cameroun disposent en 2017, d'une source d'approvisionnement en eau de boisson. La situation reste préoccupante dans les régions de l'Adamaoua (40,0%) et du Sud (31,4%), où moins de la moitié de FOSA disposent d'une source d'eau améliorée. Le forage (39,0%) reste la principale source d'approvisionnement en eau utilisée dans les formations sanitaires.

Graphique 6 : Proportion (%) de formations sanitaires disposant d'une source améliorée d'eau de boisson par région en 2017



Source : PETS 3 Cameroun, 2019

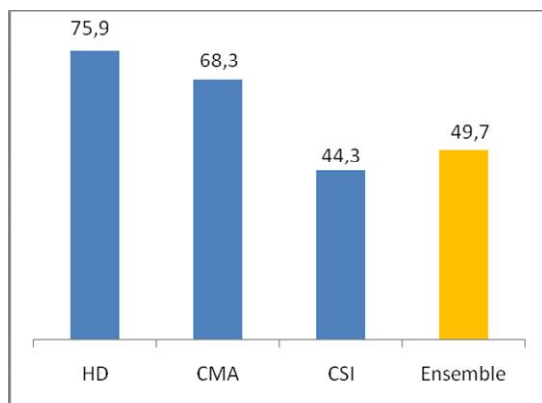
Graphique14 : Répartition (%) des formations sanitaires suivant les principales sources d'approvisionnement en eau de boisson en 2017



4.2.1.2 Connexion à une source d'énergie électrique

En ce qui concerne la connexion au réseau électrique, 49,7% de formations sanitaires sont connectées en 2017 au réseau national d'électricité. Par catégorie de FOSA, trois HD sur quatre (75,9%) sont connectés au réseau ENEO ; cette situation concerne 68,3% de CMA, et 44,3% de CSI. Par ailleurs, 45,8% de formations sanitaires ont utilisé d'autres sources alternatives d'énergie électrique telles que les groupes électrogènes, les plaques solaires et autres (lampe torche). Toutefois, pour les cas de connexion au réseau ENEO, l'ensemble de responsables des formations sanitaires déplorent les coupures régulières d'énergie électrique.

Graphique 7 : Proportion (%) des formations sanitaires électrifiées en 2017



Source : PETS 3 Cameroun, 2019

Tableau 15 : Répartition (%) des formations sanitaires utilisant d'autres sources d'énergie électrique en 2017

Sources d'énergie électrique	HD	CMA	CSI
Groupe électrogène	23,9	23,9	52,1
Plaque solaire	3,9	9,8	86,3
Gaz	8,3	8,3	83,3
Autres (lampe torche, bougie)	7,1	14,3	78,6
Total	14,2	16,9	68,9

Les coupures répétitives d'électricité dans les formations sanitaires ont un effet néfaste sur la qualité des services et la conservation des médicaments et vaccins. En 2017, la durée de coupure d'électricité dans les formations sanitaires a varié de 11,5 jours à 41,9 jours.

En ce qui concerne la fréquence moyenne de coupures du courant électrique dans les formations sanitaires, 77,4% de responsables de FOSA ont déclaré subir plus de deux coupures par mois. En termes de nombre de coupures par semaine, la moitié (51,4%) de responsables a déclaré connaître plus de deux coupures par semaine au sein de leur FOSA de compétence. Pour ce qui est du nombre de coupures par jour, 29,9% de responsables connaissent en 2017 plus de deux coupures par jour dans l'enceinte de leur FOSA. Cette situation reste très préoccupante pour les responsables des formations sanitaires, puisqu'elle a un effet néfaste sur la conservation des médicaments et vaccins et la durée de vie du matériel médical.

Tableau 16 : Fréquence moyenne de coupure dans les formations sanitaires (%)

Fréquence		HD	CMA	CSI	Total
Jour	Aucune	33,3	22,7	33,0	31,4
	Une fois	27,8	22,7	26,8	26,3
	Deux fois	0,0	27,3	11,3	12,4
	Plus de deux fois	38,9	27,3	28,9	29,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Semaine	Aucune	10,0	0,0	11,1	9,0
	Une fois	20,0	28,0	16,2	18,8
	Deux fois	10,0	12,0	25,3	20,8
	Plus de deux fois	60,0	60,0	47,5	51,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Mois	Aucune	5,0	0,0	7,4	5,8
	Une fois	10,0	0,0	7,4	6,6

Deux fois	5,0	4,5	12,6	10,2
Plus de deux fois	80,0	95,5	72,6	77,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

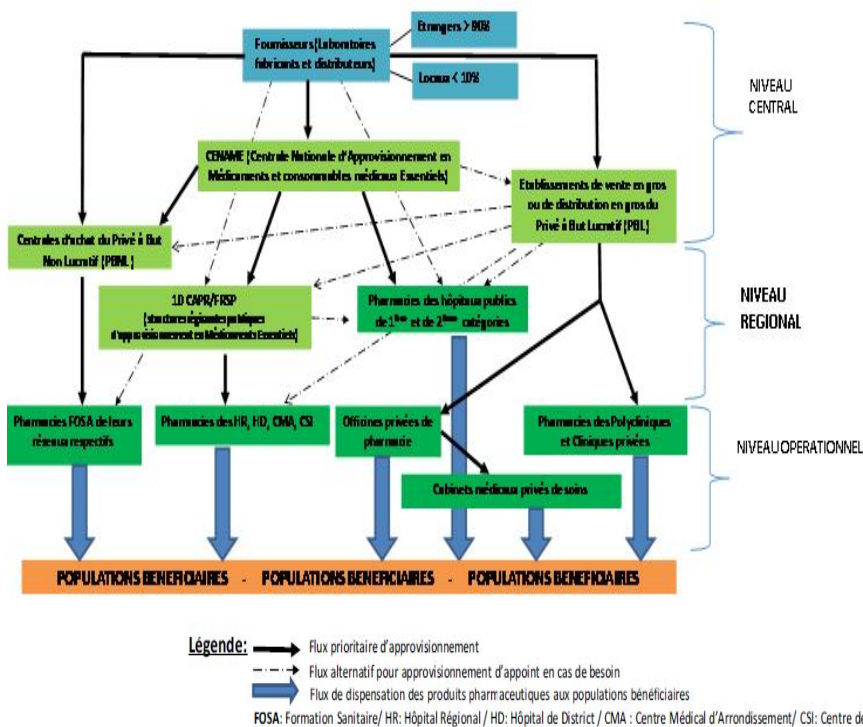
4.2.2 Gestion des stocks des médicaments

4.2.2.1 Chaîne d'approvisionnement des médicaments

La CENAME vend les médicaments aux FRPS, qui les écoulent à leur tour aux formations sanitaires (HD, CMA et CSI). Ces dernières les mettent à la disposition du bénéficiaire final qu'est le patient.

Ce système de distribution des médicaments s'articule autour de quatre piliers fondamentaux : la sélection ou commande, l'approvisionnement, la distribution et l'utilisation des médicaments. Il est encadré par un fort support de gestion des ressources humaines qualifiées, de finances suffisantes, d'un bon système d'information et de procédures. Il est décrit suivant le Cycle de Gestion des médicaments présenté ci-après :

SYNAME (Système National d'Approvisionnement en Médicaments)



4.2.2.2 Informations préalables au niveau des structures de santé

En 2017, la majeure partie des formations sanitaires ayant exprimées la demande de médicaments essentiels, ont été informées par note officielle de la disponibilité des médicaments.

Seul six Fonds Régionaux de promotion de la Santé sur dix (60%) ont déclaré avoir été informés de la disponibilité des médicaments par note officielle, tandis que les autres ont été informés par affichage et par téléphone.

La majeure partie des formations sanitaires échantillonnées quant à elles, ont déclaré avoir eu l'information sur la disponibilité des médicaments par note officielle et par téléphone.

Tableau 17 : Pourcentage de responsables des structures de santé informés préalablement de la disponibilité des médicaments par catégorie et régions en 2017(%)

Structures		Note officielle	Cadre de concertation multi-acteurs	Radio/TV/Presse	Affichage	Téléphone/SMS/email
Service intermédiaire	FRPS	60,0	0,0	0,0	0,2	0,2
	HD	10,7	10,0	40,0	0,0	4,3
	CMA	16,5	15,0	20,0	0,0	7,2
	CSI	72,8	75,0	40,0	100,0	88,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Régions	Adamaoua	6,8	5,0	0,0	0,0	7,2
	Centre	12,6	10,0	20,0	14,3	8,7
	Est	8,7	20,0	20,0	0,0	5,8
	Extrême-Nord	18,4	20,0	20,0	42,9	7,2
	Littoral	5,8	7,5	0,0	0,0	4,3
	Nord	9,7	15,0	0,0	0,0	44,9
	Nord-Ouest	15,5	2,5	0,0	14,3	4,3
	Ouest	12,6	10,0	20,0	0,0	5,8
	Sud	2,9	10,0	0,0	0,0	5,8
	Sud-Ouest	6,8	0,0	20,0	28,6	5,8

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.2.2.3 Sources d'approvisionnement en médicaments

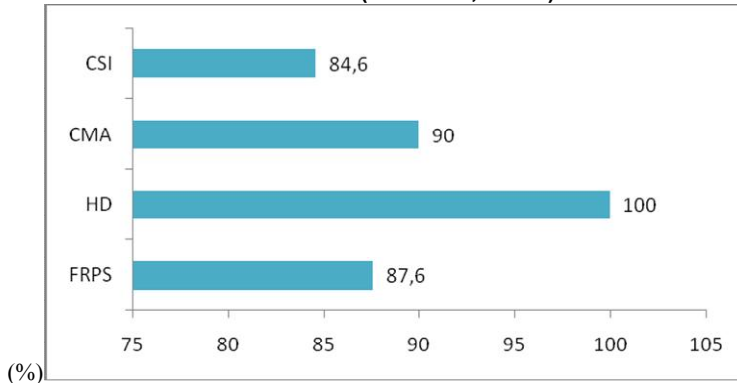
Les FRPS et les formations sanitaires (HD, CSI, CMA) sont censées s'approvisionner respectivement en priorité auprès de la CENAME ou des FRPS dont ils relèvent. Mais, ces FOSA peuvent également s'approvisionner auprès des Hôpitaux de niveau supérieur ou lorsqu'il y a rupture des stocks au FRPS, auprès d'autres fournisseurs agréés.

L'on a observé en 2017, plus de 85% des formations sanitaires qui ont acquis leurs médicaments auprès des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS).

De manière spécifique, tous les hôpitaux de district ainsi que les CMA (90%) et CSI (84,6%) se sont approvisionnés au niveau des FRPS. Les autres formations sanitaires se sont approvisionnées soit auprès des Hôpitaux de niveau supérieur, soit auprès des fournisseurs privés agréés.

Pour ce qui est des FRPS, seul 1 sur 8 ne s'est pas approvisionné auprès du CENAME en 2017, car il a existé dans la plupart des cas, un stock élevé de médicaments en magasin. Deux FRPS n'ont donné aucune information sur leur source d'approvisionnement en médicaments en 2017.

Graphique 2 : Proportion (%) de structures de santé qui se sont approvisionnées auprès des structures recommandées (CENAME, FRPS) en 2017



Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.2.2.4 Conditions de stockage et gestion des stocks de médicaments

Cette partie appréhende les bonnes pratiques de distribution (conditions de stockage), le conditionnement des médicaments reçus/transférés et les outils de gestion de stock. De manière normative, elles sont les suivantes :

- Les zones et conditions de stockage sont jugées conformes si la structure a :(i) les zones de stockage bien définies pour la réception, le stockage, la conservation et la livraison des produits, ainsi que pour les produits périmés/avariés et (ii) les critères de stockage (l'existence d'une pharmacie fonctionnelle, l'existence d'un réfrigérateur fonctionnel, l'absence d'exposition directe des produits au soleil, la disponibilité des équipements de stockage et l'existence des équipements de stockage adéquats) sont réunis.
- Le conditionnement des médicaments est jugé conforme s'il garantit au mieux l'utilisation et la conservation du médicament, ainsi que sa sécurisation d'utilisation.
- Les outils de gestion de stock (manuel ou informatique) sont conformes au standard s'ils sont tenus et mis à jour régulièrement.

Dans l'ensemble, les responsables de structures de santé ont déclaré avoir respecté en 2017 les bonnes pratiques de distribution et les normes de gestion/stockage des médicaments tant au niveau central qu'aux niveaux intermédiaires.

Au niveau opérationnel, plus de 83% de responsables de FOSA, toutes catégories confondues, ont déclaré que les normes de gestion/stockage des médicaments sont respectées, ce qui permet de garantir la qualité des médicaments et la bonne gestion des stocks.

Tableau 18 : Proportion des formations sanitaires disposant en 2017 des critères de stockage et de conditionnement des médicaments réunis (%)

Critères de stockage et de conditionnement	Niveau périphérique			
	HD	CMA	CSI	Total
Pharmacie /pro pharmacie fonctionnelle/espace de stockage/Réfrigérateur	100,0	94,4	85,6	87,9
Conditionnement des médicaments reçus/transféré	96,2	97,2	81,4	84,6
Outils de gestion des stocks de médicaments (logiciels, registre,...)	92,3	91,7	81,4	83,6

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

La gestion de stock de médicaments s'est appuyée sur l'acquisition, l'enregistrement, le transfert et l'utilisation des produits. Pour qu'elle soit efficace, certaines conditions minimales doivent être réunies à savoir : (i) l'existence des fiches de stock (manuelles ou informatiques) conformes aux standards et à jour ; (ii) la sortie des produits selon la méthode du 1er périmé - 1er sortie ; (iii) la définition des stocks d'alerte et le renouvellement des stocks doivent être effectués quand le seuil d'alerte est atteint.

Au niveau des formations sanitaires du niveau périphérique, les conditions de stockage semblent meilleures et la gestion des stocks des médicaments performante. Indépendamment du type de médicaments, 74,1% des formations sanitaires se sont approvisionnées auprès des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé en 2017. L'on relève le respect du circuit d'approvisionnement des médicaments par les FOSA.

Tableau 19 : Répartition (%) des structures de santé ayant acquis des médicaments en 2017

Types de médicaments	FRPS	HD	CMA	CSI	Total
ACT (enfant)	83,3	72,4	82,9	75,8	76,3
SRO/ZINC	66,7	69,0	62,9	72,1	70,7
TPI	83,3	55,2	68,6	83,3	78,9
ARV (enfant)	83,3	75,9	45,7	52,9	54,3
ARV (femmes enceintes)	50,0	69,0	57,1	62,1	62,2
Amoxicilline (gélules/comprimés)	83,3	89,7	91,4	88,8	89,1
Amoxicilline (sirop)	83,3	89,7	85,7	87,9	87,8

Source : PETS3 Cameroun, 2019

La disponibilité des sept médicaments est relativement bonne dans l'ensemble des structures étudiées aux niveaux central, intermédiaire, et périphérique. Ce qui justifie qu'au niveau des formations sanitaires, le taux moyen d'utilisation des sept médicaments est au-dessus de 50%. Ce taux est jugé relativement bon. En effet, quelle que soit la catégorie de la formation sanitaire, les différents produits traceurs antipaludiques ont eu un taux d'utilisation supérieur à 70 %, de même pour les antibiotiques (plus de 81%).

Tableau 20 : Taux d'utilisation (%) des médicaments achetés par catégorie de formations sanitaires en 2017

Types de médicaments en boîtes	HD	CMA	CSI	Total
ACT (enfant)	66,1	75,4	75,0	74,3
SRO/ZINC	75,5	85,6	77,3	77,9
TPI	65,1	67,5	71,7	70,9
ARV (enfant)	73,4	56,3	51,9	54,8
ARV (femmes enceintes)	78,3	66,0	66,7	67,7
Amoxiciline (gélules/comprimés)	86,0	90,2	80,3	81,9
Amoxiciline (sirop)	84,5	88,7	82,2	83,1

Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.2.2.5 Ruptures des stocks

La rupture de stocks est l'une des conséquences de la mauvaise quantification des besoins. L'élaboration d'un plan d'approvisionnement par les structures de santé permet d'exprimer les besoins annuels en quantité et en valeur des médicaments ainsi que le calendrier d'approvisionnement et de garantir la disponibilité des produits tout en limitant leur perte.

En 2017, bon nombre de FOSA se sont approvisionnées en médicaments et au moins 20% d'entre elles ont connu des ruptures de stocks pour chaque type de médicaments suivis.

Les durées de ruptures de stocks de médicaments sont importantes de manière générale et plus particulièrement dans les structures périphériques (FOSA). En 2017, elles ont varié entre 19 jours pour la plus brève et 80 jours pour la plus longue.

Pour les sept médicaments essentiels suivis, des ACT enfants (58,2 jours) et les SRO/ZINC (80,3 jours) sont les deux produits dont les durées de rupture des stocks ont été les plus longues. Cette situation peut s'expliquer par la forte demande des produits de traitement du paludisme pour les enfants et l'éloignement des centres d'approvisionnement intermédiaires pour les CSI et les CMA. Toutefois, en dehors des produits et intrants dans le traitement du paludisme, les ruptures de stock de médicaments semblent être plus fréquentes dans les hôpitaux de district que dans les CSI et les CMA.

Tableau 21 : Répartition (%) des structures de santé ayant connu des ruptures de stocks de médicaments en 2017

Tableau 22 : Nombre de jours moyen de rupture de stock de médicaments en 2017 dans les structures de santé

Types de médicaments	Service intermédiaire		Catégorie de Formations sanitaires			Types de médicaments	Service intermédiaire		Catégorie de Formations sanitaires		
	FRPS	HD	CMA	CSI	Total		FRPS	HD	CMA	CSI	Total
ACT(enfant)	40,0	70,0	63,2	49,1	53,1	ACT(enfant)	265,5	101,6	53,2	51,9	58,2
SRO/ZINC	20,0	55,0	42,1	58,6	56,1	SRO/ZINC	0,0	87,9	120,8	73,2	80,3
TPI	20,0	25,0	10,5	22,4	21,1	TPI	30	37,8	11,4	18,0	19,9
ARV enfant	60,0	20,0	21,1	23,3	22,1	ARV enfant	184,5	13,1	53,1	40,6	38,1
ARV femmes enceintes	40,0	10,0	36,8	21,6	21,1	ARV femmes enceintes	66	13,1	58,8	31,9	32,2
Amoxicillines gélules/comprimés	60,0	10,0	31,6	34,5	31,1	Amoxicillines gélules/comprimés	216,6	13,1	17,9	23,3	21,4
Amoxicillines sirops	0,0	15,0	47,4	38,8	36,1	Amoxicillines sirops	0,0	12,0	19,7	22,4	20,8

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Malgré le fait que certains FOSA ont déclaré avoir eu des ruptures de stocks, d'autres par contre ont eu des médicaments restés en stock en 2017. Un peu plus de trois formations sanitaires sur quatre (75,2%) ont préféré laisser leurs médicaments en stocks en 2017. L'on relève également que certains des médicaments restés en stock ont été détruits (entre 3% et 10% FOSA), envoyés dans une autre FOSA (entre 1% et 6% de FOSA) et renvoyés au niveau du FRSP.

Tableau 23: Répartition des formations sanitaires ayant eu des médicaments restés en stock suivant les suites réservées à ces médicaments en 2017 (%)

Types de médicaments	Renvoyés au FRSP	Transférés dans une autre formation sanitaire	Restés en stock	Détruits (avariés)	Total
ACT(enfant)	13,4	1,3	75,2	10,1	100,0
SRO/ZINC	10,5	2,4	78,2	8,9	100,0
TPI	7,1	1,3	84,6	7,1	100,0
ARV enfant	11,7	4,7	75,0	8,6	100,0
ARV femmes enceintes	9,3	6,2	76,0	8,5	100,0
Amoxicillines gélules/comprimés	6,4	0,0	88,6	5,0	100,0
Amoxicillines sirops	6,5	0,7	89,1	3,6	100,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.2.2.6 Transparence

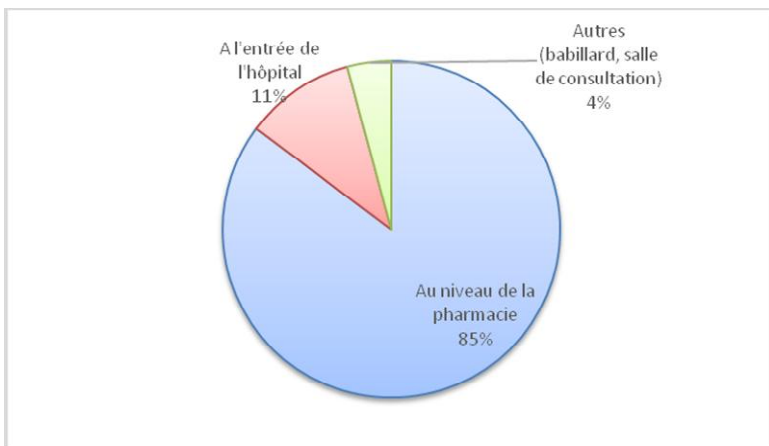
Dans le cadre de la gestion des médicaments, les résultats du PETS2 avaient recommandé l'affichage des prix des médicaments par les formations sanitaires. La transparence est

appréhendée ici par l'affichage des prix et la disponibilité d'un document qui retrace la gestion des médicaments au sein des FOSA.

De manière générale, six formations sanitaires sur sept ont déclaré avoir affiché les prix des médicaments au niveau de la pharmacie.

Le non affichage des prix des médicaments demeure avec acuité dans certaines régions. C'est le cas dans la région du Sud où 64,7% des FOSA ont déclaré n'avoir pas affichés les prix des médicaments, soit une proportion nettement supérieure à la moyenne nationale.

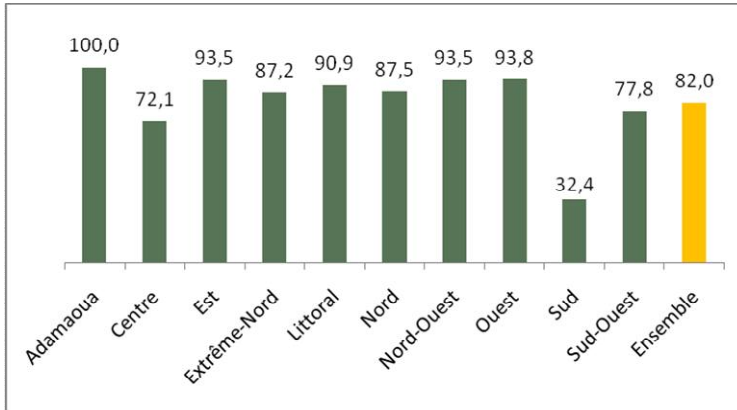
Graphique 3 : Répartition (%) des formations sanitaires suivant les principaux lieux d'affichage des prix des médicaments en 2017



Source : PETS3 Cameroun, 2019

La gestion des stocks de médicaments varie d'une région à l'autre. En moyenne, 82,0% des formations sanitaires ont déclaré avoir des documents qui retracent la gestion des stocks des médicaments en 2017. On relève tout de même la particularité de la région du Sud, seules 32,4% des FOSA ont été conformes à cette exigence managériale qui consiste à avoir des fiches d'enregistrement de stock et à faire des mises à jour régulières.

Graphique 8 : Proportion (%) de formations sanitaires qui disposent des documents qui retracent la gestion des stocks de médicaments en 2017 par région



Source : PETS3 Cameroun, 2019

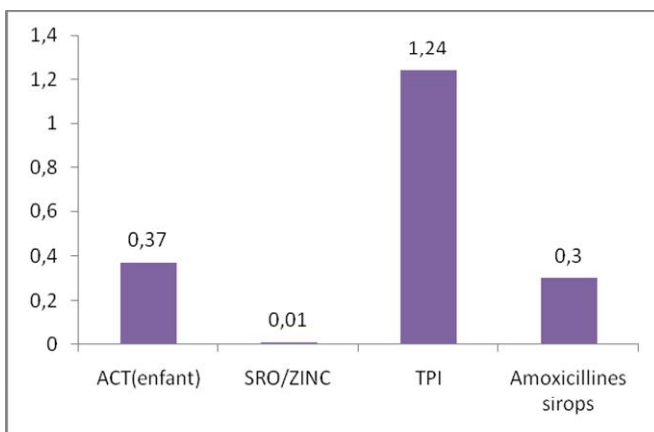
4.2.2.7 Pertes dans la gestion de stocks des médicaments

Les pertes enregistrées dans la gestion des stocks de médicaments ont été observées à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement en 2017.

- **Au niveau intermédiaire (FRSP)**

La mauvaise conservation des médicaments a été la principale cause des pertes déclarées par les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé. Parmi les sept médicaments suivis, quatre (ACT enfant, le SRO/ZINC, le TPI et l'Amoxicilline sirops) ont été déclarés perdus pour défaut de conservation. Les coupures régulières d'électricité et l'étroitesse de l'espace de stockage ont été citées par les responsables interviewés au rang des principales causes desdites pertes.

Graphique 9 : Pertes (%) des médicaments dus à la conservation déclarés par les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé



Source : PETS3 Cameroun, 2019

▪ **Au niveau périphérique (Formations sanitaires)**

De manière générale, près de 27% et 12% de formations sanitaires ont déclaré des pertes de médicaments en 2017 dues aux difficultés de conservation et d'acheminement : (i) au moment de l'acheminement, les moyens de transport des médicaments au niveau périphérique ne sont pas toujours adaptés pour les médicaments fragiles tels les ampoules et flacons en verre ; (ii) pendant la conservation, les coupures régulières du courant électrique, l'insuffisance de l'espace de stockage et l'absence de pharmacie occasionnent des pertes de médicaments.

Tableau 24 : Proportion (%) de formations sanitaires ayant eu des pertes de médicaments suivant les critères de stockage et conditionnement en 2017

	<i>HD</i>	<i>CMA</i>	<i>CSI</i>	<i>Total</i>
Conservation				
ACT (enfants)	57,1	25,0	21,6	26,9
SRO/ZINC	14,3	12,5	16,2	15,4
TPI	14,3	0,0	10,8	9,6
ARV enfants	28,6	25,0	8,1	13,5
ARV femmes enceintes	28,6	25,0	5,4	11,5
Amoxicilline gélules/comprimés	14,3	12,5	2,7	5,8
Amoxicilline sirop	0,0	12,5	2,7	3,8
Mode d'acheminement				
ACT (enfants)	0,0	12,5	13,5	11,5
SRO/ZINC	0,0	12,5	5,4	5,8
TPI	0,0	12,5	10,8	9,6
ARV enfants	14,3	0,0	13,5	11,5
ARV femmes enceintes	0,0	0,0	0,0	0,0
Amoxicilline gélules/comprimés	0,0	25,0	5,4	7,7
Amoxicilline sirop	0,0	25,0	0,0	3,8

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

En 2017, près 10% de boîtes de médicaments acquis (ACT enfant, SRO/ZINC, TPI, ARV enfant, ARV femmes enceintes, Amoxicillines gélules/comprimés et Amoxicillines sirops) a été déclaré perdu par les formations sanitaires échantillonnées.

Au regard du type de médicament, les produits antipaludéens sont ceux pour lesquelles les FOSA ont enregistré plus de pertes dues à la mauvaise conservation, la mauvaise appréciation des besoins et à l'acheminement. Ce phénomène est aussi le fait de l'acquisition des produits avec des dates de péremption proches.

Pour éviter ces pertes, il est important de mettre sur pied un plan d'approvisionnement, prendre en compte les besoins réels des formations sanitaires et développer des procédures et mécanisme d'acheminement des médicaments vers le niveau FOSA, mais aussi doter les FOSA des sources alternatives d'électricité.

Tableau 25 : Pourcentage de médicaments perdus suivant les critères de stockage et conditionnement en 2017

Types de médicaments	HD	CMA	CSI	TOTAL
Conservation				
ACT(enfant)	14,1	0,5	4,5	19,0
SRO/ZINC	1,0	0,3	37,5	38,8
TPI	0,3	0,0	14,2	14,5
ARV enfant	5,8	0,4	0,3	6,5
ARV femmes enceintes	2,6	1,0	0,6	4,3
Amoxicillines gélules/comprimés	13,1	0,2	3,3	16,6
Amoxicillines sirops	0,0	0,2	0,1	0,3
Mode d'acheminement				
ACT(enfant)	0,0	18,6	2,4	21,0
SRO/ZINC	0,0	18,8	8,6	27,4
TPI	0,0	0,0	9,7	9,7
ARV enfant	12,1	0,0	3,9	16,0
ARV femmes enceintes	0,0	0,0	2,4	2,4
Amoxicillines gélules/comprimés	0,0	0,4	19,0	19,4
Amoxicillines sirops	0,0	3,7	0,4	4,1

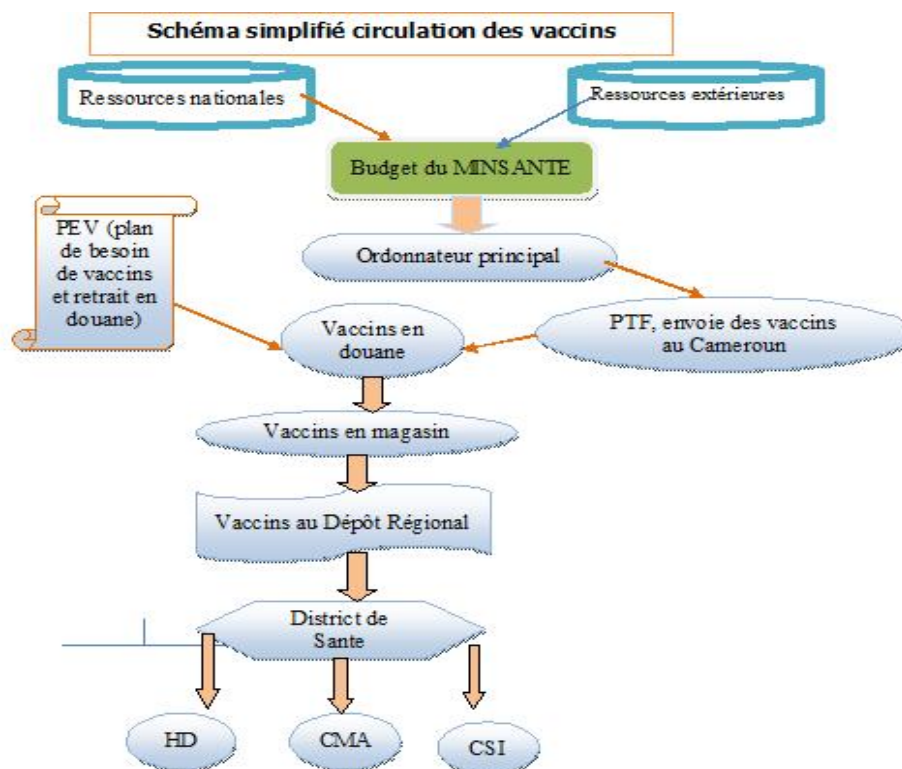
Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.2.3 Gestion des vaccins

La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace pour lutter contre plusieurs maladies infectieuses (poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, méningite, tétanos, etc.). C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui de l'UNICEF, met à la disposition des structures de santé les antigènes pour enfants et femmes enceintes afin d'éviter les cas sérieux d'handicaps physiques, mentaux ou neurologiques. En 2017, environ 708 947 enfants au Cameroun ont été vaccinés par les formations sanitaires échantillonnées.

4.2.3.1 Système de Distribution des vaccins

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est le seul programme qui centralise l'approvisionnement des vaccins depuis son Bureau à Yaoundé et les distribue à travers ses dépôts régionaux et ses antennes relais, lesquels les acheminent à leur tour aux CSI et CMA pour l'organisation des séances de vaccination. Le circuit d'approvisionnement du PEV est identique quelle que soit la source de financement de l'achat des vaccins (ETAT, UNICEF, OMS, GAVI, etc.). En 2017, le PEV a reçu 1 248 405 flacons d'antigènes et transféré 2 180 028 flacons d'antigènes vers les Dépôts Régionaux de vaccins.



4.2.3.2 Informations préalables

En 2017, 80,3% des formations sanitaires ont été informées de la disponibilité des vaccins au niveau des services de santé de district de leur compétence. Les responsables de ces structures d'offre de services de santé ont été en majorité informés par une note officielle (38,5%) et par téléphone (34,8%).

Tableau 26: Pourcentage des structures de santé informées de la disponibilité des vaccins suivant les principaux canaux de réception de l'information en 2017

Canaux de transmission	Services intermédiaires de santé		Catégories de formations sanitaires		
	DRV	SSD	HD	CMA	CSI
Note officielle	42,9	46,8	40,9	30,3	39,8
Téléphone/email	42,9	38,3	40,9	36,4	34,5
Cadre de concertation multi acteurs	0,0	8,5	4,5	24,2	16,8
Affichage	0,0	2,1	9,1	3,0	5,8
Radio/télévision/presse	14,2	4,3	4,5	6,1	3,1
Ensemble	100	100	100	100	100

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.2.3.3 Conditions de stockage des vaccins

Les conditions de stockage de vaccins reposent sur un nombre de critères réunis notamment l'existence d'un réfrigérateur fonctionnel, le conditionnement des vaccins reçus/transférés et l'existence des outils de gestion de vaccins.

En 2017, plus de 70% des services intermédiaires de santé (GTR-PEV) ont déclaré avoir respecté les normes prédéfinies en matière de stockage et conditionnement des vaccins.

Au niveau périphérique, plus de 80% de FOSA toutes catégories confondues ont déclaré avoir des conditions de stockage et conditionnement adéquates, ce qui a permis de garantir la qualité des vaccins.

Tableau 27 : Proportion (%) des structures de santé électrifiées et ne disposant pas en 2017 les critères de stockage et de conditionnement des vaccins réunis

Critères de stockage et de conditionnement	Service intermédiaire de santé	Catégories de formations sanitaires			
	SSD	HD	CMA	CSI	Total
Réfrigérateur fonctionnel	36,8	6,1	12,7	25,4	21,0
Conditionnement des vaccins reçus/transférés	21,1	11,6	8,7	14,4	13,1
<i>Outils de gestion des stocks de vaccins (logiciels, registre,...)</i>	42,1	11,6	13,1	6,9	8,5

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.2.3.4 Approvisionnement et utilisation des vaccins

La gestion optimale des vaccins consiste à maximiser la couverture grâce à une forte utilisation et à des pertes réduites au strict minimum. En 2017, la majorité des structures de santé tant au niveau intermédiaire qu'au niveau périphérique, ont été approvisionnées en antigènes. Le PEV a transféré 2 180 028 flacons d'antigènes vers les Dépôts Régionaux des vaccins. Ces derniers ont envoyé 2 422 694 flacons d'antigènes au niveau des SSD.

L'appréciation de la gestion des flux de vaccins s'est observée à travers les utilisations faites au niveau des FOSA. En 2017, le taux d'utilisation des médicaments par les services de vaccination des FOSA a atteint 70% dans l'ensemble.

Tableau 28 : Taux d'utilisation (%) des vaccins par formation en 2017

Antigènes	HD	CMA	CSI	Total
Penta	86,8	95,9	87,7	88,6
BCG	77,4	91,1	87,1	86,8
VPO	71,4	92,4	88,1	87,2
VPI	87,7	95,1	87,8	88,7
RR	90,2	96,0	86,6	88,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Au total, 193 963 flacons de vaccins ont été utilisés par les formations sanitaires échantillonnées pour 1 197 276 enfants en 2017. L'écart observé est le fait de certains flacons ouverts et non entièrement utilisés. Etant donné que la politique de la santé souhaite que tout enfant soit vacciné.

Tableau 29 : Effectifs total des enfants vaccinés dans les formations sanitaires en 2017

Antigènes	HD	CMA	CSI	Total
Penta	28454	62095	205600	296149
BCG	14331	37615	149704	201650
VPO	39419	72225	220778	332422
VPI	12941	46686	130597	190224
RR	14097	33249	129485	176831

Source : PETS3 Cameroun, 2019

En général, les suites diverses sont réservées aux vaccins non utilisés dans les structures de santé, notamment le transfert/renvoie dans un autre DRV/SSD/FOSA, le maintien en stock ou la destruction (avariés).

Au niveau intermédiaire, neuf SSD sur dix ont déclaré avoir laissés les vaccins en stock. Parmi eux, un seul de l'échantillon a eu à détruire ses vaccins avariés.

Pour les vaccins restés en stock au niveau des formations sanitaires, 69,4% ont souligné les avoir maintenus en stock. Par contre le quart de ces FOSA a renvoyé leurs stocks supplémentaires vers un DRV ou SSD ou a ravitaillé une autre FOSA qui lui en a fait la demande.

Tableau 30: Proportion (%) des formations sanitaires ayant des vaccins restés en stock suivant les sources d'utilisation en 2017

Suites réservées	HD	CMA	CSI	Total
Renvoyé/transféré dans un autre DRV/SSD/FOSA	25,0	27,3	24,8	25,0
Restés en stock	58,3	69,2	70,6	69,4
Détruits (avariés)	25,0	9,1	13,3	14,1
Autres	0,0	0,0	2,9	2,4

Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.2.3.5 Gestion des ruptures des stocks

La rupture de stock est considérée comme l'absence d'antigènes dans les structures de santé.

De manière générale, la rupture de stock d'antigènes a varié d'une structure à une autre, et d'un antigène à un autre. En effet, 59,6% de SSD enquêtés ont déclaré avoir eu des ruptures de stock de vaccins en 2017.

Au niveau périphérique, plus de 50% de FOSA ont déclaré avoir connu des ruptures de stock pour les antigènes BCG et RR. Par contre, environ une FOSA sur trois (30%) a souligné avoir eu des ruptures de stocks pour les antigènes Penta, VPO et VPI.

L'absence d'espace de stockage, le manque d'équipement de conservation, la livraison tardive des vaccins avec des dates de péremption proches sont des facteurs ayant qui ont favorisé ces ruptures de stocks dans les FOSA en 2017.

Tableau 31: Proportion (%) de structures de santé ayant connu de rupture de stocks de vaccins en 2017

Antigènes		Penta	BCG	VPO (Polio)	VPI	RR
Service intermédiaire de santé	SSD	35,5	71,0	45,2	48,4	54,8
	HD	28,6	92,9	7,1	28,6	35,7
Catégories de formations sanitaires	CMA	20,0	90,0	25,0	30,0	60,0
	CSI	27,2	76,0	39,2	41,6	49,6
	Adamaoua	25,0	50,0	37,5	37,5	50,0
	Centre	15,0	70,0	25,0	25,0	40,0
	Est	15,4	100,0	46,2	7,7	30,8
	Extrême-Nord	50,0	90,0	53,3	63,3	53,3
Régions	Littoral	22,2	55,6	11,1	22,2	44,4
	Nord	32,6	83,7	37,2	41,9	65,1
	Nord-Ouest	11,1	77,8	11,1	11,1	55,6
	Ouest	11,1	72,2	11,1	50,0	38,9
	Sud	0,0	87,5	62,5	50,0	37,5
	Sud-Ouest	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	26,4	79,2	34,6	39,0	49,7

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Pour ce qui est de la durée de rupture, au niveau central (PEV), elle a varié de 19 à 92 jours et a atteint trois mois pour l'antigène RR. Cette longue rupture peut être due à la livraison tardive du vaccin par les fournisseurs.

Au niveau périphérique (FOSA) et quel que soit l'antigène, la durée de rupture de stock s'est située entre 27 et 79 jours. Les mauvaises conditions de stockage et la faiblesse de la gestion des stocks expliquent aussi ces ruptures de stocks.

Tableau 32 : Nombre de jours moyen de rupture de stocks de vaccins 2017 dans les structures de santé

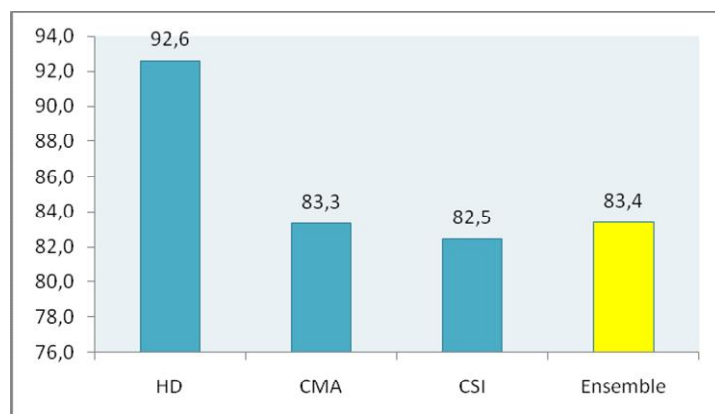
Antigènes	Service central	Services intermédiaires de santé			Catégories de formations sanitaires		
	PEV	DRV	SSD	HD	CMA	CSI	Total
Penta	0	19,5	8,2	30,8	25,0	27,1	27,2
BCG	46	18,5	22,3	92,9	90,0	76,4	79,6
VPO (Polio)	19	32	17,8	21,4	35,0	38,1	36,2
VPI	35	56,2	20,3	28,6	30,0	44,9	41,4
RR	92	15,5	14,7	50,0	60,0	50,8	52,0

Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.2.3.6 Transparence

La transparence est appréhendée à travers l'existence d'un document qui retrace la gestion des vaccins au sein des structures de santé. A tous les niveaux du système de santé, 83,4% responsables de formations sanitaires ont déclaré avoir disposé des documents qui présentent la gestion des vaccins.

Graphique 4 : Proportion (%) de formations sanitaires qui disposent des documents qui retracent la gestion des stocks de vaccins en 2017 par région



Source : PETS3 Cameroun, 2019

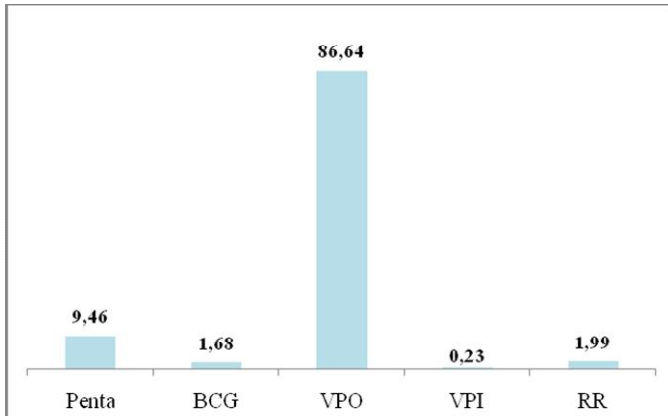
4.2.3.7 Pertes dans la gestion des vaccins

Les pertes des vaccins sont généralement observées lorsque certaines conditions ne sont pas réunies notamment le respect des températures de conservation entre +2 et +8 °C, le respect des délais de péremption (principe du premier périmé-premier sortie), les conditions de stockage et les conditions de transport adéquates. Dans cette étude, les pertes de vaccins ont concerné aussi bien des flacons ouverts que fermés.

- **Au niveau central (PEV)**

Les pertes enregistrées au niveau central ont été dues au fait des antigènes avariés. Le PEV a recensé en 2017 un total de 682 147 flacons d'antigènes hors usage. Parmi ces antigènes perdus, le VPO (86,64%) est celui pour lequel les pertes sont les plus élevées.

Graphique 10 : Pourcentage d'antigènes déclarée perdue par le PEV



Source : PETS3 Cameroun, 2019

▪ **Au niveau intermédiaire**

Au niveau des GTR-PEV, les pertes de vaccins enregistrées ont été dues à aux mauvaises conservations et à la péremption. Parmi les antigènes reçus en 2017 par les Dépôts Régionaux de Vaccins, 11,09% d'antigène RR (Rubéole-Rougeole) ont été perdus. Les principales raisons évoquées sont soit la réception des stocks de vaccins avec dates de péremption très proches, soit le manque de demande d'approvisionnement dans la région et le dépôt qui n'a pas émis une alerte à temps pour que ces vaccins soient redéployés par le magasin central.

En ce qui concerne les pertes d'antigènes enregistrées, elles sont relativement faibles pour le Penta (1,39%) et le BCG (2,21%). Quant à la conservation, l'on note qu'environ 3 vaccins sur 1 000 sont avariés.

Tableau 33 : Perte de vaccins des Dépôts Régionaux de Vaccins (%)

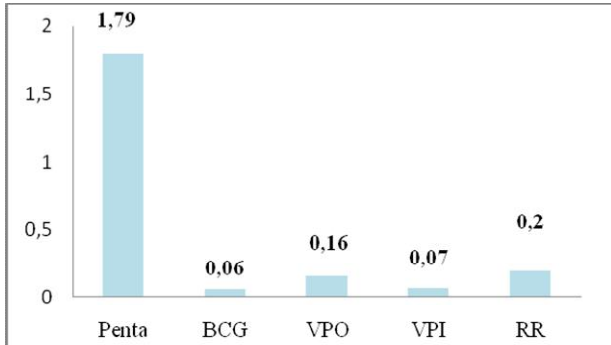
<i>Mode de stockage et conditionnement</i>	<i>Penta</i>	<i>BCG</i>	<i>VPO</i>	<i>VPI</i>	<i>RR</i>	<i>Total</i>
Conservation	0,45	2,05	0,00	0,00	0,16	0,30
Péremption	0,81	0,14	0,00	0,00	10,83	1,13
Ensemble	1,39	2,21	0,00	0,00	11,09	1,47

Source: PETS3 Cameroun, 2019

▪ **Au niveau périphérique**

Au niveau des Services de Santé de District, les pertes de vaccins déclarées en 2017 sont faibles, et ont été dues au défaut de conservation. Car, les Services de Santé de District n'ont pas vocation à stocker les vaccins. Après réception des antigènes, ces derniers se chargent de la répartition et les formations sanitaires de leur ressort de compétence viennent se ravitailler, d'où le faible taux de perte par antigène.

Graphique 11 : Pertes (%) de vaccins due à la conservation au niveau des Services de Santé de District



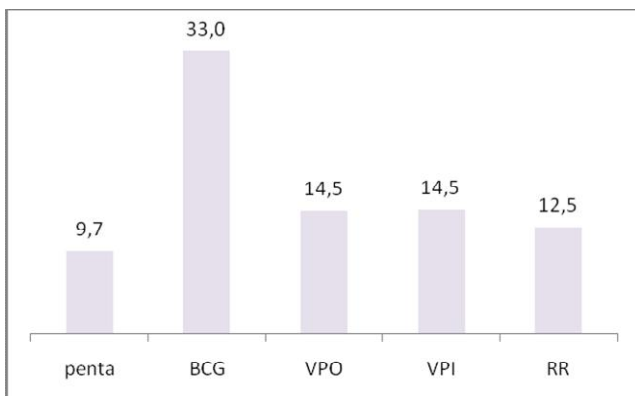
Source : PETS 3 Cameroun, 2019

En 2017, la perte des vaccins enregistrée par les formations sanitaires s'est située entre 9% et 33%. Cette perte peut s'expliquer par le fait que les formations sanitaires ont reçu un stock d'antigènes avec des délais de préemption proches. D'autres éléments ont également contribué à ces pertes notamment le non-respect des normes par les formations sanitaires, compte tenu de la faiblesse de la chaîne de froid. Il s'agit notamment: de vaccins exposés à la chaleur ; de coupures régulières du courant électrique ; du manque de gaz pour alimenter les réfrigérateurs à gaz ; de l'utilisation des réfrigérateurs non homologués ; de la congélation de certains antigènes (exemple le BCG dont le taux de perte est de 33%, soit environ 14 millions de FCFA) ; des difficultés d'accès marqué par des distances longues au moment de l'administration des vaccins et de la non qualification du personnel pour administrer le vaccin sont autant de causes de perte des vaccins.

Par ailleurs, ces pertes sont sensiblement élevées en raison du renseignement de données erronées concernant le numérateur (p. ex. nombre d'enfants vaccinés supérieur à la réalité) ou le dénominateur (p. ex. nombre de doses de vaccins utilisées inférieur à la réalité), ou d'autres problèmes de qualité des données.

Compte tenu du fait que la perte des antigènes au niveau national se situe à près de 12%, il est important de tenir compte du calendrier de distribution, des équipements de conservation existants dans chaque FOSA, voire de la taille de la population résidante dans chaque District de santé.

Graphique 12 : Taux de perte (%) de vaccins dus à l'utilisation en 2017



Source : PETS 3 Cameroun, 2019

4.3 GESTION DES PERSONNELS AFFECTES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES

Des ressources humaines en nombre suffisant et bien formées contribuent à une gestion optimale des ressources financières et matérielles (médicaments et vaccins) de structures de santé.

4.3.1 Personnels affectés dans les formations sanitaires publiques

L'étude s'est intéressée à évaluer l'effectif et la qualité des personnels affectés dans les structures de santé. A cela, s'ajoute le pourcentage des personnels qui ont été absents à leur poste durant l'année 2017.

Dans l'ensemble, tous les types de personnels ont été affectés dans les formations sanitaires enquêtées en 2017. Les responsables de ces structures ont mentionné avoir reçu plus de personnels Pharmaciens (60,6%), Aides-soignantes (56,9%) et Paramédicaux (31,7%) au cours de l'année mentionnée.

Tableau 34 : Proportion (%) du personnel de santé affecté dans les formations sanitaires en 2017

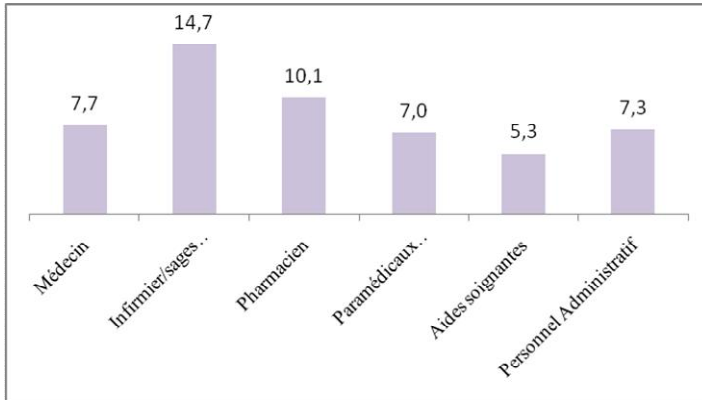
	<i>HD</i>	<i>CMA</i>	<i>CSI</i>	<i>Total</i>
Médecins	93,1	78,0	1,1	17,6
Infirmiers/sages femmes/maïeuticiens	55,2	26,8	11,0	16,4
Pharmaciens	82,8	85,4	54,8	60,6
Paramédicaux (laborantins, kiné)	86,2	68,3	20,8	31,7
Aides-soignantes	89,7	73,2	51,2	56,9
Personnel Administratif	79,3	63,4	16,6	27,2

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Les effectifs des ressources humaines chargées d'assurer la gestion financière et matérielle dans les formations sanitaires sont jugées insuffisants dans la plupart des régions. Les résultats ont montré qu'en 2017, sur une population 100 000 habitants, l'on a trouvé un médecin, trois infirmiers, un personnel paramédical et un personnel administratif en terme de prise en charge au sein des formations sanitaires.

Il est important de relever que l'absence de motivation et le faible traitement de ces personnels sont à l'origine de cet abaissement d'effectifs en personnels. L'étude a révélé que, sur 100 personnels pris en charge sur le budget de l'Etat, en moyenne 8 n'ont pas été régulièrement à leur poste de travail en 2017.

Graphique 13 : Taux d'absentéiste (%) de son poste en 2017



Source : PETS3 Cameroun, 2019

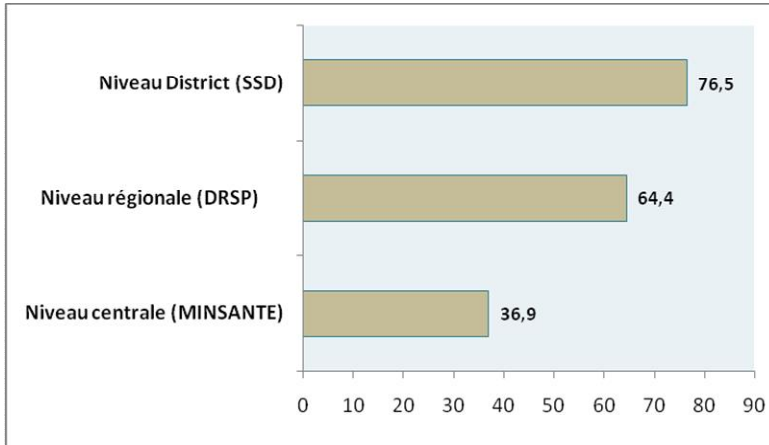
4.3.2 Supervision et inspection

Les visites de supervisions auprès des structures de santé peuvent se faire à trois niveaux. Au total 2 745 visites (dont 287 visites du niveau central (MINSANTE), 784 visites du niveau régional (DRSP) et 1674 visites du niveau de district (SSD)) ont été effectuées auprès des formations sanitaires en 2017.

Ces visites de supervisions dans les formations sanitaires se font par le Chef de Services de Santé de District (SSD). 76,5 % de formations sanitaires enquêtées ont déclaré avoir reçu au moins une visite au cours de l'année 2017. Les points sur lesquels les SSD orientent ces supervisions sont les suivantes : la vérification des conditions de stockage, l'inventaire physique et l'audit des fiches de stock et des finances des FOSA.

Quel que soit les catégories des formations sanitaires, la fréquence des supervisions est trimestrielle et parfois mensuelle. Néanmoins 23,5% de FOSA ont déclarée ne pas avoir reçu de visites en 2017, ce qui montre que la fréquence de visite n'atteint guère les trois visites préconisées par le Ministère de la Santé Publique tout au long d'une année.

Graphique 14 : Proportion (%) de formations sanitaires ayant reçues de visites de supervision en 2017 suivant trois principaux niveaux de supervision



Source : PETS3 Cameroun, 2019

4.3.3 Principales difficultés dans l'exécution budgétaire et la gestion des stocks de médicaments et vaccins en 2017

Au regard des problèmes cités par les responsables des structures sanitaires interviewés sur la traçabilité de la dépense publique et la gestion des ressources matérielles, il a été évoqué en substance les problèmes ci-après :

4.3.3.1 Difficultés relatives au circuit de la dépense

Les responsables des structures d'offre des services de santé ont évoqué divers manquements qui ont été un frein à l'exécution de leur Autorisation de dépenses notamment :

- l'arrivée tardive des AD et des cartons ;
- l'insuffisance de la dotation financière ;
- l'absence de formation des ordonnateurs en gestion financière ;
- les pratiques de mal gouvernance (pots de vin), La non prise en compte des besoins réels dans les AD ;
- les prélèvements non réglementaires ;
- la lenteur/ tracasseries administratives pour le traitement du dossier et l'exécution du budget;
- le refus, l'absence ou l'insuffisance d'archivage de l'information de gestion.

4.3.3.2 Difficultés rencontrées dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments et vaccins

- L'inadéquation des entrepôts de médicaments et de vaccins ;

- Le difficile accès à certaines zones, limitant l'acheminement des médicaments et des vaccins en toute sécurité ;
- La rupture prolongée des stocks de certains médicaments essentiels et vaccins ;
- La non maîtrise du processus de gestion des stocks (estimation des besoins, rythme des commandes, circuits d'achats et d'approvisionnement);
- Le manque de ressources financières pour s'approvisionner en médicaments ;
- Le faible pouvoir d'achat des populations/patients ;
- L'insuffisance du personnel qualifié dans la gestion des stocks ;
- L'insuffisance/manque d'équipements adaptés et homologués de chaîne de froid (réfrigérateur, glacière);
- Les coupures intempestives d'électricité.

4.3.4 Mesures pour pallier aux difficultés et suggestions dans la gestion des ressources financières et matérielles dans le secteur de la santé en 2017

4.3.4.1 Mesures prises pour la gestion des ressources financières

- Recours à l'appui des élites et de la communauté ;
- Préfinancement de certaines activités ;
- Sensibilisation des patients pour le paiement des frais médicaux;
- Mise à contribution des ressources personnelles ;
- Rencontre informelle des responsables financiers pour accélérer le traitement des dossiers financiers.

4.3.4.2 Mesures pour pallier aux difficultés rencontrées dans la gestion des médicaments et vaccins

- Recours à d'autres centres de santé pour s'approvisionner en médicaments et vaccins ;
- Achat de médicaments et vaccins à des prix préférentiels via d'autres partenaires ;
- Recrutement d'un personnel temporaire pour la gestion de la pharmacie et suivi efficient des stocks ;
- Conservation des médicaments et vaccins dans des structures voisines ;
- Acquisition des équipements de chaîne de froid requis dans les FOSA en tenant compte des difficultés liées à la disponibilité de l'énergie électrique publique;
- Acquisition d'une source d'énergie (énergie solaire de préférence ou générateur) ;
- Ravitaillement dans des centres voisins ;
- Usage d'accumulateurs ;
- Utilisation des produits en fonction de la date de péremption ;
- Ravitaillement en petites quantités pour éviter les problèmes de péremption ;
- Retour des stocks inutilisés immédiatement après vaccination ;

- Prendre les vaccins à temps et les utiliser dans les délais ;
- Conservation des vaccins dans la chaîne de froid d'une autre formation sanitaire très proche;
- Recours à d'autres centres ou référer les enfants/femmes enceintes dans les autres FOSA ;
- Formation du personnel sur la gestion des stocks de vaccins.

4.3.5 Suggestions pour la gestion des ressources financières et matérielles dans le secteur de la santé en 2017

4.3.5.1 Suggestions pour la gestion des ressources financières

- ✓ Respecter les délais de transmission des autorisations de dépenses (AD) à tous les niveaux ;
- ✓ Renforcer les capacités des responsables à tous les niveaux en matière de tenue des documents comptables et d'archivage de l'information de gestion ;
- ✓ S'assurer de l'effectivité de la passation de service technique avant la passation administrative lors de l'affectation ou la mise en retraite d'un gestionnaire et rappeler l'exigence de la constitution des archives et de la documentation de gestion en vue de garantir la continuité des services publics en matière de gestion financière et comptable ;
- ✓ Instaurer la procédure de régies d'avance dans l'exécution de la dépense au niveau local afin d'éviter les déperditions ;
- ✓ Informatiser de façon systématique les procédures d'exécution du budget au niveau opérationnel.

4.3.5.2 Suggestions pour la gestion des médicaments et vaccins

Par ailleurs, pour assurer une bonne gestion des médicaments et vaccins, il est impératif de :

- ✓ Doter les formations sanitaires d'infrastructures de stockage conformes aux normes et équipements adaptés aux réalités locales ;
- ✓ Doter les FOSA des sources alternatives d'énergie électricité ;
- ✓ Améliorer le système d'archivage et mettre systématiquement à jour les fiches d'enregistrement de stocks ;
- ✓ Recruter le personnel qualifié pour une bonne gestion des médicaments et vaccins ;
- ✓ Renforcer les capacités des personnels de santé sur le processus de gestion des stocks à tous les niveaux.

4.4 ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES DANS LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES ET MATERIELLES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE EN 2017

4.4.1 Principaux points forts

- L'existence d'autres sources d'énergie fiable (plaque solaire et groupes électrogènes) pour la conservation des vaccins et médicaments dans les Services de Santé de District et formations sanitaires ;
- La plupart des agents chargés de la gestion des vaccins à tous les niveaux, connaît les températures de stockage des vaccins ;
- Les capacités de stockage au froid (vaccins) et à température ambiante (consommables) sont suffisantes dans certaines structures sanitaires enquêtées, depuis le niveau central jusqu'aux régions, districts et formations sanitaires;
- L'existence d'un plan de contingence pour la sauvegarde des vaccins en cas de défaillance des équipements de stockage, au niveau de l'ensemble des régions, districts et formations sanitaires ;
- La plupart des ordonnateurs ont des pièces justifiant leurs dépenses ;
- Le mécanisme de gestion des ressources financières publiques se maîtrise peu à peu par les responsables.

4.4.2 Principaux points faibles

- la persistance de la corruption dans l'exécution des ressources financières ;
- le retard criard dans le transfert des ressources financières ;
- le faible montant alloué aux FOSA ne permet pas d'acquérir les biens ou les équipements de qualité ;
- le manque et l'insuffisance de personnel de santé qualifié dans les FOSA ;
- La faible utilisation des outils de gestion des médicaments et des vaccins à tous les niveaux ;
- L'existence de ruptures de stocks de vaccins et des médicaments, constatée dans la plupart de districts de santé et plusieurs formations sanitaires par suite de problèmes de transport entre le niveau régional et communal ;
- L'absence de groupes électrogènes et de régulateurs de tension installés dans la plupart des formations sanitaires situées dans les zones retirées du pays ;
- Le manque d'équipement ;
- Les coupures régulières d'électricité ;
- L'absence de revues systématiques des enregistrements de mouvements de stocks des médicaments et vaccins par certaines formations sanitaires ;
- La difficulté du suivi des pertes des médicaments et vaccins par certaines formations sanitaires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'une des préoccupations majeures de cette étude est de déceler les principaux goulots d'étranglement dans le circuit de la dépense publique en santé, apprécier la gestion des stocks de médicaments et des vaccins et proposer des solutions pertinentes pour leur amélioration, compte tenu des enjeux socio-économiques et des défis majeurs que posent l'impact des politiques et des programmes de développement (SSS 2016-2027) en vigueur pour l'amélioration du système de santé au profit des populations.

De l'analyse des faits stylisés qui a été effectuée, il en ressort une nette amélioration dans la gestion des dépenses publiques en santé en 2017, en liaison avec la volonté du Gouvernement de réduire les tracasseries dans le circuit de la dépense. Cependant, l'implication des responsables des services déconcentrés à la préparation du budget, ainsi que des responsables des formations sanitaires, n'a pas été à la hauteur du saut qualitatif souhaité dans la bonne gestion des dépenses en santé, compte tenu des contraintes/difficultés liées à la non maîtrise/connaissance dans la gestion des dépenses publiques (non maîtrise du manuel de procédures budgétaires et comptables).

Cette étude a permis de constater, qu'au Cameroun, le taux de réalisation en 2017 des projets d'équipement et de construction des formations sanitaires bénéficiaires, par les communes a été entièrement atteint. Ainsi, malgré la faible part des ressources de santé allouées à l'équipement, toutes les formations sanitaires (CSI et CMA) interrogées ont déclaré avoir reçu de la commune leurs différents équipements. Ceci est aussi avéré pour les constructions de sept formations sanitaires.

L'étude a permis aussi de faire ressortir que, la qualité des médicaments et des vaccins est en partie garantie, il s'avère que plus de quatre formations sanitaires sur cinq, toutes catégories confondues, disposent des conditions de stockage et conditionnement adéquates. Malgré ces conditions réunies, l'on a enregistré en 2017 de longues durées de rupture de stocks, ce qui témoigne d'une mauvaise quantification des besoins annuels.

Il en est de même pour l'évaluation des pertes en médicaments et en vaccins, ces pertes sont aussi mal estimées en raison de l'absence de mises à jour régulières du mécanisme de coordination et de suivi des stocks.

Dans le cadre de l'amélioration du système de gestion des ressources financières ainsi que des médicaments et vaccins, les recommandations suivantes sont formulées :

A l'endroit de tous les acteurs

- ✓ Renforcer la lutte contre la corruption à tous les niveaux du système de santé ;

A l'endroit du MINFI :

- ✓ Accroître le budget du MINSANTE de manière à se rapprocher de celui préconisé par la déclaration d'ABUJA (15% du budget de l'Etat)
- ✓ Réduire le nombre d'intervenants du circuit de la dépense aux niveaux périphérique et opérationnel ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme efficace de transfert et de contrôle de la dépense ;

- ✓ Rendre effectif dès le 1^{er} janvier de l'année n, l'exécution du budget voté en année n-1 ;
- ✓ Renforcer les capacités des gestionnaires de crédit à tous les niveaux ;
- ✓ Adapter les rubriques budgétaires aux besoins réels exprimés ;
- ✓ Respecter les délais de transmission des autorisations de dépenses (AD) à tous les niveaux.

A l'endroit du MINSANTE :

- ✓ Améliorer le mécanisme de prise en charge des patients économiquement et socialement vulnérables ;
- ✓ Renforcer les capacités des personnels de santé sur le processus de gestion des stocks à tous les niveaux ;
- ✓ Améliorer le système d'archivage des documents financiers ;
- ✓ Améliorer le système d'archivage et mettre systématiquement à jour les fiches d'enregistrement de stocks ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme d'incitation financière pour fidéliser les personnels de santé au poste;
- ✓ Améliorer le stockage des médicaments et vaccins ;
- ✓ Doter les FOSA des sources alternatives d'énergie électrique ;
- ✓ Rendre effectif l'affichage des prix des médicaments à tous les niveaux ;
- ✓ Reployer le personnel de santé en fonction des besoins réels.

A l'endroit des communes (CTD)

- ✓ Impliquer les ordonnateurs au sein des commissions locales de passation des marchés.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et publications

1. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Sante 2016-2027, 2016 ;
2. Organisation des Nations Unies, Rapport annuel, 2016 ;
3. MINSANTE, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, 2016 ;
4. MINSANTE, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS), 2011-2015 ;
5. Cameroun, Réforme des Finances publiques. Manuel de pilotage et d'exécution du Budget-Programme, 2013 ;
6. UNICEF, évaluation intégrée, eau-hygiène, assainissement et santé sur le choléra au Cameroun, 2010 ;
7. INS-Cameroun, 2e Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun. Rapport principal, volet Santé, 2010 ;
8. ISTEEBU/PAGE/INS-Cameroun, Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de la justice en république du Burundi, 2008 ;
9. INS, Enquête Camerounaise auprès des Ménages, 2007 ;
10. INS-Cameroun, Enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé, avril 2004.

Textes de loi & règlement

1. Loi 2016/018 portant du 14 décembre 2016 Loi des Finances de la république du Cameroun pour l'exercice 2017 ;
2. Cameroun, Circulaire n°001 /C/MINFI du 28 Décembre 2016 portant Instructions relatives à l'Exécution des Lois de Finances, au Suivi et au Contrôle de l'Exécution du Budget de l'État, des Établissements Publics Administratifs, des Collectivités Territoriales Décentralisées et des autres Organismes Subventionnés, pour l'Exercice 2017 ;
3. Cameroun, Loi N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat ;
4. Journal des projets de la république du Cameroun, chapitres 15, 25 et 40, année 2009.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des principaux indicateurs

Thèmes	Indicateurs	Niveau de désagrégation	Modalité	Valeur
1. Gestion des ressources financières				
Information préalable aux ordonnateurs	Répartition des structures de santé suivant les principaux canaux de réception de l'information sur la dotation budgétaire en 2017 (%)	Notification officielle		39,0
		Téléphone/Email		34,9
		Cadre de concertation multi acteurs		20,5
		Radio/télé/presse		3,4
		affichage		2,1
	Pourcentage des responsables des formations sanitaires informés du budget de fonctionnement de leur structure avant l'arrivée des ressources (%)	HD		50,0
		CMA		52,6
CSI			42,8	
Retrait, engagement et ordonnancement des autorisations de Dépenses	Répartition des formations sanitaires selon la qualité des personnes ayant retiré les autorisations de dépenses de fonctionnement et d'investissement en 2017(%)	Premier semestre (fonctionnement)	Responsable	65,3
			Autorité administrative	6,8
			Elu local/élite	1,9
			Prestataires/ prédécesseur	11,8
			Non concerné/pas de carton/pas d'archive	15,5
		Deuxième semestre (fonctionnement)	Responsable	59,5
			Autorité administrative	6,3
			Elu local/élite	1,8
			Prestataires/ prédécesseur	13,5
			Non concerné/pas de carton/pas d'archive	18,3
		Investissement	Responsable	0,0
			Autorité administrative	0,0
			Elu local/élite	0,0
			Prestataires/ prédécesseur	8,3
			Non concerné/pas de carton/pas d'archive	0,0
Proportion de formations sanitaires ayant retiré, engagé et ordonnancé leur Autorisation de Dépenses pour l'acquisition des biens et	Premier semestre	Retiré	73,1	
		Engagé	67,5	
	Deuxième semestre	ordonncé	67,3	
		Retiré	72,0	

Thèmes	Indicateurs	Niveau de désagrégation	Modalité	Valeur
	prestations des services en 2017 (%)		Engagé	64,5
			ordonnancé	63,7
	Proportion de responsables d'hôpitaux ayant retiré, engagé et ordonnancé les AD pour l'équipement en 2017 (%)			99,7
Retards dans le retrait, l'engagement et l'ordonnancement des AD	Répartition des formations sanitaires suivant les causes de retards pour l'ordonnancement des AD dédiés à la ligne« acquisition des biens et prestations des services »(%)	Premier semestre	Retards dans la transmission des AD par le CF	69,2
			Accréditation tardive par l'autorité administrative	30,8
		Deuxième semestre	Retards dans la transmission des AD par le CF	69,6
			Accréditation tardive par l'autorité administrative	30,4
Exécution du budget	Taux d'exécution du budget de fonctionnement par les formations sanitaires en 2017 (%)	Premier semestre	Base engagement	91,6
			Base ordonnancement	92,4
		Deuxième semestre	Base engagement	90,4
			Base ordonnancement	90,3
Délais d'exécution budgétaire	Répartition (%) des responsables d'hôpitaux, CMA et CSI en fonction des délais d'exécution des ressources de fonctionnement pour l'acquisition des biens et prestation des services en 2017	Durée entre le retrait de l'autorisation de dépense et début d'exécution du budget du 1er semestre 2017	15 jours ou moins	91,0
			16 - 58 jours	6,2
			58 jours ou plus	2,8
		Durée entre le retrait de l'autorisation de dépense et le début d'exécution du budget du 2nd semestre 2017	15 jours ou moins	88,9
			16 - 58 jours	8,1
			58 jours ou plus	3,0
Pertes enregistrées	Proportion des responsables qui ont enregistré des pertes financières dues à la disponibilité tardive des ressources (%) en 2017	Premier semestre	Disponibilité tardive des ressources	16,9
			Retard dans le traitement du dossier au service financier	15,9
			Absence de prestataires	10,0
			Contractualisation tardive	9,0
			Autres (forfait/pourcentage exigé)	19,0
		Deuxième semestre	Disponibilité tardive des ressources	15,8
			Retard dans le traitement du dossier au service financier	14,7
			Absence de prestataires	10,5
			Contractualisation tardive	9,4
			Autres (forfait/pourcentage exigé)	17,0
Transparence et gouvernance	Proportion de formations sanitaires qui ont disposé d'un document qui retrace les dépenses budgétaires (%)	Premier semestre		62,8
		Deuxième semestre		63,6
2. Gestion des ressources matérielles (médicaments et vaccins)				
Services de base	Proportion de formations sanitaires disposant des	Courant électrique		49,7

Thèmes	Indicateurs	Niveau de désagrégation	Modalité	Valeur
	services de base (%)	source améliorée en eau de boisson		60,6
	Durée de coupure d'électricité dans les formations sanitaires (en jours)			Entre 11,5 et 41,9
Conditions de stockage et gestion des médicaments et vaccins	Proportion des formations sanitaires disposant en 2017 des critères de stockage et de conditionnement réunis (%)	médicaments		83
		vaccins		80
	Proportion de formations sanitaires ayant acquis (%) des médicaments			74,1
Utilisations des médicaments et vaccins	Taux d'utilisation (%)	médicaments		72,9
		vaccins		87,8
Ruptures de stocks	Proportion de formations sanitaires ayant connu des ruptures de stocks des (%)	médicaments		20
		vaccins		45,7
	Durée de rupture de stocks de vaccins en 2017 (en jours)			Entre 27 et 79 jours
Pertes	Proportion de formations sanitaires ayant enregistré des pertes de médicaments (%) dues à :	Conservation		27
		Acheminement		12
	Taux de perte des médicaments (%)			10
	Taux de perte des vaccins dû à l'utilisation			Entre 9 et 33
Transparence	Proportion de formations sanitaires qui disposent des documents qui retracent la gestion des stocks de vaccins en 2017 (%)			83,4
Absentéisme	Taux d'absentéisme (%)			8

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

Annexe 2 : Tableaux Supplémentaires

Tableau 35 : Répartition des structures de santé suivant les principaux canaux de réception de l'information relative au budget de fonctionnement, d'investissement et aux subsides en 2017 (%)

canaux de réception	Subsides	Fonctionnement (acquisition des biens et prestation des services)			
	DRSP	HD	CMA	CSI	Total
Note officielle	50,0	45,5	40,0	37,8	38,7
Cadre de concertation multi acteurs	0,0	9,1	20,0	23,5	22,0
Radio/télévision/presse	50,0	0,0	10,0	2,5	3,3
Téléphone/Email	0,0	45,5	30,0	33,6	34,0
Affichage	0,0	0,0	0,0	2,5	2,0

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

Tableau 36 : Proportion de formations sanitaires qui n'ont pas affiché les prix des médicaments en 2017 par région

	HD	CMA	CSI	Ensemble
Adamaoua	...	0,0	16,7	15,0
Centre	0,0	42,9	40,0	37,0
Est	0,0	0,0	0,0	0,0
Extrême-Nord	25,0	0,0	12,5	12,2
Littoral	0,0	25,0	33,3	25,0
Nord	0,0	0,0	7,5	6,9
Nord-Ouest	0,0	0,0	0,0	0,0
Ouest	0,0	0,0	8,7	6,5
Sud	100,0	33,3	66,7	64,7
Sud-Ouest	0,0	0,0	14,3	11,1
Total	7,7	12,5	19,4	17,7

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Tableau 37 : Répartition (%) des formations sanitaires suivant la fréquence moyenne de coupure du courant électrique dans les formations sanitaires

		HD	CMA	CSI	Total
Jour	Aucune	28,6	29,6	32,7	31,6
	Une fois	23,8	22,2	25,2	24,5
	Deux fois	0,0	25,9	10,3	11,6
	Plus de deux fois	47,6	22,2	31,8	32,3
Semaine	Aucune	14,3	3,7	12,1	11,0
	Une fois	14,3	25,9	17,8	18,7
	Deux fois	9,5	14,8	21,5	18,7
	Plus de deux fois	61,9	55,6	48,6	51,6
Mois	Aucune	9,5	3,7	14,0	11,6
	Une fois	9,5	7,4	5,6	6,5
	Deux fois	4,8	3,7	12,1	9,7
	Plus de deux fois	76,2	85,2	68,2	72,3

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

Tableau 38 : Proportion (%) de structures de santé ayant connu de rupture de stocks en médicaments essentiels en 2017 par région

Régions	HD	CMA	CSI	Total
Adamaoua	...	100,0	44,4	50,0
Centre	100,0	71,4	40,0	50,0
Est	66,7	33,3	52,0	50,0
Extrême-Nord	50,0	40,0	37,5	38,8
Littoral	100,0	25,0	44,4	50,0
Nord	75,0	100,0	58,2	59,7
Nord-Ouest	50,0	33,3	22,2	28,0
Ouest	100,0	50,0	47,8	51,6
Sud	0,0	33,3	26,7	26,5
Sud-Ouest	100,0	33,3	21,4	27,8
Total	73,1	47,5	42,7	45,5

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Tableau 39 : Proportion (%) du personnel effectivement en poste en 2017 selon la région

Régions	Médecins	Infirmiers /sages femmes /Maïeuticiens	Pharmaciens	Para- médicaux (Laborantins, Kiné)	Aides soignants	Personnel administratif
Adamaoua	11,8	7,8	27,5	15,7	31,4	9,8
Centre	10,9	3,8	32,7	19,2	23,1	17,3
Est	13,3	3,5	34,5	14,2	28,3	8,8
Extrême-Nord	3,4	6,8	20,3	6,8	48,0	14,2
Littoral	11,6	2,2	35,0	15,2	24,9	11,2
Nord	7,2	2,2	25,4	9,4	48,1	13,3
Nord-Ouest	7,2	2,2	45,7	17,0	22,0	6,1
Ouest	15,2	6,5	38,0	15,2	16,3	9,8
Sud	3,0	1,3	10,3	4,3	8,6	2,1
Sud-Ouest	16,8	5,6	106,4	18,4	28,8	8,0
Ensemble	9,2	3,4	36,4	14,3	25,8	10,4

Source : PETS3 Cameroun, 2019

Tableau 40 : Proportion (%) des formations sanitaires disposant des services de base en 2017

	Electricité	Source améliorée d'eau
Catégorie de formation sanitaire		
HD	75,9	82,1
CMA	68,3	72,5
CSI	44,3	56,6
Total	49,7	60,6
Régions		
Adamaoua	10,0	40,0
Centre	63,6	61,1
Est	43,8	59,4
Extrême-Nord	20,4	69,6
Littoral	81,3	93,8
Nord	36,1	55,6
Nord-Ouest	84,4	87,5
Ouest	84,8	60,6
Sud	40,0	31,4
Sud-Ouest	68,4	61,1

Source : PETS 3 Cameroun, 2019

Annexe 3 : Liste des intervenants

1. Groupe technique

Président : OUM ELOMA Janvier, Directeur Général de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

Co-Président : TEDOU Joseph, Directeur Général de l'Institut National de la Statistique

Rapporteur : NNANGA Ernest, Chef de la Composante-Programme Inclusion Sociale, Chef de Division de la Prospective et de la Planification Stratégique

Facilitateurs Techniques :

- Gustave Nebie : Conseiller Régional Politique Sociale UNICEF/WCARO
- Mohamed El Bechir, Chef de Section Politique Sociale à l'UNICEF-Cameroun
- Serge Zanga, Chef Section Planification et Suivi-Evaluation à l'UNICEF-Cameroun

Rapporteur assistants :

- TAFUEDA Beaudelaire, Point Focal de l'étude PETS 3 au MINEPAT (Inclusion Sociale) ;
- MEBARA Sylvain, Spécialiste en Politique Sociale à l'UNICEF-Cameroun.

Membres :

- TOBENG Richard, Direction chargée du suivi de l'exécution du budget à la DGB/MINFI ;
- HISSOAK O. Marlyse, Direction chargée du suivi de l'exécution du budget à la DGEPIP/MINEPAT ;
- ANDEGUE Luc Florent, Directeur des Ressources Financières et du Patrimoine au MINSANTE ;
- BENE Thérèse, Direction chargée des ressources financières au MINEDUB ;
- DJEULEU TCHKOUADEU Armelle, Direction chargée des ressources financières au MINEE ;
- FORTABOH Theophilus Lekealung, Directeur chargé des ressources financières au MINESEC ;
- KAKANOU Florence, Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie au MINSANTE ;
- AKOMEZOA ATEBA, Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de l'Education ;
- SOULEYMANOU, Directeur de l'Enseignement Maternelle et Primaire au MINEDUB ;
- TABI OMGBA Lionel Arthur, Division des Etudes et de la Planification au MINEE ;
- OKOUDA Barnabé, Chef de Département de la Coordination et de la Recherche Statistique à l'INS ;
- LIBITE Paul Roger, Chef de Département des Statistiques Démographiques et Sociales à l'INS ;
- FOBASSO Jean, Directeur des Affaires Administratives et Financières à l'INS ;
- BITJOKA née NKEME Welly Joelle, Comptable-matières à l'INS ;
- BODO Emmanuel, Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural ;
- BOGMIS Marcel, Bureau Central des Recensements et des Etudes des Populations.

2. Cellule Opérationnelle

Coordonnateur Général : NNANGA Ernest, Chef de la Composante Inclusion Sociale, Chef de Division de la Prospective et de la Planification Stratégique ;

Co-Coordonnateur Général : OKOUDA Barnabé, Chef de Département de la Coordination statistique, de la Coopération et de la Recherche à l'INS ;

Coordonnateur Technique : ABANDA Ambroise, Chef de Division de la Coordination Statistique et de la Diffusion à l'INS ;

Coordonnateur Technique Adjoint : TATSINKOU Christophe, Chargé d'Etudes à la Division de la Coordination Statistique et de la Diffusion à l'INS.

Membres du Groupe thématique Santé

(a) **Institut National de la Statistique :**

- TATSINKOU Christophe
- DJEUKWI Vicky laure
- TCHAKOUNTE NGOHO Romain.

(b) **Ministères et structures concernés :**

- KANANDA Grégoire (UNICEF) ;
- MACHE PENTOUÉ Patrice (MINSANTE) ;
- EBOLO George Eric (MINSANTE) ;
- FONKOUA Eric Jackson (MINSANTE) ;
- NDOUGSA ETOUNDI Guy (MINSANTE) ;
- LINDJECK Patrick (MINSANTE-PEV) ;
- YOUSOUFA IYA (MINFI).

(c) **UNICEF**

- NGUM HALMATA Belyse (UNICEF) ;

3. Equipe des superviseurs de collecte des données

N°	Région	Nom et prénoms
1	Adamaoua	KAMGUE Max
		DJEUKWI Vicky Laure
2	Centre	OKOUDA Barnabé
		TATSINKOU Christophe
		CHOUNDONG Diane
3	Est	ESSAMBE B. Vincent
		TALLA Jacques
4	Extrême-Nord	MODOU Sanda
		TAFUEDA Beaudelaire
5	Littoral	ABANDA Ambroise
		FOTIO Alain
		NGUENDJIO YOMI Aristide
6	Nord	NGAH Adèle
		TCHAKOUTE Romain
7	Nord-Ouest	NNANGA Ernest
		TIOBO'O Cédric
8	Ouest	TCHOMTHE Séverin
		KAMGAING Léonie
9	Sud	TCHAMAGO KOUEDOU Olivier
		MBARGA MEWASSI
10	Sud-Ouest	KANA KENFACK Christophe
		MAVASSI Fabien

4. Equipe d'encadrement régional de l'INS

N°	Région	Nom et prénoms
1	Adamaoua	TCHOUALA TIOBOU Marcial
2	Centre	DOUALA Romeo
3	Est	GUETSOP GUENOU Paul Molière
4	Extrême-Nord	MOUDJIKA René
5	Littoral	MBOTTO DIBOUA EKOI Armand Louis
6	Nord	EKOBE EYEM Abel
7	Nord-Ouest	NJIKI YATCHOUKEU Hyacinthe
8	Ouest	NGATCHOU NGUENANG Ghislain Léonce
9	Sud	NGATTI Ambrouasse
10	Sud-Ouest	DONGMO KEMKENG David Ghislain

5. Equipe d'agents enquêteurs et des contrôleurs de collecte des données

Région d'enquête de l'ADAMAOUA

N° Nom et prénoms

Contrôleurs

- 1 GAMAPOU LAURENT
- 2 TCHAWA SEYA THIERRY

Enquêteurs

- 1 MOHAMADOU BASSIROU
- 2 LEMOKEN KENFACK AIME PATRICK
- 3 SAMIRA MOHAMAN OUMATE
- 4 NGAIBAI HAMAN
- 5 NDAIROU LEMO
- 6 DANMO JEAN PIERRE
- 7 MAITCHING MBOUDGA CHRISTELLE
- 8 KUIGOUA NYANDJOU ELODIE PERRINE

Région d'enquête du CENTRE

N° Nom et prénoms

Contrôleurs

- 1 BIHINA AKOUMOU Marck
- 2 ALIGUENA ABANDA Théophile
- 3 ASSENGON BIKOE Régine

Enquêteurs

- 1 NDOUMIN Estelle
- 2 AKONO NDO Moïse Bathénay
- 3 NOUBOU Florentine
- 4 NJOCK Stéphane Serge
- 5 MVE Casimir Romaric
- 6 LIBOT Jean Paul
- 7 PEME Jean Daniel
- 8 EKESSE Madeleine
- 9 ZOGO BODI Abraham
- 10 ZAM Victoire Diane
- 11 NTYO'O NNANGA Valéry Y
- 12 DAMDJEL NANGA Wilfried

Région d'enquête de l'EST

N° Nom et prénoms

Contrôleurs

- 1 KOMBO NDISSARA Yannick
- 2 SIANDJEU Gaston
- 3 NSOOMA SOM Achille

Enquêteurs

- 1 TAGWEU Julie Patriciane
- 2 BIHINA ESSAMA Vigne Paul
- 3 YEDE NDOUDA Paul
- 4 MANGA Apollinaire
- 5 DJOTTO MENGAMEGNA Edwige

Région d'enquête de l'EXTREME-NORD

N° Nom et prénoms

Contrôleurs

- 1 BAYANG DIKWE Valérie
- 2 SACK III Hans
- 3 ABANDA NDJONO A.

Enquêteurs

- 1 FADIMATOU IBRAHIM
- 2 OUMMOL DOUBLA
- 3 GAMAHIN BINA H.
- 4 ASSAKAL Michael A.
- 5 DJENGUE Vanessa B.

Région d'enquête de l'EST

N°	Nom et prénoms
6	NTOMO Mathieu
7	NTSA Hilaire Paulin
8	NGOUH Dérick
9	NGOUE BIBOUM Fidèle
10	ABEWE AFIA Lovy
11	FOTOU TCHIDJO Ulrich
12	ABUI ABUI Rigobert

Région d'enquête du LITTORAL

N°	Nom et prénoms
----	----------------

Contrôleurs

1. ANGOULA Alain Thierry
2. NKEN EKANI Théodore
3. NOUMTCHE DJASSAB David

Enquêteurs

1. KODJOU FEUTSEU Murielle Jessica
2. OBAMA Delphin Aristide
3. TCHANGUE ZANFACK Estelle
4. NGO MBEY Rebecca
5. AKOUMBA OYANE Berthe
6. MANDENG MA MANGUELLE Boniface
7. TEUGANOU NGASSEU Blondel
8. SIAKA Michelle Sandra
9. ESSAMA EDZIMBI Régine Carole
10. KAMDEM Joseph Bosco
11. LABOWO NONGNI Christelle Victoire
12. NGADE TOUKO Ange Franky

Région d'enquête du NORD-OUEST

N°	Nom et prénoms
----	----------------

Contrôleurs

1. LOLOH Mirabell
2. NSAME Pascal

Enquêteurs

1. OBAH ADENG Tracy Parker
2. Claude FONYUI SHAFE
3. Linda Nalova ESOWE
4. NDEH Francis
5. MIMMA Perpetua
6. NGEH Laura Senke
7. AWASUM NGWENETAH Linda
8. KERMO Basil WIRBA

Région d'enquête de l'EXTREME-NORD

N°	Nom et prénoms
----	----------------

6. SOUAIBOU
7. ABDOULAYE YAYA
8. SADOU SALI
9. AWE TAIWE ABRAHAM
10. MOUSSA SANDA OUMARA
11. ADAM MARBA
12. AZAFOUNKAI ELVIS E.

Région d'enquête du NORD

N°	Nom et prénoms
----	----------------

Contrôleurs

1. DONGMO NGUEGANG Alexis T.
2. HOUARAI BACHIR
3. NEI Marcel

Enquêteurs

1. BOOBIENE DOUBNE B.W.
2. DAYANG BOUBA
3. NDJOUA Pascale
4. TALLA NAOUSSI Lionel
5. ATEBA Athanase Joël
6. BADA YALLAH André
7. KEMGOUNG WAMBA Alban
8. YEDJIE DJELANG Fidèle
9. ABOUBAKAR MOUMINI
10. ALIOUM MOUSSA HAMADAMA
11. PAGORE MOUSSA Victor
12. SOBSOUBO DJONEMO Nephtali

Région d'enquête de l'OUEST

N°	Nom et prénoms
----	----------------

Contrôleurs

1. FAH Clément
2. TAGNE NOSSI

Enquêteurs

1. AZAMBOU CHOUNGMELE Pascal
2. NDASSI Franck Loic
3. NANDJOU SILTSA Vanick
4. MAHOP Loïs Salomé
5. MBIEKOP TCHOUOMOU Raissa
6. NGUENANG
7. AHOUAMA Greg Steve
8. TOUAMOU YAMANGAM Edmond

Région d'enquête du SUD

N°	Nom et prénoms
Contrôleurs	
1.	CHEUFFA Rostand
2.	NTEP Puis

Enquêteurs	
1.	JOUANANG Roslin
2.	NGUELE Gustave
3.	ABOU'OU Marcelle
4.	TSAGA Antoinette
5.	OUENTCHEU Merlin
6.	ABESSOLO Angèle
7.	GUIATEU Ida
8.	NGOM Stéphane

Région d'enquête du SUD-OUEST

N°	Nom et prénoms
Contrôleurs	
1.	TAKANG Michael
2.	LIAGA RIKOUADE

Enquêteurs	
1.	APAH Tobias
2.	EPOSI Ngomba
3.	ETA Georges
4.	ETAH NWESSE Ernest
5.	ETTA Maureen
6.	Julio HOMBO EBIA
7.	MBANYI Cassandra
8.	NKEMTEBA John
9.	NYENTI Pamela
10.	ZEBAZE Njuga Mba Kevin

6. Equipe d'exploitation informatique des données

N°	Nom et prénoms
1	DEFFO GOUOPE Guy Ferdinand
2	TCHAKOUTE NGOHO Romain
3	TAME DJOKAM Thierry
4	CHOUNDONG JIOFACK Diane
5	NGUENDJIO YOMI Aristide

ⁱBUCREP. Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat (2010)

ⁱⁱ MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012

ⁱⁱⁱBUCREP. Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat (2010).

^{iv}MINSANTE, Recueil des textes organiques du Ministère de la Santé Publique, Mai 2015.

^v BIT 2013 renforcer les rôles des programmes « accidents du travail et maladies professionnelles » pour contribuer à prévenir les accidents et les maladies sur les lieux de travail. Genève : BIT.

^{vi}Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International

^{vii} Programme Élargi de Vaccination. Plan Pluri-Annuel Consolidée 2014-2018.

^{viii} Programme Élargi de Vaccination. Rapport d'Évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins. 2013.