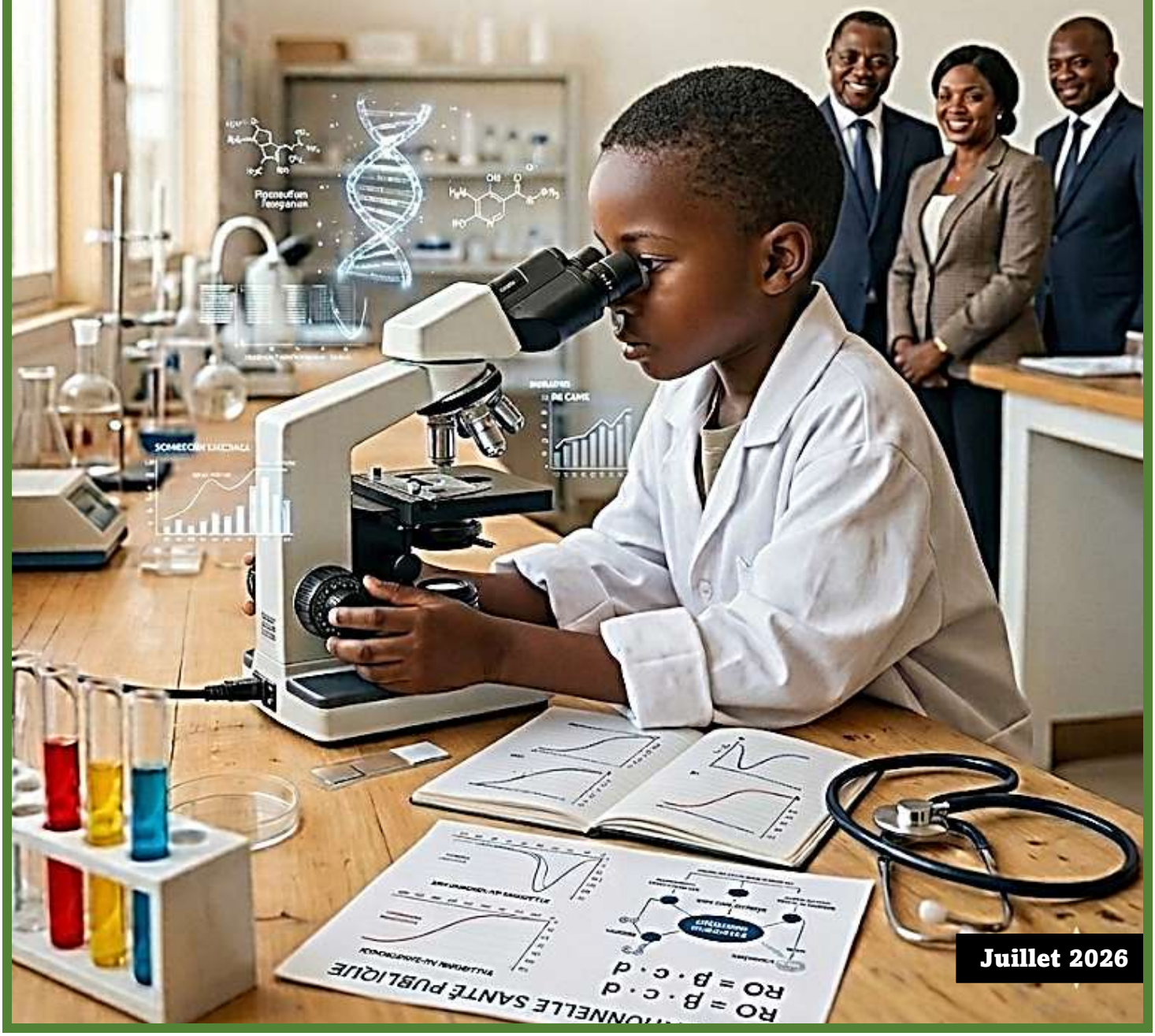
REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE RECHERCHE EN SANTÉ 2026 - 2030



Juillet 2026

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES II
PREFACE VI
LISTE DES ABREVIATIONS VII
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES X
RESUME EXECUTIF 11
EXECUTIVE SUMMARY 12
INTRODUCTION 13
ORGANISATION DE LA RECHERCHE EN SANTÉ AU CAMEROUN 13
Acteurs de gouvernance et de régulation *13*
Acteurs de production de la recherche *14*
Acteurs de synthèse et de transfert des connaissances *14*
Mécanismes de coordination *14*
Cadre juridique *14*
CHAPITRE 1. CONTEXTE 18
1.1. GENERALITES SUR LE CAMEROUN 18
1.1.1. Cadre physique *18*
1.1.2. Organisation institutionnelle *18*
1.1.3. Situation administrative et politique *19*
1.1.4. Situation démographique *19*
1.1.5. Situations socio-économiques *20*
1.1.6. Situation socio-culturelle *21*
1.2. ORGANISATION DU SECTEUR SANTE 21
1.2.1. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 23
1.2.2. FINANCEMENT DE LA SANTÉ 24
1.2.3. INFRASTRUCTURES ET ÉQUIPEMENTS 25
1.2.4. MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES 27
1.2.5. RESSOURCES HUMAINES 28
1.2.6. SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (SNIS) 29
1.2.6.1. RÔLE STRATÉGIQUE DE LA CIS DANS L'ÉCOSYSTÈME DE LA RECHERCHE EN SANTÉ 29
1.2.6.2. RÔLE STRATÉGIQUE DE L'ONSP DANS L'ÉCOSYSTÈME DE LA RECHERCHE EN SANTÉ 30
1.2.6.3. CAMEROON HEALTH DATA COLLABORATIVE (CHDC) COMME NIVEAU DE COORDINATION 31
1.2.6.4. RECHERCHE EN SANTÉ ET SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) 31
1.3. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU CAMEROUN 31
1.3.1. Maladies transmissibles *31*
1.3.2. Santé maternelle, néonatale et infantile *32*
1.3.3. Maladies non transmissibles *32*

1.3.4. Urgences sanitaires et menaces épidémiques ... *33*
1.3.5. Synthèse et implications pour la recherche opérationnelle ... *34*
CHAPITRE 2. APPROCHE METHODOLOGIQUE ... **35**
2.1. CADRE THÉORIQUE DE L'ANALYSE ... 35
2.2. CADRE CONCEPTUEL DE L'ANALYSE ... 35
2.3. PROCESSUS D'ELABORATION ... 36
2.3.1. Phase 1 : Conceptualisation et cadrage méthodologique (octobre-novembre 2025). ... *36*
2.3.2. Phase 2 : Analyse situationnelle et diagnostic participatif (novembre 2025 – janvier 2026) ... *36*
2.3.3. Phase 3 : Élaboration du cadre stratégique et des outils de mise en œuvre (février-mars 2026). ... *37*
2.3.4. Phase 4 : validation participative et restitution (mars–avril 2026) ... *38*
2.4. PARTIES PRENANTES IMPLIQUÉES ... 38
2.5. OUTILS ANALYTIQUES ... 38
2.6. CRITÈRES DE PRIORISATION ... 38
2.7. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES ... 39
CHAPITRE 3. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTÉ ... **40**
3.1. CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODE ... 40
3.1.1. Analyse PESTEL ... *40*
3.2. ETAT DES LIEUX DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP ... 42
3.2.1. Cadre organisationnel et institutionnel ... *42*
3.2.2. Cadre réglementaire et législatif ... *43*
3.2.3. Système national d'évaluation éthique ... *43*
3.2.4. Mécanisme national de priorisation : un dispositif inexistant ... *44*
3.2.5. Coordination intersectorielle ... *44*
3.3. ETAT DES LIEUX DU FINANCEMENT ... 44
3.3.1. Niveau et structure des financements ... *44*
3.3.2. Mécanismes d'allocation et appels à projets ... *45*
3.3.3. Financement de la traduction des résultats ... *45*
3.4. ETAT DES LIEUX DES CAPACITÉS NATIONALES ... 45
3.4.1. Ressources humaines ... *45*
3.4.2. Institutions et infrastructures ... *46*
3.4.3. Formation et développement professionnel continu ... *46*
3.5. ETAT DES LIEUX DE LA PRODUCTION ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES ... 46
3.5.1. Production des données probantes ... *46*
3.5.2. Standards de qualité et normes scientifiques ... *47*
3.5.3. Traduction des résultats en politiques et en pratiques ... *47*
3.5.4. Communication scientifique et gestion des connaissances ... *48*
3.6. ANALYSE FORCES-FAIBLESSES-OPPORTUNITÉS-MENACES (FFOM) ... 48
CHAPITRE 4. PRIORITES DE RECHERCHE OPERATIONNELLE (2026-2030) ... **51**

4.1. PRIORITES ORGANISATIONNELLES ET MANAGERIALES 51
4.2. PRIORITES THEMATIQUES 52
4.2.1. Justification méthodologique de la priorisation 52
4.2.2. Critères de priorisation 53
4.2.3. Synthèse des priorités thématiques 2026-2030 53
4.2.4. Pistes de recherche pour certains domaines spécifiques 55
4.3. PRIORITES POPULATIONNELLES ET TERRITORIALES 57
4.3.1. Priorités populationnelles 57
4.3.2. Priorités territoriales 58
CHAPITRE 5. CADRE STRATEGIQUE 59
5.1. THÉORIE DU CHANGEMENT DU PSNRS 2026-2030 59
5.1.1. Niveau 1 : Intrants → Activités 60
5.1.2. Niveau 2 : Activités → Extrants 60
5.1.3. Niveau 3 : Extrants → Effets 60
5.1.4. Niveau 4 : Effets → Impact 61
5.2. RESULTATS STRATEGIQUES : IMPACTS ATTENDUS 61
5.3. RESULTATS STRATEGIQUES : EFFETS ATTENDUS 62
CHAPITRE 6. CADRE ORGANISATIONNEL 70
6.1. PARTIES PRENANTES DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE 70
6.1.1. Acteurs de gouvernance et de régulation 70
6.1.2. Producteurs de recherche 73
6.1.3. Utilisateurs de la recherche et acteurs de la traduction des connaissances 75
6.1.4. Acteurs déconcentrés de la recherche 76
6.2. CADRE NORMATIF ET ESSAIS CLINIQUES 77
6.3. DIAGNOSTIC DES MÉCANISMES DE COORDINATION ET ENJEUX POUR LE PSNRS 2026-2030 .. 79
6.4. CADRE OPERATIONNEL DU PSNRS 2026 - 2030 81
6.5. MECANISME DE TERRITORIALISATION DU PSNRS 2026-2030 91
6.5.1. Phasage de la territorialisation 91
6.5.2. Responsabilités territoriales 92
6.5.3. Mécanisme de redevabilité territoriale 93
CHAPITRE 7. TRADUCTION ET UTILISATION DES PRODUITS DE LA RECHERCHE 94
7.1. APPROCHE STRATÉGIQUE DE LA COMMUNICATION 94
7.1.1. Approche de transfert intégré des connaissances 95
7.1.2. Segmentation des audiences et produits adaptés 95
7.1.3. Mécanismes « Data to Policy » 95
7.2. INSTITUTIONNALISATION DE LA PRODUCTION ET DE L'UTILISATION DES PRODUITS DE RECHERCHE AU MINSANTE 96
7.3. PLAN OPÉRATIONNEL DE COMMUNICATION 2026-2030 97

CHAPITRE 8. CADRE DE SUIVI-EVALUATION 98
8.1. PRESENTATION ET DESCRIPTION DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION 98
8.2. STRATEGIE DE RAPPORTAGE ET DE PILOTAGE 99
8.2.1. Niveaux et services concernés 99
8.2.1.1. Niveau central 99
8.2.1.2. Niveau régional 99
8.2.2. Principales stratégies de pilotage du S&E 99
8.2.2.1. Mécanismes de pilotage du S&E 100
8.2.2.2. Dissémination de l'information 101
8.3. INDICATEURS DE PERFORMANCE DU SUIVI-EVALUATION DU PSNRS 101
8.3.1. Cadre de performance 102
8.3.2. Cadre de suivi 103
CHAPITRE 9. CADRE FINANCIER 105
9.1. COUT GLOBAL DE LA MISE EN ŒUVRE 105
9.1.1. Lecture stratégique du cadre financier 105
9.1.2. Analyse de la structure des coûts 105
9.1.3. Analyse temporelle et soutenabilité 106
9.1.4. Risques financiers et stratégies d'atténuation 107
9.1.5. Stratégie de mobilisation des ressources 107
9.2. REPARTITION DU COÛT PAR EFFETS 108
9.3. COUTS PAR EXTRANTS 109
9.4. COUTS PAR ACTIVITES 111
CHAPITRE 10. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES 120
10.1. ANALYSE DES RISQUES 120
10.2. CONDITIONS DE SUCCES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNRS 121
10.2.1. Standards de qualité scientifique 122
10.2.2. Intelligence artificielle et digitalisation de la recherche 122
CONCLUSION 123
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 125
EQUIPE DE REDACTION 128
ANNEXES 131

PREFACE

Dans un contexte marqué par des transitions épidémiologiques, démographiques, sociales, climatique ainsi que la rareté des ressources, le Cameroun se doit de mettre en place un dispositif de recherche capable de répondre, de manière adéquate, aux priorités nationales de santé. C'est dans cette perspective que le Plan Stratégique National de Recherche en Santé (PSNRS 2026-2030) a été élaboré. Il s'inscrit pleinement dans la vision du Gouvernement, déclinée en trois axes : renforcer le système de santé pour accélérer l'opérationnalisation de la Couverture Santé Universelle ; améliorer l'accès des populations aux soins de qualité ; optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Le PSNRS est le fruit d'un processus participatif et inclusif, fondé sur une analyse situationnelle rigoureuse et des consultations étendues aux professionnels de santé, administrations publiques, institutions académiques et de recherche, partenaires techniques et financiers ainsi qu'à la société civile. Il constitue un cadre fédérateur de promotion de la recherche en santé, destiné à renforcer la gouvernance de la recherche ; structurer son financement ; développer les capacités nationales en production de bases factuelles ; promouvoir l'utilisation effective des résultats de la recherche dans les politiques et programmes de santé.

Ce plan est en alignement avec l' « Agenda de transformation du système de santé camerounais : le temps d'agir » dans lequel est réaffirmé notre engagement à renforcer la recherche scientifique et l'innovation dans le domaine de la santé. L'ambition étant de promouvoir une recherche utile, éthique et orientée vers l'action, capable de produire des connaissances directement utilisables pour le développement des politiques et des pratiques de santé innovantes.

Ce document devra servir de référence pour la coordination des interventions des partenaires et le suivi des progrès réalisés dans le domaine de la recherche en santé. Aussi, je demeure résolument engagé à assurer le leadership nécessaire pour faire de la recherche un pilier structurant de la performance du système de santé camerounais.

Convaincu que sa mise en œuvre effective repose sur un engagement collectif, une coordination renforcée et une redevabilité partagée, j'exhorte l'ensemble des acteurs concernés à l'appropriation pleine et entière de ce plan pour une implémentation réussie.



LISTE DES ABREVIATIONS

AFD	:	Agence Française de Développement
AFRO	:	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
ANRP	:	Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique
ANRS	:	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ARV	:	Antirétroviraux
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
BK	:	Bacille de Koch (Tuberculose)
BMJ	:	British Medical Journal
BUCREP	:	Bureau Central des Recensements et des Études de Population
CAMPHIA	:	Évaluation de l'impact du VIH au Cameroun sur l'ensemble de la population
CBCHS	:	Services de Santé de la Convention Baptiste du Cameroun
CDC	:	Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies
CDNSS	:	Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé
CEMAC	:	Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CENAME	:	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CHDC	:	Cameroon Health Data Collaborative
CHRACERH	:	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine
CHUY	:	Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
CIOMS	:	Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales
CIRCB	:	Centre International de Recherche Chantal Biya
CIS	:	Cellule des Informations Sanitaires
CMA	:	Centre Médical d'Arrondissement
CNERSH	:	Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le Sida
CONSORT	:	Normes consolidées de présentation des essais cliniques
COVID-19	:	Maladie à Coronavirus 2019
CPC	:	Centre Pasteur du Cameroun
CRID	:	Centre de Recherche sur les Maladies Infectieuses
CSU	:	Couverture Sanitaire Universelle
CTD	:	Collectivités Territoriales Décentralisées
DCOOP	:	Division de la Coopération
DEP	:	Division des Études et des Projets
DFID	:	Département britannique pour le Développement international
DHIS2	:	Logiciel d'Information Sanitaire de District, version 2
DLMEP	:	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies
DOSTS	:	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPML	:	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS	:	Direction de la Promotion de la Santé

DRFP	:	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DROS	:	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DRSP	:	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	:	District de Santé
DSF	:	Direction de la Santé Familiale
ECAM	:	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDCTP	:	Partenariat Europe–Pays en Développement pour les Essais Cliniques
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EVIPNet	:	Réseau de politiques éclairées par des données probantes
FAIR	:	Principes de données : Trouvables, Accessibles, Interopérables, Réutilisables
FCFA	:	Franc de la Communauté Financière Africaine
FFOM	:	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
FOSA	:	Formation Sanitaire
GAR	:	Gestion Axée sur les Résultats
GIZ	:	Agence de coopération technique allemande
HTA	:	Hypertension Artérielle
IMPM	:	Institut de Recherches Médicales et d'Études des Plantes Médicinales
INS	:	Institut National de la Statistique
IRAD	:	Institut de Recherche Agricole pour le Développement
IRD	:	Institut de Recherche pour le Développement
ISM	:	Institut Supérieur de Management de la Santé
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA	:	Agence japonaise de coopération internationale
KFW	:	Banque de développement allemande
LNSP	:	Laboratoire National de Santé Publique
MICS	:	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MINDEF	:	Ministère de la Défense
MINEPAT	:	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINEPIA	:	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales
MINESUP	:	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI	:	Ministère des Finances
MINRESI	:	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
MINSANTE	:	Ministère de la Santé Publique
MNT	:	Maladies Non Transmissibles
MTN	:	Maladies Tropicales Négligées
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OCEAC	:	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OIM	:	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONSP	:	Observatoire National de Santé Publique
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PACTR	:	Registre Panafricain des Essais Cliniques
PESTEL	:	Politique, Économique, Socioculturel, Technologique, Écologique, Légal (analyse)
PEV	:	Programme Élargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNERO	:	Programme National Élargi de Recherche Opérationnelle
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	:	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRISMA	:	Éléments préférés pour les revues systématiques et méta-analyses
PSNRS	:	Plan Stratégique National de Recherche en Santé
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
ROS	:	Recherche Opérationnelle en Santé
RSI	:	Règlement Sanitaire International
RSS	:	Recherche sur les Systèmes de Santé
S&E	:	Suivi et Évaluation
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART	:	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini (indicateurs)
SND30	:	Stratégie Nationale de Développement 2020–2030
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SNRI	:	Système National de Recherche et d'Innovation
SNRS	:	Système National de Recherche en Santé
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSS	:	Stratégie Sectorielle de Santé
STROBE	:	Renforcement du Rapportage des études Observationnelles en Épidémiologie
TB	:	Tuberculose
OMS-TDR	:	Programme Spécial OMS de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales
UNAIDS	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNITAID	:	Facilité internationale d'achat de médicaments (VIH, TB, Paludisme)
USAID	:	Agence américaine pour le Développement International
USD	:	Dollar des États-Unis d'Amérique
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHS	:	Sommet Mondial pour la Santé
WMA	:	Association Médicale Mondiale

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1: DIFFÉRENTS NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE AU CAMEROUN 22
TABLEAU 2: RÉPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR RÉGION 26
TABLEAU 3: ANALYSE FFOM INTÉGRATIVE DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ AU CAMEROUN 48
TABLEAU 4: SYNTHÈSE DES PRIORITÉS THÉMATIQUES 2026-2030 54
TABLEAU 5: CARTOGRAPHIE DES RÔLES, RESPONSABILITÉS ET BASES LÉGALES DES PARTIES PRENANTES DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ 78
TABLEAU 6: CADRE OPÉRATIONNEL DU PSNRS 2026 - 2030 81
TABLEAU 7: PROCESSUS DU TERITORIALISATION DU PSNRS 91
TABLEAU 8: RESPONSABILITÉS DANS LA TERRITORIALISATION DU PSNRS 92
TABLEAU 10: CADRE DE PERFORMANCE DES INDICATEURS STRATÉGIQUES 102
TABLEAU 11: ANALYSE DE LA STRUCTURE DES COÛTS 105
TABLEAU 12: RÉPARTITION DU COÛT PAR EFFETS 108
TABLEAU 13: COÛTS ANNUELS PAR EXTRANT 109
TABLEAU 14: COÛTS ANNUELS PAR ACTIVITÉS 111
TABLEAU 15: RISQUES ET MOYENS DE MITIGATION 120

FIGURE 1: NIVEAU DE PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CAMEROUN, 2020 23
FIGURE 2: CAPACITÉS DE PRODUCTION, D'ANALYSE ET DE COMMUNICATION 30
FIGURE 3: ANALYSE PESTEL DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE AU CAMEROUN 42
FIGURE 4: THÉORIE DU CHANGEMENT DU PSNRS 2026-2030 59
FIGURE 5: DISPOSITIF DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PSNRS 2026-2030 98
FIGURE 6: BUDGET GLOBAL PAR AXE 106
FIGURE 7: POIDS DES ANNÉES DANS LE BUDGET GLOBAL 107
FIGURE 8: APERÇU DES PROPORTIONS DE BUDGETS NATIONAUX ALLOUÉS À LA SANTÉ EN AFRIQUE 120

RESUME EXECUTIF

Le Cameroun fait face à une double charge de morbidité (persistance des maladies transmissibles et montée des maladies non transmissibles) dans un contexte de sous-financement chronique du secteur santé (3,6% du budget national en 2023, loin de l'engagement d'Abuja de 15%), de crises humanitaires récurrentes et d'inégalités profondes. Le bilan du Plan Stratégique National de Recherche Opérationnelle en Santé 2014–2018 révèle des lacunes structurelles persistantes : fragmentation des initiatives de recherche, financement insuffisant et non durable, faible utilisation des résultats dans la prise de décision sanitaire et absence de mécanisme de suivi-évaluation harmonisé.

Basé sur les résultats de l'analyse situationnelle qui a impliqué la collecte et l'analyse des données auprès des Programmes de santé, Directions techniques, Universités, Instituts de recherche, Formations sanitaires et partenaires au développement, l'élaboration de ce, nouveau, plan a permis de relever les insuffisances structurelles identifiées, notamment la dispersion des initiatives, la faiblesse de la coordination nationale, les capacités limitées des acteurs et l'utilisation insuffisante des résultats de recherche dans la prise de décision. Il propose un cadre logique structuré autour de quatre effets stratégiques : (i) le renforcement de la gouvernance et de l'éthique de la recherche en santé ; (ii) l'utilisation systématique des évidences dans la prise de décision ; (iii) l'institutionnalisation de la culture de la recherche dans le système de santé ; (iv) la mobilisation et la pérennisation des financements pour la recherche.

La mise en œuvre est portée par une gouvernance renforcée, assurée par le Ministère de la Santé Publique, en coordination avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, les comités d'éthique nationaux et régionaux, les institutions académiques, les partenaires techniques et financiers, la société civile et les communautés. Le coût global de mise en œuvre du Plan Stratégique National de Recherche en Santé (PSNRS), incluant le mécanisme de territorialisation déployé dans les 10 régions est estimé à 3,044 milliards FCFA (environ 4,68 millions USD) sur la période 2026-2030, soit un investissement annuel moyen de 609 millions FCFA. Cette enveloppe représente environ 20 FCFA par habitant et par an, un niveau significativement inférieur aux standards recommandés par la Déclaration d'Alger (2% des dépenses nationales de santé). La répartition budgétaire privilégie la gouvernance et l'éthique (32%), suivies du renforcement des capacités (27%), du financement durable (21%) et de la production et l'utilisation des évidences (20%).

À l'horizon 2030, le PSNRS ambitionne la réalisation régulière d'études de recherche opérationnelle prioritaires, le déploiement d'outils méthodologiques standardisés, la formation d'une masse critique de chercheurs et de décideurs à tous les niveaux du système de santé, la production soutenue de notes politiques et de produits de connaissance, ainsi que l'intégration documentée des résultats de recherche dans les plans, directives et décisions programmatiques. Le suivi se fera à travers un dispositif rigoureux fondé sur des indicateurs SMART, des sources de vérification clairement définies et des responsabilités institutionnelles attribuées.

EXECUTIVE SUMMARY

Cameroon faces a dual disease burden, marked by the persistence of infectious diseases (malaria, HIV, tuberculosis) alongside the rapid rise of non-communicable diseases (hypertension, diabetes, cancers), against a backdrop of chronic underfunding of the health sector (3.6% of the national budget in 2023, far below the Abuja target of 15%), recurrent humanitarian crises, and deep-rooted inequalities in access to care. A review of the 2014–2018 National Health Research Strategic Plan revealed persistent structural shortcomings: fragmentation of research initiatives, insufficient and unsustainable funding, limited use of findings in decision-making, and the absence of a harmonised monitoring and evaluation system.

Based on the findings of the situational analysis, which involved the collection and analysis of data from health programmes, technical departments, universities, research institutes, health facilities and development partners, the development of this new plan has made it possible to address the structural shortcomings identified, notably the fragmentation of initiatives, weak national coordination, the limited capacity of stakeholders and the insufficient use of research findings in decision-making. It proposes a logical framework structured around four strategic outcomes: (i) strengthened governance and research ethics; (ii) systematic use of evidence in decision-making; (iii) institutionalisation of a research culture within the health system; and (iv) sustainable resource mobilisation for health research.

Implementation is underpinned by strengthened governance led by the Division of Operational Health Research of the Ministry of Public Health, in coordination with the Ministry of Scientific Research and Innovation, national and regional ethics committees, academic institutions, technical and financial partners, civil society and communities. The total cost of the National Strategic Plan for Health Research (PSNRS), including the territorialisation mechanism rolled out across the 10 regions (Regional Research Coordination Committees), is estimated at 3.044 billion CFA francs (approximately 4.68 million USD) over the 2026-2030 period, representing an average annual investment of 609 million CFA francs. This amounts to approximately 20 CFA francs per capita per year, significantly below the Algiers Declaration target of 2% of national health expenditure. The budget allocation prioritises governance and ethics (32%), followed by capacity strengthening (27%), sustainable financing (21%), and evidence production and use (20%).

By 2030, the PSNRS aims to ensure the regular conduct of priority health research studies, deploy standardised methodological tools, train a critical mass of researchers and decision-makers at all levels of the health system, produce sustained policy briefs and knowledge products, and document the effective integration of research findings into health plans, guidelines and programme decisions. Progress will be tracked through a rigorous monitoring and evaluation framework based on SMART indicators, clearly defined verification sources and assigned institutional responsibilities.

INTRODUCTION

Note introductive

Dans le cadre du présent plan, la recherche en santé fait référence à la recherche opérationnelle en santé, définie dans son sens large, conformément à la définition de Peters et al. [1] et aux orientations de la Stratégie régionale de l'OMS sur la recherche pour la santé 2016–2025 [2]. Elle englobe la recherche sur les systèmes de santé, la recherche clinique, la recherche d'implémentation, la recherche-action et la synthèse des données probantes, dès lors que ces travaux visent à produire des connaissances directement mobilisables pour l'amélioration des politiques, des programmes et des pratiques de santé.

La recherche en santé constitue l'un des piliers fondamentaux du développement des systèmes de santé et de la gouvernance fondée sur les données probantes. Elle se définit comme la recherche scientifique sur les questions touchant la prestation de services de santé et dont les résultats alimentent directement la prise de décision opérationnelle [1]. À l'échelle mondiale, elle est reconnue comme un moteur essentiel de l'innovation, de l'amélioration des performances sanitaires et du renforcement de la résilience des systèmes face aux défis émergents. Les cadres globaux tels que la Stratégie mondiale de l'OMS sur la recherche pour la santé [3], les Objectifs de Développement Durable (ODD) et l'Agenda 2030 pour le développement durable [4] réaffirment la nécessité d'une production et d'une utilisation accrues des connaissances scientifiques pour orienter les politiques publiques, optimiser les interventions et promouvoir l'équité en santé.

En Afrique, la Déclaration de Bamako [5] et la Déclaration d'Alger [6] ont marqué un tournant en soulignant le rôle stratégique de la recherche pour la transformation des systèmes de santé. Ces engagements ont encouragé les pays à structurer leurs écosystèmes de recherche, à renforcer la gouvernance, et à promouvoir la recherche opérationnelle comme levier d'amélioration de l'efficacité, de la pertinence et de l'impact des interventions sanitaires. Au Cameroun, la Stratégie sectorielle de santé (SSS) 2020–2030 [53], dans son objectif N°4.5, envisage d'assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en lien avec l'ODD n°3.b qui vise à appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments.

Organisation de la recherche en santé au Cameroun

L'écosystème de la recherche en santé au Cameroun s'articule autour de trois catégories fonctionnelles d'acteurs dont les interactions déterminent la capacité du pays à produire, traduire et utiliser les connaissances scientifiques au service de la santé des populations.

Acteurs de gouvernance et de régulation

La recherche est un secteur d'activités dont les missions sont réparties entre le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation (MINRESI), le ministère de la Santé Publique

(MINSANTE), le Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP). Au niveau du MINSANTE, la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS), créée par le Décret n°2013/093 du 3 avril 2013 [55] est chargée de la coordination nationale de la recherche opérationnelle, de la promotion de l'éthique et de la traduction des résultats en propositions d'action. Par ailleurs, le Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH), restructuré en 2023, coordonne un réseau de comités régionaux d'éthique couvrant progressivement l'ensemble du territoire.

Acteurs de production de la recherche

Le Cameroun dispose de plusieurs institutions et laboratoires spécialisés en recherche en santé, notamment : le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) avec ses antennes de Garoua et Douala, l'Institut de Recherches Médicales et d'Études des Plantes Médicinales (IMPM), le Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB), l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), le Centre for Research in Infectious Diseases (CRID) et le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP). Les universités et leurs facultés de médecine, de pharmacie et de sciences biomédicales constituent le vivier principal de formation et de production académique. Les programmes nationaux de santé intègrent des volets de recherche dans leurs activités opérationnelles.

Acteurs de synthèse et de transfert des connaissances

L'Observatoire National de Santé Publique (ONSP), au-delà de sa fonction de veille épidémiologique et de point focal RSI, assume une fonction stratégique de centralisation, d'analyse et de diffusion des données de santé pour l'orientation des politiques. Le Cameroon Health Data Collaborative (CHDC), réseau regroupant producteurs, utilisateurs et partenaires de données de santé, constitue une plateforme de coordination et de promotion du partage intersectoriel des résultats de recherche.

Mécanismes de coordination

La coordination de la recherche en santé reste fragmentée entre plusieurs ministères et institutions. La DROS coordonne la recherche opérationnelle au sein du MINSANTE, mais les travaux réalisés par les universités, les centres de recherche et les directions techniques du MINSANTE échappent souvent à ce dispositif de coordination. La collaboration avec le MINRESI demeure cruciale et les mécanismes formels de partage des données entre producteurs et utilisateurs sont insuffisamment développés. Le PSNRS 2026-2030 vise précisément à combler ces lacunes en établissant un cadre de coordination multi-acteurs fonctionnel.

Cadre juridique

Le cadre réglementaire s'est considérablement renforcé avec la promulgation de la Loi n°2022/008 du 27 avril 2022 relative à la recherche médicale impliquant la personne humaine [37] et de la Loi n°2025/009 du 15 juillet 2025 relative au don, au prélèvement et à la greffe de

matériel biologique humain [38]. L'élaboration des textes d'application de ces lois constitue une priorité du PSNRS.

Au Cameroun, l'élaboration du premier Plan Stratégique National de Recherche Opérationnelle en Santé (PSNRS) 2014–2018 a constitué une avancée structurante en posant les bases d'une gouvernance coordonnée de la recherche opérationnelle et en contribuant à l'orientation des priorités nationales de recherche en santé. L'analyse de sa mise en œuvre met toutefois en évidence des limites significatives ayant entravé l'atteinte des résultats attendus, notamment l'insuffisance d'un financement durable et prévisible, la faible valorisation, diffusion et utilisation des résultats de recherche, la fragmentation institutionnelle des initiatives ainsi que l'absence d'un mécanisme harmonisé et fonctionnel de suivi-évaluation.

L'analyse des leçons tirées de cette période, révèle d'une part des forces et opportunités importantes, telles que l'existence de compétences nationales, l'engagement du MINSANTE et l'intérêt des partenaires techniques et académiques, et d'autre part des faiblesses et menaces liées à la dépendance aux financements externes, à la faible intégration de la recherche opérationnelle dans les cycles de planification des programmes, et à l'insuffisante appropriation des résultats par les décideurs. Ces constats soulignent la nécessité, dans le PSNRS 2026-2030, de consolider les acquis institutionnels, de corriger les insuffisances structurelles observées lors de l'exécution du PSNRS 2014–2018, et de mettre en place des mécanismes robustes de gouvernance, de financement, de suivi-évaluation et d'utilisation effective des résultats afin de maximiser l'impact de la recherche opérationnelle sur les politiques et interventions de santé publique.

A date, le contexte sanitaire national et international s'est profondément transformé. Le Cameroun fait face à une double charge de morbidité : d'un côté, la persistance des maladies transmissibles telles que le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées ; de l'autre, l'augmentation rapide des maladies non transmissibles, notamment les cancers, le diabète et l'hypertension artérielle. Avec la transition épidémiologique, le Cameroun fait aussi face à des épidémies récurrentes, des menaces émergentes (COVID-19), des impacts du changement climatique et des pressions dues aux crises humanitaires et migratoires. Ces dynamiques imposent une adaptation continue des politiques et programmes de santé, rendant indispensable une recherche opérationnelle plus réactive, intégrée et mieux financée.

Mis en place à la fin des années 1980, le système de protection des participants à la recherche en santé humaine s'est nettement renforcé. Cette évolution s'est traduite par la création, au sein du ministère de la Santé publique, d'une division spécifiquement chargée de cette mission, par le développement d'un cadre réglementaire ayant permis la restructuration du système d'évaluation éthique afin d'en améliorer la qualité et le suivi des protocoles de recherche exposant les participants à des risques élevés, ainsi que par la décentralisation de l'évaluation éthique au niveau des régions et des institutions sanitaires pour la rapprocher des chercheurs.

Par ailleurs, une loi sur la recherche médicale a été adoptée par les deux chambres du Parlement camerounais puis promulguée par le Président de la République.

Malgré ces avancées significatives, des insuffisances subsistent pour hisser le standard éthique au niveau requis par l'OMS au regard du niveau de développement du Cameroun. Il apparaît nécessaire de compléter ces acquis par l'élaboration des textes réglementaires d'application de la loi promulguée, par l'adaptation des outils de protection des participants à ce nouveau cadre juridique, et par le renforcement des capacités des acteurs clés (notamment les comités d'éthique, les chercheurs et les autorités sanitaires aux niveaux national, régional et opérationnel) afin qu'ils puissent jouer pleinement et de manière crédible leur rôle dans ce processus.

Dans un pays tel que le Cameroun, marqué par des inégalités persistantes, l'intégration de la dimension genre et équité constitue un enjeu central pour la recherche en santé au Cameroun, les femmes, les adolescents, les populations rurales, les personnes en situation de pauvreté et les groupes affectés par les crises étant exposés à des risques différenciés en matière d'accès aux services, de qualité des soins et de résultats de santé. La recherche en santé offre un levier essentiel pour analyser ces inégalités, documenter les barrières spécifiques liées au genre et aux déterminants sociaux, et produire des données probantes permettant d'orienter des interventions plus équitables et sensibles au genre, en cohérence avec les engagements nationaux et internationaux du Cameroun.

Par ailleurs, le système de santé camerounais est régulièrement confronté à des urgences de santé publique et à des crises humanitaires, notamment les épidémies, les déplacements de populations, les catastrophes naturelles et les situations d'insécurité dans certaines régions, qui exercent une pression accrue sur les capacités de prestation des services et exacerbent les vulnérabilités existantes. Ces situations affectent de manière disproportionnée les groupes déjà marginalisés, en particulier les femmes et les enfants, et perturbent la continuité des services essentiels, soulignant la nécessité de disposer de données opérationnelles en temps opportun pour adapter les réponses sanitaires.

L'élaboration du PSNRS 2026-2030 ne constitue donc pas une simple actualisation technique. Elle représente un moment charnière pour repositionner la recherche en santé au cœur du système de santé camerounais, en la rendant plus pertinente, plus accessible et mieux intégrée aux mécanismes de planification et de pilotage du secteur. Ce processus permettra également de mobiliser les parties prenantes – institutions publiques, organismes de recherche, universités, partenaires techniques et financiers, société civile – dans une démarche inclusive, collaborative et orientée vers les résultats. Dans ce contexte, ce nouveau plan vise à renforcer la gouvernance de la recherche n santé, à promouvoir un financement plus durable, à structurer les collaborations multisectorielles et à améliorer la production, la diffusion et l'utilisation des résultats scientifiques pour l'élaboration des politiques et la prise de décision.

Dans un environnement marqué par des urgences de santé publique et des crises humanitaires récurrentes, la recherche en santé constitue un outil stratégique pour analyser l'impact de ces

chocs sur le fonctionnement du système de santé, évaluer la résilience des services, identifier les goulots d'étranglement et documenter des approches innovantes permettant de maintenir un accès équitable aux soins, notamment pour les groupes les plus vulnérables. L'intégration systématique des analyses sensibles au genre et à l'équité dans la recherche contribue ainsi à renforcer la préparation, la réponse et le relèvement du système de santé, tout en soutenant une prise de décision fondée sur des données probantes adaptées aux réalités locales.

Le PSNRS 2026-2030 ambitionne ainsi de transformer les évidences scientifiques en actions concrètes, de renforcer la culture de la redevabilité et de favoriser des interventions plus efficaces, équitables et durables. En intégrant les innovations récentes, notamment la santé numérique et les approches Data to Policy, il contribuera à moderniser le système de santé et à améliorer la capacité du pays à répondre aux défis sanitaires présents et futurs.

Le présent plan stratégique est organisé suivant la structure suivante :

- **Chapitre 1. Contexte :** Présente le cadre général dans lequel s'inscrit le plan : situation sanitaire du Cameroun, politiques nationales de santé, engagements internationaux et justification de la nécessité d'une recherche opérationnelle structurée.
- **Chapitre 2. Approche méthodologique :** Décrit la démarche utilisée pour élaborer le plan : consultations des parties prenantes, revues documentaires, ateliers de validation et outils employés pour recueillir et analyser les données ayant orienté la planification.
- **Chapitre 3. État des lieux :** Dresse un bilan de la recherche en santé au Cameroun : acquis, forces, faiblesses, capacités institutionnelles, ressources disponibles et lacunes identifiées sur la période précédente.
- **Chapitre 4. Priorités de recherche :** Présente les domaines et thématiques de recherche jugés prioritaires pour 2026-2030, sélectionnés en fonction des besoins de santé publique, des politiques nationales et des gaps de connaissances identifiés.
- **Chapitre 5. Cadre stratégique :** Définit la vision, les orientations stratégiques, les axes d'intervention et les objectifs du plan, constituant la colonne vertébrale du PSNRS pour la période concernée.
- **Chapitre 6. Cadre organisationnel :** Précise les structures, mécanismes de coordination et rôles des différents acteurs (ministères, institutions de recherche, partenaires) chargés de mettre en œuvre la recherche opérationnelle en santé.
- **Chapitre 7. Traduction et utilisation des produits de la recherche:** Expose les stratégies pour diffuser les résultats de recherche auprès des décideurs, professionnels de santé et grand public, afin de favoriser leur utilisation dans les politiques et pratiques de santé.
- **Chapitre 8. Cadre de suivi-évaluation :** Présente les indicateurs, mécanismes et outils permettant de suivre l'avancement du plan, d'évaluer ses résultats et d'apporter les ajustements nécessaires en cours d'exécution.
- **Chapitre 9. Cadre financier :** Estime le coût global du plan, identifie les sources de financement potentielles (budget de l'État, partenaires techniques et financiers) et propose une stratégie de mobilisation des ressources.
- **Chapitre 10. Analyse et gestion des risques :** Identifie les risques susceptibles de compromettre la mise en œuvre du plan (financiers, institutionnels, politiques, etc.) et propose des mesures d'atténuation pour en limiter l'impact.

CHAPITRE 1. CONTEXTE

1.1. GENERALITES SUR LE CAMEROUN

1.1.1. Cadre physique

Le Cameroun a une superficie de 475 442 km2. Il s'étend entre les latitudes 1°40 et 13°05 nord sur 1250 Km, et les longitudes 8°30 et 16°10 Est sur 860 km. Le Cameroun, au fond du Golfe de Guinée, est limité au Nord par le Lac Tchad, au Nord-est par la République du Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par la République du Congo, la République du Gabon et la République de Guinée Équatoriale, à l'Ouest par la République Fédérale du Nigéria ; et dispose d'une façade maritime qui s'étend sur 380 km.

Le relief est dans l'ensemble contrasté, se caractérise par de hautes terres, et des plaines étroites qui s'étalent entre l'Océan Atlantique et le Plateau Sud-Cameroun. Leur largeur ne dépasse guère 150 km sur l'ensemble du pays. Le Plateau de l'Adamaoua constitue un véritable « château d'eau » pour le pays, car les principaux fleuves y prennent naissance. Ces fleuves se jettent dans quatre (04) bassins qui sont essentiellement : le bassin de l'Atlantique qui reçoit la Sanaga (le plus long fleuve du pays avec 920 km), le Nyong, le Ntem, le Moungo et le Wouri, le bassin du Niger dans lequel se jette la Bénoué, à sec ou grossie selon les saisons par ses affluents, le bassin du Lac Tchad où se perd le Logone, et le bassin du Congo qui reçoit la Sangha, formée par ses affluents camerounais la Kadeï et la Ngoko.

Le climat Camerounais est caractérisé par une grande diversité due à l'influence de la mer, du relief, et de l'extension de son territoire en latitude. Le Cameroun peut ainsi être subdivisé en trois grandes zones climatiques : La zone équatoriale humide située entre le 2e et le 6e degré de latitude nord, la zone soudanaise située entre le 7e et le 10e degré de latitude nord, et la zone soudano-sahélienne située au-delà du 10e degré de latitude nord. Les précipitations varient largement d'une région à l'autre. Elles se situent entre 380-600 mm par an dans les régions semi-aride du nord-ouest, à 1500 mm dans le plateau de l'Adamaoua ; pouvant atteindre 2500-4000 mm sur la côte, jusqu'à 10.000 mm de pluie le long du flanc ouest du mont Cameroun, où la pluie tombe abondamment presque toute l'année. Quant à la température moyenne, la plus basse est 21°C sur le plateau, la plus élevée est 32°C dans la région du Nord ; dans le Sud et le long de la côte, elle varie entre 22°C et 29°C.

1.1.2. Organisation institutionnelle

Le Cameroun est un Etat indépendant depuis le 1er janvier 1960. La constitution du 18 janvier 1996 consacre la séparation des trois (03) pouvoirs : l'Exécutif, le Législatif et le Judiciaire. L'Exécutif est dirigé par le Président de la République, Chef de l'Etat élu au suffrage universel, pour un mandat de (07) sept ans renouvelables.

Le Pouvoir législatif est exercé par le Parlement qui comprend deux (02) chambres :,

L'Assemblée nationale qui compte 180 membres élus au suffrage universel pour un mandat de (05) cinq ans renouvelables ; et le Sénat qui compte 100 sénateurs, soit 10 membres par région dont 3 nommés par le Président de la République, désignés pour un mandat de cinq (05) ans. Le Pouvoir Judiciaire quant à lui est exercé par la Cour Suprême, les Cours d'Appel et les Tribunaux. La vie politique nationale s'est profondément transformée à la suite de la restauration de la démocratie pluraliste en décembre 1990. Cette évolution institutionnelle s'est accompagnée d'une évolution de l'organisation administrative.

1.1.3. Situation administrative et politique

Le territoire national est découpé en 10 Régions (l'Adamaoua, le Nord, l'Extrême-Nord, le Centre, l'Est, le Littoral, l'Ouest, le Nord-Ouest, le Sud-ouest et le Sud), 58 Départements, et 360 Arrondissements placés respectivement sous l'autorité de gouverneurs, préfets, et sous-préfets.,

Au Cameroun, la décentralisation et l'implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) sont encadrées par la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code général des collectivités territoriales décentralisées [57]. Cette loi, en ses articles 160 et 270, indiquent les matières transférées en matière de santé aux Communes et aux Régions.
De cette loi, le décret n°2023/132 du 10 février 2023 fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées par l'Etat aux Régions en matière de santé vient préciser l'exercice des compétences transférées, notamment sur :

(i) la construction, l'équipement, la gestion, l'entretien et l'appui aux hôpitaux régionaux et de district,
(ii) la participation à l'élaboration de la tranche régionale de la carte sanitaire,
(iii) la participation à l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement en médicaments, réactifs, et dispositifs médicaux essentiels, le tout en conformité avec la politique nationale de santé.

1.1.4. Situation démographique

Selon les projections du 3e Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), réalisés par le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), la population camerounaise était estimée à 26,5 millions au 1er janvier 2020. Cependant, les projections de Population Pyramide du World Fact Book Intelligence Agency prévoient un effectif de 34 051 102 de la population camerounaise à l'horizon 2030. L'analyse de la répartition spatiale de la population issue du 3ème RGPH montre que la Région du Centre était la plus peuplée du pays, avec environ 3,56 millions d'habitants (18%), tandis que la Région du Sud apparaissait la moins peuplée avec environ 692 000 habitants (4%). Selon les projections récentes de l'UNFPA (2024), le taux de croissance démographique annuel du Cameroun est estimé à 2,6%, ce qui nécessite une planification stratégique renforcée des services de santé pour répondre aux besoins croissants de la population.

Selon l'Enquête démographique et de Santé de 2018, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est évalué à 4,8 enfants en moyenne soit 5 enfants par femme. Le niveau de fécondité est nettement plus élevé en milieu rural (6,0 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,8 enfants par femme). La fécondité est plus élevée dans les régions du Nord (ISF de 6,2) et de l'Extrême-Nord (5,9), et plus faible dans les régions du Littoral (4,3) et du Sud (4,1). Les villes de Yaoundé (3,5) et de Douala (2,8) enregistrent les niveaux les plus faibles. [7].,

Au 30 mai 2025, le Cameroun comptait environ 2,1 millions de personnes déplacées de force, dont près de 969 000 déplacés internes (PDIs), plus de 699 000 retournés dans leurs communautés d'origine et quelques centaines de milliers de réfugiés et demandeurs d'asile résidant au Cameroun ou dans les pays voisins [8]. Ces déplacements concernent des populations très diversifiées : les données collectées par des missions d'évaluation multisectorielle dans des régions telle que le Centre, ont estimé qu'environ 54% des personnes déplacées internes sont des femmes et 46% sont des hommes. Parmi les déplacés, une part importante est constituée d'enfants et d'adolescents : par exemple, dans un échantillon, on comptait près de 13 973 enfants âgés de 5 à 14 ans et 14 882 jeunes de 15 à 24 ans [9].

1.1.5. Situations socio-économiques

Le Cameroun a connu une croissance économique modérée ces dernières années. Le produit intérieur brut (PIB) réel a progressé de 3,5% en 2024, contre 3,2% en 2023, portée principalement par l'agriculture, le secteur des services et l'amélioration de l'approvisionnement en électricité pour l'industrie, malgré une contraction du secteur pétrolier. Cette croissance reste toutefois largement inférieure à l'ambition de la Stratégie Nationale de Développement (croissance moyenne de 8% sur la décennie 2020-2030) et reflète des contraintes structurelles telles que les lacunes infrastructurelles, la faible gouvernance et des niveaux d'investissement insuffisants [10]. Le PIB par habitant en 2024 est estimé à environ 1 467 USD [33], un niveau qui dépasse légèrement le seuil d'avant la pandémie de COVID-19 mais demeure nettement en deçà des pics historiques observés dans les années 1980 [14].

Sur le plan du niveau de vie, environ 37,7% de la population vivait sous le seuil national de pauvreté en 2022, soit près de quatre personnes sur dix vivant avec moins de 813 FCFA par jour (≈1,4 USD), indiquant une pauvreté persistante malgré la croissance économique modérée [11]. Cette situation traduit une faiblesse du pouvoir d'achat des ménages et une vulnérabilité face aux chocs économiques, qui se reflète aussi dans les besoins financiers non satisfaits pour les soins, l'éducation et l'alimentation.

Selon l'OCDE [13], la mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé demeure un défi majeur, avec des dépenses publiques de santé représentant moins de 5% du PIB, bien en deçà de l'objectif d'Abuja de 15%. Dans ce contexte socio-économique, les ressources allouées à la santé restent limitées. Les dépenses totales de santé au Cameroun représentent environ 4% du PIB, avec des dépenses courantes de santé par habitant stagnantes à environ 58-61 USD, et une forte dépendance aux paiements directs des ménages qui couvrent près de 70% du

financement de la santé [12]. Les dépenses publiques de santé sont particulièrement faibles, représentant seulement environ 0,4% du PIB, et la part du budget national consacrée au ministère de la Santé publique a diminué en tendance, s'établissant autour de 3,6% du budget total en 2023 [13]

L'insuffisance du financement public de la santé dans un contexte de pauvreté élevée et de croissance économique modérée entraîne des conséquences directes sur l'état de santé des populations. Le système de santé reste fortement dépendant des financements externes, et les coûts directs supportés par les ménages créent des barrières financières à l'accès aux soins, contribuant à de faibles indicateurs sanitaires tels que l'espérance de vie, la mortalité maternelle et infantile et la prévalence persistante de maladies transmissibles [14] (2025). L'incapacité du système à investir suffisamment dans les services de santé essentiels limite l'accès aux soins préventifs et curatifs, accentue les iniquités de santé, et renforce la vulnérabilité des populations les plus pauvres face aux chocs sanitaires et économiques.,

1.1.6. Situation socio-culturelle

Le contexte socio-culturel du Cameroun est marqué par une diversité exceptionnelle, avec plus de 270 groupes ethniques, une pluralité de langues locales, et un bilinguisme officiel français–anglais, qui structurent les dynamiques sociales, politiques et institutionnelles du pays. Cette diversité s'accompagne de systèmes de valeurs et de normes sociales hétérogènes, fortement influencés par les traditions, les chefferies coutumières, les religions (christianisme, islam et religions traditionnelles) et les rapports de genre, qui jouent un rôle déterminant dans les comportements individuels et collectifs.

Les inégalités sociales et territoriales, notamment entre zones urbaines et rurales, ainsi que les normes socioculturelles liées au genre, à l'âge et au statut social, influencent l'accès à l'éducation, à la santé, à l'emploi et à la participation citoyenne. Dans le domaine de la santé publique, ces facteurs conditionnent les perceptions de la maladie, le recours aux soins modernes, l'acceptabilité des interventions sanitaires et la participation communautaire, rendant indispensable une approche culturellement sensible et contextualisée dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes.

1.2. ORGANISATION DU SECTEUR SANTE

Le secteur de la santé au Cameroun est organisé en forme de pyramide (Tableau 1) comprenant trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et 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 ainsi constituée dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue.

Tableau 1: Différents niveaux de la pyramide sanitaire au Cameroun

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé publiques	Structures de santé privées	Structure de dialogue
Central	▪ Cabinet du ministre de la Santé Publique ▪ Secrétariat Général ▪ Directions et Structures assimilées	▪ Élaboration, , de la Stratégie Sectorielle de Santé ▪ Coordination ▪ Régulation	▪ CENAME, CPC, LANACOME, CIRCB, ▪ Hôpitaux Généraux, CHUY, CHRACERH, HGOPY, HGOPED (1ère catégorie) ; ▪ Hôpitaux Centraux, ▪ Centres Hospitaliers Régionaux (2ème catégorie) ; ▪ ONSP.		Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales.
Intermédiaire	10 Délégations Régionales de la Santé Publique,	Appui technique aux Districts	▪ Hôpitaux régionaux et assimilés (3ème catégorie)	▪ Polyclinique ▪ (catégorie A)	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	210 Districts de santé [15]	Mise en œuvre des Programmes	▪ Hôpitaux de District et assimilés (4ème catégorie) ▪ CMA (5ème catégorie) ▪ CSI (6ème catégorie) ○ CSA (7ème catégorie)	▪ Clinique (catégorie B) ▪ Cabinet médical, Cabinet Dentaire (catégorie C) ; ▪ Cabinet de Soins (catégorie D)	▪ COSADI ▪ COGEDI ▪ COSA ▪ COGE

Source : Plan de développement sanitaire des ressources humaines : Etat des lieux et diagnostic, 2012, SSS 2020-2030.

1.2.1. Performance du système de santé

La performance du système de santé camerounais demeure en deçà des attentes, avec des capacités fonctionnelles encore limitées. Selon le rapport de l'OMS sur la performance des systèmes de santé dans la Région africaine, le niveau de fonctionnalité du système camerounais était estimé à 46% en 2022, avec un accès aux services de santé évalué à 46%, une qualité des services moyenne de 62% et une résilience estimée à 33% face à une demande de soins couverte à 46% seulement.

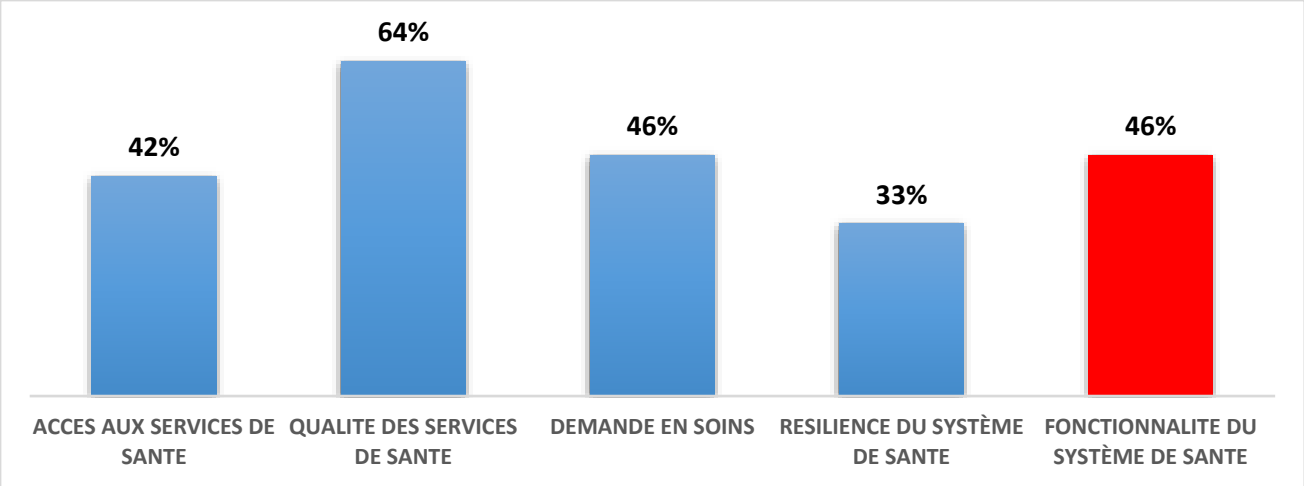


Figure 1: Niveau de performance du Système de Santé au Cameroun, 2020

Source : Rapport sur la performance des systèmes de santé dans la région africaine de l'OMS – AFR/RC70/13, 06 Octobre 2020

Plusieurs facteurs structurels expliquent ces résultats. L'insuffisance du financement de la santé limite l'offre de services, tandis que la répartition inégale des personnels de santé, en nombre globalement insuffisant, crée des disparités territoriales marquées. Le système d'information sanitaire, malgré le déploiement du DHIS2 à l'échelle nationale, n'a pas encore atteint le niveau de maturité requis pour soutenir systématiquement la prise de décision fondée sur des données factuelles. L'accès réduit aux services et soins pour certaines populations vulnérables, la faible vulgarisation des documents techniques élaborés et la coordination insuffisante entre les directions techniques et les programmes contribuent également à limiter la capacité du système à offrir des services de qualité aux populations.

Ces constats soulignent la nécessité d'une recherche opérationnelle capable d'identifier les goulots d'étranglement, de documenter les pratiques efficaces et de produire des données probantes directement utilisables pour améliorer la performance du système à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

.

1.2.2. Financement de la santé

La proportion du budget de l'État camerounais allouée au secteur de la santé oscille entre 3,3 et 5,9% depuis 2005 [16]. Cette proportion demeure largement en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en avril 2001 qui préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé.

Les dépenses totales de santé (DTS)sont passées de 821 à 874 milliards FCFA entre 2018 et 2019, soit une augmentation de 7%. En pourcentage du PIB, les DTS sont restées stagnantes à environ 4% durant cette période.

Les ménages demeurent la principale source de financement des dépenses de santé. Sur ces deux années, leur contribution à travers les paiements directs a représenté en moyenne 71% de la Dépense courante de santé (DCS). Les partenaires au développement constituent la 2ème source de financement de la santé avec en moyenne 13% de la DCS [16]

Dans le domaine de la recherche, le financement demeure structurellement insuffisant, mal documenté et fortement dépendant des sources extérieures. La Déclaration d'Alger de 2008 recommande aux États membres de la Région africaine de l'OMS d'allouer au moins 2% de leurs dépenses nationales de santé à la recherche en santé et de consacrer au moins 5% de l'aide extérieure reçue pour la santé à la recherche. L'Appel à l'Action de Bamako (2008) a réaffirmé ces engagements en appelant les pays à mettre en place des mécanismes de financement durable de la recherche.
Au Cameroun, il n'existe pas de données publiques consolidées permettant de quantifier précisément les dépenses nationales de recherche en santé. Toutefois, plusieurs indicateurs convergents suggèrent que le niveau actuel se situe très en deçà des cibles internationales. Les dépenses totales de santé étant estimées à environ 874 milliards FCFA (2019), l'objectif de 2% correspondrait à un investissement annuel de l'ordre de 17,5 milliards FCFA. Or, le budget alloué à la DROS et les financements documentés pour la recherche opérationnelle ne représentent qu'une fraction marginale de ce montant, estimée à moins de 0,1% des dépenses de santé.
Le financement de la recherche en santé au Cameroun présente plusieurs caractéristiques structurelles préoccupantes. Premièrement, une forte dépendance aux financements extérieurs : la quasi-totalité des études d'envergure nationale (CAMPHIA, EDS, MICS) sont financées par les partenaires techniques et financiers, ce qui expose le système à un risque de discontinuité en cas de réorientation des priorités des bailleurs. Deuxièmement, une fragmentation des sources : chaque institution, programme ou projet finance ses propres activités de recherche sans coordination centrale, rendant impossible une vision consolidée des investissements. Troisièmement, l'absence d'une ligne budgétaire dédiée : dans le budget-programme du MINSANTE, la recherche ne dispose pas d'une allocation spécifique identifiable, contrairement à d'autres fonctions transversales. Quatrièmement, un financement quasi-inexistant pour la traduction des résultats : si des ressources sont parfois mobilisables pour la production de données, la transformation des résultats en notes politiques, synthèses et produits de connaissance utilisables par les décideurs reste non financée.

Le PSNRS 2014–2018 avait déjà identifié le financement comme un goulot d'étranglement majeur. L'absence de progrès significatifs sur cette problématique au cours de la période écoulée confirme la nécessité d'une stratégie de mobilisation des ressources plus ambitieuse et diversifiée. Le PSNRS 2026-2030 adresse cette question à travers l'Effet 4, en ciblant trois leviers : le plaidoyer pour l'augmentation de l'allocation budgétaire de l'État, la mobilisation de financements innovants (taxes sur les produits nocifs, responsabilité sociale des entreprises, financement par les CTD) et le renforcement de la capacité nationale à accéder aux fonds internationaux de recherche.
L'analyse des dépenses de santé par habitant indique qu'entre 2018 et 2019, il y a eu un accroissement de 5% des dépenses totales de santé par habitant ; ces dépenses sont passées de 34 589 à 36 305 FCFA soit respectivement 58$ en 2018 et 63$ en 2019. En d'autre termes le niveau de financement actuel de la santé ne permet pas de garantir l'accès aux services essentiels de santé aux populations et mieux progresser vers la CSU au regard des 146$ per capita requis pour les pays à revenu intermédiaire bas..

1.2.3. Infrastructures et équipements

Le système de santé camerounais repose sur une organisation pyramidale à trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) dont la traduction opérationnelle s'observe dans le maillage territorial des formations sanitaires. Le pays compte 210 districts de santé et 1 869 aires de santé pour une population estimée à 31 893 502 habitants. Les structures de référence se répartissent en 7 hôpitaux généraux (HG), 13 hôpitaux centraux ou centres hospitaliers régionaux (HC/CHR) et 28 hôpitaux régionaux ou annexes (HR/HRA). Les ratios nationaux s'établissent ainsi à environ 4,56 millions d'habitants par HG, 2,45 millions par HC/CHR et 1,14 million par HR/HRA, niveaux qui témoignent d'une forte pression sur l'offre de soins spécialisés.

La lecture régionale révèle des contrastes structurels marqués. La population par district de santé varie de près de 63 000 habitants au Sud-Ouest à environ 193 000 dans l'Ouest, soit un écart supérieur à trois. À l'échelle des aires de santé, le même gradient persiste : chaque aire dessert en moyenne plus de 16 000 habitants dans l'Ouest, contre environ 8 000 dans le Sud et le Nord-Ouest. Ces disparités traduisent des capacités très inégales de planification, de supervision et de gestion de l'information sanitaire au premier niveau du système. Là où les aires de santé sont surchargées, la prestation curative tend à primer sur la documentation, le suivi et l'évaluation, avec des répercussions directes sur la qualité des données de routine.

La distribution des formations hospitalières de référence accentue ce déséquilibre. Sept régions ne disposent d'aucun hôpital général, ce qui concentre l'offre de soins tertiaires dans quelques pôles urbains, principalement Yaoundé et Douala. Cette centralisation engendre une dynamique de référence centripète qui allonge les délais de prise en charge, accroît les coûts pour les ménages et amplifie les inégalités socio-sanitaires. Les HC/CHR et HR/HRA assurent une couverture intermédiaire, mais avec des charges par structure considérables : dans l'Ouest, un HR/HRA couvre près de 1,28 million d'habitants, contre environ 339 000 dans le Sud.

Cette configuration a des implications directes sur la recherche en santé. La rareté des plateaux techniques de référence restreint la recherche clinique et translationnelle à un nombre limité de sites, presque exclusivement urbains, induisant un biais systématique de recrutement peu représentatif de la diversité épidémiologique nationale. Parallèlement, la qualité variable des données dans les aires de santé surchargées (sous-déclaration, retards de notification, erreurs de classification) fragilise la recherche épidémiologique fondée sur le système national d'information sanitaire. Les régions vulnérables, en particulier le Nord-Ouest et le Sud-Ouest, cumulent déficit infrastructurel et contraintes d'accès au terrain, risquant d'être exclues du champ de la recherche nationale et créant un cercle vicieux où les territoires les plus exposés aux problèmes de santé produisent le moins de données probantes.

Tableau 2: Répartition des formations sanitaires par région

REGIONS	Population en 2026*	DISTRICTS DE SANTE	AIRES DE SANTE	FORMATIONS SANITAIRES		
				HG	HC / CHR	HR / HRA
Adamaoua	1 716 920	12	88	0	1	4
Centre	5 882 702	34	287	4	3	3
Est	1 325 977	15	167	0	1	2
Extrême-Nord	6 367 319	37	301	0	1	4
Littoral	4 756 498	24	190	2	1	2
Nord	3 766 780	15	147	1	1	2
Nord-Ouest	1 881 591	21	234	0	1	2
Ouest	3 854 452	20	235	0	1	3
Sud	1 015 714	13	104	0	2	3
Sud-Ouest	1 325 547	21	116	0	1	3
TOTAL	**31 893 502**	**212**	**1869**	**7**	**13**	**28**

Source : Liste des Districts de Santé du Cameroun, MINSANTE, 2026
** Source : MINSANTE, CIS,, Populations Cibles Prioritaires de Santé 2026*

Le maillage périphérique constitue toutefois un atout sous-exploité. Les 1 869 aires de santé et les 210 districts offrent un potentiel considérable pour la recherche opérationnelle décentralisée, l'observation des dynamiques de morbidité courante et l'évaluation des performances programmatiques au plus près des communautés. Les 28 HR/HRA représentent un levier pour élargir la base géographique de la recherche clinique, à condition d'y renforcer les ressources humaines et les équipements. La répartition actuelle des infrastructures ne constitue donc pas seulement un enjeu d'offre de soins : elle détermine la nature des questions de recherche possibles, les populations effectivement étudiées et, en définitive, la capacité du PSNRS à

produire des évidences scientifiques inclusives, représentatives et utiles à la planification sanitaire nationale.

1.2.4. Médicaments et autres produits pharmaceutiques

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques est assuré par le Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels (SYNAME).
Le secteur pharmaceutique se divise en deux sous-secteurs : privé et public.

Le sous-secteur pharmaceutique public est organisé en trois niveaux : (i) niveau central avec la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME) et les directions techniques, (ii) niveau régional avec les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) et les DRSP et (iii) niveau opérationnel avec les Formations Sanitaires (FOSA) et les acteurs communautaires. Dans ce système la CENAME approvisionne les FRPS, les hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie, les FRPS approvisionnent les FOSA et les FOSA dispensent aux patients. Au-delà des FOSA, des Agents de Santé Communautaire polyvalents dispensent des intrants en ambulatoire à l'instar des préservatifs, des antipaludiques pour traitement des cas de paludisme simple.

Dans le sous-secteur privé, les grossistes répartiteurs locaux s'approvisionnent auprès de bureaux d'achat étrangers, de la CENAME et des fabricants nationaux en vue de desservir les officines de pharmacies privées ainsi que les pharmacies des cliniques et polycliniques ayant obtenu une autorisation de l'Ordre des pharmaciens. La gestion des intrants de SR ne déroge pas au SYNAME. Au niveau central la gestion se fait par les Directions techniques en collaboration avec la CENAME. Au niveau Régional par la DRSP en collaboration avec les FRPS et au niveau périphérique par les DS et les FOSA.

Grâce à l'appui de nombreux PTFs et aux subventions de l'État, certaines classes thérapeutiques sont actuellement délivrées gratuitement (antituberculeux, antirétroviraux, antipaludiques dérivés de l'artémisinine pour les enfants de 0 à 5 ans, anti lépromateux, etc.).,
Bien que les subventions des PTF aient permis de réduire le coût de produits essentiels comme les kits obstétricaux, les contraceptifs et les antipaludiques, la dépendance à ces financements extérieurs expose le système de santé à un risque de rupture d'approvisionnement en cas d'arrêt des subventions. Ce qui commande la mise en place d'une stratégie appropriée pour pallier cette éventualité.

Il existe en outre un vaste réseau d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite. De nombreux intervenants de la filière médicament échappent au contrôle de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML).

Créé en 2019, le Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS) a pour objectif d'assurer l'autosuffisance en produits sanguins de qualité sur toute l'étendue du territoire national.

Actuellement au Cameroun, on estime à 400.000, le nombre de poches de sang nécessaires pour traiter annuellement les malades dans les formations sanitaires. Le sang et les produits sanguins labiles représentent pour ces derniers, la meilleure offre thérapeutique. Cependant, moins de 25% des besoins en sang sont pourvus chaque année, avec près de 95% des dons de remplacement effectués par les proches ou membres des familles (dons proscrits par l'OMS) et moins de 5% de dons bénévoles, volontaires et non rémunérés (dons recommandés).

1.2.5. Ressources humaines

Les ressources humaines en santé demeurent un défi structurel majeur pour le système de santé camerounais. L'Analyse du marché du travail du secteur de la santé réalisée en 2025, qui a exploité les données du dernier recensement des personnels de santé, celles des administrations publiques gérant les personnels de santé, des associations et ordres professionnels de santé ainsi que les statistiques des personnels de santé récents, fournit un état des lieux actualisé de la situation. En 2024, le Cameroun comptait approximativement 69 312 agents de santé actifs, distribués dans les différentes professions de santé, dont environ 10 446 agents de santé communautaires (ASC). La densité moyenne en personnel de santé est estimée à 20,4 travailleurs de santé pour 10 000 habitants, soit environ 45,8% du seuil indicatif de 44,5 pour 10 000 fixé par les Objectifs de Développement Durable (ODD). Ce déficit structurel confirme la persistance d'un manque de personnel qualifié dans les formations sanitaires (FOSA), particulièrement dans les zones rurales.

Les ratios par catégorie professionnelle confirment l'ampleur du déficit. Le ratio de médecins demeure nettement en deçà des normes internationales, avec une concentration marquée dans les deux métropoles (Yaoundé et Douala) et un déficit critique dans les régions septentrionales et les zones rurales. Le ratio de sages-femmes est également inférieur aux standards requis, tandis que celui des infirmiers s'en rapproche davantage. Les normes en ressources humaines de santé définies dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021–2025) [54] pour les établissements de santé de premier contact montrent que le fonctionnement des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) ne garantit pas une offre de qualité continue des services et soins de santé primaires aux populations.

Plusieurs facteurs aggravants pèsent sur cette situation. Le nombre insuffisant de personnels qualifiés dans les FOSA, dont la plupart sont en situation précaire faute de contractualisation, se conjugue à une mauvaise répartition du personnel de santé sur l'ensemble du territoire national et au non-respect de l'adéquation profil-poste de travail. Le déficit d'information sur le personnel actif dans le secteur privé et dans les administrations partenaires du secteur santé complique davantage la planification. Par ailleurs, le nombre de personnels recrutés par la fonction publique n'est pas en adéquation avec celui des départs à la retraite et la fuite des cerveaux, de sorte que l'écart entre les besoins de terrain et les effectifs affectés continue de se creuser.

À ce déficit de personnel qualifié au niveau des établissements de santé de premier contact s'ajoute la problématique des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCp). Bien que

reconnus comme des acteurs indispensables pour une offre de soins et services communautaires efficaces, les ASCp ne bénéficient pas d'un statut officiel dans la pyramide sanitaire ni d'un régime de service. L'Analyse du marché du travail 2025 dénombre environ 10 446 ASC sur les 69 312 agents actifs, soit près de 15% de l'effectif total, ce qui souligne à la fois leur poids numérique dans le système et l'urgence de clarifier leur intégration institutionnelle.

Sur le plan de la recherche, ces lacunes en ressources humaines limitent directement la capacité du système à conduire des travaux de recherche opérationnelle au niveau décentralisé, où les besoins sont pourtant les plus critiques. La faible densité de personnel qualifié dans les districts et aires de santé périphériques réduit la disponibilité des compétences nécessaires à la collecte de données fiables, à la mise en œuvre de protocoles de recherche et à l'évaluation des interventions de santé. Le PSNRS devra prendre en compte cette contrainte fondamentale dans la définition de ses axes stratégiques, en articulant le renforcement des capacités de recherche avec la résolution progressive du déficit en ressources humaines.

1.2.6. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

1.2.6.1. Rôle stratégique de la CIS dans l'écosystème de la recherche en santé

Le MINSANTE dispose de la plateforme DHIS2, gérée par la Cellule des Informations Sanitaires, qui permet de collecter, traiter, analyser et visualiser les données et indicateurs de santé. Depuis 2018, le déploiement du DHIS2 s'est étendu à l'ensemble des formations sanitaires du pays. Toutefois, des défis subsistent en matière de qualité des données (promptitude, cohérence, complétude), de rétroaction vers les structures périphériques et d'utilisation effective des données pour la prise de décision.

Les sous composantes du SNIS ayant les niveaux de maturité les plus bas portent sur le financement, la capacité d'analyse, l'engagement des partenaires et la planification. Tandis que les niveaux de maturités les plus élevées sont retrouvées dans les sous composantes surveillance des maladies et évaluation des progrès du secteur de la santé. Les forces et faiblesses recensées montrent que des progrès importants ont été réalisés dans la génération des données et que des efforts restent à faire dans les domaines de la Gouvernance des données de santé, la planification stratégique et l'utilisation des données pour la prise de décision. L'évaluation du système d'information sanitaire au Cameroun met en lumière des avancées significatives, notamment une forte prise de conscience politique et un cadre institutionnel favorable. Néanmoins, de nombreux défis restent à relever, tels que l'harmonisation des outils de collecte, l'amélioration des ressources humaines, le renforcement de l'interopérabilité, et la consolidation des capacités analytiques. La dépendance à l'égard des financements externes, la fragmentation des systèmes parallèles, et l'insuffisance de ressources matérielles entravent actuellement la performance et la fiabilité du SIS. La mise en place d'un cadre stratégique clair, d'un référentiel national, d'une gouvernance renforcée, ainsi que le développement d'une culture de l'utilisation des données sont essentiels pour que le Cameroun atteigne un niveau conforme aux normes internationales. La digitalisation, l'implication accrue des universités, et la simplification des mécanismes de communication et de diffusion des données représenteront des leviers clés pour assurer la

durabilité et l'efficacité du système d'information sanitaire national (plan stratégique de renforcement du système national d'informations sanitaires 2026-2030).



Figure 2: Capacités de production, d'analyse et de communication

En 2025, selon les données issues de l'évaluation de la maturité globale du SIS réalisée à travers les outils SCORE et HIS Maturity, le Cameroun présente une maturité globale estimée à 43%, ce qui le classe en système encore émergent. Ce résultat traduit des difficultés persistantes dans la production, l'analyse et l'utilisation des données de santé à des fins décisionnelles.

1.2.6.2. Rôle stratégique de l'ONSP dans l'écosystème de la recherche en santé

Au-delà de sa fonction de veille épidémiologique en tant que point focal RSI, l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) assume une fonction stratégique de premier plan au sein du système national de santé : celle de rassembler, analyser, synthétiser et diffuser les données de santé pour orienter les politiques de santé. L'ONSP a vocation à transformer les données qu'il réunit en connaissances utiles, s'inscrivant pleinement dans la logique « Data to Policy – Data for Health ». Dans le cadre du PSNRS, l'ONSP constitue un pont naturel entre la production de recherche en santé (coordonnée par la DROS) et la prise de décision programmatique et politique. Sa complémentarité avec la DROS s'articule comme suit : la DROS coordonne la production de la recherche opérationnelle, tandis que l'ONSP contribue à la synthèse, la centralisation et la diffusion des données de santé (y compris celles issues de la recherche) vers les décideurs. Le PSNRS prévoit de renforcer cette articulation fonctionnelle, notamment à travers : (i) l'intégration des résultats de la recherche opérationnelle dans les produits de connaissance de l'ONSP (bulletins, rapports analytiques, tableaux de bord) ; (ii) la production conjointe de notes de politique fondées sur les preuves ; (iii) le renforcement des capacités de l'ONSP en matière de synthèse des données probantes.

1.2.6.3. Cameroon Health Data Collaborative (CHDC) comme niveau de coordination

Le CHDC, de par sa nature de réseau regroupant les producteurs, les utilisateurs et les partenaires de données de santé, et de par sa logique d'intervention au sein du SNIS, constitue une plateforme de coordination, de partenariat et d'influence sur la question des données et informations en santé. Le CHDC représente un levier important pour structurer l'écosystème de recherche en santé et le processus de prise de décision fondée sur les données probantes. Le PSNRS le positionne non seulement comme vecteur de promotion du Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS), mais également comme mécanisme de partage intersectoriel des résultats de recherche et de dialogue entre producteurs et utilisateurs de données.

1.2.6.4. Recherche en santé et Système d'Information Sanitaire (SIS)

La recherche opérationnelle en santé constitue une composante essentielle du pilier « information sanitaire » du système de santé. Le PSNRS s'articule avec le Plan Stratégique de renforcement du SNIS en cours de validation, qui identifie explicitement le renforcement de la recherche en santé parmi ses axes prioritaires. Les outils proposés par le PSNRS (CDNSS, banque de données de recherche, portail de visualisation) ne créent pas un système parallèle mais s'intègrent à l'infrastructure existante du SNIS, notamment la plateforme DHIS2 et le tableau de bord public. L'objectif est de construire un véritable circuit décisionnel intégré, où les données de routine, les données de surveillance et les données issues de la recherche alimentent conjointement la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Or, ces trois flux d'information fonctionnent encore en grande partie de manière cloisonnée, sans mécanismes formels d'intégration. Le Plan stratégique de renforcement du SNIS, identifie explicitement le renforcement de la recherche en santé parmi ses axes prioritaires, créant une opportunité d'articulation fonctionnelle avec le PSNRS.

Le début de l'année 2022 a connu l'introduction du Rapport Mensuel d'Activités des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (RMA-ASCp) dans le système de collecte des données communautaires avec sa digitalisation dans la plateforme DHIS2. Depuis lors très peu d'ASCp y ont accès. Un accent devrait être mis sur la dotation en matériel et la formation des ASCp à l'utilisation de ces outils afin de garantir la remontée et l'analyse des données communautaires qui restent encore très peu disponibles.

1.3. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU CAMEROUN

1.3.1. Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles demeurent une cause majeure de morbidité et de mortalité. Le paludisme reste la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. Le Cameroun figure parmi les 11 pays concentrant environ deux tiers de la charge mondiale, représentant 3% des cas mondiaux et 1,9% des décès liés au paludisme en

2023. Au niveau national, le paludisme est responsable de 50% des hospitalisations, dont 65% chez les enfants de moins de cinq ans [59]. La proportion de la population ayant accès à l'utilisation de moustiquaires imprégnées a atteint 72,8% en 2023, contre 59% en 2018 [17].

Le Cameroun est confronté à une épidémie généralisée de VIH. Selon la déclaration officielle du Ministre de la Santé publique (avril 2024), la prévalence du VIH chez les adultes de 15–49 ans est estimée à 2,1% en 2023, en baisse par rapport à 2,7% en 2018. Des disparités persistent selon le sexe (3,5% chez les femmes contre 1,9% chez les hommes) et les régions [18,19]. Le nombre de PVVIH était estimé à environ 480 232 en 2022, avec une progression de la couverture ARV [19]. La tuberculose reste endémique. Le Cameroun figure sur les listes OMS des pays à forte charge de TB et de co-infection TB/VIH. L'OMS estime l'incidence à environ 170 cas pour 100 000 habitants (estimation 2023), avec un gap diagnostique de 43% au niveau national (2019) [20]. La rougeole et le choléra continuent d'être signalés de manière épisodique, avec des flambées récurrentes liées aux crises humanitaires et aux déficits de couverture vaccinale, particulièrement dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest [21].

1.3.2. Santé maternelle, néonatale et infantile

La santé maternelle, néonatale et infantile constitue un défi majeur. Selon les estimations interinstitutions les plus récentes , le ratio de mortalité maternelle est estimé à 258 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023. Le pays vise un ratio de 140/100 000 NV d'ici 2030, conformément aux ODD [22].

La mortalité néonatale atteint 25 décès pour 1 000 NV (2023), la mortalité infantile (< 1 an) est de 41 pour 1 000 NV (2023) et la mortalité infanto-juvénile (< 5 ans) s'élève à 67 pour 1 000 NV (2023), traduisant des insuffisances persistantes dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence [23,24]. Ces indicateurs reflètent également l'impact des infections, des complications périnatales et de la malnutrition sur la survie des enfants.

1.3.3. Maladies non transmissibles

Note méthodologique

Les données ci-dessous sont les estimations OMS/NCD-RisC et FID les plus récentes disponibles. Le Cameroun n'a pas encore réalisé d'enquête STEPS nationale complète ; les estimations reposent donc sur des modélisations à partir d'études populationnelles infra-nationales. Le comblement de ce gap de données constitue une priorité pour la recherche opérationnelle.

Le Cameroun connaît une transition épidémiologique progressive, avec une augmentation des maladies non transmissibles (MNT). La probabilité de décès prématuré (entre 30 et 70 ans) lié à l'une des quatre principales MNT (MCV, cancers, diabète, maladies respiratoires chroniques) est estimée à environ 20% au Cameroun, [25].

- Hypertension artérielle : selon les estimations du NCD Risk Factor Collaboration utilisées par l'OMS, la prévalence de l'HTA chez les adultes de 30–79 ans au Cameroun est estimée à environ 38% (données 2019), avec seulement 6% des hypertendus atteignant un contrôle tensionnel adéquat [26]. Cette estimation est cohérente avec le profil OMS sur l'hypertension publié en 2025.
- Diabète : la prévalence du diabète dans la région Afrique de l'OMS est passée de 6,4% en 1990 à 10,5% en 2022 chez les adultes de 18 ans et plus [27]. Pour le Cameroun spécifiquement, la FID (Diabetes Atlas, 10e édition, 2021) estimait la prévalence régionale Afrique à 4,5% (adultes 20–79 ans) avec une projection à 5,2% en 2045 [28]. La FID (11e édition, 2025) confirme l'augmentation prévue de 142% du nombre de diabétiques en Afrique d'ici 2050 [29]. Le taux de non-diagnostic reste préoccupant : la proportion de diabète non diagnostiqué en Afrique est la plus élevée au monde, estimée à 53,6% [28].
- Maladies cardiovasculaires : selon les estimations mondiales de la santé de l'OMS (Global Health Estimates, 2021), la probabilité de décès prématuré attribuable aux MCV (30–70 ans) au Cameroun était de 12% en 2012, et le taux de mortalité standardisé par âge attribuable aux MCV était de 11,85% en 2017 (données GBD) [25,30]. L'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque cardiovasculaire dans le pays.
- Cancers : la charge croissante des cancers s'inscrit dans cette transition, bien que les données nationales de registre restent limitées.

Les facteurs de risque comportementaux contribuent à cette évolution :

- Tabac : la prévalence du tabagisme courant chez les adultes (≥15 ans) est estimée à 4,3% en 2022 (8,4% chez les hommes, 0,3% chez les femmes), en baisse par rapport à 7,5% en 2019 (OMS, WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000–2030, 2024) [31].
- Inactivité physique : l'OMS estime qu'environ 27% des adultes camerounais n'atteignent pas les niveaux d'activité physique recommandés [25].
- Régimes alimentaires déséquilibrés, notamment la consommation excessive de sel (la consommation moyenne dépassant 5 g/jour) [25].

Cette transition exerce une pression supplémentaire sur un système de santé historiquement orienté vers la lutte contre les maladies infectieuses. L'absence d'une enquête STEPS nationale récente constitue un gap critique pour le pilotage des politiques de prévention et de contrôle des MNT [34], auquel la recherche opérationnelle devrait contribuer à répondre [25].

1.3.4. Urgences sanitaires et menaces épidémiques

Le pays reste exposé à des urgences sanitaires et menaces épidémiques récurrentes, notamment les épidémies de choléra, de rougeole, de méningite et d'autres maladies émergentes ou réémergentes. Les crises humanitaires et sécuritaires (dans le bassin du Lac Tchad (Extrême-Nord), les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, et la région de l'Est affectée par l'afflux de réfugiés) aggravent la vulnérabilité des populations et perturbent la continuité des services de santé. Les flambées de choléra (notamment en 2022 et 2024 dans l'Extrême-Nord et le Sud-

Ouest) et de méningite surviennent régulièrement dans les régions septentrionales, avec des ampleurs variables [21].

1.3.5. Synthèse et implications pour la recherche opérationnelle

La situation épidémiologique du Cameroun (marquée par le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les défis persistants en santé maternelle et infantile, et la récurrence des urgences sanitaires) met en évidence la nécessité de renforcer la surveillance intégrée des maladies, d'améliorer la qualité et l'utilisation des données sanitaires et de promouvoir la recherche opérationnelle comme levier stratégique pour adapter les interventions aux réalités locales, réduire les inégalités de santé et améliorer durablement les indicateurs sanitaires nationaux [32,33].

En particulier, la RO pourrait contribuer à : (i) combler les gaps de données sur les MNT par la réalisation d'une enquête STEPS nationale ; (ii) évaluer l'efficacité des stratégies de prise en charge intégrée des maladies chroniques au niveau des soins de santé primaires ; (iii) optimiser les interventions de lutte contre le paludisme, la TB et le VIH dans les zones de crise humanitaire ; et (iv) améliorer la couverture et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

L'objet du présent Plan de recherche, en santé est de définir les orientations stratégiques du Cameroun dans le domaine de la recherche opérationnelle, les priorités, les mécanismes et les actions nécessaires pour une meilleure organisation, promotion et coordination des activités de recherche en santé afin de produire des connaissances scientifiques utiles à l'amélioration de la santé des populations et au renforcement du système de santé. Conformément aux missions régaliennes de la DROS, ce plan va au-delà des questions de recherche opérationnelles et aborde des thématiques telles que l'impulsion au développement de médicaments traditionnels améliorés.

CHAPITRE 2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1. CADRE THÉORIQUE DE L'ANALYSE

L'élaboration du PSNRS 2026-2030 repose sur un cadre théorique ancré dans le modèle des Systèmes Nationaux de Recherche en Santé (SNRS), conceptualisé par Pang et al. [35] sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce cadre, qui constitue la référence normative internationale pour analyser la recherche en santé comme un système structuré, s'articule autour de quatre fonctions fondamentales et interdépendantes.

La première fonction, la gouvernance (stewardship), renvoie au leadership stratégique de l'État dans la définition des priorités, l'élaboration des cadres réglementaires et la coordination des acteurs. La deuxième fonction concerne le financement, c'est-à-dire la mobilisation, l'allocation et la gestion des ressources dédiées à la recherche. La troisième fonction porte sur la création et le soutien des ressources, englobant les ressources humaines qualifiées, les infrastructures et les capacités organisationnelles. La quatrième fonction, qui constitue la finalité du système, est la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances pour l'amélioration de la santé.

Ce cadre a été appliqué dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, notamment au Ghana, au Kenya, en Afrique du Sud et au Sénégal, où il a servi à diagnostiquer les faiblesses des systèmes nationaux de recherche et à améliorer l'alignement entre production scientifique et priorités de santé. Dans le contexte camerounais, il apparaît particulièrement pertinent pour examiner de manière systémique les goulots d'étranglement structurels qui limitent l'impact de la recherche en santé sur les politiques et les programmes sanitaires.

L'architecture du PSNRS en quatre effets stratégiques couvre l'intégralité des quatre piliers du SNRS : l'Effet 1 (Gouvernance et éthique) correspond au pilier « Gouvernance et leadership » ; l'Effet 4 (Financement durable) correspond au pilier « Financement » ; l'Effet 3 (Renforcement des capacités) correspond au pilier « Capacités nationales et infrastructures » ; l'Effet 2 (Production et utilisation des évidences) correspond au pilier « Production et utilisation des connaissances ». Cette correspondance garantit la complétude systémique du plan.

2.2. CADRE CONCEPTUEL DE L'ANALYSE

Le cadre conceptuel de l'analyse a été opérationnalisé autour de quatre composantes analytiques interdépendantes, structurées conformément aux sections des guides d'entretien :

- La première composante, l'orientation stratégique et l'encadrement de la recherche, examine les besoins, les priorités, le cadre réglementaire et éthique.
- La deuxième composante analyse les ressources et moyens mobilisés, incluant le financement, les capacités humaines, techniques et organisationnelles.
- La troisième composante porte sur les dynamiques de collaboration et de partenariats entre directions techniques, institutions de recherche, partenaires techniques et financiers et société civile.
- La quatrième composante traite de la production, la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche.

L'interaction entre ces quatre composantes génère des résultats intermédiaires – pertinence des thématiques, qualité des travaux, appropriation par les décideurs – qui conditionnent les effets attendus sur la performance du système de santé. Conformément aux orientations de l'OMS/TDR [62] et au concept de recherche intégrée, la recherche en santé est définie dans ce cadre comme une démarche scientifique appliquée, intégrée aux programmes et services de santé, visant à produire des connaissances directement utilisables pour améliorer l'efficacité, l'efficience, la qualité, l'équité et la résilience du système de santé. Cette approche reconnaît explicitement les districts de santé, les formations sanitaires et la communauté comme des espaces centraux de production, d'expérimentation et d'utilisation des données de recherche.

2.3. PROCESSUS D'ELABORATION

Le processus d'élaboration du PSNRS a été conduit sous le leadership de la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS), conformément au Guide méthodologique de planification stratégique et opérationnelle au Cameroun [36]. Ce guide préconise une approche participative et multisectorielle à toutes les étapes du cycle de planification. Un comité de suivi de l'élaboration a été mis en place dès le démarrage pour garantir la qualité technique et l'appropriation institutionnelle du processus. Le processus s'est articulé en quatre phases successives et itératives :

2.3.1. Phase 1 : Conceptualisation et cadrage méthodologique (octobre-novembre 2025).

Cette phase a compris la constitution de l'équipe technique de rédaction, la réalisation d'une analyse préliminaire des parties prenantes, l'élaboration des outils de collecte (guides d'entretien individuels et de groupe, grille d'analyse documentaire), la définition du cadre conceptuel et la validation de la méthodologie par le comité de suivi. Les guides d'entretien ont été adaptés à cinq catégories de cibles : les responsables des directions et programmes du MINSANTE, les institutions académiques et de recherche, les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile, et les professionnels de santé des niveaux intermédiaire et opérationnel.

2.3.2. Phase 2 : Analyse situationnelle et diagnostic participatif (novembre 2025 – janvier 2026).

La collecte des données a mobilisé deux volets complémentaires. Le premier volet, la revue documentaire, a porté sur les documents stratégiques nationaux (Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030, PNDS 2021-2025, rapports de revues sectorielles annuelles), les rapports des programmes de santé, les bases de données disponibles (DHIS2, données GBD 2021, EDS 2018, MICS), les cadres normatifs internationaux (résolutions OMS/AFRO, Déclaration d'Alger, Déclaration de Bamako) et le bilan du PSNRS 2014–2018. Le second volet, les consultations de terrain, a été réalisé à travers des entretiens individuels et des groupes de discussion (focus groups) auprès d'informateurs clés sélectionnés par échantillonnage raisonné au sein des

différentes structures impliquées dans la production et l'utilisation des données de recherche en santé. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits à l'aide de logiciels de transcription automatisée (Sonix.ai, TurboScribe), puis analysés selon la méthode d'analyse de contenu thématique. Le consentement éclairé des participants a été recueilli préalablement.

2.3.3. Phase 3 : Élaboration du cadre stratégique et des outils de mise en œuvre (février-mars 2026).

Sur la base des résultats de l'analyse situationnelle, l'équipe technique a procédé à l'élaboration du cadre stratégique (vision, effets, extrants, indicateurs), du cadre organisationnel (rôles et responsabilités des acteurs), du cadre de suivi-évaluation et du cadre financier. Cette phase a intégré une série d'ateliers techniques de travail ayant permis la validation progressive des composantes du plan par les différentes parties prenantes.

Sur la base des données obtenues des interviews et de l'analyse documentaires, deux méthodes complémentaires d'analyses ont été menées : L'analyse fonctionnelle de la ROS et l'analyse PESTEL. L'analyse fonctionnelle s'est spécifiquement effectuée sur la base de l'enquête réalisée auprès des informateurs clés du niveau stratégique et des niveaux intermédiaires et opérationnels d'une part et de la revue des principaux documents de stratégie nationale des différents programmes et projets du ministère de la santé publique d'autre part. L'ensemble des mécanismes qui permettent au Cameroun de produire, utiliser et institutionnaliser la recherche a fait l'objet de cette revue grâce à un outil conçu de manière participative avec la contribution de tous les acteurs clés, y compris la DROS., Les principales composantes examinées ont été :

(i) la gouvernance (la vision nationale pour la recherche opérationnelle, les priorités de recherche alignées sur les besoins sanitaires, les cadres éthiques et réglementaires, la coordination entre ministères, universités, hôpitaux, ONG et partenaires techniques) ;
(ii) la problématique du financement (mobilisation des fonds durables nationaux et des partenaires, les mécanismes d'appel à projets, les ressources pour la traduction des résultats en pratiques, pas seulement pour la production de données) ; (iii) le Renforcement des capacités (développement des équipes pluridisciplinaires , appui méthodologique…) ;
(iii) la Production de preuves utiles (études orientées vers des problèmes concrets tels que l'organisation des soins, qualité, coûts, accès, équité, continuité des services etc…) ;
(iv) l'Intégration dans la décision et la pratique (traduction des résultats en recommandations opérationnelles) ; (vi) la Diffusion et le partage des connaissances ;
(v) la Documentation des bonnes pratiques et des échecs.
(vi) les Partenariats et durabilité (Ancrage de la recherche au sein des programmes de santé et non à la marge, développement des collaborations régionales/internationales, etc…).

L'analyse PESTEL recommandée par le MINEPAT pour l'élaboration des documents de stratégies au Cameroun s'est effectuée selon ses principaux critères : Politique, Économique, Socioculturel, Technologique, Écologique, Légal.

2.3.4. Phase 4 : validation participative et restitution (mars–avril 2026).

Le projet de PSNRS a fait l'objet de plusieurs cycles de relecture par les experts nationaux et internationaux, suivis d'un atelier de validation participative réunissant l'ensemble des parties prenantes identifiées. Les observations formulées lors de ces sessions ayant fait l'objet d'un consensus ont été intégrés dans la version finale du document.

2.4. PARTIES PRENANTES IMPLIQUÉES

Les principales catégories de parties prenantes ayant contribué à l'élaboration du PSNRS comprennent : les structures centrales, intermédiaires et périphériques du MINSANTE (directions techniques, programmes de santé, formations sanitaires) ; les administrations partenaires du secteur santé dans le domaine de la recherche (MINRESI, MINESUP, MINDEF) ; les facultés de médecine, de pharmacie et les écoles de formation en santé ; les centres et instituts de recherche (CPC, IMPM, CIRCB, CRID, OCEAC, LNSP) ; les partenaires techniques et financiers ; les sociétés savantes et réseaux scientifiques ; les organisations de la société civile ; et les structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles.

2.5. OUTILS ANALYTIQUES

L'analyse situationnelle a mobilisé plusieurs outils complémentaires, appliqués de manière séquentielle. L'analyse PESTEL (Politique, Économique, Socioculturel, Technologique, Écologique, Légal), recommandée par le MINEPAT pour l'élaboration des documents de stratégie au Cameroun, a permis d'évaluer l'environnement externe dans lequel s'inscrit la recherche en santé. L'analyse fonctionnelle, structurée autour des missions régaliennes de la DROS, a examiné les aspects organisationnels, fonctionnels et d'utilité du dispositif national de recherche. L'analyse FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) a synthétisé les résultats des analyses précédentes en confrontant les capacités internes du système aux dynamiques externes.
En complément, un recensement de 323 travaux de recherche en santé (151 thèses universitaires et 172 autorisations administratives de recherche délivrées sur 2024-2025) a permis de cartographier la production scientifique nationale et d'identifier les angles morts de la recherche. Les résultats opérationnels des programmes nationaux de santé ont été confrontés aux cibles de la SSS pour estimer les gaps de performance programmatique.

2.6. CRITÈRES DE PRIORISATION

L'identification des priorités stratégiques et thématiques a reposé sur une triangulation systématique intégrant trois niveaux d'analyse : l'analyse du corpus de recherche existant, l'évaluation des gaps de performance des programmes et l'analyse du profil épidémiologique national. Les priorités ont été classées selon un score composite pondéré articulant cinq critères : la charge de morbidité nationale (30%), l'intensité du gap de recherche (25%), l'ampleur du gap de performance programmatique (25%), le degré d'alignement avec les axes prioritaires de la

SSS (15%) et la faisabilité opérationnelle (5%). Il convient de préciser que ces orientations thématiques constituent un cadre d'orientation. Un agenda national détaillé de recherche en santé sera élaboré au cours de la première année de mise en œuvre du PSNRS, à travers un processus participatif dédié impliquant l'ensemble des parties prenantes.

2.7. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Plusieurs limites méthodologiques méritent d'être signalées. L'échantillonnage raisonné ne permet pas une représentativité statistique de l'ensemble des acteurs de la recherche en santé au Cameroun. Les données quantitatives sur le financement de la recherche restent parcellaires en l'absence de comptes nationaux de la recherche en santé. Le corpus de 323 travaux analysés ne couvre que les productions documentées et n'inclut pas l'ensemble des recherches réalisées en dehors du circuit formel du MINSANTE (universités, secteur privé). Ces limites soulignent la nécessité de réaliser une cartographie exhaustive des parties prenantes et de la production de recherche dès la première année de mise en œuvre, comme prévu dans l'Extrant 1.1 du cadre logique.

CHAPITRE 3. ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTÉ

3.1. CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODE

L'état des lieux de la recherche opérationnelle en santé (ROS) au Cameroun procède d'une démarche structurée en deux temps. Une analyse contextuelle (PESTEL) caractérise d'abord l'environnement macroscopique dans lequel s'inscrit le système national de recherche. Une analyse fonctionnelle examine ensuite les capacités internes du dispositif national selon le modèle des quatre piliers du Système National de Recherche en Santé (SNRS) défini par Pang et al. [35] et consolidé par la résolution AFR/RC65/R2 de l'OMS-AFRO. Une synthèse stratégique intégrative (FFOM) clôt le chapitre et établit la passerelle vers le cadre stratégique du Chapitre 5.

Les quatre piliers retenus comme grille structurante sont :

- Gouvernance et leadership : cadre organisationnel et réglementaire, parties prenantes, coordination intersectorielle, mécanisme national de priorisation, standards éthiques et normatifs.
- Financement de la recherche en santé : mobilisation des ressources nationales et extérieures, mécanismes d'allocation, durabilité.
- Capacités nationales en recherche en santé : ressources humaines, institutions, infrastructures, formation initiale et continue.
- Production et utilisation des connaissances : génération de preuves, traduction des résultats, communication scientifique, intégration dans la décision et la pratique.

Cette grille répond à plusieurs exigences : (i) l'alignement sur le cadre normatif international structurant l'analyse des systèmes de recherche en santé en Afrique ; (ii) la cohérence avec les cinq axes stratégiques du PSNRS 2026-2030 (Chapitre 5) ; (iii) la lisibilité institutionnelle, en restituant aux décideurs un diagnostic directement actionnable.

L'analyse repose sur une triangulation méthodologique : revue documentaire des cadres stratégiques nationaux (SSS 2020-2030, PNDS, plans des programmes verticaux), analyse normative (Décret n°2013/093, Loi n°2022/008, Loi n°2025/009), entretiens individuels et focus groups conduits de novembre 2025 à janvier 2026 auprès d'informateurs clés des niveaux stratégique, intermédiaire et opérationnel (cf. Chapitre 2), et exploitation du rapport de l'analyse situationnelle de la ROS.

3.1.1. Analyse PESTEL

L'analyse PESTEL, recommandée par le Guide méthodologique de planification stratégique du MINEPAT [36], caractérise l'environnement dans lequel évolue le système national de ROS.

Sur le plan politique, l'environnement reconnaît formellement l'importance de la recherche pour la décision sanitaire, comme en attestent la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030 (objectif 4.5), les engagements internationaux (ODD 3, Déclaration d'Alger 2008, AFR/RC65/R2) et le récent renforcement législatif (Loi n°2022/008 ; Loi n°2025/009). Toutefois, cette reconnaissance peine à se traduire en leadership opérationnel : la ROS demeure perçue comme une activité périphérique, fréquemment déléguée aux partenaires techniques et financiers (PTF) ou aux acteurs académiques, plutôt qu'assumée comme une fonction régalienne.

Sur le plan économique, la recherche est encore largement appréhendée comme un coût non productif à court terme, et non comme un investissement en efficience générant des économies de moyen et long terme. L'économie nationale de la ROS est exogène, fragmentée et structurellement non soutenable en l'état.

Sur le plan socioculturel, la recherche reste fortement associée à la sphère académique (thèses, publications, carrière universitaire) plutôt qu'à la résolution collective des problèmes de politiques publiques. Cette représentation alimente une faible demande institutionnelle, une non-appropriation des résultats par les décideurs et une intégration limitée des acteurs de terrain et des communautés dans la production des connaissances.

Sur le plan technologique, le pays dispose d'infrastructures numériques émergentes (DHIS2, Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé, plateforme Cameroon Health Data Collaborative, Observatoire National de Santé Publique). Toutefois, l'absence de standards d'utilisation harmonisés et de mécanismes de mutualisation des compétences avancées (biostatistique, science des données, économie de la santé) limite leur valeur ajoutée. Le défi n'est pas l'absence d'outils, mais l'absence de systèmes standardisés d'utilisation. La World Health Statistics 2025 (OMS) [39] souligne par ailleurs l'importance croissante de l'intelligence artificielle et de la transformation numérique pour la recherche en santé en Afrique.

Sur le plan environnemental, les épidémies récurrentes, les crises humanitaires (Extrême-Nord, régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, Est) et les impacts sanitaires du changement climatique renforcent objectivement le besoin d'une ROS rapide, contextuelle et résiliente.

Sur le plan légal, le cadre réglementaire et éthique est reconnu comme légitime et protecteur. Son opérationnalisation demeure cependant rigide, peu proportionnée au niveau de risque des protocoles et insuffisamment dotée. Les procédures uniformes, les délais d'examen et l'absence de suivi post-approbation freinent la conduite de la ROS.



Figure 3: Analyse PESTEL de la recherche opérationnelle au Cameroun

3.2. ETAT DES LIEUX DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP

3.2.1. Cadre organisationnel et institutionnel

Le Cameroun dispose d'un cadre organisationnel formel pour la coordination de la recherche en santé. Le Décret n°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique institue la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) comme organe central chargé de coordonner, promouvoir et orienter la recherche opérationnelle dans le secteur. Cette ancrage institutionnel constitue une force, peu de pays de la sous-région disposant d'une structure dédiée à ce niveau hiérarchique.

Toutefois, la DROS opère dans un environnement caractérisé par une dispersion de l'effort de recherche : plusieurs travaux sont conduits dans des Directions centrales, des programmes verticaux et des projets sans qu'elle en soit informée ou associée, ce qui affaiblit sa capacité de pilotage stratégique et de capitalisation. Les acteurs clés interviewés convergent : *« Les priorités de recherche sont souvent dictées par les projets et les cahiers des charges des partenaires techniques et financiers, plutôt que par un cadre national clair. »*

Aux côtés de la DROS, l'écosystème institutionnel comprend un ensemble d'instituts et de centres spécialisés en santé humaine, principalement concentrés à Yaoundé : le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) et ses antennes de Garoua et Douala, l'Institut de Recherches Médicales et

d'Études des Plantes Médicinales (IMPM), le Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB), l'Institut Supérieur de Recherche Scientifique et Médicale (ISM), l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites (ANRS-MIE Cameroun), l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), le Centre for Research in Infectious Diseases (CRID) et le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP). À ces structures s'ajoutent l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP), plateforme nationale de synthèse et de diffusion de l'information sanitaire, et le Cameroon Health Data Collaborative (CHDC), espace de coordination multipartenaires des données de santé.

3.2.2. Cadre réglementaire et législatif

Le cadre réglementaire de la recherche en santé a connu des avancées substantielles. La Loi n°2022/008 du 27 avril 2022 [37] et la Loi n°2025/009 du 15 juillet 2025 relative au don, au prélèvement et à la greffe de matériel biologique humain constituent des jalons majeurs. Elles consolident l'encadrement juridique de la recherche en santé et témoignent de l'engagement du législateur en faveur d'un environnement éthique et structuré.

La matérialisation de cette volonté politique demeure cependant limitée, principalement en raison du retard pris dans l'élaboration des textes d'application. En l'absence de ces textes, les acteurs continuent d'opérer sur la base de circulaires et de procédures internes hétérogènes, source d'insécurité juridique pour les chercheurs et les promoteurs d'études.

3.2.3. Système national d'évaluation éthique

Le Cameroun s'est doté d'un système d'évaluation éthique structuré autour du Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH), dont un nouveau bureau a été désigné par Décision n°2057/D/MINSANTE/SESP/SG/DROS du 10 mai 2023, et de comités régionaux d'éthique de la recherche en santé humaine dont la couverture territoriale s'étend progressivement. Un *Guide sur l'organisation, le fonctionnement et les procédures du système d'évaluation éthique et administrative de la recherche en santé humaine au Cameroun* a été élaboré, complétant le dispositif normatif.

Trois limites structurelles compromettent toutefois la performance du système :

(i) une hétérogénéité de fonctionnement des comités régionaux, dont la performance repose davantage sur l'engagement individuel des membres que sur un soutien institutionnel structuré ;
(ii) une absence de proportionnalité des procédures d'examen au niveau de risque des protocoles, pénalisant particulièrement la ROS à faible risque (études observationnelles, évaluations d'implémentation) ;
(iii) l'inexistence d'un suivi post-approbation structuré, qui prive le système d'un mécanisme essentiel de garantie de la qualité éthique en cours de conduite.

3.2.4. Mécanisme national de priorisation : un dispositif inexistant

Une vision nationale formalisée de la recherche opérationnelle en santé n'existe dans aucun document officiel. Cette absence se répercute directement sur l'inexistence d'un mécanisme institutionnel de priorisation des thématiques de recherche. Les agendas de recherche sont, dans les faits, structurés par les opportunités de financement et les cahiers des charges des partenaires, et non par les besoins du système national de santé.

Les conséquences sont triples : (i) fragmentation thématique des travaux conduits, (ii) non-alignement récurrent avec les priorités sanitaires nationales, (iii) affaiblissement de la souveraineté décisionnelle du MINSANTE sur l'agenda national de recherche.

3.2.5. Coordination intersectorielle

La coordination entre les acteurs institutionnels demeure faiblement structurée. La collaboration avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation (MINRESI) reste ambiguë dans son périmètre, et les travaux de recherche en santé conduits par les universités sous tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP) échappent largement à la connaissance et au pilotage du MINSANTE. Les ONG, les sociétés savantes et les communautés sont peu intégrées dans les dispositifs de gouvernance de la recherche.

Ces constats fondent la centralité de l'Axe stratégique 1 (Gouvernance et coordination) : formalisation d'une vision nationale de la ROS, adoption des textes d'application des lois de 2022 et 2025, mise en place d'un mécanisme national de priorisation des thématiques de recherche, renforcement opérationnel du CNERSH et des comités régionaux, structuration de la coordination interministérielle.

3.3. ETAT DES LIEUX DU FINANCEMENT

3.3.1. Niveau et structure des financements

Le financement de la recherche opérationnelle en santé au Cameroun se caractérise par l'incertitude, la fragmentation et la dépendance extérieure. Aucune ligne budgétaire dédiée à la ROS n'est identifiée dans les documents budgétaires de l'État et l'estimation du volume global des ressources mobilisées chaque année est rendue difficile par l'absence de mécanisme centralisé de traçabilité.

À titre de référence comparative, la cible d'Abuja (15 % du budget de l'État alloué à la santé) demeure non atteinte (3,6 % en moyenne sur la période récente), et au sein même de l'enveloppe santé, la part allouée à la recherche reste résiduelle, très en deçà de la cible de 2 % des Dépenses Nationales de Santé recommandée par l'OMS pour la recherche en santé.

3.3.2. Mécanismes d'allocation et appels à projets

Chaque institution, programme ou projet mobilise ses financements de manière indépendante, et leur acquisition demeure souvent inconnue de la coordination nationale. Les appels à projets nationaux compétitifs sont rares, et les appels internationaux accessibles aux équipes camerounaises sont en régression dans un contexte global de réorientation des priorités des bailleurs et d'allègement de l'aide publique au développement.

3.3.3. Financement de la traduction des résultats

Une lacune particulièrement structurelle concerne le financement de la traduction des résultats de recherche en politiques et en pratiques. Les ressources mobilisées le sont principalement pour la production de données, et de manière marginale pour les processus de traduction des connaissances (élaboration de notes d'information stratégiques, diffusion aux décideurs et accompagnement à la mise en œuvre) pourtant indispensables à la transformation des connaissances en actions.

Ces constats fondent l'Axe stratégique 5 (Mobilisation des ressources et durabilité du financement) : plaidoyer pour une ligne budgétaire dédiée à la ROS, diversification des sources (Collectivités Territoriales Décentralisées, taxes affectées, fondations philanthropiques, secteur privé via la RSE), mise en place d'un dispositif national d'appels à propositions compétitifs et fléchage explicite de ressources pour la traduction des résultats.

3.4. ETAT DES LIEUX DES CAPACITÉS NATIONALES

3.4.1. Ressources humaines

Le Cameroun dispose de capacités scientifiques solides, notamment dans les universités, les facultés de médecine et les instituts spécialisés. Plusieurs cadres du MINSANTE sont également enseignants-chercheurs universitaires, ce qui constitue un trait d'union entre le décideur et le producteur de connaissances.

Quatre faiblesses structurelles ressortent néanmoins :

(i) une pénurie marquée de compétences en biostatistique, science des données, socio-anthropologie de la santé et économie de la santé ;
(ii) une concentration géographique des compétences avancées dans quelques institutions, principalement à Yaoundé et Douala, sans dispositif de mutualisation au bénéfice des Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) et des Districts ;
(iii) une rareté des équipes pluridisciplinaires intégrant cliniciens, épidémiologistes, économistes de la santé et sciences sociales ;
(iv) une formation des personnels (cliniciens, gestionnaires, épidémiologistes) à la ROS limitée au parcours académique initial, sans dispositif structuré de formation continue ni de mentorat scientifique.

3.4.2. Institutions et infrastructures

Aux côtés des instituts mentionnés à la section 3.2.1, le pays dispose d'infrastructures numériques en développement : le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) opéré sur DHIS2, le CDNSS, l'ONSP et le CHDC. Ces infrastructures constituent des actifs stratégiques sous-utilisés.

Trois insuffisances limitent leur valeur ajoutée actuelle :

(i) la faible interopérabilité des bases de données nationales et infranationales, qui empêche l'analyse croisée des dynamiques (par exemple : maladies infectieuses vs maladies non transmissibles, co-infections, co-morbidités) ;
(ii) la sous-alimentation et la sous-fréquentation du CDNSS, peu connu des acteurs et insuffisamment intégré dans les processus de décision ;
(iii) l'absence de plateforme nationale unique d'enregistrement des protocoles et de partage des résultats de recherche.

3.4.3. Formation et développement professionnel continu

Le volume de productions académiques (mémoires, thèses) issues des facultés de médecine et de pharmacie est significatif, mais reste majoritairement orienté vers la validation de cursus plutôt que vers la résolution de problèmes opérationnels du système de santé. Aucun dispositif national structuré de formation continue à la ROS n'est actuellement en place, et l'appui méthodologique aux acteurs de terrain (DRSP, districts, formations sanitaires) demeure ponctuel et largement informel. Les acteurs opérationnels expriment unanimement le besoin d'un rapprochement de la DROS et d'un accompagnement systématique en méthodologie de recherche.

Ces constats fondent l'Axe stratégique 2 (Renforcement des capacités institutionnelles et humaines) : développement d'un programme national de formation continue en ROS aligné sur les standards internationaux ([50–52]), mise en place d'un dispositif de mentorat scientifique, mutualisation des compétences avancées au profit des niveaux intermédiaires et opérationnels, structuration de l'interopérabilité des bases de données nationales conformément aux principes FAIR.

3.5. ETAT DES LIEUX DE LA PRODUCTION ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

3.5.1. Production des données probantes

Le Cameroun produit régulièrement des études d'envergure : la Cameroon Population-based HIV Impact Assessment (CAMPHIA), l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) (généralement commanditées par le MINSANTE et conduites en partenariat avec l'Institut National de la Statistique sous tutelle du MINEPAT) ainsi

que des études nationales conduites par les programmes verticaux et des enquêtes locales. Cette production atteste d'une capacité réelle à générer des données probantes.

Trois limites tempèrent ce constat:

(i) Premièrement, les données ne parviennent pas toujours en temps utile dans les enceintes décisionnelles.
(ii) Deuxièmement, la stratégie de collecte n'est pas explicitement reliée à un usage décisionnel défini en amont, ce qui conduit à une mobilisation suboptimale des résultats.
(iii) Troisièmement, les analyses sont concentrées aux niveaux supra (central et programmatique) et orientées principalement vers le suivi des objectifs des programmes, au détriment d'analyses orientées vers la compréhension intégrée de la situation épidémiologique nationale et l'éclairage des décisions opérationnelles aux niveaux intermédiaires et opérationnels. Les enquêtes de surveillance épidémiologique régulières demeurent rares et limitées à quelques programmes.

3.5.2. Standards de qualité et normes scientifiques

L'application systématique des standards internationaux de production scientifique (CONSORT pour les essais cliniques [50], STROBE pour les études observationnelles [51], PRISMA pour les revues systématiques [52] et principes FAIR (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable) [48] pour la gestion des données) n'est pas encore généralisée dans la conduite et la publication des études nationales. Cette situation limite la comparabilité internationale des résultats et leur intégration dans les bases de données mondiales.

3.5.3. Traduction des résultats en politiques et en pratiques

L'analyse révèle un déficit majeur de traduction des résultats de recherche en politiques et en pratiques. Aux niveaux stratégiques du MINSANTE, les produits de la recherche sont disponibles mais peu mobilisés pour la formulation des politiques, la planification et l'amélioration des programmes. Cette utilisation devient marginale aux niveaux intermédiaires et opérationnels.

Les facteurs explicatifs sont systémiques :

(i) absence d'une stratégie nationale d'utilisation des résultats ;
(ii) rareté des produits de connaissance adaptés aux décideurs (notes de politique, synthèses opérationnelles, bulletins épidémiologiques périodiques) ;
(iii) inexistence d'un calendrier institutionnel de diffusion des travaux de recherche, hors rapports programmatiques classiques ;
(iv) faible institutionnalisation de la fonction de traduction des connaissances au sein des Directions et programmes du MINSANTE.

3.5.4. Communication scientifique et gestion des connaissances

Le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS) constitue le dispositif national de référence pour la documentation en santé. Toutefois, son alimentation reste irrégulière et son utilisation par les acteurs limitée, faute de communication institutionnelle structurée et d'intégration dans les processus de décision. Aucun bulletin épidémiologique national périodique n'est actuellement publié selon un format standardisé. Les mécanismes de capitalisation des bonnes pratiques et de documentation des échecs sont quasi-inexistants.

Ces constats fondent les Axes stratégiques 3 (Production de connaissances alignée sur les priorités sanitaires) et 4 (Utilisation systématique des résultats) : dispositif national d'appels à propositions sur les dix priorités thématiques, intégration des standards internationaux (CONSORT, STROBE, PRISMA, FAIR), institutionnalisation des ateliers Data-to-Policy, lancement d'un bulletin sanitaire national périodique, dynamisation du CDNSS comme plateforme nationale de référence, intégration de la fonction de traduction des connaissances dans les Directions du MINSANTE.

3.6. ANALYSE FORCES-FAIBLESSES-OPPORTUNITÉS-MENACES (FFOM)

L'analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces consolide les constats des quatre piliers et croise les capacités internes du système avec les dynamiques externes qui influencent sa performance, sa durabilité et sa capacité à éclairer la décision publique. Elle constitue le socle stratégique du Chapitre 5.

Tableau 3: Analyse FFOM intégrative de la recherche opérationnelle en santé au Cameroun

FORCES	FAIBLESSES
▪ Capacités scientifiques solides dans les universités, instituts et laboratoires (CPC, IMPM, CIRCB, CRID, OCEAC, ANRS, IRD, LNSP) ▪ Reconnaissance formelle de la recherche dans la SSS 2020-2030 et les engagements internationaux ▪ Cadre organisationnel formel de la DROS (Décret n°2013/093 du 03 avril 2013) ▪ Système d'évaluation éthique structuré (CNERSH + comités régionaux) ▪ Cadre législatif renforcé (Lois n°2022/008 et n°2025/009) ▪ Existence de l'ONSP, du CHDC et du CDNSS comme infrastructures de coordination et de diffusion	▪ Absence de vision nationale de la ROS formalisée dans un document officiel ▪ Coordination insuffisante entre la DROS, les Directions techniques du MINSANTE, le MINRESI, le MINESUP et les universités ▪ Inexistence d'un mécanisme national de priorisation des thématiques de recherche ▪ Cadre éthique peu adapté à la ROS à faible risque ; absence de suivi post-approbation ▪ Retard dans l'élaboration des textes d'application des lois récentes ▪ Financement domestique quasi-inexistant et forte dépendance aux financements extérieurs ▪ Financement quasi-nul de la traduction des résultats de recherche

▪ Volume important de productions académiques (facultés de médecine et de pharmacie) ▪ Liens étroits universités-MINSANTE (cadres MINSANTE également enseignants-chercheurs) ▪ Expérience accumulée via les projets financés par les PTF ▪ Existence d'études d'envergure régulières (CAMPHIA, EDS, MICS)	▪ Capacités limitées en biostatistique, science des données, socio-anthropologie et économie de la santé ▪ Absence de dispositif national de formation continue en ROS ▪ Non-interopérabilité des bases de données ; sous-utilisation du CDNSS ▪ Absence de stratégie nationale d'utilisation des résultats de recherche ▪ Inexistence d'un bulletin épidémiologique national périodique standardisé ▪ Absence de mécanismes structurés de capitalisation et de gestion des connaissances
OPPORTUNITÉS	**MENACES**
▪ Élaboration concomitante du PSNRS 2026-2030 et du PNDS 2026-2030 (fenêtre politique) ▪ Priorité internationale croissante à la décision fondée sur les preuves (Evidence-based policy) ▪ Digitalisation progressive du système de santé (DHIS2, ONSP, CDNSS, CHDC) ▪ Approche « Data-to-Policy » en expansion sur le continent ▪ Ère de l'intelligence artificielle et transformation numérique (WHS 2025) ▪ Dynamique régionale africaine (Africa CDC [60], CEMAC, Déclaration d'Alger) sur la souveraineté sanitaire ▪ Loi n°2022/008 et Loi n°2025/009 comme leviers de structuration du cadre national ▪ Disponibilité de financements ciblés dans certains programmes verticaux ▪ Existence d'acteurs académiques et de recherche fortement mobilisés et demandeurs d'intégration ▪ Pression positive des crises sanitaires pour des décisions fondées sur des données locales	▪ Réorientation des priorités des bailleurs et allègement de l'aide publique au développement ▪ Fragmentation institutionnelle et disciplinaire persistante ▪ Culture de l'urgence au détriment de l'apprentissage systémique ▪ Crises humanitaires et migratoires (Extrême-Nord, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Est) ▪ Impacts sanitaires du changement climatique sur les systèmes de santé fragiles ▪ Découragement des jeunes chercheurs faute de perspectives de carrière en ROS ▪ Risque de perte de crédibilité de la recherche nationale en cas de non-utilisation persistante des résultats ▪ Instabilité sociopolitique dans certaines zones du pays ▪ Épuisement des acteurs face à une recherche peu valorisée institutionnellement

Le Cameroun dispose d'un potentiel scientifique réel et d'un cadre institutionnel formel, mais le système national de recherche opérationnelle en santé peine à transformer la connaissance en action durable alignée sur les priorités du système de santé. Les quatre piliers présentent un profil hétérogène : la gouvernance souffre d'un déficit de vision formalisée et de mécanismes de priorisation ; le financement est structurellement dépendant et fragmenté ; les capacités sont solides mais insuffisamment mutualisées ; la production est réelle mais la traduction en décisions demeure le maillon faible de la chaîne.

Le contexte est néanmoins stratégiquement favorable à une refondation systémique, à condition d'engager simultanément des réformes structurelles dans les quatre piliers (gouvernance, financement, capacités, production-utilisation) et de capitaliser sur la convergence de la fenêtre politique nationale (PSNRS et PNDS 2026-2030), du cadre législatif renforcé (Lois 2022 et 2025) et des dynamiques régionales (Africa CDC, AFR/RC65/R2).

C'est cette refondation que le présent Plan Stratégique National de Recherche en Santé 2026-2030 a vocation à porter, à travers les cinq axes stratégiques détaillés au Chapitre 5.

CHAPITRE 4. PRIORITES DE RECHERCHE OPERATIONNELLE (2026-2030)

L'analyse du dispositif actuel de recherche opérationnelle en santé a décliné les priorités suivantes qui tiennent compte des défis et enjeux enregistrés ainsi que des principes internationaux dans le domaine et des missions officielles de la DROS. Le tableau ci-dessous présente la matrice de priorisation y relative.

4.1. PRIORITES ORGANISATIONNELLES ET MANAGERIALES

Conformément aux résolutions du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, notamment la Stratégie pour la recherche en santé 2016-2025 (AFR/RC65/R2) et le Cadre pour le renforcement de l'utilisation des bases factuelles (AFR/RC71/13) [63], les priorités de renforcement du système de recherche en santé au Cameroun s'articulent autour des quatre piliers du SNRS :

1. **Pilier 1. Gouvernance et leadership** : Organiser la coordination des acteurs de la recherche en santé et des activités de recherche en santé aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel /hospitalier ainsi que dans les sectorielles ; renforcer la collaboration intersectorielle en matière de recherche en santé à travers les plateformes existantes et, et clarifier les responsabilités institutionnelles, renforcer la régulation, consolider les comités d'éthique et garantir la protection des participants / surveillance de la bioéthique, mettre en place un agenda de recherches opérationnelle prioritaires pour le pays.
2. **Pilier 2. Financement durable et partenariats pour la recherche opérationnelle en santé** : développer des mécanismes innovants (fonds compétitifs, financements mixtes public/privé, partenariats Sud-Sud, mobilisation domestique). Formaliser des partenariats avec les universités. Plaidoyer pour l'augmentation du financement de la recherche en santé
3. **Pilier 3. Renforcement des capacités institutionnelles et humaines en matière de recherche en santé :** former de nouveaux chercheurs, renforcer les capacités des chercheurs, créer des réseaux de jeunes scientifiques, susciter la motivation de partage de données et d'expériences par les acteurs non chercheurs et outiller les institutions locales. Le suivi des modules de formation pertinents de recherche dans les curricula de formation de base de médecins, infirmiers et statisticiens.
4. **Pilier 4. Promotion de la production et de la valorisation des résultats de recherche en santé :** encourager la recherche pertinente, renforcer les bases de données nationales pour, favoriser la dissémination active des données de santé issues de la recherche auprès des décideurs et communautés à travers les canaux conventionnels et modernes ; ici seront intégrées entre autre les principes de l'approche Data to Policy qui permettront de transformer les données en décisions opérationnelles ou politiques concrètes. Renforcer les capacités de l'ONSP et le réseau CHDC comme plateforme de partage des résultats de

recherche Suivi du développement des médicaments traditionnels améliorés et appui de la recherche sur les plantes médicinales. Suivi de la réalisation des indicateurs retenus dans la stratégie sectorielle de santé et les autres documents de stratégies.

4.2. PRIORITES THEMATIQUES

Le PSNRS définit un cadre d'orientation thématique fondé sur une triangulation systématique des données épidémiologiques, des gaps de performance programmatique et des lacunes dans la production scientifique nationale. Ces orientations n'ont pas vocation à constituer un agenda détaillé de recherche, mais à fournir un cadre de référence pour la priorisation. Un agenda national de recherche en santé, plus détaillé et plus précis (questions de recherche, horizons temporels, responsables), sera élaboré au cours de la première année de mise en œuvre du PSNRS, conformément à l'Activité 1.1 de l'Effet 1 du cadre logique.

Les dix orientations thématiques retenues, classées par score composite pondéré, sont présentées dans le tableau de priorités (Tableau 4 du document principal). Elles couvrent : la prévention et le dépistage des MNT (PT1), la santé mentale (PT2), la résistance aux antimicrobiens (PT3), les ressources humaines en santé (PT4), le financement de la santé et la CSU (PT5), la préparation aux urgences sanitaires (PT6), le genre et l'équité (PT7), les maladies tropicales négligées (PT8), la gouvernance sanitaire (PT9) et la santé environnementale (PT10).

L'approche One Health doit être systématisée pour les maladies à potentiel zoonotique et les menaces sanitaires émergentes, conformément au cadre tripartite FAO-OIE-OMS [61]. De même, la recherche sur la préparation et la réponse aux urgences sanitaires, identifiée comme un angle mort critique du corpus national de recherche, doit bénéficier d'une attention prioritaire dans le contexte post-COVID-19.

4.2.1. Justification méthodologique de la priorisation

L'identification des priorités thématiques pour la période 2026-2030 repose sur une triangulation systématique à trois niveaux, fondée sur des données empiriques nationales et non sur des préférences disciplinaires ou des agendas extérieurs.

- Niveau 1 : Analyse du corpus de recherche existant. Un recensement exhaustif de 323 travaux de recherche en santé produits au Cameroun (2024–2025) a été réalisé, couvrant les thèses des Universités (151 thèses), ainsi que les 172 Autorisations Administratives de Recherche (AAR) délivrées par le MINSANTE sur la même période. Chaque travail a été classé selon les cinq axes et dix-neuf sous-thèmes de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020–2030, permettant de quantifier la densité de production scientifique par sous-thème et d'identifier les angles morts de la recherche nationale.
- Niveau 2: Évaluation des gaps de performance des programmes. Les résultats opérationnels des programmes nationaux de santé ont été confrontés aux cibles de la SSS

sur la base des revues sectorielles annuelles, des rapports d'évaluation à mi-parcours disponibles et des données de routine du SNIS/DHIS2. Pour chaque sous-thème, un écart entre la cible fixée et la performance réalisée a été estimé, permettant d'identifier les domaines où la recherche opérationnelle manque pour corriger le cap programmatique.

- Niveau 3 : Analyse du profil épidémiologique et des orientations stratégiques. Le profil épidémiologique national a été actualisé à partir des données de la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease Study 2021, profil Cameroun [58]), des données de l'EDS 2018, des données de surveillance de routine et des projections démographiques à l'horizon 2030. Cette analyse met en évidence la transition épidémiologique accélérée (progression des MNT, persistance des maladies infectieuses, émergence de nouvelles menaces), ainsi que les populations et territoires les plus exposés.

4.2.2. Critères de priorisation

Les priorités retenues ont été classées selon un score composite pondéré articulant cinq critères :

- la charge de morbidité nationale mesurée en DALYs et mortalité attribuable, basée sur les données GBD 2021, EDS 2018 et données de surveillance MINSANTE (30%) ;
- l'intensité du gap de recherche, soit l'inverse de la densité de production scientifique par sous-thème (25%) ;
- l'ampleur du gap de performance programmatique (25%) ;
- le degré d'alignement avec les axes prioritaires de la SSS 2026-2030 (15%) et
- la faisabilité opérationnelle eu égard aux capacités nationales existantes (5%).

Ce processus a conduit à identifier dix priorités thématiques transversales, structurées selon les cinq axes de la SSS, auxquelles s'ajoutent des orientations spécifiques par domaine clinique et de santé publique (section 4.2.4).

4.2.3. Synthèse des priorités thématiques 2026-2030

Ces domaines de recherche ne sont pas classés par ordre de priorités, mais constituent les dix thèmes où le besoin est urgent.

Tableau 4: Synthèse des priorités thématiques 2026-2030

	Domaines	Axe SSS	Densité de recherche en 2026[1]	Charge épidémiologique[2]	Gap performance programme[3]
PT1	Prévention primaire et dépistage précoce des MNT (HTA, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires)	Prévention	Modéré (6,2%)	Très élevée (35% mortalité prématurée)	Élevé (<20% couverture dépistage)
PT2	Santé mentale et troubles neurodéveloppementaux	Prise en Charge	Absent (0%)	Très élevée (>18% prévalence)	Critique (>95% gap de traitement)
PT3	Résistance aux antimicrobiens : surveillance, usage rationnel et riposte opérationnelle	Prévention	Très faible (<2%)	Élevée et croissante	Élevé (>60% prescriptions irrationnelles documentées)
PT4	Ressources humaines en santé : disponibilité, rétention, performance en zones défavorisées	Système de Santé	Quasi-absent (0,9%)	N/A	Critique (ex : ratio 0,09 médecin/1 000 hab.)
PT5	Financement de la santé, CSU et protection financière des ménages	Système de Santé	Faible (3,4%)	N/A	Critique (70% paiements directs ménages)
PT6	Préparation aux urgences de santé publique, épidémies et résilience des systèmes de santé	Prévention	Faible (<6%)	Élevée (épidémies récurrentes, crises humanitaires)	Critique (absence dispositif évalué)
PT7	Genre, équité et santé des populations vulnérables (déplacés, personnes âgées, handicapés, etc…)	Promotion	Très faible (<1%)	Élevée (inégalités persistantes documentées)	Élevé (ex : mortalité maternelle 467/100 000)
PT8	Maladies tropicales négligées : recherche opérationnelle nationale pour l'élimination 2030	Prévention	Faible (4,7% en AAR seulement)	Élevée (>10 millions exposés)	Élevé (objectifs élimination OMS compromis)
PT9	Gouvernance sanitaire, transparence et pilotage basé sur les données probantes	Gouvernance	Absent (0%)	N/A	Élevé (faible utilisation preuves décision)
PT10	Santé environnementale, eau, assainissement et impacts des changements climatiques sur la santé	Promotion	Quasi-absent (<1%)	Modérée et croissante	Modéré (25% sans eau potable)

[1] Densité de recherche dans le corpus analysé (N=323 travaux, 2022–2025). Absent = 0% ; Quasi-absent = <1% ; Très faible = 1–3% ; Faible = 3–6% ; Modéré = 6–12%
[2] Basée sur les données GBD 2021, EDS 2018 et données de surveillance MINSANTE.
[3] Évalué à partir des revues sectorielles SSS et des rapports de programmes nationaux de santé.

4.2.4. Pistes de recherche pour certains domaines spécifiques

4.2.4.1. MNT et médecine interne (PT1, PT3)

La transition épidémiologique impose un réajustement profond des priorités de recherche. Si la prise en charge clinique des MNT est correctement représentée dans le corpus académique national (10,8% du corpus analysé), la prévention primaire et la détection précoce à l'échelle populationnelle demeurent systématiquement sous-investies (6,2% seulement). La prévalence de l'hypertension artérielle, estimée à 29% chez les adultes camerounais, s'accompagne d'un taux de contrôle tensionnel inférieur à 15%, révélant un gap curatif autant que préventif. La recherche opérationnelle devra prioritairement s'orienter vers l'évaluation de stratégies intégrées de dépistage et de prise en charge des comorbidités dans les formations sanitaires de premier niveau, l'optimisation de l'accès aux médicaments essentiels pour les MNT chroniques, et les approches innovantes de suivi des patients en contexte de ressources limitées.

La résistance aux antimicrobiens, documentée dans des hôpitaux-sentinelles (E. coli BLSE >40%, Klebsiella carbapénémase-productrices en augmentation), requiert la mise en place d'une surveillance épidémiologique nationale harmonisée et la production d'évidences sur les interventions d'usage rationnel des antibiotiques dans les secteurs public et privé.

4.2.4.2. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PT7)

La santé maternelle et infantile reste une priorité irréductible. La mortalité maternelle (467 décès pour 100 000 naissances vivantes) et la mortalité néonatale (22‰) demeurent très en deçà des cibles ODD. La recherche opérationnelle doit s'orienter vers les déterminants de la qualité des soins obstétricaux dans les hôpitaux de district (en particulier les soins obstétricaux et néonataux d'urgence), les barrières d'accès différenciées selon le genre et la zone géographique, et les interventions à base communautaire pour améliorer le suivi prénatal et postnatal. La santé sexuelle et reproductive des adolescentes, notamment la prévention des grossesses précoces et des IST, constitue un sous-thème prioritaire dont la production de recherche reste insuffisante (4,6% du corpus).

4.2.4.3. Santé publique, épidémies et résilience (PT6, PT8)

Le corpus analysé révèle une absence totale de recherche opérationnelle sur la préparation aux urgences sanitaires, alors que le Cameroun a été confronté depuis 2020 à la pandémie de COVID-19, à deux épidémies de Mpox, à des flambées récurrentes de choléra et à des crises humanitaires persistantes dans quatre régions. Les enseignements de ces épisodes n'ont pas encore alimenté de programme structuré de recherche sur la résilience des systèmes de santé, les mécanismes de surveillance intégrée ou les capacités nationales de riposte rapide. Cette priorité revêt une dimension de sécurité sanitaire nationale qui justifie un traitement d'urgence dans l'agenda de recherche 2026-2030. Dans le cadre de

l'approche « Une seule Santé », la surveillance des zoonoses et des maladies émergentes à l'interface humain-animal-environnement devra faire l'objet de protocoles de recherche collaborative inter-institutionnelle impliquant le MINSANTE, le MINEPIA et le MINRESI.

Concernant les Maladies Tropicales Négligées, si les AAR documentent une activité de recherche réelle (seize protocoles autorisés sur la période), celle-ci reste portée presque exclusivement par des organismes internationaux ou des instituts spécialisés (CRID, Centre Pasteur), sans appropriation suffisante par les universités nationales. Un effort de renforcement des capacités de recherche nationales sur les MTN est indispensable pour aligner l'agenda scientifique sur les objectifs d'élimination OMS à l'horizon 2030.

4.2.4.4. Gouvernance, ressources humaines et financement (PT4, PT5, PT9)

Ces trois priorités constituent le socle systémique sans lequel aucun progrès durable n'est possible sur les autres fronts. Le développement des ressources humaines en santé est l'angle mort le plus criant du corpus analysé : une seule thèse universitaire et trois AAR sur une période de trois ans, alors que le ratio médecins/population (0,09 pour 1 000 habitants) reste l'un des plus faibles de la région. La recherche opérationnelle devra documenter les déterminants de la rétention des agents en zones rurales, l'impact des politiques de motivation et d'incitation, et l'efficacité des modèles innovants de déploiement (agents de santé communautaires, délégation de tâches, télémédecine).

Sur le financement, la persistance d'une part de paiements directs des ménages supérieure à 70% des dépenses totales de santé — l'une des plus élevées d'Afrique centrale — impose une recherche opérationnelle ciblée sur les barrières financières à l'accès aux soins, l'efficience des mécanismes de protection financière existants (chèque santé, mutuelles communautaires) et les modalités de transition vers la Couverture Santé Universelle dans le contexte camerounais.

4.2.4.5. Médecine traditionnelle

La pharmacopée traditionnelle représente une ressource nationale significative dont la valorisation scientifique est bien engagée dans les universités (plus de 80% des thèses de pharmacie analysées portent sur l'ethnopharmacologie). Pour la période 2026-2030, la priorité devra se déplacer de la caractérisation phytochimique (bien documentée) vers les étapes suivantes de la chaîne de valorisation : études d'efficacité et de sécurité clinique, développement galénique des médicaments traditionnels améliorés (MTA), processus d'homologation, pharmacovigilance et intégration des praticiens traditionnels dans les systèmes de référence et contre-référence. La recherche sur les interactions entre médecine traditionnelle et thérapies modernes (notamment dans la prise en charge du paludisme, du diabète et des infections néonatales) constitue également une priorité opérationnelle documentée par le corpus.

4.3. PRIORITES POPULATIONNELLES ET TERRITORIALES

Les interviews soulignent que la recherche opérationnelle au Cameroun doit être ciblée à la fois par groupe vulnérable et par territoire, avec une attention particulière aux populations rurales, aux femmes et enfants, aux adolescents, et aux zones touchées par des crises ou présentant des inégalités socio-économiques marquées. L'objectif est de générer des données locales pertinentes pour adapter les programmes de santé, renforcer la couverture universelle et réduire les inégalités de santé.

4.3.1. Priorités populationnelles

4.3.1.1. Femmes en âge de procréer et femmes enceintes

- Réduction de la mortalité maternelle et amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Intégration du genre dans les interventions de santé, notamment pour les femmes rurales ou vulnérables ;
- Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

4.3.1.2. Nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans

- Lutte contre la mortalité néonatale et infantile (infections, malnutrition, complications périnatales) ;
- Vaccination et interventions préventives ciblées ;
- Amélioration de l'accès aux soins essentiels en zone rurale et périurbaine.

4.3.1.3. Adolescents et jeunes

- Santé sexuelle et reproductive, éducation complète et prévention des IST/VIH ;
- Prévention des comportements à risque (alcool, tabac, drogue, comportements sexuels à risque).

4.3.1.4. Personnes âgées et populations vulnérables

- Maladies non transmissibles (hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires) ;
- Accès équitable aux soins primaires et continuité des traitements ;
- Protection sociale et soutien aux populations touchées par la pauvreté ou les crises.

4.3.2. Priorités territoriales

4.3.2.1. Zones rurales et enclavées

- Faible couverture sanitaire, accès limité aux soins de santé de qualité ;
- Nécessité d'étudier les barrières géographiques, économiques et culturelles à l'accès aux services de santé.

4.3.2.2. Zones urbaines et périurbaines

- Gestion des maladies émergentes et non transmissibles ;
- Surveillance des risques liés à l'urbanisation rapide (pollution, sédentarité, maladies respiratoires et cardiovasculaires).

4.3.2.3. Régions frontalières ou en crise

- Gestion des maladies transmissibles (épidémies de choléra, rougeole, tuberculose) ;
- Étude des impacts des crises humanitaires sur l'accès aux soins et la continuité des programmes de santé.
- Continuité des services, harmonisation des protocoles interpays pour certaines pathologies chroniques (VIH-Sida, Tuberculose…)

4.3.2.4. Régions à forte disparité socio-économique

- Priorité aux populations défavorisées pour réduire les iniquités de santé ;
- Ciblage des interventions et évaluations des mécanismes de financement, y compris l'impact des paiements directs et du financement externe.

CHAPITRE 5. CADRE STRATEGIQUE

5.1. THÉORIE DU CHANGEMENT DU PSNRS 2026-2030

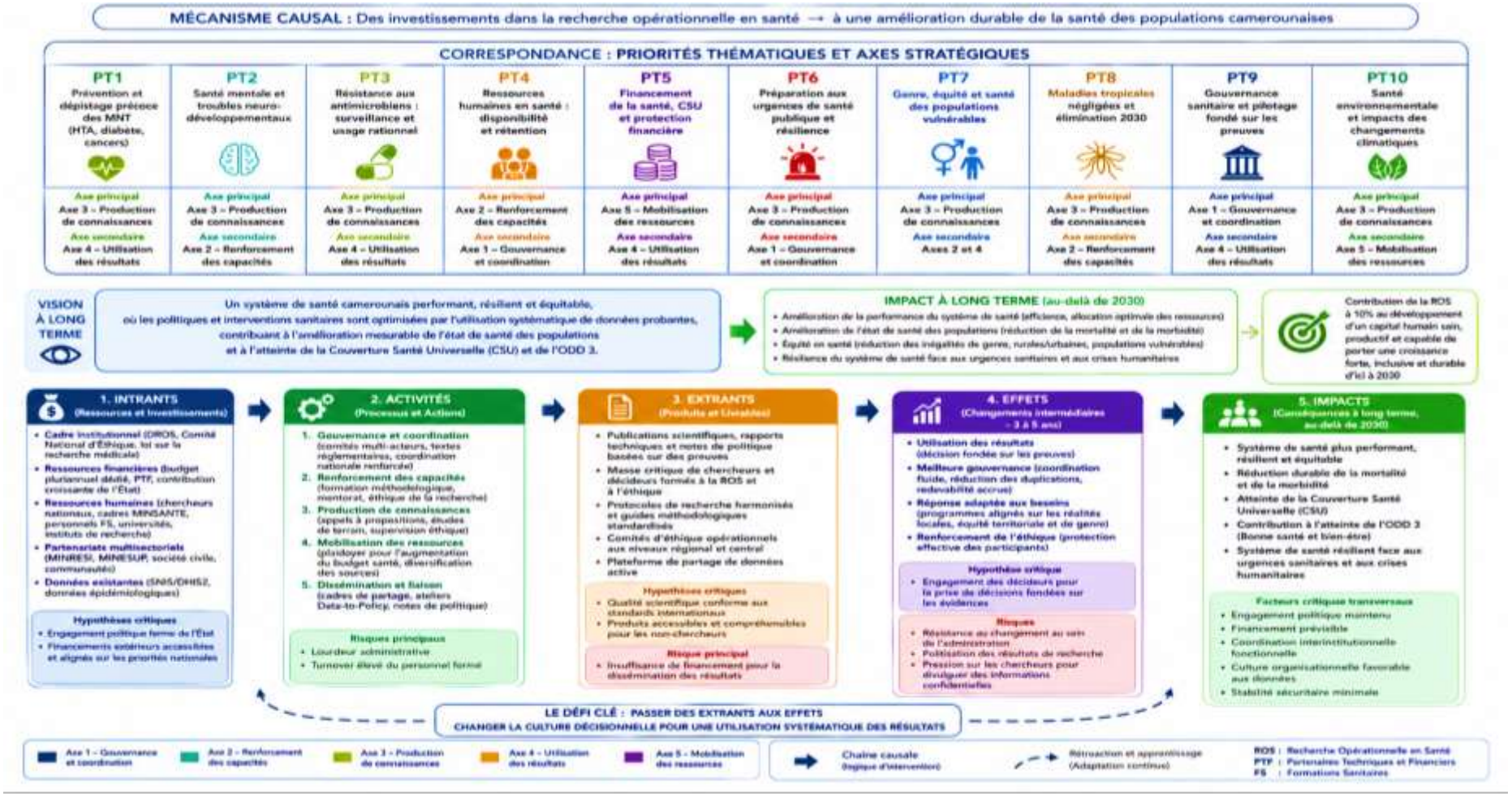


Figure 4: Théorie du changement du PSNRS 2026-2030

La théorie du changement du PSNRS 2026-2030 explicite la chaîne causale par laquelle les investissements dans la recherche en santé contribuent à l'amélioration de la santé des populations camerounaises. Elle repose sur le postulat fondamental suivant : SI le Cameroun investit dans le renforcement de la gouvernance, des capacités et du financement de la recherche en santé, ET SI les résultats de cette recherche sont systématiquement traduits en produits de connaissance accessibles et intégrés dans les processus décisionnels, ALORS les politiques et interventions sanitaires seront mieux calibrées, plus efficientes et plus équitables, CE QUI contribuera à l'amélioration mesurable de l'état de santé des populations.

5.1.1. Niveau 1 : Intrants → Activités

Si les ressources financières sont mobilisées (budget pluriannuel de 3,044 milliards FCFA, incluant le financement de la territorialisation, contribution croissante de l'État vers 2% des dépenses de santé) ET SI le cadre institutionnel est consolidé (DROS opérationnelle, comités d'éthique fonctionnels, textes d'application promulgués) ET SI les partenariats multisectoriels sont formalisés (conventions MINSANTE-MINRESI-MINESUP, plateformes de coordination), ALORS les activités prévues pourront être mises en œuvre. Hypothèse critique : l'engagement politique du Gouvernement est maintenu et se traduit par des allocations budgétaires effectives. Risque principal : dépriorisation du financement de la recherche en période de contrainte budgétaire. .

5.1.2. Niveau 2 : Activités → Extrants

SI les formations méthodologiques, les programmes de mentorat, les appels à projets, les supervisions éthiques et les sessions de coordination sont réalisés conformément au cadre opérationnel, ALORS le système produira : des chercheurs et décideurs formés, des protocoles harmonisés, des études de qualité, des comités d'éthique fonctionnels et des plateformes de données actives. Hypothèse critique : la qualité scientifique atteint les standards internationaux et les produits sont accessibles aux non-chercheurs. Risque principal : turnover élevé du personnel formé et lourdeurs administratives.

5.1.3. Niveau 3 : Extrants → Effets

SI les évidences produites sont systématiquement transformées en notes politiques et présentées aux décideurs via le Pool National d'Experts (PNERO), les dialogues politiques délibératifs et les revues sectorielles, ALORS les décisions de politique et de programmation sanitaire seront progressivement fondées sur les données probantes. Hypothèse critique : les décideurs s'engagent effectivement dans une culture décisionnelle fondée sur les preuves. Risque principal : résistance au changement au sein de l'administration et politisation des résultats de recherche. C'est à ce niveau que se situe le défi majeur identifié dans le bilan du PSNRS 2014–2018 : la simple production de recherche ne suffit pas ; le changement de culture décisionnelle est la condition sine qua non de l'impact.

5.1.4. Niveau 4 : Effets → Impact

SI les politiques et programmes sont mieux calibrés grâce à l'utilisation des évidences, ET SI le système de santé renforce sa résilience et sa capacité d'adaptation, ALORS on observera une amélioration mesurable de la performance du système de santé (efficience accrue, allocation optimale des ressources), une réduction des inégalités de santé et une amélioration de l'état de santé des populations. Facteurs critiques transversaux : stabilité sociopolitique, financement prévisible, coordination interinstitutionnelle fonctionnelle.

5.2. RESULTATS STRATEGIQUES : IMPACTS ATTENDUS

- **Vision :** D'ici à 2030, le Cameroun dispose d'un système national de recherche en santé performant, capable de produire des évidences scientifiques de qualité et de les traduire systématiquement en décisions éclairées afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

- **But :** Contribuer à l'amélioration de la santé des populations grâce à des décisions éclairées portant sur la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge des maladies ainsi que le renforcement du système de santé. Tout en garantissant la protection des participants, une production quantitative et qualitative suffisante de données de recherches pertinentes transformées en notes de politiques ou d'opérations.

- **Impact :** D'ici à 2030, la Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

- **Alignements :** Ce plan s'appuie sur la Stratégie Sectorielle de Santé, elle-même est alignée sur la SND 30 et les ODD. Il s'inscrit également dans les engagements internationaux du Cameroun relatifs au renforcement des **systèmes** de santé fondés sur les données probantes, notamment :
  - Le Code de Nuremberg de 1947 [40] ;
  - La Déclaration de Helsinki de juin 1964, et ses amendements successifs [41] ;
  - Les conclusions de la Conférence ministérielle sur la recherche en santé de Mexico (2004) [42] ;
  - La Déclaration d'Alger du 26 juin 2008 sur la Recherche pour la Santé dans la Région Africaine ;
  - L'Appel à l'Action de Bamako sur la recherche pour la santé du 19 novembre 2008 ;
  - La Stratégie régionale de l'OMS pour la recherche en santé

Les lignes directrices du CIOMS pour la recherche impliquant des êtres humains (version révisée 2016) [43].

- **Principes :** Conformément aux directives nationales camerounaises et aux lignes directrices internationales du CIOMS [43] et de la Déclaration d'Helsinki [41], tous les protocoles de recherche doivent obtenir une approbation éthique préalable, garantir le consentement éclairé, assurer la confidentialité des données et protéger les populations vulnérables. La mise en œuvre de la stratégie nationale de recherche opérationnelle en santé sera guidée par les principes suivants :
  - La protection stricte des participants,
  - La réduction des inégalités avec l'inclusion des groupes vulnérables,
  - La gestion axée sur les résultats,
  - L'intégrité scientifique et la rigueur méthodologique
  - La multisectorialité,
  - La décentralisation,
  - La transparence dans la gestion des projets
  - La participation active des communautés.

5.3. RESULTATS STRATEGIQUES : EFFETS ATTENDUS

Les effets seront alignés sur les axes suivants :

- **Axe 1 : Gouvernance et leadership**
  Renforcement de la gouvernance et de l'éthique de la recherche opérationnelle en santé humaine ;
- **Axe 2 : Production et utilisation des données**
  Utilisation systématique des informations stratégiques issues de la recherche opérationnelle dans la prise de décision politique en matière de santé ;
- **Axe 3 : Capacités nationales et infrastructures**
  Renforcement de la culture de la recherche opérationnelle dans le système de santé ;
- **Axe 4 : Financement**
  Mobilisation et pérennisation des financements pour la réalisation des priorités nationales de recherche opérationnelle.

Effet 1 : D'ici 2030, la qualité de la Gouvernance et celle des dispositifs d'éthique de la recherche opérationnelle en santé, humaine s'améliore d'au moins, 50% mesurés à travers des indicateurs standardisés prédéfini,
Justification : L'état des lieux effectué de la ROS au Cameroun a montré des insuffisances qui compromettent la cohérence institutionnelle, la crédibilité scientifique et l'utilisation stratégique des résultats produits. En effet, la problématique de la gouvernance du domaine de recherche en santé et celle de l'éthique, qui font partie des fondamentaux pour recherche opérationnelle, présentent des faiblesses., , , , , Les interventions proposées visent ainsi à renforcer, l'environnement institutionnel, réglementaire et opérationnel de la recherche opérationnelle en santé humaine. Augmenter de 50% la qualité de la gouvernance et de 50% celle de l'éthique est donc un résultat composite réaliste et essentiel pour renforcer l'atteinte de la finalité de la fonction de

la Recherche opérationnelle au MINSANTE. Des indicateurs spécifiques de qualité, , incluant des mesures de coordination institutionnelle, de conformité éthique et de redevabilité, pour établir la situation de référence, et suivre la progression seront définis dans le Plan de Suivi et Evaluation. **Le texte que le score composite de qualité de la gouvernance (Annexe) sera utilisé comme indicateur, avec les 5 dimensions énoncées et les 20 sous-indicateurs.**
Extrant 1.1 : **D'ici à 2030, 100% des documents normatifs encadrant la Recherche en santé et l'éthique sont mis à la disposition de toutes les parties prenantes** **Interventions/Activités** : 1.1.1. Réaliser une cartographie des parties prenantes/acteurs de la ROS 1.1.2. Mettre à jour périodiquement la cartographie des parties prenantes de la ROS 1.1.3. Mener une enquête périodique auprès des acteurs institutionnels pour recueillir les priorités de recherche 1.1.4. Tenir périodiquement une session de validation des priorités en ROS 1.1.5. Diffuser périodiquement le document sur les priorités de ROS 1.1.6. Renforcer le mécanisme de vulgarisation des documents normatifs auprès des parties prenantes 1.1.7. Mettre à jour périodiquement le répertoire des documents normatifs
Extrant 1.2 : D'ici à 2030, 100% des parties prenantes cartographiées par niveau participent aux activités de coordination et de suivi de la ROS **Interventions/Activités** : 1.2.1. Développer une plateforme numérique pour assurer le suivi en temps réel des protocoles de recherche approuvés 1.2.2 Mettre en place un système de suivi-évaluation des activités de ROS à tous les niveaux 1.2.3 Tenir une session annuelle de coordination multisectorielle des acteurs de la recherche (plateforme multisectorielle " zoonose") 1.2.4 Tenir une session périodique de coordination des acteurs au niveau régional 1.2.5 Tenir une session périodique de coordination des acteurs de la recherche au niveau central
Extrant 1.3 : D'ici à 2030, 100% des textes d'application des lois relatives à la recherche en santé humaine impliquant la personne humaine au Cameroun sont élaborés et transmis. **Interventions/Activités :** 1.3.1. Organiser la finalisation des textes d'application 1.3.2 Organiser la validation des textes d'application 1.3.3 Transmettre les textes d'application aux Services du Premier Ministre (SPM),
Extrant 1.4 : D'ici 2030, 100% des régions et des hôpitaux de 1ère et 2ième catégorie disposent d'un comité éthique fonctionnel (au moins 04 sessions par an). **Interventions/Activités :** 1.4.1. Développer les outils harmonisés pour le fonctionnement des comités d'éthique (canevas de rapport d'activités, manuel de procédure, plan de travail annuel, etc…)

1.4.2. Mettre en place des comités éthiques dans les dix régions 1.4.3. Mettre en place des comités éthiques dans les FOSA de première et deuxième, , , catégorie 1.4.4 Organiser la formation des membres des comités d'éthique régionaux et des FOSA de, , , première et deuxième catégorie 1.4.5. Superviser les comités d'éthique des FOSA de catégorie 1 et 2 1.4.6 Superviser les comités d'éthique national et régionaux 1.4.7 Tenir au moins 04 sessions annuelles d'évaluation des protocoles dans les comités éthiques des FOSA de 1ère et 2ième catégorie 1.4.8 Tenir au moins 04 sessions annuelles d'évaluation des protocoles dans les comités d'éthiques régionaux
Extrant 1.5 : D'ici à 2030, un système de veille et de régulation bioéthique est fonctionnel au Cameroun **Interventions/Activités :** 1.5.1. Accompagner les FOSA dans le processus d'accréditation sur les standards internationaux de bioéthique 1.5.2 Développer les outils harmonisés (canevas de rapport d'activités, manuel de procédure, plan de travail annuel, etc…) pour le fonctionnement du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine 1.5.3 Développer un mécanisme de surveillance des incidents bioéthique (identification des référents, développement des outils, etc.) 1.5.4 Mettre en place le comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine 1.5.5 Organiser la certification des personnels des FOSA accrédités sur les standards internationaux de bioéthique 1.5.6 Organiser la formation des membres du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine 1.5.7 Superviser les activités du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine 1.5.8 Tenir les sessions du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine
Extrant 1.6 : D'ici à 2030, au moins 04 études d'évaluation sont réalisées pour mesurer la contribution réelle de la mise en œuvre des documents de référence aux objectifs de développement du pays **Interventions/Activités :** 1.6.1. Mener une enquête rapide d'évaluation de base sur la situation des indicateurs stratégiques nationaux 1.6.2 Mener une évaluation à mi-parcours des documents de référence du secteur santé couvrant le cycle 2026-2030 1.6.3 Mener une évaluation finale des documents de référence du secteur santé couvrant le cycle 2026-2030 1.6.4 Mener une étude pour évaluer la contribution des interventions de santé à l'atteinte des objectifs de développement du pays

Effet 2 : D'ici à 2030 au moins 90% des évidences produites par la ROS ont contribué aux décisions prises dans le système de santé.

Justification : L'évaluation de la recherche opérationnelle en santé a montré que peu de décisions stratégiques et opérationnelles sont prises sur la base des résultats de la recherche en raison des déficits de production d'évidences pertinentes et de valorisation des résultats des travaux effectués. Ces déficits sont davantage retrouvés dans l'approche « une seule santé » et dans la problématique du développement des médicaments traditionnels améliorés et l'appui de la recherche sur les plantes médicinales. En outre, plusieurs indicateurs définis après évaluations de différentes stratégies thématiques et planifiés en vue d'éclairer la mise en œuvre ou l'évaluation des interventions menées ne sont pas mesurés , y compris ceux de la stratégie sectorielle de santé. Aucun dispositif normatif ni fonctionnel n'est mis en place pour s'assurer que l'investissement fait dans la production des évidences puisse être capitalisé dans les opérations ou stratégies de santé.

Extrant 2.1 :, D'ici à 2030, 90% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle, sont périodiquement renseignés.

Interventions/activités :

2.1.1. Elaborer un répertoire des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle

2.1.2 Mettre en place un dispositif d'assurance qualité des indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle

2.1.3 Organiser périodiquement la collecte des indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle

2.1.4 Produire un rapport thématique sur les indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle

Extrant 2.2 : **D'ici à 2030, 50% des travaux de ROS sont orientés vers les priorités nationales**

Interventions/activités :

2.2.1 Développer un répertoire des travaux de ROS menés au Cameroun

2.2.2 Etablir un cadre de concertation "Santé-Recherche" avec les bailleurs de fonds pour aligner leurs financements sur la liste nationale des priorités de ROS.

2.2.3 Formaliser une convention-cadre entre le MINSANTE et les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (SNRI)

2.2.4 Sensibiliser les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (SNRI) sur les priorités en ROS

Extrant 2.3 : D'ici à 2030, 90% des résultats de recherches sont transformés en produits de connaissance

Interventions/activités :

2.3.1. Développer des notes de politique portant sur les priorités nationales de ROS

2.3.2 Développer un portail public de visualisation des données issues de la recherche

2.3.3 Développer une banque de données nationale qui centralise les données primaires de ROS 2.3.4 Mener une étude de base sur l'utilisation des preuves dans la prise de décision au MINSANTE (audit des circulaires et politiques récentes). 2.3.5 Organiser un "Forum National de la Recherche pour l'Action" (biannuel) 2.3.6 Renforcement des capacités des acteurs à traduire les résultats de la ROS en produits de connaissance. 2.3.7 Vulgariser les produits de connaissance à tous les niveaux.
Extrant 2.4 : D'ici à 2030, la recherche sur la pharmacopée nationale est développée **Interventions/activités :** 2.4.1. Accompagner la pharmacovigilance relative aux MTA 2.4.2 Accompagner le processus d'homologation et de mise sur le marché des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA). 2.4.3 Elaborer et vulgariser des guides de bonnes pratiques sur les essais cliniques pour les MTA. 2.4.4 Etablir une plateforme de collaboration entre chercheurs (Universités/IMPM) et tradipraticiens 2.4.5 Mener une analyse situationnelle sur les MTA et les protocoles des recherches associées 2.4.6 Mettre en place un fonds de soutien à la recherche clinique sur les MTA prioritaires (ex : antipaludiques, antihypertenseurs, drépanocytose). 2.4.7 Assurer la supervision des essais cliniques dans le cadre de l'Autorité nationale de réglementation pharmaceutique (ANRP)
Extrant 2.5 : D'ici à 2030, 90% de la documentation produite en lien avec le secteur santé sont disponibles dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS) **Interventions/activités :** 2.5.1 Assurer une maintenance continue du site web du CDNSS 2.5.2 Collecter activement des documents (résultats de travaux de recherche, documents normatifs, plans stratégiques, rapports d'activités, etc.) 2.5.3 Former des utilisateurs et des points focaux de tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'animation du CDNSS 2.5.4 Mettre en ligne des documents en lien avec le secteur santé dans le CDNSS 2.5.5 Promouvoir le CDNSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les autres secteurs collaborateurs (notamment à travers le Cameroon Health Data Collaborative CHDC)

Effet 3 : D'ici à 2030, la culture de la recherche opérationnelle est institutionnalisée dans 80% des structures cibles du système de santé
Justification : L'état des lieux a révélé que la recherche opérationnelle reste concentrée au niveau central et dans les institutions académiques avec une participation encore limitée des structures déconcentrées pourtant en première ligne de l'offre des services. Les DRSP, les SSD et les

hôpitaux de référence bien que jouant un rôle clé dans la coordination et la prestation des soins et services disposent des capacités réduites pour conduire la recherche opérationnelle. Les acteurs du système de santé, bien que confrontés quotidiennement à des verrous opérationnels, participent peu à la génération de solutions fondées sur les preuves en raison de :

- La faible maîtrise des outils de méthodologie de recherche opérationnelle et d'analyse de données ;
- L'absence de temps dédié à la recherche dans la charge de travail clinique ;
- Le manque de ressources financières propres aux structures déconcentrées pour de petites études d'amélioration de la qualité ;
- L'insuffisance de mentorat entre les chercheurs confirmés et les praticiens de terrain.

Extrant 3.1 : D'ici à 2030, toutes les DRSP et 90% des formations sanitaires de catégories 1 à 3 disposent d'au moins un personnel ayant des compétences liées à la recherche opérationnelle en santé

Interventions/activités :

3.3.1.1 Créer un pool de points focaux provenant de toutes les DRSP et de 90% de FOSA de catégories 1 et 2 pour la mise en œuvre de la ROS

F3.1.2 Former et accompagner à la rédaction et soumission des projets de recherche aux appels à proposition de financements

I 3.1.3 Implémenter un programme de mentoring des points focaux provenant de toutes les DRSP et de 90% de FOSA de catégories 1 et 2 en ROS

Extrant 3.2 : D'ici à 2030, le Cameroun dispose d'un mécanisme de valorisation et de motivation des chercheurs du domaine de la santé humaine

Interventions/activités :

3.2.1 Mettre en place 04 réseaux scientifiques de chercheurs

3.2.2 Coordonner les activités des réseaux scientifiques

3.2.3 Organiser périodiquement des appels à financement des projets de ROS

3.2.4 Organiser périodiquement un forum pour primer l'excellence en ROS

3.2.5 Développer un dispositif de valorisation des chercheurs indépendants

Extrant 3.3 : Développer les mécanismes visant à améliorer la formation initiale et continue des Ressources humaines en ROS

Interventions/activités :

3.3.1 Assurer le suivi évaluation des programmes de formation initiale et continue en médecine, chirurgie dentaire, pharmacie et soins infirmiers

3.3.2 Développer les didactiels et les outils d'auto-formation en ligne (e-learning) dans le domaine de la ROS

3.3.3 Elaborer et valider les curriculums et modules harmonisés de compétences pour la formation des personnels de santé en ROS

3.3.4 Organiser le plaidoyer auprès du MINESUP en faveur de l'intégration d'un curriculum sur la ROS dans la formation des Ressources Humaines en Santé (RHS)

3.3.5 Organiser le plaidoyer auprès du MINSANTE en faveur de l'intégration d'un curriculum sur la ROS dans la formation des RHS
Extrant 3.4 : D'ici à 2030, les 10 régions disposent d'un Comité Régional de Coordination de la Recherche (CRCR) fonctionnel. **Interventions / Activités :** 3.4.1. Élaborer, valider et adopter les textes créant les Comités Régionaux de Coordination de la Recherche (CRCR) dans les 10 régions 3.4.2. Désigner, former et équiper 02 points focaux ROS par DRSP et 01 point focal par district de santé, puis assurer leur animation et supervision 3.4.3. Intégrer la ROS dans les Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) et les Plans de Développement des Districts de Santé (PDDS) 3.4.4. Financer et conduire au moins une étude de recherche opérationnelle par région chaque année, avec diffusion des résultats 3.4.5. Organiser les Journées Régionales de Recherche en Santé et de valorisation des résultats de recherche 3.4.6. Développer, déployer et assurer la maintenance du tableau de bord national et régional de suivi de la ROS

Effet 4 : D'ici à 2030, au moins 80% des interventions du PSNRS trouvent le financement nécessaire à leur mise en œuvre
Justification : Une problématique essentielle dans la Recherche opérationnelle en santé au Cameroun est le financement qui s'avère insuffisant, mal connu et incertain et basé essentiellement sur des partenariats peu durables avec des agendas qui ne s'alignent pas toujours sur les priorités de recherches nationales. Cet impact vise à améliorer cette situation en focalisant l'action sur le financement des priorités de recherches et l'assurance de leur disponibilité pérenne.,
Extrant 4.1 : D'ici à 2030, au moins 2% des dépenses nationales de santé sont alloués à la recherche opérationnelle en santé conformément à la déclaration d'Alger **Interventions/activités** : 4.1.1., Préparer les éléments de maturité pour la mise en œuvre des interventions du PSNRS2026-2030 4.1.2 Développer les directives qui incitent les hôpitaux de catégories 1 à 3 à consacrer un pourcentage de leurs recettes propres à la recherche-action pour l'amélioration de la qualité des soins., , 4.1.3 Mener une étude pour évaluer la contribution des PTF et des acteurs nationaux au financement de la ROS au Cameroun 4.1.4 Organiser un plaidoyer auprès des décideurs du MINSANTE pour allouer un budget spécifique pour la mise en œuvre des études de recherche opérationnelle en santé 4.1.5 Promouvoir et disséminer le PNS ROS auprès des parties prenantes
Extrant 4.2 :, **D'ici à 2030, la part de financement allouée à la recherche opérationnelle en santé par les structures privée et les CTD augmente** **Interventions/ Activités** :

4.2.1. Développer les taxes sur les produits nocifs à la santé et les produits de luxe afin de financer la ROS
4.2.2. Développer un mécanisme d'incitation fiscale ou de co-financement pour encourager les entreprises locales (assurances, industries pharmaceutiques) à financer la ROS
4.2.3. Organiser le plaidoyer auprès des grandes entreprises en faveur du financement de la ROS
4.2.4. Renforcer le mécanisme de collaboration avec les Conseils régionaux pour le financement de la ROS aux niveaux régional.

Extrant 4.3 :, **D'ici à 2030, la contribution des financements extérieurs alloués à la ROS est doublée**

Interventions/ Activités :

4.3.1. Améliorer la gouvernance financière des activités des ROS pour accroître la confiance des bailleurs et favoriser le financement direct (aide budgétaire sectorielle).
4.3.2. Assurer la mobilisation régulière des fonds de contrepartie de l'Etat dans le cadre des co financements (UNITAID, FM, EDCTP etc.)
4.3.3. Constituer des consortiums de recherche Sud-Sud et Nord-Sud, pilotés par des institutions camerounaises, pour postuler à de grands fonds de recherche
4.3.4. Elaborer et diffuser régulièrement un portfolio numérique des "Opportunités d'Investissement dans la Recherche Opérationnelle en santé au Cameroun" pour attirer les fondations privées et les instituts philanthropiques
4.3.5. Faciliter/accompagner les équipes indépendantes en consortiums pour répondre aux appels internationaux
4.3.6. Mettre en place un dispositif de veille stratégique pour répondre aux appels d'offres internationaux en matière de ROS
4.3.7. Organiser un plaidoyer auprès des entreprises afin de bénéficier des financements en faveur de la ROS dans le cadre de la RSE

CHAPITRE 6. CADRE ORGANISATIONNEL

Tenant compte du cadre institutionnel, académique, communautaire et international, le présent chapitre identifie, structure et qualifie les parties prenantes de la recherche opérationnelle en santé au Cameroun, en s'inspirant de la taxonomie fonctionnelle des Systèmes Nationaux de Recherche en Santé (SNRS) proposée par Pang et al. [35] et reprise par l'Organisation mondiale de la Santé. Trois catégories fonctionnelles sont retenues : (i) les acteurs de gouvernance et de régulation, (ii) les producteurs de recherche, et (iii) les utilisateurs de la recherche et acteurs de la traduction des connaissances. Cette structuration vise à clarifier les rôles, à identifier les complémentarités et à fonder, en clôture du chapitre, un diagnostic des mécanismes de coordination à renforcer dans la mise en œuvre du PSNRS 2026-2030.

6.1. PARTIES PRENANTES DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

6.1.1. Acteurs de gouvernance et de régulation

Cette catégorie regroupe les institutions investies de prérogatives de coordination, d'orientation, de réglementation, de régulation éthique et de production de données stratégiques pour le pilotage du système national de recherche opérationnelle en santé. Elles définissent les règles, fixent les priorités et garantissent la conformité des activités de recherche aux normes nationales et internationales.

6.1.1.1. Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)

a. Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS)

Le MINSANTE assure, à travers la DROS, la coordination nationale de la recherche opérationnelle en santé. La DROS définit les priorités stratégiques, élabore et met en œuvre les politiques, orientations et priorités nationales en matière de recherche, et supervise les activités de recherche conduites par les programmes prioritaires (paludisme, VIH, tuberculose, santé de la reproduction, nutrition, maladies non transmissibles, etc.).

Le Décret N° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique précise l'organisation interne de la DROS et les missions dévolues à ses deux cellules : la Cellule de la Recherche Clinique et la Cellule des Réseaux Scientifiques et de la Promotion de l'Éthique.

Conformément au décret précité, les missions de la DROS sont :

- Suivi des études en matière de recherche clinique ;
- Promotion de la recherche en milieu hospitalier ;
- Promotion de la recherche opérationnelle et de la vulgarisation des résultats sur la lutte contre les maladies, la santé de la reproduction et la nutrition, en liaison avec les administrations concernées ;

- Suivi des questions relatives à la bioéthique, en liaison avec les administrations et organismes concernés ;
- Suivi de la recherche sur l'utilisation des médicaments traditionnels améliorés, en relation avec le Ministère en charge de la recherche ;
- Traduction des résultats probants de la recherche en proposition d'action ;
- Appui à la recherche sur les plantes médicinales ;
- Gestion des réseaux scientifiques et promotion de l'éthique de la recherche ;
- Coordination des relations avec l'enseignement supérieur dans le domaine de la formation initiale et continue.

b. Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH)

Le CNERSH veille à la conformité éthique de la recherche en santé : il protège les participants, évalue et autorise les protocoles de recherche, assure le respect des normes nationales et internationales (Déclaration d'Helsinki, lignes directrices du CIOMS) et conseille les autorités publiques sur les questions éthiques liées à la recherche et à l'utilisation des données. Il est appuyé par les comités régionaux d'éthique de la recherche pour la santé humaine et par les comités institutionnels d'éthique des établissements hospitalo-universitaires et des instituts de recherche, dont la mise à l'échelle est prévue par l'extrant 1.4 du présent plan.

c. Observatoire National de Santé Publique (ONSP)

L'ONSP, créé par le décret n°2010/2952/PM du 1er novembre 2010 [56], est partie prenante de la recherche en santé du fait de ses missions de réalisation d'études et d'enquêtes épidémiologiques, ainsi que de mise en place et de gestion des bases de données sur les problèmes de santé publique. Il joue un rôle central dans la production, la centralisation et la diffusion de données sanitaires probantes à destination des décideurs, des programmes et des partenaires.

d. Cellule des Informations Sanitaires (CIS)

La CIS assure la gouvernance opérationnelle du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et constitue le point d'articulation entre la production routinière de données sanitaires et leur exploitation à des fins de recherche, de planification et de prise de décision. Ses contributions structurantes pour la recherche sont :

- Collecter, centraliser et gérer les données sanitaires issues des formations sanitaires et des programmes de santé ;
- Produire les statistiques sanitaires nationales mobilisables pour la recherche et la prise de décision ;
- Garantir la qualité, la fiabilité et la disponibilité des données utilisées dans les études et travaux de recherche ;
- Appuyer le suivi-évaluation des programmes et projets de santé ;
- Faciliter l'analyse des tendances épidémiologiques et sanitaires et la production d'indicateurs nécessaires à la recherche opérationnelle ;
- Soutenir les chercheurs et les décideurs par la mise à disposition des données sanitaires nationales et contribuer au développement continu du SNIS.

La CIS constitue ainsi un maillon essentiel entre la production des données sanitaires et leur utilisation dans la recherche, la planification et la gouvernance du système de santé. Le renforcement de l'interopérabilité entre la CIS, la DROS et l'ONSP constitue un enjeu prioritaire du PSNRS 2026-2030 (cf. extrants 1.2 et 2.1).

e. Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP)

L'ANRP supervise ~~les~~ essais cliniques conduits sur le territoire national et garantit la conformité réglementaire des recherches portant sur les produits de santé, incluant les médicaments traditionnels améliorés (MTA). Elle constitue, avec le CNERSH, le second pilier de la régulation de la recherche médicale impliquant la personne humaine, conformément à la Loi N°2022/008 du 27 avril 2022 et à la Loi N°2025/009 portant régime juridique de la pharmacie. Le PSNRS 2026-2030 prévoit, dans le cadre de l'extrant 2.4, le renforcement des capacités de supervision de l'ANRP, l'élaboration de guides de bonnes pratiques cliniques adaptés au contexte camerounais et la mise en place d'un fonds de soutien à la recherche clinique sur les MTA prioritaires.

f. Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH)

Le CHRACERH est un établissement hospitalo-universitaire de référence pour la conduite de la recherche clinique et opérationnelle, en particulier dans les domaines de la santé reproductive, de la chirurgie spécialisée et de l'innovation médicale. À ce titre, il contribue à la production de données scientifiques sur la fertilité, la santé maternelle et reproductive, à l'expérimentation de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques adaptées au contexte camerounais, à l'encadrement scientifique des médecins, internes et étudiants en méthodologie de recherche, et à la mise à disposition des résultats pour orienter les décisions du MINSANTE. Le CHRACERH constitue, à ce titre, un modèle de structure hospitalo-universitaire dont la généralisation est encouragée par l'extrant 1.4 (déploiement de comités d'éthique fonctionnels dans les FOSA de catégories 1 et 2).

6.1.1.2. Autres ministères impliqués

a. Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation (MINRESI)

Le MINRESI participe à l'orientation stratégique, à la régulation et à la promotion de la recherche opérationnelle en santé. Il veille à la cohérence avec les politiques nationales de recherche, contribue au renforcement des capacités scientifiques, assure la coordination avec les institutions de recherche placées sous sa tutelle (IMPM, ISM, CRMPR, etc.) et concourt à la valorisation des résultats pour l'innovation et la prise de décision publique.

b. Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP)

Le MINESUP contribue au développement de la recherche opérationnelle en santé par la formation des ressources humaines spécialisées, l'encadrement académique et scientifique des travaux de thèse et de mémoire, la production de connaissances et la promotion de partenariats entre les universités, les instituts de recherche et les institutions publiques pour l'utilisation des résultats dans les politiques et programmes de santé.

6.1.1.3. Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

Conformément à la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant code général des collectivités territoriales décentralisées, les communes et les régions disposent de compétences transférées en matière de santé. À ce titre, elles peuvent contribuer au cofinancement des activités de recherche opérationnelle d'intérêt local, à l'appropriation des résultats de recherche dans la planification sanitaire locale et à la mobilisation communautaire autour des interventions évaluées. Leur intégration formelle dans le dispositif de coordination de la ROS constitue un levier clé de la décentralisation effective du système national de recherche en santé.

6.1.2. Producteurs de recherche

Cette catégorie regroupe l'ensemble des entités qui conçoivent, conduisent et publient les travaux de recherche opérationnelle. Elle constitue le cœur du dispositif national de production scientifique.

6.1.2.1. Universités et facultés

Les universités d'État (Yaoundé I, Yaoundé II, Douala, Dschang, Buea, Ngaoundéré, Maroua, Bamenda, Bertoua, Ebolowa, Garoua) et leurs facultés (médecine, pharmacie, sciences biomédicales, sciences sociales, santé publique) constituent le vivier principal de la production académique et de la formation des ressources humaines en recherche opérationnelle. Elles contribuent à la traduction des évidences scientifiques en politiques et pratiques de santé, à travers la production de mémoires, thèses et publications, et la mise à disposition d'expertise pour les institutions du secteur.

Les missions principales des universités et facultés en matière de recherche opérationnelle en santé sont :

- Former des professionnels et chercheurs en santé, biomédical et sciences sociales, dotés de compétences en recherche opérationnelle ;
- Produire des évidences biomédicales, cliniques et socio-comportementales alignées sur les priorités nationales de santé ;
- Assurer l'encadrement scientifique et méthodologique des travaux de recherche et des formations diplômantes ;
- Appuyer le système de santé par l'analyse multidisciplinaire, l'évaluation et l'aide à la décision ;
- Diffuser et traduire les résultats de recherche en recommandations opérationnelles et en politiques publiques ;
- Promouvoir l'éthique, l'intégrité scientifique et le respect des normes réglementaires en recherche.

6.1.2.2. Centres et instituts de recherche

Le Cameroun abrite plusieurs instituts et centres de recherche spécialisés en santé humaine, parmi lesquels :

- le Centre Pasteur du Cameroun (CPC), avec ses antennes de Garoua et Douala ;
- l'Institut de Recherches Médicales et d'Études des Plantes Médicinales (IMPM) ;
- le Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB) ;
- le Centre de Recherche sur les Maladies Émergentes et Réémergentes (CREMER) ;
- l'Institut Supérieur de Recherche Scientifique et Médicale (ISM) ;
- le Centre de Recherche sur les Maladies Infectieuses (CRID) ;
- l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC) ;
- l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ;
- l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites (ANRS) ;
- le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP).

Ces institutions produisent des données et des analyses appliquées aux questions de santé prioritaires, conduisent des études de surveillance épidémiologique, contribuent à la veille sanitaire et participent activement aux réseaux internationaux de recherche.

6.1.2.3. Comités scientifiques et de recherche des programmes prioritaires

Les programmes et projets de santé prioritaires (Programme Élargi de Vaccination, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Comité National de Lutte contre le Sida, Programme National de Lutte contre la Tuberculose, etc.) conduisent fréquemment des études d'envergure nationale pour répondre à des problématiques opérationnelles spécifiques. Certains, à l'instar du CNLS, disposent dans leur organigramme d'une unité de recherche dédiée. Cette activité de recherche, importante en volume et en portée, doit, pour assurer sa cohérence stratégique, être intégrée dans la coordination générale assurée par la DROS.

6.1.2.4. Chercheurs et entreprises de recherche

Cette sous-catégorie regroupe les individus et structures privées qui conduisent activement des travaux d'enquête, d'analyse et d'évaluation :

- Chercheurs universitaires, épidémiologistes, biostatisticiens et spécialistes en sciences sociales appliquées à la santé ;
- Médecins de terrain et chercheurs indépendants apportant expertise scientifique et leadership dans les études. Le PSNRS 2026-2030 prévoit, dans le cadre de l'extrant 3.2 (mécanismes de valorisation et de motivation des chercheurs), un processus de reconnaissance scientifique formalisée des chercheurs indépendants en santé ;
- Entreprises et bureaux d'études spécialisés en recherche opérationnelle en santé (IRESCO, Afrique en Marche, etc.), qui contribuent à la sous-traitance technique d'études commanditées par les institutions publiques et les partenaires.

6.1.3. Utilisateurs de la recherche et acteurs de la traduction des connaissances

Cette catégorie regroupe les institutions et acteurs qui mobilisent les résultats de recherche pour la formulation des politiques, la planification opérationnelle et la mise en œuvre des interventions de santé.

6.1.3.1. Décideurs publics et gestionnaires de programmes

Le Cabinet du Ministre de la Santé Publique, le Secrétariat Général, les directions techniques centrales (Direction des Études, de la Planification et de la Coopération ; Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire ; Direction de la Promotion de la Santé ; Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies, etc.), les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) et les responsables de programmes prioritaires utilisent les résultats de recherche pour la formulation des politiques, l'élaboration des plans opérationnels et l'ajustement des stratégies d'intervention.

6.1.3.2. Structures sanitaires et formations sanitaires

Les structures sanitaires constituent à la fois des terrains d'étude pour la recherche opérationnelle in situ et des utilisatrices directes des résultats produits :

- Hôpitaux généraux, centraux, régionaux, de district et centres de santé : sources de données et champs d'étude pour la recherche opérationnelle ;
- Programmes nationaux de santé prioritaires (paludisme, VIH/Sida, tuberculose, vaccination, santé maternelle et néonatale, MNT, santé mentale, etc.) : intègrent des volets de recherche pour évaluer et améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des interventions.

6.1.3.3. Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Les agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, etc.), les coopérations bilatérales (Vital Strategies, AFD, GIZ, JICA, KFW, etc.), les fondations internationales (Bill & Melinda Gates Foundation, Wellcome Trust, etc.) et les fonds globaux (Fonds mondial, Gavi) apportent un appui structurant à la recherche opérationnelle en santé. Cet appui prend les formes suivantes : financement direct de projets de recherche prioritaires, expertise technique et méthodologique, soutien aux formations diplômantes et continues, coordination internationale et mise en réseau, et accompagnement à l'utilisation des résultats dans la prise de décision. Vital Strategies, en particulier, accompagne le MINSANTE dans la conception et la mise en œuvre du présent plan.

6.1.3.4. Organisations non gouvernementales (ONG) et société civile

Les ONG nationales et internationales et les organisations de la société civile constituent des acteurs de terrain qui facilitent la collecte de données contextualisées, l'engagement

communautaire, la mobilisation sociale et le plaidoyer en faveur de l'utilisation des évidences. Elles interviennent notamment dans :

- la santé communautaire et la promotion de la santé (associations locales, plateformes de la société civile) ;
- la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions de santé dans les zones difficiles d'accès et auprès des populations vulnérables ;
- le plaidoyer pour la prise en compte des résultats de recherche dans les politiques publiques.

6.1.3.5. Communautés et agents de santé communautaire

Les communautés et les agents de santé communautaire (ASC) sont à la fois sources de données primaires, bénéficiaires des résultats et acteurs de l'acceptabilité sociale des interventions. Conformément à l'approche « Une seule Santé » et à la décentralisation, leur implication dans les processus de recherche, de la formulation des questions à la diffusion des résultats, est un gage de pertinence, d'éthique et d'efficacité.

- Les ASC (relais communautaires, travailleurs de santé communautaire) fournissent des informations de terrain et facilitent la collecte de données dans les zones reculées ;
- Les communautés permettent l'évaluation des pratiques locales, l'identification des barrières socio-culturelles et la mise en œuvre de solutions adaptées ;
- Elles sont les premières actrices du changement de comportement identifié par la recherche.

6.1.4. Acteurs déconcentrés de la recherche

La territorialisation du PSNRS repose sur l'attribution de responsabilités claires aux deux échelons déconcentrés du système de santé : les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) et les Districts de Santé. Conformément à la pyramide sanitaire (Tableau 1) et au principe de décentralisation retenu parmi les principes directeurs du plan, ces structures ne sont pas seulement des terrains d'étude et des utilisatrices de résultats : elles sont des actrices à part entière de la production, de la coordination et de la valorisation de la recherche opérationnelle à leur niveau.

6.1.4.1. Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP)

La DRSP assure la gouvernance régionale de la recherche en santé. À ce titre, elle :

- Préside le Comité Régional de Coordination de la Recherche (CRCR) et anime la concertation entre districts, formations sanitaires, comité régional d'éthique, secteurs collaborateurs et Collectivités Territoriales Décentralisées ;
- Identifie et fait remonter les questions de recherche opérationnelle émergeant du terrain, en lien avec la cartographie nationale des priorités (extrant 1.1) ;
- Supervise la valorisation des données de routine du SNIS à des fins de recherche et veille à la qualité des données produites dans les aires de santé ;

- Assure le suivi-évaluation régional de la mise en œuvre du PSNRS et rend compte de la performance de la région au niveau central.

6.1.4.2. Districts de Santé

Le District de Santé, échelon opérationnel de planification et d'action, constitue le relais de proximité de la recherche opérationnelle. L'équipe-cadre de district :

- Intègre un volet de recherche opérationnelle dans le Plan de Développement du District et dans le micro-plan annuel, ciblant les goulots d'étranglement identifiés localement ;
- Conduit ou facilite des études opérationnelles de proximité (couverture des interventions, barrières d'accès, qualité des soins, performance programmatique) ;
- Garantit la complétude, la promptitude et la qualité des données de routine, condition première d'une recherche épidémiologique fiable fondée sur le SNIS ;
- Mobilise les communautés et les agents de santé communautaire dans la formulation des questions et la restitution des résultats ;
- Applique, au niveau district, les évidences validées et documente les enseignements de leur mise en œuvre.

Cette répartition garantit que la recherche opérationnelle ne se concentre pas exclusivement dans les pôles urbains de référence et qu'elle couvre l'ensemble du territoire national, y compris les régions vulnérables exposées au risque d'exclusion du champ de la recherche.

6.2. CADRE NORMATIF ET ESSAIS CLINIQUES

Les essais cliniques constituent un pan fondamental de la recherche en santé qui n'était pas suffisamment traité dans les versions antérieures du document. Le cadre réglementaire des essais cliniques au Cameroun s'appuie principalement sur la Loi N°2022/008 du 27 avril 2022 régissant la recherche médicale impliquant la personne humaine, sur la Loi N°2025/009 portant régime juridique de la pharmacie, ainsi que sur les attributions de l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP). Ce cadre est complété par les textes d'application en cours d'élaboration, dont la finalisation et la transmission aux Services du Premier Ministre sont prévues par l'extrant 1.3 du présent plan.

Le PSNRS 2026-2030 prévoit le renforcement de la supervision des essais cliniques, en particulier ceux portant sur les médicaments traditionnels améliorés (MTA), à travers trois interventions structurantes (extrant 2.4) :

- l'élaboration de guides de bonnes pratiques cliniques adaptés au contexte camerounais ;
- le renforcement des capacités de supervision de l'ANRP et de coordination entre l'ANRP, le CNERSH et la DROS ;
- la mise en place d'un fonds de soutien à la recherche clinique sur les MTA prioritaires (antipaludiques, antihypertenseurs, drépanocytose, etc.).

Tableau 5: Cartographie des rôles, responsabilités et bases légales des parties prenantes de la recherche opérationnelle en santé

Catégorie	Acteurs spécifiques	Rôle principal	Base légale / référence
1. Gouvernance et régulation	MINSANTE — Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) et ses deux cellules (Cellule de la Recherche Clinique ; Cellule des Réseaux Scientifiques et de la Promotion de l'Éthique)	Coordination nationale de la ROS, définition des priorités, élaboration des politiques de recherche, supervision des programmes, traduction des résultats en propositions d'action	Décret N°2013/093 du 03/04/2013
	Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) et comités régionaux/ institutionnels d'éthique	Évaluation et autorisation des protocoles de recherche, protection des participants, conformité aux normes nationales et internationales (Helsinki, CIOMS)	Loi N°2022/008 du 27/04/2022
	Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP)	Supervision des essais cliniques et des recherches sur les produits de santé, régulation des MTA	Loi N°2022/008 ; Loi N°2025/009
	Observatoire National de Santé Publique (ONSP)	Réalisation d'études et enquêtes épidémiologiques nationales, gestion des bases de données de santé publique, diffusion d'évidences pour les décideurs	Décret n°2010/2952/PM du 01/11/2010
	Cellule des Informations Sanitaires (CIS)	Production et qualité des données sanitaires nationales, alimentation du SNIS, mise à disposition des données pour la recherche	Organigramme MINSANTE — Décret N°2013/093
	MINRESI ; MINESUP	Orientation stratégique de la recherche scientifique nationale ; tutelle des institutions de recherche et des universités ; encadrement académique des RHS	Décrets organiques ministériels
	Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)	Cofinancement et appropriation locale des activités de ROS, mobilisation communautaire dans le cadre des compétences transférées en santé	Loi n°2019/024 du 24/12/2019
2. Producteurs de recherche	Universités d'État et leurs facultés (médecine, pharmacie, sciences biomédicales, santé publique, sciences sociales) ; écoles de formation en santé (IDE, TMS, GS)	Production académique, formation des chercheurs, encadrement scientifique et méthodologique des travaux, publication des résultats	Loi cadre de l'enseignement supérieur

	Centres et instituts de recherche : CPC (et antennes Garoua, Douala), IMPM, CIRCB, CRID, CREMER, OCEAC, IRD, ANRS, ISM, LNSP	Recherche spécialisée (maladies infectieuses, MNT, surveillance, MTA, pathologies tropicales) ; veille sanitaire ; participation aux réseaux internationaux	Décrets de création respectifs
	Comités scientifiques et unités de recherche des programmes prioritaires (PEV, PNLP, CNLS, PNLT, etc.) ; CHRACERH ; hôpitaux universitaires	Conduite d'études évaluatives sur les interventions des programmes ; recherche clinique hospitalo-universitaire	Textes des programmes ; statuts FOSA
	Chercheurs indépendants ; entreprises et bureaux d'études en ROS (IRESCO, Afrique en Marche, etc.)	Production scientifique sous contrat ; expertise technique mobilisable par les institutions publiques et les PTF	Code de commerce ; convention-cadre à élaborer (extrant 2.2)
3. Utilisateurs et acteurs de la traduction des connaissances	Cabinet du Ministre, directions techniques centrales du MINSANTE, DRSP, DS, gestionnaires de programmes prioritaires	Utilisation des résultats pour la formulation des politiques, l'élaboration des plans opérationnels et l'ajustement des stratégies d'intervention	Décret N°2013/093 ; Stratégie Sectorielle de Santé
	Hôpitaux et formations sanitaires (catégories 1 à 6)	Terrains d'étude ; intégration des évidences dans la planification et la pratique clinique ; production de données de routine via le SNIS	Statuts FOSA ; Décret N°2013/093
	Partenaires Techniques et Financiers (OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, AFD, GIZ, Fonds mondial, Gavi, Vital Strategies, etc.)	Cofinancement, expertise technique, mise en réseau internationale, accompagnement à l'utilisation des résultats	Conventions de coopération bilatérale et multilatérale
	ONG nationales et internationales ; organisations de la société civile ; associations professionnelles de santé	Mise en œuvre, évaluation, mobilisation communautaire, plaidoyer pour l'utilisation des évidences	Loi n°99/014 du 22/12/1999 sur les ONG
	Communautés et agents de santé communautaire (ASC)	Sources de données primaires, acceptabilité sociale des interventions, acteurs du changement de comportement	Politique nationale de santé communautaire

Source : Élaboration DROS, à partir du décret N°2013/093, de la Loi N°2022/008, de la Loi N°2025/009 et du modèle des Systèmes Nationaux de Recherche en Santé [35].

6.3. DIAGNOSTIC DES MÉCANISMES DE COORDINATION ET ENJEUX POUR LE PSNRS 2026-2030

Si les rôles institutionnels des différentes parties prenantes sont, dans l'ensemble, clairement définis par les textes en vigueur, l'analyse de la mise en œuvre du PSNRS 2014–2018 et les

consultations conduites lors de l'élaboration du présent plan révèlent que les mécanismes de coordination opérationnelle entre acteurs demeurent insuffisamment formalisés et faiblement fonctionnels. À titre d'illustration, on observe peu d'interactions formelles régulières entre la DROS, la CIS et l'ONSP, alors même que leurs missions respectives — coordination de la recherche, gestion du SNIS et production d'études épidémiologiques — appellent une articulation systématique. De même, la coordination entre la DROS et les comités scientifiques des programmes prioritaires reste largement informelle, ce qui limite la cohérence stratégique des activités de recherche conduites par ces programmes.

Ces constats convergent avec les insuffisances structurelles relevées dans le chapitre 3 (état des lieux) et fondent les choix stratégiques du PSNRS 2026-2030, en particulier :

- le renforcement de la gouvernance et de l'éthique de la recherche (Effet 1), à travers la mise en place de sessions périodiques de coordination aux niveaux central, régional et multisectoriel, et la cartographie systématique des parties prenantes (extrants 1.1 et 1.2) ;
- l'amélioration de l'utilisation des évidences dans la prise de décision (Effet 2), par la formalisation des conventions-cadres entre le MINSANTE et les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (extrant 2.2) et le développement du Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS, extrant 2.5) ;
- l'institutionnalisation de la culture de recherche (Effet 3), par le déploiement de points focaux ROS dans les DRSP et les FOSA et la mise en place de réseaux scientifiques de chercheurs (extrants 3.1 et 3.2) ;
- la mobilisation durable des ressources (Effet 4), par l'atteinte de la cible de 2 % des dépenses nationales de santé allouées à la recherche, conformément à la Déclaration d'Alger.

L'amélioration de la coordination opérationnelle des acteurs de la recherche en santé constitue ainsi une priorité transversale du présent plan, dont la mise en œuvre conditionne la performance d'ensemble du dispositif national de recherche opérationnelle en santé.

Comité Régional de Coordination de la Recherche (CRCR)

Pour donner corps à la coordination régionale prévue par l'extrant 1.2.4, il est institué dans chaque région un Comité Régional de Coordination de la Recherche (CRCR), présidé par le Délégué Régional de la Santé Publique. Le CRCR réunit les points focaux ROS régionaux, les représentants des équipes-cadres de district, le comité régional d'éthique, les formations sanitaires de référence de la région, les secteurs collaborateurs et les Collectivités Territoriales Décentralisées. Il se réunit au moins deux fois par an et a pour mandat de hiérarchiser les questions de recherche régionales, d'assurer le suivi de la mise en œuvre territoriale du PSNRS et de garantir la cohérence entre orientations nationales et réalités locales. Le CRCR constitue l'interface formelle entre le niveau central et l'échelon déconcentré, comblant le déficit de coordination opérationnelle relevé dans la présente section.

6.4. CADRE OPERATIONNEL DU PSNRS 2026 - 2030

Tableau 6: Cadre opérationnel du PSNRS 2026 - 2030

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
Effet 1: D'ici 2030, la qualité de la Gouvernance et de l'éthique de la recherche, opérationnelle en santé humaine progresse de 50% selon les indicateurs de qualité retenus		
1.1. D'ici à 2030, 100% des documents normatifs encadrant la Recherche et l'éthique sont mis à la disposition de toutes les parties prenantes	Réaliser une cartographie des parties prenantes de la ROS	% des documents normatifs encadrant la Recherche et l'éthique mis à la disposition de toutes les parties prenantes cartographiées
	Mettre à jour périodiquement la cartographie	
	Renforcer le mécanisme de vulgarisation des documents normatifs auprès des parties prenantes	
	Répertorier les documents normatifs	
	Mettre à jour périodiquement le répertoire des documents normatifs	
	Mener une enquête périodique auprès des acteurs institutionnels pour recueillir les priorités de recherche	
	Tenir périodiquement une session de validation des priorités en ROS	
	Diffuser annuellement le document sur les priorités de ROS	
1.2 D'ici à 2030, 100% des parties prenantes cartographiées par niveau participent aux activités de coordination et de suivi de la ROS	Tenir une session périodique de coordination des acteurs de la recherche au niveau central	% d'acteurs de la recherche cartographiés par niveau ayant participé aux réunions
	Tenir une session périodique de coordination des acteurs au niveau régional	
	Tenir une session annuelle de coordination multisectorielle des acteurs de la recherche	

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
	Mettre en place un système de gestion des données liées aux activités de ROS à tous les niveaux	de coordination des activités de recherche
	Développer une plateforme numérique pour assurer le suivi en temps réel des protocoles de recherche approuvés	
1.3. Les textes d'application des lois relatives à la recherche en santé humaine impliquant la personne humaine au Cameroun sont élaborés et transmis	Organiser la finalisation des textes d'application	Nombre de textes d'application transmis aux SPM
	Organiser la validation des textes d'application	
	Transmettre les textes d'application aux Services du Premier Ministre (SPM)	
1.4. D'ici 2030, 100% des régions et des hôpitaux de 1ère et 2ième catégorie disposent d'un comité éthique fonctionnel (02 à 04 sessions par an)	Mettre en place des comités éthiques dans les FOSA de première et deuxième, , , catégorie	% des hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie qui disposent d'un comité éthique fonctionnel (ayant tenu 02 à 04 sessions par an)
	Mettre en place des comités éthiques dans les dix régions	
	Organiser la formation des membres des comités d'éthique régionaux et des FOSA de, , , première et deuxième catégorie	
	Tenir 04 sessions d'évaluation des protocoles dans les comités éthiques des FOSA de 1ère et 2ième catégorie	
	Tenir 04 sessions d'évaluation des protocoles dans les comités éthiques des régions	
	Développer les outils harmonisés pour le fonctionnement des comités d'éthique (canevas de rapport d'activités, manuel de procédure, plan de travail annuel, etc…)	
	Superviser les comités d'éthique national et régionaux	

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
	Superviser les comités d'éthique des FOSA de catégorie 1 et 2	
1.5 D'ici à 2030, un système de veille et de régulation bioéthique est fonctionnel au Cameroun.	Mettre en place le comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	% d'incidents bioéthiques notifiés ayant fait l'objet d'une investigation
	Organiser la formation des membres du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	
	Tenir les sessions du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	
	Développer les outils harmonisés (canevas de rapport d'activités, manuel de procédure, plan de travail annuel, etc…) pour le fonctionnement du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	
	Organiser la certification des personnels des FOSA accréditées sur les standards internationaux de bioéthique	
	Accompagner les FOSA dans le processus d'accréditation sur les standards internationaux de bioéthique	
	Superviser les activités du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	
	Développer un mécanisme de surveillance des incidents bioéthique (identification des référents, développement des outils, etc.)	
1.6 D'ici à 2030, au moins 04 études sont réalisées pour mesurer la contribution réelle de la mise en œuvre des documents de référence	Mener une enquête rapide d'évaluation de base sur la situation des indicateurs stratégiques nationaux	% des documents de référence ayant fait l'objet d'une étude pour mesurer l'atteinte des
	Mener une évaluation à mi-parcours des documents de référence du secteur santé couvrant le cycle 2026-2030	

IMPACT	La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
aux objectifs de développement du pays	Mener une évaluation finale des documents de référence du secteur santé couvrant le cycle 2026-2030	objectifs de développement du pays
	Mener une étude pour évaluer la contribution des interventions de santé à l'atteinte des objectifs de développement du pays	
Effet 2 : D'ici à 2030 au moins 90% des évidences produites par la ROS ont contribué aux décisions prises dans le système de santé		
2.1., , D'ici à 2030, 90% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle, sont périodiquement renseignés	Elaborer un répertoire des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle	% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle, qui sont périodiquement renseignés
	Organiser périodiquement la collecte des indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle	
	Mettre en place un dispositif d'assurance qualité des indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle	
	Produire un rapport thématique sur les indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle	
, , 2.2. D'ici à 2030 50% des travaux de ROS sont orientés vers les priorités nationales	Développer un répertoire des travaux de ROS menés au Cameroun	% des travaux de ROS orientés vers les priorités nationales
	Sensibiliser les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (SNRI) sur la ROS	
	Formaliser une convention-cadre entre le MINSANTE et les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (SNRI)	
	Etablir un cadre de concertation "Santé-Recherche" avec les bailleurs de fonds pour aligner leurs financements sur la liste nationale des priorités de ROS.	

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
2.3. D'ici à 2030, 90% des résultats de recherches sont transformés en produits de connaissance	Mener une étude de base sur l'utilisation des preuves dans la prise de décision au MINSANTE (audit des circulaires et politiques récentes).	% des résultats de recherches transformés en produits de connaissance
	Renforcement des capacités des acteurs à traduire les résultats de la ROS en produits de connaissance.	
	Vulgariser les produits de connaissance à tous les niveaux	
	Développer des notes de politique portant sur les priorités nationales	
	Développer une banque de données nationale qui centralise les données primaires de ROS	
	Développer un portail public de visualisation des données issues de la recherche	
	Organiser un "Forum National de la Recherche pour l'Action" (biannuel)	
2.4. D'ici à 2030, la recherche sur la pharmacopée nationale est développée	Mener une analyse situationnelle sur les MTA et les protocoles des recherches associées	Nombre de recherches réalisées portant sur les MTA
	Accompagner le processus d'homologation et de mise sur le marché des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).	
	Assurer la supervision des essais cliniques dans le cadre de l'Autorité nationale de réglementation pharmaceutique (ANRP)	
	Accompagner la pharmacovigilance relative aux MTA	
	Etablir une plateforme de collaboration entre chercheurs (Universités/IMPM) et tradipraticiens	

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
	Mettre en place un fonds de soutien à la recherche clinique sur les MTA prioritaires (ex : antipaludiques, antihypertenseurs, drépanocytose) est mis en place.	
	Elaborer et vulgariser des guides de bonnes pratiques sur les essais cliniques pour les MTA.	
2.5. D'ici à 2030, 90% de la documentation produite en lien avec le secteur santé sont disponibles dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS)	Collecter activement des documents (résultats de travaux de recherche, documents normatifs, plans stratégiques, rapports d'activités, etc.)	% de la documentation produite en lien avec le secteur santé disponible dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS)
	Mettre en ligne des documents en lien avec le secteur santé dans le CDNSS	
	Former des utilisateurs et des points focaux de tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'animation du CDNSS	
	Assurer une maintenance continue du site web du CDNSS	
	Promouvoir le CDNSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les autres secteurs collaborateurs (notamment à travers le Cameroon Health Data Collaborative CHDC)	
Effet 3 : D'ici à 2030, la culture de la recherche opérationnelle est institutionnalisée dans 80% des structures cibles du système de santé		
, 3.1. D'ici à 2030, toutes les DRSP et 90% des formations sanitaires de catégories 1 à 3 disposent d'au moins un personnel ayant des	Créer un pool de points focaux provenant de toutes les DRSP et de 90% de FOSA de catégories 1 et 2 pour la mise en œuvre de la ROS	Pourcentage des personnels ayant achevé le programme de mentoring
	Implémenter un programme de mentoring des points focaux provenant de toutes les DRSP et de 90% de FOSA de catégories 1 et 2 en ROS	
	Former et accompagner à la rédaction et soumission des projets de recherche aux appels à proposition de financements	

IMPACT	La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
compétences liées à la recherche opérationnelle en santé		
3.2. D'ici à 2030, le Cameroun dispose d'un mécanisme de valorisation et de motivation des chercheurs du domaine de la santé humaine	Mettre en place 04 réseaux scientifiques de chercheurs	Nombre de réseaux fonctionnels
	Coordonner les activités des réseaux scientifiques	
	Organiser périodiquement un forum pour primer l'excellence en ROS	
	Organiser périodiquement des appels à financement des projets de ROS	
3.3. Développer les mécanismes visant à améliorer la formation initiale et continue des RHS en ROS	Elaborer et valider les curriculums harmonisés de compétences pour la formation des personnels de santé en ROS	Le curriculum de formation initiale et continu des RHS en ROS est adopté et validé par le MINSANTE et le MINESUP
	Organiser le plaidoyer auprès du MINESUP en faveur de l'intégration d'un curriculum sur la ROS dans la formation des Ressources Humaines en Santé (RHS)	
	Organiser le plaidoyer auprès du MINSANTE en faveur de l'intégration d'un curriculum sur la ROS dans la formation des RHS	
	Développer les modules de formation des RHS dans le domaine de la ROS	
	Développer les didactiels et les outils d'auto-formation en ligne (e-learning) dans le domaine de la ROS	
	Assurer le suivi évaluation des programmes de formation initiale et continue en médecine, chirurgie dentaire, pharmacie et soins infirmiers	
3.4. D'ici à 2030, au moins 80 % des structures cibles des dix régions	Élaborer, valider et adopter les textes créant les Comités Régionaux de Coordination de la Recherche (CRCR) dans les 10 régions	Pourcentage de régions disposant d'un

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
disposent de capacités fonctionnelles pour planifier, conduire, utiliser et valoriser la recherche opérationnelle dans les processus de prise de décision	Désigner, former et équiper 02 points focaux ROS par DRSP et 01 point focal par district de santé, puis assurer leur animation et supervision	mécanisme fonctionnel de gouvernance et de production de la recherche opérationnelle en santé
	Intégrer la ROS dans les Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) et les Plans de Développement des Districts de Santé (PDDS)	
	Financer et conduire au moins une étude de recherche opérationnelle par région chaque année, avec diffusion des résultats	
	Organiser les Journées Régionales de Recherche en Santé et de valorisation des résultats de recherche	
	Développer, déployer et assurer la maintenance du tableau de bord national et régional de suivi de la ROS	
Effet 4 : D'ici à 2030, au moins 80% des interventions du PSNRS trouvent le financement nécessaire à leur mise en œuvre		
4.1 D'ici à 2030, au moins 2% des dépenses nationales de santé est alloué à la recherche opérationnelle en santé conformément à la déclaration d'Alger	Mener une étude pour évaluer la contribution des PTF et des acteurs nationaux au financement de la ROS au Cameroun	Pourcentage du budget du MINSANTE alloué à la recherche opérationnelle en santé
	Organiser un plaidoyer auprès des décideurs du MINSANTE pour allouer un budget spécifique pour la mise en œuvre des études de recherche opérationnelle en santé	
	, Préparer les éléments de maturité pour la mise en œuvre des interventions du PSNRS 2026-2030	
	Développer les directives qui incitent les hôpitaux de catégories 1 à 3 à consacrer un pourcentage de leurs recettes propres à la recherche-action pour l'amélioration de la qualité des soins., ,	
	Promouvoir et disséminer le PNS ROS auprès des parties prenantes	

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
4.2 D'ici à 2030, la part de financement allouée à la recherche opérationnelle en santé par les structures privée et les CTD augmente	Développer un mécanisme d'incitation fiscale ou de co-financement pour encourager les entreprises locales (assurances, industries pharmaceutiques) à financer la ROS	Part de financement allouée à la recherche opérationnelle en santé par les CTD
	Développer les taxes sur les produits nocifs à la santé et les produits de luxe afin de financer la ROS	
	Organiser le plaidoyer auprès des grandes entreprises en faveur du financement de la ROS	
	Renforcer le mécanisme de collaboration avec les Conseils régionaux pour le financement de la ROS aux niveaux régional	
	Organiser un plaidoyer auprès des entreprises afin de bénéficier des financements en faveur de la ROS dans le cadre de la RSE	
4.3 D'ici à 2030, la contribution des financements extérieurs alloués à la ROS est doublée	Mettre en place un dispositif de veille stratégique pour répondre aux appels d'offres internationaux en matière de ROS	Le niveau des financements extérieurs alloués à la ROS
	Faciliter/accompagner les équipes indépendantes en consortiums pour répondre aux appels internationaux	
	Améliorer la gouvernance financière des activités des ROS pour accroître la confiance des bailleurs et favoriser le financement direct (aide budgétaire sectorielle).	
	Assurer la mobilisation régulière des fonds de contrepartie de l'Etat dans le cadre des co financements (UNITAID, FM, EDCTP etc.)	

IMPACT	**La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable**	
Produits (Extrants)	**Interventions/Principales Activités**	**Indicateur**
	Constituer des consortiums de recherche Sud-Sud et Nord-Sud, pilotés par des institutions camerounaises, pour postuler à de grands fonds de recherche	
	Elaborer et diffuser régulièrement un portfolio numérique des *"Opportunités d'Investissement dans la Recherche Opérationnelle en santé au Cameroun*" pour attirer les fondations privées et les instituts philanthropiques	

6.5. MECANISME DE TERRITORIALISATION DU PSNRS 2026-2030

La territorialisation du Plan Stratégique National de Recherche Opérationnelle en Santé (PSNRS) 2026-2030 vise à rapprocher la recherche des réalités sanitaires locales, à renforcer les capacités de recherche à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et à promouvoir l'utilisation des données probantes dans la prise de décision aux échelons central, régional et opérationnel.

Elle repose sur une décentralisation progressive de la gouvernance de la recherche opérationnelle en santé (ROS), articulée entre le niveau central (DROS/MINSANTE), les régions (DRSP), les districts de santé, les formations sanitaires, les institutions académiques et de recherche, les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) et les communautés. Cette approche s'inscrit dans le cadre fixé par la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées et le décret n°2023/132 du 10 février 2023 précisant les compétences santé transférées aux Régions.

La mise en œuvre suit une logique de cascade structurée (du niveau central vers les districts) articulant planification, renforcement des capacités, production de connaissances et redevabilité, conformément à la chaîne de résultats du PSNRS (intrants, activités, extrants, effets et impact). Elle se déploie en quatre phases complémentaires sur la période 2026-2030.

6.5.1. Phasage de la territorialisation

Tableau 7: Processus du teritorialisation du PSNRS

Phase	Période	Principaux jalons territoriaux
Phase 1 : **Mise en place des mécanismes institutionnels**	2026	- Création et opérationnalisation des Comités Régionaux de Coordination de la Recherche (CRCR) dans les 10 régions. - Désignation des deux points focaux ROS dans chaque DRSP, en lien avec les Hôpitaux Régionaux. - Formation initiale des responsables régionaux et de district en méthodologie de recherche, éthique et utilisation des données probantes.
Phase 2 : **Déploiement et appropriation territoriale**	2027	- Intégration d'un volet ROS dans les Plans Régionaux de Développement Sanitaire et les Plans de Développement des Districts de Santé. - Activation des mécanismes régionaux de priorisation des questions de recherche, pilotés par les CRCR.

		- Formalisation de partenariats entre DRSP, universités, instituts de recherche et hôpitaux (conventions-cadres, extrant 2.2).
Phase 3 : **Montée en puissance et production des connaissances**	2028-2029	- Financement compétitif des projets de recherche aux niveaux régional et district. - Organisation annuelle des Journées Régionales de Recherche en Santé. - Désagrégation régionale du tableau de bord national de la ROS (cf. dispositif de suivi-évaluation, chapitre 6).
Phase 4 : **Consolidation et pérennisation**	2030	- Évaluation de la contribution de la ROS à l'amélioration des performances du système de santé. - Capitalisation des bonnes pratiques et innovations régionales. - Institutionnalisation des mécanismes régionaux de gouvernance et de financement. - Intégration des acquis dans le PSNRS suivant.

6.5.2. Responsabilités territoriales

Tableau 8: Responsabilités dans la territorialisation du PSNRS

Niveau	Responsabilités principales	Livrables attendus
Niveau central (DROS/MINSANTE)	Orientation stratégique, définition des priorités nationales, mobilisation des ressources, coordination nationale, normalisation, suivi-évaluation et diffusion des résultats.	PSNRS opérationnel ; directives nationales ; agenda national de recherche ; tableau de bord national ; rapport national annuel sur la ROS.
Niveau régional (DRSP/CRCR)	Coordination régionale, priorisation des thématiques régionales, supervision des activités de recherche, suivi-évaluation et valorisation des résultats.	CRCR fonctionnel ;, rapport trimestriel et bilan annuel régional ; revue régionale de recherche.
District de Santé	Identification des problématiques prioritaires, facilitation des études opérationnelles, amélioration de la qualité des données et utilisation des résultats pour la gestion locale.	Volet ROS intégré au Plan de Développement du District ; protocoles et rapports d'études ; plans d'action fondés sur les résultats.

Formations sanitaires et hôpitaux	Mise en œuvre des activités de recherche, collecte et analyse des données, documentation des innovations et bonnes pratiques.	Données de qualité ; rapports d'études ; publications ; présentations scientifiques.
Universités et instituts de recherche	Appui méthodologique et scientifique, mentorat, renforcement des capacités, valorisation des résultats.	Protocoles validés ; encadrement scientifique ; publications ; transfert de compétences.
Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)	Conformément à la loi n°2019/024 et au décret n°2023/132 : cofinancement de la recherche d'intérêt local, mobilisation communautaire, appropriation des résultats dans la planification sanitaire locale.	Contribution au financement de la ROS ; intégration des résultats dans les plans locaux.
Communautés, OSC et ASC	Identification des besoins, participation à la collecte des données, validation sociale des résultats et suivi citoyen.	Données communautaires ; restitutions locales ; participation à la priorisation.

6.5.3. Mécanisme de redevabilité territoriale

La redevabilité territoriale constitue un levier essentiel de gouvernance du PSNRS. Elle s'appuie sur le dispositif national de suivi-évaluation décrit au chapitre 6, dont elle constitue la déclinaison territoriale, et non sur un mécanisme distinct.

À ce titre, le Tableau de Bord National de la ROS, piloté par la DROS, est alimenté par les rapports trimestriels des points focaux régionaux (consolidant les données des FOSA de catégories 1 à 3, des districts, des DRSP et des secteurs collaborateurs) selon les circuits et échéances fixés par le dispositif de suivi-évaluation (transmission au plus tard le 15 du mois suivant le trimestre ; rétro-information du niveau central au plus tard le 30). Il présente annuellement, avec désagrégation régionale, les indicateurs clés relatifs à la gouvernance, au financement, aux capacités de recherche, à la production scientifique, à l'utilisation des résultats, aux partenariats et aux performances régionales, en cohérence avec les indicateurs territoriaux IT1 à IT4.

Les résultats font l'objet d'une revue annuelle nationale, de revues régionales de performance, de restitutions aux DRSP, districts et partenaires, et d'un mécanisme systématique de rétro-information permettant l'ajustement de l'agenda national. Ce dispositif inscrit la remontée de l'information dans une gestion axée sur les résultats, favorisant l'apprentissage institutionnel, la décision fondée sur les données probantes et l'amélioration continue des performances de la ROS au Cameroun.

CHAPITRE 7. TRADUCTION ET UTILISATION DES PRODUITS DE LA RECHERCHE

Le transfert et l'utilisation des connaissances constituent le quatrième pilier fondamental du Système National de Recherche en Santé. Sans mécanismes explicites de transfert, les résultats de recherche demeurent sans impact sur les politiques et les pratiques. Ce chapitre décrit l'architecture de transfert intégré des connaissances adoptée par le PSNRS, qui va bien au-delà de la simple diffusion d'informations.

7.1. APPROCHE STRATÉGIQUE DE LA COMMUNICATION

La stratégie de communication s'ancre dans l'action « Communication et relations publiques » du programme Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé, dont l'objectif est d'accroître la visibilité de l'action menée par le MINSANTE ainsi que la mobilisation des parties prenantes en faveur de la santé. Elle repose sur une architecture multi-niveaux adaptée à la diversité des publics cibles. Chaque segment (décideurs politiques, chercheurs, grand public et partenaires institutionnels) fait l'objet d'une approche différenciée, combinant des formats, des canaux et des temporalités spécifiques à ses attentes et à ses modes de consommation de l'information.
L'ensemble du dispositif s'articule autour d'une plateforme numérique centrale constituant le point d'entrée unique vers l'écosystème de connaissances : registre des projets, publications, calendrier des activités, ressources de formation, annuaire des chercheurs et tableaux de bord de suivi. Cette infrastructure numérique garantit la cohérence, la traçabilité et l'accessibilité permanente de l'information produite.
En complément, une stratégie d'engagement médiatique structurée autour de 3 à 5 journalistes partenaires, de communicateurs scientifiques et d'ambassadeurs publics permet d'amplifier la portée des travaux au-delà des cercles académiques et institutionnels. Ces relais assurent la traduction des résultats scientifiques en contenus accessibles, contribuant ainsi à ancrer la recherche dans le débat public et à renforcer sa légitimité sociale.

La communication et la dissémination des résultats de la recherche opérationnelle constituent un maillon stratégique essentiel du cycle de la connaissance. Sans mécanismes explicites de transfert et d'utilisation des connaissances, les résultats de recherche — aussi rigoureux soient-ils — demeurent sans impact sur les politiques et les pratiques. Le PSNRS 2026-2030 adopte en conséquence une approche de Transfert Intégré des Connaissances [44,45], qui intègre les décideurs et parties prenantes dès la conception des recherches, garantissant ainsi la pertinence et l'appropriation des résultats produits.

7.1.1. Approche de transfert intégré des connaissances

Le PSNRS adopte une approche de Transfert Intégré des Connaissances, fondée sur les travaux de Graham et al. [44] et Straus et al. [45]. Cette approche intègre les décideurs et parties prenantes dès la conception des recherches, garantissant la pertinence et l'appropriation des résultats produits. Un Pool National d'Experts en Recherche Opérationnelle (PNERO), décrit dans l'encadré stratégique du chapitre, constitue le mécanisme institutionnel de traduction des évidences en décisions. L'ONSP joue un rôle complémentaire essentiel en centralisant les synthèses, en produisant des bulletins analytiques et en alimentant les tableaux de bord décisionnels.

7.1.2. Segmentation des audiences et produits adaptés

La stratégie de communication cible quatre segments principaux, chacun avec des produits spécifiques : (i) les décideurs politiques nationaux et régionaux (notes politiques – policy briefs, dialogues politiques délibératifs, tableaux de bord stratégiques, séances d'information au Cabinet) ; (ii) les gestionnaires de programmes et cadres techniques (ateliers de restitution trimestriels, séminaires méthodologiques, fiches de synthèse opérationnelle) ; (iii) les praticiens de santé de terrain et les chercheurs (publications dans des revues à comité de lecture, bulletin trimestriel de la ROS, conférences scientifiques régionales et internationales, base de données nationale des études) ; (iv) les communautés et la société civile (infographies accessibles, réunions de restitution communautaires, radios de proximité et réseaux sociaux numériques).

7.1.3. Mécanismes « Data to Policy »

Au-delà de la simple diffusion d'informations, le plan privilégie des mécanismes actifs d'utilisation des données probantes dans le cycle décisionnel. Concrètement, il s'agira de : (a) intégrer systématiquement les résultats de la ROS dans les revues annuelles sectorielles et les processus de planification opérationnelle ; (b) organiser des dialogues politiques délibératifs avec les décideurs au moins deux fois par an, sur des thématiques prioritaires identifiées conjointement ; (c) rédiger et diffuser des notes politiques (policy briefs) en format standardisé (deux pages maximum, conclusion opérationnelle explicite) à destination des directions techniques et de la hiérarchie du MINSANTE ; (d) utiliser les plateformes EVIPNet-Afrique et le réseau Cameroon Health Data Collaborative (CHDC) comme vecteurs de partage intersectoriel ; (e) développer un portail public de visualisation des données issues de la ROS, accessibles en open data aux acteurs nationaux et internationaux.

7.2. INSTITUTIONNALISATION DE LA PRODUCTION ET DE L'UTILISATION DES PRODUITS DE RECHERCHE AU MINSANTE

ENCADRÉ STRATÉGIQUE : Mise en place d'un pool national d'experts pour la production et l'utilisation des produits de recherche au MINSANTE

Justification stratégique : L'analyse des pratiques institutionnelles au MINSANTE révèle que les résultats de la recherche en santé peinent à se traduire en décisions de politiques, non par manque de données, mais par déficit de mécanismes formels de traitement, de synthèse et de présentation des évidences aux décideurs. Conformément aux principes du cycle de gestion axée sur les résultats et aux recommandations des cadres internationaux (EVIPNet, Lavis et al. 2006 [46] ; Lewin et al. 2008 [47]), l'institutionnalisation d'un mécanisme de production régulière de produits de connaissance constitue une condition sine qua non pour que la recherche opérationnelle remplisse sa fonction stratégique.

Mécanisme de gouvernance : La DROS pilotera la mise en place d'un Pool National d'Experts en Recherche Opérationnelle (PNERO) constitué de chercheurs spécialisés, d'économistes de la santé, d'épidémiologistes et d'experts en politiques publiques, recrutés au sein des directions techniques du MINSANTE et pouvant se faire assister par des experts identifiés dans les universités ou les centres de recherche. Ce pool sera placé sous l'autorité fonctionnelle du Chef de la DROS et opérera dans un cadre formalisé. Ses travaux seront validés par un Comité de Lecture composé de pairs indépendants, garantissant rigueur scientifique et neutralité analytique.

Modalités de fonctionnement et productions : Le PNERO produira, au minimum deux fois par an, les livrables suivants :

- des notes d'information stratégiques (policy briefs) sur les priorités thématiques retenues dans le PSNRS ;
- des modélisations économiques et analyses coût-efficacité, coût-bénéfices, coût utilité à l'appui des arbitrages budgétaires ;
- des revues systématiques de la littérature nationale sur des questions opérationnelles clés ;
- des tableaux de bord de l'état de la recherche en santé au Cameroun, mis à jour annuellement.

Ces productions seront présentées lors de séances formelles de restitution aux directions techniques et, selon leur enjeu, directement au Cabinet du Ministre ou aux partenaires techniques et financiers. Un calendrier de production, validé chaque année par la DROS, assurera la régularité et la pertinence des livrables.

Ancrage institutionnel et durabilité : Le PNERO sera formalisé par un texte organisationnel signé du MINSANTE, garantissant son ancrage dans l'organigramme fonctionnel du Ministère. Ses activités bénéficieront d'une ligne budgétaire dédiée dans le budget programme du MINSANTE, afin d'assurer leur continuité indépendamment de l'aide

extérieure. Les membres du pool bénéficieront d'une reconnaissance institutionnelle formelle (attestations, mentions dans les rapports annuels), stimulant leur engagement sur le long terme. L'objectif à terme est de faire du PNERO un organe de référence pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision publique en santé, reconnu tant au niveau national qu'auprès des partenaires techniques et financiers.

Valeur ajoutée pour la décision publique : En opérationnalisant ce mécanisme, le MINSANTE se dotera d'une capacité interne d'analyse stratégique aujourd'hui largement externalisée aux consultants et partenaires techniques. Il renforcera ainsi son autonomie épistémique, améliorera la qualité de ses arbitrages programmatiques et budgétaires, et positionnera le Cameroun comme un acteur de référence dans le mouvement mondial de la décision fondée sur les preuves en santé publique.

7.3. PLAN OPÉRATIONNEL DE COMMUNICATION 2026-2030

La mise en œuvre opérationnelle de la stratégie de communication s'articulera autour de quatre axes : (i) la production annuelle d'un rapport national sur l'état de la ROS au Cameroun, validé par toutes les parties prenantes ; (ii) le développement et la maintenance d'un portail numérique central (Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé – CDNSS) agrégeant les publications, les protocoles approuvés, le calendrier des événements scientifiques et les tableaux de bord de suivi ; (iii) l'organisation biennale d'un Forum National de la Recherche pour l'Action, rassemblant chercheurs, décideurs, société civile et partenaires techniques et financiers autour des résultats de la ROS ; (iv) le développement d'un réseau de journalistes et communicateurs spécialisés en santé publique, formés à la vulgarisation scientifique, pour assurer une couverture médiatique régulière des activités et résultats de la ROS ; (v) la réalisation de réunions de communication intra-services hospitaliers pour sensibiliser les professionnels de santé aux résultats de la recherche opérationnelle et favoriser leur appropriation dans la pratique clinique.

Bien qu'il s'agisse d'une communication essentiellement technique, celle-ci se fera en étroite collaboration de l'action communication et relations publiques du programme gouvernance et pilotage stratégique du système de santé dont l'objectif est d'accroître la visibilité de l'action menée par le MINSANTE ainsi que la mobilisation des nouvelles entités en faveur de la santé.

CHAPITRE 8. CADRE DE SUIVI-EVALUATION

8.1. PRESENTATION ET DESCRIPTION DU SYSTEME NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION

Il n'existait pas véritablement un système national de suivi- évaluation de la ROS. L'évaluation de base effectuée a toutefois relevé qu'au niveau de la DROS sont disponibles des cadres ayant un niveau d'expertise capable de mener convenablement cette fonction essentielle., Les activités de suivi et d'évaluation de la ROS sont quasiment absentes aux niveaux déconcentrés du système de santé ainsi que dans les sectorielles qui pratiquent de la ROS telles que les universités ou le MINRESI. Les programmes et projets du MINSANTE disposent tous d'un dispositif de SE qui intègrent des activités de ROS. Certaines facultés de médecine et instituts de recherches font un stockage des travaux de recherches effectués. Au cours de la période 2026-2030, le dispositif de suivi-évaluation de la ROS sera le suivant, présenté dans la figure 3.

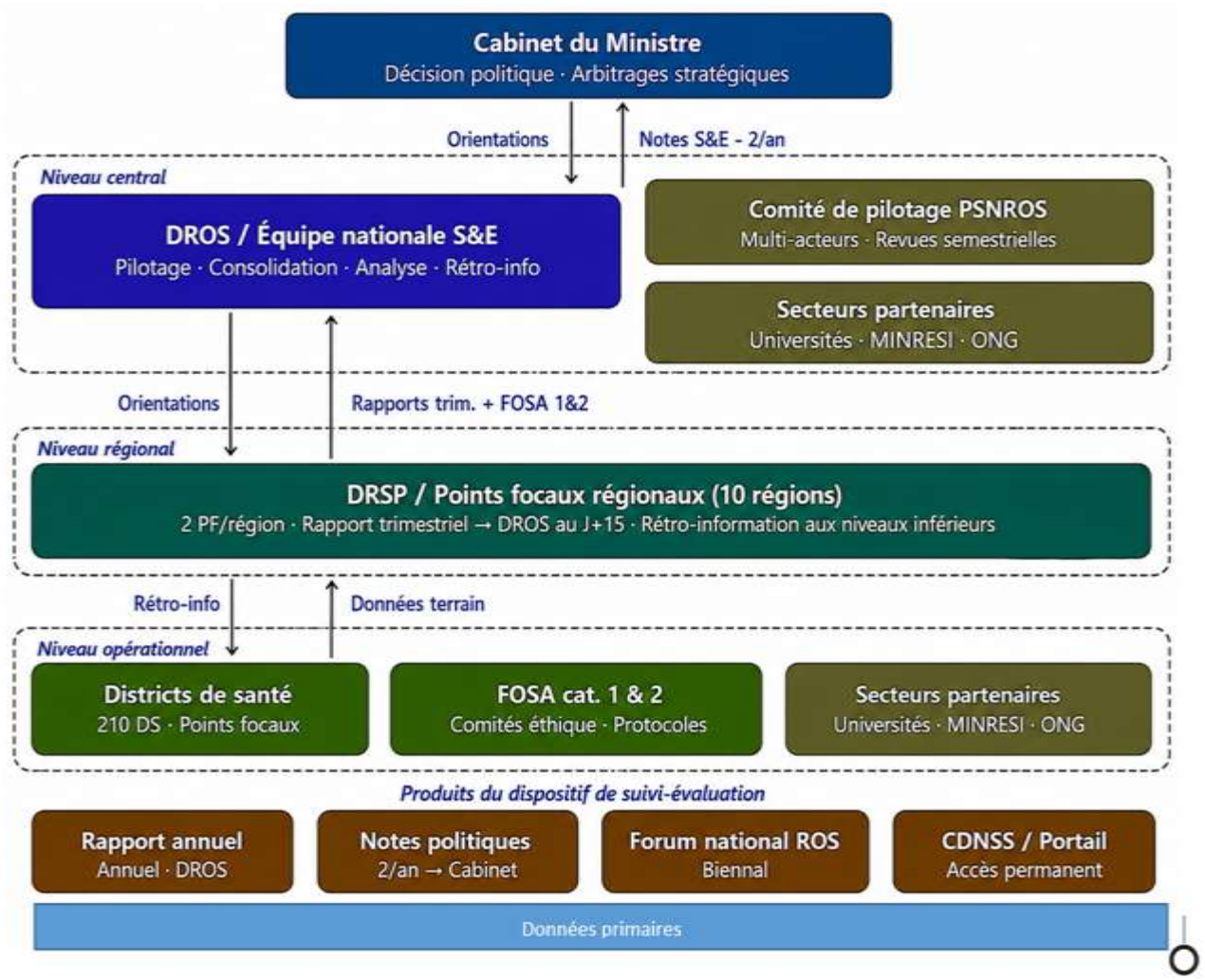


Figure 5: Dispositif de suivi et d'évaluation du PSNRS 2026-2030

Le suivi- évaluation du Plan Stratégique National de la Recherche Opérationnelle en santé 2026-2030 aura pour fonctions prioritaires d'informer régulièrement les acteurs et décideurs globalement sur les performances de mise en œuvre du PSNRS 2026-2030, sur les modifications nécessaires en cas de besoin pour assurer l'atteinte des résultats consensuellement retenus. Les principaux acteurs de S&E aux niveaux central et décentralisé sont présentés par la figure 1 ci-dessous.

8.2. STRATEGIE DE RAPPORTAGE ET DE PILOTAGE

8.2.1. Niveaux et services concernés

8.2.1.1. Niveau central

La DROS est chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Recherche Opérationnelle en santé. Son rôle est de s'assurer que toutes les activités s'intègrent dans *un seul* système national de S&E, afin de produire des informations susceptibles d'orienter la mise en œuvre effective du PSNRS et de lui permettre d'atteindre progressivement les résultats attendus en 2030.

Au sein de la DROS, une équipe de suivi et évaluation (SE) sera constituée et interagira avec les autres acteurs du niveau central notamment les points focaux issus des directions techniques et programmes, des structures spécialisées du MINSANTE, des formations sanitaires de catégorie 1 et 2, des instituts de recherche des secteurs apparentés, des instituts de recherche privés, des universités et des secteurs collaborateurs concernés par la ROS.

Cette équipe a pour principale mission de faire régulièrement le point sur le niveau d'avancement, les éventuels défis et d'évaluer l'impact tout au long de l'implémentation des interventions retenues dans le PSNRS. Il se réunira au moins une fois par semestre, et selon les besoins.

8.2.1.2. Niveau régional

Au niveau régional, deux points focaux seront désignés. Ils assureront le suivi des activités de recherche opérationnelle en santé au sein des formations sanitaires, et de la communauté. Ils assureront également le lien avec le comité régional d'éthique.

8.2.2. Principales stratégies de pilotage du S&E

Il sera question de :

- Renforcer les capacités organisationnelles en suivi et évaluation de la DROS et de l'ensemble des structures actrices de la recherche opérationnelle en santé :
    - Identifier les points focaux à tous les niveaux du système national de S&E ;
    - Développer et mettre en œuvre, un programme multisectoriel de formation en S&E pour le renforcement des capacités techniques et organisationnelles ;
    - Concevoir et produire des outils harmonisés et simplifiés de rapportage ;

  - Assurer la collecte des données et la retro-information auprès des parties prenantes de la ROS ;
  - Renforcer le suivi et évaluation des activités des comités éthiques ;
  - Intégrer à la bibliothèque virtuelle CDNSS un espace dédié aux suivis des projets de recherche ;
  -
- Renforcer le partenariat et la coordination pour la gestion des activités de ROS en mettant en place un sous-groupe technique portant sur le SE,
- Réaliser une évaluation de base, à mi-parcours et finale du Plan Stratégique National 2026-2030.

8.2.2.1. Mécanismes de pilotage du S&E

Le suivi de MEO du PSNDROS obéit à un circuit qui va du niveau opérationnel vers le niveau central en passant par la région. L'étape finale sera la communication des informations validées aux parties prenantes. Le principe étant de permettre à chaque acteur de disposer d'informations nécessaires pour le pilotage opérationnel du PSNRS à son niveau.

Aux niveaux district et région : La collecte des données se fera par les points focaux qui seront formellement désignés. Ces derniers devront renseigner les outils de suivi mis à leur disposition, effectuer les analyses locales et partager les résultats de leurs activités de suivi avec l'équipe de SE de la DROS. La voie électronique sera fortement privilégiée pour assurer la communication des documents entre le niveau central et les niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire. Elle permettra d'accélérer la circulation des données, leur archivage ainsi que la rétro information qui se doit d'être systématique.
Il convient de préciser que l'action de suivi aux niveaux régional et district, qui sera effectuée par le point focal régional va s'étendre jusqu'aux secteurs collaborateurs de la région concernés par la mise en œuvre du PSNRS. Autrement dit, en plus des informations émanant des FOSA (catégorie 6 à 3), des DS et de la DRSP, le point focal régional devra aussi collecter l'information de la ROS auprès des secteurs collaborateurs de la région. Il devra produire un rapport trimestriel de la ROS de sa région et le transmettre à l'équipe de SE du niveau central par voie électronique au plus tard le 15 du mois suivant le trimestre concerné. L'équipe de SE du niveau central à son tour devra accuser réception du rapport et envoyer un feedback au plus tard le 30 du mois suivant le trimestre concerné.

Au niveau Central : Le suivi de la ROS sera effectué par une équipe qui devra consolider les rapports émanant des différents points focaux régionaux. Cette équipe devra assurer la collecte des données relatives à la ROS auprès des différentes structures du MINSANTE. La collecte se fera également auprès des secteurs collaborateurs et des instituts de recherche privé. Elle a également la charge d'assurer la consolidation des données de la ROS qui leur seront directement transmises par les FOSA de première et de 2ème catégorie.
En effet, les données des comités institutionnels d'éthique des FOSA de catégorie 1 et 2 seront directement transmises à l'équipe de SE du niveau central. Cette transmission des données devra

être effectuée par voie électronique au plus tard le 15 du mois suivant le trimestre. L'équipe de SE du niveau central à son tour devra accuser réception des données transmises et envoyer un feedback au plus tard le 30 du mois suivant le trimestre concerné.
Les comptes rendu générés par l'équipe de suivi-évaluation du niveau central seront transmis semestriellement au ministre de la Santé sous forme de note d'information stratégique ou de conjoncture pour prise de décision.

8.2.2.2. Dissémination de l'information

La DROS produira un rapport annuel sur la ROS au Cameroun qui vise à rendre compte de l'état d'exécution du PSN par secteur d'intervention mais aussi des principaux résultats de la ROS effectuée. Il est élaboré par la DROS et validé par les principales parties prenantes. Ce rapport destiné principalement à tous les acteurs de la prévention, de la prise en charge, de la promotion et de la lutte contre la maladie au Cameroun pour prise en compte.
Le site web de la bibliothèque virtuelle permettra de mettre à la disposition des acteurs, des partenaires techniques et financiers et du grand public, l'information stratégique permettant d'améliorer les actions de santé publique.

8.3. INDICATEURS DE PERFORMANCE DU SUIVI-EVALUATION DU PSNRS

8.3.1. Cadre de performance

Tableau 9: Cadre de performance des Indicateurs stratégiques

Effet	Indicateur	Définition opérationnelle	Baseline	Cible 2030
Impact : La Recherche Opérationnelle en santé contribue à 10% au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable				
Pourcentage de décisions politiques majeures du MINSANTE (circulaires, directives, révisions de protocoles) documentées comme intégrant des résultats de recherche en santé		Nombre de décisions majeures citant explicitement des résultats de recherche/ Nombre total de décisions majeures émises. **Source :** audit annuel des circulaires et directives du MINSANTE.	À déterminer par enquête de base en 2026 (Activité 2.3.4)	Au moins 10% des décisions majeures documentées comme fondées sur des évidences
Effet 1	Score composite de qualité de la gouvernance (5 dimensions, 20 indicateurs pondérés également)	Score sur 100 calculé à partir du cadre en Annexe (stratégie, transparence, participation, éthique, utilisation des résultats)	À déterminer par enquête de base en 2026 (Activité 2.3.4)	Progression de 50% par rapport au score de base
Effet 2	Proportion des résultats de ROS ayant fait l'objet d'une note politique validée	Numérateur : nombre de résultats de recherche ayant conduit à une prise de décision. Dénominateur : nombre total de recherches menées		90%
Effet 3	Pourcentage de DRSP et FOSA cat. 1-3 disposant d'au moins un personnel formé en ROS	Numérateur : nombre de structures disposant d'au moins 1 personnel ayant achevé le programme de mentoring ROS. Dénominateur : nombre total de structures cibles.	0%	DRSP : 100% ; FOSA cat. 1-3 : 90%
Effet 4	Pourcentage des interventions du PSNRS ayant bénéficié d'un financement (partiel ou total)	Numérateur : nombre d'interventions du PNRS ayant reçu au moins 50% du financement prévu. Dénominateur : nombre total d'interventions planifiées dans le PNRS.	À déterminer par enquête de base en 2026 (Activité 2.3.4)	80%

8.3.2. Cadre de suivi

Produits (Extrants)	Indicateur	Donnée de base	Cibles				
			2026	2027	2028	2029	2030
1.1. D'ici à 2030, 100% des documents normatifs encadrant la Recherche et l'éthique sont mis à la disposition de toutes les parties prenantes	% des documents normatifs encadrant la Recherche et l'éthique mis à la disposition de toutes les parties prenantes cartographiées	0%	100%	100%	100%	100%	100%
1.2 D'ici à 2030, 100% des parties prenantes cartographiées par niveau participent aux activités de coordination et de suivi de la ROS	% d'acteurs de la recherche cartographiés par niveau ayant participé aux réunions de coordination des activités de recherche	0%	50%	70%	80%	90%	100%
1.3. Les textes d'application des lois relatives à la recherche en santé humaine impliquant la personne humaine au Cameroun sont élaborés et transmis	Nombre de textes d'application transmis aux SPM	0	1	1	1	1	1
1.4. D'ici 2030, 100% des régions et des hôpitaux de 1ère et 2ième catégorie disposent d'un comité éthique fonctionnel (02 à 04 sessions par an)	% des hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie qui disposent d'un comité éthique fonctionnel (ayant tenu 02 à 04 sessions par an)	0%	50%	70%	80%	90%	100%
1.5 D'ici à 2030, un système de veille et de régulation bioéthique est fonctionnel au Cameroun.	% d'incidents bioéthiques notifiés ayant fait l'objet d'une investigation	0%	100%	100%	100%	100%	100%
1.6 D'ici à 2030, Des études d'évaluation sont réalisés pour mesurer la contribution réelle de la mise en œuvre des documents de référence aux objectifs de développement du pays	% des documents de référence ayant fait l'objet d'une étude pour mesurer l'atteinte des objectifs de développement du pays	0%	10%	50%	70%	90%	100%
2.1., , D'ici à 2030, 90% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle, sont périodiquement renseignés	% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle, qui sont périodiquement renseignés	AD	50%	60%	70%	90%	100%
2.2. D'ici à 2030 50% des travaux de ROS sont orientés vers les priorités nationales	% des travaux de ROS orientés vers les priorités nationales	AD	10%	20%	30%	40%	50%

2.3., , , , , D'ici à 2030, 90% des résultats de recherches sont transformés en produits de connaissance	% des résultats de recherches transformés en produits de connaissance	AD	50%	60%	70%	80%	90%
2.4. D'ici à 2030, la recherche sur la pharmacopée nationale est développée	Nombre de recherches réalisées portant sur les MTA	0	1	1	1	1	1
2.5. D'ici à 2030, 90% de la documentation produite en lien avec le secteur santé sont disponibles dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS)	% de la documentation produite en lien avec le secteur santé disponible dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS)	AD	50%	60%	70%	80%	90%
3.1. D'ici à 2030, toutes les DRSP et 90% des formations sanitaires de catégories 1 à 3 disposent d'au moins un personnel ayant des compétences liées à la recherche opérationnelle en santé	Pourcentage de DRSP et FOSA cat. 1-3 disposant d'au moins un personnel formé en ROS		0	25	50	75	90
3.2. D'ici à 2030, le Cameroun dispose d'un mécanisme de valorisation et de motivation des chercheurs du domaine de la santé humaine	Nombre de réseaux fonctionnels	ND	0	1	2	3	4
3.3. Développer les mécanismes visant à améliorer la formation initiale et continue des RHS en ROS	Le curriculum de formation initiale et continu des RHS en ROS est adopté et validé par le MINSANTE et le MINESUP				1	1	1
3.4. D'ici à 2030, au moins 80 % des structures cibles des dix régions disposent de capacités fonctionnelles pour planifier, conduire, utiliser et valoriser la recherche opérationnelle dans les processus de prise de décision	Pourcentage de régions disposant d'un mécanisme fonctionnel de gouvernance et de production de la recherche opérationnelle en santé	20 %	40%	60%	80%	100%	100%
4.1 D'ici à 2030, au moins 2% des dépenses nationales de santé est alloué à la recherche opérationnelle en santé conformément à la déclaration d'Alger	Pourcentage du budget du MINSANTE alloué à la recherche opérationnelle en santé		1	1	1	1	1
4.2 D'ici à 2030, la part de financement allouée à la recherche opérationnelle en santé par les structures privée et les CTD augmente	Part de financement allouée à la recherche opérationnelle en santé par les CTD		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
4.3 D'ici à 2030, la contribution des financements extérieurs alloués à la ROS est doublée	Le niveau des financements extérieurs alloués à la ROS,	AD					

CHAPITRE 9. CADRE FINANCIER

9.1. COUT GLOBAL DE LA MISE EN ŒUVRE

9.1.1. Lecture stratégique du cadre financier

Le budget global du PSNRS 2026-2030, incluant le mécanisme de territorialisation (Extrant 3.4, 511 millions FCFA), est estimé à 3,044 milliards FCFA (soit environ 4,68 millions USD), représente un investissement raisonnable au regard des enjeux de santé publique identifiés. Le coût annuel moyen (608,7 millions FCFA/an) et rapporté à la population cible (environ 30 millions d'habitants), cet investissement est estimé à environ 20 FCFA par habitant et par an. Ce niveau demeure significativement inférieur aux standards recommandés par la Déclaration d'Alger : si le Cameroun atteignait l'objectif de 2% des dépenses nationales de santé alloués à la recherche, l'investissement annuel devrait être de l'ordre de 17,5 milliards FCFA, soit près de 29 fois le budget annuel moyen prévu par le PSNRS. Cette comparaison souligne que ce plan constitue un socle minimal de coordination et de structuration, et non l'intégralité de l'investissement national nécessaire en recherche en santé.

Tableau 10: Analyse de la structure des coûts

Effet	Montant (FCFA)	% du total	Observation
Effet 1 : Gouvernance et éthique	978 237 951	32%	Pilier fondateur
Effet 2 : Production et utilisation	607 152 045	20%	Cœur du système
Effet 3 : Capacités	816 939 760	27%	Investissement humain
Effet 4 : Financement durable	641 404 535	21%	Levier de pérennité
TOTAL	**3 043 734 291**	**100%**	

9.1.2. Analyse de la structure des coûts

L'analyse de la répartition par effet révèle une structure rééquilibrée par l'intégration de la territorialisation. L'Effet 1 (Gouvernance et éthique de la ROS) demeure le premier poste de dépense, avec 32% du budget total (978 millions FCFA), suivi désormais de l'Effet 3 (Capacités, 27%, 817 millions FCFA), qui inclut le déploiement des CRCR dans les 10 régions. Cette prépondérance de l'Effet 1 s'explique principalement par les coûts importants de fonctionnement des comités d'éthique (extrants 1.4 et 1.5 : environ 711 millions FCFA, soit 23% du budget total) et de la mise en place des systèmes de coordination. Cette concentration appelle une analyse de sensibilité : des modèles organisationnels alternatifs (mutualisation des sessions, outils numériques) pourraient réduire ces coûts sans compromettre la qualité de l'évaluation éthique.

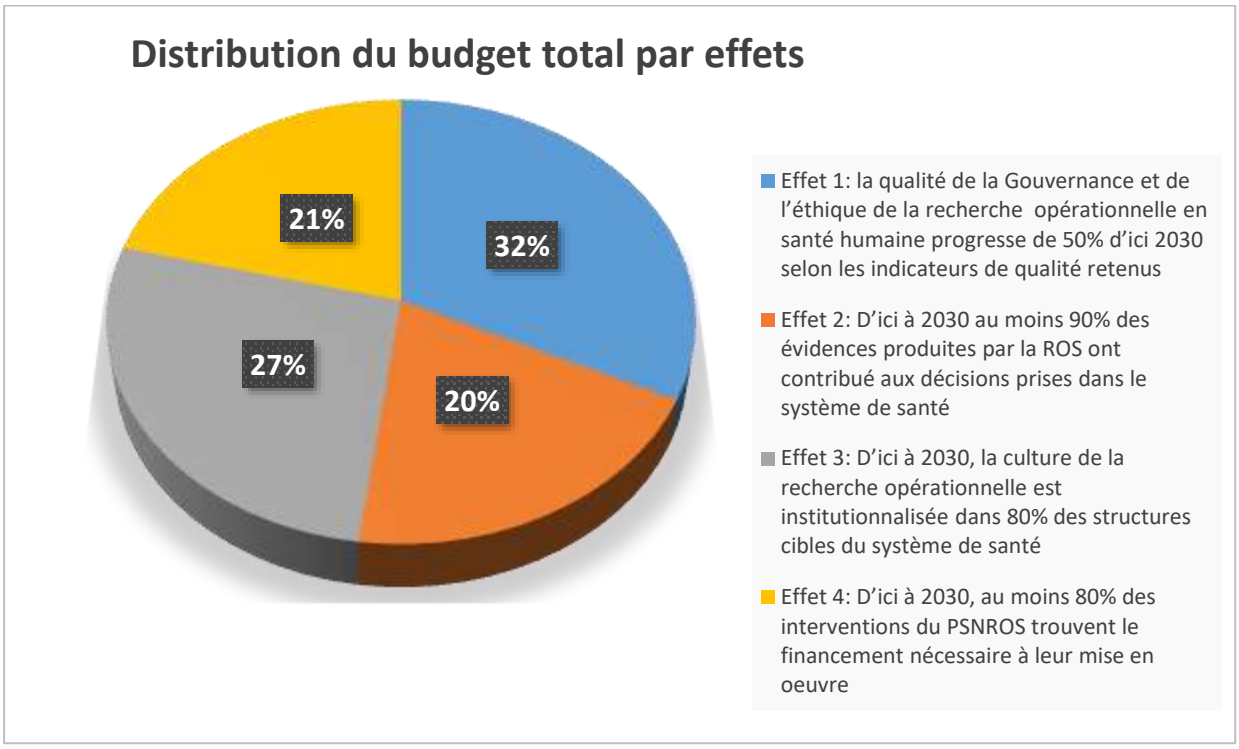


Figure 6: Budget global par axe

9.1.3. Analyse temporelle et soutenabilité

Le profil temporel des dépenses, recalculé après intégration de la territorialisation, ne suit plus une montée en puissance strictement progressive mais un profil bimodal : un premier pic en 2028 (732,9 millions FCFA, 24% du budget total), porté par le déploiement intensif des comités d'éthique et des activités de recherche, suivi d'un repli relatif en 2029 (551,9 millions FCFA, 18%), puis d'un second pic, désormais le plus élevé de la période, en 2030 (747,9 millions FCFA, 25%), associé à la montée en puissance des études régionales et à la consolidation du dispositif de suivi-évaluation. Cette dynamique appelle plusieurs précautions :

- Les années 2026 et 2027 doivent servir à consolider l'architecture institutionnelle et à sécuriser les financements avant les deux pics de dépenses de 2028 et 2030 ;
- Le creux relatif de 2029 devra être anticipé dans la programmation budgétaire pluriannuelle pour éviter une rupture de trésorerie entre les deux pics ;
- La dépendance aux financements extérieurs constitue un risque de soutenabilité majeur, dans un contexte de réorientation des priorités des bailleurs ;
- L'accroissement progressif de la contribution de l'État (visant 2% des DNS) demeure un objectif ambitieux qui nécessite un plaidoyer soutenu auprès du Ministère des Finances.

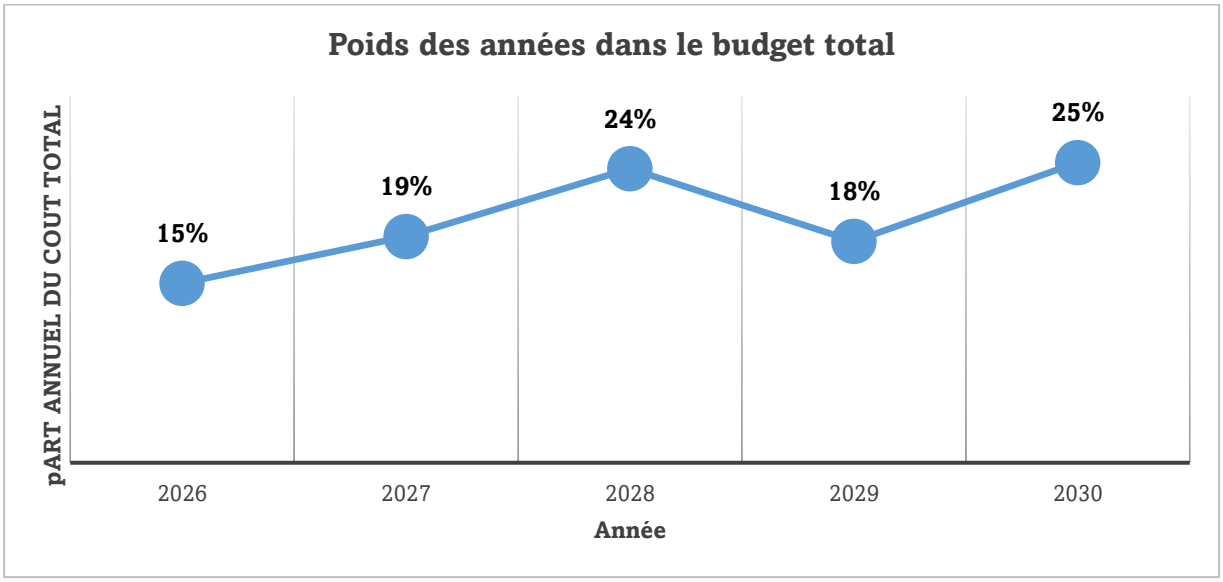


Figure 7: Poids des années dans le budget global

9.1.4. Risques financiers et stratégies d'atténuation

Deux risques financiers principaux peuvent compromettre la mise en œuvre du plan :

- Le risque de « dépriorisation » du financement de la recherche en santé par l'aide extérieure (allégement de l'aide au développement, changement de priorités des bailleurs) : pour l'atténuer, le plan prévoit la diversification des sources (entreprises privées, CTD, taxes effectuées, fondations philanthropiques) ;
- Le risque d'inexécution budgétaire par l'État (faible taux d'absorption, mouvements de crédits) : il sera atténué par le renforcement de la gouvernance financière de la DROS et par l'utilisation d'instruments de financement basés sur la performance ;
- Les facteurs humains et conflits de compétence avec les programmes prioritaires.

9.1.5. Stratégie de mobilisation des ressources

L'architecture de financement proposée s'articule autour de trois cercles concentriques :

- le cercle intérieur (financement de l'État : plaidoyer pour une ligne budgétaire dédiée et augmentation progressive vers 2 % des dépenses de santé),
- le cercle intermédiaire (financement domestique diversifié : recettes propres des hôpitaux, CTD, secteur privé, taxes sur les produits nocifs),
- le cercle extérieur (financements internationaux : PTF, fonds de recherche compétitifs, consortiums Sud-Sud et Nord-Sud).

La progression doit être de l'intérieur vers l'extérieur, afin de réduire la dépendance structurelle aux financements extérieurs.

9.2. REPARTITION DU COÛT PAR EFFETS

Tableau 11: Répartition du coût par effets

Effets attendus (Axes)	Coût total par année en FCFA et% annuel de l'axe											
	2026		2027		2028		2029		2030		COUT TOTAL	(% du budget total)
	Coût	%	Coût	%	Coût	%	Coût	%	Coût	%		
Effet 1: la qualité de la Gouvernance et de l'éthique de la recherche, opérationnelle en santé humaine progresse de 50% d'ici 2030 selon les indicateurs de qualité retenus	174 200 000	39%	209 640 000	37%	200 250 528	27%	181 636 685	33%	212 510 738	28%	978 237 951,0	32%
Effet 2: D'ici à 2030 au moins 90% des évidences produites par la ROS ont contribué aux décisions prises dans le système de santé	50 781 600	11%	68 341 760	12%	217 048 064	30%	72 206 067	13%	198 774 554	27%	607 152 044,8	20%
Effet 3: D'ici à 2030, la culture de la recherche opérationnelle est institutionnalisée dans 80% des structures cibles du système de santé	94 336 000	21%	149 314 317	26%	195 232 000	27%	170 106 560	31%	207 950 883	28%	816 939 759,6	27%
Effet 4: D'ici à 2030, au moins 80% des interventions du PSNRS trouvent le financement nécessaire à leur mise en œuvre PSNRS	127 962 000	29%	136 462 317	24%	120 402 560	16%	127 916 499	23%	128 661 159	17%	641 404 535,2	21%
Total annuel	**447 279 600**	**100%**	**563 758 394**	**100%**	**732 933 152**	**100%**	**551 865 811**	**100%**	**747 897 334**	**100%**	**3 043 734 290,6**	**100%**

9.3. COUTS PAR EXTRANTS

Tableau 12: Coûts annuels par extrant

Extrants	Cout total par année (en FCFA)					COUT TOTAL (FCFA)
	2026	2027	2028	2029	2030	
Effet 1: la qualité de la Gouvernance et de l'éthique de la recherche, opérationnelle en santé humaine progresse de 50% d'ici 2030 selon les indicateurs de qualité retenus						
1.1. D'ici à 2030, 100% des documents normatifs encadrant la Recherche et l'éthique sont mis à la disposition de toutes les parties prenantes	30,000,000	1,248,000	10,383,360	16,821,274	11,230,642	69,683,276
1.2 D'ici à 2030, 100% des parties prenantes cartographiées par niveau participent aux activités de coordination et de suivi de la ROS	16,000,000	26,880,000	16,489,600	16,749,184	17,019,151	93,137,935
1.3.Les textes d'application des lois relatives à la recherche en santé humaine impliquant la personne humaine au Cameroun sont élaborés et transmis	6,200,000	6,240,000	14,718,080	6,324,864	6,369,859	39,852,803
1.4. D'ici 2030, 100% des régions et des hôpitaux de 1ère et 2ième catégorie disposent d'un comité éthique fonctionnel (02 à 04 sessions par an)	82,000,000	87,824,000	101,896,608	101,741,363	95,396,015	468,857,986
1.5 D'ici à 2030, un système de veille et de régulation bioéthique est fonctionnel au Cameroun	40,000,000	72,472,000	48,895,680	40,000,000	40,935,887	242,303,567
1.6 D'ici à 2030, Des études d'évaluation sont réalisés pour mesurer la contribution réelle de la mise en œuvre des documents de référence aux objectifs de développement du pays	0	14,976,000	7,867,200	0	41,559,184	64,402,384
TOTAL 1	**174,200,000**	**209,640,000**	**200,250,528**	**181,636,685**	**212,510,738**	**978,237,951**
Effet 2: D'ici à 2030 au moins 90% des évidences produites par la ROS ont contribué aux décisions prises dans le système de santé						
2.1., , D'ici à 2030, 90% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle, sont périodiquement renseignés	4,081,600	0	53,474,304	0	53,474,304	111,030,208
2.2. D'ici à 2030 50% des travaux de ROS sont orientés vers les priorités nationales	3,000,000	6,973,760	7,056,960	7,299,238	7,389,228	31,719,186
2.3. D'ici à 2030, 90% des résultats de recherches sont transformés en produits de connaissance	27,900,000	9,320,000	129,668,480	31,258,842	121,212,436	319,359,758

2.4. D'ici à 2030, la recherche sur la pharmacopée nationale est développée	3,000,000	38,816,000	18,358,720	19,499,456	7,679,434	87,353,610
2.5. D'ici à 2030, 90% de la documentation produite en lien avec le secteur santé sont disponibles dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS)	12,800,000	13,232,000	8,489,600	14,148,531	9,019,151	57,689,283
TOTAL 2	**50,781,600**	**68,341,760**	**217,048,064**	**72,206,067**	**198,774,554**	**607,152,045**
Effet 3: D'ici à 2030, la culture de la recherche opérationnelle est institutionnalisée dans 80% des structures cibles du système de santé						
3.1. D'ici à 2030, toutes les DRSP et 90% des formations sanitaires de catégories 1 à 3 disposent d'au moins un personnel ayant des compétences liées à la recherche opérationnelle en santé	0	26,520,000	12,438,400	25,309,440	13,453,373	77,721,213
3.2. D'ici à 2030, le Cameroun dispose d'un mécanisme de valorisation et de motivation des chercheurs du domaine de la santé humaine	8,736,000	10,152,000	63,165,440	10,898,803	68,319,740	161,271,983
3.3. Développer les mécanismes visant à améliorer la formation initiale et continue des RHS en ROS	3,600,000	21,642,317	13,628,160	17,898,317	10,177,769	66,946,563
3.4. D'ici à 2030, au moins 80 % des structures cibles des dix régions disposent de capacités fonctionnelles pour planifier, conduire, utiliser et valoriser la recherche opérationnelle dans les processus de prise de décision	82,000,000	91,000,000	106,000,000	116,000,000	116,000,000	511,000,000
TOTAL 3	**94,336,000**	**149,314,317**	**195,232,000**	**170,106,560**	**207,950,883**	**816,939,760**
Effet 4: D'ici à 2030, au moins 2% des dépenses nationales de santé est alloué à la recherche opérationnelle en santé conformément à la déclaration d'Alger						
4.1.D'ici à 2030, au moins 2% des dépenses nationales de santé est alloué à la recherche opérationnelle en santé conformément à la déclaration d'Alger	5,162,000	13,398,317	3,664,000	12,192,397	12,640,093	47,056,806
4.2. D'ici à 2030, la part de financement, allouée à la recherche opérationnelle en santé, par les structures privée et les CTD augmente	10,900,000	11,020,000	4,544,800	3,374,592	3,509,576	33,348,968
4.3 D'ici à 2030, la contribution des financements, extérieurs alloués à la ROS, est doublée	111,900,000	112,044,000	112,193,760	112,349,510	112,511,491	560,998,761
TOTAL 4	**127,962,000**	**136,462,317**	**120,402,560**	**127,916,499**	**128,661,159**	**641,404,535**
Total général annuel	**447,279,600**	**563,758,394**	**732,933,152**	**551,865,811**	**747,897,334**	**3,043,734,291**

9.4. COUTS PAR ACTIVITES

Tableau 13: Coûts annuels par activités

Extrants attendus par effets	Activités correspondantes	Cout total par année (en FCFA)					TOTAL (FCFA)
		2026	2027	2028	2029	2030	
1.1. D'ici à 2030, 100% des documents normatifs encadrant la Recherche et l'éthique sont mis à la disposition de toutes les parties prenantes	Diffuser périodiquement le document sur les priorités de ROS	0	0	0	0	0	**0**
	Mener une enquête périodique auprès des acteurs institutionnels pour recueillir les priorités de recherche	2 000 000	0	2 163 200	0	2 339 717	**6 502 917**
	Mettre à jour périodiquement la cartographie	0	0	0	15 471 437	0	**15 471 437**
	Mettre à jour périodiquement le répertoire des documents normatifs	0	0	0	0	0	**0**
	Réaliser une cartographie des parties prenantes de la ROS	20 400 000	0	0	0	0	**20 400 000**
	Renforcer le mécanisme de vulgarisation des documents normatifs auprès des parties prenantes	1 200 000	1 248 000	1 297 920	1 349 837	1 403 830	**6 499 587**
	Tenir périodiquement une session de validation des priorités en ROS	6 400 000	0	6 922 240	0	7 487 095	**20 809 335**
	Total extrant 1.1.	**30 000 000**	**1 248 000**	**10 383 360**	**16 821 274**	**11 230 642**	**69 683 276**
1.2 D'ici à 2030, 100% des parties prenantes cartographiées par niveau participent aux activités de coordination et de suivi de la ROS	Développer une plateforme numérique pour assurer le suivi en temps réel des protocoles de recherche approuvés	0	10 640 000	0	0	0	**10 640 000**
	Mettre en place un système de suivi-évaluation des activités de ROS à tous les niveaux	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	**50 000 000**
	Tenir une session annuelle de coordination multisectorielle des acteurs de la recherche	3 000 000	3 120 000	3 244 800	3 374 592	3 509 576	**16 248 968**
	Tenir une session périodique de coordination des acteurs au niveau régional	2 000 000	2 080 000	2 163 200	2 249 728	2 339 717	**10 832 645**
	Tenir une session périodique de coordination des acteurs de la recherche au niveau central	1 000 000	1 040 000	1 081 600	1 124 864	1 169 859	**5 416 323**

	Total extrant 1.2.	**16 000 000**	**26 880 000**	**16 489 600**	**16 749 184**	**17 019 151**	**93 137 935**
1.3.Les textes d'application des lois relatives à la recherche en santé humaine impliquant la personne humaine au Cameroun sont élaborés et transmis	Mettre en place des comités éthiques dans les FOSA de première et deuxième, , , catégorie	0	0	8 436 480	0	0	**8 436 480**
	Organiser la finalisation des textes d'application	1 000 000	1 040 000	1 081 600	1 124 864	1 169 859	**5 416 323**
	Organiser la validation des textes d'application	5 200 000	5 200 000	5 200 000	5 200 000	5 200 000	**26 000 000**
	Transmettre les textes d'application aux Services du Premier Ministre (SPM)	0	0	0	0	0	**0**
	Total extrant 1.3.	**6 200 000**	**6 240 000**	**14 718 080**	**6 324 864**	**6 369 859**	**39 852 803**
1.4. D'ici 2030, 100% des régions et des hôpitaux de 1ère et 2ième catégorie disposent d'un comité éthique fonctionnel (02 à 04 sessions par an)	Développer les outils harmonisés pour le fonctionnement des comités d'éthique (canevas de rapport d'activités, manuel de procédure, plan de travail annuel, etc…)	0	5 824 000	0	0	1 935 887	**7 759 887**
	Mettre en place des comités éthiques dans les dix régions	0	0	0	19 741 363	0	**19 741 363**
	Organiser la formation des membres des comités, d' éthique régionaux et des FOSA de, , , première et deuxième catégorie	0	0	8 436 480	0	0	**8 436 480**
	Superviser les comités d'éthique des FOSA de catégorie 1 et 2	0	0	5 538 368	0	5 538 368	**11 076 736**
	Superviser les comités d'éthique national et régionaux	0	0	5 921 760	0	5 921 760	**11 843 520**
	Tenir 04 sessions d'évaluation des protocoles dans les comités éthiques des FOSA de 1ère et 2ième catégorie	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	**200 000 000**
	Tenir 04 sessions d'évaluation des protocoles dans les comités éthiques des régions	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	**210 000 000**
	Total extrant 1.4.	**82 000 000**	**87 824 000**	**101 896 608**	**101 741 363**	**95 396 015**	**468 857 986**
1.5 D'ici à 2030, un système de veille et de régulation bioéthique est	Accompagner les FOSA dans le processus d'accréditation sur les standards internationaux de bioéthique	0	0	1 865 280	0	0	**1 865 280**
	Développer les outils harmonisés (canevas de rapport d'activités, manuel de procédure, plan de travail annuel, etc…) pour le fonctionnement du	0	5 824 000	0	0	935 887	**6 759 887**

fonctionnel au Cameroun	comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine						
	Développer un mécanisme de surveillance des incidents bioéthique (identification des référents, développement des outils, etc.)	0	19 536 000	0	0	0	**19 536 000**
	Mettre en place le comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	0	1 624 000	0	0	0	**1 624 000**
	Organiser la certification des personnels des FOSA accrédités sur les standards internationaux de bioéthique	0	0	7 030 400	0	0	**7 030 400**
	Organiser la formation des membres du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	0	5 488 000	0	0	0	**5 488 000**
	Superviser les activités du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	0	0	0	0	0	**0**
	Tenir les sessions du comité national en charge de la bioéthique pour la santé humaine	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	**200 000 000**
	Total extrant 1.5.	**40 000 000**	**72 472 000**	**48 895 680**	**40 000 000**	**40 935 887**	**242 303 567**
1.6 D'ici à 2030, Des études d'évaluation sont réalisés pour mesurer la contribution réelle de la mise en œuvre des documents de référence aux objectifs de développement du pays	Mener des études pour évaluer la contribution des interventions de santé à l'atteinte des objectifs de développement du pays	0	0	0	0	22 110 327	**22 110 327**
	Mener une enquête rapide d'évaluation de base sur la situation des indicateurs stratégiques nationaux	0	14 976 000	0	0	0	**14 976 000**
	Mener une évaluation à mi-parcours des documents de référence du secteur santé couvrant le cycle 2026-2030	0	0	7 867 200	0	0	**7 867 200**
	Mener une évaluation finale des documents de référence du secteur santé du cycle 2026-2030	0	0	0	0	19 448 858	**19 448 858**
	Total extrant 1.6.	**0**	**14 976 000**	**7 867 200**	**0**	**41 559 184**	**64 402 384**
2.1., , D'ici à 2030, 90% des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des	Elaborer un répertoire des indicateurs issus des documents de référence nécessitant des données de recherche opérationnelle	1 000 000	0	0	0	0	**1 000 000**
	Mettre en place un dispositif d'assurance qualité des indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle	3 081 600	0	0	0	0	**3 081 600**

données de recherche opérationnelle, sont périodiquement renseignés	Organiser périodiquement la collecte des indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle	0	0	40 538 368	0	40 538 368	**81 076 736**
	Produire un rapport thématique sur les indicateurs nécessitant des données de recherche opérationnelle	0	0	12 935 936	0	12 935 936	**25 871 872**
	Total extrant 2.1.	**4 081 600**	**0**	**53 474 304**	**0**	**53 474 304**	**111 030 208**
2.2. D'ici à 2030 50% des travaux de ROS sont orientés vers les priorités nationales	Développer un répertoire des travaux de ROS menés au Cameroun	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	**5 000 000**
	Etablir un cadre de concertation "Santé-Recherche" avec les bailleurs de fonds pour aligner leurs financements sur la liste nationale des priorités de ROS.	0	0	3 893 760	0	4 049 510	**7 943 270**
	Formaliser une convention-cadre entre le MINSANTE et les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (SNRI)	0	3 893 760	0	4 049 510	0	**7 943 270**
	Sensibiliser les institutions du Système National de Recherche et d'Innovation (SNRI) sur la ROS	2 000 000	2 080 000	2 163 200	2 249 728	2 339 717	**10 832 645**
	Total extrant 2.2.	**3 000 000**	**6 973 760**	**7 056 960**	**7 299 238**	**7 389 228**	**31 719 186**
2.3. D'ici à 2030, 90% des résultats de recherches sont transformés en produits de connaissance	Développer des notes de politique portant sur les priorités nationales	8 000 000	8 320 000	8 652 800	8 998 912	9 358 868	**43 330 580**
	Développer un portail public de visualisation des données issues de la recherche	0	0	15 575 040	0	0	**15 575 040**
	Développer une banque de données nationale qui centralise les données primaires de ROS	0	0	0	21 259 930	0	**21 259 930**
	Mener une étude de base sur l'utilisation des preuves dans la prise de décision au MINSANTE (audit des circulaires et politiques récentes).	1 900 000	0	1 973 440	0	2 973 440	**6 846 880**
	Organiser un "Forum National de la Recherche pour l'Action" (biannuel)	0	0	84 080 000	0	88 492 928	**172 572 928**
	Renforcement des capacités des acteurs à traduire les résultats de la ROS en produits de connaissance.	17 000 000	0	18 387 200	0	19 387 200	**54 774 400**
	Vulgariser les produits de connaissance à tous les niveaux	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	**5 000 000**
	Total extrant 2.3.	**27 900 000**	**9 320 000**	**129 668 480**	**31 258 842**	**121 212 436**	**319 359 758**
2.4. D'ici à 2030, la recherche sur la	Accompagner la pharmacovigilance relative aux MTA	0	2 080 000	2 163 200	2 249 728	2 339 717	**8 832 645**

pharmacopée nationale est développée	Accompagner le processus d'homologation et de mise sur le marché des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).	0	2 080 000	2 163 200	2 249 728	2 339 717	**8 832 645**
	Elaborer et vulgariser des guides de bonnes pratiques, sur les essais cliniques pour les MTA.	0	0	11 032 320	0	0	**11 032 320**
	Assurer la supervision des essais cliniques dans le cadre de l'Autorité nationale de réglementation pharmaceutique (ANRP)	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	**15 000 000**
	Etablir une plateforme de collaboration entre chercheurs (Universités/IMPM) et tradipraticiens	0	2 000 000	0	2 000 000	0	**4 000 000**
	Mener une analyse situationnelle sur les MTA et les protocoles des recherches associées	0	19 656 000	0	0	0	**19 656 000**
	Mettre en place un fonds de soutien à la recherche clinique sur les MTA prioritaires (ex: antipaludiques, antihypertenseurs, drépanocytose)	0	10 000 000	0	10 000 000	0	**20 000 000**
	Total extrant 2.4.	**3 000 000**	**38 816 000**	**18 358 720**	**19 499 456**	**7 679 434**	**87 353 610**
2.5. D'ici à 2030, 90% de la documentation produite en lien avec le secteur santé sont disponibles dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé (CDNSS)	Assurer une maintenance continue du site web du CDNSS	3 000 000	3 120 000	3 244 800	3 374 592	3 509 576	**16 248 968**
	Collecter activement des documents (resultats de travaux de recherche, documents normatifs, plans stratégiques, rapports d'activités, etc.)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	**10 000 000**
	Former des utilisateurs et des points focaux de tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'animation du CDNSS	4 800 000	4 992 000	0	5 399 347	0	**15 191 347**
	Mettre en ligne des documents en lien avec le secteur santé dans le CDNSS	0	0	0	0	0	**0**
	Promouvoir le CDNSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les autres secteurs collaborateurs (notamment à travers le Cameroon Health Data Collaborative CHDC)	3 000 000	3 120 000	3 244 800	3 374 592	3 509 576	**16 248 968**
	Total extrant 2.5.	**12 800 000**	**13 232 000**	**8 489 600**	**14 148 531**	**9 019 151**	**57 689 283**
3.1. D'ici à 2030, toutes les DRSP et 90% des formations sanitaires de catégories 1 à 3	Créer un pool de points focaux provenant de toutes les DRSP et de 90% de FOSA de catégories 1 et 2 pour la mise en oeuvre de la ROS	0	0	0	0	0	**0**
	Former et accompagner à la rédaction et soumission des projets de recherche aux appels à proposition de financements	0	11 440 000	0	12 373 504	0	**23 813 504**

disposent d'au moins un personnel ayant des compétences liées à la recherche opérationnelle en santé	Implémenter un programme de mentoring des points focaux provenant de toutes les DRSP et de 90% de FOSA de catégories 1 et 2 en ROS	0	15 080 000	12 438 400	12 935 936	13 453 373	**53 907 709**
	Total extrant 3.1.	**0**	**26 520 000**	**12 438 400**	**25 309 440**	**13 453 373**	**77 721 213**
3.2. D'ici à 2030, le Cameroun dispose d'un mécanisme de valorisation et de motivation des chercheurs du domaine de la santé humaine	Coordonner les activités des réseaux scientifiques	2 080 000	2 080 000	2 163 200	2 249 728	2 339 717	**10 912 645**
	Mettre en place 04 réseaux scientifiques de chercheurs	6 656 000	6 656 000	6 922 240	7 199 130	7 487 095	**34 920 464**
	Organiser périodiquement des appels à financement des projets de ROS	0	1 416 000	0	1 449 946	0	**2 865 946**
	Organiser périodiquement un forum pour primer l'excellence en ROS	0	0	54 080 000	0	58 492 928	**112 572 928**
	Total extrant 3.2.	**8 736 000**	**10 152 000**	**63 165 440**	**10 898 803**	**68 319 740**	**161 271 983**
3.3. Développer les mécanismes visant à améliorer la formation initiale et continue des RHS en ROS	Assurer le suivi évaluation des programmes de formation initiale et continue en médecine, chirurgie dentaire, pharmacie et soins infirmiers	0	9 786 317	0	9 786 317	10 177 769	**29 750 403**
	Développer les didactiels et les outils d'auto formation en ligne (e-learning) dans le domaine de la ROS	0	0	11 681 280	0	0	**11 681 280**
	Elaborer et valider les curriculums et modules harmonisés de compétences pour la formation des personnels de santé en ROS	0	8 112 000	0	8 112 000	0	**16 224 000**
	Organiser le plaidoyer auprès du MINESUP en faveur de l'intégration d'un curriculum sur la ROS dans la formation des Ressources Humaines en Santé (RHS)	1 800 000	1 872 000	1 946 880	0	0	**5 618 880**
	Organiser le plaidoyer auprès du MINSANTE en faveur de l'intégration d'un curriculum sur la ROS dans la formation des RHS	1 800 000	1 872 000	0	0	0	**3 672 000**
	Total extrant 3.3.	**3 600 000**	**21 642 317**	**13 628 160**	**17 898 317**	**10 177 769**	**66 946 563**
3.4. D'ici à 2030, au moins 80 % des structures cibles	Élaborer, valider et adopter les textes créant les Comités Régionaux de Coordination de la Recherche (CRCR) dans les 10 régions	15 000 000	0	0	0	0	**15 000 000**

des dix régions disposent de capacités fonctionnelles pour planifier, conduire, utiliser et valoriser la recherche opérationnelle dans les processus de prise de décision	Désigner, former et équiper 02 points focaux ROS par DRSP et 01 point focal par district de santé, puis assurer leur animation et supervision	35 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	**83 000 000**
	Intégrer la ROS dans les Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) et les Plans de Développement des Districts de Santé (PDDS)	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	**30 000 000**
	Financer et conduire au moins une étude de recherche opérationnelle par région chaque année, avec diffusion des résultats	0	50 000 000	60 000 000	70 000 000	70 000 000	**250 000 000**
	Organiser les Journées Régionales de Recherche en Santé et de valorisation des résultats de recherche	10 000 000	20 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	**105 000 000**
	Développer, déployer et assurer la maintenance du tableau de bord national et régional de suivi de la ROS	12 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	**28 000 000**
	Total extrant 3.4.	**82 000 000**	**91 000 000**	**106 000 000**	**116 000 000**	**116 000 000**	**511 000 000**
4.1.D'ici à 2030, au moins 2% des dépenses nationales de santé est alloué à la recherche opérationnelle en santé conformément à la déclaration d'Alger	Préparer les éléments de maturité pour la mise en oeuvre des interventions du PSN ROS 2026-2030	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	**5 000 000**
	Développer les directives qui incitent les hôpitaux de catégories 1 à 3 à consacrer un pourcentage de leurs recettes propres à la recherche-action pour l'amélioration de la qualité des soins., ,	1 600 000	0	0	0	0	**1 600 000**
	Mener une etude pour évaluer la contribution, des PTF et des acteurs, nationaux, au financement de, la ROS au Cameroun	0	9 786 317	0	9 786 317	10 177 769	**29 750 403**
	Organiser un plaidoyer auprès des décideurs du MINSANTE pour allouer un bugget spécifique pour la mise en oeuvre des études de recherche opérationnelle en santé	1 250 000	1 300 000	1 352 000	1 406 080	1 462 323	**6 770 403**
	Promouvoir et disséminer le PNS ROS auprès des parties prenantes	1 312 000	1 312 000	1 312 000	0	0	**3 936 000**
	Total extrant 4.1.	**5 162 000**	**13 398 317**	**3 664 000**	**12 192 397**	**12 640 093**	**47 056 806**
4.2. D'ici à 2030, la part de financement, allouée à la recherche opérationnelle en	Développer les taxes sur les produits nocifs à la santé et les produits de luxe afin de financer la ROS	0	0	0	0	0	**0**
	Développer un mécanisme d'incitation fiscale ou de co-financement pour encourager les entreprises locales (assurances, industries pharmaceutiques) à financer la ROS	6 600 000	6 600 000	0	0	0	**13 200 000**

santé, par les structures privée et les CTD augmente	Organiser le plaidoyer auprès des grandes entreprises en faveur du financement de la ROS	1 300 000	1 300 000	1 300 000	0	0	**2 600 000**
	Renforcer le mécanisme de collaboration avec les Conseils régionaux pour le financement de la ROS au niveaux régional	3 000 000	3 120 000	3 244 800	3 374 592	3 509 576	**16 248 968**
	Total extrant 4.2.	**10 900 000**	**11 020 000**	**4 544 800**	**3 374 592**	**3 509 576**	**33 348 968**
4.3 D'ici à 2030, la contribution des financements, extérieurs alloués à la ROS, est doublée	Améliorer la gouvernance financière des activités des ROS pour accroître la confiance des bailleurs et favoriser le financement direct (aide budgétaire sectorielle).	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	**250 000 000**
	Assurer la mobilisation régulière des fonds de contre partie de l'Etat dans le cadre des co financements (UNITAID, FM, EDCTP etc.)	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	**250 000 000**
	Constituer des consortiums de recherche Sud-Sud et Nord-Sud, pilotés par des institutions camerounaises, pour postuler à de grands fonds de recherche	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	**5 000 000**
	Elaborer et diffuser régulièrement un portfolio numérique des "Opportunités d'Investissement dans la Recherche Opérationnelle en santé au Cameroun" pour attirer les fondations privées et les instituts philanthropiques	3 600 000	3 744 000	3 893 760	4 049 510	4 211 491	**19 498 761**
	Faciliter/accompagner les équipes indépendantes en consortiums, pour répondre, aux appels internationaux	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	**5 000 000**
	Mettre en place un dispositif de veille stratégique pour répondre aux appels d'offres internationaux en matière de ROS	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	**25 000 000**
	Organiser un plaidoyer auprès des entreprises afin de bénéficier des financements en faveur de la ROS dans le cadre de la RSE	1 300 000	1 300 000	1 300 000	1 300 000	1 300 000	**6 500 000**
	Total extrant 4.3.	**111 900 000**	**112 044 000**	**112 193 760**	**112 349 510**	**112 511 491**	**560 998 761**
Total annuel		**447 279 600**	**563 758 394**	**732 933 152**	**551 865 811**	**747 897 334**	**3 043 734 291**

CHAPITRE 10. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

10.1. ANALYSE DES RISQUES

La mise en œuvre du PSN 2026-2027 se fera dans un contexte marqué par une crise économique et financière internationale évidente qui a entraîné une réduction des ressources internationales consacrées à la santé. Par ailleurs, le financement domestique de la santé au Cameroun reste en général très bas.

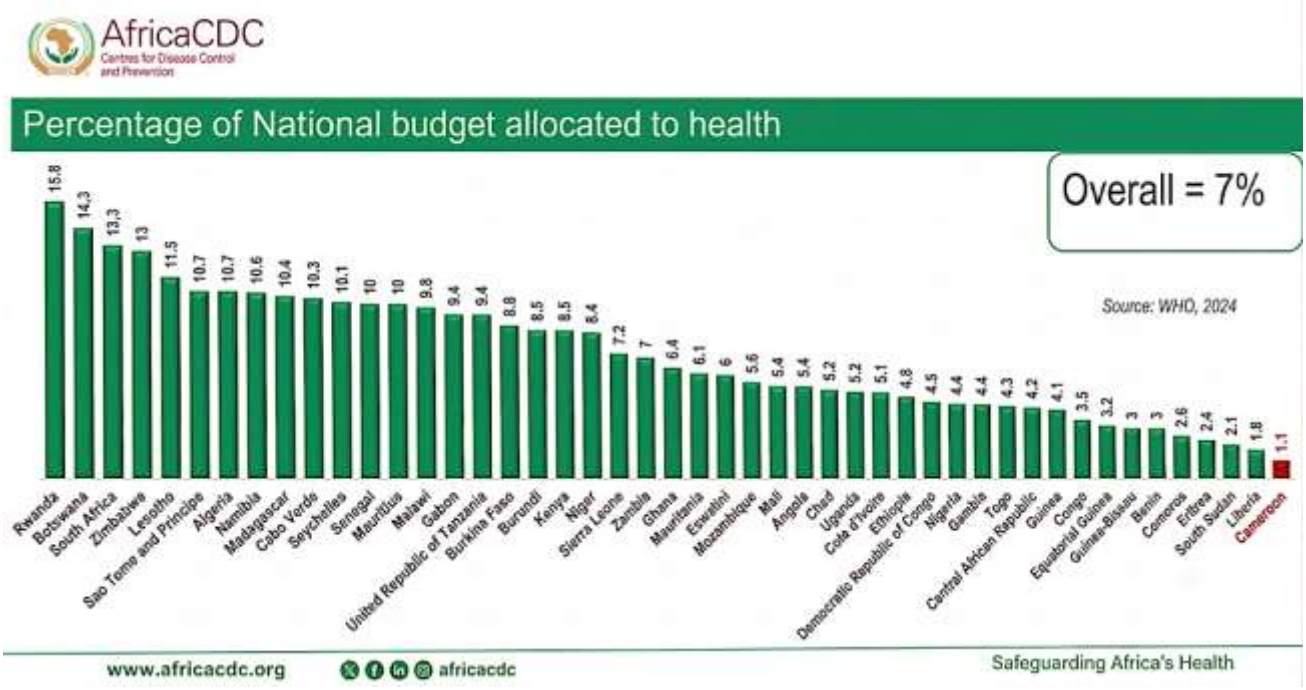


Figure 8: Aperçu des proportions de budgets nationaux alloués à la santé en Afrique

Il peut par ailleurs être soumis aux aléas ou contingences qui sont susceptibles de le baisser encore plus. Dans ce contexte la ROS est reléguée au bas des priorités, vue comme une charge et non un investissement. Aussi, certaines zones du pays sont en situation de crises sociopolitiques, avec des difficultés pour un déploiement des activités de recherches sur le terrain. Un compendium de ces risques et leurs moyens de mitigation sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 14: Risques et moyens de mitigation

Catégorie	Risque	Stratégie d'atténuation
Financier	Dépriorisation du financement de la recherche par l'État et les bailleurs	Diversification des sources (CTD, secteur privé, taxes affectées). Plaidoyer soutenu auprès du MINFI. Gouvernance financière renforcée.

Financier	Inexécution budgétaire (faible taux d'absorption)	Instruments de financement basés sur la performance. Plans de travail annuels avec jalons trimestriels.
Institutionnel	Fragmentation persistante de la coordination entre DROS, programmes et universités	Convention-cadre MINSANTE-MINRESI-MINESUP. Plateforme multisectorielle fonctionnelle. Désignation formelle de points focaux.
Institutionnel	Résistance au changement dans la culture décisionnelle	Engagement du Cabinet du Ministre. Démonstration de la valeur ajoutée par des « quick wins ». Intégration dans les processus formels de planification.
Humain	Turnover élevé du personnel formé	Formation de cohortes larges. Outils d'auto-formation en ligne. Mécanismes de motivation et de valorisation.
Scientifique	Qualité insuffisante des études produites	Approbation éthique rigoureuse. Évaluation par les pairs. Adhésion aux guidelines internationaux (CONSORT, STROBE, PRISMA).
Sécuritaire	Instabilité sociopolitique limitant le déploiement dans certaines régions	Plans de contingence. Adaptation des protocoles. Études agiles. Priorisation des zones accessibles avec extension progressive.
Environnemental	Épidémies et catastrophes naturelles perturbant la mise en œuvre	Systématisation de la recherche dans les plans d'urgence. Fonds de contingence. Protocoles de recherche rapide.

10.2. CONDITIONS DE SUCCES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNRS

Outre la gestion des risques, le succès de la mise en œuvre du PSN 2026-2030 reposera en grande partie sur les capacités de la DROS et des autres acteurs de la ROS au Cameroun à :

- des allocations budgétaires effectives et un leadership visible.
- Une coordination effective entre la DROS, l'ONSP, les directions techniques, les programmes de santé, les universités et le MINRESI.
- La mobilisation progressive de ressources domestiques, réduisant la dépendance aux financements extérieurs.
- L'intégration de la recherche dans les processus formels de planification et de décision du système de santé, et non à sa marge.
- Le développement d'une culture institutionnelle de la redevabilité et de l'apprentissage continu, fondée sur l'utilisation systématique des données probantes.
- La stabilité sociopolitique minimale permettant le déploiement des activités sur l'ensemble du territoire national.
- Développer la culture de la recherche en santé au niveau de toutes les catégories de parties prenantes du secteur de la santé

10.2.1. Standards de qualité scientifique

Au-delà du cadre éthique déjà décrit, la qualité scientifique de la recherche opérationnelle repose sur le respect de standards internationaux de gouvernance, d'interopérabilité, de qualité, d'accès et d'usage des données. Le PSNRS intègre les engagements suivants comme principes directeurs de la production de connaissances :

(i) L'enregistrement public systématique des protocoles de recherche dans des registres reconnus (PACTR, ClinicalTrials.gov) avant le démarrage de toute étude ;
(ii) L'adhésion aux guidelines internationales de reporting selon le type d'étude (CONSORT pour les essais contrôlés randomisés [50], STROBE pour les études observationnelles [51], PRISMA pour les revues systématiques [52], SQUIRE pour les études d'amélioration de la qualité) ;
(iii) L'application progressive des principes FAIR (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable) [48] pour la gestion des données de recherche ;
(iv) La promotion de l'accès libre (open access) aux résultats de recherche financée sur fonds publics, conformément à la Déclaration de Berlin (2003) [49] et aux orientations de l'OMS en matière de partage des données ;
(v) La mise en place de mécanismes d'archivage pérenne des données brutes et des protocoles validés ;
(vi) L'élaboration de règles de qualité pour les produits de connaissance (policy briefs, synthèses, rapports) assurant leur rigueur scientifique et leur utilité décisionnelle.

Ces standards seront progressivement opérationnalisés à travers les activités de renforcement des capacités (Effet 3) et de gouvernance normative (Effet 1).

10.2.2. Intelligence artificielle et digitalisation de la recherche

Conformément aux orientations du World Health Summit 2025 [39] qui a positionné la recherche en santé comme un outil stratégique de souveraineté scientifique, le PSNRS reconnaît le rôle croissant de l'intelligence artificielle et de la digitalisation dans le renforcement de la chaîne de valeur de la recherche. L'intégration progressive de ces technologies dans les activités de recherche opérationnelle (analyse des données massives, modélisation prédictive, automatisation du traitement des données de routine) constitue un levier d'amélioration de l'efficience et de la rapidité de la production de connaissances. Toutefois, cette intégration sera conduite de manière réaliste et adaptée au contexte camerounais, en privilégiant le renforcement des capacités humaines en science des données et en garantissant le respect des principes éthiques et de protection des données personnelles.

CONCLUSION

Le Plan Stratégique National de Recherche Opérationnelle en Santé 2026-2030 représente une étape stratégique fondamentale dans le processus de modernisation et de renforcement du système de santé camerounais. En articulant de manière cohérente gouvernance, renforcement des capacités, production de connaissances, utilisation des résultats et durabilité financière, il pose les fondements d'un écosystème de recherche opérationnelle véritablement intégré au cycle décisionnel du ministère de la Santé Publique.

La mise en œuvre de ce plan n'est cependant pas un acte administratif banal. Elle suppose une transformation profonde de la culture institutionnelle, passant d'une logique de production de rapports à une logique d'utilisation des preuves pour l'action. Cette transformation exige du leadership, de la persévérance et une redevabilité partagée entre tous les acteurs du système : l'État, les universités, les partenaires techniques et financiers, la société civile et les communautés. L'expérience du PSNRS 2014–2018 a montré que les intentions stratégiques, aussi bien articulées soient-elles, peinent à se concrétiser en l'absence de mécanismes robustes de mise en œuvre, de financement durable et de suivi-évaluation rigoureux. C'est précisément pour corriger ces lacunes que le présent plan a été conçu.

Priorités immédiates de mise en œuvre

Au cours de la première année de mise en œuvre (2026), les actions prioritaires à engager sans délai sont :

(i) La mise en place du Pool National d'Experts (PNERO) et la production de sa première note politique ;
(ii) La mise en place formelle du Comité de Pilotage du PSNRS et l'adoption de son règlement intérieur ;
(iii) L'élaboration et la transmission des textes d'application de la loi sur la recherche médicale aux Services du Premier Ministre ;
(iv) La cartographie exhaustive des parties prenantes de la ROS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
(v) La négociation d'une ligne budgétaire dédiée à la ROS dans le budget-programme 2027 du MINSANTE.
(vi) La création et l'opérationnalisation des Comités Régionaux de Coordination de la Recherche (CRCR) dans les 10 régions, et la désignation des points focaux ROS dans chaque Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP), conformément au phasage de territorialisation du chapitre 6.5.

Perspectives et enjeux futurs

Au-delà de 2030, les défis de la ROS au Cameroun s'inscriront dans un contexte de transformation accélérée. La révolution numérique et l'intelligence artificielle ouvrent des perspectives sans précédent pour l'analyse des données de santé et la personnalisation des

interventions. Le changement climatique créera de nouvelles pressions sur les systèmes de santé et nécessitera des recherches opérationnelles spécifiques sur l'adaptation du système sanitaire. L'intégration régionale africaine (Union Africaine, CEMAC) offrira des opportunités de mutualisation des ressources de recherche et de partage des connaissances à l'échelle du continent. Enfin, la montée en puissance de la société civile et des communautés comme acteurs à part entière de la production et de l'utilisation des connaissances appellera à développer des approches de recherche participative et communautaire.

En définitive, le succès du PSNRS 2026-2030 ne se mesurera pas uniquement à l'aune des indicateurs de réalisation qui y sont définis. Il se mesurera à l'impact réel sur la santé des Camerounais : moins de décès évitables, une meilleure qualité des soins, un accès plus équitable aux services de santé pour tous, y compris pour les plus vulnérables. C'est cette ambition qui doit guider l'action de chaque acteur impliqué dans la mise en œuvre de ce plan, et c'est à cette responsabilité collective que le ministère de la Santé Publique convie l'ensemble des parties prenantes. Le PSNRS 2026-2030 n'est pas un document de plus ; il est le reflet d'une volonté politique affirmée de placer la preuve scientifique au cœur de l'action sanitaire camerounaise. Sa réussite dépendra de la capacité collective à transformer les engagements en actes, les actes en résultats, et les résultats en une meilleure santé pour tous les Camerounais.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ. 2013;347:f6753.
2. WHO Regional Office for Africa. Research for health: a strategy for the African Region 2016–2025 (AFR/RC65/R2). Brazzaville: WHO/AFRO; 2015.
3. World Health Organization. The WHO strategy on research for health. Geneva: WHO; 2012.
4. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.
5. Global Ministerial Forum on Research for Health. The Bamako call to action on research for health. Bamako: WHO/AFRO; 2008.
6. WHO Regional Office for Africa. Algiers declaration: ministers of health commitment on research for health. Algiers: WHO/AFRO; 2008.
7. Institut National de la Statistique (INS), ICF. Enquête démographique et de santé du Cameroun 2018 (EDS-V). Yaoundé/Rockville: INS/ICF; 2020.
8. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Cameroon country page [Internet]. Geneva: UNHCR; 2025 [cité le 30 mai 2025]. Disponible sur : https://www.unhcr.org/where-we-work/countries/cameroon
9. Institut National de la Statistique du Cameroun, Organisation Internationale pour les Migrations (OIM). Matrice de Suivi des Déplacements (DTM). Yaoundé: INS/OIM; avril 2024.
10. Banque mondiale. Rapport sur la situation économique du Cameroun 2025, 4è édition : l'or vert du Cameroun – valoriser les forêts et le capital naturel. Washington (DC): Groupe de la Banque mondiale; 2025. Disponible sur : http://documents.worldbank.org/curated/en/099071425092511980
11. Institut National de la Statistique du Cameroun. ECAM 5 : principaux indicateurs. Yaoundé: INS; 2024.
12. Forbinake NA, Enongene JM, Asonglefac BK, et al. Le défi de la couverture sanitaire universelle au Cameroun et les stratégies pour une réforme durable. Discov Public Health. 2025;22:419. doi:10.1186/s12982-025-00831-z
13. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Cameroun. Paris: OCDE; 2024. Disponible sur : https://www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-aucameroun.pdf
14. World Bank. Cameroon overview: development news, research, data [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2025. Disponible sur : https://www.worldbank.org/en/country/cameroon/overview
15. Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS). Tableau récapitulatif des structures sanitaires publiques par région. Yaoundé: MINSANTE; 2024.
16. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Comptes nationaux de la santé 2018 et 2019. Yaoundé: MINSANTE; 2020.
17. World Health Organization. World malaria report 2024. Geneva: WHO; 2024.
18. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Déclaration du Ministre de la Santé Publique, président du CNLS : prévalence du VIH estimée à 2 1 % en 2023. Yaoundé: MINSANTE/CNLS; 24 avril 2024.
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDSinfo: Cameroon country factsheet 2022. Geneva: UNAIDS; 2023. Disponible sur : https://aidsinfo.unaids.org/

20. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024.
21. WHO Regional Office for Africa. Rapport biennal 2022–2023 : OMS Cameroun. Yaoundé/Brazzaville: OMS/AFRO; 2024.
22. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2023. Geneva: WHO; 2025.
23. UNICEF Cameroun. Communiqué de presse conjoint UNICEF/OMS/UNFPA : aid cuts threaten fragile progress in ending maternal deaths. Yaoundé: UNICEF; 8 avril 2025.
24. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality: report 2024. New York: UNICEF; 2024.
25. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profile: Cameroon. Geneva: WHO; 2018.
26. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet. 2021;398(10304):957–80.
27. WHO Regional Office for Africa. Diabetes – fact sheet. Brazzaville: OMS/AFRO; 2025.
28. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
29. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: IDF; 2025.
30. World Heart Federation, World Health Organization. Cameroon country report. Cardiovasc J Afr. 2020;31(2):103.
31. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: WHO; 2024.
32. World Health Organization. WHO–Cameroon country cooperation strategy 2023–2027. Yaoundé/Geneva: WHO; 2023.
33. World Bank. Cameroon health data [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2026. Disponible sur : https://data.worldbank.org/country/cameroon
34. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2025. Geneva: WHO; 2025.
35. Pang T, Sadana R, Hanney S, Bhutta ZA, Hyder AA, Simon J. Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. Bull World Health Organ. 2003;81(11):815–20.
36. Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT). Guide méthodologique de planification stratégique et opérationnelle au Cameroun. Yaoundé: MINEPAT; 2019.
37. République du Cameroun. Loi n°2022/008 du 27 avril 2022 relative à la recherche médicale impliquant la personne humaine. Yaoundé: Journal Officiel; 2022.
38. République du Cameroun. Loi n°2025/009 du 15 juillet 2025 relative au don, au prélèvement et à la greffe de matériel biologique humain. Yaoundé: Journal Officiel; 2025.
39. World Health Summit. Taking responsibility for health in a fragmenting world. Berlin: World Health Summit Foundation; 2025.
40. Tribunal militaire international de Nuremberg. Code de Nuremberg. 1947.
41. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Adoptée en 1964 ; révisée en dernier lieu à Fortaleza: WMA; 2013.
42. World Health Organization. Ministerial summit on health research. Mexico City: WHO; 2004.
43. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), World Health Organization. International ethical guidelines for health-related research involving humans. 4th ed. Geneva: CIOMS; 2016.

44. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):13–24.
45. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2013.
46. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. Bull World Health Organ. 2006;84(8):620–8.
47. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). Health Res Policy Syst. 2008;6 Suppl 1:S8.
48. Wilkinson MD, Dumontier M, Aalbersberg IJ, Appleton G, Axton M, Baak A, et al. The FAIR guiding principles for scientific data management and stewardship. Sci Data. 2016;3:160018.
49. Max Planck Society. Berlin declaration on open access to knowledge in the sciences and humanities. Berlin: MPS; 2003.
50. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ. 2010;340:c332.
51. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Med. 2007;4(10):e296.
52. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
53. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Stratégie sectorielle de santé 2020–2030. Yaoundé: MINSANTE; 2020.
54. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Plan national de développement sanitaire 2021–2025. Yaoundé: MINSANTE; 2021.
55. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Décret n°2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique. Yaoundé: MINSANTE; 2013.
56. Premier Ministre du Cameroun. Décret n°2010/2952/PM du 1er novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'Observatoire National de Santé Publique. Yaoundé: SPM; 2010.
57. République du Cameroun. Loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code général des collectivités territoriales décentralisées. Yaoundé: Journal Officiel; 2019.
58. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2021: Cameroon country profile. Seattle: IHME; 2023.
59. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Rapport annuel 2021. Yaoundé: MINSANTE; 2022.
60. Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC). Framework for health research and development in Africa. Addis Ababa: Africa CDC; 2023.
61. FAO, World Organisation for Animal Health (OIE), World Health Organization. Taking a multisectoral, One Health approach: a tripartite guide to addressing zoonotic diseases in countries. Rome/Paris/Geneva: FAO/OIE/WHO; 2019.
62. WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). Operational research training toolkit. Geneva: WHO/TDR; 2016.
63. WHO Regional Office for Africa. Framework for strengthening the use of evidence, information and research for decision-making in the African Region. Brazzaville: WHO/AFRO; 2021.

EQUIPE DE REDACTION

SUPERVISION GENERALE

Dr MANAOUDA Malachie, Ministre de la Santé Publique (MINSANTE)

COORDINATION GENERALE

Pr NJOCK Louis Richard, Secrétaire Général, Ministère de la Santé Publique

COORDINATION TECHNIQUE

Pr BISSEK Anne Cécile, Chef de Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS)
Pr ATEUDJIEU Jérôme, Chef de Cellule de la Recherche Clinique (CRC/DROS)

EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION

- Pr MBACHAM Wilfried, Comité national d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH)
- Dr EMAH MANDA Basile Yannick, Direction de la Lutte contre les Maladies, les Épidémies et les Pandémies (DLMEP)
- Dr NJEFI Yves, Sous-Direction Santé de Reproduction/DSF
- Dr MBAPA Théophile, Programme National de lutte contre l'Onchocercose
- Dr MOUSSI Charlotte, Programme de Lutte contre les Maladies Non Infectieuses
- Pr KAMGNO Joseph, Institut supérieur de recherche scientifique et médicale (ISM)
- Dr GODWIN NCHINDA, Centre International de Recherche Chantal BIYA (CIRCB)
- M. NGUEMKAM Gildas, DROS
- M. NDOUGSA ETOUNDI Guy Roger, ST/SSS
- Dr MAYOH Catherine Fanny, DROS
- Dr OMONA GUISSANA Edwige, DSF
- M. BONYOHE Martial, DROS
- Dr NJAMNSHI N. Yembe, DROS

EXPERTS

- Pr BILLONG Serge Clotaire, Consultant
- Pr KINGUE Samuel, Consultant

CONTRIBUTEURS

- Dr ABATE ESSI Jean Marcel, MINRESI
- Dr ATEBA NDONGO Francis, DROS/CME-FCB /CNERSH
- Dr AMAWOTA Alvine, PNPLZER
- Dr EBA Simon Pierre Anicet, DPML
- Dr ELANGA NDILLE Emmanuel, CRID/UDs
- Dr ETOUNDI EVOUNA Antoine, PNLT
- Dr FOUOGUE SONNA, PNPLZER
- Dr GANKEN Jean Marie, CNLS

- Dr MEDOU Hortense, PNLP
- Dr KETCHAJI Alice, SDLVIH-SIDA
- Dr MABONGO Daniel, CNLS
- Dr MAPA TASSOU Clarisse, SDLMCNT/DLMEP
- Dr NENGUE DYONO André Marie, PNLO
- Dr NGOUFACK SEMENGUE Ezechiel, CIRCB
- Dr NYANGONO Inéo, SDAN / DPS
- Dr PANNA Sandrine Bertrade, SDLMTN/DLMEP
- Dr SONGO E. Ancel, SBLEP/DLMEP
- Dr TAGNOUOKAM Noupo Youl Kam, CPC
- Dr TUNKAM CLAUDE Axel, PLMI
- Dr ZANGA OLINGA Patrice, DROS
- M. YOPNDOI Charles, DRSP Sud
- Mme MBOMBELE MBOMBELE Nina Darinca, ONSP
- M. ANTONIO NKONATIO, OCEAC
- M. IBRAHIM BOUKAR, DEP
- Mme KANKEU MAGNE Paule Merwille, LNSP
- M. MPACTSE NGADE Jean, CIS
- Mme NAAH Félicité, DROS/MINSANTE
- M. MTSAVARA Joseph, Ecole IDE-TMS-GS de Yaoundé
- M. NANDA Herwin, Bureau Recherche Opérationnelle/ CCOUSP

PARTENAIRES TECHNIQUES

- Samuel KAMWA, Vital Strategies
- Dr Tania BISSOUMA-LEDJOU, OMS
- Tatianna NKOFO, Vital Strategies
- Dr TCHAKOUNTE YOUNGUI Boris, EGPAF
- M. MBOUSSAM Hedgar Plessy, ACMS/RRSSI

EQUIPE DE RELECTURE

- Pr NJOUOM Richard, CPC/CSV
- M. PAZINI GACKE Barthelemy, DRFP/SDBF
- Dr AKENJI Blaise, LNSP/CUAL
- Dr FOUOGUE SONNA, PNPLZER/Cadre
- Dr SOKENG Chelsea Regina, DPML/Cadre Pharmacien
- Dr. BAIYE William Abange, CHUY/CE Recherche et Coop
- Dr DONGMO Marie Micheline, DOSTS/CSFSP1-4
- Dr ANABA Laure Pamela, DLMEP/Cadre
- Dr NLOGA Guy Stephane, SDLVIH/IST/TB
- Dr SUH NCHAG Abenwie, CBCHS
- Dr Justine ESSONO ADA, CNLCa/SPA
- M. YANGOUO MOULIOM Fabrice, PNLT/Statisticien

- M. ATANGA Benjamin, DROS/Cadre
- Mme NGEH FEJOL Linda, CELTRAD/MINSANTE/CEA2
- Mme YAYOU Bertine, DRFP/Cadre
- M. NDJIMA EKANGO Joachim, Cellule Suivi
- M. NANA WANDJOU Vanessa, DRFP/Cadre
- Mme BILO'O Murielle, DS Nkolndongo
- Mme TCHIO-NIGHIE Ketina, MA SANTE
- M. CHOSSEM DEFO Charles, MINEPAT/Cadre

ANNEXES

ELEMENTS DE CALCUL DE L'INDICATEUR DE LA QUALITE DE LA GOUVERNANCE

Il s'agit d'un score composite combinant 5 dimensions : stratégie, transparence, participation, éthique, utilisation des résultats.

Dimension 1 : Indicateurs de gouvernance stratégique

La qualité de la gouvernance visera à évaluer comment les décisions sont prises, pilotées et évaluées, pas seulement les résultats scientifiques. Chaque indicateur sera pondéré idem (01 point) et un indicateur synthétique sera produit. Un diagramme en radar sera produit afin d'apprécier l'évolution sur chacune des composantes.

- Existence d'une stratégie RO formalisée (alignée avec les priorités de santé)
- Taux de projets RO alignés sur les politiques publiques / besoins du système de santé
- Fréquence de mise à jour des priorités de recherche
- Existence d'un organe de gouvernance (comité scientifique, comité de pilotage)

Dimension 2 : Indicateurs de transparence et de redevabilité

- Pourcentage de projets avec protocoles documentés et accessibles
- Délais moyens de validation éthique et institutionnelle
- Existence de rapports réguliers (techniques, financiers)
- Publication ou diffusion des résultats (y compris résultats négatifs)

Dimension 3 : Indicateurs de participation et d'inclusivité

- Implication des acteurs clés (cliniciens, décideurs, patients, communautés)
- Nombre/type de parties prenantes impliquées dès la conception du projet
- Existence de mécanismes de concertation ou co-construction
- Taux de satisfaction des parties prenantes

Dimension 4 : Indicateurs d'intégrité scientifique et éthique

- Taux de projets avec approbation éthique
- Existence de politiques de gestion des conflits d'intérêts
- Respect des normes méthodologiques (revues internes, audits)
- Formation des équipes à l'éthique et à la gouvernance

Dimension 5 : Indicateurs d'utilisation des résultats

- Traçabilité des décisions (procès-verbaux, critères explicites)
- Utilisation formelle des résultats de la RO dans la prise de décision
- Délai entre résultats produits et décisions opérationnelles
- Existence d'outils d'aide à la décision (modèles, scénarios, tableaux de bord)



PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE RECHERCHE EN SANTÉ

Vital Strategies