



MINSANTE
Ministère de la Santé Publique



Plan Stratégique National 2021-2025 de la Santé Communautaire au Cameroun

Edition
Novembre 2021



DOSTS
MINSANTE



SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| LISTE DES FIGURES | 5 |
| LISTE DES TABLEAUX | 5 |
| SIGLES ET ACRONYMES | 6 |
| PREFACE..... | 9 |
| REMERCIEMENTS..... | 10 |
| RESUME EXECUTIF | 11 |
| I. PRESENTATION DU CAMEROUN : TERRITOIRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2021-2025 | 13 |
| 1.1. Présentation du Pays | 13 |
| 1.1.1. Sur le plan administratif et politique..... | 13 |
| 1.1.2. Sur le plan démographique..... | 13 |
| 1.2. Contexte socio-économique et culturel..... | 13 |
| 1.2.1. Sur le plan culturel et linguistique | 13 |
| 1.2.2. Sur le plan économique et social | 14 |
| 1.2.3. Sur le plan des Collectivités Territoriales Décentralisées..... | 14 |
| II. PRESENTATION DE LA SITUATION SANITAIRE GLOBALE DU PAYS | 15 |
| 2.1. Organisation du système de santé | 15 |
| 2.2. Profil épidémiologique et principaux indicateurs de santé au Cameroun | 17 |
| 2.2.1. Profil épidémiologique général du Cameroun..... | 17 |
| 2.2.2. Financement de la santé | 18 |
| 2.2.3. Les engagements du Gouvernement Camerounais visant l'amélioration des indicateurs de santé | 18 |
| III. ETAT DES LIEUX SPECIFIQUE A LA SANTE COMMUNAUTAIRE..... | 19 |
| 2.3. Défis du système de santé relatifs à l'amélioration des indicateurs | 19 |
| 3.1. Rappel historique | 19 |
| 3.1.1. Avant Alma Ata | 19 |
| 3.1.2. Pendant Alma Ata | 19 |
| 3.1.3. Post-Alma Ata..... | 20 |
| 3.2. Institutionnalisation de la santé communautaire | 20 |
| 3.3. Leadership, coordination et partenariat en Santé Communautaire | 21 |
| 3.4. Financement de la Santé Communautaire | 22 |
| 3.5. Organisation et fonctionnement actuel du système de santé communautaire au Cameroun..... | 22 |
| 3.6. Analyse critique de la mise en œuvre de la Santé Communautaire | 24 |
| IV. CONTENU DU PLAN STRATEGIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU CAMEROUN | 26 |
| 4.1. Ancrage, vision, objectifs stratégiques et résultats | 26 |
| 4.1.1. Ancrage du plan stratégique national de santé communautaire..... | 26 |
| 4.1.2. Vision du plan stratégique | 26 |
| 4.1.3. Buts, objectifs, résultats attendus du plan stratégique | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2. Axes stratégiques, interventions et actions prioritaires du PSNSC 2021-2025..... | 29 |
| 4.2.1. Axe stratégique N°1 : Renforcement de l’institutionnalisation et de la Gouvernance des interventions de santé communautaire..... | 29 |
| 4.2.2. Axe stratégique N°2 : Amélioration de l’offre de services de santé communautaire de qualité | 31 |
| 4.2.3. Axe stratégique N°3 : Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire | 34 |
| 4.2.4. Axe stratégique N°4 : Suivi et évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire | 36 |
| 4.2.5. Axe stratégique N°5 : Accès des populations clés et vulnérables aux soins de santé de qualité y compris des soins de santé communautaire et prise en compte du genre et des droits humains | 38 |
| VI. DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION | 40 |
| 6.1. Dispositif de suivi | 40 |
| 6.1.1. Les activités de suivi | 40 |
| 6.1.2. Les outils de suivi | 41 |
| 6.1.3. Circuit des informations/données sur la mise en œuvre des ISC | 42 |
| 6.2. Dispositif d’évaluation | 42 |
| VII. BUDGET ET MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC | 42 |
| 7.1. Estimation du budget | 42 |
| 7.2. Mécanismes de mobilisation des ressources | 46 |
| ANNEXES..... | 46 |
| ANALYSE ET GESTION DES RISQUES | 46 |
| METHODOLOGIE D’ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2021-2025 AU CAMEROUN | 48 |
| Cadre logique d’intervention du plan stratégique 2021-2025 de la santé communautaire au Cameroun..... | 50 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 69 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|-----------|
| Figure 1: Nombre de Districts de santé couverts par les ASC/ISDC par rapport au nombre total de Districts de santé par Région au Cameroun en 2020 | 21 |
| Figure 2: Circuit des informations/données sur la mise en œuvre des activités du PSNSC 2021-2025. | 42 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----------|
| Tableau 1: Les différents niveaux de la pyramide sanitaire du Cameroun et les structures correspondantes..... | 16 |
| Tableau 2: Répartition des formations sanitaires par catégorie et par Région au Cameroun en 2020..... | 16 |
| Tableau 3: Quelques indicateurs d'accès ou d'utilisation des services de santé d'après les résultats de l'EDS5 de 2018 | 17 |
| Tableau 4: Répartition du nombre d'ASC par Région et par Partenaire d'appui en 2020/21 | |
| Tableau 5: Les acteurs et leurs rôles dans la santé communautaire au Cameroun | 23 |
| Tableau 6: Analyse FFOM de la Santé communautaire au Cameroun | 24 |
| Tableau 7 : Répartition des populations clés et vulnérables | 38 |
| Tableau 8 : Présentation des structures du dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 | 40 |
| Tableau 9 : Détail du budget estimatif du PSNSC 2021-2025 par axe stratégique et par année (en milliers de FCFA)..... | 44 |
| Tableau 10 : Détail du budget estimatif de mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 par niveau du système de santé et par année..... | 45 |

SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|-------------------|--|
| ACT | Artemisinine-Combined-Therapy |
| AFD | Agence Française de Développement. |
| ASC | Agent de Santé Communautaire. |
| ASCP | Agent de Santé Communautaire Polyvalent. |
| BAD | Banque Africaine de Développement. |
| BIT | Bureau International du Travail. |
| CAP | Comportements Aptitudes et Pratiques. |
| CDC | Center for Diseases Control and Prevention. |
| CDS | Chef du District de Santé. |
| CEMAC | Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale. |
| CENAME | Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels. |
| CHU | Centre Hospitalier et Universitaire. |
| CMA | Centre Médical d'Arrondissement. |
| CNLS | Comité National de Lutte Contre le SIDA. |
| CNS | Comptes Nationaux de la Santé. |
| CNSHAS | Conseil National de Santé, d'Hygiène publique et des Affaires Sociales. |
| COSA | Comité de Santé de l'Aire de santé. |
| COSADI | Comité de Santé du District de santé. |
| CPN | Consultations Périnatales. |
| CSI | Centre de Santé Intégré. |
| CSU | Couverture Santé Universelle. |
| CTD | Collectivité Territoriale Décentralisée. |
| CUSS | Centre Universitaire des Sciences de la Santé. |
| DHIS2 | District Health Information System 2. |
| DLMEP | Direction de la Lutte contre les Maladies, les Epidémies et les Pandémies. |
| DOSTS | Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire. |
| DPS | Direction de la Promotion de la Santé. |
| DRSP | Délégation Régionale de la Santé Publique. |
| DSF | Direction de la Santé Familiale. |
| DSCE | Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. |
| DS | District de Santé. |
| DSRP | Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. |
| ECAM | Enquête Camerounaise Auprès des Ménages. |
| ECD | Equipe Cadre de District. |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé. |
| FENAMUSCAM | Fédération Nationale des Mutuelles Sociales du Cameroun. |
| FM | Fonds Mondial. |
| FOSA | Formation Sanitaire. |
| FRPS | Fonds Régional pour la Promotion de la Santé. |
| GIZ | Agence de Coopération Internationale Allemande. |
| HC | Hôpital Central |

| | |
|-----------------|--|
| HD | Hôpital de District. |
| HG | Hôpital Général |
| HR | Hôpital Régional |
| HTA | Hypertension Artérielle. |
| IDHI | Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités. |
| INS | Institut National de la Statistique. |
| IRA | Infection Respiratoire Aigüe. |
| ISC | Intervention de Santé Communautaire. |
| ISDC | Interventions Sous Directive Communautaire. |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible. |
| MCS | Mutuelle Communautaire de Santé. |
| MICS | Multiple Indicators Cluster Survey. |
| MII | Moustiquaire Imprégnée d’Insecticides. |
| MILDA | Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action. |
| MINPROFF | Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. |
| MINSANTE | Ministère de la Santé Publique. |
| MTN | Maladies Tropicales Négligées. |
| OBC | Organisation à Base Communautaire. |
| ODD | Objectifs de Développement Durable. |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé. |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale. |
| OSC | Organisation de la Société Civile. |
| OSCD | Organisation de la Société Civile de District. |
| PECADOM | Prise en Charge à Domicile du Paludisme. |
| PEV | Programme Elargie de Vaccination. |
| PF | Planning Familial. |
| PFE | Pratiques Familiales Essentielles. |
| PLMI | Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile. |
| PNLO | Programme National de Lutte contre l’Onchocercose et les MTN. |
| PNLP | Programme National de Lutte contre le Paludisme. |
| PNLT | Programme National de Lutte contre la Tuberculose. |
| PR | Principal Récipiendaire du Fonds Mondial. |
| PSN | Plans Stratégiques Nationaux. |
| PSNLP | Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme. |
| PSNSC | Plan Stratégique National de la Santé Communautaire. |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers. |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH. |
| PVVIH | Personne Vivant avec le VIH. |
| SBC | Surveillance à Base Communautaire |
| SFE | Surveillance fondée sur les événements |
| SD | Structure de Dialogue. |
| SIDA | Syndrome de l’Immunodéficience Acquis. |
| SMIG | Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti. |
| SND | Stratégie Nationale de Développement |
| SR | Sous-Réceptiendaire ou Sous-Bénéficiaire du Fonds Mondial. |

| | |
|---------------|---|
| SRO | Sel de Réhydratation Oral. |
| SSP | Soins de Santé Primaires. |
| SSS | Stratégie Sectorielle de Santé. |
| TDO | Traitement Directement Observé (de la Tuberculose). |
| TDR | Test de Diagnostic Rapide. |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent. |
| UNFPA | United Nations Fund for Population Activities. |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund. |
| USAID | United State Agency for International Development. |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine. |

PREFACE

L'un des principaux défis actuels de notre système de santé est sa faible capacité à répondre de manière satisfaisante aux besoins de santé de toute la population afin d'améliorer les indicateurs de santé et d'atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU) qui est l'un des principaux Objectifs de Développement Durable (ODD) auxquels le pays a souscrit et qu'il devra atteindre d'ici 2030.

Conscient de cette situation, le Ministère de la Santé Publique s'est doté des documents de planification stratégique en cohérence avec les ODD tels que la Stratégie Nationale de Développement (SND) 2020-2030, la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 et en tenant compte des problèmes de santé des communautés, il a élaboré ce tout premier Plan Stratégique National de la Santé Communautaire (PSNSC) couvrant la période 2021-2025.

Ce Plan Stratégique vise à renforcer la participation communautaire et particulièrement à pérenniser les Interventions de Santé Sous Directive Communautaire à travers leur institutionnalisation, l'appropriation communautaire et l'autonomisation du financement.

Ce document présente les contextes épidémiologique et sanitaire du pays, l'analyse de la situation et des goulots d'étranglement de la santé communautaire ; il fixe les objectifs à atteindre d'ici 2025, définit les axes d'intervention, les activités à mener, les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation, et enfin dégage le coût de sa mise en œuvre.

Le PSNSC 2021-2025 a été élaboré avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, la contribution de tous les acteurs clés du système de santé, y compris les membres des communautés. Sa mise en œuvre va permettre à terme, l'amélioration de l'état de santé des populations avec leur pleine participation. Ceci contribuerait à la consolidation de la Décentralisation et de la Bonne Gouvernance ainsi que l'émergence économique et sociale de notre pays à l'horizon 2035.

A ce titre, j'invite tous les partenaires, les acteurs nationaux et internationaux du système de santé, ceux des Collectivités Territoriales Décentralisées et de la Société Civile, à s'engager pour la réalisation optimale des activités et l'atteinte des objectifs de ce Plan Stratégique.



LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr MANAOUDA MALACHIE

REMERCIEMENTS

L'adoption du Plan Stratégique National 2021-2025 de la Santé Communautaire au Cameroun est le résultat de l'engagement d'un grand nombre d'acteurs intervenant dans la santé communautaire au Cameroun. L'apport de ces différents acteurs, en particulier du Ministère de la Santé Publique, des organisations de la société civile, du secteur privé, d'autres parties prenantes du système de santé et des Partenaires Techniques et Financiers, a permis d'assurer la prise en compte de toutes les opinions, y compris celles des acteurs communautaires à l'élaboration de ce document.

La mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce au budget de l'Etat et à l'appui des Partenaires Techniques et Financiers du Cameroun dont les contributions multiformes ont été déterminantes. Ces derniers ont mis à contribution des ressources humaines en termes d'experts et de consultants nationaux et internationaux de qualité pour renforcer l'équipe nationale sur des thématiques diverses.

À cet effet, mes remerciements vont à l'endroit des membres du Groupe de travail, des Délégations Régionales de la Santé Publique, des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, les acteurs des Districts de santé, des Collectivités Territoriales Décentralisées, des Structures de Dialogue, des Organisations de la Société Civile ou Organisations à Base Communautaire et des Mutuelles Communautaires de Santé qui ont bien voulu fournir des informations sur les volets de la santé communautaire qui relèvent de leur ressort.

Mes remerciements particuliers sont adressés au Fonds Mondial, CDC-Atlanta et UNICEF. Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées de manière singulière, et les personnes ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à l'élaboration de ce Plan, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à nos prédécesseurs pour le travail herculéen ayant fortement contribué à l'atteinte de ce résultat.

Le Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS)

RESUME EXECUTIF

La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 renseigne que les indicateurs de santé au Cameroun restent faibles malgré de nombreux efforts déployés sur plusieurs plans par les pouvoirs publics depuis plusieurs décennies. En effet, le Cameroun a adhéré à la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) depuis les années 1980 et a mis en œuvre plusieurs autres réformes qui visent à renforcer son système de santé et par là, améliorer les indicateurs de santé. Les partenaires techniques et financiers et les experts pensent que l'inertie observée, découle des faiblesses du système de santé, particulièrement liées au déficit en ressources humaines et à la faible implication des populations bénéficiaires dans la gestion de leurs problèmes de santé. La Participation Communautaire à travers les différentes Structures de gestion, de prestations et d'appui au District de Santé, reste le maillon faible du système de santé camerounais. L'absence d'harmonisation, d'institutionnalisation et d'appropriation des interventions sous directives communautaires pose le problème de pérennisation de ces activités.

Pour remédier à ces problèmes, le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui de ses partenaires, a élaboré en 2016 et adopté en 2017 **la Politique Nationale de Santé Communautaire**. Celle-ci visait à rapprocher davantage les populations des prestations de soins et des services en capitalisant les stratégies de proximité développées à travers les Programmes prioritaires de Santé Publique centrés autour d'activités promotionnelles, préventives et curatives. Après l'élaboration et l'adoption de ce document de politique, une concertation entre tous les acteurs impliqués dans le développement de la santé communautaire avait été menée en juillet 2018 en vue de réfléchir sur les pistes de pérennisation des ISDC au Cameroun. A l'issue de cette concertation, des recommandations ont été formulées dont la première consistait à élaborer un **Plan Stratégique National de la Santé Communautaire** au Cameroun.

Le présent **Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2021-2025** marque donc le début de la mise en œuvre de ces recommandations. Le processus d'élaboration de ce document s'est étalé sur la période allant de juillet 2020 à juin 2021. La méthodologie d'élaboration a consisté en une démarche participative et consensuelle incluant tous les acteurs et à tous les niveaux du système de santé. Les étapes qui ont ponctué ce processus sont les suivantes : la capitalisation des informations et des expériences factuelles existantes, la revue documentaire, la collecte et l'analyse des données, la budgétisation, l'élaboration des différents Drafts et la validation du document final.

Ce Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2021-2025 a pour but « **d'instaurer les bases de la pérennisation des ISDC afin d'améliorer durablement les indicateurs de performance des Programmes de santé publique, en particulier les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant, de lutte contre les maladies et affections prioritaires y compris les MTN, et de santé de la population en général dans toutes les communautés de l'ensemble des Districts de santé du Cameroun** ».

Son objectif général est de « **Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la pleine participation des communautés dans l'ensemble des Aires de santé et des Districts de santé du Cameroun d'ici à 2025** ».

Pour atteindre cet objectif général, le PSNSC 2021-2025 s'articule autour de cinq axes stratégiques qui sont :

- Le renforcement de l'institutionnalisation et de la Gouvernance des interventions de santé communautaire ;
- L'amélioration de l'offre de services de santé communautaire de qualité ;
- La communication pour le développement en faveur de la santé communautaire ;
- Le renforcement du suivi et évaluation et la recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire ;
- Le renforcement de l'accès des populations vulnérables et des populations clés aux soins de

santé de qualité y compris des soins de santé communautaire avec prise en compte du genre et des droits humains.

Il est doté d'un cadre de performance permettant le suivi et l'évaluation aussi bien de sa mise en œuvre que de la performance des acteurs impliqués.

Le coût total de mise en œuvre de ce Plan stratégique, pour la période 2021-2025, s'élève à 46 741 084 051 FCFA (Quarante-Six Milliards sept Cent Quarante un Millions quatre-vingt-quatre Mille cinquante-un FCFA), soit un coût moyen par habitant par an d'environ 317 FCFA (0.55 US\$). Le coût de mise en œuvre des activités est de 23,33 Milliards de FCFA, soit 52,8% du budget total. La Rémunération des Agents de Santé Communautaire et les frais de fonctionnement des Sous-Bénéficiaires représentent 47,2% du budget total.

Au terme du processus de mise en œuvre du présent Plan Stratégique, il est attendu que le niveau communautaire intégré dans le système de santé camerounais se positionne désormais comme pilier principal qui sous-tend le développement des Soins de Santé Primaires. Ainsi, il facilitera le renforcement du système de santé, la viabilisation des Districts de santé et l'évolution vers la Couverture Santé Universelle

I. PRESENTATION DU CAMEROUN : TERRITOIRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2021-2025

1.1. Présentation du Pays

1.1.1. Sur le plan administratif et politique

Le Cameroun est un pays de l'Afrique Centrale, limité au Nord-Est par le Tchad, au Sud par le Congo, le Gabon, et la Guinée Equatoriale, à l'Ouest par le Nigeria, et à l'Est par la République Centrafricaine. Il a une superficie de 475 650 km², dont 466 050 km² de superficie continentale, 9600 km² de superficie maritime. Le Cameroun compte 10 Régions, 58 Départements, 14 Communautés Urbaines et 360 Communes. Le paysage politique est animé par plus de 300 partis politiques. Le pouvoir exécutif est exercé par un Président de la République élu au suffrage universel pour un mandat de sept ans renouvelable, et celui judiciaire est exercé par la Cour Suprême. La Constitution camerounaise de janvier 1996 lui confère un Senat et un Conseil Constitutionnel, qui sont déjà mis en place. Il existe également un Conseil Economique et Social et une Chambre des Comptes intégrée à la Cour Suprême.

Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) que sont les Régions et les Communes, sont régies par la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées. Elles viennent d'achever le processus de leur mise en place au travers des élections régionales du 06 décembre 2020.

1.1.2. Sur le plan démographique

La population camerounaise était estimée en 2020 à environ 26 153 961, selon les projections démographiques de la base des données de l'Institut National de Statistique (INS), avec 50,6% de femmes et un taux d'accroissement estimé à 2,6%. Ainsi, cette population devrait atteindre à ce rythme 36 millions d'habitants en 2035. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. Les deux métropoles que sont Yaoundé et Douala abritent à elles seules près de 20% de la population générale. Les régions les plus peuplées sont : le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,1%) et le Nord (11,0%) (INS 2010). En 2010, 52% de la population totale vivaient en milieu urbain, 43,6% avaient moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes avaient 60 ans ou plus.

1.2. Contexte socio-économique et culturel

1.2.1. Sur le plan culturel et linguistique

Le Cameroun compte plus de 230 ethnies réparties en six grands groupes. Les Soudanais, les Hamites et les Sémites, vivant dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord, sont généralement chrétiens, animistes ou musulmans. Les Bantous, Semi Bantous et apparentés les Pygmées se retrouvent dans le reste du pays. Ils sont animistes ou chrétiens. Le pays a deux principales langues officielles : le français et l'anglais, et dispose de plus de 300 langues maternelles ou dialectes. Son potentiel artisanal et touristique fait de lui une Afrique en miniature.

1.2.2. Sur le plan économique et social

Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région CEMAC. En effet, son Produit Intérieur Brut (PIB) était estimé en 2017 à 34 923 milliards de dollars US, soit 1 446,7 dollars US par habitant (World Development Indicators, 2017). Cette situation classe le Cameroun parmi les pays à revenus intermédiaire de la tranche inférieure. Son Indice de Développement Humain (IDH) était alors en 2017 de 0,556. Néanmoins, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%). En 2010, 70% de la population était en situation de sous-emploi globale ou gagnait moins que le SMIG horaire.

Par ailleurs, le Cameroun s'est doté depuis 2020 de la Stratégie Nationale de Développement 30 (SND30) qui est censé produire des résultats prometteurs malgré le contexte marqué par les crises sanitaire due à la Covid-19 et sécuritaire dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. La situation de conflits/terrorisme dans le nord du Nigeria, en République Centrafricaine (RCA) et au Tchad, a eu des répercussions au Cameroun sur la sécurité des personnes, des biens et dans le fonctionnement optimal des services sociaux de base y compris les services de santé.

En outre, au fil des ans, le Cameroun a connu un afflux massif et fréquent de réfugiés et de demandeurs d'asile en provenance de la sous-région, en raison de l'instabilité politique et sécuritaire de ses voisins. Par exemple, en 2007, plus de 97 000 réfugiés sont arrivés au Cameroun, en provenance de la République Centrafricaine, du Tchad et du Nigeria, dans le but d'échapper à la guerre. Cette tendance s'est maintenue, avec plus de 90 000 réfugiés supplémentaires fuyant la République Centrafricaine vers le Cameroun en 2014. L'afflux de réfugiés a mis à rude épreuve l'économie camerounaise, déjà en difficulté. Le nombre de réfugiés provenant de ces deux pays a été estimé à 309 013 au 31 août 2015. Ces populations se retrouvent majoritairement (77%) dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord (UNHCR, Cameroun 2014).

Par ailleurs, ces conflits dans les pays voisins couplés aux attaques terroristes de Boko Haram à l'Extrême-Nord, ont provoqué le déplacement interne de 81 693 personnes au Cameroun (SSS 2016-2027). A cela se sont ajoutées depuis 2016 des perturbations sociopolitiques ayant abouti à un conflit armé dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Selon les données du HCR en février 2020, l'assistance humanitaire envisagée concerne les Personnes Déplacées Internes (PDI) estimées à 979 773 âmes, soit 5 301 dans l'Adamaoua, 23 640 dans la région du Centre, 297 380 dans l'Extrême-Nord, 76 880 dans le Littoral, 123 308 dans l'Ouest, 179 100 dans la Région du Sud-Ouest et 271 164 dans la Région du Nord-Ouest. Les atteintes au droit à la santé des populations se sont manifestées par la destruction d'un certain nombre d'établissements de soins, les agressions physiques et verbales du personnel de santé, la destruction du matériel roulant et le cambriolage des pharmacies communautaires. Les conséquences immédiates de ces actions violentes ont été la désertion des services publics et la fermeture de certains établissements de soins.

1.2.3. Sur le plan des Collectivités Territoriales Décentralisées.

Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), que sont les Régions et les Communes, constituent les instances principales d'opérationnalisation de la décentralisation. Dans la mise en œuvre de cette politique locale, le Cameroun compte 10 Régions et 360 Communes en 2020. Les CTD sont chargées de promouvoir le développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif dans leurs circonscriptions territoriales respectives. Selon la loi n°2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées à son article 5, alinéa 1, « *la décentralisation consiste à un transfert par l'Etat, aux Collectivités Territoriales, des compétences particulières et des moyens appropriés* ».

Le domaine de la santé n'est pas resté livre blanc dans cette loi. C'est ainsi qu'en son article 160, alinéa a, il est précisé une pleine participation de ces collectivités aux activités de santé à travers la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à intérêt communal

conformément à la carte sanitaire ; le recrutement et la gestion du personnel infirmier et paramédical des centres de santé intégrés et des centres médicaux d'arrondissement ; l'assistance aux formations sanitaires et aux services sociaux. L'article 270 de ladite loi précise d'autres compétences transférées aux Régions (CTD) notamment la participation à l'élaboration de tranches régionales de la carte sanitaire. La réglementation en vigueur souligne également une pleine participation des OSC et associations locales, les comités de quartiers et de villages dans la réalisation des objectifs des Collectivités Territoriales (promotion de la participation des populations pour la confection du budget et le choix des projets prioritaires, à travers les représentants des quartiers et des villages). C'est dans ce sens que le « *Guide National d'Intégration des Interventions sous Directives Communautaires au Cameroun* » précise l'implication des communes dans le financement des ISDC à travers la prise en charge des ASC parmi le personnel communal, le financement du kit/médicaments et intrants ou d'autres activités.

II. PRESENTATION DE LA SITUATION SANITAIRE GLOBALE DU PAYS

2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé camerounais est organisé suivant une structure pyramidale à trois niveaux selon le schéma de Lusaka (1985) à savoir : le niveau central, intermédiaire, et périphérique (Tableau 3). Il comptait près de 6200 structures sanitaires privés et publiques en 2020 (Tableau 4).

Le niveau central est constitué des services et autres structures centrales du Ministère de la santé Publique. Il est chargé de l'administration du système de santé et de l'élaboration des politiques et stratégies de santé. Les structures administratives et techniques, telles que les hôpitaux centraux, les établissements publics administratifs concourent à la réalisation de ses missions. La participation communautaire à ce niveau, se traduit par la présence des acteurs communautaires au sein du Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales, des Comités Nationaux et des différents Conseils d'Administration ou Comités de Gestion des structures sanitaires de ce niveau de la pyramide sanitaire.

Le niveau intermédiaire est représenté par les 10 Délégations Régionales de Santé Publique (DRSP) qui jouent un rôle d'appui technique au niveau opérationnel que sont les Districts de santé. A ce niveau, les formations sanitaires du niveau intermédiaire sont les Hôpitaux régionaux et assimilés qui sont au nombre de 15, qui sont les structures de 2e niveau de référence. Les structures de participation communautaire sont constituées par les Comités de gestion de ces formations sanitaires et des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) qui entre autres missions assurent l'approvisionnement des Formations sanitaires en médicaments essentiels,

Le niveau opérationnel ou périphérique est constitué des Districts de santé qui sont au nombre de 190 avec 1813 Aires de santé en 2020. Le District de santé est défini comme une entité socio-économique qui épouse les limites administratives d'une ou plusieurs Communes, au sein de laquelle des prestations de services et soins de santé essentiels y compris de la médecine traditionnelle, coordonnées par le Service de Santé de District (SSD), sont offertes à une population donnée par des structures de prestations pouvant être publiques ou privées, avec la pleine participation des populations à travers ses représentants regroupés au sein des Structures de Dialogue que sont les COSA, COGE et les COSADI. Les structures d'appui au District de Santé sont représentés par les Collectivités Territoriales Décentralisées, les ONG/Organisations de la Société Civile/Organisations à Base Communautaire.

On dénombrait en 2020 au sein de ces Districts de santé, dans les secteurs publics et privé, 292 Hôpitaux de District et assimilés, 433 Centres Médicaux d' Arrondissement et assimilés, 5382 Centres

de Santé Intégrés et assimilés. La médecine traditionnelle, est également fortement mise en œuvre à ce niveau de la pyramide sanitaire.

Tableau 1: Les différents niveaux de la pyramide sanitaire du Cameroun et les structures correspondantes

| Niveau | Structures administratives | Compétences | Structures de soins | Structures de dialogue |
|---------------|---|--|---|--|
| Central | Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions techniques et Programmes de santé publique | Élaboration de la politique et des stratégies | Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Centres hospitaliers Régionaux, Hôpitaux Centraux, Centre de référence Chantal Biya, HLD, HCY, Hôpital Jamot, HGOPY, HGOPEd | Conseil national d'hygiène, de santé et des affaires sociales, Conseils d'Administration et divers Comités de gestion. |
| Intermédiaire | Délégations Régionales de la Santé Publique | Appui technique aux Districts de santé | Hôpitaux Régionaux et assimilés. | Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) |
| Périphérique | Districts de Santé | Mise en œuvre des programmes et des services de santé en relation avec les communautés bénéficiaires | Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de Santé Intégré | Comités de Santé des Aires (COSA) et Comités de Santé de District (COSADI). |

Source : Cadre conceptuel du District de Santé viable (MINSANTE)

Par ailleurs, le sous-secteur public de la santé comprend des structures sanitaires sous-tutelles des autres départements ministériels, tandis que celui du privé regroupe les structures sanitaires privées à but lucratif et non lucratif. Le sous-secteur de la médecine traditionnelle est en plein essor, et connaît actuellement un regain de vitalité suite à sa contribution dans la riposte contre la Covid-19. La répartition des structures sanitaires par Région est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2: Répartition des formations sanitaires par catégorie et par Région au Cameroun en 2020

| REGION | Population en 2020 | CMA - Centre Médical d'Arrondi. | CSI - Centre de Santé | HC - Hôpital Central | HD - Hôpital de District | HG - Hôpital Général | HR - Hôpital Régional | Total |
|--------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| Adamaoua | 1 345 934 | 17 | 154 | | 12 | | 1 | 184 |
| Centre | 4 846 002 | 113 | 1544 | 2 | 50 | 4 | 1 | 1718 |
| Est | 1 146 981 | 21 | 220 | | 21 | | 1 | 263 |
| Extrême Nord | 4 824 522 | 27 | 383 | | 30 | | 4 | 443 |
| Littoral | 3 988 088 | 78 | 1159 | 2 | 53 | 2 | 2 | 1296 |
| Nord | 2 964 768 | 9 | 287 | | 16 | | 1 | 313 |
| Nord-Ouest | 2 244 288 | 32 | 346 | | 30 | | 1 | 409 |
| Ouest | 2 113 367 | 76 | 753 | | 35 | | 1 | 865 |
| Sud | 818 190 | 34 | 260 | 1 | 13 | | 1 | 309 |
| Sud-Ouest | 1 862 687 | 26 | 276 | | 32 | | 2 | 336 |
| TOTAL | 26 153 961 | 433 | 5382 | 5 | 292 | 6 | 15 | 6132 |

Source : Cellule des Informations Sanitaires (CIS), données Carte sanitaire 2020

2.2. Profil épidémiologique et principaux indicateurs de santé au Cameroun

Le Cameroun étant résolument tourné vers l'amélioration des conditions de vie de ses populations, a mis en place moult réformes tant de ses politiques publiques que de son système de santé pour réduire la charge morbide et améliorer ses indicateurs de santé. A titre illustratif, le « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019 et Focus sur les ODD » réalisé par le MINSANTE en collaboration avec l'OMS Cameroun, renseigne sur le niveau et la progression des indicateurs clés de santé qui marquent son profil épidémiologique.

2.2.1. Profil épidémiologique général du Cameroun

Le profil épidémiologique du Cameroun est marqué par une combinaison des maladies infectieuses ou parasitaires (Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose, Helminthiases, Bilharziose, Hépatites virales, etc.), la survenue fréquente d'épidémies diverses (Choléra, Rougeole, Méningite, Covid-19, etc.) et des maladies chroniques non transmissibles (Hypertension artérielle, Diabète, Cancers, etc.).

2.2.1.1. Indicateurs de morbidité et de mortalité

La SSS 2016-2027 signale que la prévalence parasitaire du paludisme était de 24% chez les enfants de 0 à 5 ans, et de 45% chez les femmes enceintes en 2014. Le nombre de nouvelles infections liées au VIH/SIDA était quant à lui estimé à 58.757 cas au cours de la même année. En ce qui concerne la Tuberculose, les données montrent qu'en 2014, le nombre de cas incidents variaient entre 47.000 et 49.000 cas, soit un taux d'incidence compris entre 210 et 265 pour 100.000 habitants (SSS, 2016-2027). La charge totale de morbidité pour le VIH, la TB et le Paludisme est estimée à 23,7%, tandis que celle de mortalité pour ces mêmes maladies est de 25%.

2.2.1.2. Accessibilité et utilisation des services et soins de santé

Si le Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun 2019 souligne une évolution mitigée en ce qui concerne les indicateurs sur les couvertures des services puisque les besoins satisfaits en Planification Familiale (PF) sont passés de 23,7% en 2011 à 15,4% en 2018, il est à noter une évolution considérable de l'accès aux services et soins de santé, grâce aux efforts déployés par le gouvernement et de ses partenaires.

Tableau 3: Quelques indicateurs d'accès ou d'utilisation des services de santé d'après les résultats de l'EDS5 de 2018

| N° | Indicateur | Valeur |
|----|--|--------|
| 1 | Besoins non satisfait en matière de PF : | 23% |
| 2 | Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé : | 87% |
| 3 | Pourcentage de femmes enceintes ayant effectué les 4 CPN recommandées par l'OMS : | 65% |
| 4 | Pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal : | 71% |
| 5 | Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans une Formation Sanitaire au cours des 5 dernières années : | 67% |
| 6 | Pourcentage de naissances s'étant déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé au cours des 5 dernières années ; | 69% |
| 7 | Taux de couverture vaccinale (tous les vaccins de base selon l'OMS) chez les enfants de 12-23 mois : | 52% |
| 8 | Taux de couverture vaccinale (tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge) chez les enfants de 12-23 mois : | 42% |
| 9 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des conseils ou un traitement parmi ceux ayant eu la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête : | 61% |
| 10 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des conseils ou un traitement parmi ceux ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines précédant l'enquête : | 52% |

| | | |
|----|---|-----|
| 11 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu le SRO parmi ceux ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines précédant l'enquête : | 18% |
| 12 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu le Zinc parmi ceux ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines précédant l'enquête : | 21% |
| 13 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu le SRO et le Zinc parmi ceux ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines précédant l'enquête : | 8% |
| 14 | Pourcentage de ménages possédant une MII | 57% |
| 15 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII la nuit précédente : | 41% |
| 16 | Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédente : | 45% |
| 17 | Pourcentage de personnes ayant déclaré que le condom permet de réduire le risque de contacter le VIH : | 77% |
| 19 | Pourcentage de femmes ayant affirmé que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté qui n'a aucun autre partenaire sexuel, permet d'éviter le risque de contacter le VIH : | 84% |
| 20 | Pourcentage d'hommes ayant affirmé que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté qui n'a aucun autre partenaire sexuel, permet d'éviter le risque de contacter le VIH : | 82% |
| 21 | Pourcentage de personnes connaissant les 2 moyens de prévention du VIH que sont le condom et la fidélité à un seul partenaire non infecté : | 71% |

Source : EDS5, 2018

S'agissant des indicateurs sur les facteurs de risque, le Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun 2019 souligne que l'allaitement global au sein a diminué, passant de 97,4% en 2011 à 92,5% en 2018, le retard de croissance étant en stagnation (28,9%). Il note également que les indicateurs des facteurs de risque environnementaux (source d'eau améliorée, toilettes améliorées non partagées, combustibles solides et modernes) ont tous évolué dans le sens du progrès.

2.2.2. Financement de la santé

En matière de financement de la santé, l'engagement pris à Abuja d'allouer au moins 15% du budget national à la santé est loin d'être atteint au Cameroun. En effet, cette exigence n'était que de 5,02% en 2013. Cependant la proportion du budget de l'État attribué à la santé dans les ministères apparentés/partenaires à la Santé est difficile à capter. Les statistiques de l'OMS en 2013 révèlent qu'en 2010, les dépenses totales en santé du Cameroun représentaient 5,1% du PIB.

L'EDS4 de 2011 signale que moins de 3% de la population camerounaise dispose d'une couverture en assurance-maladie, et les Comptes Nationaux de la Santé de 2012 signalent que les dépenses directes des ménages représentaient 70,4% tandis que l'Etat n'avait dépensé que 14,6%, le reste étant partagé entre le financement extérieur, les entreprises et les assurances. Donc, les ménages portent encore individuellement le lourd fardeau des dépenses de soins et de pharmacie, les Mutuelles de santé, l'assurance-maladie sociale ou la Couverture Santé Universelle (CSU) étant encore très peu développées au Cameroun.

Dans le cadre de la planification budgétaire des années à venir, le coût total des différents axes stratégiques développés dans la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est de 5.824 milliards pour la période 2016-2027, soit une moyenne annuelle de 485 milliards de FCFA, repartis de la manière suivante : promotion de la santé 362,8 milliards, prévention de la maladie 682,2 milliards, prise en charge curative des cas 1.385,6 milliards de FCFA, renforcement du système de santé 3.101,6 milliards de FCFA, pilotage stratégique et gouvernance 291,9 milliards de FCFA.

2.2.3. Les engagements du Gouvernement Camerounais visant l'amélioration des indicateurs de santé

Sous les directoires du DSRP et du DSCE, le Cameroun a élaboré sa première Stratégie Sectorielle de Santé pour la période 2001-2015 et la deuxième pour la période 2016-2027. En cohérence avec ces documents stratégiques, le Cameroun a ratifié plusieurs accords entre 2001 et 2015 à savoir : la Déclaration d'Abuja de 2001, réaffirmé dans celle de Maputo de 2003, les Déclarations d'Addis-

Abeba de 2006 et 2009, la Déclaration de Kampala de 2006, la Déclaration de Ouagadougou de 2008, celle d'Alger de la même année, celle de Rio de 2011, les ODD de 2015 sur son pilier n°3, etc. Ces ratifications montrent le dynamisme du Gouvernement camerounais dans la recherche de solutions pour faire évoluer la situation des indicateurs de santé du pays.

De même, dans le cadre de sa politique de promotion de la santé au sein des familles, le Gouvernement camerounais à travers le Ministère de la promotion de la femme et de la famille (MINPROFF) a formé 27 000 personnes (Chefs et mères de famille) sur les thématiques liées à la santé de la reproduction, l'éducation pré-nuptiale, l'infection à VIH et les IST (*Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun 2019*).

En réalité, les Stratégies Sectorielles de Santé symbolisent l'un des engagements phares pris par l'Etat du Cameroun et ses partenaires pour améliorer l'état de santé de sa population. « L'amélioration de l'état de santé des populations demeure plus que jamais un objectif de développement social et de croissance économique » (SSS, 2001-2015). La révision ou l'actualisation de la Stratégie Sectorielle de Santé en 2016 marque donc la volonté de l'Etat du Cameroun de garantir de manière pérenne « l'accès universel aux services et aux soins de santé, à travers l'amélioration de leur offre et du financement de leur demande ».

2.3. Défis du système de santé relatifs à l'amélioration des indicateurs

Selon la Stratégie Sectorielle Santé, l'état de santé de la population Camerounaise est marqué par des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle, et infanto-juvénile, la persistance du fardeau des maladies transmissibles malgré des progrès significatifs depuis plusieurs décennies et un accroissement rapide du fardeau des maladies non transmissibles qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux.

III. ETAT DES LIEUX SPECIFIQUE A LA SANTE COMMUNAUTAIRE

3.1. Rappel historique

La pratique de la santé communautaire au Cameroun peut être scindée en trois phases ou périodes à savoir : **Avant, pendant et après Alma Ata.**

3.1.1. Avant Alma Ata

L'exercice d'une médecine mobile fut initié par le Docteur Eugène Jamot dans l'ancien Cameroun Oriental dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil (Trypanosomiase Humaine Africaine). Cette phase des expérimentations était marquée par : l'extension de la couverture des soins à un réseau d'hôpitaux et centres de santé ruraux ; l'intensification de la lutte contre les endémo-épidémies et la gratuité des soins.

3.1.2. Pendant Alma Ata

Après la Conférence mondiale d'Alma-Ata de 1978, le Cameroun adopte l'approche des Soins de Santé Primaires (SSP) dès 1982. L'accent était mis sur l'offre des Soins de Santé Primaires dans les zones rurales avec la création des Comités de santé (COSA) et des Cases-santé dans les villages, la formation des Agents de Santé Communautaire et des Accoucheuses Traditionnelles ou Matrones.

L'idée de la réorientation des SSP est née à la Conférence de Lusaka en 1985 où les Ministres de la santé d'Afrique décidèrent de renforcer la mise en œuvre des SSP en réorganisant les systèmes de santé en 3 niveaux de la pyramide sanitaire : périphérique ; intermédiaire ; central. Après la Conférence de Lusaka, on aura la Conférence interrégionale de l'OMS de Harare d'août 1987 qui recommande fermement l'adoption du « Système de santé de District décentralisé » comme moyen d'atteindre les objectifs de « Santé pour tous en l'an 2000 ». La Conférence de Bamako de septembre 1987, à travers sa Déclaration connue sous le nom de « Initiative de Bamako », se fixe pour principaux objectifs : i) revitaliser les systèmes de santé en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile ; ii) instaurer le recouvrement des coûts sur les actes et les médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques et iii) renforcer la Participation communautaire par la mise en place des Structures de dialogue.

3.1.3. Post-Alma Ata

Au Cameroun, les expériences de soins de santé primaires ont débuté par la « Déclaration de politique sectorielle de santé » en 1992. S'en est suivie, la « Déclaration de la mise en œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires » en 1993 et le Décret N°95/013 du 7 février 1995 sur l'organisation des Services de santé de base en District de santé. La création des « Aires de santé » et des « Districts de santé » avec leurs Comités de Santé (COSA et COSADI respectivement) lors de la mise en œuvre de la Politique de Réorientation des SSP dans les années 1995 a marqué son début.

3.2. Institutionnalisation de la santé communautaire

Sur le plan Institutionnel, la participation communautaire dans le domaine de la santé au Cameroun consiste à inclure les membres de la communauté dans des structures appelées Structures de dialogue.

Ces Structures représentent une plateforme de collaboration entre les professionnels de santé et autres acteurs représentant l'Etat, les partenaires techniques et financiers et les communautés afin de contribuer à la planification, au financement, à la mise en œuvre et au suivi-évaluation des activités de santé ainsi qu'à la gestion des Formations Sanitaires. Ces organisations également appelées à la base, « Comités de Santé » doivent être représentatives de la population habitant dans la communauté.

L'institutionnalisation formelle de la santé communautaire s'est opérée au Cameroun à travers la mise en œuvre de la Politique de Réorientation des SSP dans les années 1990 marqué par la « Déclaration de politique sectorielle de santé » en 1992. Aussi, la « Déclaration de la mise en œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires » en 1993, le Décret N°95/013 du 7 février 1995 sur l'organisation des Services de santé de base en District de santé et l'Arrêté N°0033/CAB/MSP du 21 Septembre 1998 qui fixe les modalités de création des Structures de Dialogue communautaire dans les Districts de santé.

Malgré cette avancée, la grande majorité des Aires et Districts de santé au Cameroun ne disposent pas de Structures de dialogue formellement constituées avec des membres représentatifs des habitants de leur communauté et aussi, leur fonctionnement présent encore beaucoup d'insuffisance. Ces Structures de dialogue n'ont alors pour missions, que de planifier et de gérer les initiatives et les structures de santé sans pour autant offrir des services et soins de santé dans leurs communautés par des acteurs communautaires. L'offre de service des SSP doit pouvoir contribuer à réduire et au besoin briser les barrières multiformes qui contribuent à réduire l'accès des communautés aux SSP.

La mouvance actuelle est d'étendre le champ de l'offre de SSP aux populations par le biais des acteurs communautaires de prestations de services. Ceci a pour avantage d'offrir des soins et service de santé de proximité avec pour bénéfice/conséquence une couverture universelle des soins et services de qualité.

Cette approche a pour avantage l'amélioration des indicateurs de santé. Mais seulement elle

n'est à ce jour pas encadrée sur le plan juridique et réglementaire, ce qui constitue et reste l'un des défis de son implémentation.

3.3. Leadership, coordination et partenariat en Santé Communautaire

Pour coordonner les ASC/ISDC, le Ministère de la santé publique a mis sur pied une série étagée de Taskforces de coordination des ISDC au niveau de l'Aire de santé (Taskforce communautaire), du District de santé (Taskforce de District), de la Délégation régionale de la santé publique (Taskforce régionale), et au niveau central (Taskforce centrale ou nationale).

Cependant, ces Taskforces ne sont pas encore institutionnalisées et rencontrent quelques dysfonctionnements, surtout aux niveaux communautaire et de District où les réunions trimestrielles sont irrégulières et n'impliquent pas les membres des Structures de dialogue pour en faire des véritables Assemblées Générales ou réunions restreintes des COSA et COSADI.

En 2020, le nombre d'ASC recensés sur le territoire camerounais est de 7258. La répartition de ces ASC montre que toutes les Régions sont couvertes (Tableau 4) mais la couverture géographique des Districts de santé au niveau du pays n'est que de 49,7% comme le montre la Figure 1. Cette couverture faible à moins de 50% laisse entrevoir un gap important à couvrir.

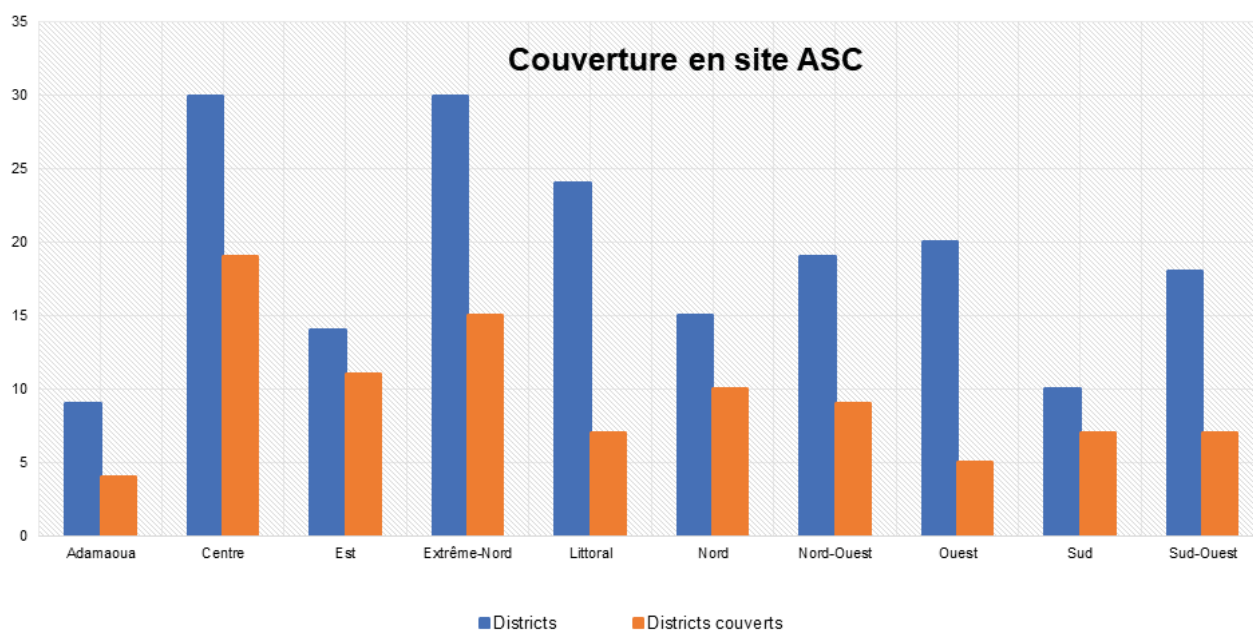


Figure 1: Nombre de Districts de santé couverts par les ASC/ISDC par rapport au nombre total de Districts de santé par Région au Cameroun en 2020

Source : Rapport d'activités PNL 2019

Tableau 4: Répartition du nombre d'ASC par Région et par Partenaire d'appui en 2020

| REGION | Partenaires qui appuient la mise en œuvre des ASC/ISDC | | | | | | | TOTAL | Population |
|--------------|--|-----|--------|---------|-----|----------|--------------|-------|------------|
| | FM | PMI | UNICEF | JHPIEGO | MFH | REAH OUT | MAIRIE AKOM2 | | |
| Adamaoua | 415 | | 60 | | | | | 475 | 1345931 |
| Centre | 733 | | 90 | | | | | 823 | 4846011 |
| Est | 341 | | 45 | | | | | 386 | 1146980 |
| Extrême Nord | 821 | 449 | 674 | | | | | 1944 | 4824521 |
| Littoral | 530 | | | | | | | 530 | 3987226 |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|------------|-----------|-------------|-----------------|
| Nord | 533 | 286 | 387 | | | | | 1206 | 2964768 |
| Nord-Ouest | 597 | | | | 205 | | | 802 | 2244287 |
| Ouest | 242 | | | | | | | 242 | 2113371 |
| Sud | 175 | | | 35 | | | 30 | 240 | 818186 |
| Sud-Ouest | 505 | | | | | 105 | | 610 | 1862691 |
| TOTAL | 4892 | 735 | 1256 | 35 | 205 | 105 | 30 | 7258 | 26153972 |

3.4. Financement de la Santé Communautaire

En matière de financement de la santé, l'engagement pris à Abuja d'allouer au moins 15% du budget national à la santé est loin d'être atteint au Cameroun. En effet, cette exigence n'était que de 5,02% en 2013. Cependant la proportion du budget de l'État attribué à la santé dans les ministères apparentés/partenaires à la Santé est difficile à capter. Les statistiques de l'OMS en 2013 révèlent qu'en 2010, les dépenses totales en santé du Cameroun représentaient 5,1% du PIB.

L'EDS4 de 2011 signale que moins de 3% de la population camerounaise dispose d'une couverture en assurance-maladie, et les Comptes Nationaux de la Santé de 2012 signalent que les dépenses directes des ménages représentaient 70,4% tandis que l'Etat n'avait dépensé que 14,6%, le reste étant partagé entre le financement extérieur, les entreprises et les assurances. Donc, les ménages portent encore individuellement le lourd fardeau des dépenses de soins et de pharmacie, les Mutuelles de santé, l'assurance-maladie sociale ou la Couverture Santé Universelle (CSU) étant encore très peu développées au Cameroun.

Pour la mise en œuvre des interventions de santé sous directive communautaire, les dépenses liées aux ressources humaines, aux équipements et intrants, à la supervision, au monitoring et à l'évaluation sont assurées par les PTF qui appuient les programmes.

Pour le moment, le financement des ISDC au Cameroun dépend presque exclusivement des financements extérieurs en dehors des ressources allouées aux OSC/OBC dans le cadre des Accords de Collaboration par l'Etat pour l'appui aux activités communautaires via le MINSANTE et le MINEPAT et peut-être plus tard à travers les ressources transférées aux CTD. Aucun financement n'est accordé par l'Etat Camerounais directement à la communauté en faveur de la santé communautaire.

3.5. Organisation et fonctionnement actuel du système de santé communautaire au Cameroun

Au Cameroun, l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des activités de santé se fait à travers les ASC, les Structures de Dialogue, les OBC/OSC/ONG et les CTD. En effet, pour qu'un District de santé soit véritablement opérationnel sur le plan de la mise en œuvre des SSP, la participation communautaire doit être effective à travers les représentants communautaires regroupés au sein des Structures de dialogue. Ces derniers étant impliqués à la prise des décisions et à la gestion du District de Santé. Les communautés participent ainsi :

- A l'analyse situationnelle en vue de déterminer les problèmes prioritaires de santé ;
- Au processus de planification des activités de santé ;
- Au financement de la santé ;
- A la mise en œuvre des activités de santé ;
- Au suivi-évaluation des activités de santé et de développement du système de santé local.

Ce modèle d'organisation et de fonctionnement du système de santé communautaire visait à faciliter l'atteinte de l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 » fixé en 1978.

Avec le temps, la participation communautaire a évolué par le biais des ASC à la mise en œuvre et à l'offre des services et soins de santé. Pour ce faire, des structures communautaires telles que les

CTD (Communes), les ONG/OSC/OBC, y compris les Mutuelles communautaires de santé devraient prendre la posture de structures d'appui au développement des initiatives communautaires dans le domaine de la santé. Il convient de souligner qu'un nombre important de Partenaires Techniques et Financiers, d'ONG ou Associations étrangères appuient et/ou accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

Les rôles des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de la santé communautaire sont présentés dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5: Les acteurs et leurs rôles dans la santé communautaire au Cameroun

| INTERVENANTS | ROLES |
|--|--|
| Agent de Santé Communautaire (ASC) | <ul style="list-style-type: none"> - Met en œuvre le paquet intégré d'interventions de santé communautaire ; - Collecte et transmet les informations sanitaires au responsable de l'aire de santé de sa localité ; - Participe à la surveillance épidémiologique des maladies, des autres événements de santé publique et événements indésirables ; - Contribue à la promotion de l'utilisation des services de santé ; - Rend compte au chef de la communauté. |
| Leaders des structures organisées | <ul style="list-style-type: none"> - Participent au processus de sélection des ASC ; - Participent au suivi- évaluation des ASC ; - Mobilisent les ressources pour la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires ; - Convainc les membres de la communauté à adhérer aux actions de santé communautaire. - Participent à la définition des modalités de motivation de l'ASC |
| Leaders traditionnels et religieux | <ul style="list-style-type: none"> - Diffusent des messages de sensibilisation dans leurs discours lors des manifestations publiques ; - Diffusent des messages de sensibilisation lors des cultes. - Facilitent l'accès des acteurs de mise en œuvre dans la communauté |
| ONG, OSC, OBC, Associations professionnelles | <ul style="list-style-type: none"> - Appui technique et financier au Ministère de la santé publique et aux CTD pour la mise en œuvre de la PSNSC ; - Participent au renforcement des capacités des communautés ; - Appui technique et financier aux interventions dans le cadre de la mise en œuvre du PSNSC ; - Mettent en œuvre des interventions de santé à base communautaire. |
| Comité de Santé de l'Aire (COSA) | <ul style="list-style-type: none"> - Préside le comité de sélection de l'ASC ; - Sert de courroie de transmission entre la communauté et les services de santé ; - Sensibilise les communautés dans le processus de sélection des ASC ; - Participe au choix des ASC ; - Participe à l'évaluation des ASC ; - Mobilise les ressources pour les interventions sous directives communautaires ; - Fait la promotion de l'utilisation des services de santé ; - Convainc les membres de la communauté à adhérer au processus ; - Facilite l'approvisionnement en médicaments et intrants pour le centre de santé et les ASC. |
| Comité de Santé de District (COSADI) | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilise les communautés dans le processus de sélection des ASC ; - Participe au choix des ASC ; - Participe à l'évaluation des ASC ; - Mobilise les ressources pour les interventions sous directives communautaires ; - Convainc les membres de la communauté à adhérer au processus ; - Participe à la planification des activités des ASC ; - Facilite l'approvisionnement et la gestion de médicaments et des intrants pour les formations sanitaires du District de Santé et les ASC. |

| | |
|--|---|
| Equipe de l'Aire de Santé (EAS)/ Equipe Cadre de District (ECD) | <ul style="list-style-type: none"> - Veille à la mise en place du processus de sélection des ASC ; - Coordonne les interventions sous directives communautaires ; - Forme et supervise les ASC ; - Participe à l'évaluation des ASC ; - Programme les activités dans la communauté en collaboration avec les ASC ; - Synthétise et analyse les rapports d'activités des ASC ; - Prend des décisions pour résoudre les problèmes qui entravent le bon déroulement des activités ; - Facilite l'approvisionnement des médicaments et intrants pour les ASC ; - Contribue à la motivation de l'ASC ; - Documente les interventions sous directives communautaires. |
| Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP) | <ul style="list-style-type: none"> - Participe à l'évaluation des activités des DS ; - Assure la programmation des activités intégrées ; - Coordonne les activités des DS ; - Facilite l'approvisionnement des médicaments et intrants pour les formations sanitaires ; - Traduit en activités la politique de santé sur les Approches Communautaires ; - Documente les interventions sous directives communautaires. |
| Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) | <ul style="list-style-type: none"> - Assurent la tutelle administrative des interventions de santé communautaire ; - Assurent la motivation des ASC ; - Mobilisent les ressources pour la mise en œuvre interventions sous directives communautaires. |
| MINSANTE | <ul style="list-style-type: none"> - Est responsable de la mise en place d'un cadre juridique ; - Coordonne les interventions de santé communautaire ; - Assure le plaidoyer auprès des partenaires ; - Elabore le module de base de formation des ASC sur les PFE ; - Assure le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la stratégie ; - Est responsable de la mise à jour éventuelle de la stratégie |
| Les secteurs apparentés | <ul style="list-style-type: none"> - Apportent un appui technique, logistique et financier |
| Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) | <ul style="list-style-type: none"> - Apportent un appui technique et/ou financier au MINSANTE pour la mise en œuvre de la PSNSC ; - Appuis au renforcement des capacités des communautés, des OSC et des acteurs à tous les niveaux du système de santé ; - Appui dans le domaine du plaidoyer ; - Appui à la mobilisation des ressources ; - Appui au financement de la mise en œuvre des activités inscrites dans le PSNSC. |

Source : Guide Nationale des interventions sous directives communautaires au Cameroun 2012

3.6. Analyse critique de la mise en œuvre de la Santé Communautaire

Tableau 6: Analyse FFOM de la Santé communautaire au Cameroun

| Forces | Faiblesses |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique accrue se traduisant par la gratuité des soins de santé (Paludisme, VIH, TB, etc.) • Existence d'une société civile structurée, dynamique et disposant de ressources humaines de qualité ; • Demande croissante des services de santé communautaire par la population ; • Bonne acceptation de la population des services de santé communautaire ; • Participation effective de la communauté aux interventions de santé communautaire ; | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté pour le Ministère de la santé à la mobilisation des ressources internes, des autres ministères sectoriels et les collectivités locales en faveur de la santé communautaire ; • Faible appropriation de la santé communautaire par les autres sectoriels y compris les Collectivités Territoriales Décentralisées ; • Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des activités de santé communautaire ; • Faible capacité et engagement des autorités au niveau central, décentralisé et déconcentré pour coordonner, financer, suivre et évaluer les interventions de santé communautaire ; • Faible capacité managériale, humaines et financières de la DOSTS dans la gestion du programme de santé communautaire ; |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration progressive de la couverture du territoire en ASC polyvalents formés ; • Contribution des ASC dans l'amélioration du recours aux soins particulièrement dans les zones de conflits telles que les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Extrême-Nord ; • Participation des ASC polyvalents à la demande des services de santé ; • Existence d'un réseau d'acteurs communautaires pour les cibles spécifiques ; • Création de l'UCS (Unité de Coordination des Subventions du Fonds Mondial et des Partenaires) pour une meilleure coordination de la mise en œuvre des subventions des partenaires ; | <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une plateforme d'information multisectorielle pour suivre et informer des actions coordonnées de la santé communautaire à tous les niveaux ; • Faible disponibilité et qualité des services préventifs, curatifs, et promotionnels de santé communautaire ; • Financement de la santé communautaire fortement tributaire de l'aide extérieure ; • Faiblesse dans le système de référence et contre-référence communautaire ; • Offre limitée de services pour la prise en charge communautaire des maladies non transmissibles et tropicales négligées ; • Absence d'une cartographie des intervenants communautaires en termes d'Organisations de la Société Civile et de partenaires au développement qui génèrent les données communautaires dans le cadre de la mise en œuvre de la santé communautaire ; • Faible demande des services promotionnels, préventifs et curatifs, de la mère et de l'enfant au niveau communautaire ; • Faible implication des leaders communautaires dans la mobilisation communautaire aux soins de proximité (chefs traditionnels, leaders religieux, et autres leaders d'opinions y compris les personnes clés influentes dans la communauté comme les grands-mères) ; • Absence d'une stratégie de recherche opérationnelle en santé communautaire afin d'analyser les croyances communautaires sur le recours aux soins chez les tradipraticiens ; • Absence d'outils de coordination multisectorielle de la santé communautaire ; • Durée insuffisante de la formation des ressources humaines dédiées à la santé communautaire ; • Rupture fréquente des intrants favorisée par l'absence de quantification des besoins en intrants au niveau communautaire et l'absence de moyens logistiques pour l'approvisionnement en intrants ; • Insuffisance dans le suivi de la chaîne d'approvisionnement et le suivi des stocks des intrants ; • Insuffisance dans la supervision et le suivi des interventions communautaires à tous les niveaux ; |
| <p>Opportunités</p> | <p>Menaces</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Projet de mise en place de la CSU ; • Mise en place d'un PPP (partenariat Public privé) pour la santé (Convention MINSANTE-GICAM) • Multiplicité des partenaires techniques et favorable à la participation des communautés ; • Mise en œuvre réussie du PBF et du chèque santé dans certains districts de santé ; • Existence des plateformes multisectorielles de coordination des programmes prioritaires ; • Accélération du processus de décentralisation par la mise en place des Conseils régionaux et se traduisant par le transfert des compétences et des ressources aux CTD | <ul style="list-style-type: none"> • La crise sociopolitique dans les Régions du Nord -Ouest et du Sud -Ouest ; • Contexte d'insécurité qui prévaut dans la partie septentrionale et dans la région frontalière de l'Est ; • L'afflux massif de réfugiés et de déplacés internes ; • La crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19 et ses conséquences économiques ; • Persistance des pratiques de corruption et de mal gouvernance ; • Us et coutumes défavorables à l'accès aux services de santé communautaire dans certaines communautés. |

IV. CONTENU DU PLAN STRATEGIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU CAMEROUN

4.1. Ancrage, vision, objectifs stratégiques et résultats

4.1.1. Ancrage du plan stratégique national de santé communautaire

Au plan international, le plan stratégique de santé communautaire s'appuie sur :

- La Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978 demandant à tous les gouvernements et à la communauté mondiale de protéger et de promouvoir la santé de tous les peuples du monde ;
- Les conférences tenues à Kinshasa en 1990 sur le financement de la santé communautaire et à Brazzaville en 1992 sur la promotion du développement de la santé communautaire ;
- L'engagement pris par les Chefs d'État africains au Sommet sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes à Abuja en 2001 d'allouer au moins 15 % des budgets nationaux à la santé d'ici 2015 ;
- La Déclaration d'Addis-Abeba en 2006 sur la santé communautaire dans la région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations africaines ;
- Le Troisième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, tenu en 2013 à Recife au Brésil concluant que les agents de santé communautaire (ASC), de même que les agents de soins de santé primaires intervenant en première ligne, « jouaient un rôle unique, qui pouvait se révéler essentiel pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Couverture Santé Universelle » ;
- Les Objectifs de Développement Durable (ODD) définis par la Communauté internationale lors de l'Assemblée Générale de l'ONU en septembre 2015, qui constituent un engagement mondial mais aussi du pays. La santé communautaire permet de rapprocher les soins des populations où elles vivent et contribue à la vision des ODD qui est formulée ainsi : « Ne laisser personne de côté ».
- Les recommandations de Johannesburg lors de la Conférence Internationale sur l'Institutionnalisation de la Santé Communautaire en Mars 2017 qui réitèrent la place et l'importance de la santé communautaire dans les systèmes de santé.
- La SSS 2016-2027 accorde une place importante à la Santé Communautaire au niveau des axes d'intervention Promotion, Prévention, Prise en Charge des cas et Renforcement du Système de Santé.
- La Déclaration d'Astana lors de la Conférence Internationale d'octobre 2018 au Kazakhstan qui réaffirme l'urgence et la pertinence des Soins de Santé Primaires pour atteindre la Couverture Santé Universelle et les Objectifs de Développement Durable.

4.1.2. Vision du plan stratégique

La vision du Plan stratégique National 2021-2025 de la santé communautaire est celle de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2017 qui s'intitule ainsi : « **Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés** ».

4.1.3. Buts, objectifs, résultats attendus du plan stratégique

4.1.3.1. But du plan stratégique 2021-2025

Le Plan Stratégique National de la Santé Communautaire (PSNSC) 2021-2025 a pour but « d’instaurer les bases de la pérennisation des Interventions Sous Directives Communautaires afin d’améliorer les indicateurs de performance des Programmes de santé publique, en particulier les indicateurs de santé de la mère et de l’enfant, les indicateurs de lutte contre les maladies et affections prioritaires (y compris les Maladies Tropicales Négligées), et les indicateurs de santé de la population en général dans toutes les communautés de l’ensemble des Districts de santé du Cameroun ».

La pérennisation des ISDC passera par quatre étapes à savoir :

1. **L’institutionnalisation** à travers un texte réglementaire renforçant la participation communautaire dans le domaine de la santé en y intégrant les Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) et le rattachement formel des Agents de Santé Communautaire à une structure de prestation des soins et services de santé appropriée.
2. **L’appropriation technique communautaire** des ISDC à travers le transfert des compétences de planification, d’organisation, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de ces interventions par les services techniques aux communautés et Communes.
3. **L’autonomisation financière** à travers la mobilisation suffisante des ressources locales des CTD, des FOSA, des OSC/OBC, des ménages et des autres partenaires locaux pour financer les ISDC (y compris la motivation/rémunération des ASC) à au moins 80%.
4. **La disponibilité continue des intrants de prise en charge** à travers le renforcement du fonctionnement des structures régionales et de District de dispensation des médicaments et autres consommables médicaux.

4.1.3.2. Objectif général du plan stratégique 2021-2025

Le PSNSC 2021-2025 vise à « **Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la pleine participation des communautés** ». En effet, la santé communautaire intègre des services de santé préventifs, promotionnels, curatifs et ré-adaptatifs destinés aux communautés et délivrés par elles-mêmes, sous l’encadrement du personnel de santé à travers le Service de Santé de District.

| Axes stratégiques | Objectifs stratégiques |
|--|--|
| Axe stratégique N°1 : Renforcement de l’institutionnalisation et de la Gouvernance des interventions de santé communautaire | Objectif stratégique 1 : D’ici à 2023 mettre en place un cadre réglementaire de la santé communautaire avec la pleine participation de tous les acteurs concernés |
| Axe stratégique N°2 : Amélioration de l’offre de services de santé communautaire de qualité | Objectif stratégique 2 : D’ici à 2025, assurer qu’au moins 60% des populations vivant à plus de 5 kilomètres des FOSA ou fortement enclavées sont couvertes par les ASC polyvalents ou bénéficient d’un paquet des activités communautaires |
| Axe stratégique N°3 : Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire | Objectif stratégique 3 : D’ici à 2025, accroître la demande des communautés pour l’utilisation effective des soins et services de santé communautaire à travers la communication |
| Axe stratégique N°4 : Suivi et évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire | Objectif stratégique 4 : Disposer des données de qualité à tous les niveaux du système de santé pour mieux suivre et mesurer l’impact de la mise en œuvre des ISDC d’ici à 2025 |
| Axe stratégique N°5 : Accès des populations clés et vulnérables aux soins de santé de qualité y compris aux soins de santé communautaires et prise en compte du genre et des droits humains | Objectif stratégique 5 : D’ici à 2025, au moins 60% des populations clés et vulnérables ont accès aux soins de santé communautaires prenant en compte le genre et les droits humains |

4.1.3.3. Objectifs spécifiques du plan stratégique 2021-2025

1. Rendre opérationnel, avant fin 2022, le cadre réglementaire, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire (COSA, COSADI, OBC, OSC, ...) et des Agents de Santé Communautaires
2. Avant fin 2023, renforcer les capacités managériales, techniques et financières des acteurs institutionnels pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire ;
3. Avant fin 2024, opérationnaliser un cadre de collaboration intersectoriel et de renforcement, de la redevabilité et de la reddition des comptes en faveur de la santé communautaire.
4. D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à prendre en main efficacement la gestion des FOSA de base et à s'impliquer totalement dans le financement et la gestion de la santé communautaire dans leur territoire.
5. D'ici 2025, rendre disponible dans au moins 80% des FOSA les intrants/médicaments de qualité y compris chez les ASC.
6. D'ici 2025, augmenter de 60% le taux d'utilisation des services de santé dans les formations sanitaires et en communauté par rapport à la situation de 2020.
7. D'ici 2025, 80% des signaux communautaires sont captés et notifiés à travers le système de surveillance basé sur les évènements.
8. D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à mobiliser les ressources locales à travers les structures formelles, associations, leaders traditionnels et religieux et à contribuer au développement des interventions de santé communautaires.
9. Amener les Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, les PTF, les CTD, les ONG/OSC/OBC, le secteur privé / opérateurs économiques à soutenir, à appuyer et à s'impliquer dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaires
10. D'ici 2025 : Mobiliser toutes les CTD et les ONG/OSC/OBC (100%) intervenant dans la santé à s'engager dans la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires
11. D'ici 2025 : Amener au moins 80% des ménages à s'approprier et adhérer aux interventions de santé communautaires en contribuant à leur financement
12. Rendre disponibles 100% des rapports complets et de qualité sur les interventions de santé communautaires d'ici à 2025
13. D'ici 2025, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité sur les ISDC pour améliorer la mise en œuvre
14. D'ici 2025, au moins 80% des activités du PSNSC sont réalisées dans les délais programmés
15. D'ici 2025, Réaliser 100% des évaluations et enquêtes d'impact des interventions de santé communautaire
16. D'ici 2025, Au moins 80% des sujets de recherche en santé communautaire identifiés sont menés à terme
17. Autonomiser les groupes vulnérables
18. Améliorer la couverture sanitaire des populations vulnérables en services et soins promotionnels, préventifs et curatifs à travers les interventions sous directives communautaires d'ici 2022
19. Renforcer les capacités des acteurs communautaires en contexte de crises humanitaires sur la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires en tenant compte des

approches genre, respect des droits humains d'ici 2022

20. Accroître l'utilisation des paquets de services et soins de santé offerts aux populations vulnérables et clés d'ici 2022
21. Renforcer le système d'approvisionnement, de réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants au dernier kilomètre en contexte de vulnérabilité d'ici 2021

4.2. Axes stratégiques, interventions et actions prioritaires du PSNSC 2021-2025

4.2.1. Axe stratégique N°1 : Renforcement de l'institutionnalisation et de la Gouvernance des interventions de santé communautaire

Objectif stratégique : D'ici 2023 mettre en place un cadre réglementaire de la santé communautaire avec la pleine participation de tous les acteurs concernés

Le processus de décentralisation en cours attribue des responsabilités de plus en plus importantes aux collectivités territoriales décentralisées (Conseils Régionaux, Communes) en matière de développement local, dans un contexte marqué par des faiblesses organisationnelles et fonctionnelles observées au niveau des structures et acteurs de santé communautaires en place.

Le présent axe stratégique vise la mise en place d'un cadre réglementaire de la participation communautaire et par conséquent à renforcer d'une part les capacités de coordination des structures centrales et intermédiaires, et d'autre part les capacités opérationnelles des acteurs et des structures de participation communautaires à travers trois objectifs spécifiques :

- Objectif spécifique 1.1 : Rendre opérationnel, avant fin 2022, le cadre réglementaire, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire (COSA, COSADI, OBC, OSC, ...) et des Agents de Santé Communautaires ;
- Objectif spécifique 1.2 : Avant fin 2023, renforcer les capacités managériales, techniques et financières des acteurs institutionnels pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire ;
- Objectif spécifique 1.3 : Avant fin 2024, opérationnaliser un cadre de collaboration intersectoriel et de renforcement, de la redevabilité et de la reddition des comptes en faveur de la santé communautaire.

Objectif spécifique 1.1 : Rendre opérationnel, avant fin 2022, le cadre réglementaire, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire (COSA, COSADI, OBC, OSC, ...) et des Agents de Santé Communautaires.

Intervention 1.1.1 : Renforcement institutionnel, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire.

Actions prioritaires :

- i. Actualisation, production et dissémination du cadre réglementaire des Structures de participation communautaire (COSA, COSADI, COGE, etc). Il s'agira ici de faire une revue de l'ensemble des textes régissant les activités de participation communautaire et de procéder à leur refonte afin d'adresser les faiblesses identifiées et les positionner dans leurs rôles.
- ii. Revue du cadre de gouvernance des structures de participation communautaire. Cette activité portera principalement sur l'élaboration/mise à jour et la dissémination des modèles-types de statuts, de règlement intérieur, de Procès-Verbal d'Assemblée Générale Constitutive et des outils opérationnels et normatifs (politiques et directives nationales, paquets de services communautaires).
- iii. Appui à la restructuration et à la redynamisation des structures de participation communautaire.

Cette activité vise à apporter un appui à la restructuration et la redynamisation des structures de dialogue et des ONG/OSC/OBC de santé communautaire en vue de l'appropriation des dispositions du nouveau cadre réglementaire et du nouveau cadre de gouvernance.

lntervention 1.1.2 : Renforcement institutionnel, organisationnel et fonctionnel des structures de prestation et d'appui communautaire

Actions prioritaires :

- i. Elaboration, production et dissémination du cadre réglementaire relatif au statut des structures de prestation communautaire des services et soins de santé, de l'ASC et à la mise en œuvre des ISDC. Il s'agira ici de faire une revue de l'ensemble des modèles de gestion des ASC et de mise en œuvre des interventions sous directives communautaires et de procéder à leur harmonisation.
- ii. Mise à jour et dissémination des politiques et directives nationales de mise en œuvre des ISDC. Les politiques et directives opérationnelles de mise en œuvre des ISDC seront actualisées en cas de besoins et disséminées.
- iii. Élaboration, validation et diffusion du document de l'opérationnalisation des paquets de services communautaires minimum et complémentaires comme document normatif applicable par tous. Les paquets de services communautaires minimum et complémentaires seront définis et disséminés aux acteurs impliqués dans la mise en œuvre des ISDC.
- iv. Elaboration, production et dissémination du cadre réglementaire relatif au statut des structures d'appui communautaires aux services de santé dont les CTD, les OSC, OBC, élites et autres ONG.

Objectif spécifique 1.2 : Avant fin 2023, renforcer les capacités managériales, techniques et financières des acteurs institutionnels pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire

Intervention 1.2.1 : Pilotage des activités de santé communautaires

Actions prioritaires :

- i. Renforcement des capacités de la DOSTS et des CTD (Conseils régionaux et communes) pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire
 - Analyse organisationnelle des structures de coordination des activités communautaires à tous les niveaux.
 - Appui à la restructuration des structures de coordination des activités communautaires à tous les niveaux ;
 - Appui à la formation sur la gestion du programme communautaire et le leadership transformationnel pour le développement sur la base d'un plan de formation.
- ii. Mise à jour des cartographies des acteurs (ONG/OSC/OBC/COSADI/COSA/COGE) partenaires et bénéficiaires des subventions pour la coordination et la mise en œuvre du Plan stratégique national de la sante communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- iii. Mise en place et opérationnalisation des Taskforces de coordination des acteurs des interventions de santé communautaire à tous les niveaux du système de santé
- iv. Production d'un Modèle-type de rapport annuel des interventions de santé communautaire pour capitaliser et partager les bonnes pratiques.

Objectif spécifique 1.3 : D'ici fin 2024, opérationnaliser un cadre de collaboration intersectoriel et de renforcement de la redevabilité et de la reddition des comptes en faveur de la santé communautaire

Intervention 1.3.1 : Renforcement de la collaboration intersectorielle entre les acteurs de la santé communautaire

Plusieurs secteurs institutionnels et informels sont impliqués dans la santé communautaire notamment les Ministères en charge de la décentralisation, les affaires sociales, la promotion de la famille, l'agriculture, les enseignements, la communication, eaux et énergies, etc., afin d'éviter des actions disparates et la dilution des ressources.

Actions prioritaires :

- i. Mise sur pied des plateformes de coordination et de collaboration multisectorielle pour le suivi des activités des différents secteurs ;
- ii. Plaidoyer à l'endroit des autres ministères et secteurs pour leur implication/collaboration dans l'amélioration des indicateurs de mise en œuvre des interventions sous directives communautaires
- iii. Appui aux organisations communautaires des autres secteurs pour la prise en compte des interventions sous directives communautaires dans leurs plans d'action sous l'impulsion de leur tutelle.

Intervention 1.3.2 : Renforcement de la redevabilité et la reddition des comptes par les structures et acteurs de la santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Mettre en place un cadre /procédures devant garantir la redevabilité des acteurs de la santé communautaire et la reddition des comptes ;
- ii. Mettre en place un système de monitoring sous directives communautaires (Community-led monitoring) pour le suivi des performances des structures et acteurs de la santé communautaire à tous les niveaux.

4.2.2. Axe stratégique N°2 : Amélioration de l'offre de services de santé communautaire de qualité

Objectif stratégique : D'ici 2025, s'assurer qu'au moins 60% des populations vivant à plus de 5 kilomètres des FOSA ou fortement enclavées sont couvertes par les ASC polyvalents ou bénéficient des activités communautaires.

De nos jours, les attentes de la population vis-à-vis des services de santé et des professionnels de santé ont évolué. Désormais, la demande en services et soins de santé de qualité quoi qu'en augmentation reste insatisfaisante. La qualité doit donc pouvoir s'exprimer dans tout le système de santé et dans la pratique quotidienne des professionnels de santé, y compris les Agents de santé communautaires.

La mise en œuvre des activités de santé communautaire vise donc à augmenter l'accès des populations aux services et soins de santé de qualité à la base. Cet axe stratégique permettra de renforcer la qualité de la sélection et de la formation des ASC, ainsi que la disponibilité permanente des intrants/médicaments de qualité pour la prise en charge des cas détectés en communauté et traités ou référés au sein des structures sanitaires.

Concernant le renforcement de la qualité de la sélection et de la formation des ASC, les efforts à accomplir permettront de sélectionner les ASC qui remplissent les critères et de les professionnaliser graduellement à travers une formation initiale et une formation continue.

Pour ce qui est du renforcement de la disponibilité permanente des intrants/médicaments de qualité en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge communautaire des cas, il est essentiel que non seulement les ASC soient dotés et disposent en permanence des intrants/médicaments, mais aussi que l'approvisionnement des services de santé de base (SSD, CMA et CSI) en produits essentiels soit optimal afin de limiter les ruptures de stocks. Dans cette perspective pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, les actions concerneront entre autres la dotation des structures

sanitaires en intrants/médicaments essentiels, en équipements et en matériels, la gestion des stocks des Services de santé de base, la maintenance préventive et curative des équipements médicaux, la bonne gestion, et la subvention des structures sanitaires pour le rachat des produits de santé (Médicaments, Consommables et Dispositifs médicaux). En outre, les ressources humaines et le plateau technique des CSI en général devraient être améliorés et/ou mis à niveau dans l'ensemble des Communes et Districts de santé.

L'amélioration de l'offre de service communautaire se fera à travers les objectifs spécifiques ci-après :

Objectif spécifique 2.1: D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à prendre en main efficacement la gestion des FOSA de base et à s'impliquer totalement dans le financement et la gestion de la santé communautaire dans leur territoire.

Objectifs spécifique 2.2 : D'ici 2025, rendre disponible dans au moins 80% des FOSA les intrants/médicaments de qualité y compris chez les ASC.

Objectifs spécifique 2.3 : D'ici 2025, augmenter de 60% le taux d'utilisation des services de santé dans les formations sanitaires et en communauté par rapport à la situation de 2020.

Objectifs spécifique 2.4 : D'ici 2025, 80% des signaux communautaires sont captés et notifiés à travers le système de surveillance fondée sur les événements (SFE).

Objectif spécifique 2.5: D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à mobiliser les ressources locales à travers les structures formelles, associations, leaders traditionnels et religieux et à contribuer au développement des interventions de santé communautaires.

Objectif spécifique 2.1 : D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à prendre en main efficacement la gestion des FOSA de base et à s'impliquer totalement dans le financement et la gestion de la santé communautaire dans leur territoire.

Intervention 2.1.1 : Renforcement des capacités managériales, organisationnelles et techniques des CTD à la gestion des FOSA de base.

Actions prioritaires :

- i. Elaboration, production, traduction et diffusion du Manuel de formation des CTD à la bonne gestion des FOSA de base ;
- ii. Elaboration, production, traduction et diffusion du Manuel de formation des structures de dialogue des FOSA de base ;
- iii. Actualisation, production et diffusion du Manuel de formation des ASC et du guide national d'intégration des ISDC ;
- iv. Appui des CTD à la mise en place d'un système de référence et contre référence ;
- v. Développement d'un outil d'évaluation de la qualité de l'offre de service de santé au niveau communautaire ;
- vi. Organisation par les CTD des missions de supervision formative des structures et des acteurs de la santé communautaire.

Objectif spécifique 2.2 : D'ici 2025, rendre disponible dans au moins 80% des FOSA les intrants/médicaments traceurs de qualité y compris chez les ASC.

Intervention 2.2.1 : Renforcement du système d'approvisionnement, de réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants/médicaments au dernier kilomètre

Actions prioritaires :

- i. Mise en place d'un système de quantification des intrants/médicaments à partir de la base (Botton-up) ;

- ii. Renforcement des capacités des acteurs à la gestion des intrants ;
- iii. Mise en place des tierces parties pour la mise à disposition des intrants de manière continue ;
- iv. Appui à l'implication effective des COSA dans la gestion des intrants/médicaments ;
- v. Mise en place d'un système de suivi électronique de la disponibilité des intrants/médicaments auprès des ASC.

Objectif spécifique 2.3 : D'ici 2025, augmenter de 60% le taux d'utilisation des services de santé dans les formations sanitaires et en communauté par rapport à la situation de 2020.

Intervention 2.3.1 : Renforcement de la disponibilité du Paquet d'Activité Communautaire

Actions prioritaires :

- i. Renforcement des capacités des ASC à l'offre du paquet de soins communautaires ;
- ii. Disponibilisation des intrants/médicaments aux ASC ;
- iii. Suivi et évaluation des activités des ASC.

Objectif spécifique 2.4. D'ici 2025, 80% des signaux communautaires sont captés et notifiés à travers le système de surveillance fondée sur les événements.

Intervention 2.4.1 : Renforcement de la Surveillance à Base Communautaire (SBC) des signaux et événements de santé y compris en contexte de crise

Actions prioritaires :

- i. Renforcement des capacités des acteurs communautaires (ASC, responsables des aires) à la surveillance à base communautaire ;
- ii. Conception/production des outils de la SBC et mise à disposition à l'ensemble des ASC des Aires de santé ;
- iii. Mettre en place un système électronique d'alerte et de notification des signaux captés au niveau communautaire par l'ASC ;
- iv. Implication à la SBC dans tous les Districts et toutes les Aires de santé des tradipraticiens / accoucheuses traditionnelles reconnus et fréquentés.

Objectif spécifique 2.5 : D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à mobiliser les ressources locales à travers les structures formelles, associations, leaders traditionnels et religieux et à contribuer au développement des interventions de santé communautaire.

Intervention 2.5.1 : Renforcement des mécanismes de pérennisation des interventions de santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Mise à jour de la cartographie des ASC par rapport à la population à couvrir ;
- ii. Elaboration d'un plan de mise à échelle de la couverture en ASC ;
- iii. Renforcement du rôle des CTD, ONG/OSC/OBC dans le financement et la gestion de la santé communautaire ;
- iv. Mise en place d'un « Fonds communal de santé » auprès de chaque Commune et district et contribution de toutes les FOSA de base à ce fonds ;
- v. Mise en place et renforcement des capacités des Comités de gestion des Formations Sanitaires de base (CSI et CMA) et de la santé communautaire ;
- vi. Identification et développement des mécanismes innovants de mobilisation des ressources

locales pour renforcer.

4.2.3. Axe stratégique N°3 : Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire

La communication pour le développement (C4D), dans le cadre des activités de santé communautaire, va renforcer le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement et le changement social. Cet axe stratégique vise à amener les autorités politiques, administratives, municipales et religieuses à s'impliquer activement dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

Objectif stratégique 3 : D'ici 2025, accroître la demande des communautés à l'utilisation effective des soins et services de santé communautaire à travers la communication.

Objectif spécifique 3.1 : Amener les Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, les PTF, les CTD, les ONG/OSC/OBC, le secteur privé / opérateurs économiques à soutenir, à appuyer et à s'impliquer dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

Intervention 3.1.1 : Elaboration et validation du plan intégré de communication de la santé communautaire ainsi que les outils de communication

Actions prioritaires :

- i. Organisation d'un atelier d'élaboration du plan intégré de communication ;
- ii. Organisation d'un atelier de validation du plan intégré de communication.

Intervention 3.1.2 : Elaboration, production et diffusion des kits de plaidoyer en santé.

Actions prioritaires :

- i. Organisation d'une session d'élaboration des kits de plaidoyer ;
- ii. Pré-test ;
- iii. Production des kits ;
- iv. Dissémination des kits.

Intervention 3.1.3 : Organisation des rencontres de plaidoyer/ lobbying

Actions prioritaires :

- i. Organisation des réunions de plaidoyer ;
- ii. Organisation des rencontres de lobbying ;
- iii. Organisation des sessions de sensibilisation.

Objectif spécifique 3.2 : D'ici 2025 : Mobiliser toutes les CTD et les ONG/OSC/OBC (100%) intervenant dans la santé à s'engager dans la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires.

Intervention 3.2.1 : Evaluation du niveau d'influence des croyances ethniques sur l'adhésion et/ou l'appropriation des interventions sous directives communautaires

Actions prioritaires :

- i. Réalisation d'une enquête ethnographique ;
- ii. Réalisation d'une enquête CAP sur les pratiques familiales essentielles.

Intervention 3.2.2 : Elaboration, production et diffusion de la stratégie de mobilisation sociale en santé communautaire y compris sa mise en œuvre à tous les niveaux

Actions prioritaires :

- i. Organisation d'une session d'élaboration de la stratégie de mobilisation ;
- ii. Traduction de la stratégie ;
- iii. Production ;
- iv. Dissémination de la stratégie à tous les niveaux.

Intervention 3.2.3 : Mise en place d'un cadre de collaboration et coordination avec les associations locales

Actions prioritaires :

- i. Elaboration de la cartographie des OSC/OBC/ONG ;
- ii. Elaboration des modules de formation ;
- iii. Renforcement des capacités des CTD, ONG/OSC/OBC aux interventions de santé communautaire ;
- iv. Contractualisation des associations locales pour la mobilisation des communautés.

Objectif spécifique 3.3 : D'ici 2025 : Amener au moins 80% des ménages à s'approprier et adhérer aux interventions de santé communautaire en contribuant à leur financement

Intervention 3.3.1 : Conception, production et diffusion des supports de communication en langues officielles et en principales langues locales

Actions prioritaires :

- i. Conception des supports de communication en principales langues locales ;
- ii. Pré-test ;
- iii. Traduction en langues officielles et principales langues locales ;
- iv. Production des supports ;
- v. Dissémination et Diffusion des supports de communication.

Intervention 3.3.2 : Renforcement de la communication interpersonnelle (VAD, dialogue communautaire et causerie éducative) pour le changement des comportements

Actions prioritaires :

- i. Organisation des sessions d'information sur les ISDC ;
- ii. Organisation des campagnes de sensibilisation de proximité.

Intervention 3.3.3 : Renforcement de la communication de masse à travers les radios communautaires pour l'adhésion des ménages à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire

Actions prioritaires :

- iii. Contractualisation des radios communautaires pour la mobilisation des communautés ;
- iv. Renforcement des capacités des radios communautaires ;
- v. Organisation des campagnes de sensibilisation médiatiques dans les radios communautaires.

Intervention 3.3.4 : Renforcement de la C4D pour l'utilisation des services de santé de qualité

- i. Mise en œuvre d'une étude sur les barrières à l'utilisation de l'offre de service de santé y compris communautaire ;
- ii. Identification des stratégies de communication à mettre en œuvre pour adresser les problèmes rencontrés ;

- iii. Renforcement des capacités des acteurs à la C4D en matière de santé communautaire ;
- iv. Contractualisation avec les OSCD/OBC pour leur implication dans la promotion de l'utilisation des services de santé.

4.2.4. Axe stratégique N°4 : Suivi et évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire

Objectif stratégique 4 : Disposer des données de qualité à tous les niveaux du système de santé pour mieux suivre et mesurer l'impact de la mise en œuvre des ISC d'ici 2025.

Objectif spécifique 4.1 : Rendre disponibles 100% des rapports complets et de qualité sur les interventions de santé communautaire d'ici 2025

Intervention 4.1.1 : Renforcement du système de Collecte, transmission et stockage des données de santé communautaire Actions/activités prioritaires

Actions prioritaires :

- i. Révision et harmonisation des outils élaborés pour la gestion des données et des intrants, le suivi des activités et la supervision des acteurs ;
- ii. Production et distribution des outils de suivi des activités et de supervision des acteurs de mise en œuvre du PSNSC 2021-2025.
- iii. Mise en place d'un système de reportage des données de santé communautaire à travers le DHIS2

Intervention 4.1.2 : Renforcement de l'Assurance qualité des données sur les interventions de santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Organisation des réunions mensuelles de revue et validation des données sur les interventions de santé communautaire au niveau des aires de santé ;
- ii. Organisation des réunions trimestrielles de revue et validation des données sur les interventions de santé communautaire au niveau des districts de santé ;
- iii. Organisation des missions de vérification de la qualité des données sur les interventions de santé communautaires.

Objectif spécifique 4.2 : D'ici 2025, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité sur les ISDC pour améliorer la mise en œuvre

Intervention 4.2.1 : Renforcement de l'Analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision

Actions prioritaires :

- i. Production des Bulletins nationaux et régionaux sur les interventions de santé communautaire pour capitaliser et partager les expériences réussies, les expériences malheureuses et les erreurs à éviter ;
- ii. Organisation des réunions mensuelles d'analyse des données sur les interventions de santé communautaire au niveau des districts de santé.

Objectif spécifique 4.3 : D'ici 2025, au moins 80% des activités du PSNSC sont réalisées dans les délais programmés

Intervention 4.3.1 : Suivi des interventions de santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Organisation semestrielle des réunions de la Taskforce pour le suivi des interventions de santé communautaire ;
- ii. Organisation trimestrielle des réunions de la Taskforce de district pour le suivi des interventions de santé communautaire ;
- iii. Organisation trimestrielle des réunions de la Taskforce communautaire pour le suivi des interventions de santé communautaire.

Intervention 4.3.2 : Supervision des interventions de santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Organisation des missions de supervision mensuelle des agents de santé communautaire par le personnel de santé ;
- ii. Organisation des missions de supervision trimestrielle des interventions de santé communautaire par le niveau district ;
- iii. Organisation des missions de supervision trimestrielle des interventions de santé communautaire par le niveau régional ;
- iv. Organisation des missions de supervision semestrielles des interventions de santé communautaire par le niveau central.

Objectifs spécifiques 4.4 : D'ici 2025, Réaliser 100% des évaluations et enquêtes d'impact des interventions de santé communautaire

Intervention 4.4.1 : Evaluation du Plan Stratégique national de santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Réalisation d'une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan stratégique en 2023 ;
- ii. Réalisation d'une évaluation finale de la mise en œuvre du Plan stratégique en fin d'année 2025.

Intervention 4.4.2 : Evaluation des effets et impacts des interventions de santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Contribution aux grandes enquêtes auprès des ménages (EDS, MICS, MIS, EPC-MILDA) pour mesurer les effets et impacts des interventions ;
- ii. Enquêtes auprès des ASC pour évaluer la qualité des services.

Objectifs spécifiques 4.5 : D'ici 2025, Au moins 80% des sujets de recherche en santé communautaire identifiés sont menés à terme

Intervention 4.5.1 : Recherche opérationnelle en santé communautaire

Actions prioritaires :

- i. Élaboration d'une cartographie détaillée des interventions de santé communautaire et de tous les partenaires impliqués ;
- ii. Organisation d'un atelier avec les partenaires pour identifier les besoins de recherche selon les axes stratégiques ;
- iii. Rédaction des projets de recherche ;
- iv. Diffusion des résultats de recherche sur les ISC en collaboration avec les partenaires ;
- v. Réalisation des études comportementales sur les interventions de santé communautaire ;

- vi. Publications et articles dans les revues scientifiques ;
- vii. Organisation des journées scientifiques ;
- viii. Organisation des voyages d'études en vue du partage d'expériences sur les meilleures pratiques pour améliorer la MEO de la Santé Communautaire au Cameroun ;
- ix. Participation aux rencontres scientifiques internationales ou d'échange sur la Santé Communautaire.

4.2.5. Axe stratégique N°5 : Accès des populations clés et vulnérables aux soins de santé de qualité y compris des soins de santé communautaire et prise en compte du genre et des droits humains

Objectif stratégique 5 : D'ici 2025, au moins 40% des populations vulnérables et des populations clés ont accès aux soins de santé communautaires prenant en compte le genre et les droits humains

Cet axe stratégique vise à définir les stratégies spéciales qui permettront aux populations vulnérables et clés, celles en contexte de conflit, de crise sanitaire ou de catastrophe, d'avoir accès aux services et soins de santé communautaire de qualité. Cet axe intègre également les aspects liés au genre et aux droits humains.

On entend par « **personnes vulnérables** » des personnes dont la condition physique, sociale, mentale, culturelle et/ou économique est de nature à les rendre incapables, de se prendre en charge par elles-mêmes ou de répondre aux exigences de la société. Il s'agit des personnes en défaillance totale ou partielle, permanente ou ponctuelle de leurs capacités d'autonomie d'insertion ou de réinsertion sociale.

Les « **populations clés** » désignent les populations les plus exposées à une situation précise à laquelle elles sont particulièrement vulnérables et n'ont souvent pas accès facile à des soins de santé appropriés. Il s'agit des populations souvent marginalisées. La stigmatisation sociale dont elles font l'objet alimente leur vulnérabilité, et inversement.

Tableau 7 : Répartition des populations clés et vulnérables

| Populations vulnérables | Populations clés VIH | Populations clé Tuberculose |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Handicapés b. Enfants de moins de 05 ans c. Réfugiés d. Déplacés internes e. Femmes enceintes f. Personnes âgées g. Populations autochtones vulnérables (Nomades, pygmées,...) h. Populations en contexte de crise sanitaire et humanitaire i. Les personnes victimes de VBG j. Indigents k. Les veuves l. Populations riveraines des grands projets m. Personnes porteuses maladies chroniques et de longue durée | <ul style="list-style-type: none"> 1. Usagers de drogue 2. Travailleuses de sexe 3. Personnes transgenres 4. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 5. Adolescents et jeunes 6. PVVIH | <ul style="list-style-type: none"> i. PVVIH ii. Populations carcérales iii. Enfants de 0 – 14 ans iv. Sujets contacts |

Les interventions stratégiques et les activités de cet axe stratégique sont développées dans des documents à part (les plans stratégiques Paludisme, VIH, Tuberculose ...). Celles en rapport avec les zones de conflit sociopolitique et armé sont inspirées du Nord-Ouest et du Sud-ouest et sont développées dans le document intitulé du « *Plan de résilience de la riposte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme en contexte de crise sociopolitique dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest du* »

Cameroun ».

Objectif spécifique 5.1 : Autonomiser les groupes vulnérables

Intervention 5.1.1 : Renforcement de l'autonomisation des groupes vulnérables

Actions prioritaires :

- i. Mise en place d'un dispositif local/associatif de protection socio-sanitaire pour les groupes vulnérables ;
- ii. Mise en place des dispositifs de soutien des initiatives communautaires liées aux activités génératrices de revenus (AGR) ;
- iii. Renforcement des capacités des groupes vulnérables dans les stratégies d'autonomisation ;
- iv. Plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers pour le financement des AGR.

Objectif spécifique 5.2 : Améliorer la couverture sanitaire des populations vulnérables en services et soins promotionnels, préventifs et curatifs à travers les interventions sous directives communautaires d'ici 2022.

Intervention 5.2.1 : Amélioration de la couverture sanitaire des populations vulnérables

Actions prioritaires :

- i. Approvisionnement en intrants pour la mise en œuvre des ISDC ;
- ii. Offre des paquets de services des ISDC adaptés aux groupes vulnérables.

Objectif spécifique 5.3 : Renforcer les capacités des acteurs communautaires en contexte de crises humanitaires sur la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires en tenant compte des approches genre, respect des droits humains d'ici 2022.

Intervention 5.3.1 : Renforcement des capacités des acteurs communautaires en contexte de crise humanitaire sur la mise en œuvre des ISDC tenant compte des approches genre

Actions prioritaires :

- i. Formation /recyclage des acteurs communautaires, des ASC/OSC sur la mise en œuvre des ISDC et sur l'approche genre et le respect des droits humains ;
- ii. Mise à jour des modules de formation sur la mise en œuvre des ISDC adaptées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y intégrant les aspects genre et droits humains.

Objectif spécifique 5.4 : Accroître l'utilisation des paquets de services et soins de santé offerts aux populations vulnérables et clés d'ici 2022

Intervention 5.4.1 : Amélioration de l'utilisation des paquets de services et soins offerts aux populations vulnérables et clés

Activités prioritaires :

- i. Sensibilisation des groupes cibles sur l'offre de service communautaire ;
- ii. Plaidoyer auprès des leaders d'opinion (religieux, traditionnels ...) pour leur implication dans la sensibilisation des groupes cibles.

Objectif spécifique 5.5 : Renforcer le système d'approvisionnement, de réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants au dernier kilomètre en contexte de vulnérabilité d'ici 2022.

Intervention 5.5.1 : Renforcement du système d'approvisionnement, réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants en contexte de vulnérabilité

Activités prioritaires :

- i. Quantification appropriée des besoins des groupes vulnérables par zone /région ;
- ii. Renforcement des capacités en Gestion des Approvisionnements et des Stocks des intervenants dans la chaîne logistique jusqu' aux groupes cibles ;
- iii. Mise à contribution/contractualisation des acteurs locaux, humanitaires pour la distribution des intrants/offre de service dans les zones difficiles d'accès.

VI. DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION

6.1. Dispositif de suivi

6.1.1. Les activités de suivi

Les activités de suivi de la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 sont résumées par niveau de la pyramide sanitaire dans le tableau 8.

Tableau 8 : Présentation des structures du dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025

| NIVEAU | INSTANCE DE SUIVI | FONCTIONS | METHODOLOGIE | FREQUENCE | RESPONSABLE |
|-------------------|--|-----------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------|
| CENTRAL | Taskforce central de coordination (DOSTS, DLMEP, DPS, DSF, DPML, Cellule de Suivi, CIS, GTC/ PROGRAMMES, PTF, CENAME, ONG/OSC, PF/ ISCD, STRUCTURES APPARENTEES) | Planification | Réunions/ Ateliers | Annuelle | DOSTS |
| | | Mobilisation des ressources | Réunion de plaidoyer | Annuelle | |
| | | Analyse des données | Travail de bureau | Permanente | |
| | | Supervision | Descentes sur le terrain | Semestrielle | |
| | | Revue des stratégies | Réunions/ Ateliers | Semestrielle | |
| REGIONAL | Taskforce régional de coordination (DRSP, GTR/ PROGRAMMES, FRPS, PF/GAS, PF/SR, ONG/ OSC, STRUCTURES APPARENTEES) | Planification | Réunions/ Ateliers | Annuelle | DELEGUE REGIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE |
| | | Mobilisation des ressources | Réunion de plaidoyer | Annuelle | |
| | | Analyse des données | Travail de bureau | Permanente | |
| | | Supervision | Descentes sur le terrain | Semestrielle | |
| | | Revue des stratégies | Réunions/ Ateliers | Semestrielle | |
| DISTRICT DE SANTE | Taskforce de district de coordination (DS, COSADI, CTD, ONG, OSC) | Planification | Réunion/Atelier | Annuelle | CHEF DE DISTRICT DE SANTE |
| | | Mobilisation des ressources | Réunion de plaidoyer | Annuelle | |
| | | Analyse des données | Réunion | Mensuelle | |
| | | Supervision | Descentes sur le terrain | Trimestrielle | |
| | | Revue des activités | Réunions/ Ateliers | Trimestrielle | |

| | | | | | |
|---------------|--|--------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| AIRE DE SANTE | Taskforce communautaire de coordination (Chefs FOSA, COSA, OBC, ASC, Chefs de villages/quartiers, autres leaders communautaires) | Collecte des données | Travail de bureau | Permanente | CHEF DE L'AIRE DE SANTE |
| | | Validation des données | Réunions/ Ateliers | Mensuelle | |
| | | Transmission des données | DHIS2 | Mensuelle | |
| | | Coaching/ Monitoring | Descentes/ Echanges | Permanente | |
| | | Supervision | Réunions/ Ateliers | Trimestrielle | |

NB : Les Taskforces de coordination de la mise en œuvre des ISC/ISDC sont des structures multisectorielles à créer formellement par le Ministère de la santé publique.

6.1.2. Les outils de suivi

| Activité | Type d'outils | Désignation |
|-----------------------------------|----------------------------|--|
| Collecte des données | Registres | <ul style="list-style-type: none"> • Registre des activités de communication • Registre de consultation des enfants de 2 mois à 5 ans • Registre de consultation des 5 ans et des adultes |
| | Fiches | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de référence et contre-référence • Reçu des ventes • Grille de supervision de l'ASC • Fiche de suivi de consommation journalière des médicaments par l'ASC • Fiche de synthèse mensuelle des activités et de gestion des stocks de l'ASC • Fiches d'approvisionnement en intrants |
| Rapportage des données | Formulaire | Rapport mensuel de l'ASC |
| Analyse et validation des données | Rapport | Canevas de rapport |
| Transmissions des données | Formulaire de notification | Rapport Mensuel d'Activité |
| | Logiciel de saisie | DHIS2 |
| Supervision formative | Grille | Grilles de supervision |
| | Rapport | Canevas de rapport de supervision |
| Réunions de la Taskforce | Rapport | Rapports périodique d'activités |

6.1.3. Circuit des informations/données sur la mise en œuvre des ISC

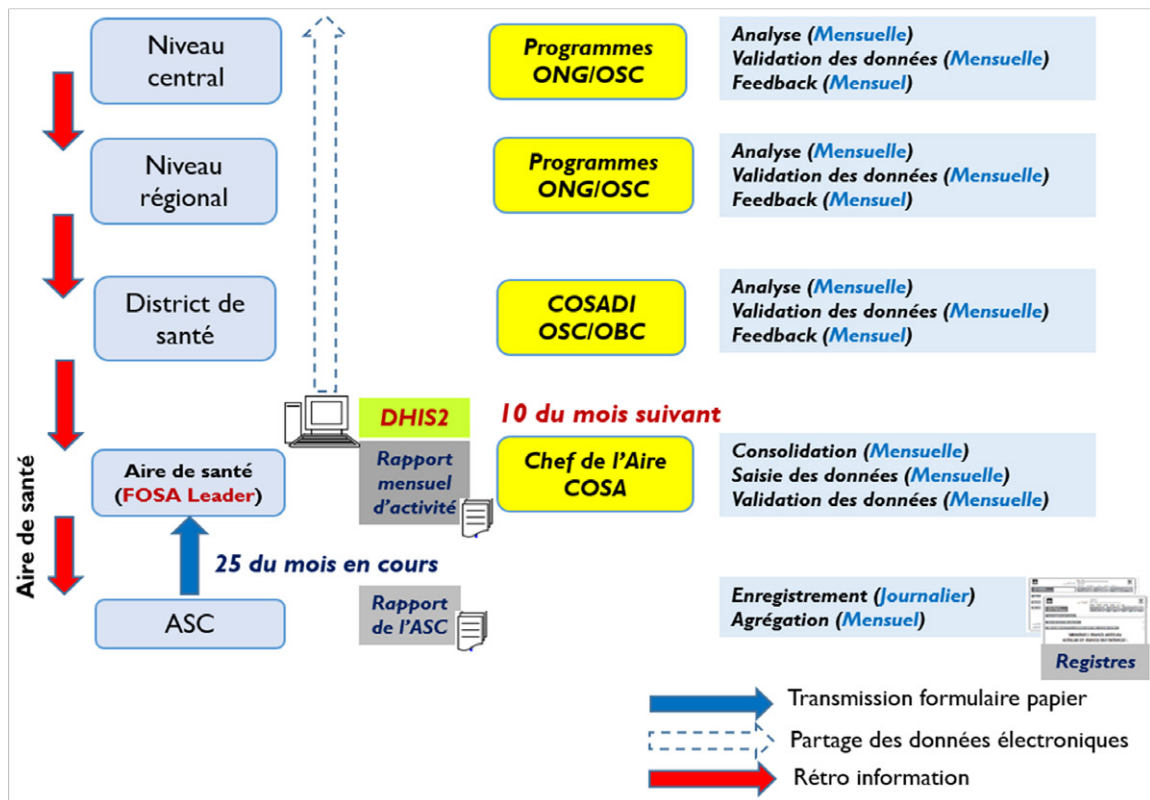


Figure 2: Circuit des informations/données sur la mise en œuvre des activités du PSNSC 2021-2025.

6.2. Dispositif d'évaluation

| ACTIVITES | DESCRIPTION | ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE | PÉRIODICITÉ | OUTILS |
|----------------------|------------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|
| CENTRAL | Revue des performances | Taskforce | Semestrielle | Canevas de rapport de performance |
| | Auto évaluation | Annuelle | Annuel | Grille d'évaluation |
| Evaluations externes | Enquête | Consultant Structure indépendante | Tous les 3 ans | Protocole Grille d'évaluation |
| Etude d'impact | Etude d'impact | Consultant Structure indépendante | Tous les 5 ans | Protocole Grille d'évaluation |

VII. BUDGET ET MECANISMES DE FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

7.1. Estimation du budget

L'estimation du budget du PSNSC 2021-2025 a été réalisée à partir de la détermination des types d'activités opérationnelles et l'estimation des coûts unitaires pour chaque type d'activité opérationnelle. Pour l'estimation des coûts unitaires pour chaque type d'activité opérationnelle, les coûts historiques des activités opérationnelles mises en œuvre par le MINSANTE (Directions

techniques et Programmes de santé publique) et les Partenaires Techniques et Financiers ont été utilisés. Tous les types d'activités opérationnelles nécessaires pour mettre en œuvre chaque activité stratégique du PSNSC 2021-2025 ont ainsi été déterminés. Les différents types d'activités opérationnelles recensés sont :

- Les **Réunions techniques** (coordination, plaidoyer, statutaire, etc.) qui correspondent au regroupement de 5 à 20 personnes dans un lieu précis sur une thématique bien précise. Elles peuvent durer plusieurs jours et sont organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les CTD ;
- Les **Ateliers techniques** (revue/planification, élaboration des outils, etc.) qui correspondent au regroupement de 10 à 50 personnes, voire un peu plus, dans un lieu précis et pendant plusieurs jours (2 à 5 jours), pour réfléchir ou travailler en groupe sur une thématique bien précise. Ils seront organisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les CTD ;
- Les **Formations** (Ateliers/Séminaires de formation) qui correspondent au regroupement de 5 à 50 personnes, voire un peu plus, dans un lieu précis et pendant plusieurs jours (5 à 30 jours, voire plus), pour leur transmettre des connaissances et compétences ou renforcer leurs capacités sur une ou plusieurs thématique(s) bien précise(s). Elles seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les CTD ;
- Les **Missions** qui correspondent aux voyages des acteurs du niveau central, régional ou district pour faire la supervision ou organiser d'autres types d'activités dans leurs lieux de destination pendant plusieurs jours ;
- Les **Voyages d'étude** ont été aussi pris en compte ;
- Les **Campagnes de sensibilisation** qui correspondent aux descentes des individus dans leur communauté de résidence, au sein des OBC/OSC, dans les lieux publics ou en porte-à-porte, pour faire des animations de groupe ou des causeries éducatives. Pour ces activités, les éléments budgétaires sont le transport et la collation des équipes. Les descentes des ASC sont directement intégrées dans leur paquet d'activités et sont budgétisées dans leur rémunération ;
- Les **cérémonies** qui correspondent au regroupement d'un grand nombre de personnes (50 à 500 personnes, voire plus) pour manifester ou lancer une activité d'envergure ou un projet en rapport avec la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 ;
- La **Production des documents** qui correspond au travail d'imprimerie des documents en plusieurs exemplaires à distribuer à large échelle ;
- La **diffusion des documents** qui correspond à la distribution ou à la mise à disposition des documents produits auprès des utilisateurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le **Matériel informatique** qui correspond aux ordinateurs et autres accessoires informatiques (Imprimantes, Smartphones, Modems pour le personnel impliqué dans la mise en œuvre du PSNSC à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris les CTD ;
- Le **Crédit de communication** qui correspond au crédit de téléphone et connexion internet pour les acteurs de mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris les CTD ;
- Le **Matériel roulant** qui correspond aux voitures et motos pour faciliter la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 au niveau central, régional, des Districts et des CTD. Y compris le **Carburant et l'Entretien** des moyens de locomotion ;
- L'**Assistance technique** qui correspond au recrutement d'Experts/Consultants pour appuyer les acteurs de mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 dans l'élaboration des documents stratégiques et techniques ou la mise en œuvre de certaines activités ;
- Les **Etudes** qui correspondent à l'analyse des rapports d'activités ou la revue documentaire,

ainsi que la collecte des données pour rechercher des réponses à certains questionnements en rapport avec la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 ;

- Les **Indemnités/Salaires** qui correspondent à la rémunération des ASC ;
- Les **Frais de fonctionnement** qui correspondent à la dotation octroyée pour appuyer le fonctionnement des Sous-bénéficiaires de la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 à tous les niveaux.

En appliquant les différents coûts historiques de ces différents types d'activités opérationnelles, le budget estimatif total du PSNSC 2021–2025 s'élève à 46 741 084 051 FCFA (Quarante-Six Milliards sept Cent Quarante un Millions quatre-vingt-quatre Mille cinquante-un FCFA), soit un coût moyen par habitant par an d'environ 317 FCFA (0.55 US\$). Le détail de ce budget par Axe d'intervention et par année est présenté dans le tableau 9 qui présente la ventilation de ce budget par niveau de mise en œuvre du PSNSC et par année.

Tableau 9 : Détail du budget estimatif du PSNSC 2021-2025 par axe stratégique et par année (en milliers de FCFA)

| Activités | Coût total par année | | | | | TOTAL | % du budget total |
|---|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|-------------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | | |
| Axe stratégique N°1: Renforcement de l'institutionnalisation et de la Gouvernance des interventions de santé communautaire | 1 087 237 457 | 737 557 485 | 1 416 759 739 | 1 515 841 647 | 1 628 485 647 | 6 385 881 973 | 14% |
| Axe stratégique N°2: Amélioration de l'offre de services de santé communautaire de qualité | 1 830 633 362 | 1 743 282 491 | 3 599 069 844 | 3 584 374 973 | 3 586 862 973 | 14 344 223 643 | 31% |
| Axe stratégique N°3: Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire/ améliorer la volonté et la mobilisation sociale en faveur de la santé communautaire | 230 746 800 | 226 031 820 | 447 635 880 | 442 920 900 | 442 920 900 | 1 790 256 300 | 4% |
| Axe stratégique N°4: Suivi et évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire | 185 511 692 | 356 459 577 | 273 102 327 | 203 967 942 | 389 339 077 | 1 408 380 615 | 3% |
| Axe stratégique N°5: Accès des populations vulnérables, et des populations clés aux soins de santé de qualité y compris des soins de santé communautaire et prise en compte du genre et des droits humains | 261 359 954 | 260 867 770 | 478 875 209 | 453 885 325 | 497 661 692 | 1 952 649 949 | 4% |
| Rémunération des Agents de Santé Communautaire | 777 600 000 | 1 537 920 000 | 3 110 400 000 | 4 665 600 000 | 6 220 800 000 | 16 312 320 000 | 35% |

| | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| Indemnités + Fonctionnement des Sous-Bénéficiaires | 529 410 714 | 645 702 714 | 886 215 714 | 1 124 085 714 | 1 361 955 714 | 4 547 370 571 | 10% |
| Total général | 4 902 499 978 | 5 507 821 857 | 10 212 058 713 | 11 990 676 501 | 14 128 026 003 | 46 741 083 052 | 100% |

L'analyse du budget du PSNSC 2021-2025 montre que :

- Le coût de mise en œuvre de ses activités (donc des 5 axes d'intervention) est de 25,88 Milliards de FCFA, soit 55% du budget total. 25% de ce budget est destiné aux Axes d'interventions qui correspondent au Renforcement des capacités des structures et des acteurs de la santé communautaire (Personnel de santé, SD, CTD, MCS, ONG/OSC/OBC, ASC), et 5% est destiné à l'axe d'intervention qui correspond au Suivi et évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La Rémunération des Agents de Santé Communautaires et les frais de Fonctionnement des Sous-Bénéficiaires représentent 45% du budget total ;
- La majorité des activités sont mise en œuvre au niveau des CTD (Communes), ce qui corrobore avec la politique de décentralisation en cours d'implémentation et qui place ces CTD au centre du développement local, et donc les principaux acteurs de mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

Tableau 10 : Détail du budget estimatif de mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 par niveau du système de santé et par année.

| Niveau | Part de budget allouée par an (FCFA) | | | | | TOTAL |
|---|--------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | |
| Central | 744 014 497 | 550 853 286 | 628 205 852 | 666 609 551 | 1 008 588 552 | 3 598 271 738 |
| Régional | 104 770 600 | 87 308 600 | 87 308 600 | 95 620 600 | 87 308 600 | 462 317 000 |
| DS | 176 886 328 | 166 882 288 | 309 516 748 | 299 512 708 | 303 750 208 | 1 256 548 280 |
| CTD | 2 269 878 052 | 2 219 548 899 | 4 583 912 256 | 4 539 457 103 | 4 539 457 103 | 18 152 253 413 |
| AS | 299 939 787 | 299 606 070 | 606 499 542 | 599 790 825 | 606 165 825 | 2 412 002 049 |
| TOTAL 1 | 3 595 489 264 | 3 324 199 142 | 6 215 442 999 | 6 200 990 787 | 6 545 270 289 | 25 881 392 481 |
| Rémunération des ASC | 777 600 000 | 1 537 920 000 | 3 110 400 000 | 4 665 600 000 | 6 220 800 000 | 16 312 320 000 |
| Indemnités et fonctionnement des SR | 529 410 714 | 645 702 714 | 886 215 714 | 1 124 085 714 | 1 361 955 714 | 4 547 370 571 |
| TOTAL 2 | 1 307 010 714 | 2 183 622 714 | 3 996 615 714 | 5 789 685 714 | 7 582 755 714 | 20 859 690 571 |
| Total 1+2 | 4 902 499 978 | 5 507 821 857 | 10 212 058 713 | 11 990 676 501 | 14 128 026 003 | 46 741 083 052 |

L'analyse du budget du PSNSC 2021-2025 en fonction du niveau de la pyramide sanitaire montre que 90% du budget est alloué au niveau opérationnel où se mettent en œuvre les activités de santé communautaire contre 8% pour le niveau central et 1% pour le niveau régional.

NB : Ce budget ne prend pas en compte le coût des intrants utilisés dans le cadre du paquet de services délivrés par les ASC pour la prise en charge curative de certaines maladies. Ces coûts sont intégrés dans les PSN des différents Programmes qui adressent ces maladies.

7.2. Mécanismes de mobilisation des ressources

Les besoins programmatiques pour la mise en œuvre du PSNSC pour la période 2021-2025 s'élèvent à plus de 46 Milliards de FCFA. Les ressources planifiées par les Programmes prioritaires (PNLP, CNLS et PNLT) pour la période 2021-2023 et attendues ou disponibles sont estimées à environ 17,94 Milliards de FCFA (après prise en compte des financements UNICEF, PMI UNFPA et MFH). Il se dégage un écart financier d'environ 28,8 milliards FCFA, soit 62% des besoins. Dans le cas où les financements extérieurs actuellement connus sont reconduits pour les deux dernières années de ce plan ce gap pourrait diminuer à environ 42%.

Pour combler cet écart, un plan de plaidoyer sera développé pour la mobilisation des ressources. Ce plaidoyer sera orienté autant vers le Gouvernement du Cameroun, les CTD, le secteur privé et les autres sources de financement domestique (mécanismes innovants de mobilisation des ressources internes), que vers d'autres bailleurs extérieurs (Partenaires bi et multilatéraux).

La mobilisation des ressources internes visera donc l'accroissement de la contribution financière domestique (Etat, Collectivités Territoriales Décentralisées, Secteur Privé lucratif, Ménages, etc.) en faveur de la santé en général et de la santé communautaire en particulier, soit un accroissement substantiel du budget que l'Etat alloué à la santé de 5,5% à 10% conformément à la déclaration d'Abuja qui a fixé la contribution des Etats au budget de la santé à 15%. Toutes les opportunités de mobilisation des ressources seront mises à contribution, aussi bien par la sensibilisation des Parlementaires, du Gouvernement, les CTD (prise en compte du financement de la santé par les fonds propres des communes à hauteur de 10% de leurs budgets), de la Société Civile, des Entreprises paraétatiques et privées, que des Ménages. Des approches novatrices seront utilisées, des visites de plaidoyer auprès des parlementaires, aussi bien à l'échelle nationale que régionale et locale, des soirées de lobbying ou spectacles humanitaires, Téléthons, etc.

Le plaidoyer envers les bailleurs extérieurs visera d'une part à montrer les progrès réalisés dans le cadre de la santé communautaire afin de les motiver à l'intégrer dans leurs appuis, à maintenir, voire à accroître ces appuis. Une ou plusieurs Table(s) Ronde(s) sera (ont) organisée(s) à l'issue de l'atelier de validation et d'adoption du PSNSC 2021-2025 et ciblera (ont) un large éventail de bailleurs potentiels pour obtenir leur adhésion à la mobilisation des ressources pour le financement de la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025.

ANNEXES

ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire du Cameroun requiert de surmonter plusieurs types de risques. Ces risques doivent être anticipés pour éviter de bloquer le processus de mise en œuvre dudit plan.

a) Risque opérationnel :

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire s'appuie sur un nombre important d'activités à mettre en œuvre. Cette mise en œuvre devra être réalisée dans un temps réduit (2021-2025) avec une multiplicité d'acteurs à impliquer (Directions, Programmes, Agences d'exécution, Partenaires Techniques et Financiers, CTD, ONG/OSC/OBC, etc.), ce qui pourrait retarder sa mise en œuvre.

Un suivi régulier de la réalisation et un pilotage robuste à haut niveau pourraient permettre de répondre à ce risque. D'où la nécessité de mettre en place un Dispositif de mise en œuvre solide et pouvant être efficace et performant.

Par ailleurs, l'ampleur des modifications réglementaires et législatives à réaliser exigera un plaidoyer efficace mené en amont de la mise en œuvre du Plan pour s'assurer que ces évolutions sont réalisées rapidement.

Un engagement fort de l'Etat (Ministère de la santé publique) sera requis pour assurer une accélération dans les procédures.

b) Risque social :

Le renforcement de la santé communautaire, notamment l'extension des paquets de services des acteurs communautaires de santé (ASC), pourrait susciter de la résistance de la part des personnels de santé qualifiés.

Pour cela, il faudra prévoir un plan de communication exhaustif qui visera à justifier le caractère essentiel de la santé communautaire et particulièrement des interventions des ASC. Il s'agira de s'assurer que la santé communautaire continue à être centrée sur la communauté et non sur le personnel de santé classique. Le Ministère de la santé publique devra donc appuyer et assurer une meilleure intégration de la composante communautaire dans le système de santé, et faire une bonne coordination et un usage efficace des moyens à sa disposition.

Par ailleurs, le Cameroun est un pays où la Médecine traditionnelle attire une proportion non-négligeable de la population. Les itinéraires thérapeutiques dans beaucoup de communautés intègrent presque toujours les Tradipraticiens en premier recours. Les Tradipraticiens représentent donc une certaine « concurrence » vis-à-vis de l'offre des ASC.

La réglementation et l'organisation de la Médecine traditionnelle, l'éducation sanitaire des ménages sur l'organisation du système de santé et le circuit des recours aux soins, et les séances d'informations des leaders communautaires et des élus locaux sur l'activité des ASC et son bien-fondé, ainsi que la diffusion des messages d'information par les radios locales, pourraient contribuer à limiter ce risque.

c) Risque de centralisation excessive :

Le PSNSC 2021-2025 a prévu une implication importante des CTD et des communautés locales à travers les ONG/OSC/OBC et les ASC. Cependant, sa mise en œuvre ambitieuse de coordonner les activités au niveau central et régional. Cette ambition pourrait entraîner une centralisation excessive des activités en rapport avec ce Plan. Une trop faible implication des communautés locales ou des CTD pourrait nuire à la participation des populations aux activités et nuire à l'atteinte des objectifs. Toutefois, les Programmes et Directions techniques du ministère de la santé publique devront apporter l'appui technique et l'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre technique des activités de santé communautaire retenues dans ce Plan Stratégique tout en assurant une coordination harmonieuse.

d) Risque d'une faible disponibilité des Ressources Humaines de qualité sur le terrain :

Les activités censées être mises en œuvre dans le cadre du plan, requièrent la disponibilité et la stabilité des ressources humaines. Il se pourrait que les ASC ayant un profil adapté à la mise en œuvre des ISDC manquent au niveau communautaire et il faut sélectionner un grand nombre, les former et les fidéliser. On a noté par le passé que lorsque les ASC trouvent un travail bien rémunéré, ils abandonnent les postes de travail et s'en vont. Pour cela, il faudra mobiliser suffisamment des ressources, bien former et rémunérer les ASC afin de les fidéliser. Ainsi, pour éviter une perturbation dans la programmation des activités et donc des retards dans les échéances préalablement fixées (en raison de ce qui précède), un plaidoyer intense sera réalisé auprès des autorités sanitaires, municipale et des leaders communautaires pour mettre en place des mécanismes de rétention des ASC dans les communautés.

e) Risque de conflit de leadership :

La coordination de la mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 implique plusieurs Directions techniques et Programmes du Ministère de la santé publique. Ces Directions techniques et ces Programmes devront se mettre ensemble autour d'une structure unique de coordination et de suivi

de la mise en œuvre de ce Plan. Pour cela, il faudra mettre en place un organe et des mécanismes permettant d'assurer une bonne synergie entre ces différentes structures.

Pour le moment, l'ancrage du PSNSC 2021-2025 se trouve à la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS). Cependant, la mise en œuvre du Plan reposera également sur tous les Programmes et d'autres Directions techniques du Ministère de la santé publique, dont en particulier la Direction de la promotion de la santé (DPS), la Direction de la santé Familiale (DSF), la Direction de la lutte contre les maladies, les épidémies et les pandémies (DLMEP), la Direction des ressources humaines (DRH), etc. Les différents Programmes et ces différentes Directions pourraient ne pas manifester le même degré d'intérêt à l'égard de la mise en œuvre dudit Plan, ce qui constituerait, à certains égards, une source de difficultés.

La mise en place et l'organisation régulière des rencontres du ou des Comité(s) interne(s) de pilotage, et l'implication de ces Directions à toutes les activités réalisées par la DOSTS en tant que leader et porteur du dossier, pourraient contribuer à atténuer ce risque.

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2021-2025 AU CAMEROUN

La méthodologie d'élaboration du Plan Stratégique National de la santé communautaire 2021-2025 au Cameroun a consisté en une démarche participative incluant les cadres du Ministère de la santé publique aux niveaux central, régional et du District de santé, les Organisations de la Société Civile et les Partenaires Techniques et Financiers.

Les étapes qui ont ponctué cette méthodologie sont les suivantes :

- L'étape préparatoire au cours de laquelle les Consultants ont été recrutés et les différents chronogrammes de travail élaborés et adoptés ;
- L'organisation des réunions hebdomadaires et des concertations régulières entre les membres du Groupe de travail chargé du suivi de l'élaboration du Plan stratégique tout au long du processus ;
- L'organisation d'un atelier de lancement du processus le 18 Août 2020 ;
- La revue documentaire et la collecte des données sur le terrain dans les 10 Régions du pays auprès des Délégations Régionales de la Santé Publique, des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, des 45 Communes des 14 Communautés Urbaines du pays, d'un échantillon de 12 Districts et 12 Aires de santé choisis par convenance dans 6 des 10 Régions ; Cette étape a eu lieu entre le 05 Août et le 14 Septembre 2020 (pour la revue documentaire et la première phase de collecte des données sur le terrain), puis entre le 05 et le 31 Octobre 2020 pour la deuxième phase de collecte des données sur le terrain ;
- L'organisation d'un premier atelier d'analyse situationnelle et des goulots d'étranglement des ISDC entre le 15 et le 17 Septembre 2020 et l'élaboration du Draft0 ;
- L'organisation d'un atelier d'élaboration du Draft1 entre le 23 et le 25 Septembre 2020 ;
- L'organisation d'un deuxième atelier d'analyse des données situationnelles et des goulots d'étranglement des Structures de dialogue et d'autres Structures de participation communautaire (CTD, OSC/OBC, Mutuelles communautaires de santé) entre le 03 et le 06 Novembre 2020 et l'élaboration du Draft2 du PSNSC 2021-2025 ;
- L'organisation d'un atelier de finalisation et de budgétisation du PSNSC 2021-2025 entre le 17 et le 20 Novembre 2020 et l'élaboration du Draft3 (pré-final) ;
- L'organisation de l'atelier de validation et d'adoption du document final.

1. La formulation des choix stratégiques

- Identification et structuration de l'ensemble des objectifs désirés ;
- Synthèse des orientations politiques et stratégiques déjà édictées ;
- Déclinaison d'une vision à long terme pour le domaine ;
- Formulation des options stratégiques possibles à soumettre à la décision politique ;
- Développement de la stratégie pour chaque option stratégique retenue (identification et justification des axes stratégiques, formulation des objectifs intermédiaires et des extrants, formulation des pistes d'actions, des spécificités de genre, zones, des partenariats à prendre en compte, etc.).

La stratégie est l'ensemble constitué des axes stratégiques et la combinaison judicieuse des objectifs intermédiaires, des pistes d'actions et de mesures à l'intérieur de ces axes. Le développement de la stratégie s'appuie sur le scénario qui constitue l'option stratégique retenue.

Pour construire un axe stratégique, il faut regrouper les objectifs intermédiaires par finalité, afin de constituer des domaines d'activités homogènes et dont l'intitulé a un caractère général. Un axe stratégique correspond donc en général à un domaine d'activités. Son énoncé commence par un nom et ne contient pas de verbe. On pense à des expressions telles que : abandon, réduction, maintien, amélioration, contribution, etc.

Les axes stratégiques retenus doivent être les plus pertinents possibles. Cela réside dans l'intensité et l'efficacité de sa capacité à contribuer à atteindre l'objectif stratégique visé à moyen terme.

- Un argumentaire sera développé pour indiquer le cas échéant l'importance relative de chaque axe par rapport aux autres et la hiérarchie entre ceux-ci, la pertinence de l'axe en se référant à la problématique dégagée du diagnostic et des déterminants des choix stratégiques.

Cadre logique d'intervention du plan stratégique 2021-2025 de la santé communautaire au Cameroun

| Interventions | Activités | Structures populations cibles | Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|--|---|---|--------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|--|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| Axe stratégique N°1 : Renforcement de l'institutionnalisation et de la Gouvernance des interventions de santé communautaire | | | | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique : D'ici à 2023 mettre en place un cadre réglementaire de la santé communautaire avec la pleine participation de tous les acteurs concernés | | | | | | | | | | | | |
| Objectif spécifique 1.1 : Rendre opérationnel, avant fin 2022, le cadre réglementaire, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire (COSA, COSADI, OBC, OSC, ...) et des Agents de Santé Communautaires Polyvalents | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.1 Renforcement institutionnel, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire | Actualisation, production et dissémination du cadre réglementaire des Structures de participation communautaire | Structures du MINSANTE ; Communes ; Structures de dialogue. | Niveau central ; Toutes les 10 régions. | X | | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Revue du cadre de gouvernance des structures de participation communautaire | OBC/OSC | Toutes les 10 régions | X | X | X | X | X | | DOSTS | DPS, PTFs | Missions de terrain Réunions/Ateliers |
| | Appui à la restructuration et à la redynamisation des structures de participation communautaire | Structures de dialogue | Aires de santé, Districts de santé. | X | X | X | X | X | | DOSTS | DPS, PTFs | Missions de terrain Réunions/Ateliers |
| 1.1.2 Renforcement institutionnel, organisationnel et fonctionnel des structures de prestation et d'appui communautaire | Elaboration, production et dissémination du cadre réglementaire relatif au statut des structures de prestation communautaire des services et soins de santé, de l'ASC et à la mise en œuvre des ISDC | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Elaboration, production et dissémination du cadre réglementaire relatif au statut des structures d'appui communautaire aux services de santé dont les CTD, les OSC, OBC, élites et autres ONG | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Réunions/Ateliers Missions de terrain |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|--|--|--|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|--|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| | Mise à jour et dissémination des politiques et directives nationales de mise en œuvre des ISDC | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue | Niveau central Toutes les 10 régions | X | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Élaboration, validation et diffusion du document de l'opérationnalisation des paquets de services communautaires minimum et complémentaires comme document normatif applicable par tous | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| Objectif spécifique 1.2 : Avant fin 2022, renforcer les capacités managériales, techniques et financières des acteurs institutionnels pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire | | | | | | | | | | | |
| 1.2.1 Pilotage des activités de santé communautaires | Renforcement des capacités de la DOSTS dans la gestion des activités communautaires et des CTD (Conseils régionaux et communes) pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire | DOSTS | Niveau central | X | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Groupe de travail Réunions/Ateliers |
| | Mise à jour des cartographies des acteurs (ONG/OSC/OBC) partenaires et bénéficiaires des subventions pour la coordination et la mise en œuvre du Plan stratégique national de la santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Aires de santé, Communes, Districts de santé. | Toutes les 10 régions | X | | X | | X | Communes | SSD, OSC/OBC | Missions de terrain Réunions/Ateliers |
| | Mise en place et opérationnalisation des Taskforces de coordination des acteurs des interventions de santé communautaire à tous les niveaux du système de santé | Taskforces (Centrale, Régionale, du district et Communautaire) | Territoire National | | X | | | | | DOSTS | DOSTS, DAJC, DRSP, DS,AS |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|---|---|-------------------------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| | Production d'un Modèle-type de rapport annuel des interventions de santé communautaire pour capitaliser et partager les bonnes pratiques | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue. | Niveau central | X | | | | | DOSTS | DAJC, PTFs | Groupe de travail Réunions/Ateliers |
| Objectif spécifique 1.3 : D'ici fin 2023, opérationnaliser un cadre de collaboration intersectoriel et de renforcement de la redevabilité et de la reddition des comptes en faveur de la santé communautaire | | | | | | | | | | | |
| 1.3.1 Renforcement de la collaboration intersectorielle entre les acteurs de la santé communautaire | Mise sur pied des plateformes de coordination et de collaboration multisectorielle pour le suivi des activités des différents secteurs | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue. | Territoire National | X | | | | | DOSTS | DOSTS, DAJC, DRSP, DS, AS | Elaboration des textes juridiques et réglementaires |
| | Plaidoyer à l'endroit des autres ministères et secteurs pour leur implication/collaboration dans l'amélioration des indicateurs de mise en œuvre des interventions sous directives communautaires | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue. | Niveau central | X | X | X | X | X | DOSTS | Autres MINISTERES | Groupe de travail Réunions/Ateliers |
| | Appui aux organisations communautaires des autres secteurs pour la prise en compte des interventions sous directives communautaires dans leurs plans d'action sous l'impulsion de leur tutelle | Structures de dialogue | Aires de santé, Districts de santé. | | X | X | X | X | X | DOSTS | DPS, PTFs |
| 1.3.2 Renforcement de la redevabilité et la reddition des comptes par les structures et acteurs de la santé communautaire | Mettre en place un cadre /procédures devant garantir la redevabilité des acteurs de la santé communautaire et la reddition des comptes | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue. | Territoire National | X | | | | | DOSTS | DOSTS, DAJC, DRSP, DS, AS | Elaboration des textes juridiques et réglementaires |
| | Mise en place d'un système de monitoring sous directive communautaire (Community-led monitoring) pour le suivi des performances des structures et acteurs de la santé | Structures du MINSANTE Communes Structures de dialogue. | Territoire National | X | | | | | DOSTS | DOSTS, DAJC, DRSP, DS, AS | Elaboration des textes juridiques et réglementaires |
| Axe stratégique N°2 : Amélioration de l'offre de services de santé communautaire de qualité | | | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique : D'ici à 2025, assurer qu'au moins 60% des populations vivants a plus de 5 kilomètres des FOSA ou fortement enclaver ou en situation de crise sont couvert par les ASC polyvalent | | | | | | | | | | | |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|---|---|--|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| Objectif spécifique 2.1 : D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes) à prendre en main efficacement la gestion des FOSA de base et à s'impliquer totalement dans le financement et la gestion de la santé communautaire dans leur territoire. | | | | | | | | | | | |
| 2.1.1: Renforcement des capacités des structures et des acteurs de la santé communautaire à fournir une offre de service de qualité y compris la référence et la contre référence (Personnel de santé, SD, CTD, MCS, ONG/OSC/OBC, ASC) | Elaboration, production, traduction et diffusion du Manuel de formation des Structures de dialogue. | Structures de dialogue | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Travail de bureau Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Elaboration, production, traduction et diffusion du Manuel de formation des OSC/OBC de santé communautaire | OSC/OBC | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Travail de bureau Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Elaboration, production, traduction et diffusion du Manuel de formation des gestionnaires des Mutuelles communautaires de santé | Communes | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Travail de bureau Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Actualisation, production, traduction et diffusion du Manuel de formation des ASC et du Guide national des ISDC | ASC | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Travail de bureau Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Appuyer les membres de la communauté à mettre en place un système de référence et de contre référence | ASC et COSA | Niveau communautaire Toutes les régions | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions Missions de terrain |
| | Développer un outil d'évaluation de la qualité de l'offre de service de santé au niveau communautaire | ASC, Chef des aires | Niveau communautaire Toutes les régions | X | X | | | | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions Assistance technique Missions de terrain |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|---|---|-----------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---|--|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| | Organisation des missions de supervision formative des structures et des acteurs de la santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | Toutes les structures du MINSANTE à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Niveau national | X | X | X | X | X | DOSTS | Programmes Autres Directions et structures du MINSANTE | Missions de terrain |
| Objectif spécifique 2.2 D'ici 2025, rendre disponible dans au moins 80% des FOSA les intrants/médicaments traceurs de qualité y compris chez les ASC. | | | | | | | | | | | |
| 2.2.1: Renforcement du système d'approvisionnement, de réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants/médicaments au dernier kilomètre | Mettre en place un système de quantification à partir de la base (Botton-up) | COSA, COSADI Commis | Toutes les régions | X | | | | | DOSTS | MINSANTE, partenaires, PF GAS | Réunion/atelier Travail de bureau Mission de terrain |
| | Renforcer les capacités des acteurs à la gestion des intrants | COSA, COSADI Commis | Toutes les régions | X | | X | | X | DOSTS | MINSANTE, partenaires, PF GAS | Réunion/atelier Travail de bureau Mission de terrain |
| | Mise en place des tierces parties pour la mise à disposition des intrants de manière continue | COSA, COSADI, COGE OBC, OSCD | Toutes les régions | X | X | | | | DOSTS | MINSANTE, partenaires, PF GAS | Réunion/atelier Travail de bureau Mission de terrain |
| | Assurer l'implication effective des COSA dans la gestion des intrants/médicaments | COSA, COSADI, COGE, OBC, OSCD | Toutes les régions | X | X | X | X | X | DOSTS | MINSANTE, partenaires, PF GAS | Réunion/atelier Travail de bureau Mission de terrain |
| | Mettre en place un système de suivi électronique de la disponibilité des intrants/médicaments auprès des ASC | COSA, COSADI, | Toutes les régions | | X | | | | DOSTS | MINSANTE, partenaires, PF GAS | Réunion/atelier Travail de bureau Mission de terrain |
| Objectif spécifique 2.3 D'ici 2025, Augmenter de 60% le taux d'utilisation des services de santé dans les formations sanitaire et en communauté par rapport à la situation de 2020 | | | | | | | | | | | |
| 2.3.1 : Renforcement de la C4D pour l'utilisation des | Mener une étude sur les barrières à l'utilisation de l'offre de service de santé y compris communautaire | Communautaires (cibles diverses, ASC, OSCD, ONG Associations) | Toutes les 10 régions | X | | | | X | DOSTS | DROS, DPS, MINSANTE, Partenaires | Réunion Mission de terrain Assistance cabinet Travail de bureau |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|---|---|--|------|------|------|------|--------------------------|------------------|----------------------------------|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| services de santé de qualité | Identifier les stratégies de communication à mettre en œuvre pour adresser les problèmes rencontrés | Minsante, DRSP, GTR, | Toutes les 10 régions | X | | | | X | DOSTS | DROS, DPS, MINSANTE, Partenaires | Mission de terrain Travail de bureau Assistance cabinet |
| | Renforcer les capacités des acteurs à la C4D en matière de santé communautaire. | OSCD, OBC, ASC, CTD | Toutes les 10 régions | X | | X | | X | DOSTS | DROS, DPS, MINSANTE, Partenaires | Réunion/atelier Mission de terrain |
| | Contractualiser avec les OSCD/OBC pour leur implication dans la promotion de l'utilisation des services de santé | OSCD/OBC | Toutes les 10 régions | X | | | | | DOSTS | MINSANTE, Partenaires | Travail de bureau Signature contrats Payement services |
| Objectif spécifique 2.4 D'ici 2025, 80% des signaux sont captés et notifiés à travers le système communautaire | | | | | | | | | | | |
| 2.4.1: Renforcement de la Surveillance à Base Communautaire (SBC) des événements et signaux de santé y compris en contexte de crise | Former les acteurs communautaires (ASC, responsables des aires) à la surveillance à base communautaire | DRSP/ CSD | Toutes les 10 régions | | X | | X | | DOSTS | MINSANTE, Partenaires | Réunion/atelier Mission de terrain |
| | Conception/production des outils de la SBC et mise à disposition de l'ensemble des ASC dans l'ensemble des Aires et des Districts de santé. | ASC | Niveau central Toutes les 10 régions. | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Travail de bureau Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Mettre en place un système électronique d'alerte et de notification des signaux captés au niveau communautaire par l'ASC | MINSANTE -CIS | Niveau central Toutes les 10 régions. | | X | | | | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Travail de bureau Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Implication de l'ensemble des Tradithérapeutes/matrones reconnus et fréquentés à la SBC dans tous les Districts et toutes Aires de santé. | Tradithérapeutes/matrones | Aires et Districts de santé Communes | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| Objectif spécifique 2.5 D'ici 2025, amener 60% des CTD (Communes), structures formelles, associations, leaders traditionnel et religieux à mobiliser les ressources locales et à ou à contribuer au développement des interventions de santé communautaires. | | | | | | | | | | | |
| 2.5.1 Renforcement des mécanismes de pérennisation des interventions de | Mettre à jour la cartographie des ASC par rapport à la population à couvrir | ASC, | Toutes les 10 régions | X | X | | | | DOSTS | MINSANTE | Réunion Mission de terrain Travail de bureau |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|---|---|---|------|------|------|------|--------------------------|------------------|----------------------------|--|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| santé communautaire (coordination multisectorielles, mise en place de système de redevabilité, leadership des CTD). | Elaborer un plan de mise à échelle de la couverture en ASC | DRSP, CDS, CTD | Toutes les 10 régions | X | X | | | | DOSTS | MINSANTE Partenaires | Réunions/Ateliers Travail de bureau |
| | Renforcement du rôle des CTD, ONG/OSC/OBC dans le financement et la gestion de la santé communautaire. | CTD ONG/OSC/OBC | Communes | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Mise en place d'un « Fonds communal de santé » auprès de chaque Commune et district | Conseils municipaux | Communes | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Mise en place et renforcement des capacités des Comités de gestion des Formations Sanitaires de base (CSI et CMA) et de la santé communautaire. | CTD, COSA, | Communes, | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| | Identification et développement des mécanismes innovants de mobilisation des ressources locales pour renforcer la santé communautaire | CTD, COSA COSADI, ONG/OSC/OBC | Communes Aires et Districts de santé | X | X | X | X | X | DOSTS | Partenaires du MINSANTE | Réunions/Ateliers Missions de terrain |
| Axe stratégique N°3 : Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire | | | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique : D'ici 2025, accroître la demande des communautés pour l'utilisation effective des soins et services de santé communautaire à travers la communication | | | | | | | | | | | |
| <i>Objectif spécifique 3.1 : Amener les Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, les PTF, le secteur privé / opérateurs économiques et les CTD à soutenir, à appuyer et à s'impliquer dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire</i> | | | | | | | | | | | |
| 3.1.1 Elaboration et validation du plan intégré de communication de la | Organisation d'un atelier d'élaboration du plan intégré de communication | Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, PTF, | National | X | X | | | | MINSANTE | MINDDEVEL FEICOM PTF | Atelier |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|--|--|--------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| santé communautaire | | secteur privé / opérateurs économiques, CTD | | | | | | | | | |
| | Organisation d'un atelier de validation du plan intégré de communication | les Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, les PTF, le secteur privé / opérateurs économiques et les CTD | National | X | X | | | | MINSANTE | MINDDEVEL FEICOM PTF | Atelier |
| 3.1.2 Elaboration, production et diffusion des kits de plaidoyer en santé. | Organisation d'une session d'élaboration des kits de plaidoyer | les Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, les PTF, le secteur privé / opérateurs économiques et les CTD | Central | X | X | | | | MINSANTE | PTF | Atelier |
| | Pré-test | 5 régions | Central | | X | | | | MINSANTE | | Mission de pré-test |
| | Production des kits | | Central | | X | | | | MINSANTE | | Contrat avec un prestataire |
| | Dissémination des kits | | National | | X | | | | MINSANTE | | Mission de dissémination |
| Objectif spécifique 3.2 : D'ici 2025 : Mobiliser toutes les CTD et les ONG/OSC/OBC (100%) intervenant dans la santé à s'engager dans la mise en œuvre des interventions sous directives communautaire | | | | | | | | | | | |
| 3.2.1 Evaluation du niveau d'influence des croyances ethniques sur | Réalisation d'une enquête ethnographique ; | Communautés | National | | X | | | | MINSANTE | PTF | Enquête |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|--|---|--------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| l'adhésion et ou l'appropriation des interventions sous directives communautaires | Réalisation d'une enquête CAP sur les pratiques familiales essentielles ; | Communautés | National | | X | | | | MINSANTE | PTF | Enquête |
| 3.2.2 Elaboration, production et diffusion de la stratégie de mobilisation sociale en santé communautaire y compris sa mise en œuvre à tous les niveaux, | Organisation d'une session d'élaboration de la stratégie de mobilisation | CTD, OSC/ONG/OBC | Central | | X | | | | MINSANTE | PTF | Atelier |
| | Traduction de la stratégie | | Central | | | X | | | MINSANTE | PTF | Contrat avec un prestataire |
| | Production | | Central | | | X | | | MINSANTE | PTF | Contrat avec un prestataire |
| | Dissémination de la stratégie à tous les niveaux | Nationale | National | | | X | | | MINSANTE | PTF | Mission de dissémination |
| 3.2.3 Renforcement des capacités des CTD, ONG/OSC/OBC aux interventions de santé communautaire, | Elaboration de la cartographie des OSC/OBC/ONG intervenant dans la santé | OSC/ONG/OBC/CTD | National | | | X | | | MINSANTE | PTF | Atelier |
| | Elaboration des modules de formation | OSC/ONG/OBC/CTD | Central | | | X | | | MINSANTE | PTF | Atelier |
| | Organisation des sessions de renforcement des capacités | OSC/ONG/OBC/CTD | National | | | X | | | MINSANTE | PTF | Atelier |
| 3.2.4 Mise en place d'un cadre de collaboration et coordination avec les associations locales | Contractualisation des associations locales pour la mobilisation des communautés | OSC/ONG/OBC CTD | National | | | X | | | MINSANTE | | Séance de travail |
| Objectif spécifique 3.3 : D'ici 2025 : Amener au moins 80% des ménages à s'approprier et à adhérer aux ISDC en contribuant à leur financement | | | | | | | | | | | |
| 3.3.1 Conception, production et diffusion des supports de communication en langues officielles et | Conception des supports de communication | Communautés | Central | | X | | | | MINSANTE | PTF | Atelier |
| | Pré-test | Communautés | 5 régions | | X | | | | MINSANTE | PTF | Mission de pré-test |
| | Traduction en langues officielles et principales langue locales | Communautés | Central | | X | | | | MINSANTE | PTF | Contrat avec un prestataire |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|---|---|--------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| en principales langues locales, | Production des supports de communication | Communautés | Central | | X | | | | MINSANTE | PTF | Contrat avec un prestataire |
| | Dissémination et Diffusion des supports de communication | National | National | | X | | | | MINSANTE | PTF | Mission de dissémination |
| 3.3.2 Renforcement de la communication interpersonnelle (VAD, dialogue communautaire et causerie éducative) pour le changement des comportements, | Organisation des sessions d'information sur les ISDC | Communautés | National | | X | X | X | X | MINSANTE | PTF | Ateliers |
| | Organisation des campagnes de sensibilisation de proximité | Communautés | National | | X | X | X | X | MINSANTE | PTF | VAD, dialogue communautaire et causerie éducative |
| 3.3.3 Renforcement de la communication de masse à travers les radios communautaires pour l'adhésion des ménages à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire | Contractualisation des radios communautaires pour la mobilisation des communautés | OSC/ONG/OBC | National | | X | X | X | X | MINSANTE | MINPROFF | Séance de travail |
| | Renforcement des capacités des radios communautaires | Radios communautaires | National | | X | X | X | X | MINSANTE | MINCOM | Ateliers |
| | Organisation des campagnes de sensibilisation médiatiques dans les radios communautaires | Communautés | National | | X | X | X | X | MINSANTE | MINCOM | Diffusion à travers les radios communautaires |
| Axe stratégique N°4 : Suivi et évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire | | | | | | | | | | | |
| Objectif stratégique : Disposer des données de qualité à tous les niveaux du système de santé pour mieux suivre et mesurer l'impact de la mise en œuvre des ISC d'ici à 2025 | | | | | | | | | | | |
| <i>Objectif spécifique 4.1 : Rendre disponibles 100% des rapports complets et de qualité sur les interventions de santé sous directives communautaires d'ici à 2025</i> | | | | | | | | | | | |
| 4.1.1 Renforcement du système de Collecte, transmission et stockage des données de santé | Révision et harmonisation des outils élaborés pour la gestion des données et des intrants, le suivi des activités et la supervision des acteurs | MINSANTE Programmes Partenaires | Niveau central | X | X | X | X | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Réunions/Ateliers de validation |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|--|---|------------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---|--|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| communautaire Actions/activités prioritaires | Production et distribution des outils de suivi des activités et de supervision des acteurs de mise en œuvre du PSNSC 2021-2025 | Suivi-évaluation | Niveau central | X | X | X | X | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Contrat avec un prestataire |
| | Mise en place d'un système de reportage des données de santé communautaire à travers le DHIS2 | CIS | Niveau central | X | | | | | DOSTS | CIS | Atelier pour l'intégration des données |
| 4.1.2 Renforcement de l'Assurance qualité des données sur les interventions de santé communautaire | Organisation des réunions mensuelles de revue et validation des données sur les interventions de santé communautaire au niveau des aires de santé | Taskforces Communautaire | Aire de Santé (AS) | X | X | X | X | X | COSA | CSI/CMA, Autres FOSA, OBC | Réunions/Ateliers |
| | Organisation des réunions trimestrielles de revue et validation des données sur les interventions de santé communautaire au niveau des districts de santé | Taskforces du district | District de Santé (DS) | X | X | X | X | X | SSD/COSADI | CTD, ONG, OSC, | Réunions/Ateliers |
| | Organisation des missions de vérification de la qualité des données sur les interventions de santé communautaires | Taskforce Régionale, | Niveau régional | X | X | X | X | X | DRSP | PTF | Missions de terrain |
| Objectif spécifique 4.2 : D'ici 2025, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité sur les ISC pour améliorer la mise en œuvre | | | | | | | | | | | |
| 4.2.1 Renforcement de l'Analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision | Production des Bulletins nationaux et régionaux sur les interventions de santé communautaire pour capitaliser et partager les expériences réussies, les expériences malheureuses et les erreurs à éviter | Taskforce Régionale, | Niveau régional | X | X | X | X | X | DRSP | PTF | Réunions/Ateliers |
| | Organisation des réunions mensuelles d'analyse des données sur les interventions de santé communautaire au niveau des districts de santé | Taskforce du district | District de Santé (DS) | X | X | X | X | X | SSD/COSADI | CTD, ONG, OSC, | Réunions/Ateliers |
| Objectif spécifique 4.3 : D'ici 2025, au moins 80% des activités du PSNSC sont réalisées dans les délais programmés | | | | | | | | | | | |
| 4.3.1 Suivi des interventions de santé communautaire | Organiser semestriellement les réunions de la Taskforce pour le suivi des interventions de santé communautaire | Taskforce Centrale, | Niveau central | X | X | X | X | X | DOSTS | DLMEP, DPS, DSF, DPML, CS, CIS, GTC/PROGR AMMES,PTF | ATELIERS |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|---|---|--|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| | Organisation semestrielle les réunions de la Taskforce pour le suivi des interventions de santé communautaire | Taskforce Régionale, | Niveau régional | X | X | X | X | X | DRSP | PTF | Réunions/Ateliers |
| | Organisation trimestrielle les réunions de la Taskforce de district pour le suivi des interventions de santé communautaire | Taskforce du district | District de Santé (DS) | X | X | X | X | X | SSD/COSADI | CTD, ONG, OSC, | Réunions/Ateliers |
| | Organisation trimestrielle les réunions de la Taskforce communautaire pour le suivi des interventions de santé communautaire | Taskforce Communautaire | Aire de Santé (AS) | X | X | X | X | X | COSA | CSI/CMA, Autres FOSA, OBC | Réunions/Ateliers |
| Objectif spécifique 4.4 : D'ici 2025, Réaliser 100% des évaluations et enquêtes d'impact des interventions de santé communautaire | | | | | | | | | | | |
| 4.4.1 Evaluation du Plan Stratégique national de santé communautaire | Réalisation d'une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan stratégique en 2023 | Axes stratégiques du Plan | Echantillonnage de certains districts de santé | | | X | | | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Contractualisation avec un consultant ou un institut de recherche |
| | Réalisation d'une évaluation finale de la mise en œuvre du Plan stratégique en fin d'année 2025 | Axes stratégiques du Plan | Echantillonnage de certains districts de santé | | | | | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Contractualisation avec un consultant ou un institut de recherche |
| 4.4.2 Evaluation des effets et impact des interventions de santé communautaire | Contribution aux grandes enquêtes auprès des ménages (EDS, MICS, MIS, EPC-MILDA) pour mesurer les effets et impacts des interventions | Axes stratégiques du Plan | Echantillonnage de certains districts de santé | | | X | | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Contractualisation avec un consultant ou un institut de recherche |
| | Enquêtes auprès des ASC pour évaluer la qualité des services | Axes stratégiques du Plan | Echantillonnage de certains districts de santé | | | X | | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Contractualisation avec un consultant ou un institut de recherche |
| Objectif spécifique 4.5 : D'ici 2025, Au moins 80% des sujets de recherche en santé communautaire identifiés sont menés à terme | | | | | | | | | | | |
| 4.5.1 Recherche opérationnelle en santé communautaire | Élaboration d'une cartographie détaillée des interventions de santé communautaire et de tous les partenaires impliqués | Aires de santé, Communes, Districts de santé | Toutes les 10 régions | X | X | X | X | X | Communes | SSD, OSC/OBC | Missions de terrain Réunions/Ateliers |
| | Organisation d'un atelier avec les partenaires pour identifier des besoins de recherche selon les axes stratégiques | Structures du MINSANTE | Niveau central | X | | | | | DOSTS | Programmes PTFs | Travail de bureau, |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|--|--|---|---|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| | Rédaction des projets de recherche | Communautés | Tous les niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | DROS, Instituts de recherche | Réunions/Ateliers Etudes |
| | Diffusion des résultats de recherche sur les ISC en collaboration avec les | Communautés | Tous les niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | DROS, Instituts de recherche | Etudes |
| | Réalisation des études comportementales sur les interventions de santé communautaire | Axes stratégiques du Plan | Echantillon de certains districts de santé du territoire national | | | X | | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Contractualisation avec un consultant ou un institut de recherche |
| | Publications et articles dans les revues scientifiques | Personnels de MEO, Suivi-évaluation | Tous les niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Déplacements sur le plan national et international |
| | Organisation des journées scientifiques | Aires de santé, Communes, Districts de santé | Toutes les 10 régions | X | X | X | X | X | Communes | SSD, OSC/OBC | Réunions/Ateliers |
| | Organisation des voyages d'études en vue du partage d'expériences sur les meilleures pratiques pour améliorer la MEO de la Santé Communautaire au Cameroun | Personnels de MEO, Suivi-évaluation | Tous les niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Déplacements sur le plan national et international |
| | Participation à des rencontres internationales scientifiques ou d'échange sur la Santé Communautaire | Personnels de MEO, Suivi-évaluation | Tous les niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | Tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Déplacements sur le plan national et international |
| Axe stratégique N°5 : Accès des populations vulnérables, et des populations clés aux soins de santé de qualité y compris des soins de santé communautaire et prise en compte du genre et des droits humains | | | | | | | | | | | |
| Objectif spécifique 5.1 : Autonomiser les groupes cibles | | | | | | | | | | | |
| 5.1.1 Renforcement de l'autonomisation des groupes cibles | Mise en place d'un dispositif local/associatif de protection socio-sanitaire pour les groupes cibles | CTD ONG/OSC/OBC | Tous les niveaux | X | X | | | | Communes | SSD, OSC/OBC | Réunions/Ateliers |
| | Mise en place des dispositifs de soutien des initiatives des communautaire liées aux activités génératrices de revenus (AGR) | CTD ONG/OSC/OBC | Tous les niveaux | X | X | | | | Communes | SSD, OSC/OBC | Réunions/Ateliers |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|---|---|------------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|---|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| | Renforcement des capacités des groupes cibles dans les stratégies d'autonomisation | CTD ONG/OSC/OBC | Tous niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | SSD, OSC/OBC | Réunions/Ateliers |
| | Plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers pour le financement des AGR | CTD | Tous niveaux | X | X | X | X | X | Communes | SSD, OSC/OBC | Réunions/Ateliers |
| Objectif spécifique 5.2 : Améliorer la couverture sanitaire des populations vulnérables et en services et soins promotionnels, préventif et curatifs à travers les interventions sous directives communautaires d'ici 2022 | | | | | | | | | | | |
| 5.2.1 Amélioration de la couverture sanitaire des populations vulnérables | Approvisionnement en intrants pour la mise en œuvre des ISDC | MINSANTE Programmes Partenaires | Aire de Santé (AS) | X | X | X | X | X | MINSANTE | Programmes PTFs | Contrat avec un prestataire |
| | Offre des paquets de services des ISDC adaptés aux groupes cibles | MINSANTE Programmes Partenaires | Aire de Santé (AS) | X | X | X | X | X | MINSANTE | Programmes PTFs | VAD, dialogue communautaire et causerie éducative |
| Objectif spécifique 5.3 : Renforcer les capacités des acteurs communautaires en contexte de crises humanitaires sur la mise en œuvre des interventions sous directives communautaire en tenant compte des approches genre, respect des droits humains d'ici 2022 | | | | | | | | | | | |
| 5.3.1 Renforcement des capacités des acteurs communautaire en contexte de crise humanitaire sur la mise en œuvre des ISDC tenant compte des approches genre | Formation /recyclage des acteurs communautaire, des ASC/OSC sur la mise en œuvre des ISDC et sur l'approche genre et le respect des droits humains | MINSANTE Programmes Partenaires | District de Santé (DS) | X | X | X | X | X | DOSTS | Programmes PTFs | Réunions/Ateliers |
| | Mise à jour des modules de formation sur la mise en œuvre des ISDC adaptées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y intégrant les aspects genre et droits humains. | MINSANTE Programmes Partenaires | Niveau central | X | | | | | DOSTS | Programmes PTFs | Réunions/Ateliers |
| Objectif spécifique 5.4 : Accroître l'utilisation des paquets de services et soins de santé offerts aux populations vulnérables et clés d'ici 2022 | | | | | | | | | | | |
| 5.4.1 Amélioration de l'utilisation des paquets de services et soins offerts aux populations vulnérables et clés | Sensibilisation des groupes cibles sur l'offre de service communautaire | CTD ONG/OSC/OBC | Tous niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | SSD, OSC/OBC | VAD, dialogue communautaire et causerie éducative |
| | Plaidoyer auprès des leaders d'opinion (religieux, traditionnels ...) pour leur implication dans la sensibilisation des groupes cibles | CTD ONG/OSC/OBC | Tous niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | SSD, OSC/OBC | Réunions/Ateliers |

| Interventions | Activités | Structures populations cibles / Zones d'exécution | Années d'exécution | | | | | Acteurs de mise en œuvre | | Approche de mise en œuvre | |
|---|--|---|------------------------|------|------|------|------|--------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Responsable | Autres concernés | | |
| Objectif spécifique 5.5 : Renforcer le système d'approvisionnement, de réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants au dernier kilomètre en contexte de vulnérabilité d'ici 2021 | | | | | | | | | | | |
| 5.5.1 Renforcement du système d'approvisionnement, réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants en contexte de vulnérabilité | Quantification appropriée des besoins des groupes cibles par zone /région | MINSANTE Programmes Partenaires | Tous niveaux | X | X | X | X | X | DOSTS | DPML Programmes PTFs | Réunions/Ateliers |
| | Renforcement des capacités GAS des intervenants des chaînes logistiques jusqu' au groupes cibles | MINSANTE Programmes Partenaires | District de Santé (DS) | | X | | X | | DOSTS | DPML Programmes PTFs | Réunions/Ateliers |
| | Mise à contribution /contractualisation des acteurs locaux, humanitaires pour la distribution des intrants/offre de service dans les zones difficile d'accès | MINSANTE Programmes Partenaires | Niveau central | X | X | X | X | X | DOSTS | DPML Programmes PTFs | Contrat avec un prestataire |

Cadre de performance du PSNSC 2021-2025

| N° | Indicateurs | Baseline | | Cibles annuelles | | | | | Source de vérification | |
|---|---|----------|-------|------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------|--|
| | | Valeur | Année | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | | |
| Objectif général du PSNSC 2021-2025: Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la pleine participation des communautés | | | | | | | | | | |
| 1 | Taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes | 80 | 2018 | 74 | 72 | 71 | 69 | 67 | EDS/MICS | |
| 2 | Taux de mortalité maternelle toutes causes confondues pour 1000 femmes dans les FOSA (Pour 100 000) | 88 | 2020 | 58 | 48 | 36 | 26 | 16 | SNIS | |
| 3 | Taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants | 102 | 2020 | 44 | 38 | 32 | 26 | 20 | SNIS | |
| 4 | Prévalence du VIH Sida | 2,7% | 2018 | 2,88% | 2,76% | 2,64% | 2,51% | 2,38% | EDS/MICS CAMPHIA SPECTRUM | |
| 5 | Taux d'incidence de la tuberculose (Pour 100 000) | 186 | 2018 | 116 | 121 | 125 | 130 | 135 | Rapport annuel PNLT | |
| Axe d'intervention N°1 : Gouvernance, coordination des interventions de santé communautaire | | | | | | | | | | |

| N° | Indicateurs | Baseline | | Cibles annuelles | | | | | Source de vérification |
|---|---|----------|-------|------------------|------|------|------|------|--|
| | | Valeur | Année | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | |
| Objectifs spécifiques | | | | | | | | | |
| 1.1 : Rendre opérationnel, avant fin 2021, le cadre réglementaire, organisationnel et fonctionnel des structures de participation communautaire (COSA, COSADI, OBC, OSC, ...) | | | | | | | | | |
| 1.2 : Avant fin 2022, renforcer les capacités managériales, techniques et financières des acteurs institutionnels pour la planification et la coordination des activités de santé communautaire | | | | | | | | | |
| 1.3 : D'ici fin 2023, opérationnaliser un cadre de collaboration intersectoriel et de renforcement de la redevabilité et de la reddition des comptes en faveur de la santé communautaire | | | | | | | | | |
| 1 | Pourcentage d'Aires de santé disposant d'un COSA formel et fonctionnel incluant les ASC parmi ses membres | ND | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports d'activités, rapports de réunions, rapports des assemblées générales. |
| 2 | Pourcentage de Districts de santé disposant d'un COSADI formel et fonctionnel incluant les représentants des Communes, des ONG/OSC/ OBC et des secteurs apparentés parmi ses membres | ND | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports d'activités, rapports de réunions, rapports des assemblées générales |
| 3 | Pourcentage de Communes disposant d'une Mutuelle communautaire de santé fonctionnelle et d'un « Fonds communal de santé » pour appuyer le financement des ASC et la mise en œuvre des ISC | 0% | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports d'activités |
| 4 | Pourcentage des ASC opérationnels ayant reçu leur motivation dans les délais | 30% | 2020 | 50% | 80% | 100% | 100% | 100% | Rapports d'activités |
| 5 | Pourcentage d'Aire de santé impliquant les Tradipraticiens dans la SBC | ND | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | |
| Axe d'intervention N°2 : Amélioration de l'offre de services de santé communautaire de qualité | | | | | | | | | |
| Objectifs spécifiques | | | | | | | | | |
| 2.1 : D'ici à 2025, amener 40% des CTD (Communes) à prendre en main efficacement la gestion des FOSA de base et à s'impliquer totalement dans le financement et la gestion de la santé communautaire dans leur territoire | | | | | | | | | |
| 2.2 D'ici à 2025, rendre disponible dans au moins 100% des FOSA les intrants/médicaments traceurs de qualité y compris chez les ASC. | | | | | | | | | |
| 2.3 D'ici à 2025, Augmenter de 40% le taux d'utilisation des services de santé dans les formations sanitaire et en communauté par rapport à la situation de 2020 | | | | | | | | | |
| 2.4 D'ici à 2025, 80% des signaux sont captés et notifiés à travers le système communautaire | | | | | | | | | |
| 2.5 D'ici à 2025, amener 60% des CTD (Communes), structures formelles, associations, leaders traditionnel et religieux à mobiliser les ressources locales et à ou à contribuer au développement des interventions de santé communautaires | | | | | | | | | |
| 6 | Pourcentage d'Aires de santé disposant d'ASC polyvalents qualifiés selon les normes | 48% | 2020 | 58% | 68% | 78% | 88% | 100% | Cartographie des ASC |

| N° | Indicateurs | Baseline | | Cibles annuelles | | | | | Source de vérification |
|--|--|----------|-------|------------------|------|------|------|------|------------------------|
| | | Valeur | Année | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | |
| 7 | Pourcentage d'ASC opérationnels ayant disposé en continu des intrants pour la mise en œuvre des interventions de santé communautaire | 35% | 2020 | 44% | 53% | 62% | 71% | 80% | Rapports d'activités |
| 8 | Pourcentage des CTD et COSADI formés à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire | 0.30% | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports de formation |
| 9 | Pourcentage de visites à domicile effectuées par les ASC par rapport à celles planifiées | 100% | 2020 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Rapports des ASC |
| 10 | Pourcentage de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées et reçues à la FOSA | 27% | 2020 | 35% | 50% | 65% | 80% | 100% | Rapports des ASC |
| 11 | Pourcentage d'enfants nés en communauté référés et reçus dans la formation sanitaire par rapport au nombre planifié | ND | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports des ASC |
| 12 | Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté | 80% | 2020 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | DHIS2 |
| 13 | Proportion de cas de paludisme simple confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans la communauté | 90% | 2020 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | DHIS2 |
| 14 | Pourcentage d'enfants de moins de 24 mois perdus de vue à la vaccination puis retrouvés, référés et reçus à la formation sanitaire | 44% | 2020 | 55% | 66% | 77% | 88% | 100% | Rapports des ASC |
| 15 | Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois atteints de malnutrition aigüe identifiés, référés et reçus dans la FOSA | 20% | 2020 | 36% | 52% | 68% | 84% | 100% | Rapports des ASC |
| 16 | Pourcentage de cas suspects de tuberculose identifiés, référés et reçus à la formation sanitaire par rapport | 39% | 2020 | 50% | 62% | 74% | 86 | 100% | Rapports des ASC |
| Axe d'intervention N°3 : Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire | | | | | | | | | |
| Objectifs spécifiques | | | | | | | | | |
| <i>3.1 : Amener les Autorités administratives, politiques, traditionnelles et religieuses, les PTF, le secteur privé / opérateurs économiques et les CTD à soutenir, à appuyer et à s'impliquer dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire</i> | | | | | | | | | |
| <i>3.2 : D'ici 2025 : Mobiliser toutes les CTD et les ONG/OSC/OBC (100%) intervenant dans la santé à s'engager dans la mise en œuvre des interventions sous directives communautaire</i> | | | | | | | | | |
| <i>3.3 : D'ici 2025 : Amener au moins 80% des ménages à s'approprier et à adhérer aux ISC en contribuant à leur financement</i> | | | | | | | | | |

| N° | Indicateurs | Baseline | | Cibles annuelles | | | | | Source de vérification |
|---|---|----------|-------|------------------|------|------|------|------|--|
| | | Valeur | Année | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | |
| 17 | Pourcentage de Communes mobilisant les ressources locales pour appuyer le financement des ASC et la mise en œuvre des ISC | 0.30% | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports d'activités |
| 18 | Pourcentage de Communes disposant d'un Fonds communal de santé pour financer les ASC et les ISC | 0% | 2020 | 10% | 25% | 50% | 75% | 100% | Rapports d'activités |
| 19 | Pourcentage de COSADI disposant d'un Fonds de santé communautaire pour financer les ISC | 0% | 2020 | 10% | 25% | 50% | 75% | 100% | Rapports d'activités |
| 20 | Pourcentage d'aires de santé incluant les OBC dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire | ND | 2020 | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Rapports d'activités |
| Axe d'intervention N°4 : Suivi, évaluation et recherche opérationnelle sur les interventions de santé communautaire | | | | | | | | | |
| Objectifs spécifiques | | | | | | | | | |
| <i>4.1 : Rendre disponibles 100% des rapports complets et de qualité sur les interventions de santé communautaire d'ici à 2025</i> | | | | | | | | | |
| <i>4.2 : D'ici 2025, 100% des districts de santé utilisent les informations de qualité sur les ISC pour améliorer la mise en œuvre</i> | | | | | | | | | |
| <i>4.3 : D'ici 2025, au moins 80% des activités du PSNSC sont réalisées dans les délais programmés</i> | | | | | | | | | |
| <i>4.4 : D'ici 2025, Réaliser 100% des évaluations et enquêtes d'impact des interventions de santé communautaire</i> | | | | | | | | | |
| <i>4.5 : D'ici 2025, Au moins 80% des sujets de recherche en santé communautaire identifiés sont menés à terme</i> | | | | | | | | | |
| 21 | Taux de complétude des rapports des ASC au niveau des Aires de santé | 80% | 2020 | 84% | 88% | 92% | 96% | 100% | Rapports des ASC |
| 22 | Pourcentage des rapports des ASC transmis à travers le logiciel DHIS2 dans les délais | 80% | 2020 | 84% | 88% | 92% | 96% | 100% | DHIS2, Rapports des ISC |
| 23 | Pourcentage d'ASC polyvalents supervisés au moins 2 fois par le personnel de santé au cours de l'année | 47% | 2020 | 57% | 67% | 77% | 87% | 100% | Rapports de supervision |
| 24 | Taux de réalisation des activités du plan de travail annuel des interventions de santé communautaire | 90% | 2020 | 92% | 94% | 96% | 98% | 100% | Rapports d'activités Plan de travail annuel |
| Axe d'intervention N°5 : Accès des populations vulnérables et populations clés aux soins de santé de qualité y compris des soins de santé communautaire | | | | | | | | | |
| Objectifs spécifiques | | | | | | | | | |
| <i>5.1 : Autonomiser les groupes cibles</i> | | | | | | | | | |
| <i>5.2 : Améliorer la couverture sanitaire des populations vulnérables et en services et soins promotionnels, préventif et curatifs à travers les interventions sous directives communautaires d'ici 2022</i> | | | | | | | | | |
| <i>5.3 : Renforcer les capacités des acteurs communautaires en contexte de crises humanitaires sur la mise en œuvre des interventions sous directives communautaire en tenant compte des approches genre, respect des droits humains d'ici 2022</i> | | | | | | | | | |
| <i>5.4 : Accroître l'utilisation des paquets de services et soins de santé offerts aux populations vulnérables et clés d'ici 2022</i> | | | | | | | | | |
| <i>5.5 : Renforcer le système d'approvisionnement, de réapprovisionnement et suivi de l'utilisation des intrants au dernier kilomètre en contexte de vulnérabilité d'ici 2021</i> | | | | | | | | | |
| 25 | Proportion des acteurs communautaires dont les capacités ont été renforcées à la mise en œuvre des | 0% | 2019 | 50% | 65% | 80% | 90% | 100% | Rapports de formation |

| N° | Indicateurs | Baseline | | Cibles annuelles | | | | | Source de vérification |
|----|--|----------|-------|------------------|------|------|------|------|------------------------|
| | | Valeur | Année | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | |
| | interventions sous directives communautaire en tenant compte des approches genre, respect des droits humains | | | | | | | | |

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Amazigo et al. The challenges of community-directed treatment with ivermectin (CDTI) within the African Program for Onchocerciasis; *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*.2002 ; Vol. 96, Supplement No. 1, S41–S58.

Awomo Ndongo J. C. Émergence des mutuelles de santé au Cameroun. *Revue internationale de l'économie sociale*. 2015.

BIT. Rapport de l'inventaire des dispositifs de protection sociale en santé au Cameroun. Bureau International du Travail. 2014 ; Yaoundé, Cameroun.

EPOS et SAILD. Rapport provisoire de l'étude diagnostique et cartographique des mutuelles de santé au Cameroun. GIZ. 2010 ; Yaoundé, Cameroun.

Kondji Kondji D. Evolution historique du district de santé au Cameroun : de la conceptualisation à l'opérationnalisation. 1^{ère} édition, 2005; P96.

Lehmann U. et Sanders D. **Policy Brief : Community Health Workers : What Do We Know About Them? The State of the Evidence on Programs, Activities, Costs and Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers; Evidence and Information for Policy.** CHW Central. 2007. Consultable sur : www.chwcentral.org ; <https://www.researchgate.net>

République du Cameroun. Déclaration Nationale de la mise en œuvre de la Réorientation des SSP. Ministère de la santé publique. 1993 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. Décret N°95/013 du 7 février 1995 sur l'organisation des services de santé de base en Districts de santé. Ministère de la santé publique. 1995 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. Arrêté N°0033/CAB/MSP du 21 Septembre 1998 fixant les modalités de création des Structures de Dialogue communautaire dans les Districts de santé. Ministère de la santé publique. 1998 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. Loi N° 2019/024 du 24 décembre 2019 portant Code général des Collectivités Territoriales Décentralisées. Ministère de l'administration territoriale.2019 ; Yaoundé Cameroun.

République du Cameroun. 4^e Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples ; Cameroun : EDS-MICS4, 2011. Institut National de la Statistique. 2012 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 ; Edition 2017. Ministère de la santé publique. 2017 ; Yaoundé, Cameroun ; Disponible sur :<http://www.minsante.gov.cm/site/?q=fr/content/strat%C3%A9gie-sectorielle-de-sant%C3%A9-2016-2027-1>.

République du Cameroun. Stratégie intégrée de mise en œuvre des activités sous directive communautaire au Cameroun. Ministère de la santé publique, PNLP. Juillet 2016 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. 5^e Enquête Démographique et de Santé : EDS5, 2018. Institut National de la Statistique. 2019 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2019. Ministère de la santé publique. 2020 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun et AFD. Guide de fonctionnement des structures de dialogue des districts de santé. Ministère de la santé publique. Juillet 2009 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun, UNICEF et OMS. Guide national d'intégration des interventions sous directive communautaire. Ministère de la santé publique. Version de Novembre 2012 et version actualisée de 2016 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun, UNICEF et OMS. Politique nationale de la santé communautaire. Ministère

de la santé publique. 2017 ; Yaoundé, Cameroun.

République du Cameroun. Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2019-2023. Ministère de la santé publique – Programme National de Lutte contre le Paludisme. 2019.

EQUIPE DE RÉDACTION DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE :

Coordination générale : Ministre MANAOUDA MALACHIE

Supervision générale : Professeur NJOCK LOUIS RICHARD

Supervision Technique : Professeur SOBNGWI EUGENE

Membres :

Prof. KOULA SHIRO SINATA / MINSANTE
 Prof. BSSECK ANNE / MINSANTE/DROS
 Prof KINGUE MINSANTE/CT
 Dr KAMGA SIMO CYRILLE / MINSANTE/DOSTS
 Dr ESSO LYNDA / MINSANTE/DLMEP
 Dr MANJO MATILDA / MINSANTE/DOSTS
 Dr OWONO VIRGINIE / MINSANTE/DPS
 Mr OMOGA OMER/MINSANTE/CELLULE DE SUIVI
 Dr TJIEK BIYAGA /MINSANTE/DSF
 Mme KOA ELOUNDOU ELISABETH / MINSANTE/DOSTS
 Dr BITHA HENRY / MINSANTE/DOSTS
 Mr EFOUBA AWONO POLYCARPE / MINSANTE/DOSTS
 Dr FOUAKENG FLAUBERT/ MINSANTE/DOSTS
 Dr MACHE PENTOUE PATRICE / MINSANTE/SSS
 Dr ACHU DOROTHY / MINSANTE/PNLP
 Dr ATEBA JEAN /MINSANTE/PLNP
 Dr SOTAKWO SOLANGE / MINSANTE/PNLP
 Dr EKOYOL GERMAINE / MINSANTE/ONLP
 Dr ZOA NANGA IVES MATHIEU/IGSMP
 Dr BONONO LEONARD MINSANTE/CNLS
 Dr BIHOLONG MINSANTE/ONCHO
 Dr KAMGA YANNICK/DLMEP
 Dr BAYE MARTINE/ PLMNI
 Dr MBASSA VINCENT/MINSANTE
 Dr MBUIH IDRISU/ MINSANTE/DOSTS
 Dr EMAH MANDA YANNICK BASILE / MINSANTE/DOSTS
 Dr ABANA AWONO FABRICE / MINSANTE/DOSTS
 Dr KWAKE SIMON / PLAN INTERNATIONAL
 Mr AROUNA TENA / CAMNAFAW
 Dr DJEBO GOURMANON / CDC ATLANTA
 Mme OLIVIA NGOU / IMPACT SANTE AFRIQUE
 Dr NDONG A BESSONG PROSPER / UNICEF
 Dr KANANDA GREGOIRE / UNICEF
 Dr KOUADIO LEONARD / UNICEF
 Dr NGUM BELYSE HALMATA / UNICEF
 Dr MOLUH SEIDOU /UNICEF
 Dr AMBOKO RACHIDI /CABINET CARPPRIS

Mr BENG PIERRE /CABINET CARPPRIS
Dr MATSEZOU/MINSANTE SSS
Dr BELINGA EGWIGE MINSANTE PNLT
Mr NGBWA AVEZO'O /RESIPAT
Mme AMBANG OLIVIA / MFH
Mr BOUPDA ALEXIS /CARE AND HEALTH PROGRAM
Mme NGUELA RACHEL/ CRS
Mr OWONA ETOGA FRANCIS/ MINSANTE CPP
Mme NGO NOLGA MARGARET/ MINSANTE CELCOM
Mme NGUEDJIO AURELIE /MINSANTE CELTRAD