

ALTERNATIVES DURABLES pour le DEVELOPPEMENT

ADD-Cameroun

Siège social :

Mbalmayo

BP 281	Mbalmayo	Tél /Fax: (00.237) 22 28 15 44	Tél : (00.237) 77 53 10 11	E-mail : altdur@yahoo.fr
BP 503	Abong-Mbang	Tél : (00.237) 22 07 97 21	Tél : (00.237) 75 23 42 35	www.alternativesdurables.org

**PROMOTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE
DANS LES REGIONS DU CENTRE, DU SUD ET
DE L'EST DU CAMEROUN**

PLAN STRATEGIQUE 2013-2017

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

INTRODUCTION

La santé constitue un élément important non seulement pour la qualité de vie des populations, mais aussi pour la productivité des ressources humaines. Depuis deux décennies, les principaux indicateurs de santé se sont dégradés au Cameroun. En effet, les taux de mortalité maternelle, infantile, de malnutrition, etc. ont considérablement accru.

Le profil épidémiologique est dominé par la divulgation de maladies infectieuses et parasitaires. Le poids des maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose dans la morbidité générale est particulièrement élevé. A cet effet, depuis 2001 le Ministère de la Santé Publique s'est doté d'une Stratégie Sectorielle de Santé qui envisage de lutter contre la pauvreté, en rendant le plus accessible possible aux populations camerounaises, des services de santé de qualité, à un coût abordable pour tous.

Dans le cadre des orientations stratégiques de cette politique, inspirées par des initiatives multilatérales telles que la 35^e session de l'OMS tenue à Lusaka en 1985 et l'initiative de Bamako, des programmes prioritaires ont été développés dans différents domaines. En dépit de la mise en œuvre de ces dernières, l'accessibilité aux soins de qualité et d'intégration des services de santé demeure une préoccupation et les besoins restent globalement insatisfaits, avec de fortes disparités par région et par sexe. C'est dans ce cadre que Alternatives Durables pour le Développement (ADD) a mis en place le Programme Santé Communautaire afin de participer aux côtés du gouvernement camerounais à l'amélioration de l'offre de services de santé pour le bien être des populations. En intégrant cette politique dans sa stratégie d'intervention, ADD envisage promouvoir l'implication et de participation effective de la communauté non seulement dans le financement et la gestion mais aussi la prise de décisions relatives à l'organisation des services de santé au niveau de la base.

Dès lors, la santé devient un point d'ancrage du partenariat entre les populations et l'Etat représenté par les structures de santé. L'enjeu étant d'amener définitivement ces populations à devenir co-auteurs et co-acteurs des initiatives et actions visant l'amélioration de la santé

Bon nombre d'actions de proximité entreprises par ADD depuis lors, notamment pour faire prendre conscience aux populations des enjeux autour des questions de santé, les sensibiliser et trouver avec elles des solutions pratiques et viables sur leurs problèmes de santé, vont être poursuivies et renforcées. Ces actions permettront aux populations des régions du Centre, du Sud et de l'Est Cameroun d'accès aux services de santé

CHAPITRE I : Aspects démographiques

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Le Cameroun est situé au cœur de l'Afrique pratiquement tous les écosystèmes de ce continent sont représentés : la forêt équatoriale au Sud, les hauts plateaux à climat doux à l'Ouest, la savane au milieu et une zone sahélienne au Nord. Avec une superficie de 475.000 km² le pays est structuré en 10 régions, 58 départements divisés en 370 arrondissements. Le pays compte 143 districts de santé.

Aujourd'hui, le Cameroun compte environs 19,4 millions d'âmes, ce qui le classe au des pays les plus peuplés d'Afrique sub-saharienne. Le taux de croissance est estimé à 2,8% avec d'importantes variantes en fonction des régions.

L'Ouest, l'Extrême Nord et le Nord-Ouest restent les régions les plus denses. La densité atteint jusqu'à 300 habitants/km² dans certaines zones alors qu'en zones forestières (Sud, Littoral et Centre), certaines atteignent à peine 4 hab. /km².

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peuls et bantous. La décennie de récession et d'ajustement économiques récurrents (1985/86 – 1999/2000), de même que la crise financière mondiale de 2008 ont révélé les insuffisances des politiques sociales conduites pendant ces périodes au Cameroun, et en conséquence, la progression de la pauvreté monétaire dont l'incidence passe de 40% en 1993 à près de 51% trois ans plus tard.

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

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

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

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

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Sur le plan de **l'habitat**, près de 71% de ménages dans le pays sont habités par leur propriétaire. 50% des locataires se trouvent dans le milieu urbain qui ne compte que 34% de l'ensemble des ménages du pays.

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

Le pays compte plus de 230 ethnies réparties en cinq (05) grands groupes : dans le Grand Nord on retrouve les Soudanais, les Hamites, les Sémites généralement animistes ou musulmans ; dans le reste du pays ce sont les Bantous et apparentés, les Pygmées généralement animistes ou chrétiens. Ce brassage de cultures et civilisations pourrait être un facteur favorisant de la dissémination de certaines pathologies, tout comme il pourrait, à l'inverse, en favoriser la réduction.

Le taux de croissance annuel de la population Camerounaise est de l'ordre de 2,8%. Des zones de faible peuplement occupant la majeure partie du territoire national contraste avec des zones à très forte concentration humaine des hautes terres de l'Extrême Nord et de l'Ouest. La population est essentiellement jeune: 17% a moins de cinq (05) ans, alors que 28% et 56% ont respectivement entre 5 - 14 ans (frange scolarisable) et moins de 20 ans ; seuls 3,7% de la population a plus de 60 ans et la frange potentiellement active (15 – 49 ans) représente 50 %.

La pyramide des âges présente donc une base large, caractéristique des pays en développement, qui se rétrécit très rapidement. Les femmes représentent 50,6 % de la population totale. La majorité de cette population réside en zone rurale ; cependant, le phénomène d'urbanisation gagne en importance puisque la population urbaine représente 45% du total avec une forte concentration à Douala (environ 1,6 millions d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 millions); plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille habitants

CHAPITRE II : Aspects économiques

La chute des cours mondiaux des matières premières, l'effondrement du dollar et la contraction de la demande mondiale n'ont pas épargné le Cameroun qui a connu, comme la plupart des pays en développement une grave crise économique et sociale dans les années 80.

La forte baisse des exploitations, le recul des investissements, de l'épargne et de la consommation ont conduit le pays dans une récession économique sans précédent : 50% de la population vit en de ça du seuil de pauvreté, le revenu réel par habitant

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

en 1998 est à peine supérieur à celui de 1995¹, l'indice de développement humain passe de 0.504 en 1985 à 0.481 en 1995.

Sous les effets conjugués de l'augmentation des recettes pétrolières et non pétrolières, d'une rationalisation des dépenses publiques et de la stagnation de l'inflation, la situation s'améliore considérablement : aussi de juillet 1997 à juin 2000, le Cameroun exécute de manière satisfaisante un programme économique et financier appuyé par le Fonds Monétaire International (FMI) au titre de la Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée (FASR).

Le Cameroun a engagé le 1^{er} octobre 2000 l'exécution d'un second programme économique et financier triennal appuyé par le FMI au titre de la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et de la Croissance (FRPC) et conçu autour de l'objectif de réduction de la pauvreté. Ce programme s'est achevé en 2003.

Grâce à ces programmes et en particulier aux réformes structurelles engagées dans ce cadre, l'économie camerounaise a renoué avec une croissance stable, au rythme de 4.7% entre 1997 et 2001, avec un taux d'inflation avoisinant 3%. Le remboursement de la dette intérieure permettra d'augmenter l'épargne des ménages et de soutenir l'investissement privé. Ceci, combiné à l'accroissement des dépenses d'investissement public des premières années de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), devrait permettre de relever le taux d'investissement autour de 20% du PIB pour soutenir la croissance.

Le Cameroun rentre ainsi dans le troisième millénaire avec d'importants atouts mais aussi des défis majeurs à relever pour diversifier son économie, approfondir la croissance et améliorer les conditions de vie des populations. Au nombre de ces atouts on compte un cadre macroéconomique stable après des efforts soutenus d'ajustement, des conditions plus incitatives pour le développement du secteur privé, une position de pôle de développement dans un cadre sous-régional de plus en plus ouvert, une population jeune et éduquée, capable d'absorber les nouvelles technologies et d'améliorer la productivité, et une grande stabilité politique et institutionnelle. Ces atouts constituent un capital social qui pourra attirer au Cameroun l'investissement étranger, diversifier l'économie et relever le rythme de croissance à la mesure des besoins et des attentes des populations.

Le Cameroun aura bien besoin de tout ce capital pour faire face à un défi majeur, celui de combler un déficit social important qui, en l'absence d'une attention adéquate et soutenue, fragiliserait à la fois les fondements de la croissance à moyen terme et la cohésion sociale. En effet, malgré des gains importants enregistrés lors de la deuxième moitié des années 90, encore 04 camerounais sur 10 vivent en dessous du seuil de revenu annuel de 232.547FCFA (soit environ 1\$US /personne/jour) jugé nécessaires pour permettre à un individu à Yaoundé de s'offrir un panier minimal de dépenses essentielles alimentaires et non alimentaires, notamment les dépenses de santé, d'éducation et de logement. D'une manière générale, les indicateurs de développement humain se sont considérablement dégradés au cours des années de crise notamment dans les secteurs de la

¹

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

santé et de l'éducation au point où les performances économiques des dernières années ne suffisent pas encore à redresser cette situation, même si l'incidence de la pauvreté a tendance à reculer².

Le Cameroun bénéficiera de la remise de la dette bilatérale dans le cadre du Premier Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) avec la France à partir du point d'achèvement de l'initiative PPTE.

CHAPITRE III : Situation sanitaire du Cameroun

1. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays en Afrique au Sud du Sahara, est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

Il convient cependant de souligner la tendance à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète sucré et les cancers. Par ailleurs, certaines maladies qui avaient considérablement régressé sont en recrudescence: c'est le cas de la Tuberculose, de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA).

La situation épidémiologique se trouve aujourd'hui aggravé par la pandémie galopante de l'infection au VIH/SIDA.

Le Paludisme demeure une endémie majeure, constituant la première cause de morbidité au Cameroun ; il représente :

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

Le nombre de cas de Paludisme déclarés par les formations sanitaires du 1^{er} échelon pour 100.000 habitants est estimé à 4.613 en 1997³. Le phénomène de la résistance des plasmodiums aux antimalariques et particulièrement à la chloroquine est un obstacle majeur à la prise en charge du paludisme. Les taux d'échecs thérapeutiques à la chloroquine varient de 2% à 67%. Les mesures de protection individuelle telles que l'utilisation des moustiquaires imprégnées sont encore peu utilisées par les ménages (1% à 15%).

Les infections respiratoires, les dermatoses, les maladies gastro intestinales constituent les principales causes de morbidité après le paludisme dans la population générale, 11% et 24% d'enfants ont respectivement présenté les symptômes et de la fièvre. La méningite cérébro-spinale sévit de manière cyclique dans les Régions du Nord et de l'Extrême- Nord. Des foyers de

² Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté du Cameroun

³ Stratégie sectorielle de santé 2001

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

choléra s'activent périodiquement dans la partie septentrionale, à Douala dans le Littoral et dans les Régions du Sud et de l'Ouest. La malnutrition sévit de manière endémique dans toutes les Régions. Les statistiques révèlent qu'en 2004⁴, 32% des enfants de moins de 3 ans souffraient de malnutrition chronique.

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur et présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition chronique et aiguë.

En général, l'état nutritionnel le plus préoccupant est celui des enfants des mères non instruites et au fur et à mesure que ce niveau augmente, les enfants sont moins atteints de malnutrition. Les données de l'état nutritionnel montrent que :

- 68% des enfants de 1 - 5 ans sont anémiés ;
- 18% des enfants camerounais présentent une insuffisance pondérale et 4% sous sa forme sévère ;
- cette proportion est de 53,5% chez les femmes enceintes, 45% chez les femmes en âge de procréer (15 - 45 ans) et seulement 8,4% chez les hommes.

De même l'analyse des données de fréquence de consommation alimentaire en l'an 2000⁵ montre que l'ensemble du pays est à risque de carence en vitamine A. En ce qui concerne la situation épidémiologique des maladies dégénératives, elle se présente ainsi qu'il suit :

Pour le diabète la prévalence chez les hommes est de 4,7% en milieu rural et 6,2% en milieu urbain, alors que chez les femmes elle représente 2,9% en milieu rural, 4,9 % en milieu urbain.

Pour l'hypertension artérielle, la prévalence chez les hommes est de 9,1% en milieu rural et 17,6% en milieu urbain, alors qu'elle représente 6,6% chez les femmes en milieu rural et 15,5 % en milieu urbain.

L'infection au VIH/SIDA représente un problème majeur de santé publique aujourd'hui au Cameroun. Toutes les couches socioprofessionnelles sont atteintes. La séroprévalence du VIH dans la population sexuellement active est estimée à 5.5% en 2004, soit environ 11 fois plus importante qu'en 1987 où elle n'était que de 0.5%. Les femmes, avec un taux de prévalence de 6.8% sont nettement plus infectées que les hommes (4.1%).

Dans environ 90% de cas, la transmission est hétérosexuelle lors des rapports sexuels non protégés. La transmission sanguine et celle de la mère à l'enfant représentent environ 10% des cas.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de la femme camerounaise estimée à 5 enfants se caractérise entre autre par sa précocité, sa multiplicité, sa prolongation dans le temps. On note une baisse de cet indice qui était à 5.2 en 1998⁶.

Le taux brut de mortalité du Cameroun était de 12,8% en 1991 et de 10,1% en 1998. Le taux de mortalité infantile se situe à

⁴ Enquête démographique et de santé ,2004

⁵ Stratégie sectorielle 2001

⁶ EDCS-II 1998

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

29% pour la mortalité néonatale et à 45% pour la mortalité post-néonatale. Le risque de mortalité infanto-juvénile est de 142%. En d'autres termes, au Cameroun, environ un enfant sur sept meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Comme pour la morbidité, le paludisme constitue la principale cause de mortalité. En effet, il est responsable de :

- 40% des décès chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 35% des décès enregistrés dans les formations hospitalières.

La couverture vaccinale a connu une augmentation sensible au niveau national, passant de 75% en 1998 à 86% pour le BCG, de 51% à 65% pour les trois doses de DTCoq, de 47% à 67% pour les trois doses de Polio, de 54% à 65% pour le vaccin contre la rougeole et de 54% à 48% pour la vaccination complète.

Le taux brut de natalité est de 37.9‰⁷.

2. Structure et organisation du système national de santé

Le système national de santé est structuré en trois niveaux et chacun des niveaux dispose de structures administratives, des formations sanitaires, de structures de dialogue relatives aux fonctions spécifiques comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau N°1: Les différents niveaux du secteur santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	-Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	-Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Cadre conceptuel du D/S viable (MINSANTE)

Ce tableau fait ressortir :

⁷ EDS-III ,2004

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

- **Le niveau central** : il est constitué des Services Centraux du Ministère de la Santé Publique et des Hôpitaux Nationaux ;
- **Le niveau intermédiaire** : il est constitué des Délégations Provinciales de la Santé Publique et des Hôpitaux Provinciaux et Assimilés ;
- **Le niveau périphérique** : il comprend 164 Services de Santé de District et 1689 Centres de Santé.

Le secteur santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

- Un sous-secteur public ;
- Un sous-secteur privé ;
- Un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Il est à noter que le sous-secteur public comprend également des structures sanitaires sous tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar du Ministère de la Défense, du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale avec la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale, du Ministère de l'Education Nationale etc....

Le sous-secteur privé regroupe des structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif (cliniques).

La médecine traditionnelle est une composante ancestrale à ne pas négliger dans le secteur santé. Elle n'est pas encore réglementée, d'où l'absence d'une véritable politique nationale en la matière. La mise en œuvre de la politique nationale de santé interpelle plusieurs intervenants dont l'Etat, les ménages/communautés, le sous-secteur privé et les partenaires extérieurs.

2.1. L'Etat

Dans un cadre multisectoriel, l'Etat intervient dans le secteur comme régulateur, coordonnateur, pourvoyeur de ressources, producteur de soins et enfin comme appui relais (Finance, Communication, Agriculture etc....).

2.2. Les ménages /communautés

Les ménages et les communautés sont appelés à jouer un rôle important dans la définition des politiques et programmes de santé, la planification et la mise en œuvre de ces derniers ainsi que leur suivi et évaluation.

2.3. Le sous-secteur privé

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Le sous- secteur privé à but non lucratif comprend les confessionnels qui jouent un rôle essentiel en matière d'offre de soins au Cameroun et le secteur associatif qui est encore marginal. Les confessionnels sont constitués par l'Eglise Catholique, la Fédération des Missions et Eglises Evangéliques du Cameroun (FEMEC) et les Musulmans.

Sur l'ensemble des Centres de Santé des secteurs public et privé à but non lucratif, 83 % sont du public, 17% sont privés à but non lucratif (Service Catholique de Santé 8,8 %, la FEMEC 7,3 %, Ad Lucem 0,9 %).

Conformément à une étude récente⁸, les prestations offertes par les secteurs public et privé à but non lucratif sont sensiblement équivalentes. Le secteur privé à but non lucratif assure également les activités préventives, qui sont aussi développées, si ce n'est davantage, que dans le secteur public.

Plusieurs ONGs nationales interviennent dans le secteur santé ; mais, à l'exception de la Fondation Ad Lucem, leur faible crédibilité et leur capacité d'expertise très limitée les ont amenées à se regrouper en un Réseau d'ONG Santé du Cameroun (ROSACAM). Il est attendu que cette restructuration des ONGs Santé facilite la mise en place par ces dernières, d'une approche à la fois éthique et professionnalisante des projets de santé.

2.4. Les Partenaires extérieurs

Plusieurs partenaires internationaux interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun.

On peut noter qu'il y en a qui appuie le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. Le grand problème ici est la non optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées par ces partenaires à cause de la faiblesse avec laquelle les différentes structures du Ministère de la Santé exercent leur rôle cardinal de coordination à différents niveaux.

Le secteur de la santé tel qu'organisé actuellement connaît un certain nombre de dysfonctionnements dont les principaux sont :

- La faiblesse institutionnelle : du fait de la mise en application parcellaire, tardive, voire de la non application des politiques et stratégies de santé précédemment arrêtées, les réformes ne sont guère formalisées. Les faits précèdent généralement la loi et deviennent parfois le droit. C'est le cas du recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics ; leur organisation et gestion ne sont guère réglementées. Les responsables des hôpitaux les créent et les gèrent à leur guise. Plusieurs textes d'application sont attendus qui assureraient une meilleure régulation du secteur ; à titre d'exemple la

⁸ Etude sur l'offre de soins du secteur privé au Cameroun, CREDES Juillet 2001

Loi-cadre nécessite beaucoup de textes subséquents ; il importe de relever ici l'inexistence de l'instance de concertation multisectorielle ;

- L'absence des normes dans certains domaines ;
- La place très importante de l'activité informelle dans le secteur souvent en violation de la réglementation en vigueur (prestations de soins, distribution des médicaments) ;
- La faible utilisation des structures sanitaires publiques ;
- La supervision, le suivi et l'évaluation des activités ne sont guère assurés de manière systématique comme prévu par les politiques et stratégies de santé arrêtées ;
- L'absence d'organisation du système de référence contre référence ;
- L'inexistence d'un système de maintenance des équipements ;
- L'inexistence d'une structure chargée de développement/mise en œuvre des activités d'IEC à tous les niveaux.

3. Les ressources

3.1 Les Ressources Humaines

Alors que l'OMS recommande un médecin pour 1000 habitants et un infirmier pour 3000 habitants, en 1998, le rapport du PNUD sur le Développement Humain au Cameroun présentait un ratio de un médecin pour 9164 habitants et un infirmier pour 2214 habitants. Au 30 Juin 2000, ces ratios sont passés respectivement à 1 pour 10.083 et 1 pour 2249⁹.

En dehors de la dégradation progressive de ces ratios, l'on note de grandes disparités dans la répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes Régions d'une part et, au sein d'une province, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (Général, Centraux, et Provinciaux) et les Districts de Santé. On note également les mêmes disparités dans les services au sein d'une même formation sanitaire.

Le Cameroun compte deux Facultés de Médecine qui forment des médecins généralistes et des spécialistes (Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique, Santé Publique, Pédiatrie, Médecine interne, Anesthésie Réanimation, Biologie Clinique, Radiologie, Anatomie Pathologie) ainsi que des Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers.

Une trentaine d'écoles de formation publiques et privées des paramédicaux existent et forment dans plusieurs catégories. La formation dans certaines disciplines paramédicales, jadis existante, a disparu (Génie Sanitaire, Kinésithérapie, Imagerie Médicale, Pharmacie etc.).

Il en est de même pour la formation locale des personnels de l'administration de la santé et des diététiciens et nutritionnistes. Faute de structures de formations locales, les Pharmaciens, les Chirurgiens Dentistes de même que les Ingénieurs et Techniciens Biomédicaux continuent à être formés exclusivement à l'étranger.

⁹ Rapport PNUD, 2000

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Quant à la formation continue, elle est assurée de manière aléatoire.

On note que la gestion du personnel pose encore de graves déficiences. Ce qui entraîne un déficit qualitatif et quantitatif.

3.2 Capital physique

Le Cameroun dispose d'un nombre important d'infrastructures sanitaires très inégalement réparties entre les Régions, au sein des Régions et même entre les zones urbaines et rurales. Il en ressort principalement que 13 Districts sur les 143 ne disposent pas d'un Hôpital de District et 412 Aires de Santé sur les 1388 n'ont pas un Centre de Santé Intégré jouant le rôle de Leader en matière de prise en charge de la communauté qu'il dessert¹⁰.

En outre, bon nombre de ces structures sanitaires sont vétustes et nécessitent soit d'être réhabilitées soit tout simplement d'être détruites et reconstruites. Plusieurs de ces structures disposent d'une gamme très variée d'équipements principalement non fonctionnels et obsolètes.

CHAPITRE IV : Le financement du secteur de la santé

Les principales sources de financement du secteur de la santé sont les suivantes :

- Le budget de l'Etat ;
- Les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs ;
- Les collectivités publiques locales ;
- L'assurance maladie privée ;
- Le financement extérieur.

Des disproportions énormes existent entre ces différentes sources de financement. En 1996 par exemple, sur un financement total du secteur estimé à 173 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 73%¹¹ contre 11% pour l'Etat et 7% pour l'assistance technique. Près de $\frac{3}{4}$ des dépenses des ménages se font dans le secteur informel.

1. Le budget de l'Etat

La proportion du budget de l'Etat affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé 1992 qui prévoyait d'en assurer un accroissement progressif jusqu'à 10% du budget de l'Etat, pour témoigner de la priorité accordée au secteur santé et par rapport aux recommandations de l'OMS. Cette situation est aggravée par la faible capacité

¹⁰ Stratégie sectorielle de santé

¹¹ Ntangsi Joseph, An analysis of Health Sector Expenditure in Cameroon using a National health account framework, 1996

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 25% du budget alloué au Ministère de la Santé Publique.

Tableau N°2 : Evolution de la part du budget exécuté par le Ministère de la Santé Publique par rapport à l'exécution du budget national de 1981 à 2003.

Exercices	BUDGET EXECUTE (Loi des règlements) en millions de FCFA		
	NATIONAL	MINSANTE	MINSANTE/NATIONAL (en %)
1981 - 1982	412.430	11.760	2,85
1982 - 1983	494.231	16.337	3,31
1983 - 1984	648.595	19.108	2,95
1984 - 1985	751.016	23.536	3,13
1985 - 1986	876.591	26.588	3,03
1986 - 1987	858.598	27.791	3,24
1987 - 1988	630.337	21.358	3,39
1988 - 1989	551.434	22.972	4,17
1989 - 1990	488.820	24.559	5,02
1990 - 1991	501.245	25.249	5,04
1991 - 1992	571.864	27.217	4,76
1992 - 1993	466.847	22.820	4,89
1993 - 1994	427.812	25.059	5,86
1994 - 1995	536.537	15.676	2,92
1995 - 1996	616.530	16.251	2,64
1996 - 1997	863.906	23.156	2,68
1997 - 1998	862.302	26 388	3,06
1998 - 1999	1.229.997	38.098	3.10
1999 - 2000	1.297.628	31.947	2.46
2000 - 2001	1.475.991	55.317	3.75
2001 - 2002	1.544.994	69.136	4.47
2003	1.508.979	59.441	3.94
2004			
2005	833.333	59.512	7.1

Sources: MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs)

2. Les ménages

Par an, chaque ménage camerounais dépense actuellement en moyenne 83.400 FCFA dans les soins de santé, soit 13.900 FCFA par personne pour une famille moyenne de 6 personnes. Ces dépenses varient suivant la catégorie socio-économique; ainsi, par personne, elles sont de :

- 37.400FCFA dans les ménages aisés;

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

- 10.500 FCFA dans les ménages à revenu intermédiaire;
- 5 900 FCFA dans les ménages pauvres.

Selon une étude, les dépenses en soins de santé des ménages se répartissent ainsi qu'il suit:¹²

- pharmacies et autres vendeurs de médicaments : 53,0%;
- formations privées à but non lucratif : 23,1%;
- formations sanitaires publiques : 14,6 %;
- médecine traditionnelle : 7,0 %;
- cliniques à but lucratif : 2,3%.

Une bonne partie de ce financement, notamment pour ce qui est des médicaments et des formations sanitaires publiques, se fait dans l'informel. Le mécanisme de paiement à l'acte qui est pratiqué au Cameroun est essentiellement inflationniste ; il maintient les populations dans une gestion au coup par coup de leurs problèmes de santé. Selon l'ECAM de 1996, seules 48% des personnes se déclarant malades ont pu bénéficier d'une consultation.

3. Les collectivités publiques locales

Les collectivités publiques locales prévoient souvent dans leur budget, une allocation destinée aux secteurs sociaux notamment la Santé et l'Education. L'utilisation de ce budget reste inconnue et incontrôlée, faute de dispositions institutionnelles.

4. Le financement extérieur

Le financement du secteur de la santé par l'aide internationale est allé croissant entre 1995 et 1997. En 1998, le secteur santé a reçu US \$ 18,8 millions d'aide, soit une baisse de 22% par rapport à 1997.

Les Soins de Santé Primaires constituent globalement la principale destination de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé. L'aide internationale représente en moyenne 7% du financement global du secteur de la santé au Cameroun. Son allocation spatiale n'est souvent pas efficiente à cause de l'insuffisance de la coordination des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique.

Au-delà des tendances générales, l'analyse du profil de la pauvreté montre des différences importantes entre pauvres et non pauvres en termes d'état de santé et d'accès aux soins. Les services formels de santé demeurent les plus sollicités en cas de maladie. Parmi les personnes qui se sont déclarées malades en 2001, trois quarts ont pu se faire consulter dans une formation

¹².Ntangsi Joseph, An analysis of Health Sector.

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

sanitaire formelle contre un quart dans les structures informelles. Les formations sanitaires formelles sont plus fréquentées par les non pauvres et les formations informelles par les pauvres.

Le coût des services de santé a progressé presque trois fois plus que le taux moyen d'inflation sur les 5 ans, soit 70% (de 13.000 francs à 22.000 francs CFA), et il apparaît aussi que la capacité financière affecte considérablement la demande de services de santé. En effet, la dépense annuelle moyenne de santé par tête est 3 fois plus élevée en zone urbaine qu'en milieu rural (39.000 francs CFA contre 13.000 francs CFA) et 4 fois plus chez les non pauvres que chez les pauvres (32.000 francs CFA contre 6.900 francs CFA).

Le financement public de la santé s'est avéré inadéquat lors des dernières années, eu égard aux besoins. Ainsi pour l'année 2002, les besoins du secteur étaient estimés à 320 milliards FCFA, soit 5% du PIB, alors que le budget du secteur représentait seulement 1,1% du PIB. Comme conséquence, les ménages continuent d'assumer le plus grand poids des dépenses de santé grâce aux paiements directs (76% du financement total) contre 18,5% pour l'Etat et 5,5% pour les financements extérieurs.

CHAPITRE V: Situation de la protection sociale du Cameroun

Il n'existe pas à proprement parler de sécurité sociale au Cameroun de part l'absence d'un régime de protection sociale universel. Dans ce domaine, l'on peut citer l'Assurance maladie privée qui couvre moins de 1% de la population et quelques initiatives mutualistes encore balbutiantes.

Le Décret N°2000/692 du 13 Septembre 2000 fixe les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire. Au terme de ce texte, la protection des fonctionnaires contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle est entièrement assurée par l'Etat; cette prise en charge est réduite à 60% lorsque ceux-ci ne sont pas imputables au service. Cette dernière mesure s'étend à la famille du fonctionnaire (époux, enfants légitimes, reconnus ou adoptifs). L'application des dispositions de ce texte n'est pas encore effective sur le terrain.

L'autre catégorie sociale bénéficiant d'une certaine prévoyance sociale est constituée des travailleurs du secteur privé qui, sur la base des cotisations versées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) par l'employeur bénéficient :

- des prestations familiales ;
- des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès ;
- des allocations pour les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La CNPS traverse actuellement une situation difficile due au montant élevé de ses créances difficiles à recouvrer ou compromises. Suite à ces nombreuses difficultés, une réforme de la sécurité sociale est envisagée. L'assurance maladie au

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Cameroun comporte :

- une protection maladie obligatoire pour les personnels du secteur privé et parapublic à travers la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et qui couvre seulement 1% de la population totale ;
- des systèmes de protection maladie volontaires : on y retrouve l'assurance maladie privée commerciale, très sélective, et les mutuelles de santé.

Il faut d'ailleurs noter ici qu'un cadre juridique approprié à cette approche n'est pas encore élaboré. Le Gouvernement a lancé en l'an 2000, des études sur l'important volet de Partage du Risque Maladie. Les fonctionnaires, les travailleurs indépendants du secteur informel, les chômeurs et invalides non pensionnés ne bénéficient d'aucune forme d'assurance maladie collective. En attendant la mise en place d'un système d'assurance maladie universelle, la mutualité contribuera à la résolution du problème d'accessibilité financière aux soins de la population la plus importante. D'où l'actualité de la question sur la mutualité.

CHAPITRE VI : Positionnement d'ADD dans le domaine de la santé

1. Domaines d'intervention

Après cette analyse du contexte, ADD, tirant parti de ses expériences précédentes, a retenu 3 domaines d'intervention sur la période 2008-2014:

1. La Prévention du VIH/SIDA
2. La Promotion des Mutuelles de santé
3. L'Assainissement de base

Pour rendre son action efficace, ADD compte développer approche participative sensible aux questions d'égalité femme-homme (EFH), basée sur l'implication des acteurs/bénéficiaires dans la définition des problèmes, la hiérarchisation des besoins, la recherche de solutions et la mise en oeuvre des actions. Cette approche de travail sera axée sur :

- Le renforcement des capacités des acteurs en vue d'un partenariat multi acteurs (secteur public et privé) pour une mobilisation sociale et une prise en charge effective
- La communication et diffusion de l'information en vue d'une mobilisation communautaire et sensibilisation tout azimuts des groupes cibles
- La gestion et coordination

2. Résultats recherchés

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

2.1 A long terme

- La mortalité et la morbidité ont diminué dans les communautés cibles

2.2 A moyen terme

- Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA est réduit au sein de la population cible
- Les jeunes et adolescents en milieu scolaire et non scolaire sont outillés par l'éducation en life skills pour prévenir les IST et VIH/SIDA
- Les personnes infectées ou affectées sont épanouies dans leur milieu de vie
- L'accès des populations aux soins de santé est amélioré
- La qualité de l'environnement est préservée contre la pollution due aux ordures et déchets vecteurs de maladies
- Les ordures et déchets sont valorisés et créent de la valeur ajoutée
- Les maladies d'origine hydrique ont diminué
- Le potentiel technique et opérationnel d'ADD est consolidé
- La capacité de réédition des comptes d'ADD est consolidée

2.3 A court terme

Prévention du VIH/SIDA

- Les pairs éducateurs formés sont structurés et outillés pour mener la croisade contre le VIH dans leurs communautés respectives
- Les populations sensibilisées croient à l'existence du VIH et pratiquent les méthodes actives de lutte contre le SIDA
- La synergie entre les parties prenantes impliquées dans la lutte contre le VIH est accrue
- Les capacités d'auto gestion des leaders de structures communautaires de lutte contre le VIH sont renforcées
- Les personnes infectées ou affectées sont mieux prises en charge selon les protocoles en vigueur

Promotion des Mutuelles de santé

- Les populations sensibilisées mettent en place des mutuelles de santé fonctionnelles
- La synergie entre les parties prenantes impliquées dans les soins de santé est accrue
- Les capacités d'auto gestion des leaders de mutuelles de santé sont renforcées
- Les mutualistes accèdent mieux et avantageusement aux soins de santé

Assainissement de base

- Les communautés formées sont structurées en comité de gestion de l'eau, club d'assainissement puis outillées pour entreprendre des initiatives d'assainissement de leur milieu de vie

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

- Les structures communautaires mises en place sont fonctionnelles
- La synergie entre les parties prenantes impliquées dans l'assainissement de base est accrue
- Les capacités d'auto gestion des leaders des structures communautaires d'assainissement sont renforcées

Gestion et coordination

- Le programme santé dispose d'un personnel en nombre suffisant, formé et outillé
- Le programme santé est doté d'équipements et matériels appropriés de travail
- La capacité technique et de réédition des comptes d'ADD sont renforcée
- Les parties prenantes du secteur santé tirent partie de l'expérience développée par ADD

3. Populations cibles

L'action d'ADD cible les Femmes, Jeunes, enfants et hommes adultes vulnérables :

- Vivant en zone urbaine ou rurale
- scolarisés ou non
- dans la rue ou dans les ménages
- victimes de violence ou pas
- autochtones ou déplacées

4. Partenaires

L'efficacité de l'action d'ADD dépend de sa capacité à travailler en synergie avec d'autres intervenants dans le domaine de la santé. A cet effet, faisant du partenariat son cheval de bataille, ADD développer ses interventions en travaillant avec :

- Les Services de santé publique que sont le Ministère de la santé, les Districts de santé, les centres de santé, etc.
- Les Communes et les Régions
- Les Bailleurs de fonds nationaux et internationaux
- Les Instituts de recherche, Universités et Grandes écoles, ONG

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

CADRE D'ANALYSE LOGIQUE/CADRE DES RESULTATS

Sommaire des objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif général	Résultats à long terme		
Objectif global Contribuer à l'amélioration de l'accès équitable des populations des régions forestières camerounaises aux soins et services de santé de qualité	La mortalité et la morbidité ont diminué dans les communautés cibles Des cadres de partenariat pluri acteurs (réseaux, plates formes,...) créés et/ou renforcés sont fonctionnels	Le taux de morbidité et de la mortalité est réduit de 5 %	Rapports d'études socioéconomiques
Buts du projet	Résultats à moyen terme		
1. Réduire le taux de séroprévalence du VIH/SIDA par la promotion de l'appropriation par les communautés des moyens de lutte contre le SIDA	1.1 Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA est réduit au sein de la population cible 1.2 Les jeunes et adolescents en milieu scolaire et non scolaire sont outillés par l'éducation en life skills pour prévenir les IST et VIH/SIDA 1.3 Les personnes infectées ou affectées sont épanouies dans leur milieu de vie	1.1.1 60% des populations touchées pratiquent les méthodes actives de prévention du VIH/SIDA 1.2.1 La proportion des grossesses et le taux des IST et VIH/SIDA est réduite chez les jeunes scolaires et non scolaires 1.3.1 Les personnes dépistées en zone rurale ont augmenté de 30% 1.3.2 Les personnes connaissant leur statut sérologique ont augmenté de 50% 1.3.3 60% des personnes infectées ou affectées bénéficient d'un suivi psychologique et/ou médical appropriés	Rapports annuels d'activités Rapport de l'évaluation externe Rapports d'études socioéconomiques
2. Promouvoir dans les communautés la mise en place de systèmes collectifs de prise en charge du risque maladie	2.1 L'accès des populations aux soins de santé est amélioré	2.1.1 10% de la population cible ont adhéré aux mutuelles de santé 2.1.2 Le risque financier lié à la prise en charge des maladies chez les populations à revenu modeste est réduit 2.1.3 La gouvernance est améliorée au sein de 50% des mutuelles de santé	
3. Assainir le cadre de vie des communautés cibles	3.1 La qualité de l'environnement est préservée contre la pollution due aux ordures et déchets vecteurs de maladies 3.2 Les ordures et déchets sont valorisés et créent de la valeur ajoutée 3.3 Les maladies d'origine hydrique ont diminué	3.1.1 70% des populations cibles participent à la lutte préventive contre les maladies liées à l'insalubrité 3.1.2 L'habitat est assaini et le taux de prévalence de l'exposition des populations aux maladies et nuisances dues aux déchets et ordures est réduit 3.2.1 300 emplois sont créés à partir de la valorisation des ordures et déchets 3.2.2 La productivité agricole est accrue de 5% grâce à l'épandage du compost dans les exploitations 3.3.1 40% de la population cible a accès à l'eau potable 3.3.2 Les ouvrages hydrauliques ont augmenté de 20%	
4. Les capacités institutionnelles d'ADD sont consolidées	4.1 Le potentiel technique et opérationnel d'ADD est consolidé 4.2 La capacité de réédition des comptes d'ADD est consolidée	4.1.1 Niveau de dotation en équipements 4.1.2 Niveau de dotation en personnel salarié 4.1.3 Proportion de personnel formé et maîtrisant les nouvelles connaissances 4.1.4 Degré de capitalisation des leçons apprises 4.2.1 80% des recommandations faites sont mises en oeuvre	

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

Sommaire des objectifs	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification
Activités	Résultats à court terme		
Axe 1 : Prévention du VIH/SIDA			
Renforcement des capacités - Organiser des ateliers de formation - Organiser des causeries éducatives - Réaliser des voyages d'études et d'échanges d'expériences - Organiser des ateliers de réflexion - Organiser des campagnes de sensibilisation - Structurer et organiser les dynamiques communautaires de lutte contre le VIH Communication et diffusion de l'info - Multiplier et diffuser l'épisode 1 et 2 de la brochure Atangana et Abomo - Produire et diffuser l'épisode 3 de la brochure Atangana et Abomo - Réaliser un film documentaire sur la prise en charge du VIH dans la zone cible - Produire et vulgariser des supports de promotion de la lutte contre le VIH - Mettre en place des clubs d'écoute communautaire - Réaliser la cartographie de vulnérabilité du VIH dans les zones cibles	- Les pairs éducateurs formés sont structurés et outillés pour mener la croisade contre le VIH dans leurs communautés respectives - Les populations sensibilisées croient à l'existence du VIH et pratiquent les méthodes actives de lutte contre le SIDA - La synergie entre les parties prenantes impliquées dans la lutte contre le VIH est accrue - Les capacités d'auto gestion des leaders de structures communautaires de lutte contre le VIH sont renforcées - Les personnes infectées ou affectées sont mieux prises en charge selon les protocoles en vigueur	28 sessions de formation tenues 56 causeries éducatives 7 voyages d'études et d'échanges réalisés 28 ateliers d'échanges et de réflexion tenus 35 campagnes de sensibilisation réalisées 10 associations de personnes infectées ou affectées mises en place ou redynamisées 2800 Pairs Educateurs outillés 20 clubs d'écoute communautaire mis en place 196.000 personnes sensibilisées 50% des personnes sensibilisées ont changé de comportement 10.000 supports d'information (brochure, dépliant, documentaire, affiche,...) diffusés 30 émissions radios produites - Des cartographies de vulnérabilité élaborées - Les expériences capitalisées sont diffusées dans un journal de la place et mises en ligne sur le site Web d'ADD	Rapports annuels d'activités Rapport de l'évaluation externe Rapports de missions
Axe 2 : Promotion des Mutuelles de santé			
Renforcement des capacités - Organiser des journées de plaidoyer sur la mutualité - Organiser des ateliers de réflexion - Organiser des ateliers de formation - Structurer les dynamiques de mutualisation du risque maladie Communication et diffusion de l'info - Elaborer des supports de promotion des	- Les populations sensibilisées mettent en place des mutuelles de santé fonctionnelles - La synergie entre les parties prenantes impliquées dans les soins de santé est accrue - Les capacités d'auto gestion des leaders de mutuelles de santé sont renforcées	28 journées de plaidoyer réalisées 14 sessions de formation tenues 56 ateliers de réflexion tenus 7 mutuelles de santé mises en place 20.000 personnes ont adhéré aux mutuelles de santé 30 émissions radios produites 7 émissions télévisées réalisées	

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !

- mutuelles de santé (spots, affiches, banderoles) - Organiser de larges campagnes de marketing sur la mutualité (spots, panneaux publicitaires, émissions radios et télévisées,...) ;	Les mutualistes accèdent mieux et avantageusement aux soins de santé	5000 supports (brochure, dépliant, documentaire, affiche, ...) diffusés - Les expériences capitalisées sont diffusées dans un journal de la place et mises en ligne sur le site Web d'ADD	
Axe 3 : Assainissement de base			
Renforcement des capacités - Organiser des ateliers de formation - Organiser des journées d'informations et de sensibilisation - Organiser des ateliers de réflexion et de capitalisation des expériences - Structurer les dynamiques communautaires d'assainissement Communication et diffusion de l'info - Produire et vulgariser des supports de promotion de l'assainissement de base (spots, affiches, banderoles, brochures,...) - Organiser des campagnes d'informations (spots, panneaux publicitaires, émissions radios et télévisées,...) ; - Organiser des journées portes ouvertes	- Les communautés formées sont structurées en comité de gestion de l'eau, club d'assainissement puis outillées pour entreprendre des initiatives d'assainissement de leur milieu de vie - Les structures communautaires mises en place sont fonctionnelles - La synergie entre les parties prenantes impliquées dans l'assainissement de base est accrue - Les capacités d'auto gestion des leaders de structures communautaires d'assainissement sont renforcées	28 sessions de formation tenues 168 journées d'information organisées 28 ateliers de réflexion tenus 50 structures communautaires créées 7 journées portes ouvertes organisées 14 émissions radios réalisées 14 émissions télévisées réalisées 10.000 supports d'information diffusés 2800 Pairs Educateurs formés sont outillés 20 clubs d'écoute communautaire mis en place 196.000 personnes sensibilisées - Les expériences capitalisées sont diffusées dans un journal de la place et mises en ligne sur le site Web d'ADD	
Axe 4 : Gestion et coordination			
Renforcement des capacités - Former le personnel du programme - Renforcer les effectifs du programme - Documenter l'organisation sur les sujets de la santé communautaire - Doter le programme en équipements de travail - Réaliser des évaluations et audits financiers des projets et activités exécutées Communication et diffusion de l'info - Produire et publier des supports de capitalisation des expériences développées	- Le programme santé dispose d'un personnel en nombre suffisant, formé et outillé - Le programme santé est doté d'équipements et matériels appropriés de travail - La capacité technique et de réédition des comptes d'ADD est renforcée - Les parties prenantes du secteur santé tirent partie de l'expérience développée par ADD	5 personnels disponibles 21 formations reçues - Equipements et matériels acquis 7 évaluations et audits financiers réalisés - Supports de capitalisation (rapports d'activités, livre blanc, etc.) des expériences diffusés et mis en ligne sur le site Web d'ADD	Rapports annuels d'activités Rapport de l'évaluation externe Rapports de missions

Nous sommes engagés dans la lutte contre la corruption et nous vous encourageons à faire autant !