

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
.....  
CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
"SCIENCES HUMAINES, SOCIALES  
ET EDUCATIVES "

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES  
.....

DEPARTEMENT D'HISTOIRE  
.....



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
.....  
POSTGRADUATE SCHOOL FOR  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES  
.....

DOCTORAL RESEARCH UNIT  
FOR SOCIAL SCIENCES  
.....

DEPARTMENT OF HISTORY  
.....

**LA COOPERATION OMS-CAMEROUN ET LA  
LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES  
DANS LA VILLE DE YAOUNDE 1963-2019**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Histoire*

**Option : Histoire des Relations Internationales**

**Par**  
**Lionel NGA MBIDA**  
Licencié en Histoire

**Jury :**

**Président** : Raymond EBALE, Pr., Université de Yaoundé I ;  
**Rapporteur** : Rose Gisèle NDO'O, CC., Université de Yaoundé I ;  
**Examineur** : Sotherie Rolande TASSI, CC., Université de Yaoundé I.

Sous la direction de  
**Dr Rose Gisèle NDO'O**  
Chargée de Cours

**Mars 2022**



À

ma mère Mintsá Martine Sylvie, qui nous a quitté pendant notre travail de recherche.

## REMERCIEMENTS

Tout travail de recherche nécessite la collaboration de plusieurs personnes. Ce mémoire ne déroge pas à cette règle plus ou moins tacite. Nous sommes redevables à notre directeur de recherche Dr **NDO'O Rose Gisèle** qui n'a ménagé aucun effort pour nous accompagner dans cette étude.

Nos remerciements vont également à l'endroit de tout le personnel enseignant du département d'histoire de l'université de Yaoundé I qui nous a nourri au lait de la science historique tout au long de notre cursus académique.

Nous remercions l'administration du Ministère de la Santé à l'instar du Directeur des Affaires Juridiques et du Contentieux M. Boukar Oumate Kella pour nous avoir offert plusieurs facilitations dans le cadre de nos recherches. Notre gratitude va également à l'endroit de Mme Motanga laure et le Dr Lee, de la Direction de la Santé Familiale à l'Hygiène Mobile. Comment oublier Mme Essama Marie Louise du Courrier Central dont l'aide multiforme a été remarquable tout au long de nos recherches.

Par ailleurs, nous tenons à remercier notre famille qui a été présente et nous a beaucoup soutenu dans ce travail de recherche ; il s'agit notamment de Edgard Rodrigue Mvondo, Mvondo Alain Sotherre, Ngambida Jeanne, Okala Daniel, Owono Gabriel, Ngonon Eléonore, Mvondo François De Paul, Afana Pamela Merveille, Yaga Patrick, Bekono Marie Solange, Mballa Nnyinna Fridolin. Une reconnaissance pour mon parrain Owono Owono Yannick pour l'appui qu'il a offert dans la recherche et tous nos frères et sœurs pour leurs encouragements.

Enfin, nous n'oublierons pas nos aînés académiques qui nous ont porté notamment Nzélé Mang Marcel, Mani Koumda Martial et Piaplier Rodrigue et nos amis et camarades avec qui nous avons partagés des moments de recherche et toutes les réalités de la vie estudiantine. Que tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail et qui n'ont pas été mentionnés, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

<b>SOMMAIRE</b>
-----------------

<b>DEDICACE.....</b>	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>ii</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>iii</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>viii</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : HISTORIQUE DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN .....</b>	<b>23</b>
I-CONTEXTE DE CRÉATION DE L’OMS .....	23
II-STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DE L’OMS .....	30
III-GENÈSE DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN.....	45
<b>CHAPITRE II : ETAT DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN.....</b>	<b>53</b>
I-ACTEURS DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN.....	53
II-LES DIFFERENTS ENJEUX DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN .....	72
III- ACCORD ET OBLIGATIONS DES PARTIES PRENANTES DE LA COOPÉRATION .....	76
<b>CHAPITRE III : CONTRIBUTION DE L’OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTO-JUVÉNILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ .....</b>	<b>86</b>
I- L’APPORT DE L’OMS DANS LE PROCESSUS DE PREVENTION, PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT DES ENFANTS ATTEINTS DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES DANS LA VILLE DE YAOUNDE. 86	
II- MESURES ET MOYENS MISE EN PLACE PAR L’OMS DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES A YAOUNDE.....	97
III- PROMOTION DE LA SANTE ; DÉTERMINANTS OU FACTEURS .....	111
<b>CHAPITRE IV ; EVALUATION CRITIQUE DE L’APPUI DE L’OMS POUR LES MALADIES INFANTILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ .....</b>	<b>123</b>
I-BILAN ET EVALUATION CRITIQUE DE L’ACTION DE L’OMS AU CAMEROUN .. .....	123
II-LES DÉFIS AUXQUELS SONT CONFRONTÉS L’OMS ET LE CAMEROUN DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ .....	140
III- PERSPECTIVES DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN.....	147
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>155</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>158</b>
<b>SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>176</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>189</b>

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

<b>AAHA</b>	: <i>Accelerated Action for the Health of Adolescents</i>
<b>ACD</b>	: Atteindre Chaque District
<b>ACMS</b>	: Association Camerounaise pour le Marketing Social
<b>ADC</b>	: Aéroport Du Cameroun
<b>AEFALSH</b>	: Association des Etudiants de la Faculté des Arts, Lettres Sciences Humaines
<b>AFD</b>	: Agence Française de Développement
<b>AMINREX</b>	: Archives du Ministère des Relations Extérieures
<b>AMINSANTE</b>	: Archives du Ministère de la Santé Publique
<b>AMS</b>	: Assemblée Mondiale de la Santé
<b>ANJE</b>	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>ANY</b>	: Archives Nationales de Yaoundé
<b>APN</b>	: Autorité Portuaire Nationale
<b>ARMP</b>	: Agence de Régulation des Marchés Publiques
<b>AVADAR</b>	: <i>Audio Visual Detection And Reporting</i>
<b>AVI</b>	: Activités de Vaccination Intensifiées
<b>AVS</b>	: Activités de Vaccination Supplémentaire
<b>BAD</b>	: Banque Africaine de Développement
<b>BCG</b>	: Bacille de Calmette Guérin
<b>BID</b>	: Banque Islamique de Développement
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>BR</b>	: Bureau Régional
<b>BSP</b>	: Bureau Sanitaire Panaméricain
<b>CAMNAFAW</b>	: <i>Cameroon National Association for Family Welfare</i>
<b>CAMWATER</b>	: <i>Cameroon Water Utilities Corporation</i>
<b>CARMMA</b>	: Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle Néonatale et Infantile
<b>CCIA</b>	: Comité de Coordination Inter-Agences
<b>CCM</b>	: Mécanisme de Coordination Pays

<b>CCR</b>	:	Cadre Commun des Résultats
<b>CENAME</b>	:	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
<b>CEPCA</b>	:	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
<b>CHAI</b>	:	<i>Clinton Health Access Initiative</i>
<b>CHGA</b>	:	Cercle d'Histoire-Géographie-Archéologie
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNLS</b>	:	Comité National de Lutte Contre le Sida
<b>CP/SSS</b>	:	Comité de Pilotage, suivi et de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé
<b>CR/AFRO</b>	:	Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique
<b>CRI</b>	:	Croix Rouge International
<b>CVI</b>	:	Centres de Vaccinations du Cameroun
<b>DASP</b>	:	Démonstration de l'action de santé publique
<b>DSCE</b>	:	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
<b>DTC</b>	:	Diphtérie Tétanos Coqueluche
<b>EDC</b>	:	<i>Electricity Développement Corporation</i>
<b>EDS</b>	:	Enquête Démographique de Santé
<b>EU</b>	:	Union Européenne
<b>FAC</b>	:	Fonds d'Aide et de Coopération
<b>FAO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
<b>FAUSP</b>	:	Fonds Africain pour les Urgences de Santé Publique
<b>FMI</b>	:	Fond Monétaire International
<b>FNUAP</b>	:	United Nations Fund of Population Activities
<b>Gavi</b>	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
<b>GFATM</b>	:	Global Fund to fight Aids Tuberculosis and Malaria
<b>GLAAS</b>	:	<i>Global Analysis and Assesment of Sanitation and Drinking Water</i>
<b>GTZ</b>	:	<i>Gesellcchaft fur Technische Zusammenarbeit</i> : Agence de Coopération Internationale Allemande pour le Développement
<b>HIS2</b>	:	<i>Health Information System Second Edition</i>
<b>IMC</b>	:	<i>International Medical Corps</i>
<b>ISS</b>	:	<i>Integrated Supportive Supervision</i>

<b>KFW</b>	:	<i>Kreditanstalt Fur Wiederaufbau</i> (établissement de crédit pour la reconstruction)
<b>MAS</b>	:	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MILDA</b>	:	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
<b>MINEPAT</b>	:	Ministère de l’Économie, de la Planification et de l’Aménagement du Territoire
<b>MINREX</b>	:	Ministère des Relations Extérieures
<b>MSF</b>	:	Médecins Sans Frontière
<b>NV</b>	:	Nouvelles Naissances
<b>OACE</b>	:	Ordonnance sur l’Aménagement des Cours d’Eau
<b>ODD</b>	:	Objectifs de Développement Durable
<b>ODK</b>	:	Open Data Kit
<b>OH/SDN</b>	:	Organisation d’Hygiène de la Société Des Nations
<b>OI</b>	:	Organisation Internationale
<b>OIHP</b>	:	Office International d’Hygiène Publique
<b>OIT</b>	:	Organisation Internationale du Travail
<b>OMD</b>	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONSP</b>	:	Observatoire National de Santé Publique
<b>ONU</b>	:	Organisation des Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	:	Organisation des Nations Unies pour le Sida
<b>OPS</b>	:	Organisation Panaméricaine de la Santé
<b>PAM</b>	:	Programme Alimentaire Mondiale
<b>PCA</b>	:	Paquets Complémentaires d’Activités
<b>PCIME</b>	:	Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l’Enfance
<b>PDS</b>	:	Plans de Développement Sanitaire des Districts
<b>PEV</b>	:	Programme Elargi de Vaccination
<b>PFA</b>	:	Paralysie Flasque Aigue
<b>PLMI</b>	:	Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-Juvenile
<b>PMA</b>	:	Paquets Minimums d’Activités
<b>PMI</b>	:	Prévention des Maladies Infantiles

<b>PMSC</b>	:	Programme de Marketing Social au Cameroun
<b>PNDS</b>	:	Projet National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PNUE</b>	:	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
<b>PPP</b>	:	Partenariat Public Privé
<b>PRCDS</b>	:	Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire
<b>PSI</b>	:	Population Service International
<b>PSN/SRMNI</b>	:	Plan Stratégique National de la Sante de Reproduction, Maternelle Néonatale et Infantile
<b>PVS</b>	:	Poliovirus Sauvage
<b>RBM</b>	:	Roll Back Malaria Partnerships
<b>RéCAP+</b>	:	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
<b>RMNCAH</b>	:	<i>Reproductive, Maternal, Newborn, Child And Adolescent Health</i>
<b>RSI</b>	:	Règlement Sanitaire International
<b>SARL</b>	:	Sociétés à Responsabilité Limitée
<b>SASMIN</b>	:	Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle
<b>SDN</b>	:	Société Des Nations
<b>SMI/PF</b>	:	Santé Maternelle Infantile/Planification Familiale
<b>SMIR</b>	:	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
<b>SNIS</b>	:	Système National d'Information Sanitaire
<b>SNU</b>	:	Système des Nations Unies
<b>SONEU</b>	:	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence
<b>SRMNIA</b>	:	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
<b>SRO</b>	:	Sel de Réhydratation Oral
<b>SSP</b>	:	Soins de Santé Primaire
<b>TARV</b>	:	Thérapie Antirétrovirale
<b>TMJ</b>	:	Taux de Mortalité Juvénile
<b>UNESCO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture
<b>UNFPA</b>	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNRRA</b>	:	Administration des Nations Unies pour le Secours et la Reconstruction
<b>URSS</b>	:	Union des Républiques Socialistes Soviétiques
<b>VPI</b>	:	Vaccin Polio Inactivé
<b>VPO</b>	:	Vaccin Polio Oral

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

### I- TABLEAUX

Tableau n° 1 : Liste des Directeurs Généraux ayant assurés la direction de l’OMS depuis sa création .....	32
Tableau n° 2 : Listes des personnalités ayant successivement assurées la direction du bureau de l’OMS/AFRO jusqu’à nos jours .....	37
Tableau n° 3 : Évolution de la mortalité des enfants de moins de 5ans de 1998 à 2011 pour milles naissances par an.....	126
Tableau n° 4 : Évolution de la couverture vaccinale de 1993 – 2003 .....	127

### II- PHOTOS

Photo n° 1 : Bâtiment abritant les services constitutifs de l’OMS qui se trouve à Genève .....	30
Photo n° 2 : Signature des accords du 22 aout 1956 par Dr Cambournac et JC Cédile.....	35
Photo n° 3 : Bureau de la représentation pays de l’OMS au Cameroun .....	51
Photo n° 4 : Signataires de l’accord de base OMS-Cameroun.....	78
Photo n° 5 : Vaccination des enfants contre la poliomyélite dans la ville de Yaoundé .....	89
Photo n° 6 : Matériel technique médical pour le diagnostic des maladies .....	106
Photo n° 7 : Dons de l’OMS au Ministère de la Santé Publique.....	108
Photo n° 8 : Remise de 19 véhicules neufs au ministère de la santé publique.....	109
Photo n° 9 : La surveillance des décès maternels et périnataux .....	129

## RESUME

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est une organisation intergouvernementale spécialisée des Nations Unies, créée par un ensemble de gouvernement de plusieurs pays dans le but d'apporter des solutions aux problèmes sanitaires internationaux à l'exemple les épidémies et pandémies qui menacent le monde. Elle voit le jour grâce à une succession de conférence et structure sanitaire, dont la constitution fut élaborée et signée le 22 Juillet 1946 entre en vigueur le 7 avril 1948. Son but est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible, elle s'est progressivement étendue dans la presque totalité des pays de la planète notamment au Cameroun. Avant 1960 le Cameroun avait adhéré à l'OMS comme membre associé sous la houlette des puissances mandataires notamment la France et l'Angleterre qui en étaient déjà membre, ce n'est que deux ans après son accession à l'indépendance que les relations entre les deux parties prenantes deviennent officielles.

Il est donc question dans cette recherche de savoir quelle est la contribution de l'OMS dans le développement de la santé infantile dans la ville de Yaoundé de 1963-2019 ? Cette question trouve tout son sens dans la mesure où elle permet de mettre en évidence l'efficacité des activités de l'OMS pour la question des maladies infantiles à Yaoundé.

En ce qui concerne la méthodologie, nous avons utilisé les sources primaires, secondaires et tertiaires qui ont été soumises à une critique rigoureuse. La méthode de rédaction quant à elle est qualitative axée sur une approche hypothético déductive qui est une méthode scientifique qui consiste à formuler une hypothèse afin d'en déduire des conséquences observables futures et passées permettant d'en déterminer la validité.

Au terme de notre analyse, nous avons pu constater que l'OMS se présente comme un acteur majeur dans le traitement et l'éradication des maladies infantiles dans la ville de Yaoundé. Elle définit et contribue à l'amélioration du système de soins grâce à son appui dans la prise en charge des enfants atteints de maladies épidémiques et pandémiques dans la ville de Yaoundé. Cependant en apportant son aide au Cameroun, l'OMS contribue à imposer non seulement ses principes notamment les droits de l'homme, les droits des enfants et femmes et l'égalité de sexe entre l'homme et la femme, mais use aussi du '*soft power*' qui veut dire pouvoir doux, pour étendre son hégémonie et redorer son image sur la scène internationale. Néanmoins avec la participation de l'OMS, de nombreux progrès ont été enregistrés dans la mesure où on note une diminution considérable du taux de mortalité et de morbidité infantile dans la ville de Yaoundé grâce l'administration de vaccins, sérum et l'offre de dons de plusieurs natures aux enfants.

## ABSTRACT

*World Health Organization (WHO) is a specialized inter-governmental organization of the United Nations, created by a group of governments of several countries with the aim of providing solutions to international health problems such as epidemics and pandemics that threaten the world. It was created through a succession of conferences and health structures whose constitution was drawn up and signed on 22 July 1946 and came to force on 7th April 1948. Its aim is to bring everyone to the highest possible level of good health, and it has progressively spread to almost all the countries of the world, including Cameroon, before 1960, Cameroon had joined the WHO as an associate member under the leadership of the Mandatory Powers, notably France and England, which were already members. It was only two years after Cameroon gained independence that relations between the two parties became official.*

*This research therefore asks what the contribution of WHO has been in the development of child health in the city of Yaounde from 1963 to 2019. This question makes sense because it enables us to highlight the effectiveness of WHO activities in the area of child diseases in Yaounde.*

*In terms of methodology, we used primary, secondary and tertiary sources that were subjected to rigorous critique. The method of writing is qualitative and based on a hypothetical-deductive approach, which is a scientific method that consists of formulating a hypothesis in order to deduce future and past observable consequences to determine its validity.*

*At the end of our analysis, we found that WHO is a major player in the treatment and eradication of childhood disease in the city of Yaounde. It defines and contributes to the improvement of the health care system through its support in the care of children suffering from epidemic diseases in the city of Yaounde. However, by providing aid to Cameroon, WHO not only contributes to imposing its principles, notably human rights, children's and woman's rights and gender equality, but also uses "soft power" to extend its hegemony and improve its image on the international scene. Nevertheless, with the participation of the WHO, much progress has been made because there has been a considerable reduction in the rate of infant mortality and morbidity in the city of Yaoundé thanks to the administration of vaccines, serum and the provision of various types of gifts to children.*

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### I-CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

L'accession du Cameroun à la souveraineté internationale le 1<sup>er</sup> janvier 1960 va accélérer le processus de structuration et d'organisation du système national de santé. C'est au regard de cet état de fait que notre travail porte sur un thème central qui s'articule autour de la coopération OMS-Cameroun dans la lutte contre les maladies infanto-juvéniles dans la ville de Yaoundé. Aux formations sanitaires existantes comme l'Hôpital Central de Yaoundé et le Centre Pasteur, vont s'ajouter de nouvelles structures. En même temps que de nombreuses formations sanitaires sont progressivement créées, les pouvoirs publics s'orientent également vers la formation d'un personnel de santé hautement qualifié. Après son accession à l'indépendance, l'Etat camerounais comme la plupart des pays africains, commence à nouer des relations diplomatiques, économiques, politiques et commerciales avec le monde extérieur. Il s'agit des relations bilatérales avec les pays d'une part et relations multilatérales avec les Organisations Internationales (IO) telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>1</sup> d'autres parts, qui met à sa disposition des programmes sans compter le transfert de technologie sanitaire pour la diminution de la mortalité, et assurer un développement sanitaire aux plus jeunes d'où le titre de ce travail<sup>2</sup> : Coopération OMS-Cameroun et la lutte contre les maladies infantiles dans la ville de Yaoundé 1963-2019.

C'est à partir de 1962 que le Cameroun commence sa collaboration avec l'OMS qui va lui apporter son soutien pour le traitement de plusieurs maladies notamment les maladies infanto-juvéniles qui déciment et handicapent fortement les enfants de la ville de Yaoundé. Dès lors nous observons un recul de plus en plus manifeste de certaines maladies grâce aux efforts notamment des programmes de lutte contre les maladies épidémiques et pandémiques, le financement et la fourniture du matériel médical par l'OMS pour l'éradication des agents pathogènes responsables des maladies<sup>3</sup>.

L'OMS s'est donc engagé à apporté son soutien multiforme au Cameroun dont le profil épidémiologique est dominé par les maladies transmissibles, mais aussi par une tendance à l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles. Ceci reste liée en grande

---

<sup>1</sup>L'OMS est l'une des seize agences spécialisées de l'Organisation des Nations Unies qui œuvre pour la santé des peuples.

<sup>2</sup> <https://www.minsanté.cm/Content/historique>. Consulté le 25 septembre 2020 à 22h 40 minutes.

<sup>3</sup> Martin Maturin Mbognou, *Le Cameroun dans les Relations Internationales*, Yaoundé, Clé, 2005, p. 18.

partie, à la précarité des conditions socioéconomiques, aux problèmes liés à l'éducation, l'emploi, l'habitat, l'accès à l'eau potable, l'assainissement et la nutrition, pour une part importante de la population. Malgré la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, celle-ci reste élevée, du fait principalement, des complications des grossesses et des accouchements, et de l'insuffisance des services de Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence (SONEU), de base et complets<sup>4</sup>. Les résultats de l'enquête Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)<sup>5</sup> 2006 démontrent cela par une dégradation des indicateurs de mortalité par rapport aux résultats de l'Enquête Démographique de Santé (EDS) III 2004<sup>6</sup>.

## **II-JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET**

Plusieurs raisons ont guidé le choix de ce sujet. Elles sont à la fois académiques, scientifiques et personnelles.

### **1-Raisons académiques**

Sur le plan académique, notre motivation trouve sa justification dans le fait que nous sommes parvenus à la fin d'un cycle universitaire qui recommande la production d'un mémoire de recherche, c'est une exigence à laquelle nous ne saurions échapper. La santé étant primordiale dans la vie des êtres humains, d'autre part nous avons constaté que peu de recherches ont été menées sur cette problématique dans notre département. C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'apporter notre contribution en écrivant sur l'apport non négligeable de l'OMS dans son combat contre les maladies des enfants afin d'apporter notre modeste contribution à tous ceux qui s'intéressent à cette problématique.

### **2-Raisons scientifiques**

Le choix de ce sujet est dû au fait que peu d'étudiant se sont intéressés à l'historiographie de la santé infanto-juvénile c'est la raison pour laquelle nous avons voulu apporter notre contribution. Celui-ci repose-t-il sur un double postulat : des critères d'originalité d'abord et de curiosité intellectuelle par la suite. Il permet de développer un aspect assez complexe et peu connu de la coopération du Cameroun avec l'OMS du point de vue historique. Il entend

---

<sup>4</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, OMS/AFRO, Cameroun, pp. 1-4.

<sup>5</sup> MICS est un programme d'enquête développé par l'OMS et l'Unicef pour appuyer les pays dans la collecte des données nécessaires au suivi du développement humain en général, et de la situation des femmes et des enfants en particulier.

<sup>6</sup> Enquête Démographique de Santé 2004 (mortalité infantile à 74% mortalité infanto juvénile 149% mortalité maternelle 669% pour 100.000 naissances vivantes).

également participer efficacement à la production des données nouvelles, utiles à bien d'autres chercheurs, curieux ou lecteurs intéressés.

### **3-Raisons personnelles**

Nous avons toujours été passionnés par aux questions juvéniles étant donné qu'ils sont l'avenir de demain. Ils sont la société future, mais sont les plus vulnérables face aux maladies à cause de la faible résistance de leur système immunitaire d'où l'intérêt de notre étude. En partant de ce point de vue, il est primordial de leur accorder de l'attention. Il est donc nécessaire de les accompagner dans différentes étapes de leur croissance. Pour qu'une société soit saine, il est essentiel que les individus qui la constituent soient sains également. Des enfants livrés à eux même par manque de temps et d'énergie ne seront certainement pas les plus épanouis.<sup>7</sup>

Notre dernière motivation part du constat selon lequel malgré l'avènement et l'établissement du système de soins moderne de l'OMS au Cameroun, certaines populations continuent de se livrer à la médecine traditionnelle qui est certes complémentaire mais peut représenter un danger si elle n'est pas contrôlée.<sup>8</sup> D'où cette étude pour sensibiliser les populations de l'importance d'aller d'abord se faire consulter dans les centres de santé, eux et leurs enfants avant de penser à quelque chose d'autre.

## **III-INTERET DE L'ETUDE**

Ce travail de recherche revêt plusieurs intérêts notamment : académique, scientifique, sanitaire et social.

### **1- Intérêt Scientifique**

Cette étude nous permet de comprendre que l'Afrique en générale et le Cameroun en particulier, doit d'abord produire ses propres moyens afin d'assurer le développement non seulement de diverses structures en santé mais aussi d'infrastructures pour le bien-être des populations et orienter la coopération Sud-Sud avant de faire appel ou d'adhérer à une organisation tel que l'OMS, donc l'action ne vient que compléter les efforts ou l'ensemble des actions déjà entreprises par le pays ou la région<sup>9</sup>. Elle permet aussi de comprendre les relations qu'entretiennent l'OMS et le Cameroun depuis la signature de l'accord de siège en 1962 et qui n'a subi aucune modification jusqu'à nos jours. Enfin la présente recherche montre l'apport de

---

<sup>7</sup> Maureen Russo, Revenu de base inconditionnel, suisse, 2016, p. 3.

<sup>8</sup> Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002, 2005, p. 17.

<sup>9</sup> Didier Gobbers, "Coopération en santé dans les pays africains", Rubrique Internationale, n°48, Septembre 2004, p. 8.

l’OMS pour les maladies infanto-juvéniles dans la capitale politique du Cameroun qui est Yaoundé.

## **2- Intérêt Académique**

La présente recherche revêt un intérêt particulier pour l’historiographie camerounaise. Elle permet d’observer la disposition de cet organisme international à aider les jeunes élèves, étudiants, chercheurs, enseignants, stagiaires... Cet organisme offre des opportunités à ceux qui veulent poursuivre des études à long terme à travers plusieurs moyens notamment l’orientation, le financement et des occasions telles que des bourses qui sont offertes aux étudiants pour la formation à l’étranger. Il s’agit d’un moyen de soutien de l’OMS au renforcement des ressources humaines pour la santé qui contribue à l’efficacité du système de santé de ses Etats membres<sup>10</sup>.

## **3- Intérêt sanitaire**

Sur le plan sanitaire, ce thème revêt un intérêt indéniable dans la mesure où il montre la disposition de l’OMS<sup>11</sup> à apporter son aide au Cameroun, nous observons le transfert de technologie fait dans le domaine de la santé, où nous notons un matériel sophistiqué, des infrastructures et équipements modernes sans oublier la formation du personnel qui a bénéficié d’un certain nombre de connaissances pour assurer la lutte contre les maladies des enfants.

## **4- Intérêt Social**

Cette étude pourrait permettre aux jeunes mères, de mieux établir un Planning Familial tout en identifiant et en reconnaissant les symptômes des différentes maladies qui peuvent atteindre leur enfant, que ce soit en zone rurale ou urbaine et à trouver un traitement approprié pour ces différentes maladies qui attrapent les nourrissons et qui sont généralement épidémiques et contagieuses. Cette étude permet aussi de se renseigner sur non seulement le statut de l’OMS mais aussi sur la qualité des soins prodigués au Cameroun, en particulier pour les enfants.

## **V-CADRE SPATIO-TEMPORELLE**

### **1- Cadre spatial**

Le cadre spatial de notre étude tourne autour de la ville de Yaoundé. “ Yaoundé la ville aux sept collines ” est la capitale du Cameroun peuplé de 4.100.000 habitants en 2019, elle est

---

<sup>10</sup> [https:// www.who.int/hrh/education/fellows](https://www.who.int/hrh/education/fellows). Consulté le mardi 29 septembre 2020 à 22h 50 minutes.

<sup>11</sup> Jean Paul Beyeme Ondoua, “Le système de santé au Cameroun”, Rubrique Internationale, n°39, juin 2002, p. 62.

avec Douala la ville la plus peuplée de cet Etat de l’Afrique Centrale chef-lieu de la région du Centre et du département du Mfoundi située au sud de la région du Centre et qui est éloignée de 250 km<sup>2</sup> à l’est des côtés de la baie de Biafra. Ce site de collines se décompose en trois unités topographiques inscrites dans un socle rocheux de gneiss précambrien ; la barrière d’inselberg au nord-ouest dominée par les monts Mbam Minkom (1 295 m) et le mont Nkolodom (1 221 m) et au sud-ouest avec le mont Eloundem (1 159 m) un ensemble de 600 à 700 m d’altitude et de plateau, les vallées appelées aussi ‘‘*Elobis*<sup>12</sup>’’ les différents quartiers s’ordonnent en fonction du relief accidenté du site de la ville<sup>13</sup>.

Les routes et les bâtiments se développent principalement sur les hauteurs de l’agriculture vivrières à la végétation et à de nombreux petits cours d’eau, quelques-uns parmi eux sont les rivières du Mfoundi, Ekozoa, Biyeme et Mefou. Près du centre administratif de Yaoundé se trouve un lac appelé lac municipal crée en 1951-1952. Les bas fond marécageux sont également une réserve foncière pour le développement de l’habitat précaire de densité avoisinant 22404 hab/km superficie ; 18300 hab./km altitude ; 750 m<sup>14</sup>. Le milieu géographique dont le relief, qui est quelque peu accidenté et le climat qui varie d’un lieu à un autre sont propices à la propagation des maladies infanto-juvéniles. Ceci se vérifie par le fait qu’au fur et à mesure que l’on se rapproche des collines nous faisons face à un froid très intense qui favorise certaines maladies à potentiel épidémique, quoique sporadique, augmentant ainsi un taux élevé de morbidité et mortalité c’est le cas des maladies telles que la fièvre jaune, la méningite et le tétanos<sup>15</sup>. Les maladies non transmissibles et les traumatismes sont en recrudescence dans la ville du fait des changements des modes de vie et les habitudes alimentaires des populations en particuliers urbaines. Par ailleurs nous avons aussi une forte chaleur du côté des plaines et certains endroits déserts où se développent généralement le paludisme qui constitue la première cause de morbidité chez les enfants de cinq ans et les femmes enceintes<sup>16</sup>. La ville fait face au problème d’approvisionnement en médicament et de distribution des moustiquaires imprégnées. Nous avons également la rougeole et la tuberculose qui émergent dans ces milieux<sup>17</sup>.

---

<sup>12</sup> Elobis se sont les vallées ou zones marécageuses.

<sup>13</sup><https://fr.m.wikipedia-Yaoundé.org>. Consulté le lundi 5 octobre 2020 à 14h55 minutes.

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays 2010-2015, OMS/AFRO, Cameroun, p. 7.

<sup>16</sup> Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2007-2011.

<sup>17</sup> Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays 2010-2015, OMS/AFRO, Cameroun, p. 4.

## 2-Cadre temporel

Cette étude s'étend sur une période déterminée de cinquante-six ans dont de 1963 à 2019. Ce choix est le résultat d'une coopération fructueuse entre l'OMS et le Cameroun du point de vue historique.

L'année 1963 prit comme borne supérieure, correspond à l'appui et à l'élaboration des premiers vaccins par l'OMS pour la prévention des maladies qui menacent la santé des enfants dans la ville de Yaoundé<sup>18</sup> nous avons notamment la rougeole la poliomyélite.

L'année 2019, quant à elle, représente la visite officielle de la Directrice Régionale de l'OMS pour l'Afrique au Cameroun Docteur Matshidiso Moeti qui a séjourné dans la capitale en février de la même année. Elle est venue pour rencontrer les autorités camerounaises et échanger avec elles sur les questions prioritaires de santé de l'heure ; réaffirmer et renforcer l'excellente coopération qui existe entre le Cameroun et l'OMS ; prêter une oreille attentive à l'agenda de la réforme du système de santé au Cameroun et son orientation vers la couverture sanitaire universelle et enfin, prendre la mesure des efforts déployés par le pays pour la santé et le bien-être des populations, notamment pour ce qui est des urgences<sup>19</sup>.

## V-CLARIFICATION DES CONCEPTS

Notre travail de recherche comporte un certain nombre de concept qu'il convient de clarifier afin de permettre une meilleure compréhension et d'éviter de potentiels malentendus notamment : coopération, maladies infantiles, Organisation Non Gouvernementale, Organisation Inter Gouvernementale

### Coopération

Coopération vient du latin "Cum" qui signifie ; avec et "Operare" qui veut dire faire quelque chose, agir, donc la coopération est l'action de coopérer, de participer à une œuvre, à un projet commun. C'est donc la capacité de collaborer, ainsi que les liens qui se tissent pour la réaliser.<sup>20</sup>

Barnard Chester<sup>21</sup> historien des entreprises, conditionne la survie des organisations à la capacité de ses membres à coopérer. Selon cet auteur, la coopération est l'ensemble d'actions finalisées, réalisées conjointement par deux ou plusieurs personnes et nécessite le partage des

<sup>18</sup> Rapport annuel du Directeur Général, activité de l'OMS janvier 1964, p. 19.

<sup>19</sup> OMS, Rapport biennal 2018-2019, pour une bonne santé des populations, p. 10.

<sup>20</sup> <https://www.toupie.org/dictionnaire/cooperation.htm>. Consulté le Jeudi 15 octobre 2020 à 20h 40 minutes.

<sup>21</sup> Barnard Chester, *The functions of the executive* Cambridge MA. Harvard University press, 1938, p. 32.

ressources. Pour lui les artisans sont particulièrement concernés par la nécessité de coopérer. En effet, seul dans la gestion de leur entreprise, ils prennent conscience de leur fragilité à se confronter à un environnement de plus en plus hostile qui met en danger leur survie économique mais également leur identité. Concernant les aspects sociaux de la coopération, selon Deutsch<sup>22</sup> (1949), c'est de la manière dont les buts des participants sont reliés les uns aux autres que dépendra le caractère coopératif ou compétitif des situations sociales. Ainsi une situation sera coopérative lorsque les buts des participants seront positivement reliés les uns aux autres mais compétitive quand ils le seront négativement<sup>23</sup>.

Stéphanie Dameron<sup>24</sup> montre en effet qu'il existe une relation entre la coopération et la solidarité qui a trait aux liens que les individus entretiennent avec leur groupe. La solidarité est nécessaire pour la coopération c'est-à-dire la réalisation d'actions finalisées, conjointement (Barnard 1938), se développe. La solidarité mécanique en revanche est basée sur la ressemblance ; les individus s'assimilent au groupe et diffèrent peu les uns aux autres ; ils adhèrent aux mêmes valeurs, éprouvent les mêmes sentiments et partagent les mêmes objectifs. Cette solidarité fonde une forme de coopération qui se développe dans la construction, la protection et la défense de cette identité. On s'intéresse ici à la rationalité identitaire de l'individu, et c'est le groupe, comme entité porteuse de l'identité commune, qui est au centre de l'analyse. Cette forme de coopération est qualifiée de communautaire ; c'est la préservation et la défense de cette communauté des croyances qui poussent les individus à coopérer<sup>25</sup>.

Stéphanie Dameron rappelle dans un premier temps l'ancrage théorique des deux formes de coopération ainsi que leurs attributs. Sur la base de cette grille de lecture et de l'étude des deux équipes de projets, elle analyse dans un deuxième temps, la dynamique des interactions qui montre le caractère dialectique de la coopération. Au regard de son étymologie, coopérer c'est travailler ensemble, conjointement. Les synonymes généralement proposés sont « collaboration », « concours », « contribution ». La coopération c'est « l'action collective finalisée » dont sont nées les deux formes de coopération qui sont la coopération complémentaire et communautaire. La coopération complémentaire est fondée sur la différenciation des individus et la recherche de ressources complémentaire. Elle se développe suivant des modalités stratégiques, c'est à dire de calcul individuel dans la relation à autrui. La

---

<sup>22</sup> Morton Deutsch, *Theory of cooperation and competition Cambridge MA*, Harvard University press, 1949, p. 129.

<sup>23</sup> Nathalie Lapayre, Françoise Pierson, Karine Rymeyko, "Etude de la coopération au sein d'une coopérative artisanale", *Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, 2003, pp. 3-28.

<sup>24</sup> Stéphanie Dameron, *La dualité coopération dans le cas d'équipe projet*, Université Paris, Dauphine CREPA, volume 7, issue3, 2004, pp. 137-160.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 162.

coopération dure autant que ses gains excèdent ses couts. Si la différenciation se fonde sur la coopération complémentaire, c'est au contraire la ressemblance entre les individus qui est au cœur de la coopération communautaire. La coopération communautaire s'instaure ainsi dans le partage d'une tâche commune au sein d'un groupe restreint entre les individus soucieux d'être reconnus par les autres membres comme faisant partie du même groupe, désirant préserver et développer cette identité commune autour notamment d'objectif partagés dans un espace d'interaction avec d'autres groupes<sup>26</sup>.

La coopération est donc une forme d'organisation collective qui entend promouvoir dans le domaine économique et social, un système fondé sur une vision partagée des différents acteurs, dans un esprit d'intérêt général, au service de toutes les parties prenantes. Cela suppose un certain degré de confiance et de compréhension. La coopération, antagoniste à l'esprit de concurrence entendu sous sa forme libérale, conduit à réviser les modes de fonctionnement ainsi que les relations économiques pour les subordonner à la réalisation de finalités plus sociales et plus solidaires<sup>27</sup>.

### **Organisation Intergouvernementale**

L'Organisation Intergouvernementale est une organisation internationale destinée à établir des relations entre organismes gouvernementaux<sup>28</sup>.

Pour Michel Virally, une OIG peut être définie comme une association d'Etats, établie par accord entre ses membres et dotée d'un appareil permanent d'organes, chargé de poursuivre la réalisation d'objectifs d'intérêt commun par une coopération entre eux<sup>29</sup>.

Selon Jean Louis Iten<sup>30</sup>, l'idée d'associer les acteurs privés au fonctionnement d'une organisation internationale ne date pas d'hier. En effet, dans le cadre de la Société Des Nations, créée après la 1<sup>er</sup> Guerre Mondiale, des acteurs privés jouaient un rôle important d'un point de vue normatif. Des Organisations Non Gouvernementales étaient présentes et avaient la qualité d'assesseurs dans différents organes ; la seule chose qui les différenciait des membres permanents est que ces représentants n'avaient pas le droit de vote. C'est grâce à l'article 71 de

---

<sup>26</sup>Stéphanie Dameron, 'La dualité du travail coopératif', dans Revue Française de gestion, 2005, n° 158, pp. 105-120.

<sup>27</sup> Charles. Gide, *Coopération économique, sociale 1886-1902*, Paris, Harmattan, 2001, p. 17.

<sup>28</sup>[https://fr.m.wikipedia.org/organisation intergouvernementale](https://fr.m.wikipedia.org/organisation%20intergouvernementale), Consulté le mercredi 23 juin 2021 à 21h 20minutes.

<sup>29</sup> Michel Virally, *Le concept d'organisation internationale*, Paris, Unesco, 1980, p. 52.

<sup>30</sup> Jean Louis Iten, *L'organisation intergouvernementale à l'épreuve de la gouvernance mondiale*, Paris, Pedone, 2014, p. 276.

la charte des Nations Unies que ces ONG vont se voir reconnaître un statut consultatif, statut ouvert aux ONG, aux organisations nationales et ainsi qu'aux OIG.

### **Organisation Non Gouvernementale**

Le sigle ONG apparaît pour la première fois dans la Charte des Nations Unies de 1945. La version française de l'article 71 précise que le Conseil Économique et Social peut prendre toutes les dispositions utiles pour consulter les organisations non gouvernementales qui s'occupent des questions relatives à sa compétence. Les ONG sont aujourd'hui des acteurs majeurs des Relations Internationales auprès des Etats et des organisations intergouvernementales, qui restent formellement les seuls sujets du droit international ; sujets primaires, dans le cadre des Etats, sujets secondaires dans le cas des organisations internationales nées de la volonté des Etats. Face à ces deux sujets identifiés et reconnus, les ONG forment une nébuleuse, dont la diversité et la complexité vont de pair avec l'absence de définition juridique ou de statut commun<sup>31</sup>.

La Banque Mondiale dévoile une vision sur les ONG. Ainsi pour elle, elles sont considérées comme des organismes dont l'objectif visé est d'apporter des solutions aux différents problèmes que rencontrent les populations et les Etats, promouvoir la protection de l'environnement, fournir des services élémentaires et contribuer au développement des communautés. D'une façon globale, le terme ONG peut s'accommoder à toute organisation à but non lucratif qui est plus ou moins indépendante d'un gouvernement<sup>32</sup>. En ce qui concerne le contexte du Cameroun dans la matière, nous dirons que les ONG bénéficient également d'un cadre juridique nationale. Nous pouvons donc dire qu'une ONG est ;

Une association déclarée ou une association étrangère autorisée conformément à la législation en vigueur et agréer par l'administration en vue de participer à l'exécution des missions d'intérêt général...Les missions d'intérêt général visées à l'article 2 ci-dessous sont définies en fonction des priorités fixées par les pouvoirs publics, notamment dans les domaines juridiques, économiques, social, culturel, sanitaire, sportif, éducatif, humanitaire, en matière de protection de l'environnement ou de promotion des droits de l'homme<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> [https : www. encyclopedie.fr/universalis/organisations non gouvernementales](https://www.encyclopedie.fr/universalis/organisations-non-gouvernementales). Consulté le 14 juin 2021 à 19h20minutes.

<sup>32</sup> Phillipe Ryfman, *Les ONG, collection repères*, Paris, la Découverte, 2004, p. 8.

<sup>33</sup> Marcel Nzele Mang, 'L'action du *Peace Corps* dans le développement de l'Océan ; entre agence de développement et service de renseignement Américain, 1962-2020', Mémoire de Master II en Histoire des Relations Internationales, Yaoundé I, 2020, p. 8.

Selon Dr Bob Reinalda<sup>34</sup>, la principale caractéristique des ONG est le fait que ces organisations résultent d'initiatives privées en agissant sous le principe d'action indépendante du gouvernement. En Relations Internationales, il existe un consensus quant à l'utilisation du terme 'ONG'. Toutefois, certains critiquent la connotation négative du terme non gouvernemental et choisissent d'employer un terme positif, comme organisation privée.

Laurie Wisebert<sup>35</sup> propose une autre définition ; une ONG des droits de la personne est une association privée qui dévoue des ressources significatives à la promotion et à la protection des droits de la personne, et qui est indépendante à la fois du gouvernement et des groupes politiques cherchant le pouvoir politique direct, en plus de ne pas chercher le pouvoir politique elle-même. En résumé, il est possible d'affirmer que les ONG des droits de la personne ont comme objectif principal de promouvoir et protéger les droits de la personne.

### **Maladies Infantiles**

Ce sont les maladies contractées pendant la première enfance et elles sont majoritairement des maladies d'origine virales et bactériennes, souvent éruptives en d'autres termes se sont des maladies qui affectent surtout les enfants. Il est également possible de contracter ces maladies à l'âge adulte si celles-ci n'ont pas été contractées lors de l'enfance étant donné que le corps du nourrisson est faible, exposé et ne possède pas assez d'anticorps lui permettant de résister aux agents pathogènes. Le langage d'un enfant malade serait une sorte de cri d'alarme adressé par ceux qui sont atteints à la société afin qu'elle leur trouve une solution comme le signal Lévi-Strauss<sup>36</sup>, c'est le rapport de l'individu à la société et à la culture qui est appréhendé, en ce sens que la maladie est étudiée comme un fait psychosocial. Comme le souligne Herzlich<sup>37</sup>, 'bien que le fait d'être en bonne santé ou malade est une expérience individuelle qui ne peut être partagée' En 1911, le médecin pédiatre René Cruchet affirmait qu'à la naissance l'enfant n'est qu'un réflexe qu'il n'y a aucune différence de comportement entre un nouveau-né qui a un cerveau et un qui n'en a pas<sup>38</sup>.

---

<sup>34</sup> Bob Reinalda, *The history of international in oxford research encyclopedia of international studies*, Oxford university press, 1991, p. 529.

<sup>35</sup> Laurie Wisebert, Harry Scoble, *Human Rights Collection*, Canada, Newsletter, September 1976, p. 12.

<sup>36</sup> Claude Lévi-Strauss, *Anthropologie de la maladie*, tome 26, Paris, Persée, 1986, pp. 81-90.

<sup>37</sup> Claudine Herzlich, *Santé et Maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris la Haye, Éd. Mouton. 1969, p. 45.

<sup>38</sup> René Cruchet, *Air sickness: it's nature and treatment*, Paris Bordeaux, Scholar Choice, 1920, p. 114.

## VII-REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le travail scientifique dans le cadre de la coopération entre le Cameroun et l’OMS et les OIG sur l’axe du développement sanitaire n’est pas resté jusque-là non étudié ; plusieurs chercheurs se sont intéressés à cette question chacun selon son approche et selon sa culture. Comme toute thématique relative à une recherche, nous ne sommes pas les premiers à nous aventurer dans ce domaine, c’est d’ailleurs ce que nous rappelle Fragnière lorsqu’il affirme ;

‘‘On est rarement le premier à aborder une question... le champ thématique que l’on entreprend est déjà balisé par les études voisines, ou bien se réfère à des termes fondamentaux sur lesquels les bibliothèques ont été écrites’’<sup>39</sup>.

Joseph Stéphane Minka Miyem<sup>40</sup>, ‘‘La coopération internationale entre le Cameroun et l’OMS ; le rôle stratégique du MINREX’’ dans ce rapport l’auteur met en exergue les différents acteurs de la coopération, d’une part de l’OMS et d’autre part du Cameroun dont nous observons le MINSANTÉ et le MINREX qui joue un rôle stratégique dans cette collaboration. En effet, plusieurs aspects sur lesquels reposent la coopération y sont développés notamment les accords, les enjeux et regain d’intérêt et principe divers... et un accent particulier est donné au MINREX en ce qui concerne le repositionnement du Cameroun sur la scène internationale. Ce rapport développe certes les éléments de coopération entre les 2 parties, mais pas dans notre perspective de travail et n’évoque non plus la contribution des deux parties dans le cadre de l’entretien de leurs amitiés, sans oublier que l’aspect sanitaire n’y est pas vraiment évoqué.

Noufack Zambou<sup>41</sup>, ‘‘Coopération Internationale et réduction de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun de 2000 à 2017 cas de deux districts de santé de la région du Centre’’ ressort les différentes organisations internationales qui opèrent dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun tel que l’Unicef l’OMS l’UNFPA. L’auteur montre la contribution de ces organisations dans différents domaines pour l’entretien des femmes enceintes et la survie des enfants. Mais les éléments relatifs à la coopération de ces organisations avec le Cameroun ne se font pas vraiment ressentir à l’intérieur du mémoire.

---

<sup>39</sup>Pierre Fragnière, *Comment réussir un mémoire*, Paris, Dunod, 1986, p. 75.

<sup>40</sup>Minka Miyem Joseph Stéphane, *La coopération internationale entre le Cameroun et l’OMS ; le rôle stratégique du MINREX*, Rapport de stage Yaoundé, diplomatie, IRIC, 2017.

<sup>41</sup> Noufack Zambou, ‘‘Coopération internationale et réduction de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun de 2000 à 2017 cas de deux districts de santé de la région du Centre’’, Master en Relations Internationales, Yaoundé, IRIC, 2018.

Yolande Henriette Noëlle Ella<sup>42</sup> dans son mémoire intitulé ‘‘L’OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous en l’an 2000 dans les pays en développement : cas du Cameroun’’, développe la contribution de l’OMS de manière globale au Cameroun sur le plan sanitaire et met l’accent sur l’organisation du système de soin fondé sur les soins de santé primaires. En effet ce mémoire présente l’appui de l’OMS dans plusieurs domaines mais ne nous renseigne pas véritablement sur l’état des relations entre l’OMS et le Cameroun.

Blaise Nguendo et Japonais Toumbalbai dans leur annale<sup>43</sup> ; ‘‘Niveau et déterminant de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun’’, ces auteurs tentent d’expliquer les phénomènes de mortalité infantiles au Cameroun à travers un certain nombre d’approche et de facteurs explicatifs et des statistiques ou estimations faites par l’UNICEF et repris par la banque mondiale, présentent la diminution de la maladie au fil des années grâce à un certain nombre d’action mise sur le terrain et donc l’objectif de cette étude est alors de fournir aux décideurs et professionnel de la santé, des données susceptibles de les aider à prendre des mesures pour réduire le taux de mortalité infantiles ou infanto-juvénile. Cet ouvrage ou annale explique les phénomènes de mortalités certes mais ne nous présentes pas les types de maladies qui causent la mortalité infantile.

Toumbalbai Japonais Fils,<sup>44</sup> ‘‘Mortalité infanto-juvénile au Cameroun entre 1991 et 2011; facteurs explicatifs et sources du changement’’ l’auteur met ainsi l’accent sur l’évolution de la politique sanitaire au Cameroun et sur l’état des lieux de la mortalité infanto-juvénile au Cameroun entre 1991, 1998, et 2011 sans oublier les causes de la mortalité infanto-juvénile au Cameroun qui par la suite tenteront d’expliquer à travers les différentes approches et facteurs de l’évolution de la mortalité. Malheureusement ce mémoire ne propose pas des orientations et solutions par rapport aux maladies des enfants.

Simplice Ayangma<sup>45</sup>, ‘‘L’OMS et le développement de la santé au Cameroun 1963-2000’’, l’auteur fait état des origines entre l’OMS et le Cameroun tout en développant les liens d’amitié qui existent entre les deux parties, présente la contribution de manière globale de l’OMS au Cameroun pour l’éradication des maladies et l’amélioration des conditions sanitaire

---

<sup>42</sup>Yolande Henriette Noëlle Ella, ‘‘L’OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous en l’an 2000 dans les pays en développement. 1981- 1987’’, Mémoire de Master, Yaoundé, IRIC, 1988.

<sup>43</sup> Blaise Nguendo et Japonais Toumbalbai ; ‘‘Niveau et déterminant de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun’’, Yaoundé, IFORD, 2013.

<sup>44</sup> Toumbalbai Japonais Fils, ‘‘Mortalité infanto-juvénile au Cameroun entre 1991 et 2011 ; facteurs explicatifs et sources du changement’’, Mémoire de Master Professionnel, Yaoundé, IFORD, 2013.

<sup>45</sup> Simplicite Ayangma, ‘‘L’OMS et le développement de la santé au Cameroun 1963-2000’’, Mémoire de Master II Economique et Sociale, université de Yaoundé I, 2012,

des populations, il présente aussi des limites de l’OMS dans son action au Cameroun et les résultats du fait de cette contribution qui sont visible sur le terrain. Mais l’auteur ne présente pas cette organisation internationale qu’est l’OMS et non seulement il présente la contribution de l’OMS de manière générale au Cameroun mais ne s’attarde pas sur les maladies infantiles qui constituent l’ossature de notre travail.

Amandine Bangomb, ‘‘Inégalités socioéconomiques de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le septentrion du Cameroun’’ ; l’auteur met en exergue l’influence des inégalités en termes de statut socioéconomiques des ménages sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la partie du septentrion du Cameroun. Elle part du constat selon lequel en Afrique subsaharienne, des disparités régionales en matières de mortalité infanto-juvénile sont observées et des dix régions qui constituent le Cameroun, celle celles qui forment la zone septentrionale ont encore des taux élevés et les seules à afficher une tendance, il serait difficile pour le Cameroun d’atteindre ses objectifs de développement si les conditions sociales, économiques précisément le statut socioéconomique des ménages de cette n’est pas amélioré.

Véronique Messe<sup>46</sup>, intitulé ‘‘Contribution de l’OMS au développement sanitaire du Cameroun étude historique 1962-2012’’ L’auteur statue sur le développement sanitaire de manière globale au Cameroun tout en présentant les différentes actions menées par l’OMS depuis son avènement au Cameroun avec les limites et certaines perspectives de la coopération OMS-Cameroun mais ce mémoire ne nous renseigne pas sur les types de maladies infantiles et leur traitement pour le chercheur qui aimerait prolonger ses recherches ou pour l’homme de science en quête du savoir.

Ella Henriette Noëlle Yolande<sup>47</sup>, ‘‘La coordination des activités opérationnelles de l’OMS et de l’Unicef dans l’assistance au développement du Cameroun 1978-1990’’ dans cette thèse, l’auteur nous présente les origines des contacts entre les différents organismes et le Cameroun du point de vue historique, montre la contribution de chaque organisation internationale dans l’assistance au développement du Cameroun, fait mention des limites et des résultats observables sur le terrain du fait de cette contribution et des solutions sont proposées pour actions plus meilleures à l’avenir. Mais l’auteur omet de faire une brève présentation de

---

<sup>46</sup> Véronique Messe, ‘‘Contribution de l’OMS au développement sanitaire du Cameroun étude historique 1962-2012, Mémoire de Master en Histoire Économique et Sociale, Yaoundé I, 2014.

<sup>47</sup> Ella Henriette Noëlle Yolande, ‘‘La coordination des activités opérationnelles de l’OMS et de l’Unicef dans l’assistance au développement du Cameroun 1978-1990’’, thèse de doctorat, IRIC ; 1990.

chaque organisme et de mentionner les autres intervenants et organismes des nations unies et qui appuient celles-ci dans leurs actions au Cameroun.

Victor Rabeza Rafaralahy,<sup>48</sup> Mortalité infantile et juvénile 1980 ; la mortalité infantile et juvénile détermine le niveau de santé de la population et est fortement soumise à l'influence de santé de la population biologique, culturels, socio-économique et la connaissance de ces niveaux et facteurs déterminants d'une politique de développement. L'auteur montre que de nombreuses études concernant le phénomène de mortalité infantile et juvénile, ont été réalisées dans plusieurs capitales des pays en développement ainsi que dans d'autres régions urbaines ou rurales, les résultats obtenus et analyses ont permis à certains pays en mieux d'orienter leur programme d'action en matière de protection maternelle et infantile tant au niveau national que régional. Un accent a donc été mis sur l'estimation des niveaux de mortalité infantile et juvénile d'une part et l'explication des différences de mortalité à l'aide de quelques variables biodémographiques et socio-économique d'autres parts. Dans cet ouvrage l'auteur fait beaucoup l'apologie du nombre de décès mais ne fournit pas des méthodes préventives et curatives pour faire face à ces décès pour des personnes qui veulent avoir des renseignements là-dessus.

Prudence Djoukep Tchamande,<sup>49</sup> "Statut des mères et santé des enfants de moins de deux ans au Cameroun" ; de façon général, l'étude montre que le contexte économique et socio culturel (région et milieu de résidence, religion) influence le statut de la mère qui a son tour affecte positivement ou négativement la santé de l'enfant. Il statue également sur les caractéristiques de l'enfant à la naissance qui contribuent encore plus à l'explication de son état de santé et nutritionnels. Par conséquent, les mères devraient être davantage formées sur les comportements alimentaires à adopter pendant et durant la période de sevrage. Mais l'auteur ne nous présente pas les différentes maladies ou danger auxquels sera confronté un enfant en cas de négligence ou non instruction de la mère.

En somme, sans pour autant prétendre avoir parcouru tous les travaux qui ont trait à notre sujet, nous pouvons constater que les chercheurs évoquent l'aspect de la coopération, mais pas dans notre perspective de recherche. D'autres documents tels que les ouvrages thèses, mémoires ressortent la contribution de l'OMS au développement de la santé au Cameroun de manière globale mais ne mettent véritablement pas l'accent sur la contribution de l'OMS pour les enfants dans la ville de Yaoundé d'où notre étude. Enfin, tous ces travaux traitent des

---

<sup>48</sup> Victor Rabeza Rafaralahy, "Mortalité infantile et juvénile 1980", Yaoundé, DED, IFORD, 1987.

<sup>49</sup> Prudence Djoukep Tchamande, "Statut des mères et santé des enfants de moins de deux ans au Cameroun", Mémoire de Master Professionnel, Yaoundé, IFORD, 2009.

problématiques différentes de la nôtre, cependant ils restent d'une grande importance pour la réalisation de notre travail.

### **VIII-PROBLEMATIQUE**

Le Cameroun et l'OMS entretiennent des relations harmonieuses depuis 1962<sup>50</sup>, date à laquelle la coopération avait été établie et dont l'OMS s'est fixée pour objectif d'apporter son aide en ce qui concerne les maladies qui provoquent la plupart des décès chez les enfants plus particulièrement dans la ville de Yaoundé et dont la médecine traditionnelle n'a pas montré suffisamment son efficacité. C'est la raison pour laquelle le Cameroun, faisant face à un taux de mortalité très élevé et soucieux de son devenir, décide de nouer des relations avec l'OMS. Il adhère aux différents programmes de l'organisation, bénéficiant ainsi des dons pour les soins des enfants qui constituent l'objet de référence même de notre travail. A cela se pose le problème de l'évaluation de la contribution de l'OMS dans la lutte contre les maladies infantiles. Nous pouvons nous poser la question de savoir ; quelle est la contribution de l'OMS dans le développement de la santé infanto-juvénile dans la ville de Yaoundé ?

A cette principale préoccupation, viennent s'ajouter des questions secondaires à savoir : quelles sont les origines des relations entre l'OMS et le Cameroun et comment se manifestent-elles ? Quelles sont les moyens et les mesures utilisés par l'OMS pour lutter contre les maladies infanto-juvéniles dans la ville de Yaoundé ? Et si nous considérons le fait que l'OMS apporte son aide aux enfants avec pour intention de diminuer la mortalité infantile, quelles sont donc les améliorations observées sur le terrain grâce au soutien de celle-ci ?

### **IX-HYPOTHESES**

Une hypothèse est une proposition relative à l'explication de phénomènes naturels, admise provisoirement avant d'être soumise au contrôle de l'expérience<sup>51</sup>. C'est encore une proposition provisoire anticipée, une présomption, qui demande à être vérifiée<sup>52</sup>. Ce travail de recherche révèle une hypothèse principale et des hypothèses secondaires.

L'hypothèse principale est l'OMS est un acteur privilégié dans le développement sanitaire au Cameroun grâce à son appui considérable pour la santé des enfants de la ville de Yaoundé. De cette hypothèse générale découle des hypothèses secondaires ;

---

<sup>50</sup>Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, OMS/AFRO, Cameroun, p. 18.

<sup>51</sup> [https : www.google.com/search](https://www.google.com/search) hypothèse. Consulté le mardi 27 octobre 2020 à 14 h 28 minutes.

<sup>52</sup> Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt, *Manuel de Recherche en Science Sociales*, Paris, Dunod, 1995, 2006, p. 126.

Comme première hypothèse secondaire, la coopération OMS-Cameroun est née suite à l'accession à l'indépendance du Cameroun faisant ainsi du pays un sujet du monde multilatéral.

Pour la deuxième hypothèse, la coopération OMS-Cameroun est avantageuse, productive et une occasion ouverte aux opportunités non seulement pour les deux parties prenantes en particulier et pour l'Afrique en général.

Enfin, l'OMS est un protecteur et guide pour la santé et la croissance des nourrissons et jeunes enfants de la ville de Yaoundé.

## **X-CADRE THEORIQUE**

Il s'agit des théories de la coopération internationale qui constituent le cadre conceptuel doctrinal de la coopération internationale. Nous avons donc l'interdépendance et le multilatéralisme.

### **1-L'interdépendance**

Du latin "inter" qui veut dire : entre, parmi, avec un sens de réciprocité et "dependere" qui signifie : dépendre de, reposer sur, l'interdépendance désigne les rapports qui lient certaines personnes, êtres vivants ou choses, et qui les rendent nécessaires les uns aux autres. C'est aussi la dépendance réciproque mutuelle<sup>53</sup>. L'interdépendance dans les relations internationales est l'idée avancée par Robert Keohane et Joseph Nye<sup>54</sup> d'où l'apparition de l'école de l'interdépendance aux Etats-Unis au début des années soixante-dix par ces deux personnages.

Selon ces deux auteurs, l'interdépendance croissante des nations est le trait distinctif des Relations Internationales de la fin deuxième Guerre Mondiale. Le rétrécissement des distances déjà observé par de nombreuses réalités, intensifie les contacts entre les Etats mais également entre les sociétés. Dans "transnational relations politics" en 1972, ces auteurs recensent l'ensemble des flux particulièrement à quatre domaines : l'information, le commerce d'objet physique, le flux financier et la libre circulation des hommes et des idées. Cette perméabilité des frontières favorise l'ouverture des sociétés vers l'extérieur. Il est dès lors impossible de dissocier les phénomènes intérieurs des événements extérieurs et l'Etat ne peut plus se présenter comme acteur unique de la vie internationale. Il en résulte une perte de pouvoir

---

<sup>53</sup> [www.toupie.org/dictionnaire/interdependance](http://www.toupie.org/dictionnaire/interdependance). Consulté le vendredi, 30 octobre 2020 à 11h 19 minutes.

<sup>54</sup> Robert.O. Keohane, Joseph Nye, *power and interdependance; world politic in transition*, New York, Longman, 2001, p. 334.

des Etats, dont les politiques sont couronnées par les stratégies d'évasion des acteurs de la vie internationale.

La théorie de l'interdépendance ne se présente pas comme une contestation radicale du réalisme. Leur objet vise au contraire à adapter la doctrine réaliste à un mode plus complexe ; si les acteurs demeurent les acteurs principaux de la vie internationale, il importe de considérer que leur pouvoir est moindre que le passé et que leur décision est plus souvent contestée. Alors que les réalistes privilégiaient les logiques compétitives des Etats qui incluaient les possibilités d'un recours à la force n'occupent plus une place centrale. La multiplication des organisations internationale symbolise cet univers interdépendant en faisant apparaître des nouvelles problématiques qui ne se déroulent plus à « l'ombre de la guerre » ou la puissance des Etats se mesure à leur capacité d'influencer les négociations menées dans ce cadre multilatéral<sup>55</sup>. Avec la construction analytique de l'interdépendance complexe dans leur critique du réalisme politique, Robert Keohane et Nye explorent comment la politique internationale a changé à jamais en raison des interactions émergentes et de l'interdépendance entre les Etats.

Les théoriciens ont reconnu que les connexions transnationales diverses, complexes et les interdépendances entre les Etats et les sociétés se sont accrues, tandis que la force militaire et l'équilibre des pouvoirs diminuent mais restent essentiels. En inventant le concept d'interdépendance et dépendance en analysant le rôle du pouvoir en politique et les relations entre acteurs internationaux<sup>56</sup>. L'interdépendance reflète donc l'ensemble des interactions entre les individus et le monde environnant. Au niveau de l'entreprise, ce sont les interactions entre collaborations avec les prestataires, fournisseurs, clients, l'entreprise agissant au sein d'un écosystème où les acteurs sont interdépendants les uns des autres<sup>57</sup>. A cette théorie d'interdépendance vient s'ajouter celle du multilatéralisme couramment utilisé en Relation Internationale.

## **2-Multilatéralisme**

Le multilatéralisme est un concept utilisé dans le champ des Relations Internationales. Il se définit comme un mode d'organisation des relations interétatiques. Il se traduit par la coopération de trois Etats au moins dans le but d'instaurer des règles communes. Il concerne

---

<sup>55</sup> Wenu. B, *Théorie de la coopération internationale*, note de cours L2, Relation Internationale, UNILU, 2012-2013, p. 15.

<sup>56</sup> [https://www.en.m.wikipedia.org/complex interdépendance](https://www.en.m.wikipedia.org/complex%20interd%C3%A9pendance). Consulté le lundi 2 novembre 2020 à 18h 22 min.

<sup>57</sup> [https://www. Toupie.Org/dictionnaire/interdependance.htm](https://www.Toupie.Org/dictionnaire/interdependance.htm). Consulté le lundi 2 novembre 2020 à 18h 55minutes.

essentiellement la forme institutionnalisée de ces relations. En effet, au sein de l'anarchie internationale ont pu apparaître les Etats se reconnaissant autour des intérêts communs, des stratégies coopératives, qui ont permis de réduire les effets pervers de l'anarchie et de limiter le recours à la guerre. Le multilatéralisme hérite donc de la tradition des lumières, en ce qu'il postule que les rapports interétatiques peuvent aussi être régis par la rationalité : la paix perpétuelle sera rendue possible par l'établissement d'un pacte social entre les États. L'ordre ne surgit pas de lui-même mais doit être construit, institué contre la nature : les Etats pourront se servir du multilatéralisme pour mettre en place des institutions capables d'instaurer un ordre favorable à des relations pacifiques<sup>58</sup>. Le multilatéralisme que nous connaissons aujourd'hui est avant tout américain : il a été conçu par les Etats Unis dès l'origine, comme un mécanisme au service de sa politique étrangère. Il s'inscrit au départ dans une vision wilsonienne de la politique internationale. John. G. Ikenberry<sup>5960</sup> (politiste américain) dans son ouvrage '*Théorie des Relations Internationales et Asie-pacifique*' est l'un des auteurs les plus engagés en faveur du multilatéralisme. Pour lui, la complexification des Relations Internationales contemporaines rend le renforcement du multilatéralisme inévitable. Cet argument se heurte à la réalité : au sein du système interétatique anarchique ; la bonne volonté ne suffit pas pour régler tous les problèmes. Le multilatéralisme économique a rapidement été complété par un multilatéralisme politique ; alors que des questions étaient envisagées comme pouvant être traitées dans un cadre collectif et durable ; c'est à partir de la création de la Société Des Nations (SDN) 1919 et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) que le multilatéralisme est devenu une forme incontournable de la coopération internationale. Mais c'est surtout la mise en place du système onusien qui est significative de cette évolution : ce système conjugue à la fois multilatéralisme politique et économique<sup>61</sup>.

Le multilatéralisme onusien est marqué par tradition universalisme, idéaliste, libérale et démocratique : il s'agit d'établir un cadre qui favorise le développement du commerce et la prospérité des peuples, dans le but de diffuser les valeurs démocratique et libérales considérées comme universelles et qui facilite la négociation politique, la multiplication des occasions de

---

<sup>58</sup> Novosseloff. Alexandra, *L'essor du multilatéralisme : principes institutions et actions communes*, annuaire français des Relations Internationales, Paris, 2002, vol 3 pp. 303-312.

<sup>59</sup> John. Gerard, Ikenberry, *Théorie des relations et Asie-pacifique*, Columbia University Press, 2003, p. 578.

<sup>60</sup> Ikenberry, John. Gérard, 'Les Etats Unis et le multilatéralisme', questions internationales, la documentation française n° 3 (Septembre/octobre) 2003, p. 3.

<sup>61</sup> La coopération multilatérale favorise la création de "régimes internationaux", qui à leur tour, en modifiant les attentes des Etats, renforcent la probabilité de la coopération. Ce mécanisme d'auto-renforcement, cependant, fonctionne d'autant mieux qu'une puissance dominante est présente pour assurer le respect des règles par tous les partenaires, comme le soutient la thèse de la stabilité hégémonique.

rencontre formelles ou informelles entre les gouvernements. La concertation et la recherche de solutions négociées collectivement permettrait de régler les différends de manière pacifique<sup>62</sup>.

## **XI-METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

C'est la science de la méthode en général ou des méthodes particulières de diverses sciences ; ensemble de règles concernant les méthodes à utiliser.<sup>63</sup> Autrement dit la méthodologie est l'ensemble des règles et des démarches adoptées par un chercheur dans son travail pour parvenir à une ou plusieurs conclusions. Nous pouvons donc constater que le mot 'méthodologie' renvoi à la « méthode »<sup>64</sup> qui est une disposition des matières et des pensées dans l'ordre le plus conforme à la raison et le plus propre à faciliter l'intelligence de l'ensemble, en parlant des ouvrages de l'esprit.

Autrement dit, c'est un ensemble de démarche raisonnée que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité ou pour parvenir à un but. Toute discipline est donc caractérisée par son objet d'étude et sa démarche ou méthode<sup>65</sup>.

Nous avons collecté plusieurs types de données selon qu'elles soient primaires et secondaires car, l'histoire s'écrit réellement avec ces sources qui permettent de justifier son objectivité.

Parlant des sources primaires, il s'agit ici des documents d'archives et enquêtes orales.

La première catégorie est constituée des documents d'archives que nous avons collectés lors de nos multiples descentes sur le terrain auprès des grands centres de recherches, ministères hôpitaux et bien d'autres. Il est à noter que pour la réalisation de ce travail nous avons eu recours à ces archives qui proviennent de grands centres privés et public. Il s'agit notamment des Archives du Ministère de la Santé (A MINSANTÉ), des Archives du Ministère des Relations Extérieures (AMINREX), des Archives Nationales de Yaoundé (ANY) et enfin les archives de du bureau pays de l'OMS au Cameroun (A. BUPASOMS).

En ce qui concerne les sources orales, par le souci méthodologique reposant sur la critique, la réfutation, la comparaison et d'objectivité, nous avons effectué des entretiens, des échanges avec plusieurs responsables d'administration et personnes concernées par rapport à notre recherche tel est le cas du Dr. Emah Irène de la direction de l'OMS Dr. Afounde et Dr

<sup>62</sup> <https://www.fr.m.wikipedia.com/multilateralisme>. Consulté le jeudi 12 novembre 2020 à 17h à 03 minutes.

<sup>63</sup> Encyclopedie universalis, méthodologie. Consulté le vendredi, 4 décembre 2020 à 17 h 40 minutes.

<sup>64</sup> <https://www.scribb.fr/category/methodologie>. Consulté le samedi, 5 décembre 2020 à 18 h 30 minutes.

<sup>65</sup> Francois Depelteaux, *La démarche d'une recherche en sciences humaines ; de la question de départ à la communication des résultats*, Paris, De Boeck, 2000, pp. 59-62.

Lee de la Direction de la Santé Familiale du MINSANTE. Après cela nous nous sommes dirigé à la Fondation Chantal Biya et la maternité de l'Hôpital Central. Nous y avons effectué des visites tour à tour avec les différents directeurs qui nous ont orienté vers leur personnel dont les responsables de la maternité et les pédiatres qui représentent les spécialistes de l'enfant. Ces derniers nous ont fourni un nombre important de renseignement par apport à notre sujet de recherche.

Les sources secondaires sont constituées des différents rapports, encyclopédies et dictionnaires, les ouvrages, les articles, les thèses, mémoires ainsi que des documents écrits.

Nous avons d'abord exploité les documents écrits dans l'enceinte du campus qui s'est effectué au département d'Histoire la consultation des mémoires, la bibliothèque de l'Association des Etudiants de la Faculté des Arts, Lettres Sciences Humaines (AEFALSH) et la Bibliothèque Centrale de Yaoundé I ensuite nous avons fait un tour au Cercle d'Histoire-Géographie-Archéologie (CHGA). La consultation des documents du campus étant épuisée, nous nous sommes tournés vers l'extérieur pour agrandir et élargir notre champ de recherche. Nous sommes allés au Ministère de la Santé Publique où la documentation est divisée en deux parties : d'un côté nous avons le centre de documentation et de l'autre côté nous avons les archives nous avons aussi été orientés à ses services rattachés notamment l' Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), la Direction de la Santé Familiale (DSF), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Direction de la Recherche Opérationnelle de la Santé (DROS) et celle de l'Unicef étant donné la forte documentation qui s'y trouve après cela nous sommes partis au centre culturel français (CCF) et à la fondation Paul Ango Ela (FPAE), le Programme Elargi de Vaccination (PEV), sans oublier l'institut des relations internationales (IRIC), l'Ecole Normale Supérieur de Yaoundé (ENS).

Sur la base de la méthode hypothético déductive qui est une méthode scientifique qui consiste à formuler une hypothèse afin d'en déduire des conséquences observables futures et aussi passées permettant d'en déterminer la validité, nous avons pu comprendre et expliquer un certain nombre de phénomène dans la mesure où nous sommes allés du général au particulier<sup>66</sup>. Cette méthode a été ainsi utilisée non seulement pour ressortir la vérité historique c'est à dire donner à l'histoire son objectivité mais aussi pour mieux comprendre et expliquer la nature des rapports entre l'OMS et le Cameroun qui trouve son socle dans la coopération

---

<sup>66</sup> Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt, *Manuel de Recherche en Science Social*, Paris, Dunod, 1995, 2006, p. 134.

bilatérale entre le Cameroun et la France. Toute méthode d'analyse vise donc à prédire, prescrire, comprendre et expliquer un phénomène. Dans notre cadre de travail, la méthode nous a permis d'atteindre notre but tout en vérifiant les hypothèses émises.

## **XII-DIFFICULTÉS RENCONTREES**

Pour la réalisation de ce travail, nous avons rencontré beaucoup d'obstacles qui, malgré tout n'ont pas empêché notre détermination. Comme difficultés, nous avons énuméré plusieurs:

La rareté ou la disparition de certaines sources et inaccessibilité à certains documents due à aux restrictions. Certaines archives sont rares et difficiles à obtenir du fait du lieu où elles se trouvent et tous les documents et lieux ne sont pas accessibles par l'étudiant car certains documents sont classés secret défense et subissent parfois des vols par des personnes mal intentionnées.

Nous avons eu le problème de traduction et compréhension des documents. Certains documents sont difficiles à lire et à comprendre du fait de la manière dont ils ont été produits et les langues aussi qui rendent difficile la lecture dans la mesure où il faut d'abord une traduction pour procéder au déchiffrement de l'écriture.

Nous avons eu la crise sanitaire causée par l'apparition d'une maladie pandémique appelée corona virus qui a entraîné la fermeture de plusieurs centres de recherche rendant quasi impossible le travail de recherche.

## **XIII- PLAN DE L'ETUDE**

Le plan de notre travail se présente ainsi qu'il suit :

Le premier chapitre est intitulé ; *Historique de la coopération OMS-Cameroun*. Il s'agit, ici, de donner un bref aperçu sur l'OMS sa création et ses objectifs d'une part, et présenter l'origine des relations OMS-Cameroun et donner son évolution d'autres parts.

Le deuxième chapitre est intitulé *État de la coopération OMS-Cameroun*. Etant donné que l'organisation et le Cameroun entretiennent des relations harmonieuses depuis la signature de l'accord de siège, ce chapitre étale la situation réelle de cette coopération tout en ressortant les différents acteurs, enjeux, accords, et obligations des deux parties prenantes de cette collaboration.

Le troisième chapitre c'est le chapitre proprement dit de notre travail de recherche intitulé la *Contribution de l'OMS pour la lutte contre les Maladies Infanto-Juveniles dans la ville de Yaoundé*. Il s'agit, ici, de présenter ou montrer la contribution de l'OMS dans la lutte contre les maladies infantiles dans la ville de Yaoundé.

Le quatrième chapitre ; *Évaluation Critique de l'appui de l'OMS pour les maladies infanto juveniles dans la ville de Yaoundé* ; en effet, il s'agit ici d'évaluer l'action ou l'apport de l'OMS pour les maladies infanto juveniles dans la ville et ressortir quelques réserves ou faiblesses de l'OMS. Après cela, il sera question de proposer des orientations, alternatives, et solutions diverses pour l'amélioration l'organisation elle-même, mais aussi pour la coopération tout entière.

## **CHAPITRE I : HISTORIQUE DE LA COOPERATION OMS- CAMEROUN**

Ce chapitre est basé sur les origines des relations entre le Cameroun et l’OMS avant et après les indépendances. La période d’avant qui représente les relations entre les deux parties, conduites sous la houlette de la France et l’Angleterre et la période d’après qui représente l’adhésion officielle du pays à cette organisation. Il est donc question dans ce chapitre, d’élucider le contexte de création de l’OMS c’est-à-dire présenter le processus qui conduit à son avènement. Ensuite, nous allons montrer la structure et le fonctionnement de l’OMS qui s’avère être une organisation à vocation universelle et qui occuperait une place singulière et privilégié dans l’action sanitaire du point de vue international. Enfin, nous allons présenter le processus par étape qui a conduit à la coopération OMS-Cameroun, favorisant ainsi les liens d’amitié et de fraternité entre les deux parties.

### **I- CONTEXTE DE CRÉATION DE L’OMS**

La création de l’OMS est étroitement liée au développement de la santé publique à l’échelle internationale. En effet, les premiers efforts dont on a connaissance en vue de créer un mécanisme international de santé publique qui aurait pour but de combattre les épidémies de maladies remontent en 1851<sup>1</sup>. L’OMS serait donc née de la volonté des Etats de vouloir éradiquer les maladies endémiques et épidémiques qui menaçaient la population européenne dans la deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle. Il est question d’une part de se pencher sur la coopération internationale sur les questions de santé c’est à dire de montrer le processus de formation de ces conférences d’une part et les implications onusiennes aboutissant à la création de l’OMS d’autre part.

#### **A- La mobilisation internationale sur les questions de santé**

Dans cette sous-section il s’agit d’analyser le processus de formation des conférences internationales et l’avènement des structures sanitaires à l’échelle internationale pour aboutir à la création de l’OMS.

---

<sup>1</sup> Pascal Mouhouelo, ‘De la bibliothèque manuelle à la bibliothèque hybride’ : cas du centre de documentation de l’OMS/AFRO, Maitrise en sciences et techniques de la communication, option : documentations, Université Marien Nguabi, Brazzaville, 2003, p. 1.

## 1- L'organisation des conférences sanitaires internationales

La lutte contre les maladies pestilentielles fait l'objet d'une coopération internationale en santé publique qui a commencé dans la deuxième moitié du XIXe siècle<sup>2</sup> et qui s'est matérialisée d'une part par une succession de conférences sanitaires internationales, la rédaction de conventions sanitaires internationales et d'autre part la création d'institution de santé publique<sup>3</sup>. En effet, lorsque le typhus ravage l'Est de l'Europe, les organisations humanitaires traditionnelles s'avèrent incapables de riposter efficacement et communément à la virulence de ce fléau transfrontalier<sup>4</sup>. C'est aussi le cas de la fièvre jaune, du choléra qui ont favorisée cette coopération, liées à l'extension des Relations Internationales et des échanges commerciaux qu'avait permis le développement de transport et de communication. En raison de l'insuffisance des connaissances médicales et de l'absence de moyens thérapeutiques efficaces, l'accent initial était alors donné à la protection des populations européennes.

Dans les années 1850, différents dispositifs sont pris afin de mettre en place des mesures de quarantaine principalement destinées à protéger les Etats européens contre la peste, le choléra et la fièvre jaune qui avaient provoqué la mort des milliers d'êtres humains dans différents pays en Europe<sup>5</sup>. A partir de 1851, des conférences sanitaires internationales ont lieu régulièrement mais se révèlent inefficaces et peinent à aboutir à des accords. C'est le cas par exemple de la première conférence sanitaire internationale qui a eu lieu à Paris, regroupant 12 Etats, qui discute d'une convention sanitaire internationale signée en 1852 pour lutter contre ces maladies. Cependant cette première tentative fut un échec car, la convention n'est ratifiée que par la France, la Sardaigne, puis le Portugal, avant d'être abandonnée, dans la mesure où l'idée même de quarantaine ne faisait pas l'unanimité entre les Etats. Certains la considéraient comme une mesure nécessaire pour empêcher la propagation des maladies, d'autres n'y voyaient qu'une entrave au commerce international, sans efficacité et donc la Sardaigne et la France dut se retirer en 1865 de la convention qui devint inopérante<sup>6</sup>.

Il a fallu attendre la tenue de neuf conférences, entre 1881 et 1897 pour qu'une nouvelle convention soit adoptée. C'est le cas de la septième conférence à Venise qui permet la signature d'une convention sanitaire internationale sur le choléra en 1892 et celle de 1897, la signature

<sup>2</sup> Marta Aleksandra Balinska, *Une vie pour l'humanitaire 1881-1965*, Paris, La Découverte, 1995, p. 4.

<sup>3</sup> Sur cette première période de coopération sanitaire internationale, voir Goodman M. Neville, *internationale health organizations and their work*, Londres 1952, et les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la santé OMS, Genève 1958, chapitres 1 et 2.

<sup>4</sup> Francesca Piana, "Humanitaire et politique in medias res ; le typhus en Pologne et l'Organisation Internationale d'Hygiène de la SDN (1919-1923)", *Relations Internationales*, n° 138, 2009, p. 2.

<sup>5</sup> [https://www.fr.m.wikipedia.org/wiki/Conf%C3%A9rence\\_sanitaire\\_internationale](https://www.fr.m.wikipedia.org/wiki/Conf%C3%A9rence_sanitaire_internationale). Organisation Mondial de la Santé.Com. Consulté le dimanche 11 juillet 2021 à 08 h 33 minutes.

<sup>6</sup> Patrick Zuberger, *L'épidémie c'est l'homme autant que le microbe*, Paris, Médecine News, 30 avril 2009, p. 8.

d'une convention sanitaire internationale sur la peste et enfin celle de 1903 qui met en place la convention sanitaire internationale regroupant les deux dernières. Cette convention de 1903 se fixe pour objectif de créer une institution internationale en matière de santé. Entre temps, le cercle des nations participantes s'était élargi aux Etats Unis d'Amérique, à la Perse, à la Chine, au Japon et à de nombreux Etats américains<sup>7</sup>. La grippe espagnole de 1918-1919, qui fit selon les sources, entre 30 et 40 millions de morts, a permis de créer le Comité d'Hygiène de la Société Des Nations (SDN), considéré par la France et le Royaume-Uni, la surveillance sanitaire du comité couvre, à la fin des années 1920, 70% du globe<sup>8</sup>.

Les dernières conférences internationales aboutissant à l'adoption de conventions sanitaire se tinrent entre 1920 et 1938 pour la mise en place des structures de soins qui vont permettre d'élaborer des stratégies pour combattre ces maladies. C'est le cas en 1920 de la conférence de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) qui adopte une convention sanitaire internationale contenant pour la première fois des dispositions relatives à la variole et au typhus et qui est révisée six ans plus tard ; La convention de 1935 pour la navigation aérienne entrainée en vigueur et la dernière fut celle qui se tint à Paris en 1938<sup>9</sup>. Après avoir tenu ces nombreuses conférences sanitaires internationales, il convient à présent de montrer les premières structures et instruments sanitaires nées de ces conférences à l'échelle internationale.

## **2- La mise sur pied des premières structures et instruments sanitaires à l'échelle internationale**

Les premières structures et instruments sanitaires furent au nombre de quatre et avaient été créés au cours du XIX<sup>e</sup> siècle afin de réglementer systématiquement l'application de mesures quaranténaires dans la région méditerranéenne. En fait, il ne s'agissait cependant pas de véritables organisations internationales ayant un secrétariat et des bureaux, mais, en général, de conseil composé de représentants des pays islamiques intéressés, d'une part et des puissances européennes d'autre part.

### **a- Le Bureau Sanitaire Panaméricain (BSP)**

Le BSP, ancêtre de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) et créé à Washington, est né de deux principales conférences ayant chacune des objectifs précis. C'est le cas de la conférence de Washington en 1881 qui avait recommandé l'adoption d'un projet de convention tendant à créer une agence internationale qui s'occuperait de façon permanente des

---

<sup>7</sup> Yves Beigbeder, *L'Organisation Mondiale de la Santé : chapitre I. les origines historiques de l'OMS*, sur open Edition book, presses universitaires de France, 1995, p. 4.

<sup>8</sup> Patrick Zuberan, *L'épidémie c'est l'homme*, p. 11.

<sup>9</sup> Ibid., p. 13.

questions de santé en suscitant des études sur les épidémies, des projets de mise en œuvre de la quarantaine et la réunion périodique de conférences sanitaires internationales. Cette proposition prit corps sur le plan régional<sup>10</sup>. Mais ce n'est qu'en 1901, que la deuxième conférence internationale des Etats américains de Mexico City proposa une réunion des délégués des organisations sanitaires de chaque Etat. Celle-ci se tint pour la première fois à Washington, en décembre 1902, et c'est elle qui créa la même année le Bureau Sanitaire Panaméricain, dont les fonctions principales étaient d'activer l'échange d'information épidémiologiques, de faire circuler les données sur l'Etat de santé en général et de fournir son aide dans la lutte contre l'épidémie et l'assainissement des ports et des villes. Ces fonctions furent précisées et étendues par le code sanitaire panaméricain en 1924. Le BSP est devenu Bureau Régional de l'OMS en vertu de l'accord entre l'OMS et l'organisation panaméricaine de la santé du 30 juin 1949, tout en gardant son identité et ses fonctions au sein de cette dernière organisation<sup>11</sup>. Après le BSP on assiste à l'avènement de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP)

#### **b- L'Office International d'Hygiène Publique (OIHP)**

L'OIHP est né d'une volonté de traitement de maladies épidémiques qui causaient le décès en Europe. Les origines de l'OIHP sont européennes, elle a été lancée lors de la conférence sanitaire internationale de Paris de 1903 et fondée par l'arrangement de Rome de 1907. En effet, la conférence de Paris réunit en 1903 Vingt-trois Etats et le résultat de ses travaux fut une nouvelle convention, la convention sanitaire internationale de 1903, traitant de tous les problèmes que l'on avait tenté de régler auparavant ; conseils sanitaires, informations épidémiologiques, quarantaine, etc. Mais surtout, on y résolut de constituer un office sanitaire international qui devrait rassembler les informations sur les maladies épidémiques et les communiquer par bulletins officiels aux Etats membres<sup>12</sup>. L'Office International d'Hygiène naquit à Rome, en 1907 et Treize Etats étaient présents à la conférence qui l'instituait, son siège fut fixé à Paris, et le français proclamé langue officielle. Son but principal était de recueillir et de transmettre aux Etats membres les informations sur la santé publique, sur les maladies transmissibles (peste, choléra et fièvre jaune) et sur les mesures à prendre pour combattre celles-ci. Elle fut la première organisation sanitaire de caractère permanent et mondial, et la seule

<sup>10</sup> Rapport du directeur du bureau sanitaire panaméricain au comité exécutif de OSP ; Decentralization of activities of the panamerican sanitary bureau to the zone offices, 17 August, 1959, pp. 3-4.

<sup>11</sup> Bernard Hillemand, Alain Ségal, *Les six conférences sanitaires internationales de 1851 à 1885 prémices de l'organisation mondiale de la santé*, Histoire des Sciences Médicales, Paris, Tome XLVII, boulevard Malesherbes, 75008, 2012, p. 42.

<sup>12</sup> Leo Kaprio, 'L'OMS en Europe ; quarante années, l'élaboration d'une politique commune de la santé', OMS Publications Régionales, série européenne, n° 40, 1991, p. 13.

jusqu'en 1923. Pendant la première guerre mondiale, l'OIHP réduisit ses activités, mais en assurant la publication du bulletin mensuel. Il s'occupa alors surtout des problèmes sanitaires spécifiques de la guerre jusqu'à l'arrivée de l'Organisation d'Hygiène de la Société Des Nations.

### **c- L'Organisation d'Hygiène de la Société Des Nations (OH/SDN)**

Après la Première Guerre Mondiale, une autre organisation sanitaire fut créée dans le cadre de la SDN : l'Organisation d'hygiène (OH). Cette création répondait aux questions et aux dispositions de l'article 23, du pacte de la SDN qui Prévoient que ses membres s'efforceraient de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies. Ce qui fera l'objet de discussion et négociation avec l'OIHP, et un projet d'organisation internationale permanente fut approuvé en 1920. Il n'eut aucune suite. La France et les Etats Unis ne voulaient pas voir l'OIHP placé sous la direction de la SDN. En effet la conférence de spécialistes en matière d'hygiène fut convoquée et se réunit en 1920, devant la menace des épidémies de typhus, fièvre jaune récurrente qui avaient déjà fait de victime en Pologne, la Russie recommanda la création d'une commission temporaire des épidémies composée de trois membres et chargée de prêter son concours aux administrations sanitaires de l'Europe orientale<sup>13</sup>. Cette conférence élaborait un premier projet qui fut accepté par la première assemblée de la SDN en novembre 1920, mais certaines difficultés d'organisation ayant surgi, des modifications furent apportées à ce projet, et après plusieurs étapes dans le développement de l'organisation d'hygiène, celle-ci fut définitivement constituée lors de la 4<sup>ème</sup> assemblée, en 1923 après trois ans de discussion. En dehors de cette activité l'OH de la SDN créa un système d'information épidémiologique pour les maladies non traitées par l'OIHP. Elle institua un bureau sanitaire en Extrême-Orient, pour permettre un meilleur contrôle des épidémies dans cette zone particulièrement dangereuse<sup>14</sup>. L'OIHP et l'OH, qui faisaient dans une certaine mesure un double emploi, collaborèrent surtout dans le domaine de l'information épidémiologique : le premier utilisait les bureaux régions de la seconde comme source de renseignements. Des accords avaient été conclus dans ce sens en 1927<sup>15</sup>. Qu'en est-il à présent de l'implication de l'ONU dans la mise en place définitive de cet organisme ?

---

<sup>13</sup> Céline Paillete, "De l'organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS : mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954", in bulletin de l'institut Pierre Renouvin, n° 32, 2010, pp. 193-198.

<sup>14</sup> Jeanne Pittet, *L'organisation d'hygiène de la Société Des Nations*, 8092 Zurich, ETH bibliothèque, 1926, p. 1.

<sup>15</sup> Sur la collaboration entre les deux organisations, voir Goodman. M. Neuville, *international Health organisation*, Churchill, Linvistone, 1971.

## **B-L'ONU et la création de l'OMS**

Dans cette section, il est question de montrer la contribution de l'UNRRA et l'ONU dans la création de l'OMS.

### **1- L'United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA)**

C'est la quatrième et dernière structure sanitaire, qui est un organisme chargé d'entreprendre la reconstruction de l'Europe à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Elle était largement financée et soutenue par les Etats-Unis d'Amérique et donc le siège était à Washington. Elle avait pour objectif : planifier, coordonner et porter secours ou gérer les secours portés aux victimes du conflit, dans toutes les zones sous le control des Nations Unies ; fourniture d'aide alimentaire, de carburant, d'abris et autres produits de première nécessité ; des soins médicaux et autres services essentiels ; et de faciliter, dans ces dites zones, autant que nécessaire, l'approvisionnement et le transport de ces produits et l'offre des services. En effet, au début de la Deuxième Guerre Mondiale, l'activité de l'OIHP, dont le siège était en France, fut interrompue par l'occupation de ce pays ; celle de l'OH de la SDN se réduisit à peu, Face à la situation d'urgence créée par la guerre, les puissances alliées décidèrent en 1941 d'instituer un comité de secours interallié pour empêcher le retour de la situation désastreuse des années 1918-1920. Ce comité travailla pendant deux ans à la préparation des opérations de secours avant d'être remplacé en 1943 par une organisation plus vaste ; l'administration de secours et de réinstallation des Nations Unies (UNRRA). Quarante-trois pays alliés y participèrent. L'UNRRA avait son siège principal à Washington et un office régional à Londres<sup>16</sup>. La santé était une de ses préoccupations fondamentales, mais pas la seule. Elle devait porter assistance aux autorités sanitaires nationales dans plusieurs domaines. L'UNRRA agit donc principalement par des interventions directes, dans lesquelles furent employées de grandes quantités de médicaments et un important personnel. En 1946, l'UNRRA fut dissoute et ses activités dans le domaine sanitaire furent transférées avec les fonds disponibles, à l'OMS qui venait d'être créée et à l'UNICEF<sup>17</sup>.

### **2- Les implications onusiennes pour une structure de santé internationale**

Depuis sa création, l'ONU a été activement impliquée dans la protection et la promotion d'une bonne santé à travers le monde et au sein du système des Nations Unies, c'est l'OMS qui mène les efforts en ce sens<sup>18</sup>. En effet, la charte des Nations Unies prévoyait que l'ONU

---

<sup>16</sup> Victor Yves Ghebalí, *La France en guerre et les Organisations Internationales 1939-1945*, Paris, Mouton, 1969, p. 273.

<sup>17</sup> Marta Aleksandra Balinska, *Une vie pour l'humanitaire 1881-1965*, Paris, la Découverte, 1995, p. 320.

<sup>18</sup> Bulletin des Nations Unies ; paix dignité, égalité sur une planète saine.

favoriserait entre autre la solution des problèmes internationaux dans le domaine de la santé publique et qu'une institution spécialisée, reliée à l'ONU, serait dépourvue d'attribution internationale étendues dans ce domaine. On peut l'observer dans l'article 55b 57 de la constitution. La conférence de San Francisco de 1945, qui approuva le texte de la charte, adopta à l'unanimité la déclaration conjointe du Brésil et de la Chine recommandant qu'une conférence générale fût convoquée dans les prochains mois en vue de l'établissement d'une organisation internationale de santé<sup>19</sup>. La conférence internationale de la santé se réunit à New York le 19 juin 1946. En un mois, elle élaborait la constitution de la future organisation, qui fut signée le 22 Juillet 1946. La conférence adopta également un arrangement visant à la création d'une commission intérimaire chargée de préparer la première Assemblée Mondiale de la Santé, de poursuivre sans interruption les activités qui incombaient encore à l'Organisation d'Hygiène de la SDN et celles de l'UNRRA, en attendant l'établissement définitif de l'organisation. La commission intérimaire se réunit de 1946 à 1948. Elle était composée de 18 membres désignés par autant d'Etats comme personne : « techniquement qualifiés dans le domaine de la santé ». La commission prit les dispositions nécessaires pour la reprise des fonctions des anciennes organisations sanitaires internationales. Elle approuva des projets d'accords avec l'ONU, FAO l'OIT, l'UNESCO. Cependant, la question de l'intégration du Bureau Sanitaire Panaméricain à l'OMS fut renvoyée à la première Assemblée de la Santé.

La constitution de l'OMS entra en vigueur le 7 avril 1948, lorsque le vingt sixième des 61 Etats membres signataires la ratifia. C'est la raison pour laquelle la journée mondiale de la santé est célébrée chaque année le 7 avril<sup>20</sup>. La première Assemblée Mondiale de la Santé qui se réunit au palais des nations à Genève le 24 juin 1948, regroupa les délégations de 53 des Etats membres, des observateurs d'Etats non membres, de l'ONU de cinq institutions spécialisées, de l'OIHP et de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine. L'Assemblée élut comme premier Directeur Général, le Dr Brock Chisholm secrétaire. Elle vota le budget de l'organisation et choisit Genève comme siège. L'Assemblée établit un programme basé sur les

---

<sup>19</sup> *United Nations economic and social council ; international health conference*, actes de la conférence de la conférence internationale de la santé qui s'est tenue à New York du 19 juin au 22 juin 1946, New York, *lake success and New York, United Nations*, 1940, p. 60.

<sup>20</sup> La constitution de l'OMS qui a été établie en 1946 lors de la conférence internationale de la santé du 19 Juin de la même année à New York et qui fut signée le 22 juillet 1946, ne faisait pas encore l'unanimité. Il a fallu non seulement la tenue d'une commission intérimaire chargée de poursuivre sans interruption les activités qui incombaient encore à l'Organisation, mais aussi que le vingt sixième des 61 Etats membres signataires accepta de la ratifier pour qu'elle entre en vigueur le 7 avril 1948.

recommandations de la commission intérimaire et adopta les projets d'accords avec les organisations mentionnées ci-dessous et mit fin au mandat de la commission<sup>21</sup>.

**Photo n° 1 : Bâtiment abritant les services constitutifs de l’OMS qui se trouve à Genève**



**Source :** <https://www.google/Batiment OMS.Com>. Consulté 10 Janvier 2021 à 15h02 minutes.

En somme nous pouvons constater que la coopération en santé publique qui a commencé dans la deuxième moitié du XIXe siècle s’est matérialisée d’une part par une succession de conférences et conventions sanitaires et d’autre part, la création d’institution de santé publique qui ont été motivé par l’apparition des maladies endémiques, débouchant ainsi à la mise en place de la constitution de l’OMS dont il serait judicieux d’en apprendre davantage sur sa structure et son fonctionnement.

## **II-STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DE L’OMS**

L’OMS est une organisation des Nations-Unies parmi tant d’autre qui s’efforce d’établir un plus grand niveau de santé dans la vie des êtres humains. Dans cette sous partie nous allons montrer sa structure d’une part, son fonctionnement et ses missions d’autre part.

### **A-Structure de l’OMS**

La structure de l’OMS, semblable à celle de la plupart des autres agences spécialisées des Nations Unies, comprend des organes intergouvernementaux au niveau central, soit

---

<sup>21</sup> Comme pour les autres institutions spécialisées du système « Système des Nations Unies », la création de l’OMS, en tant qu’organisation intergouvernemental autonome, ayant ses propres organes de direction, son budget et son secrétariat, constituait l’application concrète de la théorie du fonctionnalisme.

l'Assemblée Mondiale de la Santé, organe principal où tous les Etats membres sont représentés, et le conseil exécutif, organe restreint à 32 membres. Son secrétariat assure la permanence de l'action de l'organisation<sup>22</sup>. Cette structure classique est cependant complétée par des structures régionales décentralisées, ce qui donne à l'OMS son caractère particulier, unique parmi les organisations des Nations Unies. Il s'agira donc, ici, de présenter la composition des services de l'organisation après viendra les bureaux régionaux.

### **1- Les services de l'OMS**

L'OMS est composée d'un ensemble de service ayant chacun un rôle et des attributions bien précise au sein de l'organisation.

#### **a- L'Assemblée Mondiale de la Santé**

L'Assemblée Mondiale de la santé est l'organe décisionnel suprême de l'OMS. Elle se réunit généralement à Genève en Mai chaque année et des délégations de ses 194 Etats membres y siègent<sup>23</sup>. Chaque membre dispose d'une seule voix. Elle a pour fonction principale d'approuver le budget programme de l'OMS pour l'exercice biennal suivant et de statuer sur les grandes orientations politiques de l'organisation. Les règlements sont votés par l'Assemblée Mondiale de la Santé à la majorité simple et entrent en vigueur pour tous les Etats membres sauf si ceux-ci refusent ou émettent des réserves dans les délais prescrits pour la notification. Elle adopte à la majorité des deux tiers de nouvelles conventions internationales sur la santé pour combler des lacunes en diverses matières. Toute convention doit être ratifiée par chaque Etat pour entrer en vigueur. Par exemple, elle a adopté la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, que seulement six Etats n'ont pas ratifié<sup>24</sup>. Après l'Assemblée nous avons l'organe d'administration qui est le conseil exécutif.

#### **b- Conseil Exécutif**

Le conseil exécutif est l'organe chargé d'administrer l'OMS. Il est composé de 34 membres qui sont élus pour trois ans par l'Assemblée et ceux-ci doivent avoir une compétence sanitaire et être représentatifs des organisations régionales de l'OMS. Les membres permanents du conseil de sécurité des Nations Unies ont de ce fait un membre au sein de ce comité<sup>25</sup>. Ses

---

<sup>22</sup> OMS, Débat et Actes Finaux de la Conférence Internationale de la Santé, New York, Genève, juin 1948, pp. 19-22.

<sup>23</sup> 194 membres depuis l'adhésion du Monténégro, le 26 Août 2006. Le Liechtenstein et le saint siège sont non-membres de l'OMS, sachant que les autorités de Taiwan en sont toujours exclues de par la politique d'une seule chine de la République Populaire de Chine.

<sup>24</sup> OMS, « convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac » sur WWW.WHO.COM. Consulté le 29 Novembre 2020.

<sup>25</sup> Yannick Jean, *Organisation Mondiale de la Santé*, Paris, sur Université Sherbrooke, 1995, p. 175.

principales fonctions sont d'appliquer les décisions et les directives de l'assemblée mondiale de la santé et de lui indiquer des orientations. Il peut aussi soumettre à l'assemblée pour examen et approbation, les rapports financiers et les prévisions budgétaires de l'organisation, en les accompagnant de telles recommandations qu'il croit opportunes, sans oublier que tous les cinq ans, il soumet à l'assemblée un programme général de travail s'étendant sur une période déterminée. A la suite de l'Assemblée de la Santé et du Conseil Exécutif, le dernier organe est le secrétariat.

### c- Le Secrétariat

Le secrétariat est dirigé par le Directeur Général, nommé par les Etats membres pour une période de cinq ans, sur proposition du conseil exécutif. L'ensemble du personnel de l'OMS est sous la direction du secrétariat. Il constitue la structure permanente de l'organisation, les autres organes directeurs ne se réunissent que pour des périodes limitées. Il prépare les décisions ou recommandations de ces organes, les met en œuvre et leur soumet des rapports sur l'exécution des programmes. Dans le cadre des politiques décidées par les organes directeurs, l'assemblée et le conseil, et grâce au financement approuvé par l'assemblée, le succès des activités et le bon fonctionnement de l'organisation dépendent entièrement du secrétariat<sup>26</sup>.

**Tableau n° 1 ; Liste des directeurs généraux ayant assurés la direction de l'OMS depuis sa création**

Noms	Pays	Date du mandat
Brock Chisholm	Canada	1948-1953
Marcolino Gomes Candau	Brésil	1953-1973
Halfdan T. Mahler	Danemark	1973-1988
Hiroshi Nakajima	Japon	1988-1998
Gro Harlem Brundtland	Norvège	1998-2003
Lee Jong- Wook	Corée du Sud	2003-2006
Anders Nordstrom	Suède	2006-2007 (Intérim)
Margaret Chan	Hong-Kong (république populaire de Chine)	2007-2017
Tedros Adhanom Ghebreyesus	Ethiopien	2017

Source : [https://www.fr.m.wikipedia.org/wiki/organisation\\_mondiale\\_de\\_la\\_santé](https://www.fr.m.wikipedia.org/wiki/organisation_mondiale_de_la_santé). Consulté le 15 janvier 2021 à 8h.

Dans ce tableau, on peut noter que les directeurs sont originaires de pays de divers continents sans oublier les mandats des Directeurs Généraux ayant assurés la direction de

<sup>26</sup> OMS, Débat et Actes Finaux de la Conférence Internationale de la Santé, pp. 19-22.

l'OMS. On remarque aussi que le mandat varie en fonction des personnes, le plus court est 5 ans tandis que le plus grand est de 15ans et c'est le directeur Halfdan T. Mahler qui l'a eu. En raison du décès soudain de son directeur général, Lee Jong-Wook, le 22 mai 2006, l'intérim de la direction est assuré par Anders Nordstrom, jusqu'à l'élection de son successeur, le Dr Margaret Chan, le 8 novembre 2007<sup>27</sup>.

## **2-Organisation régional de l'OMS**

L'un des traits distinctifs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) c'est la décentralisation de ses activités. Il est précisé que dans le chapitre XI article 46 de la constitution de l'OMS que des organisations régionales comportent un comité et bureau régional c'est pour répondre à cette exigence qu'un comité et bureau voient le jour en Afrique dès septembre 1952, à la suite de l'organisation à Genève en juin 1951.

### **a- Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO)**

Les bureaux régionaux sont ceux qui ont vocation à servir de liens entre les gouvernements, les actions à l'échelle nationale et le siège de l'OMS. Les Etats membres sont repartis dans six groupes géographiques qui ont pour but de tenir compte des problèmes sanitaires propre à chaque région de la planète. Cette organisation régionale et décentralisée est unique au sein des organisations des Nations Unies. Chaque bureau régional élit un Directeur Régional. Ils gèrent également une partie des programmes transversaux et fixent des priorités à l'échelle régionale et nationale<sup>28</sup>. Ainsi les bureaux régionaux gèrent de manière autonome une grande partie des ressources humaines et techniques de l'OMS ce qui induit, inégalités, tensions avec le siège ou avec les bureaux nationaux. Ils gèrent le recrutement du personnel jusqu'à un certain niveau de direction<sup>29</sup>.

Les bureaux régionaux sont les organes administratifs des comités régionaux et agissent en tant qu'organes exécutifs de l'assemblée et du conseil exécutif dans les limites de la région. Ils sont placés sous l'autorité des comités régionaux et du Directeur Général. En accord avec le comité régional, le conseil exécutif nomme les Directeurs Régionaux. Le personnel du bureau régional est en revanche nommé sur la base d'un accord entre le directeur général et le directeur régional (art.53). D'après l'art.44 de la constitution, c'est l'assemblée qui détermine les régions géographiques où il est souhaitable de créer une organisation régionale. La constitution précise

<sup>27</sup> [https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Organisation\\_Mondiale\\_de\\_la\\_Santé](https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Organisation_Mondiale_de_la_Santé). Consulté le 15 janvier 2021 à 15 h 44 minutes.

<sup>28</sup> [https://www.fr.m.wikipedia.org/wiki/Organisation\\_Mondiale\\_de\\_la\\_Santé](https://www.fr.m.wikipedia.org/wiki/Organisation_Mondiale_de_la_Santé). Consulté le 15 janvier 2021 à 15 h 44 minutes.

<sup>29</sup> OMS, Documents Fondamentaux, 39<sup>e</sup> éd, 1992, p. 45.

aussi qu'il ne pourra avoir qu'une seule organisation par région et que chaque organisation fera partie intégrante de l'OMS<sup>30</sup>. C'est le cas par de ces six organisations régionales de l'OMS :

- le bureau des Amériques, donc le siège se trouve à Washington qui est la capitale des Etats unis d'Amérique ;

- le bureau de la méditerranée, donc le siège se trouve au Caire, capitale de l'Egypte ;

- le bureau de l'Europe, donc le siège se trouve à Copenhague, capitale du Danemark ;

- le bureau du pacifique de l'Ouest, donc le siège se trouve à Manille la capitale de Philippine ;

- le bureau du sud-est asiatique, donc le siège se trouve à New Delhi, capitale de l'Inde ;

- le bureau de l'Afrique, donc le siège se trouve à Brazzaville, la capitale du Congo<sup>31</sup> ;

Nous relevons tout de même deux rôles majeurs du bureau régional de l'OMS à savoir :

- Appui technique de l'équipe inter pays et ou de consultant à la réalisation de certains intervenants des plans opérationnels et fournitures des orientations, directives régionales à adapter au niveau pays<sup>32</sup>.

- Renforcement des capacités dans les domaines de la négociation et de la mobilisation des ressources, de la surveillance des maladies et de l'application des engagements du nouveau Règlement Sanitaire International, de la réponse aux urgences sanitaires, et aux catastrophes, des déterminants sociaux de la santé, et de l'environnement, de la recherche en santé, de la promotion de la santé, du renforcement du système de santé, y compris, du système d'information sanitaire pour la relance des soins primaires notamment, ainsi que du domaine pharmaceutique<sup>33</sup>.

---

<sup>30</sup> Yves Beigbeder, *Évolution structurelle de l'OMS*, Paris, open Edition Book Presses Universitaires de France, 1995, p. 37.

<sup>31</sup> Pascal Mouhouelo, De la bibliothèque manuelle à la bibliothèque hybride, p. 1.

<sup>32</sup> OMS, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015. Cameroun, p. 27.

<sup>33</sup> Ibid., p. 29.

**Photo n° 2 : signature des accords du 22 août 1956 par Dr Cambournac et JC Cédile**



**Source** : OMS-Brazzaville santé publique ; dix ans de progrès, p. 3.

De cette photo, l'on peut retenir qu'il s'agit du projet 'accord du 22 Août 1956 finalisant l'installation de l'OMS à Brazzaville, la capitale de l'AEF dont il a été signé entre le Secrétaire Général M. Cédile et le Dr Cambournac Dr/AFRO au lieu-dit cité du Djoué à 12KM de la capitale<sup>34</sup>.

#### **b- Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (CR/AFRO)**

Le Comité régional est la plus haute instance décisionnelle en ce qui concerne l'action sanitaire internationale dans la Région africaine de l'OMS car elle fait partie des organes directeurs de l'OMS après le Conseil exécutif l'Assemblée Mondiale de la Santé et il en existe six comités régionaux, pour les six bureaux régionaux de l'OMS l'article 46 stipule que chacune des organisations régionales comporte un comité régional et un bureau régional<sup>35</sup>. Le CR contrôle les activités du bureau régional et prend des décisions collectives ou adopte des résolutions sur des questions relatives aux programmes de l'OMS, sur des problèmes de santé propres à la Région, et sur des questions relatives à la gouvernance et à la gestion de l'OMS. Le Comité suit également la performance de l'OMS, grâce au rapport établi par le Directeur régional. Le rapport du Directeur régional couvre les activités menées par l'OMS dans la

<sup>34</sup> OMS, Brazzaville santé publique, p. 1.

<sup>35</sup> AMIREX AP1, Initiative et attributions du Comité Régional de l'OMS, 1951.

Région au cours de l'année écoulée<sup>36</sup>. Dans son article 47, la constitution stipule que ce sont les représentants des Etats membres et associés de la région concernée qui composent les comités régionaux. C'est dans ce cadre que va voir le jour le CR/AFRO. Comme les autres CR, il se réunit aussi souvent qu'il est nécessaire en septembre ou en octobre pour une durée de 5 à 7 jours et c'est lui qui fixe le lieu de chaque réunion et adopte ses propres règlements. Ainsi, le tout premier CR/AFRO se tient à Genève en juin 1951, comme précédemment souligné. Y sont présents les Etats membres et associés, soit 12 au total. Le second CR se tient à Monrovia au Liberia en septembre 1952. Toutefois, c'est lors de ce second comité que le transfert en Afrique du bureau est décidé ; c'est ce comité qui inaugure la tenue en Afrique des CR et depuis lors, tous les autres s'y sont toujours tenus<sup>37</sup>.

Il est important de noter que le Comité régional procède également à la désignation de membres du bureau de l'Assemblée mondiale de la Santé (qui sont choisis sur une base régionale). En outre, le Comité Régional désigne les membres de la Région africaine qui sont appelés à siéger au Conseil exécutif<sup>38</sup>, et le Comité désigne les États Membres appelés à siéger dans d'autres conseils et comités qui requièrent la représentation de la Région africaine<sup>39</sup>. En vertu des dispositions de l'article 10 de son Règlement intérieur, le Comité régional élit, parmi les représentants, son bureau, à savoir : un président et deux vice-présidents ; cette élection a lieu chaque année à la première séance tenue au cours de ladite année. Le Président n'est pas rééligible avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du moment où il cesse d'exercer ses fonctions. Les comités régionaux sont composés de représentants des États Membres et des Membres associés de la Région en question<sup>40</sup>.

Tous les Etats membres ou membres associés sont représentés dans les comités régionaux, même les territoires qui n'ont pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales ont le droit d'y participer, car leurs droits et leurs obligations sont fixés par l'assemblée. Par ailleurs, les comités régionaux influencent d'une certaine manière le budget de l'organisation régionale dans la mesure où ils recommandent « l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements des régions respectives si la part du budget central de l'organisation alloué à cette région est insuffisante pour l'accomplissement des

<sup>36</sup> Anonyme, Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique : guide des Etats membres et des participants OMS/AFRO, Brazzaville, 2019, pp. 1-2.

<sup>37</sup> Simplicie Ayangma, « Le Développement de la santé au Cameroun 1963-2000 », Mémoire de Master en Histoire Economique et Sociales", Yaoundé I, 2012, pp. 28-31.

<sup>38</sup> Sept sièges sur les 34 que compte le Conseil exécutif sont réservés à la région africaine

<sup>39</sup> Anonyme, Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique : guide des États membres et des participants OMS/AFRO, Brazzaville, 2019, p. 3.

<sup>40</sup> A MINREX A. P1, Exposé de motif du comité régional du pacifique occidental, 1970.

fonctions régionales » (art.50) ils fournissent par l'intermédiaire du directeur général, des avis à l'organisations sur les questions dont l'importance dépasse les limites régionales<sup>4142</sup>.

Le 20 Août 1952 est un jour mémorable dans les annales de l'OMS/AFRO, car cette date marque la signature d'un accord entre le gouverneur Gedile<sup>43</sup>, et le Dr Cambournac<sup>44</sup>. Cet accord a permis l'établissement du Bureau Régional sur les hauteurs de la cité du Djoué à 12 km de la capitale à Brazzaville. Au lendemain de la signature, les premiers bâtiments qui abritèrent les services du bureau régional furent gracieusement offerts par le gouvernement français. Le bureau régional, obligea les responsables à scinder et disperser les services. Une deuxième offre du gouverneur de l'AEF dota la très jeune institution d'un bâtiment moderne et c'est au cours de cette même année que se tiendra à Monrovia au Libéria, en terre africaine, le deuxième comité régional. Historiquement, au cours de cette période, le travail des services de santé a consisté à parler aux grandes endémies ; paludisme, variole, lèpre, maladie du sommeil<sup>45</sup> etc. Le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique comprend 46 Etats<sup>46</sup> et sa population totale est supérieure à 585 millions de personnes<sup>47</sup>.

**Tableau n° 2 : listes des personnalités ayant successivement assurées la direction du bureau de l'OMS/AFRO jusqu'à nos jours**

Noms	Fonction	Pays	Date du mandat
Dr J.F Cambournac	Directeur régional	Portugal	1954-1964
Dr Lucien Bernard	Représentant du directeur régional	France	1964-1965
Dr Colam Quenum	Premier directeur régional africain	Bénin	1965-1984
Dr Ibrahim Malick Samba	Représentant du directeur régional	Gambie	1984-1985
Pr Iobe Godliev Monekosso	Directeur régional	Cameroun	1985-1994
Dr Ebrahim Malick Samba	Directeur régional	Gambie	1994-2005
Dr Luis Gomes Sambo	Directeur Régional	Angola	2005-2015
Dr Matshidiso Rebecca Natalie Moeti	Directeur régional	Botswana	2015

**Source** : [www.Memoireonline.com/12/07/754/m\\_bibliotheque-manuelle-hybride-centre-documentation-oms-afro7.html](http://www.Memoireonline.com/12/07/754/m_bibliotheque-manuelle-hybride-centre-documentation-oms-afro7.html). Consulté jeudi 7 janvier 2021 à 19h 45 minutes.

<sup>41</sup> Activité de l'OMS dans la région africaine 1986-1987, p. 239 et celle de 1992-1993, p. 147.

<sup>42</sup> Constitution de l'OMS article 44, 48, 50, 53.

<sup>43</sup> Gedile, Secrétaire Générale de l'Afrique Equatoriale française (AEF)

<sup>44</sup> De nationalité portugaise, le Dr Cambournac est le premier directeur de l'OMS pour l'Afrique de la période allant de 1954 à 1964.

<sup>45</sup> Pascal Mouhouelo, De la bibliothèque manuelle à la bibliothèque hybride, p. 1.

<sup>46</sup> Parlant des 46 Etats du bureau régional il s'agit : Afrique du sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Cote d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie Ghana, Guinée Bissau, Guinée Équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Tanzanie, Rwanda, Sao Tome, et Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

<sup>47</sup> OMS. Bureau Régional pour l'Afrique. L'Organisation Mondiale de la Santé en Afrique. Brazzaville : OMS/AFRO, 1975.

Le tableau ci-dessous représente les personnalités ayant successivement assuré la direction du bureau de l’OMS pour l’Afrique, à l’intérieur nous avons non seulement les noms de ces personnalités, leur fonction mais aussi leurs pays respectifs et la durée de leur mandat. Il en ressort que nous avons deux statuts à savoir ; Directeur Régional et représentant du directeur régional mais la fonction reste la même, les deux premiers directeurs furent européens et les cinq autres virent des différents pays d’Afrique. Le mandat varie d’un à 19 ans. Après avoir statué sur les Bureaux et Comité Régionaux de l’OMS il est important de se tourner vers le fonctionnement et les attributions de l’organisation.

## **B- Fonctionnement, but et missions de L’OMS**

L’OMS possède un fonctionnement similaire aux autres organisations internationales et agences spécialisées de l’ONU avec un but et des missions donc certaines sont contenues dans sa constitution et d’autres sont élaborées dans des documents de programme général de travail et autres rapports de plan stratégique pour le développement.

### **1- But et missions de l’OMS**

L’OMS possède un but et des missions qui lui sont assignées par ses membres fondateurs lors de sa création.

#### **a- But de L’OMS**

Le but de l’OMS est d’amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible et selon sa constitution, l’OMS doit « agir en tant qu’autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé » et intervenir en faveur de la coopération technique des Etats membres dans ce secteur<sup>48</sup>. Cela se démontre par le fait que l’organisation s’attache à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi sur le plan technique que sur celui politique, tout comme ses capacités de gestion, afin de répondre aux besoins des Etats membres, notamment, pour ce qui est de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)<sup>49</sup>. Ce principe permet d’atteindre les populations de tous les secteurs de la société principalement celles des régions difficiles d’accès, afin de leur apporter les connaissances dont elles ont besoin pour protéger et améliorer leur santé et leur environnement.

#### **b- Missions de l’OMS**

Les missions de l’OMS sont classées en deux grandes catégories à savoir ; les missions essentielles et les missions générales.

---

<sup>48</sup> OMS, documents fondamentaux ; constitution de l’OMS article 1 et 2b contenue dans son préambule 2014, p.2.

<sup>49</sup> <https://www.Organisation mondiale de la santé/but/>. Consulté samedi 16 Décembre 2020 à 9 h 10 minutes.

### - Les missions essentielles de l'OMS

En se fondant sur le mandat et les avantages spécifiques de l'OMS, on a défini six missions essentielles qui correspondent globalement à celles énumérées dans le dixième programme général de travail mais qui tiennent compte des lacunes observées et de la meilleure façon dont l'OMS peut mener à bien le programme mondial d'action sanitaire. Dans ses missions, elle doit ;

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenaires lorsqu'une action conjointe est nécessaire. En ce sens que l'OMS devra mettre en place un système plus structuré de rétroinformation s'ajoutant aux dispositifs plus conventionnels de résolutions des organes directeurs et de planification stratégique ; c'est le cas de la mise en place d'un examen du processus d'adoption des résolutions et, la prise en compte des mécanismes de direction d'autres organisations internationales complexes qui aideraient à rendre les organes plus efficaces. L'élaboration des meilleurs moyens de collaboration avec la société civile et le secteur privé et la mise en place d'une politique concernant les partenariats afin que l'organisation puisse pour sa propre initiative, former des partenaires au nom des Etats membre et accélérer les activités dans les bureaux de pays<sup>50</sup>.

- Fixer les Priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles. Dans la mesure où l'élaboration d'une stratégie est nécessaire et se fera avec le concours d'un groupe consultatif extérieur dans le but de renforcer le rôle de coordination de l'OMS dans la recherche, l'exploitation des résultats des travaux de recherches pour prendre des décisions de politiques générale et mieux gérer, organiser les activités de recherche du secrétariat, afin de développer les moyens de gestion du savoir et de mieux faire circuler l'information dans les pays<sup>51</sup>. C'est le cas du comité consultatif de la recherche en santé qui effectuera des examens approfondis et émettre des avis d'un point de vue extérieur.

- Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application. Un mécanisme d'examen a été instauré pour faciliter l'élaboration de principes normatifs pour permettre au secrétariat de tirer profit de ce mécanisme et mieux contrôler l'application qui est faite des orientations données par l'OMS. C'est le cas du tableau d'expert de l'OMS qui fonctionnent bien dans certains domaines mais doivent être revus périodiquement et l'instauration des dispositifs garantissant que les experts extérieurs sont sélectionnés et exercent

---

<sup>50</sup> Rapport du secrétariat ; onzième programme général de travail, OMS, 8 mai, 2007, p. 17.

<sup>51</sup> Ibid., p. 20.

leurs fonctions dans la transparence et avec compétence et qu'ils connaissent les procédures et politiques de l'OMS<sup>52</sup>.

- Définir des politiques conformes à l'éthiques et fondées sur des données probantes. Les Etats membres devront se voir proposer un choix de politique à envisager selon le contexte. A cela, l'OMS devra déterminer dans quelle mesure les orientations qu'elle donne peuvent être suivies dans différents contexte socioéconomique en se fondant sur des critères d'efficacité économique, d'éthique et d'équité sans oublier la concertation qui se poursuivra au sein de l'OMS avec les partenaires à ce sujet.

- Fournir un appui technique, se faire l'agent du chargement et renforcer durablement les capacités institutionnelles. L'attachement au renforcement des institutions et systèmes nationaux devrait être assuré par l'OMS en appliquant son programme d'action stratégique pour le renforcement des systèmes de santé et se chargera de définir une conception commune de l'appui technique en instaurant des mécanismes inter institutions de suivi et d'évaluation et en incitant à faire appel régulièrement aux compétences locales et aux institutions nationales dans les programmes d'appui technique. A cet effet, l'OMS collaborera avec des organismes multilatéraux qui coopèrent avec les gouvernements dans le secteur de la santé comme l'Unicef le FNUAP, Banque Mondiale et les Banques Régionale de Développement afin d'assurer l'instauration de bonnes pratiques, de renforcer les réseaux de compétences<sup>53</sup>.

- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances. Ici la veille sera assurée par l'OMS pour que les critères rigoureux soient appliqués dans le but d'établir des statistiques sanitaires comparables et obtenir leur approbation par les pays moyennant un processus interactif de concertation et le renforcement des activités. A titre illustratif, c'est le comité extérieur sur la surveillance et les statistiques sanitaires, qui rend compte au directeur général, examinera ses travaux et l'OMS s'appuiera sur les réseaux existants pour augmenter le volume et en améliorer la qualité<sup>54</sup>.

### **- Les missions générales de l'OMS**

En dehors des missions essentielles, elle possède de nombreuses missions générales contenues dans les plans de développement et programme de santé notamment :

---

<sup>52</sup> OMS, Une évolution adaptée aux enjeux, onzième programme de travail et d'action sanitaire mondial, mai, 2006, pp. 29-30.

<sup>53</sup> OMS, Débat et Actes Finaux de la conférence internationale de la santé, New York, Genève, juin 1948, p. 17.

<sup>54</sup> Courcelles de Sana, Christine Maillard, 'Le rôle de l'OMS dans la santé internationale', les tribunes de la santé 2018, n° 58, pp. 77-78.

- Réduire l'extrême pauvreté et la faim, c'est à dire apporter une assistance financière et alimentaire à la proportion de la population en développement qui y souffre car la malnutrition est causée non seulement par un manque de nourriture, mais aussi par les effets délimitant de maladies infectieuses telles que la diarrhée et la pneumonie par l'absence de soins. Elle est responsable de plus de la moitié des décès des enfants. Des stratégies de lutte contre la mal nutrition sont à observer : l'allaitement maternel exclusif, une augmentation de l'usage des suppléments de micronutriments l'amélioration de l'accès à une eau saine et une meilleure hygiène<sup>55</sup>.

- Améliorer la santé maternelle. Dans les pays en développement, les complications de la grossesse ou de l'accouchement sont la principale cause de décès ou d'invalidité chez les femmes en âge de procréer en 2000 plus de 500.000 femmes en sont mortes, plusieurs millions de femmes ont souffert ou sont devenues invalides près de 48% 253000 en Asie<sup>56</sup>.

- Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé, associé au tabac, à l'alcool aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque. A ce titre, pour assurer une bonne croissance de la population, il est nécessaire d'éviter des drogues, stupéfiants, taux élevé d'alcool et privilégier une alimentation saine et équilibrée tout en adoptant de bonnes attitudes c'est à dire le respect des règles d'hygiène et de protection contre les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST).

- Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent les approches aux pauvres, respectueux des différences entre les sexes et fondés sur les droits de l'homme. La discrimination et la marginalisation de la femme dans la société a toujours représenté un problème c'est la raison pour laquelle il est nécessaire de prendre en compte les exigences et les droits de la femme pour établir un équilibre dans la société<sup>57</sup>.

-Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liée à l'environnement<sup>58</sup> et améliorer les services de santé en

---

<sup>55</sup>OMS, Onzième Programme Générale de travail, Programme Mondial d'Action Sanitaire 2006-2015, mai 2006, p. 32.

<sup>56</sup> OMS, Onzième Programme Générale de travail, Programme Mondial d'Action Sanitaire 2006-2015, mai 2006.

<sup>57</sup> Pierre Dubochet, *Les objectifs de l'OMS*, Paris, Copyscape, 2020, p. 2.

<sup>58</sup>Pierre Dubochet, *Les objectifs de l'OMS*, Paris, Copyscape, 2020, p. 5.

améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion en s'appuyant sur les données factuelles et des recherches fiables et accessibles. La bonne gouvernance est la clé de la structuration et l'amélioration des conditions de vie des populations, lorsqu'elle est bien tenue le développement est assuré et les préoccupations des individus diminuent<sup>59</sup>.

- Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, le VIH/SIDA est de loin la principale cause des décès prématurés en Afrique subsaharienne ; à l'échelon mondial, il est le quatrième facteur de mortalité dans la mesure où nous notons certaines maladies causant la mort plus rapidement et de manière massive notamment le paludisme, la tuberculose et autres. En fin 2004, on estimait à 39 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde<sup>60</sup>. En Afrique subsaharienne, le taux de prévalence chez les adultes à environ 7,4% atteignant même dans certains cas, plus de 20% les taux de prévalence semblent s'être stabilisés dans la plupart des sous régions de l'Afrique subsaharienne. Qu'en est-il du mode de fonctionnement et d'adhésion de l'organisation ?

## **2- Système d'adhésion et mode de fonctionnement à l'échelle mondiale**

L'OMS est une organisation dans laquelle le fonctionnement est souvent similaire à d'autres organismes grâce aux efforts des membres participants et dont l'adhésion se fait juste par le respect des principes et lois de l'organisation dont il serait important d'élucider.

### **a- Adhésion du personnel et des Etats**

Il désigne le mode d'admission à l'OMS. L'adhésion est ouverte aux organisations et institutions actives au niveau régional, national ou local, souhaitant contribuer aux objectifs du réseau<sup>61</sup>.

En vertu de l'article 35 de la constitution de l'OMS, le Directeur Général nomme le personnel du secrétariat conformément au règlement du personnel établi par l'Assemblée de la Santé. Le statut et le règlement du personnel de l'OMS sont analogues à ceux du personnel de l'ONU et des autres institutions du système, même si leurs termes ne sont pas identiques. Le statut du personnel prescrit que tous les membres du personnel sont des fonctionnaires internationaux et que leurs attributions sont exclusivement internationales. Ils sont soumis à l'autorité du Directeur Général qui peut leur assigner l'une quelconque des tâches ou des postes

<sup>59</sup> La santé et les objectifs du millénaire pour le développement, 2005, p. 19.

<sup>60</sup>Ibid., p. 22.

<sup>61</sup> L'adhésion à l'OMS est ouverte à toutes organisations nationales, internationales et Etats désirant avoir le statut de membre à condition de signer ou d'accepter la constitution de celle-ci conformément aux dispositions du chapitre XIX et conformément à leurs règles constitutionnelles.

de l'organisation. L'article 4, 5 de la constitution stipule que les Etats membres des Nations Unies et ceux dont les gouvernements ont été invités à envoyer des observateurs à la conférence internationale de la santé à New York en 1946, peuvent devenir membres en signant, ou en acceptant de toute autre manière, cette constitution, conformément aux dispositions du chapitre XIX et conformément à leurs règles constitutionnels, pourvu que leur signature ou acceptant devienne définitive avant la première session de l'Assemblée de la Santé<sup>62</sup>. Vu cet état de chose, on peut maintenant se tourner vers son mode de fonctionnement à l'échelle internationale.

### **b- Mode de fonctionnement**

L'OMS fonctionne grâce aux contributions qu'elle perçoit de ses membres notamment les contributions fixées des Etats membres, les contributions volontaires et celles des autres partenaires.

Parlant des contributions fixées des Etats membres, ils doivent les verser au plus tard le premier janvier de l'année pour laquelle elles sont dues, conformément au paragraphe 5.6 du règlement financier. En 1988, l'Assemblée de la Santé a approuvé un plan d'incitation à la ponctualité dans le versement des contributions. Selon ce plan, les membres qui paient leurs contributions au début de l'année à laquelle elles se rapportent voient un montant relativement important porté à leur crédit du fait des intérêts perçus par l'organisation, alors que le montant est plus faible ou nul dans le cas des membres qui paient plus tard<sup>63</sup>. Le budget de l'OMS est défini pour une période de deux ans depuis 1980. N'ayant pas de ressources propres, comme la plupart des organisations intergouvernementales, le financement de l'OMS est principalement assuré par les contributions obligatoires et volontaires de ses Etats membres<sup>64</sup>. Subsidiairement, d'autres agences ou programmes des Nations Unies, des organisations intergouvernementales régionales, des organisations du secteur privé à but non lucratif, des ONG, des fondations et des personnes privées contribuent dans des proportions variées au financement d'activités ou de programmes spécifiques.

Parlant des contributions volontaires, elles proviennent d'un petit nombre de pays industrialisés et d'organisations dans ces mêmes pays, ce qui donne à ceux-ci une voix dominante dans la sélection des programmes et dans leur région. C'est le cas de trois pays ou de pays qui représente près de 60% des contributions volontaires gouvernementales ; les Etats Unis sont le premier contributeur au budget de l'OMS, à la fois en contributions fixes mais

---

<sup>62</sup>OMS, Document fondamentaux ; constitution de l'OMS article 4,5, pp. 3-4.

<sup>63</sup> Stéphane Bussard, *L'OMS 70 ans pour s'affirmer sur la scène mondiale*, Paris, Le Temps, 2018, p. 32.

<sup>64</sup> OMS, Budget programme de l'OMS 2006-2007, 2005, p. 21.

aussi en contributions volontaires, les pays scandinaves et les Pays Bas sans oublier qu'on compte six donateurs originaires du Japon qui représentent les deux tiers des contributions privées dans la période 1992-1993 et dont les fonds extra-budgétaires ont représenté 592 millions de dollars<sup>65</sup>. C'est le cas de la fondation Bill et Melinda Gates qui est le deuxième plus grand contributeur au budget biennal de l'OMS qui procède souvent à plusieurs versements donc le montant total dans une année varie souvent de 194 Millions de dollars<sup>66</sup>.

Les refus de paiements constituent pour les Etats-Unis un moyen de pression pour encourager les réformes c'est à dire, étant donné que les Etats Unis représente l'un des grands donateurs et puissance mondiale, le refus ou les arriérés de paiement des autres membres peuvent servir de prétexte ou raison pour cette puissance d'implémenter un certain nombre de règles et normes que ceux-ci devront être dans l'obligation d'accepter, Ils peuvent aussi servir d'avertissement en prélude à un retrait de telle ou telle organisation. Les arriérés dus par d'autres Etats membres n'ont sans doute pas la même motivation : les raisons peuvent être économiques ou administratives, certains pays donnant priorité à d'autres organisations, et ne craignant pas les sanctions prévues à l'égard des mauvais payeurs<sup>67</sup>. Ces dernières années, l'OMS a multiplié les collaborations avec des organisations non étatiques : elle est actuellement en partenariat avec près de 80 groupes<sup>68</sup>. En 2006-2007, le budget était de 3.3 milliards de dollars. Les membres redevables d'arriérés de contributions pour un montant égal ou supérieur aux sommes dues pour les deux années complètes précédentes sont sanctionnés par l'Assemblée par la suspension du droit de vote et des services dont ils bénéficient, l'Assemblée aura pouvoir de rétablir ces privilèges afférents au droit de vote et services<sup>69</sup>. Les contributions des Etats membres sont basées sur le barème de l'ONU, compte tenu de la différence de composition des deux organisations. Le barème de l'ONU est lui-même basé sur la capacité de paiement des Etats membres, le revenu comparé par habitant et d'autres facteurs. La contribution minimum est de 0,01% et le plafond a été fixé 25% du budget<sup>70</sup>. En somme, nous pouvons voir que la structure de l'OMS est composée d'un ensemble d'organe fonctionnant suivant des attributions bien précises, cette organisation possède des missions qui lui sont assignées, des critères

---

<sup>65</sup> Yves Beigbeder, *Organisation Mondiale de la Santé*, Paris, Presse Universitaire de France, 1995, p. 115.

<sup>66</sup> Christian Perrone, *Est-il vrai que Bill Gates est propriétaire d'une partie de l'OMS ?* Paris, Le Monde, 1998, p. 3.

<sup>67</sup> Alexandre Lauret, *Qui finance l'OMS ?* Paris, Décideurs Magazine, p. 12.

<sup>68</sup> Parmi les organisations avec lesquelles l'OMS a multiplié sa collaborations ces dernières années nous avons ONG, industries pharmaceutiques et fondations caritatives telles que la fondation Bill et Melinda Gates et la Gavi alliance.

<sup>69</sup> OMS, Document fondamentaux ; constitution de l'OMS article 7, p. 4.

<sup>70</sup> OMS, Financement et action budgétaire de l'OMS, 2010, pp. 2-4.

d'adhésion en son sein et fonctionne grâce aux contributions exigibles et volontaires des Etats membres et organisations à présent nous nous tournons vers l'historique de la coopération OMS-Cameroun dont il est nécessaire d'étudier.

### **III- GENÈSE DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN**

La coopération entre le Cameroun et l'OMS résulte d'un long processus qui s'est déroulé de manière progressive. Il est à noter qu'au début, le Cameroun avait adhéré à l'OMS en tant que membre associé sous la houlette de la France. Il a donc fallu qu'il obtienne d'abord son indépendance pour avoir son titre d'Etat membre. Il sera question pour nous de présenter les origines des relations entre l'OMS et le Cameroun et déboucher par la suite à l'installation du bureau pays dans la capitale politique.

#### **A- Aux origines des relations entre l'OMS et le Cameroun**

Dans cette sous-section, il sera question d'élucider les mécanismes d'adhésion du Cameroun en tant qu'Etat souverain non seulement au siège de l'OMS à Genève mais aussi au Comité Régional de l'OMS pour Afrique.

##### **1- Adhésion du Cameroun à l'OMS**

Avant l'indépendance, le Cameroun est un pays administré par la France et l'Angleterre sous le régime de tutelle. Il faut attendre l'indépendance de 1960 pour le voir accéder à la souveraineté internationale. C'est dire que bien avant cette date, rien de ce qu'il faisait à l'extérieur ne l'engageait personnellement. Tout était plutôt assumé par les deux puissances tutélaires qui en avaient la charge. C'est ainsi que le pays bénéficia tout d'abord des aides de l'OMS à travers la France qui en devient membre en 1952<sup>71</sup>. Celle-ci présida aux destinées sanitaires de sa possession dans le cadre de la coopération avec l'OMS jusqu'en 1960. Le pays devient ainsi un partenaire direct de l'organisation dès cette date. Mais ce n'est qu'en 1962 qu'il signe puis ratifie les accords qui devaient désormais le lier à la section africaine de l'organisation<sup>72</sup>.

La résolution WHA13.2.Rev.1<sup>73</sup>, prise à la 13<sup>e</sup> Assemblée Mondiale de Santé (AMS) fait du Cameroun un membre de l'OMS. Il le devient le 6 mai 1960. La plupart des sources consultées s'accordent à affirmer que cette date est celle de l'adhésion du pays à l'organisation. Il faut noter que l'adhésion ainsi manifestée ne concerne que la partie française du pays, car la

<sup>71</sup> Daniel Abwa, *Cameroun Histoire d'un nationalisme 1884-1961*, Yaoundé, éd. Clé, 2010, p. 173.

<sup>72</sup> OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays*, Cameroun, p. 11.

<sup>73</sup> Résolution de la treizième Assemblée Mondiale de la Santé du point n°2 du premier tour.

partie anglaise qui n'a pas encore obtenue son indépendance reste plutôt membre associé de l'organisation au côté du Royaume Uni. Ce n'est qu'après le referendum de février 1961, et la réunification opérée quelques mois plus tard en octobre, que cette partie du pays rejoint la partie française dans la dynamique dans laquelle elle s'était déjà inscrite depuis le début des années 50. Cette adhésion au siège est très tôt suivie par celle au CR en août 1960<sup>74</sup>.

## **2- Adhésion du Cameroun au Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (CR)**

C'est la résolution AFR/RC/RC10/R3<sup>75</sup> d'août 1960, adoptée à la suite de la 13<sup>e</sup> Assemblée Mondiale de Santé (AMS), qui garantit l'adhésion du Cameroun au Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (CR/OMS). Cette adhésion camerounaise au CR survient après celle manifestée au siège de l'organisation. Il y est accueilli la même année avec le Togo, la RCA, la République du Congo, celle de la Côte d'Ivoire du Gabon de la Haute Volta (actuelle Burkina Faso), du Niger et au Mali. Au total nous notons près de 47 Etats qui ont fini par adhérer en Afrique<sup>76</sup>. Le pays bénéficiait comme les autres, des droits et obligations définis par la résolution AFR/RC10/R12 du mois d'août 1960. Celle-ci demande qu'en raison de la situation particulière de ces membres associés du fait de leur accession à l'indépendance, soit précisé l'interprétation de l'article 8 de la constitution, et décide de considérer que ces membres conservent leurs droits et prérogatives jusqu'au moment où ils deviendront membres de plein droit. Il est accordé à l'institution ainsi intégrée, un certain nombre de conventions, privilèges et d'immunités, par le biais de la résolution AFRO/RC9/R13, qui prend note de celles WHA12.41 et 12<sup>77</sup>. 42 de septembre 1959. Le pays ainsi admis devait verser un certain nombre de cotisations exigibles par les résolutions WHA8. 13 de 1955, WHA9. 18 de 1956, et WHA10. 30 de 1957<sup>78</sup>. Ainsi vers-t-il alors, le 25 septembre 1962, l'une de ses premières contributions au CR, d'une valeur de 1 million FCFA, soit en dollars, 4082 \$US. Cette contribution régionale

<sup>74</sup> Simplice Ayangma, "Le développement de la santé au Cameroun 1963-2000", Mémoire de Master II Economique et Sociale, Yaoundé I, 2012, p. 29.

<sup>75</sup>Résolution de la dixième session du Comité Régional de l'Afrique dont le point n° 3 est l'ordre du jour.

<sup>76</sup> Dans la région africaine nous notons près de 47 Etats ayant adhéré progressivement au comité régional de l'OMS pour l'Afrique à savoir : 1. Algérie 2. Angola 3. Benin 4. Botswana 5. Burkina Faso 6. Burundi 7. Cabo Verde 8. Cameroun 9. République centrafricaine 10. Tchad 11. Comores 12. Congo 13. Côte d'Ivoire.

14. République démocratique du Congo 15. Guinée équatoriale 16. Érythrée 17. Eswatini 18. Éthiopie 19. Gabon 20. Gambie 21. Ghana 22. Guinée 23. Guinée-Bissau 24. Kenya 25. Lesotho 26. Libéria 27. Madagascar 28. Malawi 29. Mali 30. Mauritanie 31. Maurice 32. Mozambique 33. Namibie 34. Niger 35. Nigéria 36. Rwanda 37. Sao Tomé-et-Principe 38. Sénégal 39. Seychelles 40. Sierra Leone 41. Afrique du Sud 42. Soudan du Sud 43. Tanzanie, République-Unie de 44. Togo 45. Ouganda 46. Zambie 47. Zimbabwe.

<sup>77</sup> WHA: World Health Assembly qui signifie en français Assemblée Mondiale de la Santé et WHA12.41.12 qui veut dire résolution de la douzième Assemblée Mondiale de la Santé du point n° 41 du douzième tour.

<sup>78</sup> De façon résumée, les pays membres de l'OMS payent des cotisations annuelles généralement fixées en tenant compte du PIB du pays concerné.

aide au financement des travaux d'agrandissement des locaux du bureau. Les relations que le Cameroun entretient déjà avec le CR lui fait bénéficier de l'installation sur son territoire d'une représentation de l'organisation.

## **B- Installation du bureaux pays de l'OMS au Cameroun**

La présence de l'OMS dans les pays s'illustre de plusieurs manières. L'adéquation du type de présence dans le pays pour un Etat membre particulier est décidée en tenant compte des critères démographiques, épidémiologiques, économiques et politiques et au moyen de discussion avec l'Etat membre lui-même. Dans le cas du Cameroun, il s'agit de l'installation du bureau de l'OMS au cœur de la capitale qui est le corollaire de la participation et l'adhésion du Cameroun à l'OMS. Il s'agit donc pour nous de présenter le bureau pays de l'OMS tout en mettant en évidence son rôle et ses missions.

### **1- Historique et constitution du bureau pays de l'OMS au Cameroun**

L'installation du bureau de l'OMS au Cameroun est la résultante non seulement de l'accession à l'indépendance mais aussi de l'adhésion officielle du pays à l'organisation. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, avant son indépendance le Cameroun avait adhéré à l'OMS comme membre associé c'est à dire était sous l'égide de la France qui elle en était déjà Etat membre depuis 1951. Après 1960, ce n'est que la partie francophone qui était indépendante, il fallut donc attendre non seulement la réunification des deux parties du territoire mais aussi la signature officielle de l'accord de siège pour voir apparaître l'installation du bureau de pays en face du camp Sonel Nlongkak quelques mois après la signature<sup>79</sup>. Il est à noter que la constitution du bureau pays de l'OMS au Cameroun est similaire aux autres dans la mesure où une même politique y est parfois instaurée. La présence l'OMS dans ces pays est la plateforme pour une coopération avec ceux-ci dans le but de promouvoir le programme mondial, aux politiques et plans nationaux de santé et d'intégrer les priorités nationales dans les politiques mondiales. La coopération technique de l'OMS avec les pays dans lesquels l'organisation est physiquement présente est fondée sur les priorités des stratégies nationales de coopération, qui orientent la mise en œuvre du douzième programme général de travail et dans les pays, du budget et du plan de travail du programme biennal. De plus, lorsqu'il existe une stratégie nationale de coopération, ses priorités sont de soutenir la mise en œuvre par le pays de

---

<sup>79</sup> Bulletin de l'OMS Osidimbea la mémoire du Cameroun, p. 2.

sa politique, stratégie ou plan national de santé, ainsi que le programme de travail général de l’OMS<sup>80</sup>.

Pour soutenir efficacement les Etats membres, l’OMS a mis en place l’un des plus vastes réseaux de bureaux au niveau des pays parmi les agences des Nations Unies et dispose de 148 bureaux dans les pays, territoires et zones. Ces bureaux, bien dotés en infrastructures et en ressources humaines, constituent l’ossature de l’appui organisationnel aux Etats membres. Les bureaux de pays de l’OMS constituent une plateforme pour une coopération efficace de l’OMS avec les Etats membres, en vue de la promotion de l’agenda mondial de la santé, de la contribution aux politiques, stratégies, et plans nationaux et de faire en sorte que les politiques et priorité globales reflètent les priorités et réalités nationales. La présence de l’OMS est assurée par

- un bureau de pays et des bureaux subsidiaires de l’OMS au sein d’un même pays ;
- des bureaux de pays de l’OMS qui couvrent plus d’un pays ;
- un bureau régional qui couvre des pays et des zones.

Parmi les institutions spécialisées de l’ONU, le personnel de l’OMS dans les pays est très qualifié, diversifié et efficace. La structure et l’organisation des effectifs des bureaux de l’OMS dans les pays reposent sur le personnel fonctionnaire et non fonctionnaire. Le fonctionnaire étant nommé par le Directeur Général, il est différent d’un consultant, d’une personne bénéficiant d’un accord pour exécution des travaux c’est ainsi qu’on distingue au sein du bureau pays :

- les fonctionnaires engagés par voie de recrutement international, conformément au règlement du personnel de l’OMS, peuvent être employés dans n’importe quel lieu officiel d’affectation hors de leur pays d’origine. Ils sont membres du personnel de l’OMS et sont soumis au règlement du personnel de l’OMS et au statut du personnel de l’OMS ;

- les fonctionnaires recrutés sur le plan national sont des ressortissants du pays dans lequel ils vont servir et ils sont recrutés suivant la procédure de recrutement local et ne peuvent pas être envoyés dans un lieu d’affectation hors de leur pays d’origine ;

- les agents des services généraux occupent les postes de commis tel que les gardiens et les employés subalternes suivant l’article 1310 du statut du personnel<sup>81</sup>.

En général les bureaux de l’OMS dans les pays, territoires ou zones ont à leur tête des chefs de bureaux. Les régions utilisent différents termes pour désigner ce poste, mais les rôles et responsabilités qui y sont rattachés ont été harmonisés dans toute l’organisation. Dans le

---

<sup>80</sup> Simplicie Ayangma, ‘L’OMS et le développement de la santé au Cameroun’ p. 29.

<sup>81</sup> OMS, Rapport de la présence de l’OMS dans les pays territoires et zones 2010-2017, p. 15.

présent rapport, le terme chef de bureau est employé pour désigner notamment : le représentant de l'OMS le chef du bureau pays chargé de liaison ; responsable du bureau de liaison. Les chefs de bureau sont recrutés par voie de concours, ils sont les fonctionnaires de haut niveau d'au moins dix ans d'expérience au niveau national et international<sup>82</sup>.

Le chef de bureau de l'OMS dans le pays représente le Directeur Général, régional compétant dans le pays d'affectation et il est responsable de tous les activités de collaboration de l'OMS ses rôles et responsabilités sont : Le pouvoir de rassemblement, la représentation et la sensibilisation, la coopération technique, le conseil et le dialogue en matière de politique L'administration et la gestion<sup>83</sup> et dans les bureaux de représentant de l'OMS, un expert de santé publique internationale de haut niveau récite l'appui de quelques personnels professionnels et administratifs nationaux et internationaux. Les responsabilités du représentant de l'OMS portent sur quatre domaines principaux : représentation, plaidoyer, partenariat, communication et gestion, et contribution à l'équipe pays des Nations Unies dans le cadre du plan des Nations Unies pour le développement on a aussi un bureau de liaison ou l'on retrouve une profession nationale de haut niveau reçoit le soutien de personnel administratif. Les Responsabilités du bureau de liaison couvrent principalement la représentation et communication, interface entre le bureau régional et le gouvernement pays.

## **2- Rôle du bureau pays de l'OMS au Cameroun**

Au sein du pays, le bureau pays joue plusieurs rôles en fonctions des besoins et des spécificités de l'Etat. Il élabore le plan de travail national en collaboration avec le ministère de la santé et pour que la décentralisation soit efficace, le bureau se charge de la mise en œuvre du budget programme, doit être suffisamment équipé pour assumer ce surcroît de responsabilités et pouvoir en rendre compte. Il s'agit d'un problème épineux surtout au niveau du bureau pays. C'est le cas du renforcement du domaine d'activité « presque essentielle de l'OMS dans le pays » qui devrait également être un principe directeur qui régiront de la mise en œuvre du budget programme. Le renforcement de ce domaine d'activité suppose à la fois la redéfinition du profil de bureau de l'OMS dans le pays en fonction de leur taille, de leur dotation en personnel et de leurs besoins en infrastructures. Le renforcement du bureau de pays est une priorité pour l'OMS, compte tenu de la politique de décentralisation des ressources vers le pays<sup>84</sup>.

---

<sup>82</sup> Entretien avec Dr Emah Irène 42 ans, administrateur de santé en service au bureau pays de l'OMS au Cameroun du mercredi 14 juillet à Bastos Yaoundé.

<sup>83</sup> OMS, Rapport de la présence de l'OMS dans les pays territoires et zones 2010-2017, p. 15.

<sup>84</sup> Rapport du directeur régional de l'OMS budget programme de l'OMS 2006-2007, orientations pour l'exécution dans la région africaine, juin 2005, p. 1.

Outre la coopération technique avec le pays, les activités de l’OMS au Cameroun comprennent une fonction administrative. Pour cela, le plan de travail de bureau pays tient compte de tous les fonds alloués. Compte tenu du fait que le rôle primordial de l’OMS est d’apporter un appui technique au pays en matière sanitaire, le bureau pays doit être doté d’un personnel technique suffisant ayant les compétences requises. Par ailleurs, il doit disposer d’un certain nombre de ressources telles que les infrastructures nécessaires, y compris des moyens de communications et des outils informatiques efficaces, pour pouvoir fonctionner de manière optimale. Il est donc nécessaire de lui affecter suffisamment de fonds qui vont être prélevés de préférence sur le budget régulier, pour le paiement des salaires du personnel technique nécessaire et pour leur bon fonctionnement, afin de leur permettre de continuer à apporter un appui technique de qualité<sup>85</sup>.

De manière spécifique, le bureau pays de l’OMS au Cameroun possède aussi des grandes attributions contenues dans la stratégie de coopération de l’OMS avec les pays. Entre autres attributions nous avons :

- la diffusion de la stratégie de coopération auprès des différents intervenants en matière de santé dans le pays ;
  - le dialogue permanent avec le gouvernement pour la mise en œuvre de la SCP ;
  - le soutien au gouvernement pour la mise en œuvre des orientations stratégiques régionales ;
  - la promotion du partenariat pour la mise en œuvre de la SCP ;
  - l’élaboration des plans opérationnels de mise en œuvre en collaboration avec le ministère de la santé et autres partenaires ;
  - le suivi et l’évaluation de la mise en œuvre des plans opérationnels issus de la SCP ;
  - le renforcement des ressources humaines du bureau, selon les disponibilités ;
- budgetaires avec le recrutement des responsables du développement du système de santé de la planification et de l’économie de la santé<sup>86</sup>
- l’affectation du budget régulier comme ressource essentielle des axes stratégiques de la SCP et le regroupement des allocations des différents objectifs stratégiques selon les axes retenus ;
  - la mobilisation ressources financières additionnelles si possible ;

---

<sup>85</sup> Rapport du directeur régional de l’OMS budget programme de l’OMS 2006-2007, orientations pour l’exécution dans la région africaine, juin 2005, p. 1.

<sup>86</sup> OMS, Stratégie de coopération avec les pays 2010-2015, Cameroun, 2009, p. 26.

- la maintenance du réseau informatique et de communication du bureau pays en conformité le GSM ;
- la documentation et la diffusion des meilleures pratiques ;
- le développement d'un circuit efficace pour la distribution des documents et des informations ;
- la révision éventuelle de la SCP en cas de modifications significatives de l'environnement et/ou des orientations stratégiques mondiales, régionales et nationales<sup>87</sup>.

**Photo n° 3 : bureau de la représentation pays de l'OMS au Cameroun**



**Source :** Lionel Ngambida, photo réalisée le 15 Janvier 2021.

De cette photo, il s'agit de la représentation de l'OMS au Cameroun se trouvant à l'intérieur de la capitale politique dans le quartier bastos en face du camp SONEL qui sert de bureau liaison entre l'OMS et le Cameroun et coordonne l'ensemble des activités de l'organisation au pays.

En somme, nous constatons que l'adhésion du Cameroun à l'OMS est le résultat d'un long et grand processus qui a demandé beaucoup d'effort de la part des deux parties dans la mesure où, pour l'OMS, il a fallu approuver et créer un bureau et comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville, tout en organisant des missions d'exploration pour se rendre compte de l'effectivité de son installation au sein du continent qui coordonne les activités de l'OMS en Afrique. Pour le Cameroun, c'est après son accession à l'indépendance qu'il a commencé à en

<sup>87</sup> OMS, Stratégie de coopération avec les pays 2003-2007, Cameroun, 2002, p. 22.

faire partie. Il adhère non seulement à l'OMS mais aussi au comité régional et la manifestation de cette adhésion est l'installation du bureau pays de l'OMS au Cameroun quelques temps après, dont la constitution des membres et le rôle sont clairement définis.

Il en ressort de ce qui précède que l'OMS serait née d'une coopération internationale en santé publique qui s'est matérialisée par une succession de conventions conférences et créations d'institutions de santé motivé par les maladies endémiques aboutissant à l'entrée en vigueur de sa constitution le 7 avril 1946. Elle possède un certain nombre de missions et critères d'adhésion en son sein et son fonctionnement qui est assuré par les cotisations des Etats membres sans oublier les politiques sanitaires mise en œuvre par l'OMS qui illustre son déploiement sur le terrain. L'adhésion du Cameroun à cette organisation est le résultat d'un long processus qui a demandé beaucoup d'effort de la part des deux parties dans la mesure où, pour l'OMS, il a fallu approuver et crée un bureau et comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville, tout en organisant des missions d'exploration pour se rendre compte de l'effectivité de son installation au sein du continent qui coordonne les activités de l'OMS en Afrique. Pour le Cameroun, c'est après son accession à l'indépendance qu'il a commencé à en faire partie. La manifestation de cette adhésion est l'installation du bureau pays de l'OMS au Cameroun, dont la constitution des membres et le rôle sont clairement définis. Après les origines de cette coopération, il est important de voir l'état de cette coopération.

## CHAPITRE II : ETAT DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN

Comme son intitulé l'indique, ce chapitre fait état de la coopération entre les deux parties, établie au lendemain de l'indépendance du Cameroun. En fait, deux ans après l'indépendance du Cameroun, a été signé à Brazzaville l'accord de coopération entre le Cameroun et l'OMS précisément le 5 novembre 1962. Cet accord a été paraphé à Yaoundé la capitale politique du pays d'où s'est poursuivie la signature le 8 décembre de la même année. Il s'agit d'un accord de siège de type consultatif permettant ainsi à l'OMS d'agir directement au Cameroun sans puissance intermédiaire. Il est donc capital pour nous de citer les différents acteurs directs ou indirects de cette coopération. Ensuite, on va mettre l'accent sur les enjeux de cette coopération dans plusieurs domaines. En dernier, lieu on va parler de l'accord de siège et des obligations qui en résulte.

### **I-ACTEURS DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN**

La coopération OMS-Cameroun est une forme d'organisation collective des différents intervenants des deux parties qui se sont engagés dans une politique d'entente et d'échange dans un certain nombre de domaines fondé sur une vision partagée afin d'assurer l'intérêt de chacun<sup>1</sup>. Dans le cadre de cette collaboration multilatérale, il s'agit pour nous de présenter les acteurs nationaux d'une part et ceux internationaux qui interagissent dans la coopération OMS-Cameroun d'autre part.

#### **A-LES ACTEURS NATIONAUX**

C'est l'ensemble de personnes qui interagissent dans le domaine sanitaire sur le plan national. Ces acteurs sont de plusieurs types et diversifiés, apportent chacun sa contribution dans la lutte contre les maladies au Cameroun dont il est important d'élucider dans cette section.

##### **1- Le Gouvernement Camerounais**

Le gouvernement, ici, est représenté par une chaîne d'acteurs qui, non seulement participe directement à la coopération sanitaire mais également possède le pouvoir de décision qui engage l'avenir de la nation entière.

---

<sup>1</sup>[https //www.wikipedia.fr.m.cooperation](https://www.wikipedia.fr.m.cooperation). (Acteurs). Consulté le mardi 13 avril 2021 11h 50minutes.

### a- Le Chef d'Etat

L'intervention étatique dans la coopération fait de lui un acteur primordial dans la mesure où il apparaît comme régulateur qui veille au respect des règles, mesures et normes, coordonnateur qui arrange et dispose les actions d'une manière convenable. Il est le pourvoyeur de ressources qui fournit un certain nombre de ressources lorsqu'il y a manque ou carence, producteur de soins qui crée et approvisionne les soins nécessaires et enfin appui relais<sup>2</sup>. En effet, le chef de l'Etat intervient dans plusieurs domaines notamment dans les finances, la communication, l'agriculture.... Au niveau national, une forte volonté politique, une bonne gouvernance et une direction avisée sont des principes essentiels qui s'imposent car la santé de la population doit rester l'une des préoccupations principales de l'État et l'élaboration d'une politique publique est toujours l'occasion de rendre plus cohérente l'action sanitaire. Les Etats qui peuvent compter sur des investissements importants dans le secteur de la santé de la part de partenaires internationaux doivent avoir les moyens de planifier, de gérer et de coordonner la coopération<sup>3</sup>. Fort heureusement avec le concours de l'OMS, ils devraient continuer à harmoniser et simplifier les politiques des donateurs et à les aligner sur des priorités et des systèmes de gestion convenus d'un commun accord, conformément à la déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide, qui définit très justement cinq besoins essentiels à l'instar de: l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, résultats et responsabilité mutuelle<sup>4</sup>. Les donateurs internationaux, les organismes des Nations Unies et les partenariats mondiaux pour la santé doivent donner suite à cette déclaration par une action collective.

Au niveau international, le Président de la République a qualité dans la prise de décisions et ratifications des traités et devra prendre de réels engagements au regard des accords négociés<sup>5</sup> tels que l'accord sur les ADPIC<sup>6</sup> et l'accord général sur le commerce des services compte tenu de l'importance croissante que ceux-ci révèlent pour les biens et services dans le domaine de la santé. Les Etats devront continuer à travailler avec l'industrie en général, dans les domaines comme l'alimentation, les produits pharmaceutiques et les assurances, en se

---

<sup>2</sup> Stratégie Sectorielle de Santé, MINSANTÉ, 2009, p. 22.

<sup>3</sup> A. MINREX A. p. 3, Projet de loi autorisant le Président de la République à ratifier les amendements aux articles de l'OMS, 12 mai 1986.

<sup>4</sup> Jean Paul Beyeme Ondoua, "Le système de santé camerounais", ADSP, n° 39 juin 2002, Rubrique International, p. 62.

<sup>5</sup> Entretien avec Abe Metala chef service de la Division de la Coopération (DCOOP) au Ministère de la Santé Publique Age 47 ans le lundi, 12 avril 2021 à 11 h.

<sup>6</sup> Accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce

concentrant sur les programmes d'action de santé publique convenus d'un commun accord<sup>7</sup>. Il incombe à l'OMS de tenir les Etats informés et de veiller à ce qu'ils restent associés au processus. Les accords officiels sur les questions de santé internationale sont généralement adoptés par les Etats dans le cadre d'instances comme l'Assemblée de la Santé<sup>8</sup>. Compte tenu du rôle croissant des intervenants non gouvernementaux et de leur importance pour garantir une bonne gouvernance et plus grande responsabilité, de nouveaux dispositifs et forums mondiaux s'imposent pour rassembler l'ensemble de la communauté de la santé publique autour de questions d'intérêt commun<sup>9</sup>. Après l'intervention du chef de l'Etat dans le domaine sanitaire il convient à présent qu'on se tourne vers l'action du Ministère de la Santé Publique.

### **b- Le Ministère de la Santé Publique**

Le Ministère de la Santé joue un rôle très important dans le domaine de la santé au Cameroun car c'est la structure par excellence du traitement des questions sanitaires dans la mesure où il assure la coordination des différents intervenants en matière de santé, à travers le Comité de Pilotage, suivi et de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (CP/SSS). Ce comité inclut de nombreuses structures notamment les ministères apparentés, les partenaires bilatéraux et multilatéraux les ONG et le privé. Il est à noter qu'en plus de ce comité, il existe plusieurs autres entités de coordinations thématiques telles que le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) pour les vaccinations le Mécanisme de Coordination Pays (CCM) pour le GFATM<sup>10</sup>, ainsi que des comités nationaux, pour la mise en œuvre des différents programmes prioritaires. Ces structures regroupent les mêmes intervenants et fonctionnent plus ou moins indépendamment. Conformément à la déclaration de Paris, la mise en place du swap<sup>11</sup> santé, permettra la définition d'un mécanisme unique de coordination des partenaires, sous leadership du ministère de la santé<sup>12</sup>.

Le Ministre de la santé doit faire preuve d'initiative et promouvoir le dialogue et des stratégies d'intervention intersectorielles faisant appel à la fois au secteur public et au secteur privé. Cela veut dire qu'il faut s'attaquer non seulement aux problèmes de santé, mais à des questions plus générales telles que la réforme de la fonction publique, la politique

<sup>7</sup> German Velasquez et pascal bouquet, ' ' Rapport sur la mondialisation et accès aux médicaments, perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC', OMS " série d'économie de la santé et du médicament " 1999, p. 12.

<sup>8</sup> Onzième Programme Général de Travail 2006-2015 programme mondial d'action sanitaire, p. 8.

<sup>9</sup> Claudine Ntsama Essomba, Rapport sur l'identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d'accès et d'usage des médicaments dans des pays francophones d'Afrique centrales, à revenus faibles ou intermédiaires, 2010, p. 14.

<sup>10</sup> Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

<sup>11</sup> Atelier de préparation de l'approche sectorielle en santé au Cameroun.

<sup>12</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015. Cameroun, p. 14.

macroéconomique, l'égalité entre les sexes et les droits fondamentaux liés à la santé<sup>13</sup>. Puisque l'influence de la santé sur la croissance économique et la réduction de la pauvreté est avérée, la santé doit figurer en bonne place dans les stratégies nationales de développement, de développement économique et de lutte contre la pauvreté et les inégalités. Le dialogue macroéconomique entre le ministère de la santé et les ministères des finances et de la planification devrait porter sur les moyens de garantir un financement plus prévisible, plus stable et plus durable, lié à des objectifs convenus d'un commun accord.

Le ministère de la santé joue un rôle central dans l'organisation, la réglementation, la gestion des systèmes de santé et la définition des responsabilités respectives des pouvoirs publics, de la société et de l'individu<sup>14</sup>. En effet, lorsqu'il envisage d'étendre les interventions et les services, les autorités nationales et leurs partenaires doivent élaborer des plans solides et réalistes fondés sur des éléments tel que l'équité, des analyses financières, le rapport cout/efficacité, l'engagement local et les mesures qui ont fait leurs preuves localement. Généralement, les projets pilotes et les îlots d'excellence ne permettent pas d'étendre la couverture, sauf si l'extension est prévue dès le départ. Le Ministère de la Santé Publique est le mieux placé pour la coordination des différents intervenants et programmes et l'élaboration des stratégies. Etant donné que la coopération proprement dite concerne aussi le domaine juridique et diplomatique, il pourra donc travailler en collaboration avec le Ministère des Relations Extérieures (MINREX)<sup>15</sup>.

### **c- Le Ministère des Relations Extérieures**

La coopération entre le Cameroun et l'OMS dans la conduite de la politique sanitaire internationale est en grande majorité accompagnée par le MINREX. Elle s'effectue par l'entremise d'une position primordiale qui permet au pays d'avoir une contribution dans la politique sanitaire internationale. En effet, le MINREX occupe une position stratégique et incontournable qui lui permet de communiquer en priorité avec l'OMS et se trouve être la porte d'entrée et de sortie du Cameroun, ce qui lui permet de coopérer en premier plan avec de nombreuses Organisations Internationales (OI) parmi lesquelles l'OMS. Le Cameroun est membre de l'OMS et en tant que tel, il peut faire valoir son choix, ses objectifs lors des sessions

---

Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015. Cameroun, p. 14.

<sup>14</sup> Claudine Ntsama Essomba, Rapport sur l'identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d'accès et d'usage des médicaments dans des pays francophones d'Afrique centrales, à revenus faibles ou intermédiaires, 2010, p. 14.

<sup>15</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2003-2007. Cameroun, p. 9.

ou réunions de cette OI<sup>16</sup>. A travers les réunions et assemblées de l’OMS, le Cameroun trouve une chance de pouvoir porter sa voix sur la scène internationale. Mieux encore, se faire connaître davantage, rayonner sur la scène internationale à travers une diplomatie internationale stratégique mise en place par le MINREX. Cette activité qui relève du monopole et de la compétence exclusive du MINREX est faite grâce à la communication politico diplomatique qu’il effectue par l’intermédiaire de ses représentants diplomatiques. C’est le cas du fameux accord de siège qui porte la signature de M. Jean Bétayéné, à l’époque Ministre des Affaires Étrangères de la République Fédérale du Cameroun.

La coopération de l’OMS avec la République du Cameroun est basée sur la stratégie de coopération avec les pays, et en général, ces stratégies sont mises en place pour une période de cinq ans et le Cameroun contribue grandement à la mise en place des différentes stratégies et politiques sanitaires internationales par l’entremise du MINREX. De ce fait, lors de l’élection du DG de l’OMS, le MINREX occupe une place stratégique avec une compétence exclusive pour l’étude du dossier des candidats avec proposition à la haute hiérarchie. Tel fut le cas pendant l’élection de 2006, qui vu la victoire de l’élection du Dr Margareth Chan. En prélude à cette élection en 2005, la représentation diplomatique du Cameroun à Genève avait transmis un courrier au MINREX pour l’informer qu’il se tiendra l’année suivante, une élection à la tête de l’OMS. Le MINREX occupe une place primordiale dans la diplomatie extérieure. Il est important de voir la position des ministères possédant tout au moins des formations sanitaires et leur contribution dans la coopération.

#### **d- Ministères apparentés**

La santé étant un état de bien-être physique, mental et social, le maintien d’un bon état de santé des populations doit également être au centre des préoccupations des autres ministères. Ce sont les ministères apparentés qui sont ceux qui disposent des services et/ou formations sanitaires et dont les activités ont des effets directs et même indirects sur la santé des individus et/ou des communautés. Il est important de les impliquer davantage dans la politique nationale de santé<sup>17</sup>. Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique renforce le dialogue et la collaboration avec les ministères apparentés à la santé. Ils sont classés en trois grands groupes notamment :

---

<sup>16</sup>Minka Minyem Joseph, ‘‘La coopération internationale entre le Cameroun et l’OMS, p. 23.

<sup>17</sup> Onzième programme général de travail 2006-2015 programme mondial d’action sanitaire, p. 32.

- Les ministères prestataires de services<sup>18</sup> et soins de santé se sont des ministères dont le rôle est d'assurer un niveau satisfaisant de qualité des soins dans les formations sanitaires placées sous leur tutelle. Et donc le ministère de la santé publique veillera, en collaboration avec les institutions concernées. Ensuite nous avons les ministères apparentés promoteurs de soins<sup>19</sup>: ce sont ceux qui peuvent investir dans la santé sans être nécessairement prestataire, leur intervention sera fortement sollicitée en vue de maîtriser et de compléter la carte sanitaire du Cameroun et de renforcer le partenariat avec le secteur privé. Enfin nous avons Les ministères d'appui-relais<sup>20</sup>; ce sont ceux qui disposent de fortes potentialités pour la promotion de la santé, ils seront utilisés pour améliorer l'accès aux soins des groupes spécifiques tels que les travailleurs, agriculteurs, élèves, étudiants, malades, personnes âgées, femmes, pauvres, handicapés etc.<sup>21</sup>. Les ministères apparentés permettent le renforcement des moyens sanitaires afin d'assurer à sa population des soins agréables, ce qui fera aussi intervenir le secteur privé<sup>22</sup>.

## **2-Les Partenaires Nationaux**

Le gouvernement a mis en place un cadre juridique et institutionnel pour la réalisation de projet de Partenariat Public Privé (PPP), le Cameroun dispose ainsi d'une réglementation sur les contrats de partenariats dans sa loi ppp de 2006, un régime fiscal spécifique leur est appliqué. Parallèlement, le code des marchés publics de 2004 s'applique aux délégations de service public.

Au plan institutionnel, les contrats de partenariats sont sur la tutelle du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), Les délégations de service public sont encadrées par le Ministère des Marchés Publics (MINMAP). Pour identifier les projets à réaliser sous Partenariat Public Privé (PPP), le MINEPAT à élaborer un outil d'analyse économique et financier comparative des grands projets ; le comparateur du service publics<sup>23</sup>

---

<sup>18</sup> Pour les ministères prestataires de services nous avons les départements en charge de la défense, de la justice, de la sûreté nationale, de l'éducation de base, des enseignements secondaires et supérieurs, des affaires sociales, de la promotion de la femme, de la jeunesse, de l'éducation physique et des sports, du travail et de la sécurité sociale. Ils doivent assurer un niveau satisfaisant de qualité des soins dans les formations sanitaires placées sous leur tutelle en référence à la norme définie par le ministère de la santé.

<sup>19</sup> Pour les ministères apparentés promoteurs de soins nous avons les départements en charge des finances, de l'économie, de la construction, du développement urbain, de l'administration territoriale.

<sup>20</sup> Pour les ministères d'Appui-Relais nous avons les départements en charge des Affaires Sociales, de la Femme et de la Famille, du Développement Communautaire.

<sup>21</sup> Observatoire National de Santé Publique, Profil Sanitaire Analytique, Cameroun 2016, OMS, p. 48.

<sup>22</sup> Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010, éd 2009, Yaoundé. Cameroun, p. 79.

<sup>23</sup> Initiative face Banque Mondiale pour la promotion des Partenaires Publics Privés dans les pays de la zone franc cas du Cameroun 2010.

Au plan opérationnel, les principaux acteurs sont les ministères techniques et les opérateurs sectoriels de l'Etat ; Aéroport Du Cameroun (ADC), Electricity Développement Corporation (EDC), Autorité Portuaire Nationale (APN), Cameroun Water Utilities Corporation (CAMWATER), etc. Les partenaires nationaux établissent des groupes de travail chargés de supprimer les obstacles à la mise en œuvre des projets et de développer des approches satisfaisantes pouvant être répliquées au travers de partenariats. Il convient à présent que l'on se tourne vers les ONG qui œuvrent dans le domaine sanitaire à l'intérieur du pays.

### **3-Les ONG locales**

D'après la Banque Mondiale, "les ONG sont considérées comme des organismes dont l'objectif visé est d'apporter des solutions aux différents problèmes que rencontrent les populations et les Etats, promouvoir la protection de l'environnement, fournir des services élémentaires et contribuer au développement des communautés"<sup>24</sup>.

Au Cameroun, les interventions des ONG visent essentiellement le secteur public bien que n'étant pas totalement absentes du secteur privé surtout confessionnel. On constate qu'elles ont souvent un effet ostentatoire ou une portée politique. Elles font des interventions ponctuelles dans les formations hospitalières pour les doter en lits, matelas, et médicaments, ce sont généralement des opérations non programmées ayant pour but de faire connaître davantage l'organisation ou tout simplement son promoteur<sup>25</sup>. Parmi ces ONG nous avons entre autre : l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS) qui est une ONG de droit camerounais et membre du réseau de Population Service International (PSI). En effet, en 1989 L'ONG international PSI à but non lucratif démarre des activités de marketing social des préservatifs au Cameroun à but non lucratif basée à Washington DC. Le 2 juin 1993, par un protocole d'accord entre PSI et le gouvernement camerounais représenté par le MINSANTÉ le programme de marketing social au Cameroun (PMSC) commence alors la promotion et commercialisation des contraceptifs oraux et du sel de réhydratation orale.

- Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW) qui est une organisation non gouvernementale à but non lucratif de promotion de la santé et des droits sexuels et reproductif camerounais, créé en en aout 1987 légalisée le 16 novembre 1987. Elle

---

<sup>24</sup> Marcel Nzele Mang "L'action du Peace Corps dans le département de l'océan entre agence de développement et service de renseignement américain 1962-2020", Mémoire de Master en Histoire Des Relations Internationales, Yaoundé I, p. 8.

<sup>25</sup> Nathan Ford "The role of civil society in protecting public health over commercial interests: lessons from Thailand", the lancet, 363, février 2004, pp. 560-564.

se projette dans une société camerounaise où chaque individu opère librement des choix informés dans un environnement favorable à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

- **Care Help** (Cameroun) est une organisation présente au Cameroun depuis 1978, en collaboration avec les acteurs gouvernementaux et les acteurs locaux du développement, care met en œuvre des projets d'accès à l'eau, d'alimentation de la sécurité, de la santé primaire ainsi que des projets de lutte contre le sida et la tuberculose. CARE, intervient auprès des populations déplacées sur le territoire du Cameroun en raison de la crise qui touche le bassin du lac Tchad.

- Partenariat Faire reculer le Paludisme en adhérant à l'initiative pour faire reculer le paludisme. Le Cameroun a reconnu le paludisme comme un problème de santé publique Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; RéCAP+ (Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA)

### **Roll Back Malaria Partnership (RBM)**

En dehors de ces ONG qui ont souvent une portée politique, nous avons également des organisations à caractère confessionnelles qui interviennent dans les formations sanitaires notamment la Fondation Medical Ad Lucem au Cameroun et le Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun (CEPCA).

### **4-Firmes locales**

Les firmes locales sont des industries qui fabriquent les médicaments sur le plan national sous le respect et le contrôle des normes de production appelé agrément. A cet effet, au Cameroun tout détenteur d'un agrément<sup>26</sup> d'établissement de production pharmaceutique doit veiller à ce que la fabrication, le conditionnement, le reconditionnement, la distribution, les analyses et la vente en gros des médicaments répondent aux exigences de l'autorisation de mise en marché et n'entraînent aucun risque pour le consommateur, lié à la sécurité déficiente. Ainsi les principes des bonnes pratiques de fabrication s'appliquent à tous les établissements de fabrication des produits pharmaceutiques agréés au Cameroun<sup>27</sup>. Les cadres supérieurs sont responsables de l'atteinte de cet objectif de qualité, qui exige la participation et l'engagement du personnel des différents services à tous les échelons de l'établissement ainsi que ses

<sup>26</sup> Autorisation ou certification attestant qu'une industrie est apte à produire et commercialisée ces médicaments sur le plan national et international.

<sup>27</sup> Décision N° 0529 D/MINSANTE/SG/DPM du 08 juin 2009 rendant publique au Cameroun les bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques.

fournisseurs. Toute entreprise pharmaceutique doit disposer de personnel en nombre suffisant et possédant les qualifications nécessaires et/ou une expérience pratique<sup>28</sup>.

Les locaux et le matériel doivent être situés, conçus, construits, adaptés, installés et entretenus de façon à convenir au mieux aux opérations à effectuer c'est le cas de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) qui contribue à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale en matière d'approvisionnement en médicament et dispositifs médicaux essentiels<sup>29</sup>. Ces entreprises sont diversifiées en fonction de type de fabrication c'est le cas de CINPHARM, BIOPHARMA, LABOREX, LANAVET, LABOTHERA etc., celles-ci peuvent être soit des sociétés de nom collectif, soit des sociétés à responsabilité limitée (SARL)<sup>30</sup>. Les médicaments sont fabriqués dans ces industries pharmaceutiques sous le contrôle de l'OMS qui pourra s'assurer de la qualité du médicament et du respect des normes de fabrication. Parlant du contrôle, l'OMS peut se baser sur la qualité du personnel, vérifier l'Etat de l'usine de fabrication, la provenance et la qualité du matériel utilisé et le médicament proprement dit. Lorsqu'une industrie s'est imprégnée des normes de fabrication établie par l'OMS elle peut non seulement commencer à produire mais aussi commercialiser ses produits. Il s'agit ici d'une certification attestant de la bonne qualité du produit dans le cas contraire le produit sera tout simplement rejeté si les conditions de fabrication ne sont pas pleinement respectées<sup>31</sup>. Lors de la fabrication d'un médicament tel que le paracétamol par exemple, certaines industries désirant se lancer dans la fabrication du même médicament peuvent se rapprocher de celles qui l'ont déjà fabriqué à travers les brevets<sup>32</sup>. Les firmes locales fabriquent les médicaments pour la consommation directe des populations mais aussi pour la commercialisation à l'étranger, se faisant ainsi sous le contrôle des acteurs internationaux dont il est judicieux d'apprécier.

---

<sup>28</sup> Bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques. Ministère des affaires étrangères européennes, MINSANTE-Cameroun, 2011.

<sup>29</sup> Décret N° 2005/252 du 30 juin 2005 portant création, organisation et fonctionnement de la CENAME.

<sup>30</sup> Arrêté N° 114 du 19 octobre 1988 modifiant certaines dispositions de l'arrêté n° 22 du 11 septembre 1981 portant règlementation des sociétés pharmaceutiques.

<sup>31</sup> Entretien avec le Dr NGO DJE épse min Danielle a son lieu de service à la Direction de la Pharmacie des Médicaments et Laboratoires (DPML) au ministère de la santé publique Age 36 ans et l'entretien a eu lieu le vendredi 10 septembre 2021 à durée 1h.

<sup>32</sup> Ensemble de norme intelligent, propre à une entreprise c'est à dire lorsqu'une industrie a respecté les normes de fabrication et a mis au point un médicament ou un vaccin les autres entreprises qui veulent fabriquer le même médicament doivent non seulement avoir les normes de fabrication mais une certaine certification ou autorisation de production de la part de cette entreprise mère pour éviter des poursuites en justice et autres désagréments).

## **B- LES ACTEURS INTERNATIONAUX**

Ce sont ceux qui interagissent dans le domaine sanitaire sur le plan international. Ils appuient l'OMS dans son action à travers le monde et même au Cameroun. Il sera donc important pour nous de les classer selon leur apport.

### **1- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

L'OMS est une organisation internationale qui fournit un appui technique à ses Etats membres et leurs institutions, soutien qui est aussi façonné par le mandat, les principes et les valeurs de cette organisation, Ce soutien peut être parfois apporté par des consultants externes et peut se manifester à travers des actions plurielles notamment La transmission des informations aux ministères de la santé, aux spécialistes de la santé et au grand public par un programme de publications, qui comprend actuellement sept périodiques et près de 80 ouvrages nouveaux chaque année<sup>33</sup>. Les publications de l'OMS couvrent l'ensemble de la communication dans le domaine de la sante publique, du rapport de recherche technique de haut niveau, utilisable par les seuls spécialistes, jusqu'aux informations destinées au grand public, en passant par toute une série de documents spécialisés et guides pratiques. Il est important de mentionner que La série régulière des publications comprend notamment les monographies, la série de rapports techniques des comités d'experts et autres groupes consultatifs, et des publications techniques des bureaux régionaux, Le bulletin de l'OMS rend compte des travaux de chercheurs éminents du monde entier. Six numéros bilingues (anglais-français) paraissent chaque année<sup>34</sup>. Les autres publications périodiques comprennent le recueil international de législation sanitaire, le rapport trimestriel de statistique sanitaires mondiales, le relevé épidémiologique hebdomadaire. Les actes officiels, le recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée Mondiale de la Santé et du Conseil Exécutif sont inclus dans la série des publications officielles de l'OMS. Santé du monde est le magazine officiel de l'OMS, publié en six langues. Il est destiné à un large public<sup>35</sup>.

L'OMS coopère avec de nombreux partenaires dans la mise en œuvre de ses programmes, car ces derniers sont financés en partie par des industries pharmaceutiques et d'autres organisations notamment organisations intergouvernementales, des gouvernements, des ONG, des fondations et des entreprises du secteur privé à but lucratif dont les instituts de

---

<sup>33</sup> OMS, catalogue, nouvelles publications, 1993.

<sup>34</sup> Activité de l'OMS, 1992-1993, p. 43-44.

<sup>35</sup> Yves Beigbeder, Chapitre IV *OMS : Recherche, formation et information*, Paris, Presse universitaire de France, 1995, p. 64.

recherche et les laboratoires pharmaceutiques nationaux, par des partenaires publics-privé et au sein de réunions d'experts<sup>36</sup>. En tant qu'acteur de la coopération, l'OMS se dote de grand moyens pour le renforcement du système sanitaire du Cameroun car ce dernier connaît de multiple problème c'est la raison pour laquelle le soutien technique apporté par l'organisation au pays devrait se faire par le biais nationaux et de leurs experts et professionnels ; mais l'organisation ne devrait pas se substituer aux autorités nationales et assumer leurs responsabilités, son rôle est, plutôt de d'interconnecter des réseaux et de veiller avec eux et grâce à eux, à ce que les décisions des organes directeurs mondiaux et régionaux soient mises en œuvre<sup>37</sup>. Au même titre que l'OMS d'autres organisation naissent sur le plan international et s'investissent dans le domaine sanitaire notamment les ONG.

## **2-Les ONG Sanitaires Internationales**

L'article 71 de sa constitution l'autorise à collaborer, dans le domaine de sa compétence, avec des organisations internationales non gouvernementales (ONG) et avec des organisations nationales, gouvernementales, ou non gouvernementales. Les buts et activités des 189 ONG en relations officielles avec l'OMS doivent être en conformité avec l'esprit et les principes de la constitution de l'OMS et ils doivent être exempts de toute visée de nature essentiellement commerciale ou à but lucratif. La presque totalité de ces ONG est constitué d'associations ou fédérations dans le domaine de la santé publique. Cependant on note que deux d'entre elles la fédération internationale du médicament et celle pharmaceutique, représentent des entreprises commerciales à but lucratif, bien qu'elles se présentent elles même comme des ONG à but lucratif<sup>38</sup>.

En 2000, l'exécutif de l'OMS a encouragé des formes plus souples de partenariats et a approuvé une nouvelle politique autorisant les entités du secteur privé à contribuer aux ressources extrabudgétaires (OMS-2000), une innovation considérable. Les docteurs H. Mahler (1973-1988) et G.H. Brundtland (1998-2003), anciens directeurs généraux de l'organisation de l'OMS, avaient engagé celle-ci dans des partenariats publics privés dès les années 1970. Ceux-ci ont associé l'OMS et d'autres organisations inter-gouvernementales, des gouvernements des ONG, des fondations et l'industrie pharmaceutique dans des programmes spécifiques. Une partie importante du financement de l'OMS est actuellement assurée par les partenaires de ces programmes, y compris les contributions du secteur privé à but lucratif, ce qui a réduit la

---

<sup>36</sup> Buse Kent et Amalia Waxman 'De la politique à l'action public privé pour la santé. Une stratégie pour l'OMS'. Bulletin de l'OMS n° 6, 2002, p. 22.

<sup>37</sup> OMS, Cohérence des structures et des fonctions du bureau régional, 2011, p. 5.

<sup>38</sup> Yves Beigbeder, *Organisation Mondiale Santé*, p. 64.

proportion des contributions gouvernementales dues au titre du budget ordinaire de l'organisation à un quart du budget total. A cela nous pouvons citer quelque ONG notamment ;

- **Croix Rouge International (CRI)**

C'est une ONG ayant pour domaine d'activité l'aide humanitaire dont le siège est à Genève en suisse. Sa mission est de prévenir et d'alléger des femmes et enfants de protéger la vie et la santé et de faire respecter la santé humaine en temps de conflit de catastrophes climatiques.

- **Médecins Sans Frontière (MSF)**

C'est une ONG médicale humanitaire internationale d'origine française fondé 1971. Elle porte assistance aux populations dont la santé est menacée en cas de conflit armés d'épidémie et pandémie.

- **Fondation Fairmed**

C'est une ONG de développement qui, depuis 1959, contribue activement à favoriser l'accès aux soins de santé des communautés et des personnes marginalisées et dont le secteur d'activité peut être la santé dans les hôpitaux et dans les pharmacies<sup>39</sup>.

- **International Medical Corps (IMC)**

C'est une organisation mondiale à caractère humanitaire, à but non lucratif dédiée à sauver des vies et soulager la souffrance grâce à des progrès de formation en soins de santé, fondé en 1984 par des médecins et infirmiers bénévoles. IMC est volontaire, apolitique. C'est également une organisation privée non sectarian dont la mission est d'améliorer la qualité de vie grâce à des interventions de santé et les activités connexes qui renforcent les capacités locales dans les collectivités mal desservies à travers le monde.

- **Foundation The Clinton Health Access Initiative (CHAI)**

C'est une ONG américaine qui a son siège se trouve à New York et créer en 1997 par bill Clinton. En dehors des ONG il est important de nous intéresser aux industries et laboratoires de médicaments qui occupent une place primordiale dans la fabrication des médicaments nécessaires à la survie des êtres vivants<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> OMS, Cohérence des structures et des fonctions du bureau régional, 2011, p. 5.

<sup>40</sup> Bertrand Badie, *Dominique Vidal, OMS et laboratoires pharmaceutiques entre interdépendance et soupçon de collusion*, l'Etat du monde, Paris, La Découverte, 2012, pp. 168-174.

### 3-Les Firmes Pharmaceutiques Internationales

Les Firmes Pharmaceutiques Internationales sont les industries qui fabriquent des médicaments à la fois préventifs et curatifs pour le traitement des maladies sous le respect des normes internationales établies par l’OMS avec laquelle elles collaborent.

De la fin du XIX siècle à la fin du XX siècle le système sanitaire international est avant tout interétatique, organisé autour de l’OMS à partir de 1948. Les entreprises y occupent une position paradoxale, demeurant des acteurs périphériques alors qu’elles fournissent les traitements nécessaires à la mise en œuvre de nombreux programmes médicaux internationaux ou qu’elles développent directement des programmes sanitaires<sup>41</sup>. Ce rôle de contributeur technique s’accroît au cours du XX siècle lorsque progressent à la fois la mise au point de nouveaux médicaments et les besoins des OI, ce qui donne naissance à des interactions accrues. Pendant les années 1970, les entreprises en plus d’être des contributeurs techniques à l’action sanitaire internationale, commencent à faire l’objet de régulations de la part des OI, ce qui constitue le premier mode de leur insertion au sein du système sanitaire international<sup>42</sup>. Parallèlement, les relations entre OI et entreprise se développent dans le domaine de la recherche sur les maladies tropicales, notamment dans le cadre du programme spécial de recherche sur les maladies tropicales hébergées par l’OMS. Ce renforcement de relations initialement technique permet aux firmes de jouer un nouveau rôle à partir de la fin des années 1980 ; celui de coproducteur d’action sanitaire internationale<sup>43</sup>.

Ces industries pharmaceutiques sont diversifiées et de plusieurs ordres en fonction du type de capacités de production nous avons notamment ;

#### - **Firme Suisse Roche**

C’est une firme suisse qui s’est investie dans la fabrication des médicaments pour la lutte contre la pandémie de grippe A ou H1N1 et selon le *Financial Times* du 22 octobre 2009, l’OMS se préparait à dépenser 500 millions de dollars pour acheter le tamiflu pour la grippe A de la firme suisse Roche à un peu plus de 8 dollars le paquet.

---

<sup>41</sup> Armada Francisco, Muntaner Carles et Navarro Vicente, ‘‘Health and social security reforms in latin america ; the convergence of the world health organization, the world bank and transnational corporations’’ *international journal of health services*, 31(4), 2001, p. 729-768.

<sup>42</sup> David Fildes, *The globalization of public health the first 100 years AOF international health diplomacy*, bulletin de l’OMS, 79 (9), 2001, p.842-849.

<sup>43</sup> Bertrand Badie, Dominique Vidal, *OMS et laboratoires pharmaceutiques* pp. 168-174.

- **Firme française Sanofi Aventis et Novartis**

Sanofi Aventis est une entreprise transnationale française qui collabore avec l'OMS dans la fourniture des médicaments de prescription dans les domaines du diabète, des maladies rares, de la sclérose en plaque et de l'oncologie et des produits de santé publique sans oublier les vaccins. Et Novartis qui est une industrie pharmaceutique destinées au traitement des maladies cardiovasculaires, respiratoires, dermatologiques, gastro-intestinal, cancers, dysfonctionnement du système nerveux central et des troubles hormonaux<sup>44</sup>.

- **Firme américaine Glaxosmithkline finance l'OMS indirectement**

C'est une firme multinationale britannique. Elle est l'une des dix géants de l'industrie pharmaceutique mondiale et réalise la fusion entre glaxowellcome et smithklinebeechem en 2000. Cette firme est présente dans de nombreux domaine thérapeutique : la neurologique, la pneumonie, le diabète l'infection par le VIH et occupe une place prépondérante en vaccinologie. Cette industrie a financé l'OMS dans la lutte contre les maladies neurologiques et contre la maladie de parkinson.<sup>45</sup>

- **L'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi 2009)**

L'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi 2009) a été lancée en 2000. Cette coalition réunit des gouvernements (Etats-Unis, Norvège, Pays-Bas, Royaume Uni) l'OMS, l'Unicef, la Banque Mondiale, la fondation Rockefeller, la fédération internationale de l'industrie du médicament et des institutions de recherche et de développement<sup>46</sup>. Ses objectifs sont entre autres d'améliorer l'accès aux services permanents de vaccination et d'accélérer les efforts de recherche et de développement sur les vaccins dont ont particulièrement besoin les pays en développement. Selon the Lancet (2009a ; 1393) on estime que 2,5 millions de morts d'enfants sont évitées chaque année grâce aux vaccinations recommandées par l'OMS contre la tuberculose la diphtérie, le tétanos la coqueluche, la polio, la rougeole et l'hépatite B.

Le fonds mondial pour les vaccins de l'enfant constitue un dispositif financier indépendant pour mobiliser de nouvelles ressources en faveur de la vaccination et les acheminer rapidement vers les systèmes de santé des pays en développement. Le fonds a été créé avec une contribution initiale de la fondation Bill et Melinda Gates d'un montant de 750 millions de

---

<sup>44</sup> Lee Tavis "Novartis and the un global compact initiative" Vanderbilt journal of transnational law, 36(2) 2003, pp. 735-763.

<sup>45</sup> "The market oracle ; l'humanité 2010.

<sup>46</sup> OMS, "Médicaments et vaccins essentiel" recueil des résolutions et de décisions de l'Assemblée Mondial de la Santé, vol, 1973-1984, OMS, 1985, p. 2.

dollars<sup>47</sup>. En janvier 2010, Bill et Melinda Gates ont annoncé que leur fondation consacrerait dix milliards de dollars sur les dix ans à venir au développement et à la distribution de vaccins destinés aux enfants de pays en développement. La plupart des autres ressources proviennent des distributions gouvernementales Canada, Pays Bas, Norvège, Royaume Uni, Etat Unis et d'argent collecte par l'international finance facility for immunization. Cette institution est chargée de mobiliser des ressources pour le fonds mondial pour les vaccins<sup>48</sup>. Les sommes sont recueillies directement auprès des Etats, sous forme d'obligation garanties par la France, la grande Bretagne l'Italie l'Espagne et la Suède. Ses décisions suivent les recommandations du conseil de Gavi.

Tous les pays ayant un Produit National Brut (PNB) inférieur à 1000 par habitant peuvent soumettre des demandes au fonds pour bénéficier de mise à disposition de vaccins et du renforcement des services gouvernementaux de vaccins

#### **- Accélérer l'accès (Accelerating Access Initiative)**

L'OMS participe également à l'initiative pour accélérer l'accès (Accelerating Access Initiative), créée en 2000, qui a pour objet d'améliorer l'accès aux médicaments contre le Sida (OMS 2010). Les autres partenaires sont l'ONUSIDA, L'UNICEF, le FNUAP, la Banque Mondiale et six sociétés pharmaceutiques. En 2007, 830000 patients dans des pays en développement ont pris un ou plusieurs médicaments antirétroviraux à des prix réduits, fournis par l'une de ces sociétés<sup>49</sup>.

#### **- Boehringer Ingelheim**

C'est une compagnie pharmaceutique allemande. C'est également un groupe international avec 144 filiales dans 45 pays, et au 15e rang des leaders de l'industrie pharmaceutiques présent partout dans le monde. Cette industrie est spécialisée dans la fabrication des médicaments tels que Aludrin, traitement contre l'asthme, en 1941, micardis en 2000, le respimat nébuliseur

#### **- La lutte contre l'onchocercose (la cécité des rivières)**

L'OMS a lancé en 1974 le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) en collaboration avec trois autres organes des Nations Unies, à savoir le BM,

---

<sup>47</sup> Fonds Mondial, Partenarizing for global health. The globalfund abnd private sector, 2010, p. 2.

<sup>48</sup> Fonds Mondial, The five years' evaluation report. Final synthesis report, 2009, p. 4.

<sup>49</sup> Act up Paris « Accelerating Access l'OMS compromet la survie des malades 28 mai 2002 [https // www actupparis.org](https://www.actupparis.org) article 522. Consulté le 13 septembre 2021 à 12 h.

PNUD, programme pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Elle a été soutenue par une coalition de plus de 20 pays et agences. L'OMS a dirigé le programme financé par un fonds spécial de la Banque Mondiale, chargé de mobiliser les ressources<sup>50</sup>. Le programme a couvert 1200000 km pour protéger 30 millions de personnes des conséquences de la cécité des rivières.

Pendant des années, les interventions de l'OCP ont été exclusivement basées sur la seule méthode alors disponible, l'épandage d'insecticide avec des hélicoptères et des avions sur les sites de reproduction des simulies afin de tuer leurs larves. Grâce à la donation de mectizan (ivermectine) par MERCK & CO<sup>51</sup>. En 1987, les interventions de lutte ont changé. A une lutte exclusive contre le vecteur par des larvicides s'est ajouté un traitement à l'ivermectine. L'OCP a été officiellement fermé en décembre 2002 après avoir pratiquement stoppé la transmission de la maladie dans tous les pays participants, sauf la Sierra Leone où les interventions ont été interrompues par une guerre civile pendant dix ans<sup>52</sup>.

#### **- Merck & Co ou Merckshark and Dohme**

C'est un laboratoire pharmaceutique américain. Société employant 68000 personnes dans le monde, elle est l'une des cinq plus grandes sociétés pharmaceutiques mondiales. Elle fabrique des produits tels que Gardasil, un vaccin contre les hpv6 Ezetrol, premier inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol, voix, prescrit dans le traitement de l'arthrose<sup>53</sup>.

L'insertion des entreprises au sein de la gouvernance mondiale de la santé a été un processus progressif au cours duquel elles ont joué différents rôles. Elle se caractérise par une institutionnalisation de leur participation selon des formes organisationnelles spécifiques et des mécanismes de coopération liés au marché, qui accompagnent une transformation du système sanitaire international et de ses structures de gouvernance. Au sein de la gouvernance mondiale de la santé, les entreprises peuvent jouer trois rôles principaux ; un rôle d'acteur autonome ; un rôle de sujet de régulation ; un rôle de partenaire. Chacun de ses modes se caractérise par des modes d'action et d'interactions spécifiques qui permettent d'analyser les modalités de l'insertion des entreprises.

---

<sup>50</sup> FIIM TRIPS, pharmaceutical and developing countries: implications for health care access, drug quality and drug development, geneses development, 2000, p. 2.

<sup>51</sup> Kiesel Veronique, "L'industrie tente de rétablir son image, les labos se défendent" le soir, 26 avril 2001, p. 7.

<sup>52</sup> André Rougemont "Ivermectine for onchocerciasis" the Lancet, 20 November 1982, p. 158.

<sup>53</sup> Jonathan Levine, "Sharing power. How Merck and the who have sustained a fragile balance of power in their battle gainst river blindness" Stanford social innovation review, 2005, pp. 760-764.

#### **4-Les Partenaires Internationaux**

Les partenaires extérieures interviennent au niveau du développement du système de santé et dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé. L'appui est multiforme technique, matériel, ou financier. En 2008, l'aide internationale a représenté une moyenne de 30% du financement global du secteur au Cameroun (projet de budget à l'exercice 2009 du MINSANTE). Conformément à la politique nationale de santé, les soins de santé primaire ont constitué la principale destination de ce financement. Les partenaires extérieurs sont classés en 3 catégories à savoir ; les bailleurs de fond, les agences bilatérales, et les agences du système des Nations Unies<sup>54</sup>.

##### **- Les appuis multilatéraux**

La coopération multilatérale est prédominante et s'effectue à travers les principaux bailleurs de fonds tels que, L'Union Européenne (EU), la Banque Mondiale (BM), La Banque Africaine de Développement (BAD), la Banque Islamique de Développement (BID).

L'Union Européenne apparait aujourd'hui comme un bailleur de premier de plan. Au Cameroun, avec un volume financier d'aide au développement en cours de près de 345 milliards de FCFA, soit 29,4% environ de budget de l'exercice 1998-1999, elle est le premier bailleur de fonds en termes de dons. L'Union Européenne entretient, par l'intermédiaire du fonds européen de développement, des liens de coopération qui se traduisent par des subventions ou des prêts bonifiés destinés au financement des programmes à caractère économique et social. Dans le domaine de la sante, le souci de l'UE est la promotion au Cameroun d'une couverture sanitaire performante afin d'assurer les bases d'un développement durable. Pour ce faire, elle aide à l'approvisionnement en médicament essentiels, à la construction pharmacie ou le projet pôle de développement rural tente de valoriser le monde rural en développant les capacités réelles des populations locales à se prendre en charge en vue de promouvoir de meilleures conditions de vie<sup>55</sup>. Ceci traduit la volonté de l'UE de voir s'étendre au Cameroun un développement réellement décentralisé des communautés locales. Ajoutons à cela que l'expérience pilote de la mise en place des aires de santé et des districts de santé dans l'Ouest Cameroun est soutenue par l'UE qui finance aussi divers programmes sociaux par l'intermédiaire d'ONG. C'est en particulier le cas du programme FOURMI (Fonds aux Organisations Urbaines et aux Micros

---

<sup>54</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2003-2007, Cameroun, p. 9.

<sup>55</sup> OMS, Cohérence des structures et des fonctions du Bureau Régional, 2011, p. 6.

Initiatives) de 1995 ce programme s'attache à lutter contre la précarité des conditions de vie des habitants des quartiers défavorisés dans les villes principales et secondaires du Cameroun<sup>56</sup>.

Au Cameroun les activités de la Banque Mondiale sont plus remarquables. Le principal projet social en cours de réalisation qui a bénéficié d'un financement important de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé demeure le projet fécondité, santé et nutrition (20milliard de FCFA). Ce projet consiste en la construction et en l'aménagement de centres de santé dans plusieurs localités<sup>57</sup>. Il concourt également à la viabilisation du district de santé. Il se situe en droite ligne des objectifs prioritaires du projet national de développement sanitaire PNDS élaboré par le gouvernement<sup>58</sup>. A ce projet phare s'ajoutent le financement de la construction, la réhabilitation et l'équipement de certains centres hospitaliers. C'est le cas notamment de l'Hôpital Général de Yaoundé et du Centre Hospitalier Universitaires de Yaoundé. Le FNUAP intervient par le biais de la fourniture des médicaments, la réhabilitation des formations sanitaires et la formation du personnel<sup>59</sup>.

La BAD apporte une contribution sous forme de prêts dans la mise en place de la politique sectorielle du gouvernement en matière d'éducation et de santé<sup>60</sup>. Le renforcement des infrastructures sanitaires et du Système National d'Information Sanitaires (SNIS), la mise en place de l'observatoire national de santé publique et l'appui à la maintenance des équipements biomédicaux.

La Banque Islamique de Développement appui le pays pour la construction du centre nationale des urgences, des hôpitaux de district et d'une dizaine de centre de santé intégrés.

#### **- Les coopérations bilatérales**

La coopération bilatérale reste dominée par l'agence française de développement et la coopération allemande (KfW, GTZ).

L'Agence Française de Développement (AFD) est un important acteur de la scène décentralisée au Cameroun. Dans le domaine de la santé, et à titre d'illustration, l'AFD agit en partenariat avec la commune de Douala 1<sup>er</sup> pour la rénovation des équipements et des structures

---

<sup>56</sup> OMS, Stratégie de coopération : un aperçu, Cameroun, 2009, p. 2.

<sup>57</sup>Ibid., p. 4. .

<sup>58</sup> Banque Mondiale, Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé, Washington DC 1993.

<sup>59</sup>Claudine Ntsama Essomba, Rapport sur l'identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d'accès et d'usage des médicaments dans des pays francophones d'Afrique centrales, à revenus faibles ou intermédiaires, 2010, p. 14.

<sup>60</sup> Fonds Mondial, Chevron and the global fund partnership in action 2010, p. 2.

d'un centre de santé intégré ainsi que l'aménagement des services d'accueil et des urgences de l'hôpital de district de Deido<sup>61</sup>.

Le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) contribue quant à lui au renforcement des services de santé urbaine<sup>62</sup>. Il finance la réfection et l'équipement de certains hôpitaux, c'est le cas de l'hôpital central de Yaoundé, où les travaux de réhabilitation et de rééquipement ont coûté environ 5 millions de FCFA

L'Allemagne maintient une coopération très active notamment grâce à la GTZ et la KfW qui procède, de son côté, à la réhabilitation des centres de santé et des hôpitaux de district. En dehors de ces deux pays, d'autres interviennent aussi dans le domaine à l'instar de la Chine et du Japon.

La coopération avec la Chine est très importante dans le domaine de la santé, à travers des lignes de crédits et de dons. On note également le financement et la réhabilitation de plusieurs hôpitaux de district notamment de Buea, et surtout la construction de l'hôpital pédiatrique de Yaoundé-Ngoussou à hauteur d'une contribution d'environ 15 milliards de FCFA. L'appui en personnel médical dans certaines localités telles que Mbalmayo et Guider n'est pas en reste.

Le Japon contribue à une coopération technique de 60 milliards de FCFA. Cette aide permet le financement, la construction et l'équipement d'écoles. Soit 32 salles de classes à Yaoundé et Douala. L'approvisionnement en eau potable de plusieurs centres urbains et une contribution aux programmes élargis de vaccination. Dans le domaine de la santé, l'aide bilatérale du gouvernement japonais consiste en la fourniture d'équipements biomédicaux, l'achat de matériels roulants acquisition des médicaments essentiels et la construction des centres de santé<sup>63</sup>.

### **Les agences du système des Nations Unies**

Outre l'OMS. Le secrétariat ONUSIDA, le PAM, PNUD, UNFPA, UNICEF, sont les principales agences actives au Cameroun, dans le secteur de la santé

- Le Fonds des Nations Unies pour la Population concentre son appui dans le domaine de la population et du développement retenus dans les districts retenus des 5 régions

---

<sup>61</sup> Programme Elargi de Vaccination, plan pluri annuel complet 2015-2020, p. 22.

<sup>62</sup> Fonds Mondial, Partnering for global health. The global fund private sector. 2010, p. 2.

<sup>63</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, Cameroun, p. 14.

d'intervention, à travers la mise œuvre du programme de prévention des fistules obstétricales, la réponse aux urgences humanitaires, le renforcement de la santé de la reproduction<sup>64</sup>.

- Le PAM intervient dans la prise en charge nutritionnelle des réfugiés, des populations sinistrées, le soutien aux cantines scolaires, la formation des personnels et le soutien logistique en cas de catastrophes.

- PNUD intervient dans les préparatifs du swap santé, le soutien aux organisations et aux collectivités locales en matière de lutte contre le VIH l'appui à l'élaboration des documents de stratégies de réduction de la pauvreté et le suivi de la déclaration des OMD et de la déclaration de paris

- L'Unicef intervient dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition, la mobilisation sociale et la prévention de l'infection à VIH. En outre l'Unicef appuie le processus de mise en place du SWAP Santé

- Le secrétariat ONUSIDA fournit un appui technique au comité national de lutte contre le sida CNLS, en matière de planification, suivi/évaluation et de mobilisation des ressources. En outre, il assure la coordination des interventions du SNU en matière de lutte contre le VIH/SIDA<sup>65</sup>. En somme nous pouvons constater que la coopération OMS-Cameroun fait apparaître inéluctablement deux catégories d'acteurs notamment les acteurs nationaux et ceux internationaux qui agissent dans le domaine sanitaire respectivement sur le plan local et international sous la conduite ou le contrôle de l'OMS et jouant chacun un rôle important dans la coopération dont il sera utile d'en dégager les enjeux.

## **II-LES DIFFERENTS ENJEUX DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN**

L'enjeu ici peut être compris comme une activité économique ou le profit que l'on veut obtenir dans cette coopération. Les enjeux s'étendent dans plusieurs domaines dans cette coopération.

### **A- Enjeux diplomatiques et humanitaires**

Dans cette sous-section il est question de présenter les enjeux se rapportant aux relations pacifiques et à la signature d'accords.

#### **1-Enjeux diplomatiques**

La coopération de l'OMS et le Cameroun est harmonieuse et bénéfique et est régie par l'accord de base signé respectivement, le 5 novembre 1962, à Brazzaville et le 8 décembre 1962

---

<sup>64</sup> Stratégie Sectorielle de Santé, éd 2009, p. 79.

<sup>65</sup> OMS, Profil sanitaire analytique du Cameroun, MINSANTE, Cameroun, p. 40.

à Yaoundé et qui, depuis lors n'a pas été révisé. Celle-ci est le corollaire de l'élaboration de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Cameroun qui a permis un travail participatif tant à l'intérieur du bureau pays qu'avec le ministère de la santé, les ministères apparentés et les partenaires au développement<sup>66</sup>. Cette stratégie de coopération a servi comme outil de planification pour l'élaboration des différents plans de travail des périodes biennales 2004-2009. En outre, elle a permis le recentrage des interventions de l'OMS en rapport avec ses missions essentielles et ses avantages comparatifs. Au regard de ces objectifs stratégiques, trente-neuf résultats attendus spécifiques au bureau ont été déterminés, sur lesquels le budget a été reparti et les activités de coopération développées. Elle sera menée dorénavant, en tenant compte de la Stratégie Sectorielle de Santé actualisée et de l'approche sectorielle élargie, dès qu'elle sera mise en place, avec le soutien de l'ensemble des partenaires au développement sanitaire ainsi que de la déclaration de Paris<sup>67</sup>.

## **2-Enjeux humanitaires**

Sur le plan humain, le gouvernement a ratifié des accords contenus dans le programme mondial d'action sanitaire. De ce fait il s'est engagé par la déclaration du millénaire à former un partenariat mondial pour réduire la pauvreté, améliorer la santé et promouvoir un certain nombre de principes dont on peut voir la paix, les droits de l'homme, l'égalité des sexes et un environnement durable. Les pays riches comme les pays pauvres se sont engagés à réaliser les objectifs du millénaire pour le développement. Parlant des droits de l'homme liés à la santé, ils sont inscrits dans de nombreux traités régionaux et internationaux et des engagements politiques importants ont été pris dans le cadre de plusieurs conférences mondiales des Nations Unies en faveur de groupes de population souvent en butte à la discrimination tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les minorités autochtones et les personnes vivant avec le VIH/sida. Il convient de citer en particulier les résultats de la conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement et de la quatrième conférence mondiale sur les femmes qui couvraient les droits de la femme, la santé sexuelle et génésique, et l'élimination de la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles<sup>68</sup>.

La position commune au sein des Nations Unies quant à la nécessité d'adopter une approche du développement fondée sur les droits de l'homme (2003) a favorisé l'inscription de ces droits dans les textes. Les droits de l'homme occupent une position assez importante que

---

<sup>66</sup>Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, Cameroun, p. 18.

<sup>67</sup> Ibid., p. 21.

<sup>68</sup> OMS, Droit à la santé, fiche d'information n° 31 Nations Unies, 2007, p. 3.

ce soit dans le vie de celui-ci et ses activités, sa prise en compte favorise la lutte contre les inégalités sociales et toute forme de discrétion et d'exploitation de l'homme par l'homme dans la même lancée, d'importants engagements ont été pris au sommet de 2005 concernant la lutte contre la pauvreté, l'allègement de la dette et le développement<sup>69</sup>. Un appel y a été lancé en faveur d'investissement accrus pour améliorer les systèmes de santé, mieux prévenir et soigner l'infection à VIH, combattre le paludisme et la tuberculose, garantir l'accès universel aux service santé génésique, placer les droits de l'homme au cœur du système des Nations Unies et permettre l'application complète du Règlement Sanitaire International (RSI) révisé 2005, y compris le réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie<sup>70</sup>. Qu'en est-il donc des enjeux d'autres plans ?

## **B- Enjeux sanitaires, politique et socio-économiques**

Il est question dans cette sous partie de montrer les intérêts des parties prenantes de la coopération sur les plans sanitaires, politiques et socioéconomiques.

### **1-Enjeux sanitaires**

Cette coopération facilite la résolution de certains problèmes et permet un échange des savoirs et des meilleurs pratiques. Bon nombre de pays sont confrontés à des problèmes et préoccupations semblables dans le domaine de la santé. Elle est donc cet outil efficace permettant de renforcer et d'accélérer le développement sanitaire, d'échanger des informations, à l'intérieur des pays et d'une région à l'autre. Cette Coopération suppose la création, l'adaptation, le transfert et l'échange de connaissances et d'expériences en vue d'améliorer la santé tout en tirant le meilleur parti des ressources et capacités existantes<sup>71</sup>.

L'OMS facilite la coopération entre les pays et notamment le Cameroun autour de difficultés et problèmes communs, de façon à trouver des solutions en matière de santé publique. D'important progrès ont été fait pour répondre à des objectifs sanitaires communs grâce à l'accord de coopération. Dans ce contexte de coopération, que l'on peut observer de nouvelle tendance telle qu'une réorientation est intervenue ; un nouveau cadre conceptuel, l'efficacité de la coopération pour le développement prend désormais le pas sur l'aide officielle au développement. L'objectif de la coopération OMS-Cameroun n'est pas d'encourager la dépendance à l'égard de l'aide donateurs-bénéficiaires, mais plutôt de mettre l'accent sur l'appropriation par le pays, les partenaires agissant de concert et l'alignement sur les priorités

---

<sup>69</sup> Onzième programme général de travail 2006-2015 programme mondial d'action sanitaire, p. 7.

<sup>70</sup> Ibid., p. 8.

<sup>71</sup> Bulletin de l'OMS ; Coopération de L'OMS avec les pays.

et plans nationaux. Il est de plus en plus important de mettre à profit les capacités du pays et de comprendre les échanges entre ce dernier en vue de la réalisation d'objectifs sanitaires communs<sup>72</sup>. Au niveau national, cette coopération permet de soutenir et renforcer l'action menée aux fins du développement sanitaire et d'enrichir les points de vue sur les meilleures pratiques et les enseignements à tirer de l'expérience d'autres pays. Ces échanges peuvent influencer sur les processus d'intégration sous régionale et régionale, et sur les débats concernant la politique sanitaire au niveau mondial. Les pays et les régions ont mis en place un certain nombre de modèle de coopération de façon à partager leurs connaissances et leur expérience pour répondre à des difficultés similaires dans le domaine de la santé<sup>73</sup>.

## **2-Enjeux politiques et socio-économiques**

Ceux-ci reposent sur l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000, adoptée par la trentième Assemblée Mondiale de la Santé, et qui a été acceptée par les dirigeants de tous les Etats membres et énoncé en tant que tel dans la politique officielle de nombreux pays<sup>74</sup>. En fait, Les ministères de la santé de la région, qui s'efforcent d'élever le niveau de santé, ont pour tâche d'améliorer la qualité et d'élargir la gamme des soins de santé, notamment à l'intention des populations mal desservies, en veillant à ce que leur coût soit abordable pour la collectivité et pour le pays. Les politiques nationales appropriées n'ont cependant pas encore été incorporées dans les plans de santé nationaux<sup>75</sup>. Les Etats membres reconnaissent que grâce à l'approche des soins de santé primaires, et en restant fidèle à la déclaration d'Alma Ata<sup>76</sup>, qu'ils atteindront cet objectif social. On tend désormais à aborder le développement sanitaire d'une manière globale, en considérant la santé comme un élément indissociable du développement socio-économique et national. L'autre innovation est la prise de conscience de l'interdépendance entre santé et facteur socioéconomique et de la nécessité d'une approche plurisectorielle du développement sanitaire. Bien que la quasi-totalité des Etats membres aient manifesté leur intérêt pour cette approche, il reste à mettre au pont un mécanisme efficace pour assurer la coordination intersectorielle à tous les niveaux. L'analyse des problèmes prioritaires

<sup>72</sup><https://who.int/country-cooperation/what-who-does/inter-country/fr/>. Consulté le 13 décembre 2020 à 16 minutes.

<sup>73</sup>Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2003-2007. Cameroun, p. 17.

<sup>74</sup> Stratégie Régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, OMS, bureau régional du pacifique occidental Manille, 1982.

<sup>75</sup> Ella Henriette Noëlle Yolande, "L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé p. 110.

<sup>76</sup> La déclaration d'Alma Ata est une conférence internationale organisée du 6 au 12 septembre 1978 par l'OMS à Almaty la cité capitale du Kazakhstan qui est un pays de l'Asie centrale pour promouvoir les soins de santé primaires, elle réunit 3000 délégués des Ministères de la Santé de 134 pays. Elle souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements de toutes les personnes des secteurs de santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples.

restent souvent limitées aux activités du secteur sanitaire, négligeant bien des problèmes socio-économiques connexes<sup>77</sup>.

Ayant pris conscience de la nécessité d'une technologie appropriée et du développement des personnels de santé, on sait alors qu'il devait y avoir interdépendance des pays, lesquels doivent partager les ressources limitées dont ils disposent pour former et réorienter le personnel de santé, développer la technologie appropriée et la recherche et échanger les informations et données d'expérience<sup>78</sup>. Pour définir et appliquer les politiques et les stratégies d'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, les ministères de la santé de plusieurs pays s'efforcent de réexaminer et d'adapter leurs ressources et leurs structures afin de pouvoir relever le défi pendant les deux prochaines décennies. Il s'agit avant tout d'améliorer les processus de gestion pour le développement sanitaire. A la recherche de solutions, certains pays se sont lancés dans la programmation sanitaire nationale, adoptant une vue plus globale et plus complète de la santé et de ses liens avec d'autres aspects du développement socioéconomique. Cependant, le processus est lent et soulève de nombreux problèmes, les modifications structurelles et législatives qu'il entraîne commence tout juste à se faire jour et la réaffectation des ressources requises n'en est qu'à ses tout débuts. L'absence d'informations surs et d'indicateurs appropriés freine les progrès<sup>79</sup>. En somme nous pouvons voir que les enjeux de cette coopération sont pluriels, ils résultent non seulement d'une volonté réciproque de travailler ensemble mais aussi des moyens nécessaires à l'implémentation véritable de cette stratégie au Cameroun qui demande d'innombrable ressources afin de permettre la résolution de certains problèmes et favoriser un échange de savoir et pratiques, sans oublier que cette coopération est un outil qui assure non seulement le profit de chacun des deux parties mais permet le renforcement et le développement sanitaire. Cette coopération repose sur un certain nombre d'accord et obligation dont il serait très important de savoir.

### **III- ACCORD ET OBLIGATIONS DES PARTIES PRENANTES DE LA COOPÉRATION**

L'accord de siège signé entre le Cameroun et l'OMS est bénéfique pour les deux parties prenantes. C'est un accord de type consultatif permettant à l'OMS d'agir directement au Cameroun sans puissance intermédiaire. Cet accord entraîne inévitablement des obligations entre les deux parties c'est la raison pour laquelle dans cette partie nous allons d'abord mettre

---

<sup>77</sup>OMS, Recueil des résolutions et décisions, vol. II, 4<sup>e</sup> édition, 1981, p. 1.

<sup>78</sup> Résolution A/RES/34 de l'Assemblée Générale des Nations Unies, 29 novembre 1979.

<sup>79</sup> Stratégie Régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, OMS, Bureau Régional du pacifique occidental Manille, 1982, p. 13.

en évidence l'accord de siège et enfin présenter les obligations auxquelles les parties sont confrontées.

### **A- Les accords**

Un accord est un état de relation entre personnes ou groupes qui n'ont pas ou n'ont plus de motif de s'opposer en matière d'idées, de sentiments, d'intérêts, entente, harmonie ou encore Arrangement entre deux ou plusieurs parties pour régler un différend, définir les modalités d'une entente, convention, traité<sup>80</sup>.

#### **1-Le cadre juridique de la coopération OMS-Cameroun et modalité de révision de l'accord**

Les relations entre le Cameroun et l'OMS existent depuis des décennies. En effet deux ans après son accession à l'indépendance, le Cameroun adhère à l'OMS. Le gouvernement Camerounais a signé cet accord de siège avec ladite organisation qui témoigne non seulement de leur engagement mais aussi des relations harmonieuses qu'ils entretiennent depuis 1962 et n'a jamais été modifié. Cet accord a été signé par M. Jean Bétayéné, à l'époque Ministre des Affaires Étrangères de la République Fédérale du Cameroun et par le Dr F.J.C. Cambournac. Il inaugure donc les relations de coopération entre les deux partenaires, lesquelles relations se poursuivent jusqu'à nos jours<sup>81</sup>.

L'accord entre l'OMS et le Cameroun est un accord de siège, c'est un type de traité qu'une organisation internationale conclut avec un Etat qui l'accueille sur son territoire, afin de définir son statut juridique. Il a notamment pour but de garantir l'indépendance de l'organisation et de ses agents, ce qui conduit l'Etat hôte à concéder des privilèges, tels que des immunités pour les agents de l'organisation, ou un statut d'extraterritorialité pour ses locaux. Les accords signés entre l'OMS et le Cameroun sont les accords de base, par conséquent ils doivent servir de canevas pour toutes les relations qui pourraient exister entre les deux partenaires. Toutefois, cet accord peut subir des modifications mais, il demeure la référence pour tout accord entre les parties. L'article 1 de cet accord stipule que son objet est la fourniture d'une assistante technique de caractère consultatif cet accord peut se manifester sous plusieurs formes à savoir ;

- la mise à disposition des conseillers chargés de donner des conseils ou des avis
- l'organisation et la direction des cycles d'études, des programmes de formation professionnelle, des projets de démonstration des groupes de travail d'experts.

<sup>80</sup> Encyclopédie universalis, volume 5, 1996, p. 1.

<sup>81</sup> Kabayaba, 'La coopération internationale en matière de santé le cas du Cameroun et de l'OMS'. Mémoire de Master, Yaoundé, IRIC, 1981, p. 46.

- l'attribution des bourses d'études et de perfectionnement afin de permettre la formation à l'étranger.

- la préparation et l'exécution des programmes, des essais, des expériences, ou des recherches.

Cette assistance est reçue et fournie conformément aux décisions de l'Assemblée Mondiale de la santé et autre organe de l'OMS. Cet accord entraîne un certain nombre d'obligation vis-à-vis des parties<sup>82</sup>.

**- Modalité de révision de l'accord**

Chacune des parties peut demander une révision de l'accord en le notifiant à l'autre, la dénonciation prenant effet 60 jours après réception de la notification. De cet accord, on peut retenir qu'il réunit les qualités d'un accord de base. Il est suffisamment large, mais aussi souple. Son caractère indicatif permet d'élaborer d'un commun accord des plans d'opération relatifs à l'assistance technique. La répartition des obligations qui est normalement spatiale laisse des possibilités d'aménagement aux parties. Sur la base de cet accord, le Cameroun va pouvoir associer la santé à des activités concrètes en vue de promouvoir la sante de ses populations<sup>83</sup>.

**Photo n° 4 : signataires de l'accord de base OMS-Cameroun**



**Source :** Accord de base OMS-Cameroun A. MINSANTE.

<sup>82</sup> Véronique Messe, Contribution de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun p. 37.

<sup>83</sup> Ella Henriette Noëlle, "L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé p. 99.

La photo ci-dessous est celle des signataires de l'accord de base OMS-Cameroun. Il s'agit du côté gauche de Jean Faustin Bétayéne<sup>84</sup> pour le compte du Cameroun et du côté droit nous avons le Dr Cambournac<sup>85</sup> pour le compte de l'Organisation.

## **2-Mémorandum d'entente entre le Gouvernement du Cameroun représenté par le MINSANTE et l'OMS**

Le présent mémorandum est formulé en 6 articles dont les 4 premiers définissent l'objet, la nature, le dispositif institutionnel et les charges de fonctionnement dudit mémorandum, les deux derniers représentent les engagements incombant aux deux parties prenantes c'est à dire le gouvernement du Cameroun, représenté par le MINSANTÉ et l'Organisation Mondiale de la Santé qui ont convenu de ce qui suit :

Les articles 1 et 2 portent à la fois l'objet et la nature de l'activité du mémorandum. Le présent mémorandum d'entente définit les modalités de préparation, de validation, mise en œuvre, de suivi/évaluation et de gestion financière des activités reprogrammées, la mise en œuvre de la programmation transitoire du programme de renforcement du système de santé au Cameroun, sous financement de Gavi alliance.

D'après l'article 3 du dispositif institutionnel, la reprogrammation du renforcement du système de santé implique l'OMS au titre d'agence d'exécution technique, financière et de suivi/évaluation des activités d'une part, et le MINSANTÉ à travers la division de la coopération pour la mise à disposition des fonds, le Programme Élargi de Vaccination (PEV), les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP), les Services De Santé Districts (SSD) et les aires de santé pour la mise en œuvre des activités. Pour assurer le suivi et la gestion du programme, l'OMS va mettre en place une équipe comprenant un spécialiste en santé publique, un spécialiste en suivi et évaluation, un contrôleur interne, un assistant comptable et financier, et deux consultants évaluateurs. Le MINSANTÉ va désigner une équipe focale, placée auprès de la division de la coopération, et comprenant un spécialiste de santé publique ou un spécialiste en gestion des projets et un expert en suivi/évaluation<sup>86</sup>.

L'article 10 porte sur les Charges de fonctionnement, les charges totales de fonctionnement liées aux structures de suivi et de gestion mises en place aussi bien au sein de

---

<sup>84</sup> Ancien ministre des Affaires Étrangères de la république fédérale du Cameroun 1960-1964.

<sup>85</sup> Premier directeur de l'OMS pour l'Afrique de 1954-1964 de nationalité portugaise qui a débuté la signature de l'accord de siège à Brazzaville avant qu'il ne soit paraphé à Yaoundé capitale politique du Cameroun pour la seconde signature.

<sup>86</sup> Mémorandum d'entente le gouvernement du Cameroun par le MINSANTE et l'OMS relatif à la mise en œuvre de la programmation transitoire du renforcement du système de santé.

l'OMS que du MINSANTÉ ne peuvent excéder 10% de l'enveloppe disponible après déduction des frais de gestion de l'OMS. Le budget affecté à la couverture de ces charges est estimé à un montant de 195 millions de FCFA. La répartition de cette enveloppe se fait entre l'OMS pour la prise en charge des coûts de fonctionnement de l'équipe de gestion du programme, et le MINSANTÉ pour les frais de fonctionnement de l'équipe focale, se fera suivant la clé suivante : 70% pour l'OMS et «30% pour le MINSANTÉ. Les deux articles restants font état des engagements incombant aux deux parties prenantes notamment l'OMS et le gouvernement du Cameroun représenté par le MINSANTÉ

L'article 4 porte sur des engagements incombant au gouvernement du Cameroun qui est représenté par le MINSANTÉ. Il possède des engagements clairement définis :

- Contribuer au processus de préparations et de validation des supports juridiques et techniques de la reprogrammation, en relation avec le MINSANTÉ et les autres partenaires ;
- mettre en place le cadre technique, financier et juridique d'exécution de la programmation ;
- participer au dialogue avec gavi alliance en relation avec la partie gouvernementale ;
- gérer les ressources mises à disposition ;
- assurer la supervision technique et financière, en relation avec les services compétents du MINSANTÉ ;
- assurer le rapport technique et financier des activités ;
- préparer des rapports financiers intermédiaires à soumettre au MINSANTÉ, en vue de les transmettre à GAVI Alliance ;
- contribuer à la préparation du Rapport de Situation Annuelle (RSA) à soumettre à Gavi alliance ;
- préparer un rapport final de la reprogrammation et de le soumettre au MINSANTÉ, au plus tard après la clôture du programme ;
- mener toute autres opérations qui concourent à la mise en œuvre technique et financière des activités, en relation avec les services compétents du MINSANTÉ.

Par ailleurs, l'article 5 définit les engagements incombant à l'OMS envers le gouvernement camerounais il est question entre autre :

- assurer la préparation et la et la validation des supports juridiques et techniques de la programmation
- conduire le dialogue avec GAVI Alliance
- désigner une équipe focale chargée du suivi technique des activités transitoires

- préparer, en relation avec et les autres partenaires techniques et financiers, le rapport de situation annuelle (RSA) à soumettre à GAVI Alliance<sup>87</sup>
- continuer à renforcer la supervision technique des activités
- organiser les Sessions de Coordination et de suivi évaluation des activités, en impliquant tous les acteurs
- exploiter tous les rapports de suivi et notifier, le cas échéant, les orientations qui en résultent. Derrière Ces accords de coopération nous avons aussi des obligations entre les deux parties prenantes dont il serait judicieux de voir.

## **B- Les obligations incombant à l’OMS et au Cameroun**

Du latin obligatio dérivé de obligo qui signifie ‘obligé’ Une obligation est lien moral qui impose quelque devoir concernant la religion, la morale ou la vie civile<sup>88</sup>. Dans cette sous partie nous allons présenter d’une part les obligations générales incombant aux Etats et à l’organisation d’une part et celles incombant au Cameroun et l’OMS d’autres parts.

L’accord de base signé entre le Cameroun et l’OMS fait inéluctablement naître des obligations entre les deux parties, il est formulé en 6 articles dont l’article 1 et 3 incombent à l’OMS et ceux 4 et 5 incombent au gouvernement du Cameroun.

### **1 – Obligations incombant à OMS**

En effet, les obligations incombant à l’OMS se situent sur les plans techniques d’une part, administratifs et financiers d’autres parts.

#### **- Sur le plan technique**

D’après l’article 1 qui porte sur la fourniture d’une assistance technique de caractère consultatif, il est dit que l’organisation fournira au gouvernement cette assistance dans les limites de ses possibilités budgétaires ou sous réserve que les fonds nécessaires soient disponibles. Bien plus, on peut lire que l’organisation et le gouvernement coopéreront en vue d’élaborer, d’un commun accord, sur la base des demandes émanant du gouvernement et approuvés par l’organisation, des plans d’opération pour la mise en œuvre de l’assistance technique de caractère consultatif. Celle-ci sera fournie et reçue conformément aux résolutions et décisions pertinentes de l’Assemblée Mondiale de la Santé, du Conseil Exécutif et des autres

---

<sup>87</sup> Mémoire d’entente le gouvernement du Cameroun par le MINSANTE et l’OMS relatif à la mise en œuvre de la programmation transitoire du renforcement du système de santé.

<sup>88</sup> Encyclopedie universalis, volume 5, 1996.

organes de l'organisation<sup>89</sup>. Selon ce même article les conseillers de l'OMS ont l'obligation de mettre le personnel technique associé à leurs travaux à des méthodes, des techniques et des pratiques dans leur domaine, de même que les principes sur lesquels ces méthodes, techniques et pratiques sont formulées. L'achat et le transport à destination et en provenance du point d'entrée dans le pays de tout matériel et de tout article fournis par l'OMS. Cette liste n'est pas exhaustive, car elle reste ouverte à toutes les autres dépenses engagées hors du pays, à la seule condition qu'elle soit approuvée par l'organisation<sup>90</sup>.

On peut aussi noter qu'elle doit choisir en consultation avec le gouvernement les conseillers chargés de donner des avis et de prêter assistance au gouvernement ou par son intermédiaire. Ces conseillers sont responsables envers l'organisation ; Ce même article stipule que dans l'exercice de leurs fonctions, les conseillers doivent agir en liaison étroite avec le gouvernement et avec les personnes ou organismes habilités par lui à cet effet, ils doivent se conformer aux instructions du gouvernement qui seront applicables, eu égard à la nature de leurs fonctions et de l'assistance) fournir, et dont l'organisation et le gouvernement seront convenus ;

En outre, dans l'exercice de leurs fonctions consultatives, les conseillers, n'épargneront aucun effet pour mettre le personnel technique que le gouvernement pourra associer) leurs travaux au courant des méthodes des techniques et pratiques appliquées dans leur domaine, que des principes sur lesquels des méthodes des techniques et des pratiques appliquées dans leurs domaines, ainsi que des principes sur lesquels ces méthodes techniques et pratiques sont fondées.

- L'organisation doit conserver la propriété de tout le matériel technique ou de toutes les fournitures qu'elle aura procurées, tant qu'elle n'aura pas cédé les droits de propriété y afférents aux règles arrêtées par l'OMS et en vigueur à la date de la cession.

- Le gouvernement doit répondre à toutes réclamations que des tiers pourraient formuler contre l'organisation et ses conseillers, agents et employé en cas de réclamation et les dégagera de toute responsabilité découlant d'opérations exécutées en vertu du présent accord, sauf si le gouvernement et l'organisation conviennent que ladite réclamation ou ladite responsabilité résulte d'une négligence grave ou d'une faute intentionnelle des intéressés<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup> Recueil de texte du MINSANTE concernant l'accord de base, pp. 676-678.

<sup>90</sup> Véronique Messe, Contribution de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun p. 38.

<sup>91</sup> Recueil de texte du MINSANTE concernant l'accord de base pp. 676-678.

### **Sur le plan administratif et financier**

Le plan administratif et financier fait référence à l'article 3 et qui prévoit que l'organisation prendra à sa charge, en totalité ou en partie, selon les modalités fixées d'un commun accord, les dépenses afférentes) l'assistance technique de caractère consultatif payable en dehors du pays, et indiquées ci-après.

- les traitements et les indemnités de subsistance des conseillers (y compris les indemnités quotidiennes de voyage ou mission) ;
- les frais de transport des conseillers pendant leur voyage à destination et en provenance du point d'entrée dans le pays<sup>92</sup> ;
- les frais entraînés par tout autre voyage effectué hors du pays ;
- les primes des assurances contractées au profit des conseillers ;
- l'achat et le transport à destination et en provenance du point d'entrée dans le pays de tout matériel ou de tout article fournis par l'OMS.

L'organisation doit prendre à sa charge les dépenses en monnaie locale qui n'incombent pas au gouvernement en vertu de l'article IV, paragraphe 1 du présent accord<sup>93</sup>. Au regard de tout ceci qu'en est-il des tâches qui incombent au gouvernement de la République Fédérale du Cameroun ?

### **2- Le gouvernement camerounais**

Le gouvernement camerounais possède également des exigences envers l'organisation. Ces exigences sont contenus dans le présent accord qui se situent sur le plan technique, administratif et financier.

### **Sur le plan administratif et financier**

Le gouvernement doit participer aux frais de l'assistance technique de caractère consultatif en prenant à sa charge ou en fournissant directement les facilités et un certain nombre de services notamment ;

- les services du personnel technique et administratif local, dont les services locaux de secrétariat, d'interprétation, de traduction, d'interprétariat et autres services annexes nécessaires.
- le matériel et fournitures qui sont produits dans le pays ;

---

<sup>92</sup> Recueil de texte du MINSANTE concernant l'accord de base pp. 676-678.

<sup>93</sup> Ella Henriette Noëlle Yolande, "La coordination des activités opérationnelles de l'OMS et de l'Unicef dans l'assistance au développement du Cameroun 1978-1990, Thèse de doctorat, IRIC ; 1990, p. 136.

- les bureaux et autres locaux nécessaires ;
- les facilités a l'utilisation des postes et communications pour besoin officiel ;
- les facilités afférentes au traitement médical et à l'hospitalisation éventuelle des membres du personnel d'international ;
- les transports) l'intérieur du pays, et pour des raisons de services, de personnel de fournitures et de matériel.

Toujours dans la même logique, le gouvernement doit mettre, le cas échéant à la disposition de l'organisation, dans les conditions fixées d'un commun accord ; la main d'œuvre, le matériel, les fournitures, et autres services ou biens qui pourront être nécessaires à l'exécution de sa tâche, sans oublier qu'il doit prendre à sa charge, la fraction des dépenses payables hors du pays qui n'incombent pas à l'organisation. Ces obligations ont la finalité de permettre au personnel de l'OMS de travailler dans les meilleures conditions de rendement possible en le dotant des outils de travail et de bonnes conditions de santé<sup>94</sup>.

Parlant des contributions exigibles, le Cameroun doit verser une quote-part à l'OMS chaque année, car ce sont celles-ci qui justifient son état de membre de l'organisation. Etant donné que le Cameroun est un pays retardataire, vers la fin d'année, l'organisation fait appel aux autorités en charge des contributions pour le compte du pays pour leur savoir qu'il faut déjà payer leur cotisation annuelle car le non paiement s'expose à des sanctions de la part du Cameroun. La cotisation qui est évaluée en fonction du PIB du Cameroun s'élève à environ 20.000.000fcfa<sup>95</sup>.

### **Sur le plan technique**

Pour ce qui est du plan technique, l'article 5 fait référence aux facilités, privilèges et immunités donc fait preuve le gouvernement camerounais vis-à-vis de l'organisation.

Le gouvernement s'il n'est pas déjà tenu de le faire, est dans l'obligation d'appliquer à l'organisation, a son personnel et à ses fonds biens et avoirs, les dispositions pertinentes de la convention sur les privilèges et immunités des institutions spécialisées. les membres du personnel de l'organisation, y compris les conseillers engagés par elle en qualité de membre du personnel affecté, à la réalisation des fins visées par le présent accord, seront considérés comme fonctionnaires de l'organisation, au sens de ladite convention<sup>96</sup>.

<sup>94</sup> Recueil de texte du MINREX, 2013, p. 117.

<sup>95</sup> Entretien avec Abe Metala chef service de la Division de la Coopération (DCOOP) au Ministère de la Santé Publique Age 47 ans le lundi, 12 avril 2021 à 11h.

<sup>96</sup> Kabayaba, 'La coopération internationale en matière de santé p. 47.

En définitive, force est de constater que la coopération OMS-Cameroun fait apparaître inéluctablement deux catégories d'acteurs notamment les acteurs nationaux et internationaux. Sous la conduite ou le contrôle de l'OMS, les structures de fabrication de médicament, de financement et d'autres organisations internationales jouent également un rôle important dans cette coopération. Il faut dire que les enjeux de cette coopération sont pluriels, et résultent non seulement d'une volonté réciproque de travailler ensemble mais aussi d'un ensemble de moyens nécessaires devant aboutir à l'implémentation véritable de stratégie dans les pays qui demandent d'innombrables ressources afin de permettre la résolution de certains problèmes et favoriser un échange de savoir et pratiques. Cette coopération est un outil qui assure non seulement le profit de chacune des deux parties mais permet le renforcement et le développement sanitaire. Elle repose sur un certain nombre d'accord et obligation. Après le cadre juridique de la coopération il est important de voir la contribution proprement dite de l'OMS pour les maladies infanto-juvéniles dans la ville de Yaoundé.

## **CHAPITRE III : CONTRIBUTION DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTO-JUVÉNILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ**

Après la signature officielle de l'accord de siège, des manifestations de l'OMS ont commencé à être visible dans la ville de Yaoundé notamment la représentation de ladite organisation appelé Bureau pays au quartier Bastos etc. L'OMS se présente donc comme cet organisme qui apporte son aide au Cameroun pour la diminution voire l'éradication du taux de mortalité et de morbidité qui empêchent l'épanouissement des enfants de la ville de Yaoundé. Dans un premier temps nous allons montrer l'apport de l'OMS dans la prise en charge des enfants atteints des maladies transmissibles et non transmissibles. Par la suite, présenter l'appui de manière globale de cet organisme dans son combat contre les maladies des enfants dans la ville de Yaoundé. Enfin, des règles de conduites sont proposées pour éviter et éloigner au maximum la maladie afin de permettre une croissance saine des enfants au sein de la famille.

### **I- L'APPORT DE L'OMS DANS LE PROCESSUS DE PREVENTION, PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT DES ENFANTS ATTEINTS DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES DANS LA VILLE DE YAOUNDE**

Dès sa naissance, l'enfant est exposé à plusieurs maladies qui peuvent causer soit sa déformation soit la mort au cas où celui-ci n'est ni convenablement traité ou bien qu'il ne reçoit aucun traitement adéquat<sup>1</sup>. Dans cette partie nous allons nous attarder sur l'appui de l'OMS dans la prise en charge des maladies transmissibles d'une part et d'autre part celle non transmissibles.

#### **A- L'appui de l'OMS dans la Prise en charges des enfants atteints des maladies transmissibles**

Ce sont des maladies qui peuvent passer d'une personne infectée à une personne auparavant non infectée<sup>2</sup>. Il s'agit notamment des maladies virales, des maladies bactériennes et des maladies parasitaires.

<sup>1</sup> Jean Piaget, *La représentation du mode de l'enfant*, Paris, Quadrige, 2013, p. 301.

<sup>2</sup> [https:// fr.m.wikipedia.org/wiki/maladie\\_transmissible](https://fr.m.wikipedia.org/wiki/maladie_transmissible). Consulté le lundi 3 mai 2021 à 12h 21minutes.

## 1- Maladies virales

Ce sont les maladies déclenchées par des virus qui se répandent dans l'organisme<sup>3</sup>. Tel est le cas de la rougeole.

La rougeole est une maladie épidémique qui survient en saison sèche, se transmet par voie respiratoire à travers des gouttelettes de pfludge (toux, éternuements) et dont l'incubation varie de 7 à 28 jours<sup>4</sup>. Elle se manifeste par divers symptômes tels que la fièvre, toux, écoulement nasal, yeux rouges et larmoyants, petits points blancs sur la face interne de la joue, signe et éruption cutaneo-muqueuse de type maculopapuleuse qui se développe sur le visage et la partie supérieure du cou avant de s'étendre au reste du corps. Elle se complique souvent par des infections secondaires telles que la pneumonie, les manifestations gastro-intestinales (diarrhée), l'encéphalite, la méningite et la cécité. Ces complications sont fréquentes et responsables du décès de nombreux enfants<sup>5</sup>. La plupart de ces décès ont lieu dans les pays en développement et au niveau mondial, la rougeole est responsable de plus de 10% des décès survenant dans le groupe d'âge 0-5 ans, dont la moitié chez les enfants de moins d'un an. Elle est transmise par voie respiratoire et constitue la première cause de mortalité infantile due aux maladies évitables par la vaccination<sup>6</sup>.

Au Cameroun, notamment à Yaoundé, pour lutter contre la rougeole, la stratégie innovante a été l'organisation en 2002 d'une campagne de vaccination de rattrapage sur l'ensemble du pays qui concernait tous les enfants de 9 mois et plus révolus, pour leur donner l'opportunité de recevoir une seconde dose de vaccin. Cette campagne de base a été consolidée par des campagnes de suivi pour les enfants de 0 à 5 ans en 2006 et 2009<sup>7</sup>. La mise en œuvre des activités de pré élimination de la rougeole s'est poursuivie grâce à l'appui de l'OMS à travers le renforcement de la surveillance rougeole dans la ville de Yaoundé. Ainsi un total de 522 cas suspects de rougeole a été détecté avec 23 cas confirmés au laboratoire et 63 cas confirmés par lien épidémiologique. Le taux de rash fébrile non rougeoleux en 2010 est à 3,6% contre 2,3 en 2009. Le pourcentage de district ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole est de 70,4% contre 74,30% en 2009. Comme autres types virale, on a la Poliomyélite.

La poliomyélite est une infection du système nerveux qui touche surtout les enfants et peut causer une paralysie à vie, une incapacité respiratoire et, parfois, la mort<sup>8</sup>. Pour lutter contre

<sup>3</sup> <https://www.santemagazine.fr>. Consulté le lundi 18 octobre 2021 à 13 h 12 minutes.

<sup>4</sup> Fiches techniques pour la lutte contre la rougeole, Yaoundé, décembre 1996.

<sup>5</sup>Ibid.

<sup>6</sup> Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Volume 19, n° 2, 1998, p. 171.

<sup>7</sup> Messe Véronique, "Contributions de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun" p. 42.

<sup>8</sup>Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Volume 19, n° 2, 1998, p. 17.

cette maladie, le vaccin antipoliomyélitique oral est celui qui a la préférence du PEV parce qu'il est cinq fois moins cher que le vaccin injectable inactivé et, comme il ne nécessite aucune aiguille ou seringue, qu'il est plus facile et plus sûr à administrer. Le vaccin antipoliomyélitique oral induit aussi une immunité dans l'intestin, où le poliovirus sauvage se multiplie le plus facilement. Les symptômes initiaux de cette maladie sont : la fièvre, la fatigue, les céphalées, les vomissements, la raideur de la nuque, et les douleurs dans les membres. Une paralysie irréversible survient dans un cas sur 200 porteurs de virus. Elle varie entre 3 et 35 jours, la vaccination et le respect des mesures d'hygiène restent les seules mesures préventives efficaces contre la poliomyélite. Il existe 2 vaccins contre la poliomyélite ; le Vaccin Polio Oral (VPO) qui utilise les souches vivantes de virus atténué et le Vaccin Polio Inactivé (VPI) qui est la forme injectable. L'administration de plusieurs vaccins contre la poliomyélite confère à l'enfant une protection à vie. On estime qu'un enfant doit recevoir au moins 4 à 6 doses de vaccin contre la poliomyélite pour être protégé.

Au Cameroun et particulièrement à Yaoundé, l'OMS en synergie avec Rotary International et d'autres partenaires, a lancé une campagne de vaccination massive de trois ans ayant pour slogan « boutons de la polio hors de l'Afrique ! »<sup>9</sup>. Cette vaccination fait suite à une initiative lancée en Afrique pour lutter contre cette maladie, Inaugurée par le président Nelson Mandela, qui préside le comité pour une Afrique exempte de la poliomyélite, cette campagne s'appuie largement sur les journées nationales de vaccinations et relie les avantages qu'offrent la protection de chaque enfant contre cette maladie potentiellement paralysante. A Yaoundé, la vaccination supplémentaire a touché des centaines d'enfants de moins de cinq ans. Le nombre de cas de poliovirus sauvage (PVS)<sup>10</sup> a chuté en 2010. De 31000 cas notifié dans le monde en 1988, lorsque l'effort d'éradication a été entrepris, les chiffres sont tombés à moins de 4000, tandis que plusieurs zones étendues deviennent rapidement indemnes de poliomyélite<sup>11</sup>. L'OMS a appuyé la mise en œuvre de deux stratégies essentielles pour l'éradication de la polio dans la ville de Yaoundé il s'agit notamment : les activités de vaccination supplémentaire (AVS) et la surveillance de la Paralysie Flaccide Aiguë<sup>12</sup>. Le Centre Pasteur du Cameroun, laboratoire accrédité Polio et basé à Yaoundé, est un acteur central de la surveillance. Il a reçu l'appui de l'OMS à travers le renforcement des capacités techniques du laboratoire et l'approvisionnement en réactifs et intrants.

<sup>9</sup> Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, volume 19, n° 2, 1998, p. 17.

<sup>10</sup> L'OMS au Cameroun, Rapport Annuel 2016, pour une meilleure santé des populations, OMS, p. 36.

<sup>11</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine 2010-2011 Rapport Biennal du Directeur Régional OMS, p. 51.

<sup>12</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine, Rapport Biennal du Directeur Régional, OMS/AFRO, 2002-2003 p. 25.

Photo n° 5 : vaccination des enfants contre la poliomyélite dans la ville de Yaoundé



**CATEGORIE 10**

## ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

• Au terme de l'année 2017, le Taux de PFA non polio (TPFANPA) était de 8,46 et la Qualité des selles de 89,7%. Les cibles nationales étant respectivement de 3 et 90%.



Source : Rapport Annuel OMS-Cameroun. 2017, p. 41.

Dans la photo et le diagramme ci-dessous il s'agit de la vaccination des enfants et la surveillance des Paralysies Flasques Aigues à Yaoundé de 2008 à 2017.

Le VIH est également une maladie virale qui passe par la Transmission de la mère à l'enfant du VIH. En effet, le VIH/SIDA est une maladie qui se transmet par voie sanguine dont l'enfant peut hériter si jamais la mère néglige ou n'est pas soumise à un traitement avant l'accouchement. Avec 70% des infections à VIH du monde se produisant en Afrique subsaharienne, et 75 % de décès dus au VIH, la prévention de la transmission du virus des femmes

à leurs bébés est un moyen crucial pour réduire la propagation de la maladie<sup>13</sup>. L'OMS a joué un rôle clé dans l'élimination de la transmission mère-enfant en permettant à la ville de Yaoundé d'intensifier les services de qualité pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. La proposition de femmes enceintes VIH-positives ayant accès aux médicaments pour prévenir cette transmission a augmenté, passant de 49% en 2009 à 60% en 2010. L'OMS continue à fournir un appui technique aux pays pour lui permettre d'élargir l'accès à la Thérapie Antirétrovirale (TARV)<sup>14</sup>. Par conséquent les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistages et prise en charge du VIH dans les formations sanitaires publiques de Yaoundé sont gratuites de même que les réactifs et médicaments afférents à l'ensemble des examens et services retenus par le ministère de la santé publique<sup>15</sup>, il convient à présent de jeter un regard sur les maladies bactériennes.

## **2- Maladies bactériennes**

Ce sont les maladies infectieuses causées par une bactérie et qui peut toucher tous types d'être vivant ; les humains, les animaux, les végétaux<sup>16</sup>. On peut citer :

### **- La tuberculose**

La tuberculose est la maladie infectieuse la plus meurtrière du monde : elle est responsable de quelque trois millions de décès par an, dont la plupart surviennent chez les enfants. Chaque jour, on compte plus de 7000 à 24000 cas nouveaux. Deux milliards de personnes, soit un tiers de la population mondiale, sont déjà infectés par mycobactérium tuberculosis, ou Bacille de Koch et l'on craint qu'il y'en ait 300 millions de plus au cours de la prochaine décennie<sup>17</sup>. Seuls 10% des sujets infectés développent une forme évolutive de la maladie, mais s'ils sont aussi infectés par le VIH, ils ont 30 fois plus de risque de développer une tuberculose évolutive. Inversement, la tuberculose infection peut affaiblir davantage le système immunitaire d'une personne séropositive et accélérer l'apparition d'infections opportunistes. La tuberculose pulmonaire se manifeste par une toux persistante, qui dure au moins quatre semaines accompagnées de signes généraux (amaigrissement, asthénie, fièvre, sueurs nocturnes) de plus de 15 Jours, d'un point de côté et parfois d'hémoptysie (toux avec sang) et douleurs thoraciques<sup>18</sup>.

<sup>13</sup> Bulletin de l'OMS; santé du nouveau-né de l'enfant de l'adolescent [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/mortality/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/mortality/fr/). Consulté le 19 novembre 2020 à 15 h 52 minutes.

<sup>14</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine 2010-2011, Rapport Biennal du Directeur Régional, OMS, p. 17.

<sup>15</sup> Décision n° 0492 D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019 Fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et de prise en charge du VIH dans les formations sanitaires publiques et leurs organisations à base communautaire affiliées.

<sup>16</sup> [https://www.linterieur.fr-définition\\_Maladie\\_Bactérienne](https://www.linterieur.fr-définition_Maladie_Bactérienne). Consulté lundi 18 octobre 2021 17h 31 minutes.

<sup>17</sup> L'OMS au Cameroun, Rapport Annuel 2016, pour une meilleure santé des populations, OMS, p. 14.

<sup>18</sup> Profil analytique du Cameroun, MINSANTE Cameroun 2016, p. 101.

Dans la ville de Yaoundé, l'OMS a préconisé l'utilisation du Bacille de Calmette-Guérin (BCG), actuellement utilisé pour vacciner les enfants, a été mis au point en 1921 et c'est encore le vaccin le plus largement employé dans le cadre du PEV<sup>19</sup>. Le BCG est toujours nécessaire dans les programmes de santé infantile à Yaoundé, d'autant plus qu'il confère une certaine protection contre la lèpre, mais il est peu probable qu'il ait beaucoup d'impact sur l'épidémie actuelle de tuberculose. En effet, La tuberculose est une maladie en générale secondaire à une réaction d'une primo-infection, la malnutrition, l'alcoolisme le tabagisme, le diabète et surtout l'infection aux VIH/sida en sont les principaux facteurs de risque<sup>20</sup>. Au courant de l'année 2016 le bureau de l'OMS a mis à disposition un consultant pour l'évaluation du programme national de lutte contre la tuberculose et apporté un appui technique à la mise en place de la pharmacovigilance relative à l'utilisation de deux nouveaux médicaments antituberculeux (bedaquiline et délamanide)<sup>21</sup>.

#### - La diphtérie

La diphtérie est un type de maladie bactérienne, infectieuse causée par *corynebacterium diphtheriae*. Les patients développent soit des infections de la gorge soit des ulcères cutanés. Avant l'époque des vaccins, la diphtérie était une maladie de l'enfance répandue et redoutée. Les enfants qui la contractaient dans les pays industrialisés étaient souvent isolés dans les hôpitaux spéciaux parce que la maladie qui touche les amygdales, les voies respiratoires et le cœur supérieur, avait tendance à se propager très rapidement parmi les camarades de jeux et de classe, Même avec un traitement approprié jusqu'à 10% des cas sont mortels. La maladie se transmet par une fièvre, un écoulement nasal et une angine douloureuse pseudomembraneuse (les amygdales sont tuméfiées et recouvertes d'une membrane grisâtre, qui peut envahir les cordes vocales et la trachée, provoquant des accès de suffocation pouvant entraîner la mort dans un cas sur dix). La toxine diphtérique peut provoquer des atteintes cardiaques et rénales c'est la raison pour laquelle l'OMS a proposé comme traitement dans la ville de Yaoundé, l'inoculation de l'anatoxine diphtérique et l'administration des antibiotiques<sup>22</sup>.

#### - Coqueluche

La coqueluche ou toux coquelucheuse est une infection des voies respiratoires (trachéo-bronchites) due à *bordella pertussis* ou bacille de Bordet-Gengou, la transmission se fait par l'intermédiaire des gouttelettes de pfludge projetées lors de la quinte de toux ou les

<sup>19</sup> Normes et Standards du Programme Elargi de Vaccination plan pluriannuel complet, décembre 2014.

<sup>20</sup> Présence de l'OMS dans les pays, territoires et zones rapport, OMS, 2017, p. 64

<sup>21</sup> L'OMS au Cameroun, Rapport Annuel 2016, pour une meilleure santé des populations, OMS, p. 14.

<sup>22</sup> Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Volume 19, n° 2, 1998, p. 21.

éternuements. La coqueluche se manifeste par une toux persistante, qui dure 4 à 8 semaines, devenant de plus en plus grave avec des quintes caractéristiques. Cette toux est accompagnée de cyanose et de vomissements. Chez le nourrisson, la toux peut faire place à des crises d'apnée allant jusqu'à la mort<sup>23</sup>. Le traitement repose sur l'administration d'antibiotiques appropriés et la prévention consiste principalement en la vaccination de moins d'un an. En 1994, on estimait qu'il y avait dans le monde 40 millions de cas de coqueluche et 360.000 décès<sup>24</sup>, le vaccin anticoquelucheux est sur le marché depuis près d'un demi-siècle. Toujours à Yaoundé, des campagnes de vaccination sont conduites régulièrement en vue de diminuer le nombre de décès liés à cette maladie.

#### - **Le tétanos**

Le tétanos est une maladie infectieuse non contagieuse cause par un bacille anaérobie strict, sporulé, appelé *Clostridium tetani* ou bacille de Nicolaïer qui touche les nouveaux nés. Il a été ciblé par l'OMS et l'Unicef comme maladie à éliminer lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1989. A cet effet, le Cameroun a élaboré en 2000 un plan national qui a conduit à son élimination et la ville de Yaoundé a été un centre de ce plan. Le tétanos néonatal est provoqué par l'introduction de spores provenant du sol à cause de mauvaises conditions d'hygiène ou de l'utilisation des instruments ou de pansements non stériles lors de l'accouchement.

Les campagnes d'informations insistent sur les risques de certains pratiques traditionnelles, comme celle qui consiste à utiliser de la bouse de vache pour "guérir" le cordon ombilical<sup>25</sup>. Il est basé sur l'administration du sérum antitétanique, d'antibiotiques appropriés, de tranquillisants et l'isolement du malade à l'abri des stimuli (lumières, bruits, contacts). Elle repose essentiellement sur des femmes enceintes, celles en âge de procréer et des nourrissons. A Yaoundé, l'OMS contribue par l'administration de l'anatoxine tétanique outre la vaccination, elle recommande l'amélioration des conditions d'hygiène pendant l'accouchement et les soins du cordon après l'accouchement<sup>26</sup>. Nous nous tournons vers les maladies parasitaires.

### **3- Maladies parasitaires**

Ce sont les maladies qui se transmettent par un parasite extérieur au corps humain<sup>27</sup>.

<sup>23</sup> Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Volume 19, n° 2, 1998, p. 23.

<sup>24</sup> [https://www. Santé sur le net.com/santé-enfant/maladies infantiles](https://www.santé-sur-le-net.com/santé-enfant/maladies-infantiles). Consulté le 2 août 2020 à 03 h 54 minutes.

<sup>25</sup> Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Volume 19, n° 2, 1998, p. 171.

<sup>26</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine 2010-2011, Rapport Biennal du Directeur Régional, OMS, p. 12.

<sup>27</sup> [https:// santé.lefigaro.fr](https://santé.lefigaro.fr). Maladie. Consulté lundi 18 octobre 2021 à 17 h 42 minutes.

### - La fièvre jaune

C'est une maladie hémorragique virale aigue qui peut se transmettre par le biais d'une piqure de moustique de type Aedes infecté. Elle est due au virus amaril, dont le vecteur est le moustique Aedes aegyti en zone urbaine et Aedes africanus en zone forestière. L'hôte du virus amaril dans les régions africaines est le primate non humain (surtout le singe) et L'homme infecté. La maladie sévit dans les régions intertropicales d'Amérique du sud et d'Afrique. La mauvaise hygiène du milieu contribue à cette transmission dont les manifestations au début de la maladie sont brutales. Le malade présente une fièvre supérieure à 39° et est agitée. On note aussi un ictère, des céphalées, des signes neurologiques 5 (délires), des douleurs musculaires et un syndrome hémorragique<sup>28</sup>. En Afrique, l'OMS classe le Cameroun parmi les pays à hauts risques de fièvre jaune d'où l'organisation ces dernières années des campagnes de riposte de vaccination dans plusieurs localités du pays notamment à Yaoundé où des flambées épidémiques ont été enregistrées. Elle se fait par la vaccination antiamarile et son efficacité est d'environ 95%. Une dose unique protège toute la vie contre la maladie. Aussi l'immunité est définitive chez les survivants la période d'incubation est courte, 3 à 6 jours<sup>29</sup>.

### - Le paludisme

Le paludisme est une maladie infectieuse provoquée par des parasites du genre plasmodium qui est transmis par la piqure de moustique infectées et sont vecteurs du paludisme, appartiennent tous au genre Anophèle<sup>30</sup>. Aujourd'hui, aucun vaccin n'est disponible pour cette maladie, elle touche une centaine de pays dans le monde, particulièrement les zones tropicales<sup>31</sup>. Le paludisme débute par une fièvre 8 à 30 après l'infection, qui peut s'accompagner ou non de maux de tête, de douleurs musculaires, d'un affaiblissement, de vomissement, de diarrhée et de toux. Plusieurs médicaments antipaludiques peuvent être utilisés en prophylaxie (prévention lors d'un voyage en zone endémique) ou en thérapeutique. Ces médicaments ne garantissent pas une protection absolue contre l'infection et il est aussi important de se protéger des piqures de moustiques (moustiquaires, produits anti moustiques). L'OMS a joué un rôle majeur dans le parachèvement de la distribution gratuite en couverture universelle de 12,3 millions de

<sup>28</sup> Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, éd. 2009, p. 31.

<sup>29</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine, Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO 2002-2003, p. 25.

<sup>30</sup> Collins Djeuchouang Sayant, "Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostics rapide du paludisme sur le cout et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé", Cameroun, Thèse de doctorat, faculté de médecine de Marseille, 2010, p. 31.

<sup>31</sup> Présences de l'OMS dans les pays territoires et zones, Rapport Annuel, 2017, OMS, p. 64.

MILDA<sup>32</sup> sur l'ensemble du pays. Le bureau pays de l'OMS a contribué à toutes les étapes de la campagne de distribution des MILDA avec une contribution maximale des partenaires et une implication forte des autorités administratives, religieuses et traditionnelles<sup>33</sup>.

Dans la ville de Yaoundé, comme partout au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes lui paient un lourd tribut. Selon l'EDS de 2004, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans était environ 46% au niveau national. Près de 2,5 millions de moustiquaires imprégnées à longue durée ont été distribuées par l'OMS par le canal du MINSANTÉ aux ménages. L'utilisation des moustiques chez les enfants de moins de 5 ans baisse avec l'âge et augmente avec le niveau de bien-être économique du ménage. Elle est plus répandue chez les enfants de la région du nord (22 %) et ceux de la ville de Yaoundé (19%). L'utilisation des moustiquaires est plus faible en milieu rural (22,3 %) qu'en milieu urbain (31,6 %) Les résultats font apparaître des écarts importants. En effet, l'utilisation de moustiquaires était beaucoup plus répandue chez les femmes instruites et chez celles des ménages aisés<sup>34</sup>. Après les maladies transmissibles il convient d'étudier aussi celles non transmissibles.

#### **A- L'apport de l'OMS dans la Prise en charge des enfants atteints des maladies non transmissibles**

Les maladies non transmissibles sont des maladies non infectieuses qui ne se transmettent pas entre personnes<sup>35</sup>. Dans cette sous-section nous allons juste énumérer les maladies transmissibles tout en montrant la participation de l'OMS dans la lutte contre celles-ci.

##### **1- Les diarrhées à Rotavirus**

Le Rotavirus est une cause répandue de maladies diarrhéiques sévères chez les nourrissons, généralement avant l'âge d'un an. Il s'agit d'une gastro-entérite aiguë fébrile, avec une inflammation de la paroi de l'estomac et de l'intestin. Ce virus très contagieux, endommage la paroi des intestins, réduisant ainsi la digestion et l'absorption des micronutriments. La transmission se fait par voie féco-orale (objets souillés des selles d'un enfant infecté vers la bouche d'un enfant non encore infecté). Les diarrhées à Rotavirus se manifestent par une fièvre supérieure à 38°C, des vomissements et une diarrhée aqueuse. Ces symptômes régressent au bout de 3 à 7 jours, mais peuvent persister pendant 2 à 3 semaines. La gravité de l'infection à

<sup>32</sup> Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action.

<sup>33</sup> L'OMS au Cameroun, Rapport Annuel 2016, pour une meilleure santé des populations, OMS, p. 12.

<sup>34</sup> Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, p. 23.

<sup>35</sup> <https://www.fr.m.wikipedia.org>. Wiki. Consulté le lundi 18 octobre 2021 à 06 h 08 minutes.

Rotavirus est liée à la déshydratation qui est souvent sévère chez l'enfant de moins de 2 ans. Un traitement symptomatique est indiqué, notamment par la Réhydrations Orale (SRO) ou parentérale et la supplémentation en zinc, pour remplacer les pertes de liquide et électrolytes. Elle consiste en la vaccination des enfants de moins d'un an contre le Rotavirus, la bonne hygiène corporelle, alimentaire et environnementale.

Au Cameroun, en 2004, une étude a été menée sous la supervision de l'OMS sur les déterminants de la morbidité diarrhéique des enfants dans la ville de Yaoundé. Cette étude a montré que la morbidité diarrhéique des enfants est plus déterminée par le comportement des parents en matière d'hygiène et le niveau de vie des ménages que les éléments de l'environnement physique quel que soit le secteur de résidence. Pour les cas de diarrhées on propose les solutions de réhydrations tels que les sels de réhydrations on a aussi les laits anti diarrhées tel que le resomal SRO.

## **2- La carence en vitamine A**

La carence en vitamine A est la principale cause de cécité évitable chez l'enfant. Elle entraîne de graves déficiences visuelles et la cécité, et accroît de façon significative le risque de maladies graves, voire de décès dus à des maladies infantiles courantes telles que la rougeole et les diarrhées. Chez les femmes enceintes, la carence en vitamine A, entraîne une cécité nocturne et un risque de mortalité maternelle<sup>36</sup>. Elle se manifeste surtout au troisième trimestre de la grossesse. Chez la femme allaitante la carence en vitamine A, entraîne une faible teneur du lait maternel en vitamine A et prédispose précocement le nourrisson à la carence. Dans la ville de Yaoundé, l'OMS recommande le lait maternel qui est riche en vitamine A. Promouvoir l'allaitement maternel contribue à éviter la carence en vitamine A. Chez les femmes en post-partum<sup>37</sup> immédiat, elle améliore la teneur en vitamine A du lait maternel. En dehors du lait il est aussi recommandé la supplémentation en zinc qui contribue à la réduction des cas de diarrhées, infections respiratoire aigüe, elle améliore la croissance et le gain pondéral au cours de la période infanto-juvénile<sup>38</sup>. Toutes ces recommandations édictées par l'OMS sont appliquées dans la ville de Yaoundé.

<sup>36</sup>Bulletin de l'OMS ; santé du nouveau-né de l'enfant de l'adolescent [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/mortality/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/mortality/fr/) le 19 novembre 2020 à 8 h.

<sup>37</sup> La période post partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couche, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse.

<sup>38</sup> Plan stratégique national de la santé reproduction, maternelle néonatale et infantile, Cameroun, p. 23.

### 3- La malnutrition

C'est un mauvais état nutritionnel dû à une alimentation mal équilibrée ou mal adaptée à un individu caractérisé par un déficit en apports de nutriments dans le corps<sup>39</sup>. Dans le monde, plus de vingt millions de jeunes enfants sont atteints de malnutrition sévère, ce qui les rend plus vulnérables aux maladies et plus sujet à un décès prématurité. Les mères et les autres personnes qui prennent soin des enfants doivent savoir comment nourrir leur enfant correctement pour prévenir les problèmes nutritionnels. Si un enfant souffre de malnutrition, des soins appropriés sont indispensables. Près des trois quarts des enfants malnutris peuvent être traités au moyen d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi. Ces aliments fortement enrichis et très peu énergétiques apportent les nombreux nutriments requis pour les enfants malnutris âgés de plus de six mois et permettent de les traiter à domicile<sup>40</sup>.

Au Cameroun la malnutrition augmente régulièrement d'année en année et affecte la santé des enfants de moins de 5 ans et de femmes. Selon l'EDS<sup>41</sup>1998, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique a presque doublé pour les enfants de moins de 6 mois entre 1991(3,6 %) et (5,5 %) car l'allaitement maternel bien que répandu, n'est pas pratiqué de façon optimale. Elle a augmenté de près de 50 % chez les enfants de 6 à 23 mois, variant entre 32% et 44% sur les deux années chez les enfants de 12 à 23 mois, du fait que les aliments solides, introduites trop tôt sont souvent inadéquats<sup>42</sup>. En 1998, 29 % des enfants de moins de 3 ans souffraient de mal nutrition chronique, 11% de malnutrition sévère, 6 % de malnutrition aiguës et 22 % d'insuffisance pondérale ; s'agissant de la malnutrition, l'OMS a réagi en élaborant des stratégies et en aidant la ville de Yaoundé à entreprendre des activités portant sur l'insuffisance pondérale par la malnutrition, elle s'est investie dans l'apport en micronutriment et la promotion des aliments du nourrisson et de nombreuses activités ont été menées au titre du domaine nutrition et ont été coordonnées avec les programmes régionaux connexes tels que la PCIME<sup>43</sup>. Pour les malnutries nous avons les compléments alimentaires, ça dépend du degré il y a F-100 diluer et F75<sup>44</sup> qui les sont administrés. En somme nous constatons que pour les maladies, qu'elles soient transmissibles ou pas constituent un véritable danger dans la vie des enfants, fort heureusement nous avons l'actions non négligeable de l'OMS dans la prévention, prise en

<sup>39</sup> <https://www.search-malnutrition.google.com>. Consulté le mercredi, 20 octobre 2021.

<sup>40</sup> Bulletin de l'OMS ; santé du nouveau-né de l'enfant de l'adolescent [www.who.int/maternal-child-adolescent/child/mortality/fr/](http://www.who.int/maternal-child-adolescent/child/mortality/fr/) le 19 novembre 2020 à 8H.

<sup>41</sup> Enquête Démographique et de Santé 1998.

<sup>42</sup> Rapport Annuel, l'OMS au Cameroun 2016, p. 25.

<sup>43</sup> Rapport sur l'activité de l'OMS dans la région africaine, Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO, 2002-2003, p. 36.

<sup>44</sup> F-100 diluer et F75 sont des compléments alimentaires ajouté à la nutrition de l'enfant pour l'amélioration de sa santé.

charge et le traitement des enfants pour l'éradication des maladies et permettre l'épanouissement de ceux-ci. Ils seraient tout aussi important d'observer les mesures ou moyens misent en place par l'OMS lutter contre les maladies des enfants.

## **II- MESURES ET MOYENS MISE EN PLACE PAR L'OMS DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES A YAOUNDE**

Il est question dans cette partie de montrer l'ensemble de moyens mis en place par l'OMS pour lutter contre les maladies infantiles sur plusieurs plans dans la ville de Yaoundé. L'OMS a apporté son appui multiforme pour le développement de la santé infantile et la réduction du taux mortalité et de morbidité des maladies qui menacent l'épanouissement et la vie des enfants. L'analyse de cette réflexion exige d'une part qu'on examine la formation du personnel et l'aide financière de l'OMS et d'autre part qu'on tire au clair sa contribution sous plusieurs plans pour les enfants.

### **A- Formation du personnel et aide financière**

La formation est le fait d'instruire, de façonner par l'instruction, par l'éducation de manière à faire contracter certaines habitudes ou encore l'ensemble de processus physiologiques par lesquels l'organisme arrive à l'état adulte<sup>45</sup>. Elle est destinée ici au personnel de santé qui se charge d'administrer les soins de santé aux enfants sans oublier financement qui est fourni au gouvernement camerounais dans le cadre des soins.

#### **1- Formation des nationaux en santé publique**

Une des fonctions de l'organisation, selon sa constitution, est de « favoriser l'amélioration de normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire médical et apparenté. L'article 2c élargit ce mandat : l'organisation doit « aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs activités de santé »<sup>46</sup>. A l'origine, le programme de formation de l'OMS a voulu répondre à la pénurie du personnel chargé de la promotion de la protection de la santé publique, à leur formation parfois insuffisante par rapport aux nouvelles connaissances et technique, ou inadaptée aux besoins des populations, à l'absence d'institutions d'enseignement dans le domaine médical, paramédical et sanitaire, ou à leurs insuffisances, particulièrement dans les pays en développement. En raison des limites de ses

<sup>45</sup> <https://google.com/search?q=formation+definition>. Consulté le lundi 31 mai 2021 à 12h 50minutes.

<sup>46</sup>Document Fondamentaux article 2a, c de la Constitution de l'OMS.

ressources budgétaires, l'organisation a concentré ses efforts sur la création ou le développement de cadres enseignants nationaux<sup>47</sup>.

En 1971, l'Assemblée rappelait à nouveau que l'extrême pénurie de personnel sanitaire était l'un des principaux obstacles au développement de services de santé efficaces dans de nombreux pays du monde et que la formation du personnel sanitaire national et son utilisation rationnelle pouvaient exercer une influence décisive sur le progrès des systèmes nationaux de protection et de promotion de la santé des populations. Elle encourageait les Etats membres à entreprendre une planification à court et à long terme de la formation de leur personnel sanitaire selon les besoins objectifs et les ressources socio-économiques disponibles de chaque pays. Une année plus tard, elle estimait que priorité pourrait être accordée à la formation des auxiliaires sanitaires pour que les services sanitaires de base s'étendent à la totalité du pays<sup>48</sup>.

Au Cameroun, le système de formation de soins se fait par les directives et normes établies par l'OMS et lorsqu'une ONG ou firme locale a élaboré un médicament, il doit être agréé par l'organisation pour pouvoir garantir la santé des populations. En ce qui concerne le personnel soignant, nous avons des formations sanitaires telles que le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et la Fondation Chantal Biya où lorsqu'on se rend compte qu'il y a pénurie ou que le personnel n'est pas assez qualifié, la demande est portée vers le partenaire qu'est l'OMS qui se charge d'organiser des séminaires de formation afin de recycler le personnel<sup>49</sup> dans plusieurs domaines notamment ; apprentissage en administration de vaccin, conservation et entretien etc...

L'OMS a facilité la mise en œuvre de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SMIR) en aidant les pays à préparer des lignes directrices nationales à ce sujet, à former le personnel de santé concerné, à renforcer les laboratoires nationaux de santé publique et à améliorer la riposte aux épidémies. La capacité régionale de riposte aux épidémies a été renforcée au cours de la période biennale 2002–2003. Les équipes régionales sont maintenant en place pour apporter un appui technique dans les 48 heures après réception de la demande. Ces équipes ont fourni un appui technique à l'occasion de plusieurs épidémies<sup>50</sup>.

Pour l'organisation des séminaires de formation, on se base sur des données c'est à dire que lors de la remontée des données, si on se rend compte de la persistance des maladies

---

<sup>47</sup> Yves Beigbeder, *Organisation Mondiale de la Santé*, p. 36.

<sup>48</sup> Communiqué OMS/28, août 1988.

<sup>49</sup> Entretien avec Ndeumeni Mariam Laure, 39 ans, Infirmière Supérieure Major de Vaccination Fondation Chantal Biya jeudi 30 septembre 2021 à 9 h dont la durée était 1h 10 min.

<sup>50</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine, Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO 2002-2003 p. 36.

infantiles ou des décès, cela pourrait signifier que la prise en charge des enfants de 0 à 5ans n'est pas améliorée ou de bonne qualité. Les projets de formations sont adressés à l'OMS qui peut par la suite répondre par des financements c'est à dire que l'OMS aide dans la réalisation des activités et projets initiés par le gouvernement sans oublier que la prise en charge du personnel repose sur la formation, ensuite le suivi évaluation pour se rassurer que les connaissances acquises sont mises en pratique. Il faudra aussi s'assurer de la disponibilité du matériel dans la mesure où si après avoir été formé il y'a absence de matériel pour la mise en pratique des connaissances, dans ce cas la formation ne sera pas utile<sup>51</sup>.

## **2- Formation à la surveillance épidémiologique au niveau du district et Enseignement Médical**

Le manque d'agent suffisamment formés aux divers niveaux des services de santé a toujours constitué un obstacle majeur aux efforts de développement du secteur de la santé dans les pays. En conséquence, l'une des voies de l'appui technique aux pays est la formation en compétences nécessaires pour une gestion efficace des systèmes de surveillance épidémiologique. L'accent est alors mis sur le développement des ressources humaines pour la santé, notamment par la formation dans les disciplines de santé publique ; épidémiologique, entomologie appliquée, parasitologie, biostatistique etc.<sup>52</sup>. La réussite de la dévolution suppose une surveillance épidémiologique efficace et la maîtrise des épidémies ou de la recrudescence de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine. L'objectif immédiat du bureau régional est par conséquent de former un grand nombre de personnel au niveau du district pour permettre le dépistage précoce et la lutte rapide contre les épidémies<sup>53</sup>.

Depuis sa création, l'OMS avait consacré une part substantielle de son programme et de ses fonds à favoriser la formation de personnel sanitaire de toutes catégories dans les Etats membres, en recourant à divers moyens ; cours séminaires, consultations, bourses d'études, envoi de professeurs et recherche. Etant donné que le rapport médecin/habitants variait de 1 pour 500 à 1 Pour 50000 ou d'avantage suivant les Etats, tous les pays ainsi que l'OMS devaient déployer les efforts soutenus, d'une ampleur toujours plus grande<sup>54</sup>. Du matériel électronique de saisie, d'analyse et de notification des données de surveillance a été mis à disposition et la capacité des gestionnaires de données a été renforcée à tous les niveaux. Le Bureau régional a

---

<sup>51</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine, Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO 2002-2003, p. 25.

<sup>52</sup> Rapport du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique septembre 1996, p. 2.

<sup>53</sup> Ibid., p. 5.

<sup>54</sup> Yolande Henriette Ella, "L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la sante p. 103.

publié régulièrement des bulletins d'information sur les résultats de la surveillance, y compris un rapport hebdomadaire sur les maladies à potentiel épidémique et le mensuel Rapport épidémiologique sur les maladies transmissibles. Cette information est également publiée sur le site Internet du Bureau régional. Pour la période biennale 2004-2005, les efforts resteront axés sur la formation du personnel de santé participant à la surveillance intégrée des maladies et à la riposte ainsi que sur le renforcement des laboratoires et l'amélioration de l'utilisation des données de surveillance. La participation des principaux acteurs concernés, des administrateurs de programme, des partenaires du développement sanitaire et des agents au niveau des districts dès les premières étapes de la mise en œuvre de la SIMR favorise l'appropriation de l'initiative<sup>55</sup>.

### **3- Aide financière et bourses pour l'étranger**

Le programme de bourse d'étude de l'OMS demeure une composante importante du développement des personnels de santé. Cette Pratique dure depuis l'ouverture du Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS). Elle consiste à l'octroi de bourse d'études pour les étudiants nationaux du CUSS de Yaoundé. Les bourses nationales pour la formation surplace sont choisies sur la base d'une liste prioritaire. Sur les besoins les plus urgents du Cameroun<sup>56</sup>, les fonds ont également été mis à disposition par l'OMS pour la formation du personnel de santé sur la prise en charge des cas et la réponse aux épidémies notamment rougeole poliomyélite... le renforcement de l'engagement communautaire, l'investigation et la recherche active des cas.

## **B- Contributions de l'OMS pour les enfants**

L'OMS a apporté sa contribution au Cameroun et notamment dans la ville de Yaoundé pour le développement de la santé infantile dans le but de réduire le taux de mortalité et de morbidité des enfants. Dans cette sous-section nous allons présenter son appui sur plusieurs plans pour combattre les maladies infantiles dans le pays.

### **1- Sur le plan stratégique**

Sur le plan stratégique, l'OMS a régulièrement accompagné le Cameroun pour la mise en œuvre de plans stratégique nationaux de lutte contre un certain nombre de maladies notamment le paludisme le VIH/sida et la tuberculose dont une commission mixte de coordination et de suivi a été créé afin de permettre un meilleur épanouissement des

---

<sup>55</sup> Activités de l'OMS dans la région africaine, rapport biennal du Directeur Régional OMS/AFRO 2002-2003, p. 25.

<sup>56</sup> Yolande Henriette Ella, 'L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la sante, p. 103.

populations, ainsi que d'autres maladies transmissibles et non transmissibles<sup>57</sup>. En outre, la surveillance intégrée des maladies et réponse prend progressivement corps, et le pays a récemment évalué ses capacités de mise en œuvre du Règlement Sanitaire International 2005, et élaboré un plan de renforcement de celles-ci<sup>58</sup>. L'appui de l'OMS concerne particulièrement l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant.

Concernant la santé de la mère et du nouveau-né, l'OMS fournit un appui pour ;

- La mise en œuvre de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la morbidité/mortalité maternelle et néonatale à travers le renforcement des capacités des personnels chargés de la santé de la mère et de l'enfant, la mise à l'échelle des soins obstétricaux et nationaux d'urgence, les soins pré et postnataux y compris, le repositionnement de la planification familiale et les audits des décès maternels.

- Le renforcement du système d'information sanitaire pour le suivi de l'atteinte de l'OMD 5 et la prise en compte de la dimension genre dans les programmes de santé

- La mise en œuvre d'interventions de lutte contre les pratiques néfastes, les violences sexuelles et les violences basées sur le genre<sup>59</sup>.

Concernant la survie de l'enfant :

La survie de l'enfant dans la région s'est constamment améliorée durant la décennie écoulée, étant donné que 15 pays sont maintenant en bonne voie pour atteindre l'Objectif Mondial pour le Développement (OMD4), par rapport à 5 seulement en 2006. Une telle évolution est, en partie, due à l'effort de renforcement des capacités et au soutien que l'OMS/AFRO<sup>60</sup> et les partenaires sont déployés à l'aide du cours sur les soins essentiels au nouveau-né visant à prévenir 75% de décès néonataux dus aux complications évitables susmentionnées, ainsi qu'à l'aide des lignes directrices sur les visites postnatales pour les mères et les nouveaux nés. On constate également une couverture élargie de la Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfance (PCIME), une stratégie conçue par l'OMS et l'Unicef pour impliquer les familles. Les praticiens de la santé et les agents de soins de santé communautaires aux soins destinés aux enfants de moins de cinq ans. La stratégie demande, entre autres, de transférer rapidement les enfants gravement malades aux centres de référence, d'améliorer la nutrition et d'appliquer correctement le traitement des enfants soignés à domicile.

---

<sup>57</sup> Décision N° 366/D/MSP/CAB/ du 09 Aout 2002 portant création d'une commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le SIDA, tuberculose et le paludisme.

<sup>58</sup> Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, Cameroun, 2010-2015. 2009, p. 21.

<sup>59</sup> Ibid., p. 27.

<sup>60</sup> Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique.

Actuellement, 28 pays dont le Cameroun jette plus loin le filet de la PCIME pour toucher plus de 75% de districts cibles<sup>61</sup>.

Pour la prestation des services de vaccinations, l'OMS a financé des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI) et des activités de vaccinations spéciales ont été organisées aux points de passage, dans les marchés, les camps de réfugiés et de déplacés internes ainsi des campements nomades. Aussi l'OMS a accompagné le MINSANTE dans l'élaboration des procédures opératoires standards en vue de la mise en place de la surveillance de la Rubéole et du Syndrome de Rubéole congénital suite à l'introduction du vaccin combinée rougeole-rubéole dans la vaccination de routine<sup>62</sup>. L'appui de l'OMS est donc multiple dont nous en dénombrons plusieurs :

- l'élaboration des documents stratégiques, des normes et standards du PEV et financement du plan d'amélioration de la qualité des données du PEV
- l'élaboration de cinq campagnes de vaccination contre la polio dont une couplée à la Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle (SASMIN).
- la poursuite de la surveillance sentinelle des méningites bactériennes et des diarrhées à rotavirus
- l'élaboration des soumissions pour l'introduction des nouveaux vaccins (hépatites B dose de naissance, HPV)
- l'appui technique a aussi été apporté au PEV à l'élaboration de sa soumission à GAVI pour la campagne de suivi rougeole-rubéole<sup>63</sup>.

L'élaboration des plans et politiques sectorielles dans le domaine de la santé revêt une importance capitale, car elle permet de définir le cadre de travail idoine qui permettra d'offrir des solutions de santé adaptées aux populations. L'appui technique de l'OMS et des autres partenaires dans l'élaboration de ces plans et politiques sectorielles a contribué à renforcer le système national dans le but d'offrir de meilleurs services de santé aux populations. C'est ainsi que les Plans de Développement Sanitaire des Districts (PDSD), de même que le plan multisectoriel de lutte contre le faux médicament et le trafic illicite de produits pharmaceutiques et le plan d'action national de la résistance aux antimicrobiens ont pu voir le jour<sup>64</sup>. Dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) au niveau du district de santé, des districts pilote ont été retenus pour la mise en œuvre de certaines activités, notamment

---

<sup>61</sup>Activité de l'OMS dans la région africaine 2006-2007 Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO 1 au 5 septembre 2008, Yaoundé. Cameroun, p. 12.

<sup>62</sup>Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Cameroun 2003-2007, p. 34.

<sup>63</sup>Ibid., p. 35.

<sup>64</sup>OMS-Cameroun, Rapport Biennal 2018-2019, p. 21.

l'analyse des données et le renforcement des capacités du personnel. Ainsi, les équipes cadres des districts de santé et les responsables des formations sanitaires des points d'entrée aux frontières ont acquis des compétences dans la surveillance des événements de santé publique sans oublier le fait que les centres régionaux de lutte contre les maladies épidémiques sont sous la supervision des gouverneurs de régions et sous la responsabilité technique des délégués régionaux de la santé publique, ils ont pour missions de faciliter la coordination de la gestion des épidémies au niveau régional. A ce titre, ils appuient les délégations régionales de la santé publique dans les domaines tels que la coordination des interventions de terrain, la surveillance des épidémies, la recherche opérationnelle et l'appui aux laboratoires, l'organisation locale de la prise en charge des cas<sup>65</sup>. La révision des Paquets Minimums d'Activités (PMA) et Paquets Complémentaires d'Activités (PCA) et autres outils de gestion, et protocoles de soins, y compris la prévention de l'infection nosocomiale, a été amorcée sous l'égide technique de l'OMS. Ces outils permettent à terme d'améliorer les soins des services de santé aux patients. Sur le plan stratégique, le draft du plan stratégique national de financement de la santé est disponible, de même que le nouveau plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2020-2024<sup>66</sup>.

Parlant de l'élaboration des stratégies, tout commence par les traités internationaux et mémorandum d'entente, entre le Cameroun à travers le MINSANTÉ et l'OMS dans la mesure où lorsque tous les pays membres de l'OMS se regroupent pour pallier à un problème, au sortie de là, il y a des traités qui sont signés et le président participant est donc tenu d'appliquer les décisions qui sont prises sur le plan international. Lorsque des stratégies sont élaborées au niveau mondial, à l'intérieur de celle-ci nous avons l'aspect technique et l'aspect financier, cela dépend de la hiérarchie ou du panel qui est invité ; si c'est le Président de la République, dès son arrivée au pays, il convie le Ministre de la santé autour d'une table pour discuter de cela en réunion et si c'est le MINSANTÉ, il rend compte au Premier Ministre. Au niveau du bureau pays de l'OMS, ils essayent d'acclimater ces stratégies en fonction du contexte camerounais. Quand la stratégie est déjà mise sur pied ça devient des réunions au niveau central après c'est le départ pour l'implémentation. Plusieurs stratégies sont émises, soit le partenaire fait des propositions à l'état, tout découle d'une analyse, d'un fait c'est-à-dire, lorsqu'il y a une pénurie constatée<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> Décision N° 0817/MINSANTE/CAB/SG/DLM/DAJC du 11 juin 2012 Portant création, organisation et fonctionnement des centres régionaux de prévention et de lutte contre les épidémies.

<sup>66</sup>OMS-Cameroun, Rapport Biennal 2018-2019, p. 22.

<sup>67</sup>Entretien avec M. Avenec du PEV, il est le chef de l'Unité de Direction des Ressources Humaines, mercredi, 6 octobre 2021 38 ans 13 h.

En 2017, l’OMS a apporté son appui dans l’élaboration, l’impression et la dissémination de 6000 exemplaires du « Guide opérationnel de la stratégie Traitement pour Tous », de 55 000 dossiers médicaux de patients et fiches mensuelles de reportage des données et a contribué à la standardisation des pratiques et l’harmonisation des outils utilisés dans les formations sanitaires pour le suivi des personnes infectées par le VIH y compris le traitement ARV. L’action conjointe menée avec l’équipe conjointe ONUSIDA a permis l’élaboration et la dissémination de 5 rapports illustrant des thématiques variées, dont le « *Joint Program monitoring system* » ainsi que les indicateurs d’alerte précoce de la résistance aux traitements ARV, Consommation des ARV au Cameroun en 2017, analyse des cascades VIH. En collaboration avec d’autres partenaires, l’appui des experts OMS a permis l’accomplissement du double processus de revue-élaboration du plan stratégique national 2018-2022 et la rédaction des documents de la demande de financements -Note conceptuelle TB/VIH- approuvée par le Fonds Mondial pour environ 85 millions d’euros sur la période 2018-2020<sup>68</sup>.

## **2 - Sur le plan technique**

Sur le plan technique de nombreuses réalisations ont été effectuées par l’OMS dans la capitale politique du Cameroun pour la révolution de la qualité de soins. Un appui technique et financier a été fait à l’Observatoire National de Santé Publique (ONSP) pour la mise en place d’une plateforme électronique de partage des données sanitaires validées du Cameroun. Le prototype de la plateforme qui a été développé par le Bureau Régional de l’OMS en Afrique a été entièrement transféré au Ministère de la Santé Publique. En effet, un transfert complet de compétences a été mis en place pour permettre au MINSANTE de s’approprier techniquement la gestion de la plateforme tant au niveau technique qu’au niveau opérationnel. Dans le même temps, les capacités de 40 cadres issus de l’ensemble des Directions et Programmes du Ministère ont été renforcées dans l’analyse et l’interprétation des données sanitaires. A cet effet, ils ont été formés aux techniques les plus récentes grâce à l’utilisation du logiciel Tableau dont trois licences ont été offertes par l’OMS au MINSANTE. La formation reçue permet à ces acteurs de produire dans leurs directions respectives des analyses pour une meilleure appréciation de la situation sanitaire dans les différents domaines de la santé des populations<sup>69</sup>. La politique nationale de santé s’appuie sur des grands principes tels que l’accessibilité aux soins essentiels et de qualité à travers le développement des districts de santé ainsi que d’un « système de référence contre référence », la rationalisation des infrastructures sanitaires et des équipements techniques ainsi que leur régionalisation et enfin la protection et la promotion de

<sup>68</sup>OMS-Cameroun Rapport Annuel 2017 pour une meilleure santé des populations, p. 11.

<sup>69</sup> L’OMS au Cameroun Rapport Biennal 2018-2019, p. 25.

la santé des groupes vulnérables et défavorisés notamment les enfants les femmes les adolescents<sup>70</sup>.

Dans le cadre du renforcement du système de santé, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) occupe une place de choix. L'OMS et le gouvernement camerounais, en validant la stratégie de coopération pays, ont inscrit plusieurs objectifs visant à renforcer l'utilisation des données pour la prise de décisions afin de définir des stratégies et plans qui tiennent compte des réalités factuelles. Grâce à l'appui de l'OMS, le ministère de la santé a pu produire le tout premier Profil Sanitaire Analytique du Cameroun. Le document validé par le conseil scientifique et le comité d'orientation de l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) a été présenté au Hilton hôtel au Cameroun au cours d'une cérémonie présidée par le ministre qui a regroupé les intervenants de la santé au Cameroun<sup>71</sup>.

De plus, plusieurs activités normatives ont été réalisées notamment la réalisation du manuel des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun qui s'appuie essentiellement sur le document de référence de l'OMS. Dans le même temps, un guide national de revue de la qualité données a été produit, grâce à cet outil, il est possible avant toute analyse de s'assurer que les données sont conformes aux critères de qualités de données<sup>72</sup>. Par ailleurs le pays dispose désormais d'un document de référence sur les dénominations de santé au Cameroun qui garantissent un certain niveau d'harmonisation des données entre les programmes dans le calcul des indicateurs soit plus de 400 personnes formées.

Toujours dans le cadre du renforcement des capacités structurelles, l'OMS a appuyé la production du guide d'utilisation d'HIS2<sup>73</sup> dont elle a beaucoup financé la mise en place, c'est la raison pour laquelle, elle a besoin d'une bonne qualité de donnée c'est à dire des données fiables ayant un certain nombre de critères notamment des données collectées à temps transmis à temps interpréter à temps et les décisions prise à temps même chose pour la PCIMNE. L'OMS gère aussi une mission de supervision dans la mesure où lors du contrôle, ses agents veillent à ce que les mesures pour lesquelles elle a donné des fonds soient effectivement respectées dans les centres hospitaliers vu qu'ils sont des partenaires et qu'ils ont fidèlement contribué à la réalisation d'un certain nombre d'objectif du gouvernement camerounais<sup>74</sup>.

---

<sup>70</sup> Loi N°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.

<sup>71</sup> L'OMS au Cameroun, Rapport Biennal 2018-2019, p. 28.

<sup>72</sup> Bulletin de L'OMS, Rapport Annuel. OMS. Cameroun 2016 p. 36.

<sup>73</sup> Health Information System deuxième édition : c'est une base de donnée dont on se sert non seulement pour observer l'avancée du traitement des maladies mais aussi pour faire l'état des besoins c'est aussi un Outil de collecte, de validation, d'analyse et de présentation de données statistiques agrégées et basées sur les patients, adapté (mais non limité) aux activités de gestion intégrée des informations de santé.

<sup>74</sup> Entretien avec madame Dr Motanga Direction de la Santé Familiale (DSF) mercredi 6 octobre 2021 à 12h 1h 30.

**Photo n° 6 : matériel technique médical pour le diagnostic des maladies**



Source : Rapport Annuel OMS-Cameroun 2017, p. 46.

La photo ci-dessous met en exergue le matériel technique sanitaire pour le diagnostic des enfants malades et des femmes enceintes offert par l’OMS pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile.

**3 - Sur le plan sanitaire**

Le plan sanitaire fait référence aux produits médicaux par excellence mais aussi à l’administration de la qualité de soins aux enfants. A cela l’OMS a accordé une attention particulière à la question infantile dans la mesure où la prise en charge de ceux-ci repose sur la prévention, la cure et la promotion de santé<sup>75</sup>. En ce qui concerne les interventions en faveur de la survie de l’enfant, l’OMS s’appuie sur plusieurs éléments notamment :

- l’introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine (DTCOQ Polio, BCG)
- les interventions en vue de la certification de l’éradication de la poliomyélite- Le renforcement de la mise en œuvre de l’approche « atteindre chaque district » (ACD) et les activités de vaccins intensifiées (AVI), en vue de l’augmentation de la couverture vaccinale ;
- l’organisation des semaines d’action de sante et de nutrition infantile et maternelle SASMIN et autres interventions intégrées de survie de l’enfant ;

<sup>75</sup> Bulletin de L’OMS. Rapport Annuel. OMS. Cameroun.

- l'accélération de la mise en œuvre de la PCIME, dans ses trois composants<sup>76</sup>. Selon Me Ndeumeni Mariam Laure<sup>77</sup>, la contribution de l'OMS est beaucoup plus manifeste à la fondation Chantal Biya dans la mesure où on dénombre une multitude de dons nécessaires à la prévention et à la survie de l'enfant offert par l'organisation nous avons notamment la couveuse qui est à la fois simple et avec appareil réception, des moustiquaires, chariots, table de consultations des gants, des haricots (sortes de poubelle pour des produits dangereux), des frigots blouses...etc.

L'OMS a aussi accompagné le Cameroun pour la mise en œuvre de plans nationaux de lutte contre la maladie et à apporter son appui technique à la rédaction des soumissions du pays à GAVI pour l'introduction des vaccins contre plusieurs maladies.

L'appui technique et financier au Programme Elargi de Vaccination (PEV) a permis à l'OMS d'accompagner le ministère de la santé dans sa stratégie de réduction de la morbidité et la mortalité chez les enfants âgés de 0 à 11 mois. Ces vaccins sont administrés au sein des centres de vaccinations de la ville de Yaoundé (CVI) qui sont des formations sanitaires de quatrième, cinquième, ou sixième catégorie selon le système de santé au Cameroun placé sous la responsabilité des médecins<sup>78</sup>. L'amélioration des soins de santé maternelle et infanto-juvénile a été marquée par le renforcement de la qualité des prestations de services. L'on pourrait citer principalement le renforcement des capacités des prestations de santé en Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence (SONEU), la dotation à 10 formations de banques de sang et kits de transfusion sanguine et la mise à disposition de 150 chaises roulantes pédiatriques pour les enfants handicapés et malades internes et externes des structures hospitalières de Yaoundé. Des actions spécifiques ont permis de renforcer le système de santé orienté vers la santé maternelle et infanto-juvénile :

-La prestation des services par la dotation de 10 motos-ambulance, pour le renforcement de la stratégie de référence/contre référence des femmes enceintes habitant dans les zones reculées et difficiles d'accès

-Le contrôle des ressources humaines, par la conduite d'une étude sur le mécanisme de déploiement et de rétention des personnels spécialement dans les zones à faible ratio, personnel/population

<sup>76</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Cameroun, 2010-2015, 2009, p. 21.

<sup>77</sup>Entretien avec Me Ndeumeni Mariam Laure Infirmière Supérieure Major de Vaccination Fondation Chantal Biya jeudi 30 septembre 2021 à 9h à Durée 1h.

<sup>78</sup> Arrêté N°1515/MINSANTÉ/SESP/SG/DAJC du 10 Octobre 2013, portant règlement intérieur harmonisé des Centres de Vaccinations Internationales (CVI) du Cameroun.

-La gestion des données par la dissémination des outils (3 000 registres) de collecte de données de routine pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, également l'intégration des indicateurs de SRMNIA<sup>79</sup> dans le d'HIS2.

### Photo n° 7 : Dons de l'OMS au Ministère de la Santé Publique



Source ; L'OMS au Cameroun Rapport Annuel 2016, p. 26.

La photo ci-dessous représente les dons offerts par l'OMS au ministère de la santé ; il s'agit des véhicules de transport des malades et du matériel médical capable d'aller même dans les zones les plus reculées et est destiné à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Pour ce qui est des maladies transmissibles, comme le VIH/SIDA, à travers la stratégie « Traitement pour Tous », on note que l'offre de service s'est améliorée par l'accroissement de l'offre de dépistage du VIH et la prise en charge des cas, dans les districts de Santé où les résultats étaient jusqu'alors peu satisfaisants. Bien plus, la lutte contre la polio et les maladies évitables par vaccination ont donné des résultats encourageants<sup>80</sup>. Le Cameroun est résolument engagé sur la voie de l'éradication de la poliomyélite puisqu'aucun cas de poliovirus sauvage n'a été enregistré depuis 2014 dans tout le pays et spécifiquement dans la ville de Yaoundé.

Dans la lutte contre la tuberculose, le renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires notamment l'utilisation des techniques moléculaires reste le principal défi à relever pour augmenter sensiblement le taux de dépistage des cas et surveiller efficacement la maladie surtout la forme multi-résistante. L'approvisionnement régulier en médicaments de première

<sup>79</sup>Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent.

<sup>80</sup> OMS-Cameroun Rapport Biennal 2018-2019, p. 36.

ligne a aussi interpellé l'action de l'OMS. C'est ainsi que dans la lutte contre le paludisme, l'initiative « *High Burden High Impact* » a permis de redéfinir et d'engager le gouvernement et les parties prenantes à donner un nouvel élan à la lutte contre cette maladie<sup>81</sup>.

**Photo n° 8 : Remise de 19 véhicules neufs au ministère de la santé publique**



**22 mars 2016 :** Remise de 19 véhicules neufs au Ministère de la Santé Publique

**Source :** L'OMS au Cameroun Rapport Annuel 2016, p. 6.

La photo ci-dessous nous montre les dons offerts au ministère de la santé publique dans le cadre du PLMI (Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-Juvenile. Il s'agit de 19 véhicules neufs servant au transport des malades, du personnel soignant et administratif sans oublier les médicaments nécessaires à l'administration des soins.

La collaboration de l'OMS avec les autres organisations des Nations Unies est d'une importance capitale à cause des multiples avantages qu'elle présente. En effet dans l'exercice de ses activités aux Cameroun l'OMS se fait assister par les organisations présente dans le pays et qui exerce dans le même domaine afin d'assurer une certaine coordination des activités des différentes institutions par rapport au domaine propre de l'OMS ; d'éviter les conflits de compétences au niveau des sièges, ou au niveau opérationnel dans les pays en développement, d'éviter le double emploi et donc le gaspillage des ressources, mais aussi pour nouer des alliances dans des programmes communs ; et afin d'assurer ou de compléter un financement ;enfin, éviter les chevauchements d'activités, les rivalités intempestibles le gaspillage, sans parler des critiques malveillantes médias<sup>82</sup>.

<sup>81</sup>Ibid., p. 38.

<sup>82</sup> Yves Beigbeder, *Chapitre 5 coordination et coopération de l'OMS avec d'autres organisations*, presses universitaires de France, 1995, p. 87.

### **- Coopération avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (l'Unicef)**

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE), plus communément appelé UNICEF, son sigle en anglais, a été créé en 1946 par l'Assemblée Générale pour fournir des secours d'urgences aux enfants victimes de la Seconde Guerre Mondiale. L'OMS et l'UNICEF collaborent depuis plus de 60 ans partout dans le monde pour que les enfants survivent, s'épanouissent et bénéficient d'un environnement sur et sain<sup>83</sup>. Les deux organisations ont collaboré pour proposer des interventions à fort impact dans les domaines de la santé, de la vaccination, de la nutrition, du VIH et du développement du jeune enfant, ainsi que des services d'eau potable et d'assainissement dans toutes les régions du monde, y compris dans les situations de fragilité et de conflit. Les objectifs de l'OMS et de l'Unicef, en ce qui concerne la promotion et la protection de la santé des enfants, sont les mêmes, dans le cas des soins de santé primaires au Cameroun.

### **- Coopération avec le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP)**

L'OMS collabore avec le FNUAP dans le domaine des programmes de santé maternelle et infantile. Cette collaboration est mentionnée pour la première fois dans une résolution de l'Assemblée de la Santé de 1979. Elle inclut le PEV comme partie intégrante des services de santé maternelle et infantile, dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous. En février 1987, l'OMS participait à la conférence internationale sur la maternité sans risque tenue à Nairobi. En plus de l'OMS, la conférence était coparrainée par la Banque Mondiale, le FNUAP, avec l'appui du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)<sup>84</sup>.

### **- Coopération avec le ministère de la sante pour le PLMI (Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-Juvenile)**

Le PLMI est une structure de coordination en ce sens qu'elle collabore avec d'autres structures du MINSANTE et certains ministères qui s'occupent de la santé infantile<sup>85</sup>. Au Cameroun, le gouvernement à travers le programme national multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvenile met en collaboration les actions de différents partenaires publics et privées, techniques et financiers, société civiles, communautés et familles en vue d'améliorer la situation. Placé sous l'autorité du ministre chargé de la santé publique, le

---

<sup>83</sup><https://www.who.int/fr/news/item>. Consulté le 7 février 2021 à 9H 47 minutes.

<sup>84</sup>Ibid.

<sup>85</sup> <https://www.plmi.cm/accueil>. Consulté le jeudi 3 juin 2021.

programme a pour mission la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de réduction de la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile<sup>86</sup>.

Ce programme dispose d'un secrétariat technique et des comités régionaux. Lors d'un travail concernant la question infantile, le PLMI non seulement coordonne des activités mais aussi recueille l'ensemble des travaux effectués par les partenaires et rend compte au MINSANTE. La contribution de l'OMS pour les maladies infantiles au Cameroun passe dans un premier temps de manière directe au ministère de la santé avant d'être départagée dans d'autres structures et ministères partenaires<sup>87</sup>.

Au demeurant, la garantie de la santé ou l'administration des meilleurs soins passe d'abord par la formation du personnel qui est en contact avec l'enfant et l'aide financière, les bourses pour l'étranger offertes par l'OMS, qui a apporté sa contribution multiforme au pays. A cela des attitudes et comportements à adopter sont proposés pour éviter ou limiter au maximum la maladie.

### **III- PROMOTION DE LA SANTE ; DÉTERMINANTS OU FACTEURS**

Les maladies surviennent généralement lorsque certaines règles sont négligées ou tout simplement ne sont pas prises en compte, c'est la raison pour laquelle la promotion de la santé nous aide à observer les règles de conduite tout en nous conduisant vers un modèle de vie agréable pour barrer la route aux maladies. Dans cette section, il est question pour nous dans un premier temps, de présenter les déterminants sociodémographiques propres à la responsabilité des parents et après montrer ceux sociopolitiques et sanitaires propres aux gouvernements et partenaires dans leur combat contre les maladies.

#### **A- Déterminants Sociodémographiques et sanitaires**

C'est l'ensemble de facteurs qui doivent être pris en compte par les parents pour ralentir, voire barrer la route aux microbes responsables des anomalies corporelles. On peut citer :

##### **1- Le niveau d'instruction de la mère**

Au Cameroun, on se rend compte que plus le niveau d'instruction de la mère est élevée, plus la proportion des enfants qui décèdent avant leur 5<sup>ème</sup> anniversaire baisse. En effet, les

---

<sup>86</sup> Arrêté N°095/CAB/PM du 11 novembre 2013 portant création du programme national multisectoriel de lutte contre la mortalité, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun.

<sup>87</sup> Entretien avec le Dr Ebai 52 ans, chef service de la direction du PLMI le mardi 1 juin 2021 à 10 h.

enfants qui naissent des femmes sans niveau d'instruction, présentent plus de risque de mourir à tout âge que ceux des mères instruites. Car l'instruction de la mère améliore sans doute les connaissances préventives en matière de vaccination par exemple, de conception pour espacer les naissances et surtout se traduit systématiquement par une meilleure utilisation des services de santé. Une mère alphabétisée peut consigner les vaccinations de son enfant à l'aide de graphique spécialement conçus à cet effet, Magali<sup>88</sup> soutient l'idée selon laquelle l'éducation de la mère lui permet de comprendre plus aisément qu'un vaccin puisse entraîner un accès de fièvre temporaire sans que l'efficacité de celui-ci soit remise en cause. Enfin Magali affirme que « les femmes instruites ont tendance, plus que les autres, à adopter des pratiques hygiéniques, mêmes très simple, susceptibles d'influencer la santé de leurs enfants<sup>89</sup>. L'OMS encourage vivement l'instruction des mères pour le développement de leur enfant c'est le cas par exemple de sa stratégie innovante pour lutter contre la rougeole qui a été l'organisation en 2002 d'une campagne de vaccination de rattrapage dans la ville de Yaoundé qui concernait tous les enfants de 9 mois et plus révolus, pour leur donner l'opportunité de recevoir une seconde dose de vaccin. Cette campagne a permis la mise à disposition du matériel de vaccination et la formation non seulement du personnel soignant sur l'usage de celui-ci mais aussi des conseils aux jeunes mères sur la conduite à tenir pour la bonne croissance de leur enfant. Le niveau d'instruction de la mère qui est un facteur par excellence pour l'épanouissement de l'enfant doit s'accompagner des moyens financiers nécessaires pour s'occuper de l'enfant et le mettre à l'abri du besoin.

## **2- Le niveau de vie du ménage**

Le niveau de vie du ménage est un aspect important de la mortalité des enfants au Cameroun. En effet, un niveau de vie élevé s'accompagne d'une amélioration nette des conditions de vie. Dans ces conditions, les enfants qui naissent des familles riches, ont dès la naissance moins de risques d'être malades, et par conséquent moins de risques de mourir. Un revenu élevé est un gage de santé, car à tout moment on peut avoir accès au meilleur médicament à tous les prix et en même temps que le niveau de vie élevé améliore la qualité et la quantité d'élément que l'enfant peut consommer. Il est moins probable que l'enfant soit bien nourri et soigné lorsque le niveau de vie du ménage est bas. Les ménages pauvres ont du mal

---

<sup>88</sup> Connu sous le nom de la « femme aux cent romans » est une romancière française (écrivain) né en 1898 et morte en 1986.

<sup>89</sup> Valery Martial Tankou Kamela, Analyse des déterminants de la mortalité infanto juvénile au Cameroun, institut sous régional de statistique et d'économie appliquée. 2009, p. 6.

à bien nourrir leurs enfants, en leurs apportant les quantités nécessaires en nutriments donc ils ont besoin. Une politique tendant à améliorer les conditions de vie des ménages, aura inéluctablement une incidence sur la mortalité des enfants, en la faisant baisser<sup>90</sup>. L'OMS a mis en place une planification familiale efficace dans la ville pour permettre aux jeunes d'avoir des enfants quand ils le voudront selon les moyens dont ils disposent. Cette stratégie contribue à réduire significativement le taux de morbidité due aux avortements mais aussi la pauvreté due au manque de moyens. Le niveau de vie élevé garantie donc à l'enfant sa survie et permet à celui-ci d'avoir accès à n'importe quel traitement et prévention de maladie notamment la vaccination et devra aussi être dans un environnement propice aux soins.

### **3- Le milieu d'existence de l'enfant**

On se rend compte que la mortalité des enfants est plus élevée en milieu rural qu'en zone urbaine. Les différences de l'offre et de l'utilisation des services de santé expliqueraient ces différences de mortalités. Dans certains milieux où les conditions d'hygiène sont négligées il n'est pas surprenant d'observer l'apparition de certaines maladies non transmissibles telles que la diarrhée qui devra nécessiter un traitement approprié. Les résultats de EDS III, 2004 montrent qu'en milieu rural de 1000 naissances vivantes, 169 n'atteignent pas leur 5<sup>ème</sup> anniversaire, contre 119 en milieu urbain. Autrement dit, un enfant sur 8 n'était plus en vie en milieu urbain pour fêter son 5<sup>ème</sup> anniversaire, par contre un enfant sur 6 n'était plus en vie pour fêter son 5<sup>ème</sup> anniversaire en milieu rural<sup>91</sup>. L'OMS a élaboré plusieurs guides et manuels d'utilisation pour aider les parents des zones rurales à mieux prendre soins de leur progéniture sans oublier la vaccination pour la prévention des maladies et la mise à disposition des véhicules de transport médicalisé pour les enfants malades qui doivent se rendre à l'hôpital. Que ce soit donc en milieu rural et urbain, les conditions d'hygiène devront être observées pour garantir la santé des enfants.

### **4- Santé et Environnement**

L'amélioration des conditions de vie et le respect des règles d'hygiène sont des facteurs essentiels pour le maintien de la santé et pour éviter les maladies infectieuses et parasitaires à transmission vectorielle qui ont pour déterminants des facteurs environnementaux que l'on néglige mais qui peuvent être maîtrisés. En effet, certains citoyens ont encore des mauvais

---

<sup>90</sup>Valery Martial Tankou Kamela, Analyse des déterminants de la mortalité infanto juvénile au Cameroun, institut sous régional de statistique et d'économie appliquée. 2009, p. 6.

<sup>91</sup>La situation des enfants en Afrique 2008, p. 9.

comportements en matière d'hygiène et d'assainissement du milieu notamment le déversement des sachets et bouteilles plastiques et des ordures ménagères dans la nature. Selon les estimations, 288 millions de personnes en Afrique subsaharienne n'ont pas encore accès à une source améliorée d'eau potable, 437 millions de personnes n'ont pas accès aux services d'assainissement de base. L'on utilise des substances chimiques sans bien connaître ou sans connaître du tout leur effet immédiat et à long terme. Chaque année la mauvaise utilisation des produits chimiques impose un fardeau substantiel en termes de lésions, de mauvaise santé et de mortalité<sup>92</sup>. Au cours de l'exercice biennal 2006-2007, la contribution de l'OMS à l'amélioration de la situation de l'hygiène du milieu dans la région africaine a consisté à intensifier la sensibilisation et l'action sur les déterminants clés, et à promouvoir les interventions de préventions primaires dans la ville de Yaoundé en particulier. En conséquence, dix pays supplémentaires ont achevé l'élaboration de leurs politiques en matière de santé et environnement, sur la base des lignes directrices préparées par le Bureau Régional. Le domaine d'activité a fourni un appui technique à plus de deux tiers des pays de la région pour les aider à mettre en œuvre leurs programmes relatifs à l'hygiène du milieu. Onze municipalités de cinq pays ont élaboré des plans pour des projets ville-santé<sup>93</sup>.

L'OMS a continué à mener et à coordonner les activités de l'alliance stratégique entre la santé et l'environnement et a organisé la deuxième conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique à Luanda. En 2010, en partenariat avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) et le Gouvernement de l'Angola, l'OMS a fourni un appui à des pays pour mettre en œuvre des actions de gestion des déchets sanitaires et de santé au travail. Le cadre régional de gestion des déchets sanitaires a été défini, ce qui a facilité la mise en œuvre des activités de gestion des déchets sanitaires financées par GAVI dans 27 pays. L'objectif stratégique ici vise à promouvoir un environnement plus sain, à développer la prévention primaire et à infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liée à l'environnement<sup>94</sup>, dans la même lancée un accent sera mis sur la Planification Familiale.

---

<sup>92</sup>Rapport sur l'activité de l'OMS dans la région africaine 2006-2007 Rapport Biennal du directeur régional OMS/AFRO 1 au 5 septembre 2008 Yaoundé. Cameroun, paragraphe 205, p. 51.

<sup>93</sup>Rapport sur l'activité de l'OMS dans la région africaine 2010-2011 Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO Brazzaville 2012, pp. 34-38.

<sup>94</sup> Profil Sanitaire Analytique du Cameroun, MINSANTÉ-Cameroun 2016, p. 110.

## 5- Planification Familiale

La Planification Familiale est très utile dans la promotion de la santé au Cameroun dans la mesure où elle donne aux femmes les moyens de gérer leur fécondité. C'est une stratégie mise en place par l'OMS qui joue un rôle important dans la diminution de la mortalité maternelle et néonatale, et la transmission du VIH dans la ville de Yaoundé. Toutefois, malgré le rôle important joué dans les domaines de la santé génésique et des soins de santé primaires, les lourds fardeaux dans d'autres domaines de la santé dans la région, allant de la crise du VIH/SIDA<sup>95</sup> à la gestion des conséquences des conflits, ont signifié que la planification familiale a disparu de la liste des grandes priorités sanitaires nationales. Reconnaisant la nécessité de ramener la Planification Familiale dans les programmes de santé, l'OMS et les partenaires ont mis au point un instrument pour la rehausser dans la liste des priorités des Etats membres et ils ont fourni l'appui technique et financier nécessaire pour mettre en œuvre des programmes et des stratégies de plaidoyer pour la Planification Familiale dans toute la région<sup>96</sup>. En conséquence, les pays de l'Afrique en l'occurrence le Cameroun ont renouvelé leurs engagements en faveur de la Planification Familiale et l'utilisation des contraceptifs a augmenté de 7% dans les années 2005<sup>97</sup>.

L'année 2009 a vu la création de la commission sur la santé des femmes dans la région africaine, présidée par la présidente du Liberia, Ellen Johnson-Sirleaf<sup>98</sup>. Un rapport intitulé relever le défi de la santé des femmes en Afrique, a été publié et ses recommandations, qui s'articulent autour de la nécessité d'adopter une approche pluridisciplinaire des droits humains pour résoudre les problèmes de santé de femmes approuvées par les ministères de la santé<sup>99</sup>. Les déterminants socio démographique et sanitaire de la promotion de la sante relèvent de la compétence des parents qui devront les observés et adopter pour l'épanouissement des enfants et de la famille. A présent nous nous tournons vers ceux qui relèvent de la compétence de l'Etat et du partenaire.

<sup>95</sup> OMS/AFRO & ONUSIDA « Rapport sur le repositionnement de la planification familiale ; lignes directrices pour une action de plaidoyer 2008, p. 32.

<sup>96</sup> Rapport sur les réalisations de quatre décennies 1948-1988 40 ans ; Survol des Activités de l'OMS. OMS. Genève, p. 28.

<sup>97</sup> Rapport sur le plan stratégique national de la santé de reproduction, maternelle néonatale et infantile PSN/SRMNI 2014-2020, p. 31.

<sup>98</sup>S.E. Ellen Johnson-Sirleaf, présidente de la République du Liberia, abordant le défi de la santé des femmes en Afrique ; rapport de la commission sur la santé des femmes dans la région africaine. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2012, [https://www. Glowm.com/who\\_report](https://www.Glowm.com/who_report).

<sup>99</sup>Luis Gomes Sambo, Rapport sur une décennie d'action de l'OMS dans la région africaine ; œuvrer ensemble pour atteindre les objectifs en matière de santé 2005- 2015 OMS/AFRO, p. 46.

## **B- Déterminants sociopolitiques et sanitaires**

C'est l'ensemble de facteurs propre à la responsabilité du gouvernement et du partenaire pour pouvoir apporter un soutien visible à la population. On peut donc citer :

### **1- La Communication**

La vision gouvernementale en matière de communication pour la promotion de la santé au Cameroun est portée par une instance dénommée « Task force nationale de coordination des actions de communication et de mobilisation sociale pour la santé », placée sous la responsabilité de la Direction de la Promotion de la Santé (DPS). En fait, il s'agit ici de sensibiliser la population sur un certain nombre de pratiques et mesures à adopter pour éviter au maximum la maladie. Bien qu'étant une émanation gouvernementale, l'implémentation de cette Task force reste encore largement tributaire des financements extérieurs et sous l'influence des directives des pratiques internationales en la matière, recommandées par des organisations internationales telles que l'OMS, l'UNICEF, le FMI, le Fonds Mondial, la FAO, l'UNFPA, l'ONU SIDA etc.

De manière générale, chaque programme de santé dispose d'une section/unité de communication qui œuvre pour la promotion des bonnes pratiques et comportements responsables dans le domaine spécifique des services de prévention et de soins offerts dans son domaine : paludisme, VIH-Sida, vaccination, tuberculose, cancer, onchocercose, etc. Certains de ces programmes disposent d'une boussole qui oriente leurs interventions sur le terrain et qui prend soit la forme accomplie de plan stratégique de communication (PNLP, CNLS, PEV...), soit, à défaut, l'envergure restreinte, ponctuelle mais pensée et planifiée, sous la forme de campagne de communication. En tout état de cause, les campagnes de prévention sont également conçues selon l'approche Information-Education-Communication (IEC) qui sert de matrice et a fait ses preuves dans le domaine de la santé publique. L'OMS apporte sa contribution financière pour le développement de cette instance de communication dans la ville de Yaoundé. Il arrive également que les initiatives de communication plus conjoncturelles au gré de l'actualité et des événements soient prises comme souvent à l'occasion de l'éclosion d'une épidémie (choléra, fièvre jaune, polio, etc.)<sup>100</sup>.

---

<sup>100</sup>Programme National multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile au Cameroun Plan stratégique intégré de communication 2016-2021, p. 42.

## **2- Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile (CARMMA)**

La CARMMA est une Campagne qui se déroule de manière générale en Afrique et dont les manifestations ont eu lieu le 08 mai 2010 au palais des Congrès de Yaoundé, l'objectif étant de statuer sur les problèmes de mortalité maternelles néonatal et infanto-juvénile. C'est une campagne organisée par l'OMS qui est ancrée sur 3 priorités principales notamment un message positif, le partage des bonnes pratiques et des enseignements tirés, et intensification des activités de programme et de communication visant à réduire la mortalité maternelle néonatale et infantile en Afrique<sup>101</sup>. Empêchée en dernière minute, la première dame du Cameroun, marraine de l'évènement, a pris soin de désigner le ministre de la santé publique, comme son représentant personnel à cette cérémonie et plusieurs personnalités et organisations étaient présentes lors de cette cérémonie

En effet, cette Campagne a été l'occasion idéale pour étaler au grand jour les problèmes qui menacent la santé des femmes et des enfants. Pour inverser cette tendance d'ici 2005, une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun a été élaborée, sa mise en œuvre est effective mais nécessite une mobilisation accrue des moyens et des acteurs, et cette mobilisation est possible si nous commençons dès maintenant a-t-elle déclaré. Le compte à rebours est lancé en 2015, les Nations Unies sont engagées à soutenir l'action du gouvernement camerounais afin de considérer la santé maternelle comme facteur clé de développement et droit humain. Enfin nous avons celle du ministre de la santé André Mama Fouda<sup>102</sup> a souligné que la plupart des décès maternels pouvaient être évités si les mères et les nouveaux né recevaient les soins adéquats. Il a précisé que la journée africaine de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (JARMMN) qui se commémore au Cameroun depuis 4 ans, cette année sera dédiée au lancement de la CARMMA<sup>103</sup>. Il a réaffirmé le plein engagement de la première dame dans ce combat et de même que dans la CARMMA dont elle sera la marraine au Cameroun<sup>104</sup>. Le développement du Cameroun passe nécessairement par une meilleure santé des populations, plus particulièrement maternelle et néonatale. Après la CARMMA nous pouvons nous tourner à présent vers la PCIME qui est une approche conçue spécialement pour les maladies de l'enfant.

---

<sup>101</sup> Rapport de la cérémonie de lancement de la CARMMA au Cameroun UNFPA ; OMS. Yaoundé, juin 2010, p. 19.

<sup>102</sup> Ministre de la santé du Cameroun de 2007-2019 et porte-parole de la première dame du Cameroun pour la cérémonie de lancement de la CARMMA.

<sup>103</sup> Rapport de la cérémonie de lancement de la CARMMA au Cameroun UNFPA ; OMS. Yaoundé, juin 2010, p. 19.

<sup>104</sup> Ibid., p. 21.

### 3- Encouragement du lait maternel par l'OMS

Le lait maternel est un aliment essentiel pour la survie et la croissance rapide du nourrisson à cause des meilleures et nombreuses vertus qu'elle possède<sup>105</sup>. En fait l'allaitement au sein est considéré comme un repas par excellence dont l'enfant a pleinement besoin pour son développement, il possède plusieurs avantages notamment : le lait maternel est gratuit, il ne requiert ni stérilisation ni réfrigération, il procure au nouveau-né tous les éléments nutritionnels dont il a besoin pendant quatre à six premiers mois après quoi d'autres aliments peuvent être utilisés comme substitution partielle ou totale du lait au sein et peuvent être solide ou liquide<sup>106</sup> ; le lait maternel contient des anticorps qui protègent le bébé contre les infections; l'allaitement au sein crée un lien affectif positif entre la mère et l'enfant ; il agit comme contraceptif pendant l'intervalle de cinq à dix-huit qui sépare la naissance et la reprise de la menstruation, protégeant l'état de santé de la mère et limitant la croissance de la population. Contrairement à l'allaitement par le biberon qui est souvent inadaptée ou dangereuse quand l'eau est contaminée, quand la stérilisation est difficile ou impossible, quand les mères sont incapables de suivre correctement les modes d'emploi, quand les revenus familiaux ne permettent pas de poursuivre les achats de produits lactés en quantité suffisante<sup>107</sup>. L'OMS et l'UNICEF propose l'allaitement au sein pendant les six premiers mois de la vie d'un nourrisson c'est la raison pour laquelle ils organisèrent deux réunions à propos de l'importance du lait maternel. La première réunion a été organisée en 1970 à Bogota, à laquelle participèrent des pédiatres, des spécialistes de la nutrition et des représentants des fabricants. Pendant cette réunion, ceux-ci se virent reprocher leurs pratiques publicitaires abusives<sup>108</sup>. Quatre ans plus tard, l'Assemblée de la Santé observait que le déclin de l'allaitement maternel était l'un des facteurs de mortalité et de mal nutrition infantile dans les pays en développement, et invitait des Etats membres à prendre des mesures en matière de publicité relative aux aliments pour bébé, notamment en édictant des codes de pratiques publicitaires et une législation appropriée<sup>109</sup>.

---

<sup>105</sup> Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, OMS/UNICEF, Genève. 2003.

<sup>106</sup> Décret n°2005/5168/PM du 01 décembre 2005 portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel.

<sup>107</sup> Yves Beigbeder, *Chapitre 4 adoptions du code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, Paris, Presses Universitaires de France, OMS, 1995, p. 49.

<sup>108</sup> Emmanuel Kiteze, Rapport sur la prise en charge de la maladie de l'enfant à domicile, l'enfant en Centrafrique, 2004, pp. 110-115.

<sup>109</sup> Archive du Ministère des Relations Extérieures. A.P 681 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, 12 octobre 1979.

#### **4-La Prise en Charge Intégrée des Maladie de l'Enfance (PCIME)**

C'est une approche intégrée de la santé qui est axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité qui vise à la réduction de la mortalité, la morbidité et les incapacités à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans dans la ville de Yaoundé. C'est une stratégie mise en place par l'OMS et qui comporte à la fois des éléments préventifs et curatifs à mettre en œuvre autant par les familles et les communautés que par les établissements de santé. Cette stratégie comporte trois composantes principales :

- amélioration des compétences du personnel soignant pour la prise en charge des cas ;
- amélioration globale des systèmes de santé ;
- amélioration des pratiques familiale et communautaire en matière de santé<sup>110</sup>.

L'introduction et la mise en œuvre de la PCIME dans un pays est un processus graduel, par phase, qui suppose beaucoup de coordination entre les programmes et les services de santé existants, car cela implique de travailler en étroite collaboration avec les autorités locales et les ministres de la sante pour planifier et adapter les principes de la stratégie aux réalités locales. De plus, la mise en œuvre de la PCIME insiste sur des interventions dispensées par le système formel de soins de santé.

Et pourtant, l'une des premières étapes les plus simples pour sauver la vie du nouveau-né repose sur des approches qui sont à base communautaire. Les pratiques familiales et communautaires clés identifiées au départ par la stratégie de la PCIME ne s'attachaient pas aux pratiques de soins néonataux tels que l'allaitement maternel immédiat et les soins thermiques<sup>111</sup>. Le renforcement des interventions néonatales dans le cadre de chaque composante de la PCIME permettrait de sauver un grand nombre des vies de nouveau-né tout en profitant également à la PCIME elle-même puisque cela intégrerait davantage les trois composantes de cette stratégie. Ainsi les programmes de la PCIME peuvent renforcer la continuité des soins en encourageant des activités qui améliorent les soins néonataux dans le cadre de la famille et en apportant le soutien nécessaire aux bébés avec IPN<sup>112</sup>, au dépistage avec les signes de graves maladies et au transfert à un temps vers un niveau supérieur de soins, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de soins, pour les maladies néonatales dans les établissements de soins primaires et de soins de référence<sup>113</sup>.

---

<sup>110</sup> Tigest Ketsela, Rapport sur la prise en charge des intégrées des maladies de l'enfant, p. 91.

<sup>111</sup> Ibid., p. 92.

<sup>112</sup> Insuffisance Pondérale à la Naissance.

<sup>113</sup> Forum mondial de la santé, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Genève, volume 19, n° 2, 1998, p. 110.

## 5-Bonne Gouvernance et Politique Sanitaire

La bonne gouvernance permet la mise en place d'une politique sanitaire bénéfique pour le bien-être de la population. Au lendemain des indépendances, le premier souci des gouvernants dans le domaine de la santé a été de maintenir la qualité des soins avec un accent sur la formation de personnel qualifié. La politique sanitaire vise alors la construction de dispensaires et de centre de santé élémentaires en zones rurale et urbaine et la formation d'équipes pour l'hygiène et assainissement, le traitement des pathologies courantes.

En parallèle, on faisait de la gratuité des soins un élément fondamental de la politique sanitaire de l'État et les services de santé sont essentiellement fournis par l'Etat central<sup>114</sup>. Par la suite, les pays africains, à l'instar du Cameroun, ont adopté la stratégie des soins de santé primaire pour faire accéder leur population à la santé à l'orée 2000. Avec l'appui des partenaires, le pays a déployé, au cours de la période 1983-1990, de grands efforts dans les domaines de l'extension de la couverture sanitaire, de la déconcentration des services de santé et de l'information à la population avec pour objectif d'assurer des soins de meilleure qualité à un plus grand nombre de citoyens<sup>115</sup>.

Sur le plan règlementaire, le Cameroun dispose d'une loi-cadre sur la santé promulguée en 1996. Elle fixe le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé. Cette dernière s'appuie, entre autres principes, sur : L'accessibilité universelle aux soins essentiels et de qualité ; la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes et les enfants ; la promotion de l'utilisation des médicaments essentiels accessibles et de qualité dans toutes les formations sanitaires<sup>116</sup>.

Dans le cadre de la mise en œuvre des SSP, deux axes stratégiques majeurs ont été développés : la supervision et le système national d'informations sanitaire (SNIS) et le développement de la participation communautaire à travers des structures de dialogue comme les comités de santé d'arrondissement, le fonds provincial spécial pour la santé ainsi que les comités respectifs de gestion. Toutefois devant de nombreux problèmes survenus au cours de l'application de la SSP et devant un contexte de pauvreté grandissante, le MINSANTÉ a élaboré en 2001 la stratégie sectorielle de santé qui résume la politique sectorielle de santé. Ce document a été révisé en 2010 et le terme a été prorogé jusqu'en 2015. La Stratégie Sectorielle

---

<sup>114</sup> Ibid., Forum mondial de la santé, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, Genève, volume 19, n° 2, 1998, p. 112.

<sup>115</sup> Anonyme, *Décentralisation, Acteurs Locaux et Services Sociaux en Afrique*, canada, IDRC, p. 82.

<sup>116</sup> Loi n° 96/03 du janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.

de Santé a pour objectif de garantir de manière pérenne, l'accès universel aux services et soins de santé de qualité, à travers l'amélioration de leur offre et du financement de leur demande<sup>117</sup>. Le système de santé est organisé en trois niveaux : central, intermédiaire, et périphérique conformément aux recommandations du Comité Régional de Lusaka (1985) : Le niveau opérationnel correspondant aux services de santé périphériques, le niveau intermédiaire correspondant aux services provinciaux ou régionaux et le niveau stratégique correspondant aux services centraux. La gouvernance de la santé devient un instrument critique pour garantir une approche pangouvernementale et augmenter l'efficacité des politiques de santé en tant qu'objectif de la politique gouvernementale. Différents niveaux de la gouvernance des pays permettent donc de former des réseaux solides pour améliorer leur impact. Les villes santé et les régions santé sont de bons exemples de ces réseaux<sup>118</sup>. Les autorités locales dans les provinces, les districts et les villages sont candidats pour l'établissement de ces réseaux. Plusieurs documents stratégiques ont été élaboré avec l'appui technique de l'OMS durant les années 2016 et 2017, nous avons notamment : l'adoption de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 en janvier 2016, l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 ainsi que le plan de suivi/évaluation qui a été finalisé au début de l'année 2017. Aussi, l'OMS a fourni un appui financier pour le développement d'une application informatique simplifiée conforme aux canevas d'élaboration des Plans de Développement Sanitaire des Districts (PDSD) et Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS)<sup>119</sup>.

Les politiques de santé ont connu plusieurs mutations ou évolution en fonction du contexte camerounais dont on a énuméré 4 phases ; dans un premier temps nous avons L'approche médicale, mise en œuvre avant les années 60 reposant sur des programmes verticaux et le développement d'hôpitaux urbains publics et ruraux confessionnels orientés vers les intérêts du colonisateur. Avant les années 1960 les soins étaient gratuits (Etude ReoSSP, Octobre 1997) et la communauté avait la charge de suivre le soignant. Dans un second temps, l'approche services de santé qui s'est caractérisée par la mise en place en 1967 de quatre zones de Démonstration de l'Action de Santé Publique (DASP). Ensuite nous avons l'approche des SSP qui a été adoptée en 1982 et qui était basée sur les principes de la Déclaration d'Alma Ata de 1978. Enfin, la politique de Réorientation des SSP (RéoSSP) (Partenariat Communauté/ Etat

---

<sup>117</sup> Claudine Tsama Essomba, Tiwoda Christie, Identification des questions de recherche prioritaires en matière de politiques d'accès et d'usage des médicaments dans des pays francophones d'Afrique Centrale, a revenus faibles ou intermédiaires. Cameroun, Yaoundé, MINSANTÉ, p. 11.

<sup>118</sup> OMS, Cohérence des structures et des fonctions du bureau régional 2011, p. 38.

<sup>119</sup> Rapport Annuel l'OMS au Cameroun 2016, p. 31.

basé sur le cofinancement et la cogestion) a été adoptée en 1993. Une nouvelle SSS mettant l'accent sur la vision Cameroun Pays émergent en 2035 a été élaborée pour la période 2016-2027, ainsi que le PNDS 2016-2020<sup>120</sup>. En somme les déterminants sociopolitiques démographiques et sanitaires sont des facteurs important de promotion de sante du fait des efforts individuels que doivent fournir les parents pour garantir la santé de leurs enfants et leurs familles et aussi ceux du gouvernement pour accompagner les efforts des ménages tout en mettant en œuvre de véritables politiques de santé utiles pour le combat contre les maladies.

En définitive, force est de constater que l'apport de l'OMS pour la prise en charge, concerne les enfants atteints des maladies transmissibles et non transmissibles nécessitant la cure dont l'organisation a élaboré des moyens et mesures pour pouvoir lutter contre celles-ci. L'organisation a aussi accompagné le Cameroun dans la réalisation de plusieurs projets auxquelles elle se fait souvent assister par d'autres organisations des Nations Unies exerçant aussi dans le domaine de la santé afin d'éviter des chevauchements de programmes, et favoriser l'entente entre organisations. Toute fois les facteurs sociopolitiques démographiques et sanitaires donc la responsabilité incombe à l'individu et au gouvernement devraient être pris en compte pour garantir la survie de l'enfant en particulier et l'épanouissement de la famille entière en général. Etant donné que l'organisation a apporté son soutien multiforme pour l'éradication des maladies infantiles dans la ville de Yaoundé qu'en est-il donc des résultats observés sur le terrain ?

---

<sup>120</sup>Ibid., p. 33.

## **CHAPITRE IV ; EVALUATION CRITIQUE DE L'APPUI DE L'OMS POUR LES MALADIES INFANTILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ**

Ce chapitre est intitulé évaluation critique de l'appui de l'OMS dans la lutte contre les maladies infanto juvénile au Cameroun ; il est donc question pour nous dans un premier temps de faire le bilan et l'évaluation de l'appui de l'OMS au Cameroun afin de relever non seulement les points positifs mais aussi les réserves ou manquements qui freinent la progression de l'organisation dans le pays en second lieu nous allons présenter les défis ou difficultés auxquels sont confrontés les partis et qui devraient être surmontés pour le changement de statut des deux côtes ; enfin nous allons proposer des solutions et orientations aux problèmes de cette coopération afin de combler les vides et de l'améliorer.

### **I-BILAN ET EVALUATION CRITIQUE DE L'ACTION DE L'OMS AU CAMEROUN**

L'action de l'OMS au Cameroun a une influence considérable en ce qui concerne son combat pour les maladies infantiles. Dans cette partie, il est question de montrer l'efficacité de l'appui de l'organisation dans le développement de la santé infantile d'une part et de présenter quelques limites auxquelles elle est confrontée dans l'exercice de ses fonctions dans le pays.

#### **A-Évaluation de la contribution de l'OMS**

L'intervention de l'OMS au Cameroun pour les questions infantiles se situe dans un contexte où le pays était sous l'emprise des maladies qui causaient la mort des plus jeunes d'où la présence de l'organisation. Nous pouvons donc évaluer l'action sur les plans scientifiques et techniques, sanitaires, socioéconomiques.

##### **1- Sur le plan scientifique et technique**

L'OMS est une organisation internationale dont les performances en matière de santé ont été prouvées, dans la mesure où elle est la seule à pouvoir entreprendre de manière suffisante un certain nombre d'activités de santé publique mondiale et aucune autre institution internationale, aucune agence d'aide bilatérale, aucune Organisation Non Gouvernementale (ONG) ne pourrait assumer pleinement ces fonctions. Son excellence est reconnue dans plusieurs branches médicales et biomédicales notamment : le domaine de l'expertise biomédicale, sa capacité à réunir, évaluer et faire connaître les connaissances scientifiques et

biomédicales les plus récentes, à promouvoir et coordonner la recherche, à assurer la surveillance de l'application des règles sanitaires internationaux, à collecter et publier des informations épidémiologiques et statiques, à formuler des recommandations concernant les questions internationales de santé, à établir et encourager l'adoption de normes internationales. La plupart de ces activités nécessitent l'organisation de nombreux comités d'experts, de groupes scientifiques réunissant des spécialistes de hauts niveaux de différents pays, cultures et disciplines. L'action normative de l'OMS bénéficie à tous les pays<sup>1</sup>, ses publications d'un haut niveau scientifique servent de référence au ministère de la santé, aux journalistes et c'est Le siège de l'organisation qui est responsable de toutes ces activités. Celui-ci continue à être responsable des grandes campagnes de contrôle ou d'éradication de la maladie, sur le modèle réussi du programme d'éradication de la variole et ses services assurent la conception de ces programmes, obtiennent l'approbation de l'Assemblée de la Santé, recherchent des alliances avec d'autres organisations qui, elles-mêmes, sont responsables du financement et l'exécution des programmes. L'OMS reste la référence et le conseiller technique et est responsable de l'évaluation des programmes<sup>2</sup>.

S'agissant de ses performances techniques au Cameroun, il faut noter qu'elle a accompagné le pays dans le financement et l'élaboration de plusieurs modules techniques scientifiques et stratégiques notamment l'expertise technique requise pour l'élaboration des documents tel que *“Providing Contraceptive Services in the context of HIV Treatment Programmes”* et le *‘Accelerated Action for the Health of Adolescents (AAHA!)’*, sans oublier l'enquête GLAAS (*Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking Water*) qui est menée et le rapport élaboré et diffusé. Elle a contribué au niveau du pays à renforcer les processus d'examen sectoriel et à évaluer l'environnement, notamment les ressources financières et humaines consacrées à l'assainissement, à l'eau potable et à l'hygiène, en recensant les éléments qui favorisent la mise en place de conditions propices et ceux qui l'entravent. Ensuite nous avons l'élaboration des micro-plans à l'aide du guide AA-HA dans 2 DS de démonstration qui a contribué à fournir des données à jour sur les principales maladies des enfants tel que le VIH, Paludisme, Tuberculose... renforcer la multi-sectorialité au niveau opérationnel, favoriser des interventions fondées sur des évidences/données probantes, mettre l'accent sur des approches efficaces pour la programmation, le suivi et l'évaluation de la santé

---

<sup>1</sup> Joseph Minka Minyem, *“La coopération internationale entre le Cameroun et l'OMS : le rôle stratégique du MINREX, option diplomatie, Rapport de fin stage à la Direction des Nations Unies et de la Coopération Décentralisée, 2017, p. 32.*

<sup>2</sup>Onzième programme général de travail 2006-2015 ; s'engager pour la santé ; programme national d'action sanitaire, Mai 2006, p. 24.

des adolescents et renforcer l'importance de la participation des adolescents dans tous les aspects de la programmation<sup>3</sup>. Enfin nous avons le financement et la mise en place du d'HIS2 qui est un système par excellence de l'information sanitaire par lequel on a obtenu des résultats satisfaisants s'agissant de la formation du personnel hospitalier et le renforcement des capacités des acteurs en SRMNIA qui a contribué à accroître le perfectionnement et la formation du personnel de santé à tous les niveaux, afin d'assurer la santé et le bien-être de tous.

Dans le cadre de la surveillance, l'outil ISS (Integrated Supportive Supervision) sert au rapportage en ligne de manière instantanée des données et informations issues de la supervision formative intégrée des structures. Au-delà de la vérification de l'effectivité de la visite de sites réalisée, cet outil déployé par l'OMS permet également d'estimer la couverture spatiale et temporelle du pays par les activités de surveillance et détecter ainsi les zones faiblement visitées à titre d'illustration, le Centre Pasteur du Cameroun qui est à Yaoundé, laboratoire accrédité Polio, est un acteur central de la surveillance. Il a reçu l'appui de l'OMS à travers le renforcement des capacités techniques du laboratoire et l'approvisionnement en réactifs et intrants. Entre 2018 et 2019, Ces appuis ont permis de tester environ 11 582 échantillons (5305 pour la recherche de Poliovirus, 2720 pour la rougeole, 3558 de fièvre jaune) et de détecter 54 épidémies dans le pays dont 01 de polio dérivée de souche vaccinale et 53 de rougeole. Au début du biennium, le pays comptait 30 sites de surveillance environnementale. Les résultats de cette surveillance ont été encourageants et ont suscité une évaluation de l'ensemble des sites du pays<sup>4</sup>, après quoi une évaluation sanitaire est nécessaire.

## **2- Sur le plan sanitaire**

Sur le plan de la santé, nous observons les résultats de l'appui de l'OMS selon les années, qu'ils s'agissent des maladies transmissibles ou non transmission

### **a- Maladies Transmissibles**

La mortalité des enfants due aux maladies transmissibles a véritablement diminué grâce à l'apport de l'organisation dans la capitale, le taux brut de mortalité étant passé de 14 % en 1987 à 10% en 2001. L'espérance de vie à la naissance est ainsi estimée à 59 ans 56,7 ans pour les hommes et 61,3 pour les femmes) contre 55,1 ans en 1987 soit un gain de 4 ans<sup>5</sup>. Au Cameroun, la santé est considérée comme un volet prioritaire de la politique sectorielle de santé. La Santé Maternelle Infantile/Planification Familiale (SMI/PF) qui prenait en compte toutes les

<sup>3</sup> OMS-Cameroun Rapport Annuel 2017, p. 66.

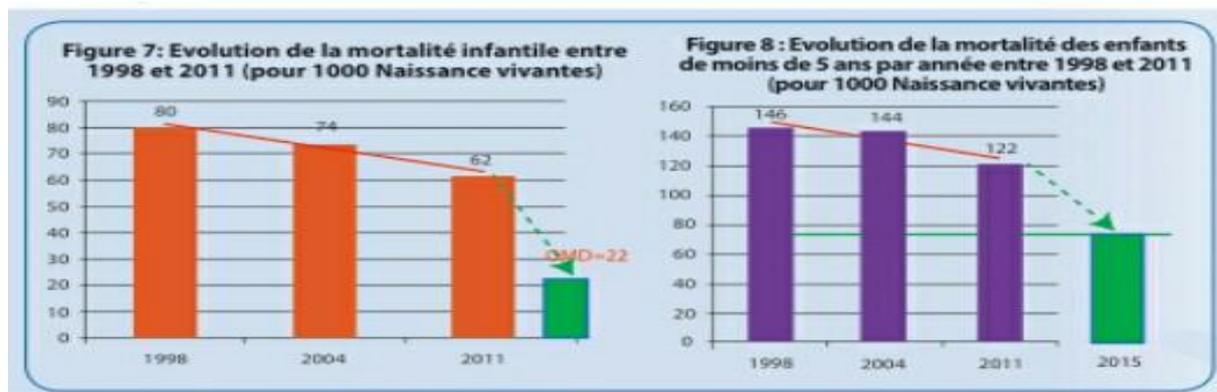
<sup>4</sup> OMS-Cameroun programme biennal 2018-2019, p. 32.

<sup>5</sup> EDS 1998, MICS 2000, p. 11.

activités préventives, curatives et promotionnelles de la santé infantile a évolué vers la santé de la reproduction. Ainsi, dans la ville de Yaoundé, la mortalité infantile a faiblement diminué passant de 80% à 62% NV de 1998 à 2010 respectivement. Ces données montrent une tendance à la baisse durant les 15 dernières années<sup>6</sup>.

La mortalité néonatale représente 50% des décès des enfants de moins d'un an. C'est la raison pour laquelle sa diminution constitue un bénéfice pour l'épanouissement des bébés. Après avoir baissé de 41% à 29% de Naissance Vivantes de 1998 à 2004, la mortalité néonatale a stagné à 31% naissances vivantes<sup>7</sup>. En comparaison, elle est en moyenne de 5% dans les pays occidentaux ;au Cameroun, la mortalité néonatale est très influencée par le niveau socioéconomique des mères ;toujours au sein de la capitale, la baisse du taux de mortalité infantile s'est accompagnée de la réduction du Taux de Mortalité Juvénile (TMJ) alors qu'en 1972 le TMJ était estimé à 101% d'après les résultats de l'enquête nationale sur la fécondité effectuée au Cameroun en 1984, il se situait entre 64 et 71%, ce qui correspond à une baisse de 33 points en douze ans, soit une baisse au taux moyen annuel de 3,35%. En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, il a également connu une réduction constante. Ainsi, au niveau de la PMI Centrale de Yaoundé par exemple, il est passé de 201% en 1979 à 160% en 1980 et environ 120 à 130 % en 1986<sup>8</sup>.

**Tableau n° 3 : Évolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 1998 à 2011 pour milles naissances par an**



**Source** : plan stratégique national de la sante de reproduction, maternelle néonatale et infantile PSN/SRMNI Cameroun, MINSANTÉ 2014-2020, p. 28.

La mortalité infantile (0-1 an), a faiblement diminué, passant de 80% de Naissances Vivantes en 1998 à 62 % en 2011 (EDS II, III et IV), soit une réduction de moins de 2% par an

<sup>6</sup> Institut National de Statistique, MICS 5, 2010, p. 6.

<sup>7</sup> Noufack Zambou, "Coopération internationale et réduction de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun de 2000 à 2017 : cas de deux districts de santé de la région du Centre", Mémoire de Master II, IRIC, Yaoundé, p. 19.

<sup>8</sup>Noëlle Yolande Henriette Ella, "La coordination des activités opérationnelles de l'OMS et de l'Unicef p. 226.

(EDS II, III et IV 1998, 2004, 2011). La baisse de la mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) a été insuffisante, passant de 146% de Naissances Vivantes en 1998 à 122% en 2011 (EDS II, III et IV), soit une réduction de seulement 1,3 % par an au lieu de 3 à 5% de baisse souhaitée chaque année<sup>9</sup>. La mortalité des moins de cinq ans est nettement plus faible en milieu urbain (93 %) qu'en milieu rural (153 %).

#### - **Résultat du Programme Elargi de Vaccination (PEV)**

Le PEV envisagé par le gouvernement camerounais, s'est fixé des objectifs précis, nous allons donc essayer de voir si ces objectifs ont été atteints.

L'objectif principal fixé par le PEV est d'assurer une couverture vaccinale totale des enfants du pays de 0 à 5 ans. Malheureusement, cette couverture n'a été faite que chez les enfants de 0 à 1 an grâce à l'appui de l'OMS<sup>10</sup>. Pour ce qui est des enfants de 0 à 5 ans, la vaccination complète est passée de 5% en 1982 à 25% en 1984. Par ailleurs, l'année 1986 proclamée « année africaine de vaccination » a marqué un tournant décisif pour la vaccination universelle des enfants et des femmes enceintes. Ainsi, trois journées de vaccination ont connu un grand succès et une large participation de la population : le 9 novembre 1986, le 14 décembre 1986 et le 11 janvier 1987<sup>11</sup>. Les résultats de l'évaluation de ces journées, en avril 1987 ont permis de confirmer que les objectifs poursuivis ont été réalisés : 60% au moins des enfants de 0 à 5 ans ont été vaccinés. Ces résultats ne sont pas loin de ceux fixés par l'OMS à savoir : immuniser au moins 85% des enfants de 0 à 5 ans contre les maladies infantiles contagieuses qui causent, sont souvent à l'origine d'un faux taux de mortalité chez les plus jeunes.

**Tableau n° 4 : évolution de la couverture vaccinale de 1993 – 2003**

Antigène/Années	1993	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
BCG (%)	54	45	53	63	66	69	66	76	83
DTC (%)	46	44	43	48	48	54	43	63	65
OPV (%)	46	43	47	48	48	53	45	63	64
VAR (%)	46	39	43	47	46	49	47	53	59
VAT (%)	12	35	32	38	48	40	36	45	51
Complétude	70	77	75	78	80	87	84	98	99,5

Source : GTC/PEV/MINSANTE, données du 1er trimestre 2003.

<sup>9</sup> Enquête Démographique de Santé 2011.

<sup>10</sup> Noufack Zambou, "Coopération internationale et réduction de la mortalité infantile, p. 19.

<sup>11</sup> Véronique Messe, "Contribution de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun 1962- 2012, p. 117.

Chaque district dispose au moins d'un congélateur et un réfrigérateur capable d'accueillir les vaccins pour une période de 03 mois. Cette capacité est suffisante pour accueillir les besoins de chaque district<sup>12</sup>.

### **- L'amélioration de la couverture vaccinale**

Le PEV régulièrement suivi au Cameroun a connu des résultats satisfaisants. Ainsi donc la couverture vaccinale des enfants de 0 à 1 an est passée successivement de 5 % en 1982 à 10% en 1983 et 15% en 1984. Par ailleurs, les résultats de la campagne nationale de vaccination organisée dans le cadre de l'année africaine de vaccination en 1986 ont suscité de grands espoirs en améliorant considérablement la couverture vaccinale ;

-En milieu urbain, la couverture vaccinale des enfants de 0 à 1 an est passée de 35% à 49%

- En milieu rural, elle est passée de 15% à 49%<sup>13</sup>.

Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile en 2016, l'OMS a axé ses principales interventions sur le financement, le renforcement des ressources humaines, des prestations de service, du plaidoyer et du partenariat. L'OMS, par le projet RMNCAH/TF, a appuyé le Ministère de la Santé dans le cadre du renforcement des activités de Financement Basé sur la Performance, du projet pilote « *Value For Results* » (achats de résultats), dans 4 Districts de Santé de la région du Centre<sup>14</sup>.

Au terme de l'année 2017, la ville de Yaoundé enregistre une couverture vaccinale au vaccin DTC-Hep-Hib 3 de 85,3%. L'on a noté une amélioration de l'équité géographique, bien que celle-ci soit demeurée en deçà de l'objectif national de 80%. Au total, 135 districts de santé (71%) sur 189 ont une couverture vaccinale supérieure à 80%, contre 106 (56%) en 2016. L'on déplore également le fait que quelques districts aient encore des couvertures vaccinales inférieures à 50% (quatre pour le DTC-Hep-Hib, cinq pour le vaccin anti poliomyélique et huit pour le vaccin anti rougeoleux)<sup>15</sup>. Toutefois, on note une persistance des problèmes de qualité des données selon les DQS réalisés dans les formations sanitaires et les districts l'élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'amélioration des soins de santé maternelle et infanto juvénile a été marquée en 2017 par le renforcement de la qualité des prestations de

<sup>12</sup> Véronique Messe, « Contribution de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun 1962- 2012 p. 117.

<sup>13</sup> Noëlle Yolande Henriette Ella, la coordination des activités opérationnelles de l'OMS et de l'Unicef p. 227.

<sup>14</sup> OMS-Cameroun Rapport Annuel 2016, p. 19.

<sup>15</sup> Plan stratégique national de la sante de reproduction, maternelle néonatale et infantile PSN/SRMNI Cameroun, MINSANTÉ 2014-2020, p. 28.

services. On pourrait citer principalement le renforcement des capacités des prestataires de santé en Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence (SONEU)<sup>16</sup>.

L'appui technique et financier au Programme Elargi de Vaccination (PEV) au cours de cette année 2017 a permis à l'OMS d'accompagner le pays dans sa stratégie de réduction de la morbidité et la mortalité chez les enfants âgés de 0 à 11 mois. Depuis l'ouverture du centre de néonatalogie en Juillet 2017, le nombre de bébés naissant avec un petit poids est passé de 29 à 46 ; Aussi, 22 bébés de plus qu'avant l'ouverture du Centre ont été référés. Tout ceci pour un pourcentage de décès de bébés de petits poids en diminution. L'on est passé d'un pourcentage de mortalité d'enfants nés de petits poids de 20,6% avant l'ouverture du Centre, à 8,6% après l'ouverture<sup>17</sup>.

### **Photo n° 9 : La surveillance des décès maternels et périnataux**



### **LA SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS ET PERI-NATALS : Une réalité au Cameroun**

Source : l'OMS au Cameroun rapport annuel 2017, p. 26.

La photo ci-dessous, il est question de la prise en charge et le traitement des maladies du bébé par le médecin pédiatre durant les tous premiers mois de sa vie et du suivi à long terme pour le contrôle de sa santé et son poids grâce à la PCIME qui est une stratégie élaborée par l'OMS pour la question infantile au Cameroun.

<sup>16</sup> OMS-Cameroun Rapport Annuel 2017, pour une meilleure vie des populations, p. 19.

<sup>17</sup> Ibid., p. 24.

Au cours de l'année 2019, le Ministère de la santé a officiellement présenté les résultats sur l'amélioration de la Santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, consacrant ainsi le recul de la mortalité maternelle et périnatale en milieu hospitalier. En effet, les données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du dans la ville de Yaoundé (EDSC V) de 2018, montrent des progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, passant de 182 à 36 décès maternels pour 1000 Naissances Vivantes (NV) entre 2011 et 2018. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle a faiblement diminué passant de 103 à 79 décès pour 1000 NV tandis que la mortalité néonatale stagne à 28 décès pour 1000 NV entre 2011 et 2018. Malgré ces résultats encourageants, des efforts restent à fournir afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD 3), dont les Nations Unies en font une cible prioritaire. Ainsi, l'ODD 3 vise à faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 10000 naissances vivantes d'ici à 2030 et aucun pays ne devant présenter un taux de mortalité maternelle égal à 2 fois la moyenne mondiale<sup>18</sup>. Les données administratives montrent que dans le cadre de la vaccination systématique, la couverture vaccinale du Penta 3, antigène traceur du programme, est de 80,5% en fin d'année 2019 soit 694 enfants de moins d'un an atteint par la vaccination dans la ville.

Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme : l'appui de l'OMS porte sur : - l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme de 3<sup>e</sup> génération, dans le cadre de la mise à échelle des interventions prioritaires du secteur de la santé, en matière de prévention, traitement et soins, y compris les activités conjointes auprès de la commission mixte de coordination et de suivi desdits programmes<sup>19</sup> ; - l'extension de la couverture en matière de dépistage et de traitement, l'amélioration de la qualité de la prise en charge et une meilleure intégration des interventions conjointes pour les malades du sida, de la tuberculose et du paludisme, à travers l'élaboration et la diffusion des politiques, normes et schémas thérapeutiques standardisés, ainsi que la formation/recyclage du personnel ; - la gestion de l'information stratégique, à travers le renforcement de la surveillance épidémiologique des trois maladies, la prévention et la surveillance de la pharmino-résistance du VIH aux ARV, du paludisme aux ACT, de la tuberculose aux antituberculeux, des infections sexuellement transmissibles aux médicaments spécifiques, et des vecteurs du paludisme aux insecticides ; - le plaidoyer et le renforcement du dépistage du VIH, de la tuberculose et du paludisme. L'accessibilité aux médicaments est

---

<sup>18</sup> OMS-Cameroun Programme Biennal 2018-2019, p. 67.

<sup>19</sup> Décision N°366/D/MSP/CAB du 09 août 2002 portant création d'une commission mixte de coordination et de suivi des Comités Nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

passée de 70 % en 2003, à 83,7% en 2008, et la disponibilité moyenne est de 86%. Les traitements antituberculeux et antirétroviraux et moustiquaires sont gratuits, d'autres (ACT, cotrimoxazole, insuline, etc.) sont subventionnés par l'Etat<sup>20</sup>.

#### **b- Maladies non transmissibles**

Parlant des maladies non transmissibles, nous pouvons dire qu'elles surviennent généralement soit par carence en aliments essentiels ou nutriments soit par apport d'aliment étrangers au corps et sans oublier qu'elles sont aussi inhérentes dans certaines maladies. Leur traitement diffère la plupart du temps de celles transmissibles.

Jusqu'à la fin des années 60, pour combattre les maladies diarrhéiques, les professionnels de la santé recommandaient le plus souvent d'utiliser des médicaments anti diarrhéiques pour arrêter la perte liquidienne, et d'encourager les patients à s'abstenir de manger pendant au moins 24 heures « pour exposer les intestins ». S'il était disponible, le traitement par voie orale intraveineuse était administré aux patients déshydratés. Les zones où les médicaments étaient rares ou chers, les familles utilisaient des remèdes traditionnels. On estimait généralement que le développement socioéconomique était le meilleur moyen de lutte contre les maladies diarrhéiques, et il était incontestable que l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pouvait diminuer leur incidence<sup>21</sup>. Cependant, dans de nombreux pays, on risquait d'attendre très longtemps, alors qu'environ 5 millions d'enfants mouraient de diarrhée chaque année dans le monde. L'OMS a conclu un accord avec Vifor, une société pharmaceutique suisse, qui a été chargée de produire des sachets de sels de réhydratation orale. L'organisation achetait ces sachets en gros et les envoyait, avec le mode d'emploi, aux pays en développement. Les résultats ont été extrêmement positifs, et l'OMS a adopté une seule formule pour tous les patients, enfants comme adultes et toutes les formes de diarrhée<sup>22</sup>. L'OMS et l'Unicef ont collaboré pour trouver une firme qui pourraient produire les sels de réhydratation orale en grande quantité et à prix réduit. Finalement, les deux organismes ont encouragé la production des sels dans les pays en développement. Les sels de réhydratation orale ont été inclus dans la liste OMS des médicaments essentiels. Parfois causé par un type d'alimentation précis, l'OMS recommande le lait maternel pour éviter les diarrhées chez les enfants et surtout le respect des règles d'hygiène<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Stratégie de Coopération avec les Pays, 2010-2015, Cameroun, p. 6.

<sup>21</sup> Forum Mondial, Revue Internationale de Développement Sanitaire, OMS, volume 19, n° 2, 1998, p. 17.

<sup>22</sup> Ibid., p. 20.

<sup>23</sup> OMS-Cameroun Rapport Annuel 2016, pour une meilleure vie des populations, p. 25.

En ce qui concerne la malnutrition, l'OMS à collaborer avec les autres partenaires, notamment : Unicef, PAM, HKI, le Bureau Pays OMS a intensifié le plaidoyer pour aboutir à la validation de la Politique nationale de Nutrition 2017-2030 et l'élaboration du Cadre Commun des Résultats (CCR) et le Plan opérationnel de nutrition. L'appui technique de l'OMS a permis de réviser les modules nationaux de formation sur l'ANJE (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant) et le protocole national de prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) y compris ses complications. Ces outils vont être exploités en 2018 pour renforcer la détection et la prise en charge des enfants malnutris, pour renforcer les capacités des prestataires à la détection et prise en charge des enfants malnutris dans la ville de Yaoundé. L'OMS a aussi facilité les rencontres ayant abouti à la validation technique des documents de politique et stratégie nationale 2017-2022 de sécurité sanitaire des aliments. Ces documents constituent les outils de base pour l'élaboration en 2018 de la demande du Cameroun pour le Codex Trust-Fund. Bien que les objectifs fixés par certains programmes de l'OMS n'aient pas toujours porté les fruits, on ne saurait méconnaître le bienfondé de l'action l'OMS dans l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants dans la capitale politique du pays. En effet, on observe une réduction considérable de la pathologie liée à l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans grâce notamment au Programme d'éducation Nutritionnelle institué dans les centres de santé maternelle et infantile. Par ailleurs, 11% seulement des nouveaux nés accusent une insuffisance pondérale contre 21,1% en 1978 et 13% en 1985. Ces résultats sont satisfaisants si on les compare à l'objectif de 10% préconisé par l'organisation<sup>24</sup>. Sur le plan sanitaire, l'organisation montre ainsi son implication dans le traitement et la prise en charge des enfants atteints des maladies ce qui est de même pour la prise en charge du personnel et l'apport du matériel sanitaire dans la ville de Yaoundé.

### **3- Sur le plan socioéconomique**

Le plan socio-économique met en exergue ici le développement du personnel administrateur de soins aux enfants et l'apport d'une quantité importante d'infrastructure au Cameroun.

#### **- Développement du Personnel et infrastructure sanitaire**

Grâce au soutien de l'OMS le gouvernement camerounais a pu développer ses infrastructures sanitaires. Par conséquent, le pays dispose désormais de 44 écoles qui dispensent

---

<sup>24</sup>Noëlle Yolande Henriette Ella, 'La coordination des activités opérationnelles de l'OMS et de l'UNICEF, p. 227.

des cours de formation sanitaire aux médecins et personnels paramédicaux. Ces écoles sont réparties de la manière suivante.

- 1 école de médecine : le CUSS de Yaoundé qui assure la formation de base et post universitaire des médecins et techniciens en soins infirmiers

- 7 écoles d'infirmiers et sages-femmes

- 6 écoles de formation des aides-soignantes pour une durée de 9 mois<sup>25</sup>.

Au total, on compte 82 à 100 infrastructures sanitaires à Yaoundé en 1989 Contre 54 en 1986. Ces résultats se rapprochent sensiblement des prévisions du Cameroun pour l'année 1991. En outre, ces formations disposent de 29,123 lits contre 39,872 lits prévus pour 1991<sup>26</sup>. Les actions bénéfiques de l'OMS se situent aussi au niveau du Renforcement des capacités du personnel donc il est judicieux de connaître.

#### **- Renforcement des capacités du personnel**

L'effectif du personnel notamment sanitaire et chauffeur a été renforcé avec le recrutement de 08 nouveaux chauffeurs, ce qui porte leur nombre à 36. Le Bureau a organisé une formation pour les chauffeurs et logisticiens sur les techniques de conduite en toute sécurité. Cette formation qui s'est déroulée en octobre 2017, comportait une partie théorique représentant 20% et une partie pratique 60%. Elle a regroupé l'ensemble des 36 chauffeurs du Bureau<sup>27</sup>. L'appui technique et financier de l'OMS a permis de renforcer les interventions de surveillance de la croissance chez les enfants de moins de 5 ans à travers, la formation de 10 formateurs nationaux et 50 personnels de santé issus de 15 formations sanitaires à grande fréquentation, et l'élaboration et dissémination de 3 aides-visuels (affiches) sur la surveillance de la croissance des enfants<sup>28</sup>. Le passage à échelle de cette surveillance permettra d'assurer la détection et la prise en charge précoce des enfants malnutris et/ou infectés par le VIH. Parallèlement à ces actions, l'OMS a collaboré avec d'autres agences du Système des Nations Unies et des organisations de la Société civile, pour élaborer le plan d'action et le Cadre Commun des Résultats 2017-2021 de Nutrition au Cameroun<sup>29</sup>. L'apport en infrastructures et la formation du

---

<sup>25</sup> Noëlle Yolande Henriette Ella, "La coordination des activités opérationnelles de l'OMS et de l'Unicef p. 230.

<sup>26</sup> Yolande Henriette Ella, "L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous p. 116.

<sup>27</sup> OMS-Cameroun Rapport Annuel, 2017, p. 16.

<sup>28</sup> A.OMS AP327 Formation du personnel sanitaire 2017.

<sup>29</sup> OMS-Cameroun Rapport Annuel, pour une bonne vie des populations 2016, p. 25.

personnel sont de grands moyens par lesquels l'OMS apporte son aide au pays mais elle se retrouve confronté à plusieurs difficultés qu'ils seraient judicieux d'élucider.

## **B - Approche critique ou quelques limites de l'OMS**

Dans cette sous partie, il est question de parler des insuffisances de l'OMS. En effet l'OMS est une organisation qui se trouve partout dans le monde et donc le but est d'amener tous les peuples à un niveau de santé le plus élevé possible. Elle se retrouve confrontée à un certain nombre de problèmes ou difficultés dont il est important de voir.

### **1- Limite sur le plan conceptuel et financier**

L'OMS joue un rôle important dans son combat contre les maladies, mais elle fait face à des difficultés qui tendent à ralentir ou empêcher son action dans certaines zones. Dans un rapport de 1993, le corps commun d'inspection critiquait le fonctionnement du système décentralisé de l'OMS : la plupart des bailleurs de fonds préfèrent traiter directement avec les gouvernements bénéficiaires, évitant prudemment les structures régionales et les bureaux de pays de l'OMS. Une série d'articles publiés dans le british médical journal en 1994-1995 reprenait en détail des critiques formulées principalement aux Etats Unis et au Royaume Uni, mais également par les pays scandinaves et les pays bas, à l'égard de l'OMS<sup>30</sup>. Selon ces articles, l'OMS manque d'un leadership efficace, son mandat, sa direction et ses priorités ne sont pas clairement définis. L'organisation est prise dans un cycle de déclin, les donateurs démontrant leur méfiance à l'égard de son directeur en plaçant leur fonds en dehors de son contrôle.

L'OMS n'a ni le mandat ni les moyens d'exécuter ses propres programmes. Elle dépend entièrement de la réceptivité et de l'efficacité des ministères de la santé nationale. L'argent dépensé pour les bourses d'études est, pour l'essentiel, gaspillé : les programmes régionaux de ces bourses ne répondent pas à une stratégie. Les bureaux régionaux sont inefficaces, bureaucratiques et politisés. Ils font double emploi avec l'expertise disponible au siège. Le contrôle que devaient exercer le conseil exécutif et les comités régionaux sur leur gestion est inefficace<sup>31</sup>. Souvent nommés sous l'influence politique, les représentants de l'OMS sont mal formés, handicapés par les bureaux régionaux, bureaucratiques et distants. Ils sont peu écoutés, n'ayant pas de fonds pour financer des cas spécifiques. Les bureaux de l'Unicef ont plus d'autonomie, ses représentants sont plus jeunes, mieux formés et plus enthousiastes que ceux

<sup>30</sup> Noëlle Yolande Henriette Ella, "La coordination des activités opérationnelles, p. 232.

<sup>31</sup> Doc. EB93/1994/REC/1, annexe I, partie I, appendice et le " rapport de situation du DG " doc A47/16 du 19 mars 1994.

de l'OMS. Les donateurs qui veulent une action rapide se tournent de plus en plus vers les ONG, comme Oxfam, *Save the Children* et *Action Aid*. L'OMS continue à vouloir tout faire avec ses ressources limitées, plaire aux riches et aux pauvres, sans établir de priorités ni faire de choix. En conclusion, un avertissement sévère : elle doit changer ou mourir. En janvier 1994, le Directeur Général donnait les grandes lignes de la réforme à entreprendre. Il rappelait les principales difficultés auxquelles se heurtait l'OMS pour disposer des ressources nécessaires : l'insuffisance des fonds, due à la politique de croissance zéro en valeur réelle appliquée au budget ordinaire, le déséquilibre croissant entre le financement ordinaire et le financement extrabudgétaire de certains programmes prioritaires, et la demande périodiquement faite à l'OMS de fixer ses priorités en fonction de la seule efficacité économique. Il soulignait la nécessité d'investissement à long terme, qui s'accompagne rarement de bénéfices visible et immédiats<sup>32</sup>.

Le rapport du Directeur Général sur l'actualisation de la stratégie de la santé pour tous soumis au conseil exécutif en novembre 1995 n'apportait pas d'élément décisif à l'appui d'un changement de stratégie. Le rapport notait que la diversité régionale en matière d'approche reflétait les différences profondes qui existent sur les plans de l'état de santé et de la disponibilité des ressources. Il soulignait la nécessité de faire le bilan à la fois des succès et des échecs de la stratégie de la santé pour tous et de veiller à ce que la nouvelle stratégie soit centrée sur les secteurs prioritaires qui auraient à l'avenir un impact maximum sur la santé<sup>33</sup>. Il réaffirmait la nécessité d'une approche coordonnée du développement sanitaire entre les autres organismes des Nations Unies, la Banque Mondiale, les ONG et le secteur privé, au niveau des pays et au niveau mondial. Il faudra définir plus nettement le rôle unique que jouerait l'OMS à l'avenir en matière de santé. Un autre rapport recommandait la révision des fonctions des bureaux de pays de l'OMS, le renforcement de ses bureaux, en privilégiant le recrutement du personnel national, l'accroissement des pouvoirs délégués aux représentants de l'OMS. La sélection de ces représentants devrait être améliorée, leur formation assurée ainsi que l'évaluation de leurs qualités. Dans le domaine de la gestion du personnel, une équipe de réflexion notait que le concept de longue carrière était peu à peu abandonné. A l'avenir, l'OMS aurait davantage recours à des experts engagés pour de courtes périodes, titulaire d'engagement de durée déterminée<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Yves Beigbeder, *Organisation Mondiale de la Santé*, Presse Universitaire de France, p. 120.

<sup>33</sup> Ibid., p. 121.

<sup>34</sup> Actes Officiels de l'OMS n° 2 'Débats et actes finaux de la Conférence Internationale de la santé', New York, 1946, p. 22.

Dans une résolution, le conseil exécutif félicitait l'équipe d'avoir envisagé des moyens novateurs de réduire les dépenses de personnel, notamment par un recours accru aux centres collaborateurs, aux consultants à court terme et aux services contractuels. Par contre, l'OMS s'est révélée inefficace et dispendieuse dans l'application de ses connaissances et l'exécution de ses programmes dans les pays, alors que d'autres organisations ont cette capacité. Ainsi, l'Unicef a démontré sa compétence sur le plan opérationnel, ainsi qu'un certain nombre d'ONG. La Banque Mondiale a développé sa propre expertise en santé publique et dispose de fonds considérables pour des programmes dans ce domaine<sup>35</sup>.

Par ailleurs, les ressources de l'OMS sont limitées et en diminution : elles ne lui permettent pas de tout faire, elle est maintenant en concurrence avec de nombreuses institutions internationales et nationales dans son propre domaine : il lui faut donc choisir son « créneau » et justifier sa compétence et la nécessité de son existence auprès des membres. Sa structure régionale devrait être radicalement transformée : dans la même mesure où ses activités principales seraient menées par les services du siège, les activités, les budgets et les effectifs des organisations régionales devraient donc être réduits. La plupart des projets d'assistance technique à l'intention de pays particuliers seraient supprimés, ou transférés à d'autres organisations. L'existence et le fonctionnement de l'OMS sont donc tributaires des subsides qui lui sont accordés par ses Etats membres et par d'autres donateurs, ce qui limite nécessairement son autonomie d'action et de décision. La crise financière qui a commencé en 1995 démontre amplement cette dépendance<sup>36</sup>.

## **2- Limite sur le plan technique sanitaire et matériel**

Sur le plan technique sanitaire de nombreuses insuffisances sont aussi à relever. En ce qui concerne le rôle normatif de l'organisation, le Directeur Général estimait que l'adoption de règlements aux termes de l'article 21 de la constitution pourrait être développée eu égard à l'importance des problèmes relatifs à l'éthique, les transplantations, la génétique. Par contre, il se demandait si la question de l'autorité de l'Assemblée pour adopter des conventions était pertinente dans la pratique, cette autorité n'ayant jamais été exercée dans le domaine sanitaire depuis la création de l'OMS. Il faut pourtant rappeler que l'assemblée de mai 1996 a prié le

---

<sup>35</sup> Yves Beigbeder, Organisation Mondiale de la Santé, Presse Universitaire de France, p. 120.

<sup>36</sup> Kabayaba, 'La coopération internationale en matière de santé le cas du Cameroun et de l'OMS' p. 42.

Directeur Général d'entreprendre l'élaboration d'une convention-cadre applicable à la lutte antitabac conformément à l'article 19 de la constitution<sup>37</sup>.

Enfin, le conseil exécutif, à sa session de janvier 1996, définissait pour la première fois des critères de sélection des candidats aux fonctions de Directeur Général et décidait que la durée du mandat du Directeur Général devrait être de cinq ans, mandat renouvelable une fois, sans que cette décision s'applique nécessairement au titulaire actuel de ce poste. Selon des groupes d'études indépendants, ces propositions de réforme seraient insuffisantes : elles ne répondraient pas aux graves critiques portées sur le rôle et l'action de l'OMS. Selon la théorie économique des avantages comparatifs, chaque organisation devrait se spécialiser dans les domaines où elles excellent. Il s'agit donc d'abord d'identifier ces domaines, et, ensuite, d'encourager ces organisations à limiter leurs activités à ces domaines<sup>38</sup>.

Les soins de santé primaire demandent, que les médecins soient repartis plus également entre zones urbaines et zones rurales, par ailleurs, les associations médicales des pays occidentaux ont protesté contre la formation et l'utilisation du personnel sanitaire de « deuxième catégorie » et contre le recours à des médecins traditionnels non scientifiques et à leurs pratiques<sup>39</sup>. Enfin, le programme des médicaments « médicaments essentiels » a provoqué l'hostilité des industries pharmaceutiques multinationales. Les obstacles étaient considérables : la santé publique étant tributaire de l'économie des pays, le soutien de dirigeants politiques à la nouvelle stratégie ne pouvait pas changer par elle-même les données politiques, économiques, sociales et cultures fondamentales des pays. Le soutien des ministères de la santé à la stratégie ne pouvait pas influencer les arbitrages budgétaires gouvernementaux, généralement défavorables aux dépenses dans le domaine de la santé publique<sup>40</sup>.

Par ailleurs, les rapports d'évaluation soumis par les Etats membres présentaient de sérieuses lacunes. Egalement en 1986, l'Assemblée déplorait les « lacunes persistantes de l'appui informationnel nécessaire au processus gestionnaire national pour le développement sanitaire » c'est à dire l'absence de données et statistiques sanitaires d'où les difficultés rencontrées par certains Etats et par l'OMS pour procéder à une véritable évaluation de la mise en œuvre mondial. A mi-parcours entre Alma Ata (1978) et l'an 2000, l'Assemblée affirmait

---

<sup>37</sup> Yves Beigbeder, *Organisation Mondiale de la Santé*, Presses Universitaire de France, Boulevard Saint Germain, 75006, Paris, 1997, p. 122.

<sup>38</sup> Simplicie Ayangma, « L'OMS et le développement de la santé au Cameroun de 1963-2000, Mémoire de Master II, Histoire Economique et Sociale, université de Yaoundé, 2012, p. 138.

<sup>39</sup> Mieux connaître l'OMS, OMS, 1990, pp. 5-7.

<sup>40</sup> Budget Programme de l'OMS pour 2006-2007 ; orientations stratégiques pour l'exécution dans la région africaine, rapport du Directeur Régional, comité de l'Afrique, 2005, pp. 5-6.

en 1988 qu'un leadership éclairé et efficace était fondamental pour intensifier et soutenir l'action sociale et politique en faveur de la santé pour tous. Elle appelait les Etats membres à développer un partenariat avec les communautés, les organisations non gouvernementales, les établissements d'enseignement et d'autres organisations communautaires, afin de mettre leur créativité et leur engagement au service de la nouvelle stratégie<sup>41</sup>.

Le nouveau Directeur Général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima (japon), élu en mai 1988, maintenait la stratégie et l'objectif de la « santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Au cours des débats à l'Assemblée, des délégués reconnaissaient pour tant que, si de nombreux pays avaient progressé vers un niveau de vie permettant à leurs populations de mener une vie socialement et économiquement productive, la situation sanitaire et les moyens de l'amélioration demeuraient largement insuffisants dans plus de 30 pays en développement parmi les moins avancés. En 1995, dans le cadre du processus général de réforme de l'OMS, l'Assemblée de la Santé demandait au Directeur Général de prendre des mesures nécessaires pour actualiser la stratégie de la santé pour tous ainsi que ses indicateurs. Les principes de base de la stratégie et sa mise en œuvre devaient donc faire l'objet d'un examen approfondi<sup>42</sup>. Qu'en est-il donc des difficultés rencontrées au niveau de la coopération OMS-Cameroun ?

### **3- Limite de la coopération OMS-Cameroun**

La coopération OMS-Cameroun est loin d'être parfaite dans la mesure où on relève aussi certaines insuffisances. En apportant son appui, l'OMS contribue aussi à étaler son hégémonie au Cameroun afin que les peuples s'arriment non seulement à sa norme, mais appliquent aussi un certain nombre d'obligation et principe.

#### **- OMS : comme acteur du "soft power" au Cameroun**

D'après Joseph Nye, le "soft power" en français "le pouvoir de convaincre" utiliser en relations internationales pour décrire la capacité d'un acteur d'influencer le comportement d'un autre acteur ou la définition d'intérêts à travers les moyens non coercitifs<sup>43</sup>.

Le Cameroun devient officiellement membre de l'OMS 2 ans après son accession à l'indépendance et par la suite l'implantation du bureau pays de l'OMS au Cameroun qui n'est pas un fait de hasard. En adhérant à l'OMS, le Cameroun a été contraint d'accepter un certain nombre de principe notamment la démocratie l'égalité de sexe, le droit des enfants et des

<sup>41</sup> Véronique Messe, 'Contribution de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun 1962- 2012, p. 132.

<sup>42</sup> OMS information, mars 1988, n° 119, p. 5.

<sup>43</sup> Joseph Samuel Nye, *Bound to lead: the changing nature of american power*, New York, Basic book, 1990, p. 261.

femmes et les principes de libertés contenues dans le droit à la santé de l’OMS. En effet, Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l’homme et de la conception d’une vie dans la dignité. La déclaration universelle des droits de l’homme de 1948 évoque également la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant (art.25). Le droit à la santé a par ailleurs été reconnu comme un droit de l’homme par le pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux, culturels<sup>44</sup>.

L’Etat camerounais a pour obligation principale de protéger et de promouvoir les droits de l’homme. Les obligations en rapport avec les droits de l’homme sont définies et garanties par le droit international coutumier et les traités internationaux relatifs au droit de l’homme, créant des obligations contraignantes pour les Etats qui les ont ratifiés pour donner effet à ces droits<sup>45</sup>.

D’après le pacte international relatif aux droits économiques socioculturels du droit à la santé article 2,

- Chacun des Etats parties au présent pacte s’engage à agir, tant par son effort que par l’assistance et la coopération internationale, notamment sur les plans économiques et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d’assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l’adoption de mesures législatives<sup>46</sup>.

-Les Etats parties au présent pacte s’engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l’opinion politique ou tout autre opinion, l’origine nationale ou sociale, la naissance ou tout autre situation. Lorsqu’ils ratifient les traités relatifs aux droits de l’homme, les Etats parties ont pour obligation de donner effet à ces droits dans leur ordre juridique interne<sup>47</sup>. Plus précisément, le paragraphe I de l’article 2 du pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels souligne que les Etats sont soumis à des contraintes en matière de ressources et qu’il faut du temps pour appliquer les dispositions du traité. Par conséquent, certains éléments des droits protégés au titre du pacte, y compris le droit à la santé sont réputés soumis à réalisation progressive<sup>48</sup>.

---

<sup>44</sup> Entretien avec Abe Metala chef service de la Division de la Coopération (DCOOP) au Ministère de la Santé Publique Age 47 ans le lundi, 12 avril 2021 à 11 h.

<sup>45</sup> Pacte internationale relatif au droit économique socioculturel article 2 du droit à la santé de L’OMS. OMS.

<sup>46</sup> Comité des droits économiques sociaux et culturels observations générale n° 3 sur la nature des obligations des Etats parties et observation générale n° 4, 1990, pp. 38-42.

<sup>47</sup> Voir déclaration et programme d’action de vienne (A/CONF.157/23), adoptés par la conférence mondiale sur les droits de l’homme, tenue à vienne du 14 au 25 juin 1993.

<sup>48</sup> Comité des droits économiques sociaux et culturels observations générale n° 3 sur la nature des obligations des Etats parties et observation générale n° 4, 1990, pp. 38-42.

L'OMS se sert de ces principes pour asseoir sa domination dans les pays notamment au Cameroun et redorer son image. Certaines décisions sont prises en back office et dont l'Etat camerounais n'a pas la main mise parce que nous sommes un Etat faible et sous-développé c'est la raison pour laquelle le pays subit une certaine domination de la part de l'organisation, car dans certains pays à fort revenu, l'Etat ne peut accepter se faire phagocyter par un certain nombre de principes. Un adage très connu dit : « c'est la personne qui a de l'argent qui commande et dicte les lois »<sup>49</sup> ou encore « la main qui donne sera toujours au-dessous de celle qui reçoit ». D'autre part, l'OMS veut non seulement redorer son image internationale, mais aussi imposer ses principes au Cameroun notamment l'égalité de sexe entre l'homme et la femme, la démocratie les droits de l'homme, des femmes et enfant. En somme l'OMS est une organisation mondiale qui a pu surpasser les autres institutions internationales sanitaires et dont les performances, l'excellence et l'expertise en matière de santé ont longtemps été prouvées. Cependant, en apportant son aide au Cameroun, elle contribue à insérer ses principes et à redorer son image et est confrontée à des obstacles. A cela, l'OMS et le Cameroun font face à plusieurs défis donc il serait nécessaire de surmonter afin d'améliorer l'état de la coopération entre les deux parties.

## **II-LES DÉFIS AUXQUELS SONT CONFRONTÉS L'OMS ET LE CAMEROUN DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ**

Un défi peut se définir comme une intention individuelle ou collective, de répondre à une situation complexe pour laquelle aucune solution n'émerge à priori en proposant une démarche inhabituelle et inclusive des parties prenantes<sup>50</sup>. L'OMS et le Cameroun sont confrontés à un certain nombre d'obstacles et c'est la résolution et l'atteinte de ceux-ci qui constituent un véritable défi pour les différentes parties.

### **A- Défis incombant à l'Organisation Mondiale de la santé**

Pour améliorer ses activités aux niveaux du pays, l'OMS doit relever un certain nombre de défis afin que son appui soit plus efficace au Cameroun.

---

<sup>49</sup> Entretien avec Abe Metala chef service de la Division de la Coopération (DCOOP) au Ministère de la Santé Publique Age 47 ans le lundi, 12 avril 2021 à 11 h.

<sup>50</sup> <https://universités.innovationpublique.wordpress.com>. Consulté le 9 juillet 2021 à 18 h 30 minutes.

## **1- Réduction des maladies transmissibles et non transmissibles**

L'une des tâches majeures de l'OMS au Cameroun est la réduction voire l'éradication des maladies transmissibles et non transmissibles qui sont en recrudescence dans la ville de Yaoundé. En effet, Soulager les souffrances, protéger la vie, préserver la santé, œuvrer pour le meilleur bien-être possible des populations, sont des missions que l'Organisation mondiale de la Santé au Cameroun s'est engagée à accomplir depuis 1962. Depuis 57 ans, les accords de base signés par l'Organisation mondiale de la Santé et le Cameroun se sont concrétisés au quotidien, par la mise en œuvre de programmes et de projets qui ont permis de sauver des vies et d'améliorer l'espérance de vie des populations. Pourtant, les défis n'ont pas manqué, dont certains demeurent. C'est le cas par exemple de la résistance de certaines maladies à l'instar du VIH, la tuberculose, le paludisme qui dont l'organisation peine encore a trouvé soit un vaccin, soit un traitement efficace pour éradiquer complètement ces maladies dont certains sont non transmissibles et d'autres causées par l'absence de nutriment et la mal nutrition<sup>51</sup>.

L'OMS en tant que Chef de file des partenaires bilatéraux et multilatéraux en santé, doit mobiliser de nombreux acteurs, pour une lutte concertée contre les principaux maux qui minent le système de santé camerounais. De ce fait, elle doit travailler de concert aux côtés du Ministère de la Santé Publique permettant ainsi au bureau de pays d'œuvrer pour élargir l'accès à la prévention, au traitement des maladies infantiles<sup>52</sup>. D'importantes ressources doivent être consacrées à garder le pays libre de la poliomyélite et réduire les maladies évitables par la vaccination, mobilisé les partenaires techniques et financiers pour un soutien effectif et une réponse immédiate et ciblée à la dernière ligne droite pour bouter la polio hors du Cameroun. A ce jour, une centaine de professionnels de santé, logisticiens, data managers, communicateurs se consacrent sans relâche à cette tâche.

Concernant l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires, un plan national multisectoriel de lutte contre le faux médicament et le trafic illicite de produits pharmaceutiques doit être élaboré et le renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires notamment l'utilisation des techniques moléculaires reste le principal défi à relever pour augmenter sensiblement le taux de dépistage des cas et surveiller efficacement la maladie surtout la forme multi-résistante. L'approvisionnement régulier en médicaments de première ligne a aussi interpellé l'action de

---

<sup>51</sup> Rapport annuel OMS-Cameroun, 2017, p. 14.

<sup>52</sup> Action de l'OMS sur la mobilisation de ressources par le renforcement des partenariats afin de fournir un meilleur appui aux Etats membres. OMS ; Comité Régional de l'Afrique, p. 1.

l’OMS<sup>53</sup>. Pour accompagner le pays dans la mise en œuvre de sa politique nationale de vaccination des enfants dans le cadre du PEV, l’OMS doit fournir au Ministère de la Santé un appui technique, financier et logistique pour répondre à des épidémies résultant des maladies évitables par la vaccination ; - Un financement de USD 23 316 pour la conduite d’une enquête sur les raisons de non vaccination des enfants dans les grandes villes de Yaoundé et Douala qui concentrent près de 64 % des enfants non vaccinés.

## **2- Renforcement de la Couverture Sanitaire Universelle**

L’OMS doit soutenir le Cameroun sur les mécanismes de couverture sanitaire universelle et de renforcement du système de santé car ils se révèlent donc incontournables et complémentaires pour l’atteinte par les populations du meilleur état de santé possible. Les responsables de la santé publique reconnaissent depuis longtemps que des systèmes de santé efficaces et équitables sont essentiels aux efforts visant à lutter contre la pauvreté et à favoriser le développement. La Couverture Sanitaire Universelle vise à faire en sorte que chacun obtienne les services de santé dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières dues au paiement de ces services. Cela suppose un système de santé résilient, efficace, réactif et bien géré ; un système de financement des services de santé ; l’accès aux médicaments et aux technologies essentiels ; et des ressources humaines en nombre suffisant, composées de personnels de santé bien formés et motivés<sup>54</sup>. Le processus de réflexions formelles sur la Couverture Santé Universelle (CSU) au Cameroun a démarré par la création en 2015 par le Gouvernement du Groupe Technique National multisectoriel avec pour mission principale de conduire le processus et de faire des propositions au Gouvernement sur les différents aspects de la mise en place de la CSU au Cameroun<sup>55</sup>.

Après sa visite officielle au Cameroun en février 2019, la Directrice Régionale de l’OMS pour l’Afrique, à la demande des autorités camerounaises, a instruit une mission d’appui en vue d’accélérer les progrès vers la CSU dans le pays. Cette mission d’une semaine, était animée par une équipe multidisciplinaire de sept membres, experts dans divers domaines notamment le système de santé, les prestations de service et qualité, la santé de la femme et de la reproduction, le financement de la santé et protection sociale, et la réponse humanitaire. La mission d’appui visait à identifier les domaines d’intervention de l’OMS pour favoriser la

---

<sup>53</sup>OMS. Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques : <https://www.who.int/about/collaboration/non-state-actors/fr/>. Consulté le 15 mars 2021 à 13 h 09 minutes.

<sup>54</sup> Rapport OMS-Cameroun programme biennal 2018-2019, p. 5.

<sup>55</sup> Action de l’OMS sur la mobilisation de ressources par le renforcement des partenariats, p. 6.

réalisation de la CSU et d'autres Objectifs de Développement Durable (ODD) relatifs à la santé. Plus spécifiquement, il s'agissait de : Faire le point avec le Gouvernement et les partenaires au développement au Cameroun sur les progrès accomplis dans le cadre de la CSU et les autres ODD liés à la santé ; Identifier les goulots d'étranglement ainsi que les interventions nécessaires pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte d'autres ODDs ; Discuter avec le Gouvernement et toutes les parties prenantes sur le rôle que l'OMS peut jouer, l'appui qu'elle peut apporter pour faire avancer l'agenda de la CSU au Cameroun, et Discuter avec le gouvernement de l'intégration des domaines suggérés pour appui de l'OMS dans la feuille de route de la CSU<sup>56</sup>.

### **3- Augmentation et l'amélioration de ses performances**

Pour l'amélioration de ses performances l'OMS doit relever de nombreux défis dans sa propre gestion afin de lutter efficacement contre les maladies infantiles dans la capitale du pays. Le cadre de gestion fondé sur les résultats et l'approche plus stratégique de la dotation en personnel, du financement et du soutien opérationnel qu'elle a adopté posent l'essentiel des fondements nécessaires pour y parvenir. L'OMS doit s'efforcer d'être plus efficace, plus transparente et viser l'excellence dans l'accomplissement de ses fonctions essentielles. Elle devrait renforcer cette présence. Sa stratégie de coopération avec les pays lui permet d'œuvrer avec eux de façon plus stratégique et d'harmoniser ses efforts avec ceux de l'ensemble du système des Nations Unies<sup>57</sup>.

Par ailleurs, pour s'acquitter de son mandat, l'organisation doit améliorer en permanence la qualité de son travail. Pour cela, elle doit tirer systématiquement les enseignements de son expérience et de celle des autres. Elle dispose de moyens pour améliorer la qualité de son travail tels que les comités techniques consultatifs, la gestion des services du personnel et l'examen collégial des plans et des programmes, mais ces mécanismes devront être étendus à toutes les fonctions essentielles de l'OMS grâce à des systèmes mieux définis d'améliorer des résultats. On continuera de s'efforcer de gérer l'organisation comme une seule et même entité en multipliant les systèmes communs aux trois niveaux. La constitution de l'OMS défend le principe de diversité régionale, mais dans un cadre mondial de gestion axée

---

<sup>56</sup> Rapport OMS-Cameroun programme biennal 2018-2019, p. 5.

<sup>57</sup> Activité de l'OMS dans la région africaine 2006-2007 ; Rapport Biennal du Directeur Régional, Yaoundé-Cameroun 1 à 5 Septembre 2008, OMS/AFRO, p. 4.

sur les résultats assortis de systèmes d'obligation redditionnelle et d'évaluation de la performance<sup>58</sup>.

- L'OMS tient à s'assurer les services d'un personnel hautement compétent et à renforcer ses organes consultatifs scientifiques et techniques. A mesure que les attentes évolueront, le secrétariat devra concevoir des méthodes plus souples pour atteindre l'excellence et la garantir durablement selon les dispositions en vigueur concernant la dotation en personnel ou en adoptant de nouvelles. L'OMS doit s'efforcer d'atteindre un juste équilibre dans la représentation des deux sexes, au sein de la direction que de ses organes consultatifs<sup>59</sup>. Après avoir montré les défis incombant à l'OMS, il est tout aussi important de voir ceux incombant au Cameroun.

## **B- Défis incombant au gouvernement camerounais**

Le gouvernement camerounais doit aussi relever un certain nombre de défis non seulement pour l'amélioration des conditions de vie de ses populations mais de permettre que l'action de l'OMS qui n'est que complémentaire, soit plus efficace au sein de son territoire.

### **1- Accroissement des moyens financiers pour la réalisation des divers objectifs**

Le financement a toujours été nécessaire pour la réalisation de multiples projets pour le développement et en dépit des progrès réalisés pour renforcer les partenariats et améliorer la mobilisation des ressources dans la ville de Yaoundé, de nombreux défis restent à relever.

Il existe un besoin pressant d'accroître le financement dans des domaines tels que la Couverture Sanitaire Universelle, le renforcement des systèmes de santé et les situations d'urgence sanitaire. Si les Etats membres ont reconnu la nécessité d'assurer un financement additionnel pour les situations d'urgence avec la création du Fonds Africain pour les Urgences de Santé Publique (FAUSP) par la résolution AFR/RC60/R5, leurs contributions restent sous-optimales et certains pays continuent de s'acquitter de leurs quotes-parts hors délai<sup>60</sup>. Dans un contexte de compétition pour l'obtention des financements des donateurs internationaux, qui sont eux-mêmes frappés par la crise financière mondiale qui perdure malgré des pics de croissance retrouvée pour certains, la raréfaction des ressources impose, à ce niveau, des arbitrages. C'est pourquoi les autorités camerounaises se doivent de mettre en place leur propre

<sup>58</sup> Onzième programme général de travail 2006-2015 ; s'engager pour la santé ; programme national d'action sanitaire, paragraphe c Mai 2006, p. 44.

<sup>59</sup> Ibid., Paragraphe e p. 44.

<sup>60</sup> Rapport du premier forum de l'OMS sur la santé en Afrique : <https://www.afro.who.int/fr/publications/premier-forum-de-l'OMS-sur-la-santé-en-Afrique-rapport> consulté le lundi le 15 mars 2021 à 9 h.

stratégie nationale de financement de la santé, et renforcer la mobilisation des ressources au niveau national afin de contribuer à l'atteinte des 15% décidés à Abuja, sans lesquels l'atteinte des objectifs est difficile. C'est possible, car le Ministère de la Santé Publique a réalisé en 2010 une expérience réussie dans le cadre d'une table ronde des partenaires nationaux et internationaux, pour mettre en place le Programme de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile<sup>61</sup>.

Toujours dans le cadre des défis, l'Etat devrait :

- Soutenir le financement du programme général de travail : le pays devrait soutenir les efforts de financements du budget programme de l'OMS, en étant guidé dans sa démarche par la nécessité d'être plus flexible et plus prévisible à l'OMS.

- Honorer les engagements pris envers le fonds africain pour les urgences de santé publique : le pays devrait verser sa quote-part dans les délais prescrits pour améliorer le fonctionnement et la viabilité du fonds. Cette action doit être alignée sur le barème des contributions fixées approuvées par la soixante-septième session du comité régional. En outre, le pays devrait soumettre des rapports d'activité financiers à temps après qu'ils aient bénéficié du financement du FAUSP<sup>62</sup>.

## **2- Volonté politique du gouvernement sur la réduction de la mortalité néonatale**

Une bonne volonté politique du gouvernement est nécessaire pour la mise en place des stratégies et l'amélioration des conditions de santé des populations. En effet, le budget de l'Etat alloué à la santé est très faible et fluctue entre 5,5% et 7% depuis 2011, alors que la Déclaration d'Abuja préconise 15% aux Etats. Les dépenses allouées à la santé en 2012 ont été de 68 USD en moyenne par habitant. Seulement 6,46% de la population camerounaise est couverte par un mécanisme de protection sociale en santé, avec un taux de mutualisation très faible (2%). Le taux de couverture des services de santé est de 40% pour le paquet minimum alors que le taux attendu selon l'Indice OMS est plus de 50%. Par conséquent l'Etat doit de plus en plus intervenir dans la santé et travailler en étroite collaboration avec les agents de l'OMS pour relever plusieurs défis sanitaires<sup>63</sup>.

Le pays n'est encore en très bonne voie pour atteindre l'OMD d'ici 2015. Cela est dû à toute une série d'obstacles tels que, la mauvaise coordination entre les partenaires, le nombre

---

<sup>61</sup> Activité de l'OMS dans la région africaine 2006-2007, p. 4.

<sup>62</sup> Ibid., p. 7.

<sup>63</sup> Budget programme de l'exercice biennal 2008-2009, p. 1.

limité des agents de santé qualifiée, le soutien financier insuffisant ainsi que les autres problèmes liés des systèmes de santé qui compromettent la prestation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence<sup>64</sup>.

Pour la Réduction de la Mortalité maternelle et infantile des efforts doivent davantage être déployés à tous les niveaux, la ville de Yaoundé continue de subir un fardeau du taux mondial de mortalité des enfants de moins de cinq ans du taux de mortalité maternelle. Le ratio de mortalité maternelle est encore beaucoup trop élevé. En effet, les femmes et les enfants de la ville sont encore confrontés à une charge de morbidité très élevée, ainsi qu'à des taux de décès élevés. Une démarche multidimensionnelle est nécessaire pour résoudre ce problème. L'amélioration des infrastructures sanitaires pour permettre au public d'avoir un meilleur accès aux prestataires de soins de santé, l'accroissement des investissements des ressources humaines sont justement les quelques changements que nous devons opérer d'urgence. De manière fondamentale, le pays doit continuer à promouvoir les soins de santé primaires au niveau local, à impliquer les familles et communautés, à améliorer l'accès à des soins de santé de bonne qualité. Les soins universels constituent le nouveau mouvement mondial qui pourrait nous amener à améliorer les résultats sanitaires pour la mère et l'enfant<sup>65</sup>.

### **3- Mise en place d'une Planification Familiale efficace et soutien pour la vaccination**

La PF est une méthode très efficace pour non seulement la limitation des naissances mais aussi le contrôle des maladies infantiles. Les contraintes en ressources financières, qui ont ralenti la mise en œuvre des stratégies convenues, constituent encore un grand défi à la mise en place des services de Planification Familiale. Ce vide a eu un impact sur la disponibilité des moyens de contraception. En effet, plusieurs femmes souhaiteraient arrêter d'avoir des enfants ou les avoir plus tard, mais elles sont incapables de le faire car elles ne peuvent pas avoir accès à des méthodes efficaces de contraception, et là où elles le peuvent, le choix est souvent limité ou trop coûteux<sup>66</sup>. Il y a aussi une réticence à utiliser les moyens de contraceptions disponibles, faute d'information sur les effets secondaires, et à cause de l'opposition culturelle et religieuse dans certaines régions. Il faut éliminer ces obstacles en accroissant les services de Planification Familiale de qualité, efficacement contrôlés, et en réduisant les obstacles financiers, religieux, sociaux et géographiques auxquels ces services sont confrontés<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> Luis Gomes Sambo Directeur Régional, Une décennie d'action de l'OMS dans la région africaine ; œuvrer ensemble pour atteindre les objectifs en matière de santé par 2005-2015, OMS/AFRO, p. 41.

<sup>65</sup> Ibid., p. 42.

<sup>66</sup> Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Nations Unis, New York, pp. 24-34.

<sup>67</sup>Ibid., p. 36.

S'agissant du soutien à la vaccination le pays devrait développer ses infrastructures et accroître ses ressources pour mieux se servir des vaccins, six points clés sont nécessairement à prendre en compte dans la stratégie de communication intégrée visée. Il s'agit notamment :

- d'accroître la fréquentation et l'utilisation par l'amélioration de l'information sur l'offre des services ;

- de la planification familiale : modifier les croyances erronées actuelles sur la PF et susciter son acceptation par le plus grand nombre ;

- de rendre accessible l'éducation sexuelle aux adolescents et jeunes en milieu familiale et extra familial et faire la réduction de la mortalité maternelle et néonatale une cause nationale impliquant tous les secteurs et parties prenantes y compris les hommes ;

- de Susciter l'adhésion de toute la population aux activités du PEV, prévention du paludisme chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans, impliquer la communauté dans la prise des décisions en matière de communications et leur exécution<sup>68</sup>. En définitive, nous pouvons constater que les défis majeurs auxquels sont confrontés l'OMS et le Cameroun sont pluriels et constituent la condition sine qua non du développement. A cela, des solutions novatrices sont proposées pour l'amélioration des performances et rendre plus efficace l'état de la collaboration entre les deux parties.

### **III- PERSPECTIVES DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN**

Une perspective d'avenir peut se comprendre ou se définir comme un ensemble d'évènement de projet ou évolution, devenir de chose qui se présente comme probable ou possible, éventualité horizon. Aussi considéré comme un évènement ou ensemble d'évènements futurs envisagés<sup>69</sup>. Dans cette partie il est question pour nous de proposer des alternatives pour améliorer la coopération OMS-Cameroun.

#### **A- Perspectives pour OMS**

L'OMS doit jouer un rôle important dans l'assistance et l'appui aux pays pour analyser et évaluer leurs besoins en santé, formuler ou mettre à jour leurs politiques nationales de santé, déterminer les domaines d'intervention pertinents et définir les résultats attendus. En plus, les bureaux de l'OMS dans le pays doivent jouer le rôle de conseillers auprès du gouvernement sur

---

<sup>68</sup> Action de l'OMS sur la mobilisation de ressources par le renforcement des partenariats afin de fournir un meilleur appui aux Etats membres, OMS, Comité Régional de l'Afrique.

<sup>69</sup> <https://didierbibard.blogspot.com>. Consulté lundi 24 mai 2021 à 11 h 20 minutes.

les questions de santé, apporter un appui technique, aider dans la mobilisation des ressources et collaborer avec les autres partenaires au développement à tous les niveaux afin d'assurer un appui cohérent aux efforts nationaux de développement sanitaire<sup>70</sup>.

### **1- Sur le plan scientifique**

Le choix des priorités au niveau du pays est basé sur les besoins et priorités, tout en prenant en compte les engagements pris par le pays et au niveau régional et mondial. La Contribution de l'OMS va s'exercer à travers 5 fonctions essentielles qui reposent sur l'adaptation des fonctions énoncées dans la stratégie institutionnelle mondiale de l'OMS au niveau du pays. On peut citer :

- l'appui à la mise en œuvre des activités de routine à long terme ;
- l'accélération de l'adoption de stratégie et d'innovations techniques adaptation des directives selon les spécificités du pays ; démarrage de la mise en œuvre à grande échelle.
- appui à la recherche et développement ; expérimentation de la politique ; élaboration de directives, stimulation du suivi de la performance de la santé et du secteur santé, évolution et anticipation des tendances ;
- partage de l'information options et positions génériques de politiques, directives et normes, étude de cas de bonnes pratiques : plaidoyer ;
- fourniture de conseils spécifiques en matière de politiques et d'avis techniques de haut niveau ; rôle d'intermédiaire et d'arbitre ; influence sur la politique l'action et les dépenses du gouvernement et des partenaires au développement<sup>71</sup> ;

Pour le leadership et la gouvernance, l'OMS doit contribuer au renforcement des capacités techniques et managériales du personnel de santé surtout, au niveau du district de santé, par l'adaptation des curricula de formation et la formation des équipes cadres à la gestion. En matière de prestation des services de santé, l'OMS doit continuer à assurer un accompagnement technique pour la viabilisation des districts de santé, selon les principes des soins de santé primaires (Déclaration de Ouagadougou), l'élaboration des protocoles standards en vue d'assurer la qualité des soins. En outre, l'OMS peut apporter son appui au renforcement de la participation communautaire notamment, par l'élaboration et la mise en œuvre d'une

---

<sup>70</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Cameroun 2003-2007, p. 6.

<sup>71</sup> Ibid., p. 9.

stratégie nationale. En ce qui concerne les ressources humaines, l'OMS devrait fournir un soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines, ainsi qu'à la mise en place d'un observatoire des ressources humaines, pour la santé<sup>72</sup>. S'agissant du financement de la santé, l'appui devrait porter sur l'élaboration d'un plan stratégique de financement de la santé, sur la base du programme commun (PNDS), l'élaboration régulière des comptes nationaux de santé, la poursuite du développement des mutuelles de santé et la réflexion sur la mise en place d'un système d'assurance-maladie. Pour ce qui est du système d'information sanitaire pour la gestion, il s'agit de soutenir la mise en œuvre du plan stratégique de l'information sanitaire, pour un meilleur suivi du développement du système de santé et la mise en œuvre intégrée des programmes de santé. Par ailleurs, l'OMS apporte un appui pour la révision de la carte sanitaire, ainsi que l'élaboration et la publication des Rapports annuels des Statistiques sanitaires<sup>73</sup>.

La nouvelle Stratégie de Coopération tient compte des nouveaux défis, tout en aidant le pays à relever ses propres défis relatifs au développement sanitaire. Ainsi, l'OMS doit veiller à : appuyer les initiatives relatives à la promotion de l'approche droit humain et droit à la santé, l'approche genre pour un système de santé fort, bâti sur les soins de santé primaires revalorisés, capable de répondre équitablement, aux besoins de la société ; appliquer les nouvelles pratiques en matière d'aide au développement, en rapport avec les Déclarations de Paris et de Rome, et en privilégiant l'approche programme, au niveau du secteur santé « SWAP Santé »<sup>74</sup>; contribuer à la réforme du Système des Nations Unies, conformément à l'esprit « *Delivering as One* » en capitalisant les expériences des pays pilotes ; développer et utiliser le cadre de travail soutenant cette réforme comme l'UNDAF, les programmes conjoints (à l'instar de la lutte contre le VIH et le sida, la décentralisation, l'approche harmonisée pour le Transfert des Ressources) (HACT) ; assumer la responsabilité au niveau national, de la contribution du secteur de la santé à l'UNDAF, eu égard à son mandat et à ses avantages comparatifs ; assurer la surveillance, l'alerte et l'action en faveur de la sécurité sanitaire internationale, face à l'ampleur des problèmes liés à la mondialisation comme, en premier lieu, les menaces de pandémies (grippe aviaire, grippe A/H1N1), en deuxième lieu, les risques sur la santé liés au changement climatique et enfin, les risques de multi résistance de certains germes, à l'exemple

<sup>72</sup> Luis Gomes Sambo, Une décennie d'action de l'OMS dans la région africaine ; œuvrer ensemble pour atteindre les objectifs en matière de santé par 2005-2015 OMS/AFRO, p. 65.

<sup>73</sup> Stratégie de coopération de l'OMS avec le Cameroun : un aperçu, pp. 1-2.

<sup>74</sup>Ibid., p. 4.

de la tuberculose ; contribuer à la mise en œuvre effective de la politique nationale de décentralisation, au niveau du secteur de la santé<sup>75</sup>.

## **2- Sur le plan socio-sanitaire**

L'OMS devra déployer de grands efforts pour renforcer son assistance au Cameroun en vue d'améliorer sa situation sanitaire. Ainsi, il serait souhaitable que ses pouvoirs soient renforcés afin qu'il ait beaucoup d'influence dans le suivi de ses programmes. Elle devrait aussi avoir ses moyens tant techniques que matériel et financier afin d'éviter les lacunes du passé. La lutte contre la maladie notamment le VIH sida, le paludisme est une nécessité pour assurer la promotion de la santé des populations. L'OMS doit donc relancer sa collaboration dans ce domaine<sup>76</sup>. En outre, Elle devrait aussi transmettre des informations au ministère de la santé, aux spécialistes de la santé qui s'occuperaient à leur tour de les transmettre aux populations. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue le fait que la réussite des programmes nationaux dépend essentiellement de l'action du pays lui-même comme l'a rappelé plus haut le Dr Malher.

L'OMS doit certes apporter son soutien, mais cet appui n'est que complémentaire. L'OMS peut mener le combat politique pour le développement sanitaire sur le plan international. Il faut dire que les efforts de l'OMS en matière de coopération marquent l'apparence des pratiques administratives correctement appliquées, la gestion des programmes reste inadéquate dans une large mesure.

Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme : l'appui de l'OMS doit porter sur : l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme de 3<sup>e</sup> génération, dans le cadre de la mise à échelle des interventions prioritaires du secteur de la santé, en matière de prévention, traitement et soins, y compris les activités conjointes ; l'extension de la couverture en matière de dépistage et de traitement, l'amélioration de la qualité de la prise en charge et une meilleure intégration des interventions conjointes pour les malades du sida, de la tuberculose et du paludisme, à travers l'élaboration et la diffusion des politiques, normes et schémas thérapeutiques standardisés, ainsi que la formation/recyclage du personnel sans omettre la gestion de l'information stratégique, à travers le renforcement de la surveillance épidémiologique des trois maladies, la prévention et la surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux ARV, du paludisme aux ACT, de la tuberculose aux antituberculeux, des infections sexuellement

---

<sup>75</sup>Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Cameroun 2003-2007, p. 28.

<sup>76</sup>Chroniques OMS, 1977, p. 534.

transmissibles aux médicaments spécifiques, et des vecteurs du paludisme aux insecticides ; le plaidoyer et le renforcement du dépistage du VIH, de la tuberculose et du paludisme<sup>77</sup> .

Concernant la santé de la mère et du nouveau-né, l’OMS doit fournir un appui pour : la mise en œuvre de la « Feuille de Route nationale pour l’Accélération de la Réduction de la Morbidité/mortalité maternelle et néonatale » à travers le renforcement des capacités des personnels chargés de la santé de la mère et de l’enfant, la mise à échelle des Soins obstétricaux et néonataux d’Urgence, les soins pré et postnatals y compris, le repositionnement de la planification familiale et les audits des décès maternels ; le renforcement du système d’information sanitaire pour le suivi de l’atteinte de l’OMD 5 ; la prise en compte de la dimension genre dans les programmes de santé ; la mise en œuvre d’interventions de lutte contre les pratiques néfastes, les violences sexuelles et les violences basées sur le genre<sup>78</sup>.

Sur les interventions en faveur de la survie de l’enfant, l’OMS doit appuyer : l’introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine ; les interventions en vue de la certification de l’éradication de la poliomyélite ; le renforcement de la mise en œuvre de l’approche « Atteindre Chaque District » (ACD) et les Activités de Vaccination Intensifiées (AVI), en vue de l’augmentation de la couverture vaccinale ; l’organisation des semaines d’action de santé et de nutrition infantile et maternelle (SASNIM) et autres interventions intégrées de survie de l’enfant; l’accélération de la mise en œuvre de la PCIME, dans ses trois composantes<sup>79</sup>.

## **B- Perspectives pour le gouvernement Camerounais**

Face à ses problèmes sur le plan sanitaire, le pays s’est doté d’une politique nationale de population dont le but est d’améliorer le niveau et la qualité de vie de la population dans le cadre d’un développement humain durable, en conformité avec la dignité humaine et les droits fondamentaux de l’homme, en assurant notamment l’adéquation entre la croissance démographique, les ressources démographiques et les ressources disponibles et accessibles. Le pays s’engage à utiliser les ressources additionnelles ainsi obtenues pour renforcer les services sociaux de base, essentiellement la santé et l’éducation<sup>80</sup>.

<sup>77</sup> Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays Cameroun 2010-2015, pp. 21-23.

<sup>78</sup> Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays Cameroun 2003-2007, p. 10.

<sup>79</sup> Ibid., p. 14.

<sup>80</sup> Rapport Mondial sur le Développement Humain 2002, p. 18.

## 1- Sur le plan sociopolitique

Le Cameroun doit fournir davantage des efforts pour non seulement faciliter l'action de l'OMS dans le pays mais aussi permettre les meilleures conditions de vies à ses populations. Pour cela, elle devra mettre en place une bonne gouvernance qui permettra la mise en place d'une politique sanitaire bénéfique capable de répondre efficacement aux conséquences sanitaires des urgences humanitaires, et aussi la stabilité politique du pays , qui permettra le développement et l'atteinte des objectifs fixés pour l'émergence en cours qui est une vision vers l'horizon 2035 ainsi que des stratégies pour les atteindre contenu dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE).

Le gouvernement doit tenir compte des réformes en cours dans le système de la santé et la lutte contre la maladie depuis l'adoption de la Stratégie Sectorielle de Santé (2001-2011), avec élaboration d'un cadre conceptuel d'un district de santé et des paquets minimums et paquets complémentaires d'activités de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, sans oublier le Port à échelle des interventions de survie de l'enfant et de promotion de la santé pour les adolescents. Tout en Contrôlant les principales maladies transmissibles et non transmissibles, notamment le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, les maladies tropicales négligées. On doit développer les systèmes d'information de l'OMS pour que les administrateurs soient renseignés sur les résultats des programmes – informations que devrait leur fournir le système mondial de gestion –, mais aussi sur l'état d'avancement et la qualité des travaux essentiels communs à toute l'Organisation entrepris sous leur responsabilité<sup>81</sup>.

Mettre en place des ressources humaines en quantité et de qualité nécessaires pour le fonctionnement adéquat des structures de santé et l'amélioration de l'accès aux médicaments, en particulier dans le cadre des programmes prioritaires pour rendre les districts de santé viables dans le cadre des soins de santé primaires et permettre la réduction des niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infantile par la mise en œuvre d'interventions intégrées et efficaces<sup>82</sup>. Il est recommandé principalement ; d'augmenter les financements pour une meilleure couverture en soins de qualité et quantité, de renforcer la multisectorialité, d'améliorer la gouvernance et la recevabilité. Quant aux femmes, il est souhaitable une meilleure information des populations sur les interventions des partenaires internationaux pour la réduction de la mortalité infantile et maternelle ainsi que la santé de reproduction ; améliorer l'accessibilité

---

<sup>81</sup> Onzième programme général de travail : suivi de la mise en œuvre Rapport du Secrétariat 8 mai 2007, p. 6.

<sup>82</sup> Ibid., p. 9.

géographique des soins en faveur de la lutte contre la mortalité infantile et maternelle en demandant aux partenaires de financer la construction des formations sanitaires et de les équiper davantage ; de subventionner les services de santé afin de les rendre plus accessible sur le plan financier renforcer l'éducation, l'information et la communication en matière de santé en général et pour la santé maternelle et infantile en particulier <sup>83</sup>.

## **2- Sur le plan technique et sanitaire**

Sur le plan technique et sanitaire le pays devra encore déployer plus d'effort pour améliorer la santé de sa population il devra mettre sur pied un certain nombre de mécanisme notamment : - mise sur pied des mesures de redynamisation en vue d'obtenir une plus grande sensibilité et efficacité des services de santé.

- développer des infrastructures et équipements sanitaires afin de résorber les déséquilibres dans la répartition spatiale des structures sanitaires notamment entre les zones rurales et les régions enclavées et frontalier d'une part et les centres urbain d'autre part. De ce fait, il revient au gouvernement camerounais de développer les services d'accueil et d'urgence dans tous les hôpitaux publics, développer le réseau national de pharmacie et veiller à leur approvisionnement régulier en médicaments essentiels et à leur gestion. Il s'agit aussi d'assurer la mise en place d'équipements techniques adaptés dans les hôpitaux<sup>84</sup>.

- accentuer la priorité à la médecine préventive. Cette priorité devra se traduire par la généralisation du recours à la vaccination, la surveillance des grossesses, l'éducation sanitaire et l'hygiène buccodentaire, la prévention prophylactique, l'amélioration des conditions d'hygiène et de salubrité, la lutte contre les maladies<sup>85</sup>.

- développer la recherche et l'information : la recherche médicale devrait se porter en priorité sur les cas des maladies tropicales à l'instar du paludisme, de la trypanosomiase, du sida et les hépatites virales etc. L'information quant à elle devrait permettre de mieux gérer l'ensemble des équipements, la carte sanitaire, les statistiques démographiques et sanitaires sans omettre l'intensification de la formation du personnel de santé en accordant une priorité des spécialistes notamment les chirurgiens-dentistes, gynéco-obstétriciens, pharmaciens, le ministère de la santé devrait mettre tout en œuvre pour progresser, dans l'exécution d'activités sanitaires inscrites au programme national. Il doit continuer à mettre l'accent sur l'ensemble du

---

<sup>83</sup> Noufack Zambou, 'Coopération internationale et réduction de la mortalité maternelle et infantile' pp. 75-76.

<sup>84</sup> Yolande Henriette Ella, 'L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous p. 103.

<sup>85</sup> Kabayaba, 'La coopération internationale en matière de santé le cas du Cameroun et de l'OMS p. 49.

territoire national. Par ailleurs, il devrait travailler en collaboration avec d'autres secteurs impliqués dans le développement socioéconomique<sup>86</sup>.

- Donner une priorité aux médicaments essentiels et aux génériques. Établir des politiques de contrôle efficaces des médicaments, de l'approvisionnement jusqu'à la commercialisation. Lutter contre la corruption et Mettre en place un cadre légal de l'exercice de la médecine traditionnelle, et des mesures répressives à l'encontre des charlatans. Enfin, évaluer les besoins en personnels de santé, former les personnels en fonction des besoins, et mettre en place des règles strictes d'exercice de la médecine<sup>87</sup>.

Il ressort de ce qui précède que l'OMS est une organisation mondiale qui a pu surpasser les autres institutions internationales sanitaires et dont les performances, l'excellence et l'expertise en matière de santé ont longtemps été prouvées. Elle a apporté sa contribution sous plusieurs plans dans le pays particulièrement dans la ville de Yaoundé pour lutter voire l'éradication des maladies qui provoquent généralement un taux élevé de mortalité chez les enfants moins de 5ans. Ainsi, on note une diminution considérable du taux de mortalité et de morbidité infantile dans la ville. Cependant, en apportant son aide au Cameroun, elle contribue à insérer ses principes et à redorer son image, et se retrouve quelque peu confronter à certaines difficultés qui ralentissent ou empêchent son action. Pour surmonter ceux-ci, elle et les autorités camerounaises faire face à plusieurs défis majeurs dans le but non seulement de combler ces lacunes, mais aussi de changer de statut. Heureusement des solutions novatrices sont proposées pour l'amélioration des performances.

---

<sup>86</sup> Véronique messe, "Contribution de l'OMS au développement sanitaire du Cameroun 1962- 2012" p. 120.

<sup>87</sup> Jean Paul Beyeme Ondoua, "Le système de santé camerounais" Rubriques Internationale, ADSP n°39 juin 2002, p. 65.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Rendu au terme de notre analyse, il était question de faire une étude profonde sur ‘la coopération OMS-Cameroun dans la lutte contre les maladies infanto-juvéniles dans la ville de Yaoundé 1963-2019’. Cette recherche a été motivée par notre désir de mener une réflexion profonde sur l’apport de l’OMS dans le développement de la sante infantile dans la ville de Yaoundé. La méthode de rédaction quant à elle est qualitative axée sur une approche hypothético déductive qui est une méthode scientifique qui nous a permis de formuler une hypothèse afin d’en déduire des conséquences observables afin d’en déterminer la validité et l’examen de notre problématique nous a conduit à un questionnement qui a permis de structurer notre problématique en quatre chapitres.

Sur la base d’une exploitation de témoignages et de documents divers et variés, il en ressort que l’OMS est né d’une part, par une succession de conférences et conventions sanitaires et d’autre part, par la création d’institutions de santé publique qui ont été favorisé par l’apparition des maladies endémiques. Ces dernières ont favorisé en 1946 à travers la conférence internationale, la mise en place de la constitution de l’OMS, adoptée à New York par la conférence mondiale de la santé le 22 juillet de la même année. Cette organisation apparait donc dans un moment où l’Europe était plongée dans le chaos en matière de maladies épidémique, son but global étant d’amener les peuples au niveau de santé le plus élevé.

Toutefois, avant 1960, le Cameroun adhère à l’OMS comme membre associé sous la houlette de la France et l’Angleterre, mais deux ans après son accession à l’indépendance, les relations entre les deux parties deviennent officielles grâce à la signature de l’accord de siège du 8 décembre 1962. L’organisation continue de répondre aux besoins sanitaires du pays dans un moment où la ville de Yaoundé est fortement menacée par une prévalence de maladie transmissible et non transmissible causant ainsi la mort de centaines d’enfants. La présence et l’action de l’organisation est vu par les populations de la cité capitale comme un moyen efficace de lutte, d’éradication et de traitement des maladies.

Cette Coopération fait apparaitre inéluctablement deux catégories d’acteurs notamment les acteurs nationaux qui agissent de plusieurs manières dans le domaine sanitaire sur le plan

local et qui sont constitués au sommet par des structures de prises de décisions et les acteurs internationaux qui agissent également dans le domaine sanitaire sur le plan international sous la conduite ou le contrôle de l'OMS et qui sont formés des structures de fabrication de médicament, financement et d'autres organisations internationales sans oublier les enjeux.

Par ailleurs, pour apporter son appui dans la lutte contre les maladies infantiles, l'OMS a procédé à l'usage de moyens pluriels. L'organisation a également accompagné le Cameroun dans la réalisation de plusieurs projets tout en apportant son appui multiforme dans de nombreux autres domaines auxquelles elle se fait souvent assister par d'autres organisations des Nations Unies, exerçant aussi dans le domaine de la santé afin d'éviter des chevauchements de programmes, et favoriser l'entente entre organisations.

La coopération OMS-Cameroun est une coopération multilatérale qui est bénéfique non seulement pour l'OMS mais aussi pour un pays en voie de développement comme le Cameroun, qui est passé d'Etat membre associé à membre. Et dont la contribution de l'organisation a permis une diminution considérable du taux de mortalité et de morbidité infantile dans la ville de Yaoundé. Cela est perceptible à travers un certain nombre de retombées technique, sanitaire, socio-économique. Cette coopération fructueuse de l'OMS avec le Cameroun a eu non seulement des impacts positifs mais a généré un certain nombre d'avantage ces dernières années. Elle se manifeste à travers des mesures prises pour l'amélioration du cadre sanitaire qui sont généralement contenu dans des programmes biennaux, des documents stratégiques et bulletins... Comme avantages nous avons notamment le renforcement du leadership du ministère de la santé auprès de ses partenaires, et de rehausser l'image de marque de l'organisation auprès du gouvernement et des partenaires du secteur de la santé sans oublier l'actualisation en 2009, de sa stratégie sectorielle de santé. Le ministère de la santé publique du Cameroun s'est donné le double défi majeur de renforcer le système de district et d'assurer la mise en œuvre adéquate des programmes de santé. L'OMS pour sa part, tenant compte des défis auxquels fait face le pays, mais aussi de la direction stratégique, définie dans le cadre de son plan stratégique à moyen terme et des insuffisances dans la mise en œuvre de sa précédente stratégie de coopération avec le Cameroun, poursuit les réformes nécessaires pour une meilleure performance de cette coopération. L'OMS s'engage selon ses missions et son mandat institutionnel, à travailler aux côtés du gouvernement du Cameroun et des partenaires au développement du secteur de la santé pour mettre en œuvre les interventions découlant des axes stratégiques.

Cependant, en apportant son aide au Cameroun, l'OMS contribue à imposer ses principes à travers l'usage du 'soft power' pour redorer son image sur la scène internationale. En effet, dans cette coopération, le Cameroun subit d'une certaine manière une domination de la part de cette organisation internationale étant donné qu'il est un pays à faible revenu, il se voit donc absorber par certains principes qui lui sont imposés par l'OMS tels que l'égalité de sexe, promotion des droits des enfants et l'émancipation de la femme pour ne citer que ceux-là. Sans oublier que dans le cadre de cette coopération, certaines décisions sont prises en 'back offices' par l'OMS dont l'Etat camerounais n'a pas la main mise.

Bien plus, la coopération OMS-Cameroun est confronté à plusieurs difficultés qui tendent à ralentir son évolution. Pour surmonter celles-ci, l'OMS et le Cameroun doivent faire face à plusieurs défis majeurs dans le but non seulement de combler leurs lacunes, mais aussi de changer de statut, Par ailleurs ces défis constituent donc la condition sine qua non du développement. Heureusement, des solutions novatrices sont proposées pour l'amélioration des performances de l'OMS et celles du Cameroun pour essayer de parfaire l'état des relations entre les deux parties.

Au terme de ce travail, il en découle que l'OMS a réellement apporter sa participation au Cameroun, et sa contribution à porter des fruits car beaucoup d'enfant de la ville de Yaoundé ont été guéris et immunisés pour barrer la route aux maladies, son action devrait alors être félicitée car elle apporte de nombreux changements dans l'histoire du traitement des maladies internationales. Pour sa part le Cameroun a des responsabilités à prendre et des efforts à fournir pour être à l'heure à ce carrefour du rendez-vous du donnez et du recevoir. Le bureau pays de l'OMS est une représentation de l'organisation au Cameroun qui est une manifestation des liens d'amitié de solidarité entre les deux parties car pour un pays qui se veut émergent en 2035, une telle collaboration sanitaire est nécessaire pour un développement certains dans notre pays comme le dit si bien l'adage connu 'la santé est la base de tout type de développement d'un peuple'.

**ANNEXES**

## Annexe n° 1 : Attestation de Recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
 Paix - Travail - Patrie  
 \*\*\*\*\*  
 UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
 \*\*\*\*\*  
 FACULTE DES ARTS, LETTRES  
 ET SCIENCES HUMAINES  
 \*\*\*\*\*  
 DEPARTEMENT D'HISTOIRE



REPUBLIC OF CAMEROON  
 Peace - Work - Fatherland  
 \*\*\*\*\*  
 UNIVERSITY DE YAOUNDE I  
 \*\*\*\*\*  
 FACULTY OF ARTS, LETTERS  
 AND SOCIAL SCIENCES  
 \*\*\*\*\*  
 DEPARTEMENT OF HISTORY

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Pr. Edouard BOKAGNE BETOBO**, chef du Département d'Histoire de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines, certifie que l'étudiant **NGAMBIDA Lionel**, matricule 14R059 est inscrit en Master II dans ledit département, option Histoire des Relations Internationales. Il poursuit actuellement un travail de recherche sur le thème « *OMS, Etat du Cameroun et la lutte contre les maladies infantiles dans la région du centre (1962-2015)* ». La présente recherche est sous la direction du **Dr Rosine NDO'O** (chargée de cours).

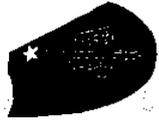
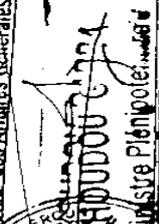
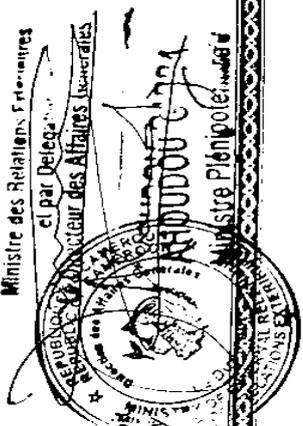
Nous le recommandons aux responsables des Administrations, Centres de documentations, archives et toutes institutions de recherches nationales ou internationales, en vue de lui faciliter la recherche.

Fait à Yaoundé, le 19 JUIN 2020



Pr. Edouard Bokagne Betobo  
 Chef de Département  
 Maître de conférences

Annexe n° 2 : Attestation de stage professionnel

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN <i>Paix - Travail - Patrie</i> MINISTERE DES RELATIONS EXTERIEURES</p>	 <p>REPUBLIC OF CAMEROON <i>Peace - Work - Fatherland</i> MINISTRY OF EXTERNAL RELATIONS</p>
<h1>Attestation</h1> <p>Le Ministre des Relations Extérieures atteste que The Minister of External Relations attests that</p>	
<p><b>M. / Mme - Mr / Mrs :</b> <u>NGAMBIDA LIONEL ROLAND</u></p>	
<p><b>De / From :</b> <u>UNIVERSITE DE YAOUNDE I</u></p>	
<p><b>Admis(e) à effectuer / Admitted for</b> <u>UN STAGE PROFESSIONNEL A PRACTICUM</u></p>	
<p><b>du / from the</b> <u>29</u> <b>Mars / March</b> <u>2021</u></p>	<p><b>au / to the</b> <u>15</u> <b>Avril / April</b> <u>2021</u></p>
<p>A effectivement suivi ledit stage, et ce, de manière satisfaisante. Has satisfactorily undergone the said training,</p>	
<p>En foi de quoi la présente attestation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit. This certificate is issued to serve where necessary</p>	
<p>Ministre des Relations Extérieures Le Délégué Ministre Plénipotentiaire</p>  	

Source : Document officiel du Ministère des Relations Extérieures.



**Annexe n° 3 : Accord écrit de base entre l'OMS et le Cameroun****ACCORD DE BASE****ENTRE****L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
ET****LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE FEDERALE DU CAMEROUN****CONCERNANT LA FOURNITURE D'UNE ASSISTANCE TECHNIQUE DE CARACTERE  
CONSULTATIF.**

L'Organisation Mondiale de la Santé (dénommée ci-après « l'Organisation ») ;

Le Gouvernement de la République fédérale du Cameroun (dénommé ci-après « le Gouvernement ») ;

Désireux de donner effet aux résolutions et décisions des Nations unies et de l'Organisation, concernant l'assistance technique de caractère consultatif, et de parvenir à un accord mutuel sur le but et la portée de chaque projet, ainsi que sur les responsabilités à assumer et les services à fournir par le Gouvernement et l'Organisation ;

Déclarant qu'ils s'acquitteront de leurs obligations réciproques dans un esprit d'amicale coopération ;

Sont convenus de ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>.** - Fourniture d'une assistance technique de caractère consultatif.

1 - L'Organisation fournira au Gouvernement une assistance technique de caractère consultatif, dans les limites de ses possibilités budgétaires ou sous réserve que les fonds nécessaires soient disponibles. L'Organisation et le Gouvernement coopéreront en vue d'élaborer, d'un commun accord, sur la base des demandes émanant du Gouvernement et approuvées par l'Organisation, des plans d'opérations pour la mise en œuvre de l'assistance technique de caractère consultatif.

2 - Cette assistance technique de caractère consultatif sera fournie et reçue conformément aux résolutions et décisions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et des autres organes de l'Organisation.

3 - Cette assistance technique de caractère consultatif peut consister :

- a) à fournir les services de conseillers chargés de donner des avis et prêter assistance au Gouvernement ou par son intermédiaire ;
- b) à organiser et à diriger des cycles d'études, des programmes de formations professionnelle, des projets de démonstrations, des groupes de travail d'experts et des activités annexes en lieux dont il sera convenu d'un commun accord ;
- c) à attribuer des bourses d'études et de perfectionnement ou à prendre d'autres dispositions permettant aux candidats désignés par le Gouvernement et agréés par l'Organisation de faire des études ou de recevoir une formation professionnelle hors du pays ;
- d) à préparer et à exécuter des projets types, des essais, des expériences ou des recherches en des lieux dont il sera convenu d'un commun accord ;
- e) à fournir, selon accord entre l'Organisation et le Gouvernement toute autre forme d'assistance technique de caractère consultatif.

4 - a) L'Organisation, choisira en consultation avec le Gouvernement les conseillers chargés de donner des avis et de prêter assistance au Gouvernement ou par son intermédiaire. Ces conseillers seront responsables envers l'Organisation ;

- c) Dans l'exercice de leurs fonctions, les conseillers agiront en liaison étroite avec le Gouvernement et avec les personnes ou organismes habilités par lui à cet effet, il se conformeront aux instructions du Gouvernement qui seront applicables, eu égard à la nature de leurs fonctions et de l'assistance à fournir, et dont l'Organisation et le Gouvernement seront convenus ;
- d) Dans l'exercice de leurs fonctions consultatives, les conseillers, n'épargneront aucun effort pour mettre le personnel technique que le Gouvernement pourra associer à leurs travaux au courant des méthodes des techniques et des pratiques appliquées dans leur domaine, que des principes sur lesquels des méthodes des techniques et des pratiques appliquées dans leur domaine, ainsi que des principes sur lesquels ces méthodes techniques et pratiques sont fondées.

5 - L'Organisation conservera la propriété de tout le matériel technique ou de toutes les fournitures qu'elle aura procurés, tant qu'elle n'aura pas cédé les droits de propriété y afférents conformément aux règles arrêtées par l'Organisation Mondiale de la Santé et en vigueur à la date de la cession.

6 - Le Gouvernement devra répondre à toutes réclamations que des tiers pourraient formuler contre l'Organisation et ses conseillers, agents et employés en cas de réclamation et les dégagera de toute responsabilité découlant d'opérations exécutées en vertu du présent accord, sauf si le Gouvernement et l'Organisation conviennent que ladite réclamation ou ladite responsabilité résulte d'une négligence grave ou d'une faute intentionnelle des intéressés.

**Article 2.** - Collaboration du Gouvernement en ce qui concerne l'assistance technique de caractère consultatif.

1 - Le Gouvernement fera tout en son pouvoir pour assurer l'utilisation efficace de l'Assistance technique de caractère consultatif qui lui est fournie.

2 - Le Gouvernement et l'Organisation se consulteront au sujet de la publication, dans les conditions voulues, des conclusions et rapports de conseillers dont les autres pays et l'Organisation et lui-même pourraient tirer parti.

3 - Le Gouvernement prêterà à l'Organisation sa collaboration active dans la fourniture et l'élaboration de conclusions, de données, de statistiques et de tous autres renseignements susceptibles de permettre à l'Organisation d'analyser et d'évaluer les résultats des programmes d'assistance technique de caractère consultatif

**Article 3.- Obligations administratives et financières de l'Organisation.**

1 - L'Organisation prendra à sa charge, en totalité ou en partie, selon les modalités fixées d'un commun accord, les dépenses afférentes à l'assistance technique de caractère consultatif payable en dehors du pays, et indiquées ci-après :

- a) Les traitements et les indemnités de subsistance de conseillers (y compris les indemnités quotidiennes de voyage en mission) ;
- b) Les frais de transport des conseillers pendant leur voyage à destination ou en provenance du point d'entrée dans le pays ;
- c) Les frais entraînés par tout autre voyage effectué hors du pays ;
- d) Les primes des assurances contractées au profit de conseillers ;
- e) L'achat et le transport à destination et en provenance du point d'entrée dans le pays, de tout matériel ou de tous articles fournis par l'Organisation ;
- f) Toutes autres dépenses engagées hors du pays et approuvées par l'Organisation.

2 - L'Organisation prendra à sa charge les dépenses en monnaie locale qui n'incombent pas au Gouvernement en vertu de l'article IV, paragraphe I du présent Accord

**Article 4.- Obligations administratives et financières du Gouvernement**

1 - Le Gouvernement participera aux frais de l'assistance Technique de caractère consultatif en prenant à sa charge ou en fournissant directement les facilités et services suivants :

- a) les services du personnel technique et administratif local, notamment les services locaux de secrétariat, d'interprétation, de traduction et autres services annexes qui seront nécessaires ;
- b) les bureaux et autres locaux nécessaires ;
- c) le matériel et les fournitures qui sont produits dans le pays ;
- d) les transports à l'intérieur du pays, et pour des raisons de services, de personnel, de fournitures et de matériel ;
- e) l'utilisation de la poste et des télécommunications pour besoins officiels ;
- f) des facilités afférentes au traitement médical et à l'hospitalisation éventuelle des membres du personnel international.

2 - Le Gouvernement prendra à sa charge, dans les conditions fixées d'un commun accord, la fraction des dépenses payables hors du pays qui n'incombe pas l'Organisation.

3- Le Gouvernement mettra, le cas échéant à la disposition de l'Organisation, dans les conditions fixées d'un commun accord, la main - d'œuvre, le matériel, les fournitures et les autres services ou biens qui pourront être nécessaires à l'exécution de sa tâche.

**Article 5.- Facilités, privilèges et immunités.**

1 - Le Gouvernement, s'il n'est pas déjà tenu de le faire, appliquera à l'Organisation, à son personnel et à ses fonds, bien et avoirs, les dispositions pertinentes de la Convention sur les Privilèges et Immunités des institutions spécialisées.

2 - Les membres du personnel de l'Organisation, y compris les conseillers engagés par elle en qualité de membres du personnel affecté, à la réalisation des fins visées par le présent Accord, seront considérés comme fonctionnaires de l'Organisation, au sens de ladite Convention.

**Article 6.-**

1 - Le Présent Accord de base entrera en vigueur à la date de sa signature par les représentants dûment autorisés de l'Organisation et du Gouvernement.

Annexe n° 4 : Mémorandum OMS Cameroun

**MEMORANDUM D'ENTENTE**

**ENTRE**

**LE GOUVERNEMENT DU CAMEROUN  
REPRESENTE PAR LE MINISTRE DE LA  
SANTÉ PUBLIQUE**

**ET**

**L'ORGANISATION MONDIALE DE LA  
SANTÉ**

**RELATIF A**

**LA MISE EN ŒUVRE DE LA  
PROGRAMMATION TRANSITOIRE DU  
RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTÉ**



Gouvernement du Cameroun,  
Ci-après dénommé « le Gouvernement », représenté par le Ministère de la Santé Publique d'une part;

ET

L'Organisation mondiale de la Santé,  
Ci-après dénommée « l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) », d'autre part

Ont convenu de ce qui suit :

**Article 1:** De l'objet du Mémoire

Le présent Mémoire d'Entente définit les modalités de la mise en œuvre de la Programmation transitoire du programme de Renforcement du Système de santé au Cameroun, sous financement de GAVI Alliance.

**Article 2 :** De la nature de l'activité

Le présent Mémoire fixe les modalités de préparation, de validation, de mise en œuvre, de suivi/évaluation et de gestion financière des activités reprogrammées au titre du Renforcement du Système de Santé GAVI.

**Article 3 :** Du Dispositif institutionnel

- (1) La reprogrammation du Renforcement du Système de santé implique l'Organisation Mondiale de la Santé au titre d'Agence d'exécution technique, financière et de suivi/évaluation des activités d'une part, et le Ministère de la Santé Publique à travers la Division de la Coopération pour la mise à disposition des Fonds, le Programme Elargi de Vaccination (PEV), les Délégations Régionales de la Santé Publiques (DRSP), les Services de Santé Districts (SSD) et les Aires de santé pour la mise en œuvre des activités ;
- (2) Pour assurer le suivi et la gestion du Programme, l'Organisation Mondiale de la Santé mettra en place une Equipe comprenant un Spécialiste en santé Publique, un Spécialiste en Suivi et Evaluation, Un Contrôleur, Un Assistant Comptable et Financier, et deux Consultants Évaluateurs.



**Article 12 : Du règlement des différends:**

Tout différend né de l'interprétation et/ou de l'application du présent Mémoire d'Entente sera réglé à l'amiable.

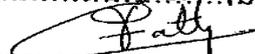
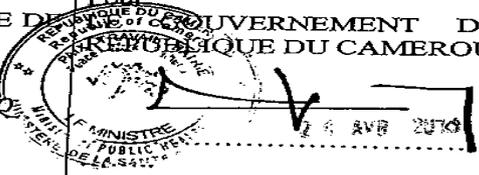
**Article 13 : De la modification**

- (1) Le présent Mémoire d'Entente peut faire l'objet d'une modification, à l'initiative de l'une des deux parties ;
- (2) Cette modification doit être motivée par des raisons pertinentes qui emportent l'adhésion des deux parties.

**Article 14 : Entrée en vigueur**

Le présent Mémoire d'Entente entre en vigueur à la date de sa signature par les deux parties.

Fait à Yaoundé, le

Pour L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE	Pour LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DU CAMEROUN
<i>Dr Charlotte Faty Ndiaye</i> 	
Dr FATY NDIAYE Charlotte, REPRESENTANT DE L'OMS AU CAMEROUN	MONSIEUR MAMA FOUA André MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Source ; Archives du Ministère de la Santé Publique

## Annexe n° 5 Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires



# EUROPE

### Déclaration d'Alma-Ata

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

## VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

### VII Les soins de santé primaires :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;

2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;

3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;

4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;

5. exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;

6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;

7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

## VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires

dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

#### IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

#### X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

**Source** : [https://www.google-wikipedia-Alma\\_Ata.Com](https://www.google-wikipedia-Alma_Ata.Com)

**Annexe n° 6 : Arrêté n° 095/CAB/PM du 11 novembre 2013 portant création du Programme national Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun**

**Arrêté N°095/CAB/PM du 11 novembre 2013 portant création du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun**

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAIL-PATRIE

ARRETE N° 095 /CAB/PM, DU 11 NOV 2013  
portant création du Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvénile au Cameroun

**LE PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT,**

Vu la Constitution ;  
Vu la loi n° 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi - cadre dans le domaine de la santé ;  
Vu la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat ;  
Vu le décret n° 92/089 du 4 mai 1992 précisant les attributions du Premier Ministre, modifié et complété par le décret n°95/145 bis du 4 août 1995 ;  
Vu le décret n° 2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement ;  
Vu le décret n° 2011/409 du 09 décembre 2011 portant nomination d'un Premier Ministre, Chef du Gouvernement,

**ARRETE :**

**CHAPITRE I**  
**DISPOSITIONS GENERALES**

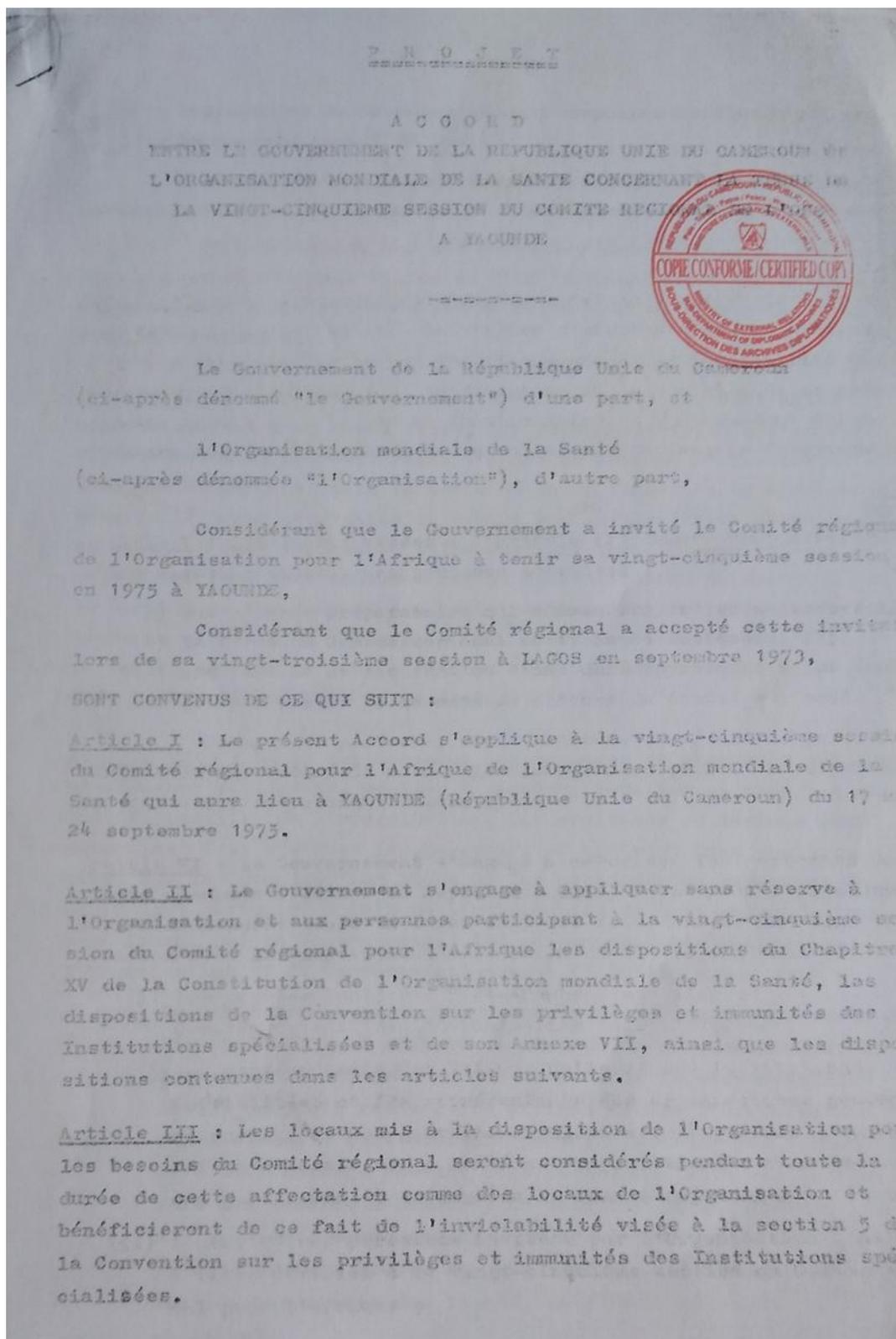
**Article 1<sup>er</sup>.**- Le présent arrêté porte création du Programme National multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle, néonatale, et Infanto-juvénile au Cameroun, ci-après désigné « le Programme ».

**Article 2.**- Placé sous l'autorité du Ministre chargé de la santé publique, le Programme a pour mission la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

A ce titre, il est chargé notamment :

- d'élaborer les stratégies de mise en œuvre du Programme et d'en assurer le suivi - évaluation ;
- de planifier, coordonner et exécuter les activités relatives à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile sur l'ensemble du territoire national ;
- de promouvoir l'alignement, l'harmonisation, l'intégration et la synergie de l'ensemble des actions ainsi que la complémentarité des différents acteurs de mise en œuvre des activités ;
- d'assurer la prise en compte de la dimension « multisectorialité » dans la mise en œuvre des interventions en veillant à ce que le secteur public, le secteur privé, la société civile, les Collectivités

## Annexe n° 7 : Projet d'accord OMS-Cameroun



## Annexe n° 8 : Lois n° 96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé

### LOI N°96/03 DU 4 JANVIER 1996 PORTANT LOI CADRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

*L'Assemblée nationale a délibéré et adopté, le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :*

**Article 1<sup>er</sup>.** - La présente loi fixe le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé.

**Article 2.** - La politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé.

**Article 3.** - La politique nationale de santé vise en particulier :

- l'intégration des soins à tous les niveaux du système et la prise en compte des programmes prioritaires et des actions spécifiques dans toutes les formations sanitaires ;
- la rationalisation de la gestion des infrastructures, des équipements et du personnel par la mise en place des systèmes d'information performants permettant une réelle planification qui tienne compte des acquis, des besoins et des objectifs du service de santé ;
- la mise sur pied d'une politique pharmaceutique rendant le médicament essentiel accessible en permanence à toutes les couches sociales ;
- la contribution à la mise en place d'un système de solidarité nationale pour la santé ;
- la promotion de la gestion centralisée des services de santé afin d'impliquer davantage les communautés et les professionnels de la santé au financement et à la gestion de ces services.

**Article 4.** - La politique nationale de santé s'appuie sur les grands principes suivants :

- l'accessibilité universelle aux soins essentiels et de qualité à travers le développement des Districts de santé ainsi que d'un système « santé de référence contre référence » ;
- la rationalisation des infrastructures sanitaires et des équipements techniques ainsi que leur régionalisation ;
- la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes du troisième âge, les indigents et les handicapés.
- la promotion de l'utilisation des médicaments essentiels accessibles et de qualité dans toutes les formations sanitaires à travers le développement d'un système national d'approvisionnement décentralisé, associant les secteurs public et privé ;

**Annexe n° 9 : Décision n° 0817/MINSANT2/CAB/DG/DLM/DAJC du 11 juin 2012 portant création, organisation et fonctionnement des centres régionaux de prévention et de lutte contre les épidémies**

**Décision N°0817/MINSANTE/CAB/SG/DLM/DAJC du 11 juin 2012 portant création, organisation et fonctionnement des Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les**

**ARTICLE 2.-** Placés sous la supervision des Gouverneurs de régions et sous la responsabilité technique des Délégués Régionaux de la Santé Publique, les Centres ont pour mission de faciliter la coordination de la gestion des Epidémies au niveau régional. A ce titre, ils appuient les Délégations Régionales de la Santé Publique dans les domaines ci-après:

- la coordination des interventions de terrain;
- la surveillance des épidémies;
- la recherche opérationnelle et l'appui aux laboratoires;
- le contrôle, le suivi et la distribution des consommables, médicaments et produits nécessaires à la lutte contre les épidémies;
- le relai des informations, des résolutions et des recommandations entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire;
- l'organisation au niveau local de la prise en charge des cas.

**ARTICLE 3.-** (1) Chaque Centre est placé sous la responsabilité d'un coordonnateur, Médecin expert en Santé Publique:

- (2) Le Centre comprend les unités techniques suivantes:
- l'unité surveillance épidémiologique et recherche opérationnelle;
  - l'unité laboratoire et gestion des cas cliniques;
  - l'unité eau, hygiène et assainissement;
  - l'unité mobilisation sociale et communication;
  - l'unité administration et logistique;
  - l'unité vaccination;

**ARTICLE 4.-** (1) Les Centres bénéficient de l'appui technique des Partenaires au Développement:

- OMS;
- Unicef;
- Médecins Sans Frontières;
- CDC (Centre for Disease Control);
- Programme Alimentaire Mondial;
- UNFPA;
- Croix Rouge Camerounaise;
- CARE-Cameroun;
- PLAN Cameroun.

(2) Les Centres peuvent bénéficier de l'appui de tout autre partenaire.

(3) D'autres Administrations peuvent apporter leur appui aux Centres, sous la coordination des Gouverneurs de Régions.

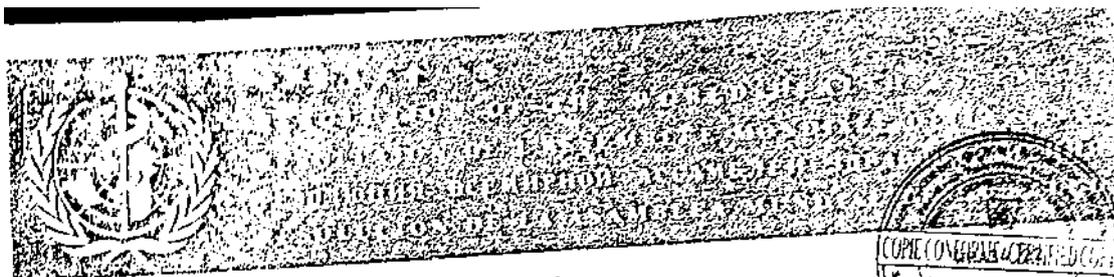
**ARTICLE 5.-** (1) Les fonctions de membres des Centres sont gratuites. Toutefois, ils peuvent bénéficier des indemnités pour travaux spéciaux et des facilités de travail, conformément à la réglementation en vigueur.

(2) Les personnels des Centres non fonctionnaires ou ne relevant pas du Code du travail peuvent bénéficier de Contrats à durée déterminée.

**ARTICLE 6.-** (1) Les frais de fonctionnement et les ressources d'intervention des Centres sont supportés par le Budget du Ministère de la Santé Publique, les appuis des Partenaires, les dons et legs.

(2) Les autres modalités de fonctionnement des Centres feront l'objet de textes particuliers.

## Annexe n° 10 : Code internationale de commercialisation des substituts du lait maternel



TRIDIQUÉMIEN ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant l'importance que revêt pour la santé et le développement futurs de l'enfant et de l'adulte une bonne nutrition du nourrisson et du jeune enfant;

Rappelant que l'allaitement au sein est la seule méthode naturelle d'alimentation des nourrissons et qu'il importe donc de le sauvegarder et de le promouvoir activement dans tous les pays;

Convaincue que les gouvernements des Etats Membres ont d'importantes responsabilités à assumer et un rôle primordial à jouer lorsqu'il s'agit de sauvegarder et de promouvoir l'allaitement au sein en tant que moyen d'améliorer la santé des nourrissons et des jeunes enfants;

Consciente des effets, directs et indirects, des procédés de commercialisation des substituts du lait maternel sur les pratiques suivies en matière d'alimentation des nourrissons;

Convaincue que la sauvegarde et la promotion de l'alimentation des nourrissons, et notamment la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel, affectent directement et profondément la santé des nourrissons et des jeunes enfants et constituent un problème qui intéresse directement l'OMS;

Ayant examiné le projet de Code international de commercialisation des substituts du lait maternel établi par le Directeur général et transmis par le Conseil exécutif;

Exprimant sa gratitude au Directeur général de l'OMS et au Directeur général du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance pour les mesures qu'ils ont prises afin d'assurer une étroite concertation avec les Etats Membres et toutes les autres parties intéressées en vue de la mise au point du projet de Code international;

Ayant examiné la recommandation faite à ce sujet par le Conseil exécutif à sa soixante-septième session;

Confirmant la résolution WHA11.32, y compris l'approbation dans leur totalité de la déclaration et des recommandations de la réunion conjointe OMS/FISE sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui s'est tenue du 9 au 12 octobre 1979;

Soulignant que l'adoption et l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel représentent une exigence minimum et ne sont qu'une des nombreuses mesures importantes nécessaires pour parvenir des pratiques hygiéniques en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;

1. ADOPTE, au sens de l'article 24 de la Constitution, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel joint en annexe à la présente résolution;

2. PRIE instamment tous les Etats Membres :

- 1) de soutenir pleinement et unanimement l'application des recommandations formulées par la réunion conjointe OMS/FISE sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des dispositions du Code international dans sa totalité, en tant qu'expression de la volonté collective des Membres de l'Organisation mondiale de la Santé;

R 681

## SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### I- OUVRAGES

#### 1- Ouvrages généraux

- Abwa Daniel, *Cameroun, Histoire d'un nationalisme 1884-1961*, Yaoundé, éd. Clé, 2010.
- Anonyme, *Décentralisation, Acteurs Locaux et Services Sociaux en Afrique*, Canada, IDRC, 2006.
- Balinska Marta Aleksandra, *Une vie pour l'humanitaire 1881-1965*, Paris, la Découverte, 1995.
- Barnard. L. Chester, *The functions of the executive Cambridge MA*. Havard university press, 1938.
- Cruchet Rene, *Air Sickness: it's nature and treatment*, Paris Bordeaux, Sclar Choice, 1920.
- Dameron Stéphanie, *La dualité coopération dans le cas d'équipe projet*, Université Paris, Dauphine CREPA, volume 7, issue3, 2004.
- Gheballi Victor Yves, *La France en guerre et les Organisations Internationales 1939-1945*, Paris, Mouton, 1969.
- Gide Charles, *Coopération Économique, Sociale 1886-1902*, Paris, Harmattan, 2001.
- Herzlich Claudine, *Santé et Maladie : Analyse d'une représentation sociale*, Paris la Haye, édition Mouton, 1969.
- Ikenberry John. Gerard, *Théorie des relations et Asie-pacifique*, Columbia University Press, 2003.
- Iten Jean Louis, *L'organisation intergouvernementale à l'épreuve de la gouvernance mondiale*, Paris, Pedone, 2014.
- John Gerard, Katzenstein Peter, Keohane Robert, Schmitter Philippe, *Transformations in world politics; the intellectual contributions of Ernst haas in annual review of political science*, vol 8, 2005.
- Nye Joseph Samuel, *Bound to lead: the changing nature of american power*, New York, Basic Book, 1990.
- Keohane Robert O., Nye Joseph, *Power and Interdependence; world politic in transition*, New York, Longman, 2001.

- Lévi-Strauss Claude, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Persée, tome26, 1986.
- Marta Aleksandra Balinska, *Une vie pour l'humanitaire 1881-1965*, Paris, la Découverte, 1995.
- Mbognou Martin Maturin, *Le Cameroun dans les Relations Internationales*, Yaoundé, Clé, 2005,
- Mitrany David, *A working peace system*, Londres, Palgrave, 1943.
- Morton Deutsch, *Theory of cooperation and competition* Cambridge MA, Havard University press, 1949.
- Novosseloff. Alexandra, *L'essor du multilatéralisme : principes institutions et actions communes, annuaire français des Relations Internationales*, Paris, 2002, vol 3.
- Ryfman Philippe, *Les ONG*, Collection Repères, Paris, la Découverte, 2004.
- Pestre Dominique, *Le gouvernement des technosciences*, Paris, la Découverte, 2014.
- Piaget Jean, *La représentation du monde de l'enfant*, Paris, Quadrige, 2013.
- Pittet Jeanne, *L'organisation d'hygiène de la Société Des Nations*, 8092 ZURICH, ETH bibliothèque, 1926.
- Reinalda Bob, *The history of international in oxford research encyclopedia of international studies*, Oxford University Press, 1991.
- Saurugger Sabine théories et concepts de l'intégration européenne, presses nationales de sciences politiques, chapitre II Fonctionnalisme, Paris, 2009.
- Virally Michel, *Le concept d'organisation internationale*, Paris, Unesco,1980.
- Wisebert Laurie, Scoble Harry, *Human Rights Collection*, Canada, Newsletter, September 1976.

## **2- Ouvrages spécifiques**

- Alexandre Lauret, qui finance l'OMS, Paris, Décideurs Magazine, 2019.
- Berkov, *L'Organisation Mondiale Santé*, Paris, PUF, 1995, p.1.
- Bertrand Badie, *Dominique Vidal, OMS et laboratoires pharmaceutiques entre interdépendance et soupçon de collusion, l'Etat du monde*, Paris, La Découverte, 2012.
- Bussard Stéphane, *L'OMS 70 ans pour s'affirmer sur la scène mondiale*, Paris, Le Temps, 2018.
- Dubochet Pierre, *Les objectifs de l'OMS*, Paris, Copyscape, 2020,
- Luis Gomes Sambo, *Une décennie d'action de l'OMS dans la région africaine ; œuvrer ensemble pour atteindre les objectifs en matière de santé 2005- 2015 OMS/AFRO.*

- Perrone Christian, Est-il vrai que Bill Gates est propriétaire d'une partie de l'OMS ? Paris, Le Monde, 1998.
- Yves Beigbeder, OMS, Paris, Presse universitaire de France, 1995.

### **3- Ouvrages méthodologiques et dictionnaires**

#### **a- Ouvrage méthodologiques**

- Depelteaux François, *La démarche d'une recherche en sciences humaines ; de la question de départ à la communication des résultats*, Paris, De Boeck, 2000.
- Franriere, *Comment réussir un mémoire*, Paris, Dunod, 1986.
- Quivy Raymond, Campenhoudt Luc Van, *Manuel de Recherche en Science Social*, Paris, Dunod, 1995, 2006.

#### **b- Encyclopédie et dictionnaires**

- Anonyme, le Petit Larousse, Paris Cedex, 2006.
- Encyclopédie Universalis, volume 5, 1996.
- Logiciel encarta 2009. Consulté samedi 25 septembre 2021.

## **II- TRAVAUX SCIENTIFIQUES**

### **1- Thèses**

- Collins Djeuchouang Sayant, "Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostics rapide du paludisme sur le cout et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé, Cameroun", thèse de doctorat, faculté de médecine de Marseille, 2010,
- Ella Henriette Noëlle Yolande, "La coordination des activités opérationnelles de l'OMS et de l'Unicef dans l'assistance au développement du Cameroun 1978-1990", thèse de doctorat, IRIC ; 1990.

### **2- Mémoires**

- Djoukep Tchamande Prudence, "Statut des mères et santé des enfants de moins de deux ans au Cameroun", Mémoire de Master Professionnel, Yaoundé, IFORD, 2009.
- Ella Henriette Noëlle, "L'OMS et la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour la santé pour tous en l'an 2000 dans les pays en développement cas du Cameroun 1981 1987", Mémoire de Master II Histoire des Relations Internationales, IRIC, Yaoundé I.

- Fomekong Tsoyem Cyrille, ‘‘Evolution des déterminants et des dispositions de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun selon le milieu de résidence’’, Mémoire de Master Professionnel, Yaoundé, IFORD, 2015.
- Kabayaba, ‘‘La coopération internationale en matière de santé le cas du Cameroun et de l’OMS’’. Mémoire de Master II, IRIC, Yaoundé, 1981.
- Marcel Nzele Mang, ‘‘L’action du peace corps dans le département de l’océan entre agence de développement et service de renseignement américain 1962-2020’’, Mémoire de Master II en Histoire Des Relations Internationales, Yaoundé I.
- Nguendo Blaise Y. et Toumbalbai Japonais ; ‘‘Niveau et déterminant de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun’’, Yaoundé, IFORD, 2013.
- Noufack Zambou, ‘‘Coopération internationale et réduction de la mortalité maternelle et infantile au Cameroun de 2000 à 2017 : cas de deux districts de santé de la région du Centre’’, Mémoire de Master II, IRIC, Yaoundé, 2018.
- Rabeza Rafaralahy Victor, ‘‘Mortalité infantile et juvénile 1980’’, DED, Yaoundé, IFORD, 1987
- Simplicie Ayangma, ‘‘L’OMS et le développement de la santé au Cameroun 1963-2000’’, Mémoire de Master II Economique et Sociale, université de Yaoundé I, 2012,
- Todem David, ‘‘Essai d’explication de la variation de la mortalité des enfants selon le milieu d’habitat au Cameroun’’, DED, Yaoundé, IFORD, 1995.
- Toumbalbai Japonais Fils, ‘‘Mortalité infanto-juvénile au Cameroun entre 1991 et 2011 ; facteurs explicatifs et sources du changement’’, Mémoire de Master Professionnel, Yaoundé, IFORD, 2013.
- Tankou kamela Valery Martial, ‘‘Analyse des déterminants de la mortalité infanto-juvénile au Cameroun’’, institut sous régional de statistique et d’économie appliquée. 2009.
- Messe Véronique, ‘‘L’OMS et le développement sanitaire au Cameroun étude historique 1962-2012’’, Mémoire de Master en Histoire des Relations Internationales, Yaoundé I, 2014

### **III- ARTICLES, RAPPORTS, BULLETIN DE L’OMS**

#### **1- Articles de Revue**

- Bland John. Clements John, ‘‘Forum mondial de la sante, Revue Internationale de Développement Sanitaire. Protéger les enfants ; Historique du Programme de Vaccination de l’OMS’’. Cinquante ans de l’OMS 1948-1998.

- Buse Kent et Amalia Waxman ‘‘De la politique à l’action public privé pour la santé. Une stratégie pour l’OMS’’. Bulletin de l’OMS N°6, 2002.
- Dameron Stéphanie, ‘‘La dualité du travail coopératif’’ dans Revue Française de gestion, 2005, N°158.
- David Filder, ‘‘The globalization of public health the first 100 years AOF international health diplomacy’’, bulletin de l’OMS, 79 (9), 2001.
- German Velasquez et pascal bouquet, ‘‘Mondialisation et accès aux médicaments, perspectives sur l’accord ADPIC de l’OMC, OMS « série d’économie de la santé et du médicament » 1999.
- Kaprio Leo, ‘‘L’OMS en Europe ; quarante années, l’élaboration d’une politique commune de la santé’’, OMS publications régionales, série européenne, n°40, 1991.
- Lapayre Nathalie, Pierson, Françoise Rymeyko Karine ‘‘Etude de la coopération au sein d’une coopérative artisanale’’, Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise.
- OMS, ‘‘médicaments et vaccins essentiel’’ recueil des résolutions et de décisions de l’assemblée mondial de la santé, vol3, 1973-1984, OMS, 1985.
- paillete Celine, ‘‘De l’organisation d’hygiène de la SDN à l’OMS : mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954’’, in bulletin de l’institut Pierre Renouvin, n°32, 2010.
- Piana Francesca, ‘‘Humanitaire et politique in medias res ; le typhus en Pologne et l’Organisation Internationale d’Hygiène de la SDN (1919-1923)’’, Relations Internationales, n°138, 2009.

## **2- Articles de Journal**

- Act up paris ‘‘Accelerating Access l’OMS compromet la survie des malades’’ 28 mai 2002  
[https // www actupparis .org article 522.](https://www.actupparis.org/article/522)
- André Rougemont ‘‘Ivermectine for onchocerciasis’’ The Lancet, 20 novembre 1982.
- Gobbers Didier, ‘‘Coopération en santé dans les pays africains’’, Rubrique Internationale, n°48, septembre 2004.
- Ikenberry, John. Gerard, ‘‘Les Etats unis et le multilatéralisme’’, questions internationales, la documentation française n°3 (Septembre/octobre) 2003.
- Jean Paul Beyeme Ondoua, ‘‘Le système de santé au Cameroun’’, Rubrique Internationale, n°39, juin 2002.

- Maillard Christine, ‘‘Le rôle de l’OMS dans la santé internationale’’, sur cairn, les tribunes de la santé 2018.
- Zuberan Patrick, ‘‘L’épidémie c’est l’homme autant que le microbe’’, Paris, Médecine News, 30 avril 2009.

### **3- Rapport**

- Fiches techniques pour la lutte contre la rougeole, Yaoundé, décembre 1996
- OMS, Rapport technique n°19, Genève, 1962.
- Actes Officiels de l’OMS N°2 « débats et actes finaux de la Conférence Internationale de la santé », New York, 1946.
- Action de l’OMS sur la mobilisation de ressources par le renforcement des partenariats afin de fournir un meilleur appui aux Etats membres. OMS ; Comité régional de l’Afrique.
- Activité de l’OMS dans la région africaine 1986-1987, et celle de 1992-1993.
- Activité de l’OMS dans la région africaine 2006-2007 Rapport Biennal du Directeur Régional OMS/AFRO 1 au 5 septembre 2008, Yaoundé. Cameroun.
- Activités de l’OMS dans la région africaine 2010-2011 Rapport Biennal du Directeur Régional OMS.
- Banque Mondiale, rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé, Washington DC 1993.
- Bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques. Ministère des affaires étrangères européennes, MINSANTE-Cameroun, 2011
- Budget Programme de l’OMS pour 2006-2007 ; orientations stratégiques pour l’exécution dans la région africaine, rapport du directeur régional, comité de l’Afrique, 2005.
- Claudine Ntsama Essomba, rapport sur l’identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d’accès et d’usage des médicaments dans des pays francophones d’Afrique centrales, à revenus faibles ou intermédiaires, 2010.
- Comité des droits économiques sociaux et culturels observations générale n°3 sur la nature des obligations des Etats parties et observation générale n°4, 1990.
- Emmanuel kiteze, la prise en charge de la maladie de l’enfant à domicile, l’enfant en Centrafrique, 2004.
- FIIM TRIPS, pharmaceutical and developing countries: implications for health care access, drug quality and drug development, geneses development, 2000.
- Fonds Mondial, Partenaring for global health. The globalfund and private sector, 2010.
- Fonds Mondial, chevron and the global fund partnership in action 2010.
- Fonds Mondial, The five years’ evaluation report. Final synthesis report, 2009.

- Forum Mondial, Revue Internationale De Développement Sanitaire, OMS Volume 19, n° 2, 1998.
- Gestion des connaissances dans la région africaine de l'OMS : orientations stratégiques, 6e session, Addis Abeba, 1 Septembre 2006.
- Initiative face Banque Mondiale pour la promotion des Partenaires Publics Privés dans les pays de la zone franc cas du Cameroun 2010.
- Institut National de Statistique, MICS 5, 2010.
- L'OMS au Cameroun Rapport Annuel 2016, pour une meilleure santé des populations, OMS, p.12.
- Le rapport sur l'allaitement des nourrissons dans les pays en développement de Nestlé 9.
- Les réalisations de quatre décennies 1948-1988 40 ans ; Survol Des Activités de l'OMS. OMS. Genève.
- Maureen Russo, revenu de base inconditionnel, suisse, 2016.
- Minka Minyem Joseph, La coopération internationale entre le Cameroun et l'OMS : le rôle stratégique du MINREX, option diplomatie, rapport de fin de stage à la direction des Nations Unies et de la coopération 2017.
- Normes et Standards du Programme Elargi de Vaccination plan pluriannuel complet, décembre 2014.
- Observatoire National de Santé Publique, Profil Sanitaire Analytique, Cameroun 2016, OMS.
- OMS, Action de l'OMS sur la mobilisation des ressources par le renforcement des partenariats afin de fournir un meilleur appui aux Etas membres. OMS/AFRO 2010.
- OMS, Cohérence des structures et des fonctions du bureau régional 2011.
- OMS, Onzième Programme Générale de travail, Programme Mondial d'Action Sanitaire 2006-2015, MAI 2006.
- OMS, Profil sanitaire analytique du Cameroun, Minsante, Cameroun.
- OMS, Rapport de la présence de l'OMS dans les pays territoires et zones 2010-2017.
- OMS, Stratégie de coopération : un aperçu, Cameroun, 2009.
- OMS, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015, Cameroun.
- OMS, Stratégie oms des ressources humaines pour la sante, 2010-2015
- OMS, Une évolution adaptée aux enjeux, onzième programme de travail et d'action sanitaire mondial, MAI, 2006.
- OMS. Bureau Régional pour l'Afrique. L'Organisation Mondiale de la Santé en Afrique. Brazzaville : OMS/AFRO, 1975

- OMS-Cameroun, Rapport Biennal 2018-2019.
- Onzième Programme Général de Travail 2006-2015 programme mondial d'action sanitaire.
- Pacte internationale relatif aux droit économiques socioculturels articles 2 du droit à la santé de L'OMS.
- Plan National De Développement Sanitaire 2011-2015.
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2007-2011.
- Présence de l'OMS dans les pays, territoires et zones rapport, OMS, 2017.
- Profil Sanitaire Analytique du Cameroun, MINSANTÉ-Cameroun 2016.
- Programme Elargi de Vaccination, plan pluri annuel complet 2015-2020.
- Programme National multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile au Cameroun.
- Rapport de la cérémonie de lancement de la CARMMA au Cameroun UNFPA ; OMS. Yaoundé, juin 2010.
- Rapport du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique septembre 1996.
- Rapport du directeur régional de l'OMS budget programme de l'OMS 2006-2007, orientations pour l'exécution dans la région africaine, juin 2005.
- Rapport du secrétariat ; onzième programme général de travail, OMS, 8 MAI 2007,
- Rapport Mondial sur le Développement Humain 2002.
- Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Nations Unis New York.
- Stratégie de coopération avec les pays et le cadre stratégique à moyen terme pour la
- Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2003-2007, Cameroun.
- Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015. Cameroun.
- Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002, 2005
- Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, OMS/UNICEF, Genève. 2003
- Stratégie régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. OMS, Bureau Régional du Pacifique Occidental Manille, 1982.
- Stratégie Sectorielle de Santé, MINSANTÉ, 2009.
- Tigest Ketsela, prise en charge des intégrées des maladies de l'enfant.

#### 4- Bulletin de l'OMS

- Chroniques OMS 1977.
- Article 19 et 20 de la constitution de l'OMS sur l'obligation de ratification des accords ou conventions par les Etats.
- Budget programme de l'exercice biennal 2008-2009.
- Budget programme de l'OMS pour 2006- 2007, orientation pour l'exécution dans la région africaine 2005.
- Bulletin de l'OMS ; coopération de l'OMS avec les pays.
- Bulletin de L'OMS contributions fixées pour les états membres.
- Bulletin de l'OMS Modalité de financement de l'OMS.
- Bulletin de l'OMS Osidimbea la mémoire du Cameroun.
- Bulletin des Nations Unies ; paix dignité, égalité sur une planète saine.
- Communiqué OMS/28, août 1988.
- Haut-commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme ; droit à la santé, OMS, Nations Unies
- La santé et les objectifs du millénaire pour le développement, 2005.
- Mieux connaître l'OMS, OMS, 1990, pp.
- OMS, Information, mars 1988. N°119.
- OMS, Budget programme de l'OMS 2006-2007, 2005.
- OMS, Catalogue, nouvelles publications, 1993.
- OMS, Cohérence des structures et des fonctions du bureau régional, 2011.
- OMS, Débat et Actes Finaux de la Conférence Internationale de la Santé, New York, Genève, juin 1948.
- OMS, droit à la santé, fiche d'information n° 31 Nations Unies, 2007.
- OMS, Financement et action budgétaires de l'OMS, 2010.
- OMS, Rapport de la présence de l'OMS dans les pays territoires et zones 2010-2017.
- OMS, Recueil des résolutions et décisions, vol. II, 4è édition, 1981.
- OMS, Stratégie de coopération avec les pays 2010-2015, Cameroun, 2009.
- Pacte Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels
- Résolutions du comité régional de l'OMS pour l'Afrique AFR/RC de septembre 1965 sur l'application des obligations des Etats membres.
- Stratégie Régionale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, OMS, bureau régional du pacifique occidental Manille, 1982.

#### IV- SOURCES WEBOGRAPHIQUES

- <https://www.minsanté.cm.Content/historique>. Consulté le 25 septembre 2020 à 22h 40 minutes
- <https://www.who.int/hrh/education/fellows>. Consulté le mardi 29 septembre 2020 à 22h 50minutes.
- <https://www.toupie.org/dictionnaire/cooperation.htm>. Consulté le Jeudi 15 octobre 2020 à 20h 40minutes.
- [https://fr.m.wikipedia.org/organisation intergouvernementale](https://fr.m.wikipedia.org/organisation%20intergouvernementale), Consulté le mercredi 23 juin 2021 à 21h 20minutes.
- [https://www.encyclopedie.fr/universalis/organisations non gouvernementales](https://www.encyclopedie.fr/universalis/organisations%20non%20gouvernementales). Consulté le 14 juin 2021 à 19h20minutes.
- [https://www.google.com/search hypothèse](https://www.google.com/search%20hypoth%C3%A8se). Consulté le mardi 27 octobre 2020 à 14h 28minutes.
- [www.toupie.org/dictionnaire/interdependance](http://www.toupie.org/dictionnaire/interdependance). Consulté le vendredi, 30 octobre 2020 à 11h 19minutes.
- [https://www.en.m.wikipedia.org/complex interdépendance](https://www.en.m.wikipedia.org/complex%20interd%C3%A9pendance). Consulté le lundi 2 novembre 2020 à 18h 22min.
- [https:// www. Toupie.Org/dictionnaire/interdependance.htm](https://www.Toupie.Org/dictionnaire/interdependance.htm). Consulté le lundi 2 novembre 2020 à 18h 55minutes.
- <https://www.fr.m.wikipedia.com/multilateralisme>. Consulté le jeudi 12 novembre 2020 à 17h à 03minutes.
- Encyclopedie universalis, méthodologie. Consulté le vendredi, 4 décembre 2020 à 17h 40minutes.
- [https://www.scribb.fr/category/méthodologie](https://www.scribb.fr/category/m%C3%A9thodologie). Consulté le samedi, 5 décembre 2020 à 18h 30minutes.
- [https://www.fr.m.wikipedia. Organisation Mondiale de la Santé.Com](https://www.fr.m.wikipedia.Organisation%20Mondiale%20de%20la%20Sant%C3%A9.Com). Consulté le dimanche 11 juillet 2021à 08h 33minutes.
- [https://fr.m.wikipédia.org / wiki/Organisation Mondiale de la Santé](https://fr.m.wikip%C3%A9dia.org/wiki/Organisation%20Mondiale%20de%20la%20Sant%C3%A9). Consulté le 15 janvier 2021 à 15h 44minutes.
- [https://www.Organisation mondiale de la santé/but/](https://www.Organisation%20mondiale%20de%20la%20sant%C3%A9/but/). Consulté samedi 16 Décembre 2020 à 9h 10minutes.

- [https //www.wikipedia.fr.m.cooperation](https://www.wikipedia.fr.m.cooperation). (Acteurs). Consulté le mardi 13 avril 2021 11h 50minutes.
- [https : who.int/country-cooperation/what-who-does/inter country/fr/](https://who.int/country-cooperation/what-who-does/inter-country/fr/). Consulté le 13 décembre 2020 à 16minutes.
- [https:// fr.m.wikipedia.org/wiki/maladie\\_transmissible](https://fr.m.wikipedia.org/wiki/maladie_transmissible). Consulté le lundi 3 mai 2021 à 12h 21minutes.
- <https://www.santemagazine.fr>. Consulté le lundi 18 octobre 2021 à 13h 12minutes.
- Bulletin de l’OMS ; santé du nouveau-né de l’enfant de l’adolescent [www.who.int/maternal child\\_adolescent/child/mortality/fr/](http://www.who.int/maternal-child-adolescent/child/mortality/fr/). Consulté le 19 novembre 2020 à 15h 52minutes.
- [https://www.linterieur.fr-définition\\_Maladie Bactérienne](https://www.linterieur.fr-définition_Maladie_Bactérienne). Consulté lundi 18 octobre 2021 17h 31minutes.
- [https://www. Santé sur le net.com/santé-enfant/maladies infantiles](https://www.Santé_sur_le_net.com/santé-enfant/maladies_infantiles). Consulté le 2 août 2020 à 03h 54 minutes
- [https// santé.lefigaro.fr.Maladie](https://santé.lefigaro.fr.Maladie). Consulté lundi 18 octobre 2021 à 17h 42minutes.
- [https//www.fr. m. wikipedia.org. Wiki](https://www.fr.m.wikipedia.org.Wiki). Consulté le lundi 18 octobre 2021 à 06h 08minutes
- <https://google.com/search?q=formation+definition>. Consulté le lundi 31 mai 2021 à 12h 50minutes.
- [https ; www.who.int /fr/news/item](https://www.who.int/fr/news/item). Consulté le 7 février 2021 à 9H 47minutes.
- [https://universités innovation publique. Wordpress.com](https://universités_innovation_publique.Wordpress.com). Consulté le 9 juillet 2021 à 18h30 minutes.
- [https://didier bibard blogspost.com](https://didier_bibard_blogspost.com). Consulté lundi 24 mai 2021 à 11h 20minutes.

## **V- ARCHIVES ET DOCUMENTS OFFICIEL**

### **1- Archives**

- A MINREX A. P1, exposé de motif du comité régional du pacifique occidental, 1970.
- A MINREX A. p3, projet de loi autorisant le président de la république à ratifier les amendements aux articles de l’OMS, 12 mai 1986.
- A MINREX AP1, projet accord entre le Cameroun et l’OMS, 1973
- MINSANTE, AC 1732 système de soins de santé internationales, 1979.
- AMINREX. A.P 681 code international de commercialisation des substituts du lait maternel, 12 octobre 1979.
- AMINSANTE AP.676 Accord De Base 1962.

- AMINSANTE Mémoire d'entente entre le Cameroun et l'OMS, 28 avril 2010
- AMIREX AP1, initiative et attributions du Comité Régional de l'OMS, 1951.
- ANY.3AC 488. OMS. Installation 1953. Accord de siège de l'OMS
- ABUPASOMS. AP327 formation du personnel sanitaire, 2017.

## **2- Documents officiels**

- Décision N°366/D/MSP/CAB/ du 09 Aout 2002 portant création d'une commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le sida, tuberculose et le paludisme.
- Mémoire d'entente le gouvernement du Cameroun par le MINSANTE et l'OMS relatif à la mise en œuvre de la programmation transitoire du renforcement du système de santé.
- Arrêté N114 DU 19 octobre 1988 modifiant certaines dispositions de l'arrêté n°22 du 11 septembre 1981 portant réglementation des sociétés pharmaceutiques.
- Loi N° 96/03 du janvier1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé.
- Décret N°2005/252 du 30 juin 2005 portant création, organisation et fonctionnement de la CENAME
- Décision N°0529 D/MINSANTE/SG/DPM du 08juin 2009 rendant publique au Cameroun les bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques.
- Décision N°0817/MINSANTE/CAB/SG/DLM/DAJC du 11 juin 2012 Portant création, organisation et fonctionnement des centres régionaux de prévention et de lutte contre les épidémies.
- Arrêté N°1515/Minsanté/SESP/SG/DAJC du 10 Octobre 2013, portant règlement intérieur harmonisé des Centres de Vaccinations Internationales (CVI) Du Cameroun
- Arrêté N°095/CAB/PM du 11 novembre 2013 portant création du programme national multisectoriel de lutte contre la mortalité, néonatale et infanto-juvénile au Cameroun.
- Décision N°0492 D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019 fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et de prise en charge du VIH dans les formations sanitaires publiques et leurs organisations à base communautaire affiliées.
- Constitution de l'OMS 2006.

## 3- Sources orales

N°	Noms et prénoms	Agés	Qualités	Dates et lieux de l'entretien
01	ABE Metala	47 ans	Chef service de la division de la coopération MINSANTÉ	Lundi 12 avril 2021 à 11h
02	Adja Amsatou	42 ans	Chargée des opérations bureau pays de l'OMS au Cameroun	mardi 7 septembre mercredi 13 octobre 2021 à 10h à Bastos Yaoundé
03	Afoude	43 ans	Sous-directeur de la Direction Santé Familiale	vendredi 18 juin 2021 à 10h15 au MINSANTE
04	Avenec	38 ans	chef de l'Unité de Direction des Ressources Humaines, du PEV MINSANTÉ	Mercredi 6 octobre 2021 à 13h
05	Ebai	52 ans	chef service de la direction du PLMI	, le mardi 1 juin 2021 à 10h
06	Emah Irène	42 ans	Administrateur santé en service au bureau pays de l'OMS au Cameroun	mercredi 14 juillet 2021 à 12h à Bastos Yaoundé
07	Enyegue Marthe	39 ans	Cadre à la direction des affaires juridiques et du contentieux	mardi 12 octobre 2021 à 9h au MINSANTE
08	Essama Marie Louise	56 ans	Chef service du courrier au ministère de la santé publique	Vendredi 22 Janvier 2021 à 9h au MINSANTÉ
09	Kembou Etienne	38 ans	Chargé de missions bureau pays de l'OMS au Cameroun	Jeudi 18 novembre 2021 à 9h45min à Bastos Yaoundé
10	Lee	40 ans	Chef service à la Direction Santé Familiale du ministère de la santé	mardi 26 octobre 2021 à 11h au MINSANTE
11	Lemana Oyono Serge	48 ans	Chef service de la coopération décentralisée du MINREX	Vendredi le 22 septembre 2021 à 10 h au MINREX
12	NGO DJE DANIELLE	36 ans	Chef de bureau DPML MINSANTE	vendredi 10 septembre 2021 à durée 1h
13	Nissack Françoise	61 ans	Administrateur au bureau pays de l'OMS au Cameroun	Lundi 8 novembre 2021 à 14h au Ministère de la Santé Publique
14	Tchokomi René Emmanuel	56 ans	Coordonnateur e la bibliothèque centrale du bureau pays de l'OMS au Cameroun	vendredi 15 octobre 2021 à 13h 14h30 à Bastos Yaoundé
15	Wouyou René	46 ans	Administrateur chargé d'étude a la direction des affaires du MINREX	Lundi 13 septembre 2021 à 14h45 au MINREX

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>
---------------------------

<b>DEDICACE.....</b>	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>ii</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>iii</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>viii</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>1</b>
I-CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE.....	1
II-JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET.....	2
1-Raisons académiques.....	2
2-Raisons scientifiques.....	2
3-Raisons personnelles.....	3
III-INTERET DE L'ETUDE.....	3
1- Intérêt Scientifique.....	3
2- Intérêt Académique.....	4
3- Intérêt sanitaire.....	4
4- Intérêt Social.....	4
V-CADRE SPATIO-TEMPORELLE.....	4
1- Cadre spatial.....	4
2-Cadre temporel.....	6
V-CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	6
Coopération.....	6
Organisation Intergouvernementale.....	8
Organisation Non Gouvernementale.....	9
Maladies Infantiles.....	10
VII-REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	11
VIII-PROBLEMATIQUE.....	15
IX-HYPOTHESES.....	15
X-CADRE THEORIQUE.....	16
1-L'interdependance.....	16
2-Multilateralisme.....	17
XI-METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	19
XII-DIFFICULTÉS RENCONTREES.....	21
XIII- PLAN DE L'ETUDE.....	21

<b>CHAPITRE I : HISTORIQUE DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN .....</b>	<b>23</b>
I-CONTEXTE DE CRÉATION DE L'OMS .....	23
A-La mobilisation internationale sur les questions de santé.....	23
1-L'organisation des conférences sanitaires internationales .....	24
2-La mise sur pied des premières structures et instruments sanitaires à l'échelle internationale .....	25
a-Le Bureau Sanitaire Panaméricain (BSP).....	25
b-L'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) .....	26
c-L'Organisation d'Hygiène de la Société Des Nations (OH/SDN) .....	27
B-L'ONU et la création de l'OMS.....	28
1-L'United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) .....	28
2-Les implications onusiennes pour une structure de santé internationale .....	28
II-STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DE L'OMS .....	30
A-Structure de l'OMS.....	30
1-Les services de l'OMS .....	31
a-L'Assemblée Mondiale de la Santé .....	31
b-Conseil Exécutif .....	31
c-Le Secrétariat.....	32
2-Organisation régional de l'OMS .....	33
a-Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO) .....	33
b-Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (CR/AFRO).....	35
B-Fonctionnement, but et missions de L'OMS .....	38
1-But et missions de l'OMS .....	38
a-But de L'OMS .....	38
b-Missions de l'OMS.....	38
2-Système d'adhésion et mode de fonctionnement à l'échelle mondiale .....	42
a-Adhésion du personnel et des Etats .....	42
b- Mode de fonctionnement.....	43
III-GENÈSE DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN.....	45
A-Aux origines des relations entre l'OMS et le Cameroun .....	45
1-Adhésion du Cameroun à l'OMS .....	45
2-Adhésion du Cameroun au Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (CR).....	46
B-Installation du bureaux pays de l'OMS au Cameroun .....	47
1-Historique et constitution du bureau pays de l'OMS au Cameroun .....	47
2-Rôle du bureau pays de l'OMS au Cameroun .....	49
 <b>CHAPITRE II : ETAT DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN.....</b>	 <b>53</b>
I-ACTEURS DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN.....	53
A-LES ACTEURS NATIONAUX .....	53
1-Le Gouvernement Camerounais .....	53
a-Le Chef d'Etat .....	54
b-Le Ministère de la Santé Publique.....	55
c-Le Ministère des Relations Extérieures .....	56
d-Ministères apparentés .....	57
2-Les Partenaires Nationaux .....	58

3-Les ONG locales .....	59
4-Firmes locales .....	60
B-LES ACTEURS INTERNATIONAUX .....	62
1-Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	62
2-Les ONG Sanitaires Internationales.....	63
3-Les Firmes Pharmaceutiques Internationales.....	65
4-Les Partenaires Internationaux.....	69
II-LES DIFFERENTS ENJEUX DE LA COOPERATION OMS-CAMEROUN .....	72
A-Enjeux diplomatiques et humanitaires.....	72
1-Enjeux diplomatiques.....	72
2-Enjeux humanitaires.....	73
B- Enjeux sanitaires, politique et socio-économiques.....	74
1-Enjeux sanitaires .....	74
2-Enjeux politiques et socio-économiques.....	75
III- ACCORD ET OBLIGATIONS DES PARTIES PRENANTES DE LA COOPÉRATION .....	76
A- Les accords .....	77
1-Le cadre juridique de la coopération OMS-Cameroun et modalité de révision de l'accord.....	77
2-Mémorandum d'entente entre le Gouvernement du Cameroun représente par le MINSANTE et l'OMS .....	79
B- Les obligations incombant à l'OMS et au Cameroun.....	81
1 – Obligations incombant à OMS .....	81
2-Le gouvernement camerounais.....	83
<b>CHAPITRE III : CONTRIBUTION DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTO-JUVÉNILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ .....</b>	<b>86</b>
I- L'APPORT DE L'OMS DANS LE PROCESSUS DE PREVENTION, PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT DES ENFANTS ATTEINTS DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES DANS LA VILLE DE YAOUNDE.	86
A-L'appui de l'OMS dans la Prise en charges des enfants atteints des maladies transmissibles .....	86
1-Maladies virales .....	87
2-Maladies bactériennes .....	90
3-Maladies parasitaires.....	92
A-L'apport de l'OMS dans la Prise en charge des enfants atteints des maladies non transmissibles.....	94
1-Les diarrhées à Rotavirus.....	94
2-La carence en vitamine A.....	95
3-La malnutrition.....	96
II- MESURES ET MOYENS MISE EN PLACE PAR L'OMS DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES A YAOUNDE.....	97
A-Formation du personnel et aide financière.....	97
1-Formation des nationaux en santé publique.....	97

2-Formation à la surveillance épidémiologique au niveau du district et Enseignement Médical.....	99
3-Aide financière et bourses pour l'étranger.....	100
B-Contributions de l'OMS pour les enfants .....	100
1- Sur le plan stratégique.....	100
2 - Sur le plan technique.....	104
3 - Sur le plan sanitaire.....	106
<b>III- PROMOTION DE LA SANTE ; DÉTERMINANTS OU FACTEURS .....</b>	<b>111</b>
A-Déterminants Sociodémographiques et sanitaires .....	111
1-Le niveau d'instruction de la mère.....	111
2-Le niveau de vie du ménage.....	112
3-Le milieu d'existence de l'enfant.....	113
4-Santé et Environnement .....	113
5-Planification Familiale .....	115
B- Déterminants sociopolitiques et sanitaires.....	116
1-La Communication.....	116
2-Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile (CARMMA).....	117
3-Encouragement du lait maternel par l'OMS .....	118
4-La Prise en Charge Intégrée des Maladie de l'Enfance (PCIME) .....	119
5-Bonne Gouvernance et Politique Sanitaire .....	120
<b>CHAPITRE IV ; EVALUATION CRITIQUE DE L'APPUI DE L'OMS POUR LES MALADIES INFANTILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ .....</b>	<b>123</b>
<b>I-BILAN ET EVALUATION CRITIQUE DE L'ACTION DE L'OMS AU CAMEROUN ..</b>	<b>123</b>
.....	123
A-Évaluation de la contribution de l'OMS .....	123
1-Sur le plan scientifique et technique .....	123
2- Sur le plan sanitaire.....	125
a-Maladies Transmissibles .....	125
b-Maladies non transmissibles.....	131
3-Sur le plan socioéconomique .....	132
B - Approche critique ou quelques limites de l'OMS.....	134
1-Limite sur le plan conceptuel et financier .....	134
2-Limite sur le plan technique sanitaire et matériel .....	136
3-Limite de la coopération OMS-Cameroun.....	138
<b>II-LES DÉFIS AUXQUELS SONT CONFRONTÉS L'OMS ET LE CAMEROUN DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFANTILES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ .....</b>	<b>140</b>
A-Défis incombant à l'Organisation Mondiale de la santé.....	140
1-Réduction des maladies transmissibles et non transmissibles .....	141
2-Renforcement de la Couverture Sanitaire Universelle.....	142
3- Augmentation et l'amélioration de ses performances.....	143
B- Défis incombant au gouvernement camerounais .....	144
1-Accroissement des moyens financiers pour la réalisation des divers objectifs .....	144

2-Volonté politique du gouvernement sur la réduction de la mortalité néonatale .....	145
3-Mise en place d'une Planification Familiale efficace et soutien pour la vaccination ....	
.....	146
<b>III- PERSPECTIVES DE LA COOPÉRATION OMS-CAMEROUN.....</b>	<b>147</b>
A- Perspectives pour OMS.....	147
1-Sur le plan scientifique .....	148
2-Sur le plan socio-sanitaire .....	150
B-Perspectives pour le gouvernement Camerounais.....	151
1-Sur le plan sociopolitique .....	152
2-Sur le plan technique et sanitaire.....	153
 <b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	 <b>155</b>
 <b>ANNEXES.....</b>	 <b>158</b>
<b>SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>176</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>189</b>