

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

Centre de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines, Sociales
et Educatives

Unité de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines et
Sociales



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

*Post Gradure School for Social and
Educational Sciences*

*Doctoral Research Unit for Social
Sciences*

DEPARTEMENT D'HISTOIRE
DEPARTMENT OF HISTORY

**L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
(OMS) ET LA LUTTE CONTRE LES GRANDES
ENDEMIES : ETUDE DU CAS DU CAMEROUN
(1948 – 2015)**

Thèse présentée en vue de l'obtention du diplôme de
Doctorat/Ph.D
Option : Histoire des Relations Internationales

Par

DANIEL LEDOUX DONG RIM

Master en Histoire des Relations Internationales



Thèse soutenue publiquement le 6 octobre 2022 devant le jury composé de :

Président : TASSOU André

(Pr.) Université de Yaoundé I

Rapporteur : EBALE Raymond

(Pr.) Université de Yaoundé I

Membres : AWANG OLLONG Kingsly

(MC) Université de Bamenda

MVE BELINGA Jannot

(MC) Université de Yaoundé I

DONG MOUGNOL Gabriel Maxime

(Pr.) Université de Yaoundé I

Mai 2023

A mon regretté père, Rim A Bigna, que ton âme repose en paix auprès du Dieu tout puissant.

Et ma mère Marie Cécile Aimée Dong, que le Seigneur Dieu lui accorde longue vie sur cette terre.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ix
SIGLES ET ACRONYMES	xvii
INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE I : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE AU CAMEROUN	22
CHAPITRE I : LE SYSTEME DE SANTE CAMEROUNAIS.....	23
I. ANALYSE HISTORIQUE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE DU CAMEROUN.....	24
II. ORGANISATION STRUCTURELLE DU SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN.....	29
III. LA COUVERTURE SANITAIRE AU CAMEROUN	38
CHAPITRE II : PERFORMANCES ET EPIDEMIOLOGIE DANS LE SYSTEME DE SANTE DU CAMEROUN.....	69
I. PROBLEMES DU SYSTEME DE SANTE CAMEROUNAIS.....	70
II. POINTS FORTS DU SYSTEME DE SANTE.....	96
III. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET GENERALITE SUR LES RANDES ENDEMIES AU CAMEROUN	101
PARTIE II : LES POLITIQUES DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPLEMENTATION AU LE CAMEROUN	111
CHAPITRE III : L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : ORGANISATION, DEPLOIEMENT, ET STRATEGIE	112
I. GENESE ET FONCTIONS DE L'OMS	113
II. PROGRAMME D'ACTION ET ORGANISATION FONCTIONNELLE DE L'OMS	120

III. LE DEPLOIEMENT DE L'OMS DANS LE MONDE : LE CAS DU CAMEROUN	
128	
CHAPITRE IV : POLITIQUE DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPLEMENTATION AU CAMEROUN.....	135
I) LA POLITIQUE DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES	136
II) LA LOGISTIQUE DE L'OMS DANS LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES	157
III) IMPLÉMENTATION DES POLITIQUE DE L'OMS AU CAMEROUN.....	167
PARTIE III : VUE PANORAMIQUE DES PROGRAMMES DE L'OMS POUR L'ERADICATION DES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPACT AU CAMEROUN	191
CHAPITRE V : LES GRANDES ENDEMIES ERADIQUEES ET EN COURS D'ERADICATION AU CAMEROUN JUSQU'EN 2015 AVEC LE CONCOURS DE L'OMS.....	192
I. LES GRANDES ENDEMIES ERADIQUEES AU CAMEROUN	193
II. LES GRANDES ENDEMIES EN VOIES D'ÉRADICATION AU CAMEROUN EN 2015	245
CHAPITRE VI : LES PROGRAMME DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES EN EXPANTION : ATTEINDRE LES OMD.....	314
I. LES PROGRAMMES DE L'OMS DE LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES : CAS DU SIDA, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME.....	315
II. LES GRANDES ENDEMIES ET L'ATTEINTE DES OMD : CAS DU CAMEROUN	330
III. ESSAI DE SOLUTION ET PERSPECTIVES.....	354
CONCLUSION GENERALE	364
ANNEXES.....	366
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	389
I. SOURCES PRIMAIRES	390
II. SOURCES SECONDAIRES	399

TABLE DES MATIERES	412
---------------------------------	------------

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit d'une synergie de personnes qui méritent notre humble reconnaissance, nous ne saurions continuer sans leur remercier.

Nous commençons par notre Directeur de cette thèse, le Professeur Raymond Ebalé, qui nous a accompagné tout au long de la réalisation de ce document, merci Professeur.

Nous ne saurions négliger le dévouement et la détermination de tout le corps enseignant qui, depuis 2008, a formé activement l'historien que nous sommes en passe de devenir. Tous nos remerciements les plus sincères au personnel académique qui nous a permis de poursuivre l'ambition académique qui est la nôtre.

Les remerciements à tous les membres de notre famille, dont le soutien incommensurable nous a permis d'y croire, malgré les intempéries qui ont parsemé le sentier tumultueux qui a mené vers l'aboutissement final de ce travail. Une pensée particulière à ma mère Marie Cécile Aimée Dong, mes frères Jean Joël Bigna Rim et André Patrick Ayong Rim, et ma sœur Marie Crescence Guimbang. Une pensée aussi vers mes tantes et oncles, cousins et cousines, nièces et autres.

Notre reconnaissance aux personnes qui, dans toutes les structures où nous nous sommes présenté, nous ont fourni des informations dont nous avons besoin sans encombre, nous offrant ainsi toute leur disponibilité.

Notre gratitude va aussi à l'endroit de tous nos camarades et amis qui ont contribué à l'édification de ce travail par leurs conseils et apports gratuits, ainsi que leur soutien moral et leurs encouragements inoubliables. Une pensée particulière à ma merveilleuse fille Dong Um Marie Cécile Anaëlle Akeelah.

Enfin, nous n'oublions pas de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, consciemment ou inconsciemment, ont posé une pierre à l'édification de ce travail.

RESUME

L'urgence de santé publique est un concept qui trouve ses origines très loin dans l'histoire des peuples du monde. Elle est aussi vieille que les grandes maladies qui en sont à l'origine. L'intelligentsia des nations a voulu que, peu à peu, des coopérations naissent en vue d'endiguer l'expansion des maladies de plus en plus menaçantes. C'est dans ce contexte que l'organisation mondiale de la santé arrive en 1948 et s'inscrit dans la continuité logique de ses prédécesseurs, en tant que seul leader mondiale en matière de santé publique dans le monde. C'est dans cette mouvance que le Cameroun s'engage au sein de cette organisation en 1962. Dès lors, il est légitime de s'interroger sur l'impact des politiques de l'OMS dans la lutte contre les grandes endémies au Cameroun. La confrontation des sources primaires, secondaires, tertiaires et leur analyse diachroniques a révélé qu'au fil du temps, plusieurs actions ont été entreprises par cette coopération multilatérale, conduisant à l'éradication des grandes maladies (la variole, dracunculose, lèpre) et l'éradication en cours de certaines maladies (poliomyélite, onchocercose, trypanosomiase humaine africaine). Cependant, dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement, les résultats sont peu reluisants avec la croissance des cas de paludisme au Cameroun, même si le VIH/SIDA et la tuberculose sont en baisse. Devant ces faits, il est primordiale de réajuster cette coopération afin d'atteindre les objectifs du développement durables fixés pour 2030.

Mots clés : OMS, maladie, Cameroun, OMD, lutte

ABSTRACT

The public health emergency is a concept that has its origins far back in the history of the peoples in the world. It is as old as the major diseases that cause it. The intelligentsia of the nations wanted cooperation, which gradually arise in order to stem the spread of increasingly threatening diseases. It is in this context that the World Health Organization arrives in 1948 and logically in the continuation of its predecessors, as the only global leader in world public health. It is in this movement that Cameroon became involved in this organization in 1962. It is legitimate therefore to wonder about the impact of WHO policies in the fight against major endemics in Cameroon. The confrontation of primary, secondary, tertiary sources and their diachronic analysis revealed that over time, several actions have been undertaken by this multilateral cooperation, leading to the eradication of major diseases (smallpox, dracunculiasis, leprosy) and the ongoing eradication of certain diseases (poliomyelitis, onchocerciasis, human African trypanosomiasis). However, within the framework of the Millennium Development Goals, the results are not very good with the growth of malaria cases in Cameroon, even if HIV/AIDS and tuberculosis are on the decline. Faced with these facts, it is essential to readjust this cooperation in order to achieve the sustainable development objectives set for 2030.

Keywords : WHO, disease, Cameroon, MDGs, control

LISTE DES ILLUSTRATIONS

1) Tableaux

1 : dates importantes des mutations du système de santé camerounais de 1960 à 2015	28
2 : organisation du système de santé camerounais	30
3 : la pyramide sanitaire au Cameroun	31
4 : Composantes secteur et sous-secteurs sanitaire	35
5 : répartition des CSI et CMA par région au Cameroun	39
6 : répartition des hôpitaux de district et assimilés par région au Cameroun.....	42
7 : répartition des hôpitaux régionaux (HR) par région au Cameroun.....	44
8 : répartition des Hôpitaux Centraux (HC) et les Hôpitaux Généraux (HG) par région au Cameroun	45
9 : récapitulatif des formations sanitaires par région au Cameroun	460
10 : Les ressources humaines en assistants sociaux (AS) par région.....	48
11 : Les ressources humaines en ARC par région au Cameroun	50
12 : les ressources humaines en personnel administratif par région	51
13 : les ressources humaines en chirurgiens-dentistes	53
14 : les ressources humaines en pharmaciens et commis de pharmacie	55
15 : Les ressources humaines en personnel infirmiers	57
16 : Les ressources humaines en personnel médecins généralistes.....	59
17 : Les ressources humaines en personnel médecins spécialistes	59
18 : Les ressources humaines en personnel paramédicaux	60
19 : Les ressources humaines en personnel d'appuis	61
20 : Les ressources humaines en personnel tradipraticiens.....	62
21 : Les ressources humaines en autre professionnel de santé.....	63
22 : Ressources humaines par région en 2011	64
23 : Problèmes liés à la mise en œuvre des actions prioritaires	76

24 : Répartition des structures sanitaires publiques par niveau de vétusté des infrastructures pour 2015.....	81
25 : Besoins en construction exprimés au niveau régional en 2015.....	84
26 : Besoins en personnels par catégorie professionnelle en 2015 dans les formations sanitaires de l'échelle du district de santé	88
27 : Besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux (3ème catégorie)	90
28 : Besoins en personnel dans les Hôpitaux de 1ère et 2ème catégories en 2012	91
29 : Besoins excédent en personnels dans les programmes prioritaires de santé.....	93
30 : Récapitulatif des effectifs selon le projet de normes de 2005.....	95
31 : recrutement des personnels sanitaires 2002 et 2011	97
32 : Utilisation des médias des TIC au Cameroun entre 2007 et 2014 par région pour 1000 habitants	106
33 : Directeurs généraux de l'OMS entre 1948 et 2017.....	118
34 : Budget annuel de l'OMS entre 1948 et 1978.....	124
35 : Evolution du budget de l'OMS entre 1980 et 2015	126
36 : Liste des directeur régionaux de l'OMS/AFRO entre 1954 et 2015.....	129
37 : Axe stratégiques de la coopération entre l'OMS et les pays entre 2010 et 2015 : cas du Cameroun	133
38 : Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les grandes endémies	164
39 : Activités de promotion de la santé au Cameroun entre 2011 et 2015.....	170
40 : la variole au Cameroun (sous domination française) avant la deuxième guerre mondiale	194
41 : cas de dracunculose au Cameroun entre 1975 et 2006.....	221
42 : récapitulatif des grands moments de lutte contre la dracunculose	230
43 : couverture de la PCT de 1985 à 2002 dans le monde	240
44 : nombre de cas et prévalence de la lèpre au Cameroun	243
45 : Cas de poliomyélite au Cameroun de 1961 et 1984.....	248

46 : Incidence de la poliomyélite paralytique notifiée et couverture vaccinale à Yaoundé, Cameroun, 1974-1980.....	252
47 : Interrompre la transmission du poliovirus : Indicateurs et étapes.....	260
48 : parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite: Indicateurs et étapes	262
49 : mettre au point des produits pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde : indicateurs et étapes	263
50 : intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : indicateurs et étapes.....	264
51 : récapitulatif des projets de lutte contre l'onchocercose approuvés au Cameroun à la date de septembre 1999	282
52 : Nombre de cas d'onchocercose dans la région du Nord Cameroun en 2002.....	288
53 : indicateur de performances de la mise en place des programmes durables de la lutte contre l'onchocercose.....	296
54 : indicateur objectif n°2, actions conjointes de lutte contre l'onchocercose	297
55 : objectif 3, indicateur permettant d'arrêter le traitement à l'ivermectine.....	298
56 : objectif 4, réduire le risque de transmission de l'onchocercose, cible et indicateur	298
57 : indicateur, nombre de pays devant utiliser leur budget national pour lutter contre la maladie	299
58 : indicateur objectif 6, mettre fin au programme APOC	299
59 : indicateur objectif 7, intégrer le facteur du genre dans la lutte contre l'onchocercose...	300
60 : nombre de personne atteinte de maladie du sommeil au Cameroun de 1968 à 1974	311
61 : nombre de nouveaux cas de maladie du sommeil au Cameroun entre 1991 et 2004.....	312
62 : Renforcement du système de santé au niveau national dans le cadre du plan mondial halte à la tuberculose.....	320
63 : Répartition des cas de SIDA entre 1985 et 1986 au Cameroun	332
64 : Incidence de la tuberculose dans le monde (pour 1000 personnes)	342
65 : Nombre de cas suspects de paludisme notifiés par région au Cameroun entre 2014 et 2016	352

66 : Participation financière de l’OMS et de l’Etat du Cameroun entre 2011 et 2015	357
67 : Arrimage des objectifs de la stratégie sectorielle de santé aux objectifs de développement durable.....	361

2) Graphiques

1 : Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013	37
2 : ratio répartition des CSI et CMA par population et par région au Cameroun	40
3 : ratio répartition des DS et assimilés par population et par région au Cameroun	43
4 : illustration de la répartition des formations sanitaires	47
5 : Les ressources humaines des AS par à rapport population par région.....	49
6 : Les ressources humaines en ARC par rapport à la population par région	51
7 : Les ressources humaines en personnel administratif par rapport aux formations sanitaires par région.....	52
8 : Les ressources humaines en chirurgiens - dentistes par rapport à la population par région	54
9 : les ressources humaines en pharmaciens et commis de pharmacie	56
10 : Les ressources humaines en personnel infirmiers	57
11 : Ressources humaines par région en 2011	64
12 : Répartition des personnels selon la qualification professionnelle	65
13 : Répartition des effectifs dans les 10 régions avec Yaoundé et Douala considérés séparément	66
14 : Répartition des personnels par âge et par genre.....	67
15 : Répartition des personnels selon le secteur institutionnel.....	68
16 : nombre de FS vétustes par Région au Cameroun en 2015.....	82
17 : Besoins en construction exprimés au niveau régional 2015	85
18 : Besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux	91
19 : Besoins en personnel dans les Hôpitaux de 1ère et 2ème catégories.....	92

20 : Besoins excédent en personnels dans les programmes prioritaires de santé.....	94
21 : Evolution du personnel sanitaire entre 1997 et 2011	98
22 : Utilisation des médias des TIC au Cameroun entre 2007 et 2014 par région pour 1000 habitants	107
23 : Tendence d'adhésion des membres à l'OMS de 1946 à 2015	122
24 : Evolution du budget annuel de l'OMS entre 1948 et 1978.....	125
25 : Evolution du budget de l'OMS entre 1980 et 2015 en années biennales.....	127
26 : la variole au Cameroun (sous domination française) avant la deuxième guerre mondiale	195
27 : cas de variole reporté dans le monde entre 1955 et 1970.....	198
28 : Nombre de cas de dracunculose dans le monde, 1989-2002	228
29 : Couverture par la PCT de 1985 à 2002 dans le monde.....	241
30 : nombre de cas et prévalence de la lèpre au Cameroun	243
31 : Cas de poliomyélite au Cameroun de 1961 et 1984.....	249
32 : Incidence des cas de poliomyélite paralytique notifiés et couverture vaccinale à Yaoundé, Cameroun, 1974-1980	253
33 : Ressources financières extérieures requises et contributions prévues/promises au 3 avril 2001	257
34 : contribution financière pour l'éradication de la poliomyélite en 2009.	267
35 : impact des JNV sur le nombre de cas de poliomyélite dans le monde avec le PMP entre 2009 et 2011.	268
36 : Nombre de cas d'onchocercose dans la région du Nord Cameroun en 2002.....	289
37 : Nombre de personnes sous traitement par l'ivermectine entre 1996 et 2005	290
38 : Population faisant l'objet d'un dépistage actif et nouveaux cas de THA déclarés à l'OMS, Cameroun, 1997-2006	308
39 : Nombre de cas dépisté de malade atteints de THA entre 1968 et 1974.....	311
40 : nombre de nouveaux cas de maladie du sommeil au Cameroun entre 1991 et 2004.....	313
41 : Chute des cas notifiés de SIDA dans certains pays industrialisés	334

42 : Proportion de personnes ayant accès aux antirétroviraux par région dans le monde.....	335
43 : Evolution du nombre de cas de SIDA notifié entre 2000 et 2016 (en million).....	336
44 : Besoins et personnes sous ARV au Cameroun entre 2005 et 2015	337
45 : Evolution du nombre de cas de nouvelles infections VIH 2010-2015 au Cameroun	338
46 : Prévalence comparée de VIH - SIDA en 2014	339
47 : Incidence de la tuberculose dans le monde (pour 1000 personnes).....	343
48 : Evolution des nouveaux cas de tuberculose au Cameroun de 2010 à 2015.....	344
49 : Pourcentage de possession de moustiquaires par les ménages au Cameroun en 2002 ...	347
50 : Pourcentage Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans en 2002 ...	348
51 : Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse au Cameroun en 2002	348
52 : Incidence du paludisme et taux de mortalité associée entre 2000 et 2015 au niveau mondial	349
53 : Baisse de l'incidence du paludisme par région dans le monde entre 2000 et 2015	350
54 : Evolution de morbidité hospitalière liée au paludisme 2008-2014.....	351
55 : Notification de cas de paludisme au Cameroun entre 2014 et 2016	353
56 : Pourcentage du budget national alloué à la santé entre 2005 et 2015.....	356
57 : Participation financière de l'OMS et de l'Etat du Cameroun entre 2011 et 2015	358

3) Schéma

1 : circuit d'approvisionnement et distribution de médicament dans les formations sanitaires	71
2 : Organigramme du bureau de l'OMS/AFRO	130
3 : Evènements qui peuvent constituer une urgence de sante publique de portée internationale.....	148
4 : Relation entre l'OMS, ses partenaire et sa politique de lutte contre les grandes endémies.....	165
5 : Organisation du Programme africain de lutte contre l'onchocercose.....	278

6 : étape 1, comment délimiter une zone de transmission.....	291
7 : étape 2, comment comparer les zones de transmission à celle du traitement	292
8 : étape 3, risque de réinsertion de la maladie à partir des zones endémiques	293
9 : étape 4, délimiter la zone où le traitement contre l'onchocercose peut être arrêté	294
10 : Structure du partenariat halte à la tuberculose	319
11 : Représentation hiérarchique du programme spéciale de lutte contre le SIDA de l'OMS.....	322
12 : Principales stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme.....	329

4) Photos

1 : Logo de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	122
2 : manifestations cutanée de la variole	194
3 : cas de lèpre au Cameroun	232
4 : manifestation de l'onchocercose chez l'homme	273
5 : séances d'administration du traitement contre l'onchocercose dans la région de l'extrême Nord Cameroun	286
6 : une mouche tsé-tsé (responsable de la maladie du sommeil)	302
7 : pièges à mouche tsé-tsé (Glossine)	304
8 : Objectifs du millénaire pour le développement	331
9 : Objectifs de développement durable	359

5) Cartes

1 : la carte sanitaire régionale du Cameroun 2015.	32
2 : 1 ^{ère} publication de la portée des bulletins épidémiologique radiotélégraphiques de l'OMS, publiée dans le REH 1956.....	158
3 : pays où la variole est endémique en 1967.....	196

4 : taux de variole pour 100000 habitant en 1968	197
5 : plan pour la certification mondiale de l'éradication de la variole	199
6 : Pays ayant cesse la vaccination antivariolique systématique.....	216
7 : zone de forte endémicité de la dracunculose au Cameroun	222
8 : Progrès dans l'éradication de la poliomyélite de 1988 à la fin de 2000.....	255
9 : État de la documentation acceptée des pays exempts de poliomyélite dans la Région africaine par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite en juin 2018.....	271
10 : foyers d'onchocercose dans le monde en Afrique centrale en 1975	274
11 : Pays des Programmes de lutte contre l'Onchocercose (APOC et OCP)	276
12 : Zones Epidémiologiques de l'Onchocercose.....	276
13 : Cartographie épidémiologique Rapide Générale de l'Onchocercose (RENO) du Cameroun	283
14 : Zones de Traitement de l'onchocercose par l'ivermectine sous directives communautaires au Cameroun	284
15 : évolution de la lutte contre l'onchocercose en Afrique	295

SIGLES ET ACRONYMES

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

ANY : Archives Nationale Yaoundé

ARV : AntiRétroViral

CAPR : Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional

CFA : Communauté Française d'Afrique

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CICR : Comité International de la Croix Rouge

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical Autonome

CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA

CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

CPC : Centre Pasteur du Cameroun

CUSS : Centre Universitaire des Sciences de la Santé

CR : Centre de Référence

CSI : Centre de Santé Intégré

DDT : DichloroDiphénylTrichloroéthane

DLMEP : Direction de la Lutte Contre la Maladie, les Epidémie et les Pandémie

DPS : Direction de la Promotion et de la Santé

DROS : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé

DS : District de Santé

FAC : Forum d'Action Commun

FCB : Fondation Chantal Biya

FIIM : Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament

FMI : Fond Monétaire International

FMSB : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

FS : Formation Sanitaire

HD : Hôpital de District

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MAPE : Maladie à Potentiel Epidémique

MILDA : Moustiquaire Imprégnées à Longue Durée d'Action

MII : Moustiquaire Imprégné d'Insecticide

MINFI : ministère des finances

MINSANTE : Ministère de la Santé

MSP : Ministère de la Santé Publique

OCEAC : Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Central

OCCGEAC : Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les grandes Endémies en Afrique centrale

ODD : Objectifs de Développement Durable

OI : Organisation Internationale

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONGD : Organisation Non Gouvernementale pour le Développement

ONU : Organisation des Nations Unies

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PNDP : Programme National de Développement Participatif

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPTE : Pays Pauvre et Très Endetté

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à L'Enfant

PVVIH/SIDA : Personne Vivante avec le VIH/SIDA

PMLS : Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PS : Promotion de la Santé

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

RH : Ressources Humaines

RSI : Règlement Sanitaire International

SIDA : Syndrome de l'Hummo-Defcience Acquise

SIS : Système d'Information Sanitaire

SSC : Système de Santé Camerounais

SSS : Stratégie Sectorielle de Santé

TDR: Test de Dépistage Rapide

UNICEF : fond des nations unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'Hummo-Defcience Humaine

WHO: *World Health Organisation*

WWW: *World Wide Web*

INTRODUCTION GENERALE

1) CONTEXTE GENERALE DU SUJET

Le concept de relations internationales diffère selon les auteurs et les courants de pensée. On distingue le courant moraliste, encore appelé idéaliste, pour qui l'essence des relations internationales est l'amour, l'égalité et la justice. Pour le courant politiste, les relations internationales sont basées sur un rapport perpétuel de force entre les Etats. C'est donc essentiellement des relations conflictuelles où chaque Etat essaye de marquer son territoire, défendre ses intérêts et faire des démonstrations de force. Pour ces derniers donc, la force fait le Droit. Contrairement à eux, le courant des juristes pensent que le Droit est prioritaire dans les relations interétatiques. C'est dire ainsi que chaque Etat devrait se mouvoir à l'intérieur de ses frontières. C'est à cette condition que les relations internationales se feront dans la paix. On fait ainsi fi du caractère conflictuel des relations internationales au profit du Droit international. Enfin, nous avons le courant des philosophes qui pensent que l'essence des relations internationales est la recherche de l'intérêt individuel (chaque Etat recherche son propre intérêt), sa survie et la protection de ses frontières. Au vu de ce qui précède, on peut considérer les relations internationales comme étant l'étude des rapports entre les Etats, les individus et les organisations à travers le monde. Autrement dit, "c'est l'étude des interactions entre les divers acteurs ou sujets de la vie internationale qui sont les Etats, les organisations internationales, et les organisations non gouvernementales ..."¹.

Ceci dit, nous considérons dans ce travail les relations internationales comme étant la coopération entre acteurs ou sujets, visant à atteindre un objectif commun, supérieur aux intérêts égoïstes, et favorisant non seulement le bien-être des parties impliquées, mais aussi leur développement social, économique et culturel, par le biais de la diplomatie. Elle a donc comme axe la recherche de l'intérêt économique (car le creuset qui existe entre les pays du Nord et ceux du Sud apparaissent plutôt comme une complémentarité), la recherche de l'intérêt diplomatique et stratégique (elle repose sur la recherche de la paix négociée), et enfin la recherche de l'intérêt humanitaire (elle est importante car, en cas de catastrophe naturelle, ou d'épidémie, la solidarité

¹ www.camerecole.org, consulté le 3 avril 2020.

internationale est nécessaire pour résorber le problème). La coopération internationale s'étend donc à plusieurs niveaux de conception.

On distingue ainsi la coopération bilatérale qui se limite à deux Etats, la coopération multilatérale qui s'établit entre un Etat et une organisation internationale, la coopération régionale qui se fait au sein d'une région, la coopération sous régionale qui se fait entre un Etat et une organisation sous régionale, la coopération intercontinentale qui se fait à l'échelle des continents, la coopération politique qui se limite à l'échange des représentants des pays impliqués, la coopération technique ou assistance technique qui s'effectue dans le cadre des échanges ou des transferts de technologie, des bourses internationales de formation professionnelle et/ou académique, et la coopération humanitaire qui est axé sur l'aide apporté aux pays qui sont sujets de catastrophes telles que les crises socio-sanitaires, des catastrophes naturelles et même des agressions terroristes. Ainsi, parlant donc des acteurs des relations internationales, on distingue les organismes, les institutions régionales, les multinationales ou encore les structures gouvernementales, non gouvernementales et des associations.

Plusieurs raisons peuvent ainsi induire les relations internationales. Le but étant toujours la recherche de l'intérêt commun des parties impliquées. Ceci dit, l'intérêt commun peut être économique, militaire, politique, humanitaire, ou dans le cas présent sanitaire. La santé publique internationale reste ainsi une préoccupation majeure inscrite à l'ordre du jour des gouvernements et des organisations à travers le monde. Au fil des années, elle a fait face aux grandes endémies sévères telles que celle de la peste, la tuberculose, la variole, la lèpre, et le choléra.

À ces grandes maladies qui semblent lointaines, survient le spectre des maladies qui, jusqu'en 2015, persistent et même, sont en expansion. Les régions tropicales, en particulier l'Afrique subsaharienne subit de plein fouet les endémies du paludisme, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou encore de la tuberculose, de la poliomyélite, et même de l'onchocercose. Ces faits nous rappellent que la sécurité sanitaire est un combat de chaque jour et qui va haut delà des simples frontières nationales d'un pays, voire de tout un continent, car mondialisation y oblige. Ainsi, devant ces urgences sanitaires internationales, les Etats ont décidé d'un commun accord de s'organiser afin d'opposer une meilleure riposte à cet ennemi commun. La coopération sanitaire internationale était ainsi née pour sauvegarder l'humanité et la protéger contre la survenance et la contamination par les maladies à potentiel épidémique.

2) RAISON DU CHOIX DU SUJET

“Le 30 avril 2018, le système de surveillance épidémiologique a enregistré des cas de contamination humaine par la variole du singe (*Monkey pox*) dans les districts de santé de Njikwa, département de la Momo dans la région du Nord-Ouest, et d’Akwaya, département du Manyu, région du Sud-Ouest”.² Ces mots du ministre camerounais de la santé publique André Mama Fouda lors d’un communiqué le 17 mai 2018 font ainsi état du caractère fragile et précieux de la notion de la santé publique et de santé pour tous au Cameroun, devenu non seulement une préoccupation nationale, mais aussi internationale. Cette maladie classée parmi les grandes endémies et dont la notification étaient obligatoire par le premier règlement sanitaire international de l’OMS en 1951 refait-elle surface depuis son éradication au Cameroun et dans le monde ? Cette interrogation relance ainsi la question sanitaire de lutte contre les grandes endémies dans le monde en général, et au Cameroun en particulier.

Au niveau mondial, les objectifs sanitaires restent nombreux. Cependant le principal, “la santé pour tous” reste de loin l’idéal d’objectif de santé publique internationale à atteindre. S’il faut considérer la santé selon L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant “un état de complet bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmités”³, l’on pourrait ainsi postuler que la santé est un droit fondamental de tous êtres humains quelles que soient ses origines, sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Ce postulat a été formalisé par la Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires pour tout le monde le 12 septembre 1978⁴. Ce droit a une fois de plus été rappelée et réaffirmé lors du soixante dixième anniversaire de l’OMS le 7 avril 2018, lorsque le Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, alors directeur de cette organisation, déclarait que rien n’est plus précieux pour un individu que sa santé. Pour lui, “lorsque les gens sont en bonne santé, ils peuvent apprendre, travailler et subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles. Lorsqu’ils sont malades, rien n’a plus d’importance. Les familles et les communautés passent après...”⁵.

² P. A. Ntchapda, “Cameroun : Le virus de la variole du singe signalé au Nord-Ouest et au Sud-Ouest”, *Cameroon-Info.Net*, 18-May-2018, consulté le 12, décembre 2020.

³ <https://www.who.int/about/mission/fr/>, consulté le 24 janvier 2019.

⁴ https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, consulté le 24 janvier 2019.

⁵ T. A. Ghebreyesus, Directeur de l’OMS, propos tenu le 07 avril 2018, lors du 70^{ème} anniversaire de l’OMS.

Parce que la santé est une préoccupation mondiale, elle fait ainsi désormais partie des centres d'intérêts lors des échanges internationaux. On comprend mieux pourquoi Didier Godbers pense que "en Afrique, la coopération en santé est une réalité complexe. Sans elle, les États du Sud ne pourraient développer leurs systèmes sanitaires..."⁶. C'est donc ainsi dire pour conclure qu'une population saine produit des Hommes dynamiques, aptes à participer à l'effort de développement pour un pays dont le besoin se fait pressant pour les populations dont une grande partie vit sous le seuil de moins d'un Dollar par jour. Cet intérêt pour la santé s'est manifesté une fois de plus à New York en 2000 lorsque sur les huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD)⁷, la santé a occupé une place de choix avec trois objectifs : la santé maternelle, limiter la mortalité infantile, et inverser la tendance de la courbe du VIH/SIDA, du paludisme, la tuberculose et les autres grandes maladies dans un intervalle de 15 ans, soit de 2000 à 2015. Le défi sanitaire est ainsi énorme et fait intervenir une fois de plus la notion de santé publique nationale, mais aussi internationale car les grandes endémies ne relèvent plus seulement des compétences d'un seul Etat.

Ceci dit, les difficultés rencontrées par le Cameroun et l'organisation mondiale de la santé, restent donc un sujet historique, mais d'actualité. Le pays peine encore à atteindre tous les objectifs de santé fixés par la conférence d'Alma-Ata ou plus encore par les nombreux conférences pour la promotion de la santé organisé par l'OMS afin de promouvoir des environnements favorables à la santé. Cependant, des efforts sont constamment consentis pour y parvenir. Le Cameroun s'inscrit donc naturellement dans la dynamique de la coopération sanitaire internationale qui, depuis 1948, est entièrement organisé par l'OMS qui se charge d'établir les orientations des politiques sanitaires mondiales et les objectifs à atteindre. Cependant, 1948 s'inscrit dans une continuité historique. La curiosité historique nous impose ainsi de nous interroger sur les moyens et méthodes qui ont été déployé non seulement avant l'arrivée de l'OMS, mais aussi après son avènement.

⁶ D. Godbers, "La coopération en santé dans les pays africains" *Actualité des dossiers en santé publique*, n° 48, septembre 2004, p. 46.

⁷ En 2000, furent lancés les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) avec 8 objectifs principaux à atteindre à savoir objectif 1 : éliminer l'extrême pauvreté et la faim ; objectif 2 : assurer une éducation primaire pour tous ; objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; objectif 5 : améliorer la santé maternelle ; objectif 6 : combattre le VIH/SDA le paludisme et d'autre grandes maladies ; objectif 7 : assurer un environnement durable ; et objectif 8 : mettre en place un partenariat mondiale pour le développement.

Enfin, au terme de notre mémoire de Master portant sur le “système de santé Camerounais et la lutte contre l’épidémie de choléra (1971–2015)”⁸, nous sommes resté sur notre faim intellectuelle car, des bribes de données laissaient entrevoir un large champ historique à explorer. C’est dire que le Cameroun, dans son processus de lutte contre les grandes endémies, a souvent eu à collaborer avec des organisations internationales. Le présent thème de recherche s’inscrit donc dans une continuité logique de ce qui a été entamé car, d’une part, la visibilité des actions issues des coopérations sanitaire méritent une étude historique approfondit afin de mettre en exergue des données y relatives, et d’autre part le choléra reste l’unité d’un ensemble : les grandes endémies.

3) INTERET SCIENTIFIQUE ET EPISTEMOLOGIQUE

L’intérêt de ce travail peut être perçu tant au niveau socio-sanitaire, économique-scientifique, qu’au niveau politique.

Sur le plan socio-sanitaire et scientifique, ce document vise à mener une analyse historique sur les origines des problèmes sanitaires qui persécutent les populations du monde en général, et du Cameroun en particulier. Il s’agit ainsi d’informer la communauté scientifique sur l’histoire des grandes endémies, apportant ainsi notre modeste contribution à la documentation scientifique en générale, et historique en particulier. Cette documentation ainsi agrandie devra à l’avenir servir de socle et/ou de référence pour établir des politiques sanitaires en relation avec la lutte contre les maladies endémique, tant au niveau macro que micro. Le Cameroun, tout comme l’OMS devraient ainsi davantage s’appuyer sur le passé, notamment les réussites qui sont des acquis, mais aussi et surtout les manquements qui devront être ajusté pour l’avenir.

Sur le plan économique, il apparait qu’une société malade ne produit pas ; or c’est l’activité humaine qui produite de la richesse. Autrement dit, un homme sain participe à la croissance économique de son pays à travers l’emploi et/ou l’investissement. Ainsi, pour l’OMS “Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une

⁸ D. L. Dong Rim, “Le système de santé camerounaises et la lutte contre l’épidémie de choléra (1971-2015)”, Mémoire de Master en Histoire, Université de Yaoundé 1, 2017.

vie saine et productive en harmonie avec la nature”.⁹ Il existe ainsi un lien étroit entre santé et développement. La santé en Afrique est et demeure un problème majeur. Elle est la préoccupation des ménages, des communautés, des gouvernements et même de la communauté internationale. La problématique sanitaire semble donc être une épine pour les pays tropicaux, en particulier l’Afrique subsaharienne. Ainsi,

L’amélioration des conditions de santé en Afrique devrait être une priorité dans les politiques de développement, non seulement parce que l’Afrique est la région du monde où les conditions de santé sont les plus mauvaises, mais aussi parce que ces mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer, au niveau macroéconomique, les économies africaines dans un piège de sous-développement et, au niveau microéconomique, de nombreux ménages africains dans un piège de pauvreté. L’expérience historique des pays émergents montre que l’amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif au démarrage de leur processus de développement, à un moment où ces pays ne disposaient que de faibles ressources financières, propres ou procurées par l’aide internationale.¹⁰

Le sous-développement sanitaire semble ainsi être l’une des causes du sous-développement économique du continent, car une grande partie des fonds est redirigée vers ce secteur, au détriment d’autres. Ainsi, l’économie prospère du Cameroun au lendemain des années 1960, laissait présager une émergence en 1980.¹¹ Même s’il est vrai que plusieurs autres facteurs ont constitué des goulots d’étranglement, le facteur santé reste le principal élément de distanciation économique car, au lendemain des indépendances en 1960, les pays d’Asie et d’Afrique étaient tous pauvres. Ces derniers ont “échappé à la misère à partir du moment où ils ont commencé à faire des progrès en matière de santé..”.¹²

La santé est pour ainsi dire une préoccupation historique dans la diplomatie camerounaise car comme le souligne le prix Nobel d’économie Amartya Sen “ il est bien évident que l’amélioration de la santé des gens doit être considérée plus ou moins universellement comme l’un des principaux objectifs du processus de développement”.¹³ Ainsi, parce que santé et développement sont étroitement liés et mondialisation oblige, le Cameroun entretient des relations

⁹ OMS, “Santé et développement durable”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 3.

¹⁰ J. C. Berthélemy, “Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté”, *Compte Rendu Biologies*, N° 331, 903 – 918, 2008, p. 917.

¹¹ *Ibid.*, p. 909.

¹² *Ibid.*, p. 903.

¹³ Allocution sur l’orientation prononcée par le Professeur Amartya Sen, *Master of Trinity College*, Cambridge, Prix Nobel d’Economie 1998, à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé Genève, mardi 18 mai 1999.

internationales pour développer son secteur de santé afin d'essayer d'endiguer la problématique sanitaire de son pays et promouvoir son développement. Ce document invite une fois de plus à accroître davantage les investissements dans le domaine de la santé, ce qui serait par ricochet un investissement à terme sur l'économie.

Sur le plan politique, le présent travail invite les Etats parties de la coopération internationale en générale, et de la coopération sanitaire en particulier à faire un saut dans le passé afin de renégocier, si cela est nécessaire, les accords de coopération sur la base de données mis à jour, ce dans le but de l'intérêt de l'humanité. C'est dire que l'organisation mondiale de la santé et ses partenaires sont invité à analyser, voire repenser les rôles de chaque partie dans le processus pour l'atteinte de l'objectif zéro maladie. Il s'agit ainsi de fournir suffisamment de connaissance aux décideurs politiques pour prendre des décisions adéquates, efficaces et efficientes.

4) CADRE SPATIO-TEMPOTEL

Le présent document étant une production historique, il est limité par des bornes temporelles qui encapsulent l'étude sur une période donnée. Ceci dit, la borne inférieure de ce travail est fixée à 1948,¹⁴ lorsque l'OMS est créée, devenant ainsi leader mondial en matière de santé dans le monde. Elle devient donc en même temps le superviseur des programmes internationaux de lutte contre les grandes endémies dans le monde. Ainsi, 1948 marque non pas le début de la coopération entre le Cameroun (en tant que territoire délimité par des frontières) et l'OMS, mais le début des activités de l'OMS en tant que coordonnateur mondial des politiques de santé. Cette date revêt ainsi une importance capitale dans l'histoire de la santé, notamment celle de la lutte contre les grandes endémies.

La borne supérieure quant à elle est placée à 2015. Cette date marque non seulement le point d'achèvement des Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD),¹⁵ le point d'achèvement du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011–2015, et la mise en

¹⁴<https://www.who.int/fr/about/history#:~:text=Les%20diplomates%20r%C3%A9unis%20pour%20cr%C3%A9er,Journal%20mondiale%20de%20la%20Sant%C3%A9.>, consulté le 9 février 2023.

¹⁵ <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/>, consulté le 9 février 2023.

place des objectifs du développement durable.¹⁶ 2015 est ainsi la date butoir pour inverser la tendance de la courbe du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres grandes maladies fixé par les OMD. Ainsi, dans sa préface, la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 souligne que "L'année 2015 sert de transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés en 2000 et les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visent à induire, dans les états, un développement inclusif et durable."¹⁷ 2015 est ainsi une date stratégique à laquelle l'on peut analyser les performances des politique de gestion des grandes endémies par l'OMS, et des objectifs qu'elle s'est fixé.

Le cadre spatiale de ce travail s'étend donc au-delà des frontières nationales d'un quelconque pays. Il s'agit ainsi d'une préoccupation mondiale, mais aussi et surtout camerounaises, notamment sur les 475 442 kilomètres carrés (km²) que constitue sa superficie, avec ses 402 km de cote. Le Cameroun s'étend du 2^e au 13^e degré de latitude Nord, du 6^e au 16^e degré de longitude Est¹⁸. Il est limitrophe à l'Ouest et au Nord-Ouest par le Nigéria sur 1720 km, au Sud-Ouest par l'océan atlantique, au Sud par le Gabon sur 298 km et la Guinée équatoriale sur 18 km, au Sud-Est par le Congo sur 520 km, à l'Est par le République Centrafricaine sur 822 km, et en fin à l'Est et au Nord-Est par le Tchad sur 1122 km¹⁹. Le pays dispose d'un relief fait de plateau de hautes terres inégalement réparties et entourés de plaines étroites. Il dispose de quatre bassins hydrographiques (Atlantique Sud, Niger, Tchad, et Congo) et trois zones climatiques : équatorial, soudanais et soudano-sahélien.²⁰ Parlant du profil démographique, la population du Cameroun est estimée en 2015 à 23439000 habitants avec 49% d'hommes et 51% de femmes, et un taux de croissance démographique annuel de 2,6%²¹. La structure de la population est caractérisée par son extrême jeunesse et se présente ainsi qu'il suit : Moins de 5 ans 16,9%, de 5 à 14 ans 26,7%, de 15 à 24 ans 20,6%, et plus de 65 ans 3,3%.²²

¹⁶ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>, Consulté le 9 février 2023.

¹⁷ MINSANTÉ, "Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027", Draft du 11 Janvier 2016.

¹⁸ J. P. Amo'ou et al, *Le Cameroun*, Paris, Armand Colin, 1985, p. 4.

¹⁹ I. D. Machia A Rim, "Hydrographie et activités économiques au Cameroun : le cas du Mbam, 1960 – 2008", Mémoire de Master en Histoire, Université de Yaoundé I, 2011, p. 2.

²⁰ MINSANTE, "Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun", 2016, p. 6.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

5) REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

De nombreuses études ont été faites sur le système de santé au Cameroun ; cependant, dans la discipline histoire, nous rencontrons quelques rares ouvrages traitant directement ou indirectement du thème qui est le nôtre. C'est le cas de Simplicie Ayangma qui dans son mémoire²³, s'intéresse au rôle qu'à jouer cette institution onusienne dans le système de santé camerounais. Il analyse ainsi son apport dans la construction des édifices sanitaires, la formation du personnel de santé avec la construction d'une école de formation en médecine, le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) devenu Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB). Plus loin dans sa thèse²⁴, Ayangma Bonoho élargi son champs de recherche à l'Afrique subsaharienne. Il met en exergue l'action de l'OMS pour le développement des systèmes de santé des pays d'Afrique situés au sud du sahara. Un peu plus dans l'histoire, nous disposons de la thèse de Wang Sonné qui s'applique à démontrer l'action sanitaire française en période coloniale.²⁵

La littérature dispose aussi de la thèse de Bigorgne Marion²⁶, elle étudie l'aide faite au secteur de santé bucco-dentaire du Cameroun. L'auteur analyse ainsi la santé bucco-dentaire dans le monde, puis évoque l'aide apportée dans le domaine au Cameroun. Elle ouvre une brèche dans sa thèse pour parler non seulement des institutions internationales qui apportent leur aide en général au système de santé camerounais mais aussi elle mène une étude sur le fonctionnement du système de santé camerounais ; cependant, cette étude reste superficielle, dont peut approfondie, tel que prévu dans la suite du présent travail.

Mendo Me Mfou Elvire dans sa thèse²⁷, attaque de front les problèmes internes de santé au Cameroun en insistant sur l'émergence et le fonctionnement du secteur informel. Elle fait ainsi un

²³ S. Ayangma-Bonoho, "L'OMS et de développement de la santé au Cameroun de 1963 à 2000", Mémoire de Master en histoire, Université de Yaoundé I, 2012.

²⁴ S. Ayangma Bonoho, "L'Organisation mondiale de la santé (OMS), les politiques de développement sanitaire et leur mise en œuvre en Afrique centrale entre 1956 et 2000", Thèse de Doctorat en Histoire, Université de Yaoundé I, 2020.

²⁵ Wang Sonné, "Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916 – 1945", Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle en Histoire, Université de Yaoundé, 1983.

²⁶ B. Marion, "L'aide bucco-dentaire internationale : exemple du Cameroun", Thèse de Doctorat en chirurgie dentaire, Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2012.

²⁷ E. Mendo Me Mfou, "Les micro-unités de santé informelles au Cameroun : quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables ?", Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Lille I, décembre 2013.

bref inventaire des problèmes que rencontre le système de santé. Dans le même ordre d'idées, s'aligne la thèse d'Amoussou Vigny Landry²⁸, où il relève les problèmes de sécurité sanitaire identifiés dans les pays d'Afrique noire francophone. Pour la santé en Afrique francophone manque cruellement de moyens humains, financiers, matériels et institutionnels pour en faire un véritable outil de préservation de la santé publique. Cependant, il a omis de relever l'impact des maladies endémiques dans le continent.

En 2016, Vanel Julia dans sa Thèse²⁹, met en lumière le rôle de l'OMS dans la santé internationale, en s'appuyant sur les politiques mises en place par cette dernière pour atteindre ses objectifs. Moubé Moubé³⁰ quant-à-lui met l'accent sur l'accès aux soins de santé par les populations vulnérables. Il analyse ainsi les politiques publiques du gouvernement camerounais pour y parvenir. À ses côtés, nous retrouvons la thèse de Nkwenkeu Sylvain F.³¹, qui étudie les politiques mises en place par le gouvernement camerounais pour l'objectif santé pour tous. Cependant, ces analyses restent figées pour sur l'OMS et de ses interventions dans le monde en générale et sur l'inaccessibilité aux soins de santé primaire par les populations les plus défavorisées au Cameroun.

La santé publique est ainsi un sujet de préoccupation scientifique car non loin de là, des auteurs tels que Grégoire Djarmaila dans son mémoire³² met en exergue les moyens déployés pour lutter contre l'endémie du choléra dans la région de l'extrême nord du Cameroun et ses environs. Il s'attèle à définir les termes épidémiologiques complexes afin de rendre plus compréhensible les notions d'épidémie, pandémie, endémie, ainsi que l'interrelation qui existe entre ces notions. Par la suite, l'auteur évoque un aperçu historique de la pandémie du choléra dans le monde en mettant en exergue celle ayant précédé celle que nous vivons actuellement³³. L'auteur parle aussi des

²⁸ V. L. Amoussou, "L'ordre public sanitaire en Afrique francophone", Thèse de Doctorat en Droit public, Université de Bordeaux, septembre 2017.

²⁹ V. Julia, "De l'éducation Sanitaire à la promotion de la santé : enjeux et organisation des savoirs au cœur de l'action publique sanitaire (internationale)", Thèse de Doctorat en Science Politique, Université de Paris Sarclay, juin 2016.

³⁰ Moubé Moubé, "Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès financier équitable aux soins de santé : Le cas des travailleurs de l'informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité", Thèse de Doctorat Ph.D en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Septembre 2015.

³¹ S. F. Nkwenkeu., "Évaluation des politiques publiques de santé : Une analyse économique appliquée au Cameroun", Thèse de Doctorat en Sciences Économique, Université de Grenoble, avril 2014.

³² G. Djarmaila, "Médias et gestion des crises dans la région de l'extrême- nord du Cameroun : cas de l'épidémie de choléra dans le département du Mayo- Tsanaga", Master professionnel d'ingénieur facilitateur de développement, Université de Maroua, 2011.

³³ Depuis 1961, nous vivons la 7^{ème} pandémie de choléra dans le monde

facteurs favorisant le développement et l'émancipation de la maladie dans la région de l'extrême-nord du Cameroun et enchaîne avec les facteurs favorisant sa transmission. Plus loin, il fait intervenir le caractère international de la maladie en précisant que celle-ci en fait des millions de victimes à chaque épidémie dans le monde. Cependant, son étude se géo localise dans l'extrême-nord du Cameroun or, le choléra est une maladie qui touche l'ensemble du territoire camerounais et est loin d'être la seule grande maladie sur le territoire.

Dans le même thème, on dispose de la Thèse de Didier Bompangue³⁴ qui, bien que consacrée à la République Démocratique du Congo, ne manque pas de relever les connaissances générales sur les pandémies, notamment celle du choléra. Il évoque ainsi en quelques pages le virus à l'origine de la maladie et cartographie les zones favorisant l'émancipation de ce virus ; il termine en apportant des éclaircissements sur les conséquences de ce virus sur l'Homme. L'auteur poursuit ses écrits en parlant de l'introduction du choléra en Afrique, ses portes d'entrée et son déploiement sur le territoire en général et en Afrique subsaharienne en particulier. Cependant, il mène une étude générale dans le bassin du lac Tchad avant d'approfondir sa recherche sur le cas spécifique de la République Démocratique du Congo. Ceci dit, la Thèse de cet auteur nous sera utile dans la mesure où elle étaye les différentes voies de pénétration des maladies tropicales en Afrique subsaharienne.

Ceci dit, la thèse de Théophile Djoumou intitulé³⁵, qui analyse d'une manière générale le rôle de la France, notamment son action sanitaire dans la région de l'Ouest Cameroun entre 1923 et 2006. Il met ainsi en avant le recours de ces populations durant cette période à l'ethnomédecine pour se soigner des maladies souvent considérées comme une fatalité. Ceci dit, l'arrivée des missionnaires français ont ainsi largement influencé la médecine au Cameroun, et dans cette région en particulier. L'auteur s'attèle ainsi à démontrer comment ces missionnaires, avec leurs infrastructures, ont peu à peu éclipsé ces méthodes de guérison traditionnelles pour promouvoir la médecine missionnaire européenne. Philippe Lanotte quant à lui aborde la question des grandes

³⁴ D. Bompangue Nkoko, "dynamique des épidémies de choléra dans la région des grands lacs africains cas de la république démocratique du Congo", thèse de Doctorat en sciences de la vie et de la santé, Université de Franche-Comté, 2009.

³⁵ T. Djoumou, "L'action sanitaire française dans la région de l'Ouest Cameroun : 1923 – 2006", Thèse de Doctorat /Ph.D en Histoire, Université de Dschang, 2020.

endémies avec un regard plus généralisé dans sa thèse.³⁶ Il jette un regard globale sur les grandes maladies qui on dominées le monde, à savoir la peste, le choléra et la tuberculose. Ces grandes maladies sont à l'origine des réformes en matière de santé publique internationales, car elles ont décimé plusieurs individus au cours de l'histoire. L'auteur dénonce les conditions favorisant l'apparition et l'émancipation de ces maladies, ainsi que leurs grands foyers, mais surtout fait un aperçu historique des grandes pandémies qu'il développe dans sa thèse.

À côté de ces thèses, nous disposons des ouvrages tels que celle de Jacqueline Bardolphe³⁷ qui s'interroge sur une réelle historiographie des maladies en Afrique ; non loin de douter que celles-ci ont réellement existé, il est question de les contextualiser, afin d'avoir un regard africain, et non occidentale de la maladie en Afrique. Dans le même ordre d'idée, Julienne Louise Ngo Likeng³⁸ tire la sonnette d'alarme sur certaine maladie négligées sous les tropiques, mais aussi les infections nosocomiales qui ont tendance à être laissés pour compte. Elle invite donc dans son ouvrage à une prise de conscience afin d'endiguer ce problème de santé publique. Hours Bernard quant à lui met en exergue la problématique de l'Etat face aux défis sanitaires en zone rurale. L'auteur relève la disparité entre zone urbaine et zone rurale, tout en relevant le rôle joué par les organismes religieux pour pallier aux manquements de l'Etat dit sorcier.³⁹ Hours Bernard relève aussi l'importance de la médecine traditionnelle qui est prisée par les populations locales au détriment de la médecine "occidentale" qui n'arrive pas toujours dans leur localité du fait du sous-développement caractérisé par les voies de communication enclavé, l'absence de personnel qualifié et autre.

Dans leur ouvrage, Claude Laveissière et Claude Penchenier⁴⁰ s'attaquent au problème de la maladie du sommeil en zone tropicale qui ce cesse de prendre de l'ampleur. Les auteurs remontent à la lutte pendant la période coloniale jusqu'aux indépendances, période à laquelle la lutte contre cette maladie revient à la charge des pays nouvellement indépendants. La trypanosomiase humaine africaine a un impact indicatif dans les jeunes Etats Africains. Jusqu'à ce

³⁶ P. Lanotte, « Les grandes épidémies : la peste, le choléra & la tuberculose », thèse pharmacie, Université Francois Rabelait, Tour, 2001.

³⁷ J. Bardolphe, *LITTÉRATURE ET MALADIE EN AFRIQUE : Image et fonction de la maladie dans la production littéraire*, Harmattan, Paris, 1994.

³⁸ J. L. Ngo Likeng, *MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES ET INFECTIONS NOSOCOMIALES EN AFRIQUE : Un défi de santé publique*, Harmattan, Paris, 2021.

³⁹ B. Hours, *l'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Paris, Harmattan, 1985.

⁴⁰ C. Laveissière et Claude Penchenier, *Manuel de lutte contre la maladie du sommeil*, Marseille, IRD Éditions, 2017.

que le SIDA devienne une maladie de santé publique, elle était la maladie d'envergure qu'il fallait éradiquer. L'action du médecin militaire Eugene Jamot a eu un impact non négligeable sur la lutte contre cette maladie ; cependant, beaucoup reste encore à faire pour parler d'éradication de cette maladie. C'est dans cet esprit que L'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale. Pour ces auteurs donc, l'heure n'est pas aux commémorations. Il faut repartir au combat.

Basile Ekanga dans son ouvrage traite de la question de la lutte contre le SIDA.⁴¹ L'auteur met en lumière les origines de la maladie, les modes de transmission, et les stratégies mis en place pour son éradication. Aussi il déplore le fait qu'il n'existe jusqu'à ce jour aucun vaccin contre cette maladie, encore considérée comme étant une maladie de la honte par les populations du tiers monde. Dans le même canevas d'idée, Laurent Vidal soulève les manquements des entreprises dévoué à la lutte contre le SIDA. Il met en exergue les moyens financiers limités qui entrave ses actions et met ainsi en mal l'atteinte de ses objectifs.⁴² Il fait ainsi un large ratissage de ces entreprises au Cameroun qui mènent des actions en faveur de la lutte contre le SIDA. Aussi, l'ouvrage de Huert Mono Ndjana et Lucien Ayissi⁴³ mène une analyse croisée entre histoire, philosophie et littérature sur le SIDA. Ils veulent montrer que ce sujet n'est pas la seule prérogative des professionnels de la santé. Il est ainsi question dans cet ouvrage de la politisation et de l'instrumentalisation idéologique de la maladie au niveau des stratégies de riposte envisagées.

La pandémie du SIDA est abordée par plusieurs auteurs dans divers angles. C'est le cas de Paulette Beat-Songue dans son ouvrage où elle traite du rapport entre SIDA et prostitution au Cameroun.⁴⁴ Elle décrit l'impact de l'éducation familiale sur les comportements à adopter pour se protéger contre cette maladie, notamment l'utilisation du préservatif. Pour l'auteur, il faut intégrer dans les campagnes de sensibilisation la famille, afin de mieux toucher les populations cible. Le SIDA est abordé dans cet ouvrage dans sa dimension sociologique, soit la famille qui s'exprime en l'homme lorsqu'il se trouve hors de celle-ci, notamment dans les milieux de loisir telle que la prostitution. Le rapport entre prostitution et SIDA est davantage abordé par Lilian Mathieu qui, dans son ouvrage, interpelle la prostitution comme mode de transmission rapide de la maladie. Il

⁴¹ B. Ekanga, *VIVRE AVEC LE VIH-SIDA EN AFRIQUE : Etat des lieux, responsabilités et problèmes éthiques*, Harmattan, Paris, 2019.

⁴² L. Vidal, *Le sida au Cameroun*, Harmattan, Paris, 2014.

⁴³ H. Mono Ndjana et Lucien Ayissi, *PENSER LE SIDA : Analyses croisées d'une pandémie*, Harmattan, Paris, 2010.

⁴⁴ P. Beat-Songue, *SIDA et prostitution au Cameroun*, Harmattan, Paris, 1993.

relève la prise de conscience par ce secteur de l'utilisation du préservatif comme moyen de protection des individus concernés par cette pratique pour faire face au VIH/SIDA.⁴⁵ Le problème social du SIDA est aussi abordé par Sophia Rosman dans son ouvrage⁴⁶ lorsqu'elle fait le rapprochement entre la maladie et la précarité dans laquelle vivent les personnes touchées. Le SIDA apparaît ici comme une maladie des personnes pauvres en ressources financières parfois caractérisée par un manque de logement. L'auteur mène une analyse sociologique sur la réinsertion des personnes vivant avec le SIDA dans les milieux parfois peu réceptifs ou éduqués sur la question. D'autres auteurs tels que René Sabatier voient le SIDA comme une maladie raciste⁴⁷ à l'aube de son apparition en 1985, ou encore le SIDA comme une maladie dont la prévention fait fi de l'homosexualité en Afrique. Cet axe est le sujet central de Charles Gueboguo dans son ouvrage⁴⁸ qui relève le fait que la lutte contre le SIDA est largement orientée hétérosexuelle. L'ouvrage de ce dernier tente d'expliquer les raisons de cette omission, en révélant que bon nombre de personnes contaminées en Afrique sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il est ainsi question de prendre en charge toutes les personnes dans la communication de masse contre cette maladie. Quoiqu'il en soit, le SIDA reste un problème de santé publique où les actions publiques doivent être menées comme le précise Jaeho Eun dans son ouvrage.⁴⁹ Le SIDA oblige ainsi de repenser les politiques d'actions publiques, de rompre avec les pratiques existantes pour signer de nouveaux contrats afin de mener à bien l'urgence nouvelle de santé publique.

La littérature de la santé publique va bien au-delà de la pandémie du SIDA. Tantchou Josiane dans son ouvrage porte une attention particulière à la lutte contre les épidémies de maladie du sommeil et tuberculose.⁵⁰ L'auteur analyse la lutte contre ces maladies depuis la période coloniale jusqu'à nos jours. Elle analyse plus en profondeur la verticalité des systèmes de santé en Afrique, le rôle des organisations internationales. Elle analyse l'impact de ces politiques sur la lutte contre ces maladies en Afrique. Dans cette suite, Vidal L & al dans leur ouvrage relèvent le

⁴⁵ L. Mathieu, *PROSTITUTION ET SIDA : Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, Harmattan, Paris, 1993.

⁴⁶ S. Rosman, *SIDA ET PRECARITE : Une double vulnérabilité*, Harmattan, Paris, 1999.

⁴⁷ R. Sabatier, *SIDA : l'épidémie raciste*, Harmattan, Paris, 1985.

⁴⁸ C. Gueboguo, *Sida et homosexualité(s) en Afrique*, Harmattan, Paris, 2009.

⁴⁹ J. Eun, *SIDA ET ACTION PUBLIQUE : Une analyse du changement de politiques en France*, Harmattan, Paris, 2009.

⁵⁰ J. Tantchou, *EPIDÉMIE ET POLITIQUE EN AFRIQUE : Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*, Harmattan, Paris, 2007.

rôle des professionnels de la santé pour la lutte contre le paludisme et la tuberculose en Afrique de l'Ouest.⁵¹

La littérature sur la santé est abondante. Elle est enrichie davantage avec l'ouvrage de François Bolot et Jean-François Bolot qui s'intéressent aux grandes épidémies dans l'histoire. Les auteurs font un bref aperçu des symptômes des grandes maladies qui sont nées et se sont propagées à travers le monde. Ils mettent ainsi en exergue les moyens qui ont été utilisés pour venir à bout de ces maladies de plus en plus expansionnistes du fait de la modernisation des systèmes de transport.⁵² Toujours dans l'analyse de ce champ disciplinaire, Jaffré Yannick dans son ouvrage⁵³ met en avant l'importance des personnels de santé, leur compétences, ainsi que la mise en œuvre de ces dernières. L'auteur se sert de l'épidémiologie pour décrire le malaise sanitaire en Afrique, et d'y rendre compte de l'état des lieux de la problématique sanitaire. Faouzia Perrin quant à lui met l'accent sur le rôle de l'Etat dans les politiques de santé publique. Il analyse ainsi les politiques l'économie de santé avant de se pencher sur les réformes de santé et l'objet des politiques publiques mises en place par l'Etat.⁵⁴ L'auteur poursuit son analyse sur la nature même du système de santé et les réformes proposés. Il est ainsi question de relever la démocratisation de la santé, et les crises qui la compose, le but étant toujours de garantir la santé pour tous et chacun. Victor Kemedjeu dans son ouvrage s'intéresse à la santé des populations en Afrique. Il plaide en faveur d'un investissement afin de prévenir les problèmes santé publique avenir.⁵⁵

Dans le même contexte, Jacqueline Descarpentries dans ouvrage s'interroge du lien existant entre santé et éducation.⁵⁶ Elle analyse les positions autour du concept de promotion de la santé. Elle apporte un éclairage sur les politiques de promotion de la santé et la problématique de leur mise en application. Enfin, Elisabeth Chamorand interpelle le rôle prédominant des grandes firmes pharmaceutiques dans le processus de contrôle des savoirs dans le processus de fabrication des remèdes. Elle dénonce ainsi l'hégémonie de ces entreprises, surtout depuis 1995 avec la mise en place du système monopolistique de brevets et les profits qu'ils ont engendré. Elle dénonce

⁵¹ Vidal L & al, *les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoir et pratique : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, Harmattan, Paris, Coll. Logiques social, 2005.

⁵² François Bolot et Jean-François Bolot, *Influence des grandes épidémies sur le cours de l'histoire*, Harmattan, Paris, 2021.

⁵³ Y. Jaffré, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Didier Fassin, Coll. Les champs de la santé, PUF, Paris, 1992.

⁵⁴ P. Faouzia, *L'ÉTAT ET LA SANTÉ : Quelle finalité à la politique de santé ?*, Harmattan, Paris, 2022.

⁵⁵ V. Kemedjeu, *La bonne santé de la population en Afrique*, Harmattan, Paris, 2021.

⁵⁶ J. Descarpentries, *L'éducation à la santé entre savoir et pouvoir*, Harmattan, Paris, 2020.

surtout leur égoïsme en période de crise comme celle du corona virus, en refusant de lever le secret professionnel pour le grand bien de tous.⁵⁷

D'une manière plus générale les grandes endémies sont à la charge de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le monde. Des auteurs se sont donc intéressés à cette organisation en tant que leader multilatéral sanitaire dans le monde. C'est le cas d'Yves Beigbeder qui, dans son ouvrage,⁵⁸ jette un regard sur ladite organisation. Il commence ainsi par analyser les origines historiques de l'OMS, puis son évolution et ses programmes. L'auteur met en exergue le rôle opérationnel de cette organisation dans l'éradication des maladies, et sa coopération avec d'autres organisations internationales pour atteindre les objectifs qui sont siennes.

Loin d'être exhaustif, l'analyse de ces documents nous permet d'avoir un regard global sur la littérature générale en rapport le thème, objet de l'étude qui nous incombe. Elle a permis de découvrir que la discipline histoire dans le domaine de la santé a abordé ce thème avec des frontières élargie, tout comme les sciences politiques, les sciences sociales, les sciences médicales et autre sciences connexes. Cependant, le domaine de la science historique, en particulier celui de la lutte contre les grandes endémies reste encore un boulevard à explorer. Le thème qui sera développé tout au long de ce document sera non pas une collection de ce qui a déjà été fait, mais une analyse originale sur le rôle de l'OMS dans le processus d'éradication des grandes maladies sur le territoire du Cameroun. Les documents sus décrites seront un atout au niveau des sources pour le développement de ce sujet.

6) PROBLEMATIQUE

L'actualité sanitaire du Cameroun souligne la persistance des grandes endémies telles que le SIDA, le paludisme, la tuberculose ou encore les hépatites virales. Cette actualité arrose en nous la graine de la curiosité historique. L'histoire du Cameroun fait ainsi resurgir le spectre de la dracunculose, de la trypanosomiase humaine africaine, de la rougeole et biens d'autres grandes

⁵⁷ E. Chamorand, *Les multinationales pharmaceutiques et la politique de santé*, Harmattan, Paris, 2020.

⁵⁸ Y. Beigbeder, *L'organisation mondiale de la santé*, Graduate Institute Publications, Genève, 2015.

endémies tropicales qui la jalonnent. Une seconde observation permet de mettre à nue la faiblesse du système de santé camerounais (Faiblesse des infrastructures, manque de personnels, et même grandes endémies persistantes) qui gangrène des systèmes de santé de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Ce tableau triste nous interpelle ainsi au plus haut point et soulève une principale interrogation historique, celle de savoir quel est l'impact des politiques internationales de l'OMS, dans le combat des grandes endémies qui gangrènent le monde et le Cameroun ? Cette question centrale nous interpelle ainsi non seulement sur la teneur de ces politiques internationales, mais aussi leur mise en œuvre et leur efficacité voir même leur efficience. Il s'agit donc en définitive de mener une analyse historique sur la politique de l'OMS pour la lutte contre les grandes endémies tropicales, et leur impact au Cameroun entre 1948 et 2015.

Autrement dit, les politiques sanitaires internationales de lutte contre les grandes endémies initiée en 1851, entérinées et innovées plus tard en 1948 par l'OMS ont-elles eu les effets escomptés en 2015 ? Mieux encore, la synergie sanitaire entre l'OMS et le Cameroun a-t-elle permis d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en ce qui concerne les grandes maladies ? Autrement dit quel est l'impact des programmes internationaux, notamment ceux de l'OMS, dans le combat des grandes endémies qui gangrènent le monde et le système de santé Camerounais ? Telle est la problématique qui sera déroulé tout au long de cette thèse, permettant ainsi de répondre au problème central posé.

7) DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Les données utilisées dans le présent document sont issues de diverses sources. De prime abord, nous avons les sources écrites, puis les sources numériques, iconographiques, et les sources orales. Cette dernière est constituée des témoignages des acteurs privilégiés en relation direct ou intermédiaire avec le thème qui nous incombe. Parlant ainsi de l'importance des sources orales, Amadou Hampate disait :

... nulle tentative de pénétrer l'histoire et l'âme des peuples africains ne saurait être valable si elle ne s'appuie sur cet héritage de connaissance de tout ordre, patiemment transmis de bouche à oreille et de maître à disciple à travers les âges. Cet héritage n'est pas encore perdu et repose dans la mémoire de la

dernière génération des grands dépositaires, dont on peut dire qu'ils sont la mémoire vivante de l'Afrique.⁵⁹

La collecte des données nécessite ainsi une méthode d'enquête et d'entretiens définis par Beiton Comme étant « une technique qui consiste à organiser une conversation entre un enquêté et un enquêteur »⁶⁰. Il s'agit donc de l'entretien directif ou semi-directif, variant selon les contextes et la délicatesse des questions à aborder. À celle-ci sont associées les sources écrites qui sont divisées en deux catégories : d'une part les sources primaires, et d'autre part les sources secondaires : Les sources primaires sont constituées des documents d'archives, des rapports gouvernementaux et internationaux, des arrêtés, des conventions ; elles pourront être consultés au siège de l'OMS et/ou sur leur site internet, et au Ministère de la Santé Publique. Les sources secondaires quant à elles sont constituées de Mémoires, de Thèses, articles, ouvrages. Celles-ci sont présents dans les bibliothèques de l'Université de Yaoundé I (la bibliothèque centrale, la bibliothèque de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines, la bibliothèque de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, la bibliothèque du cercle d'Histoire-Géographie et Archéologie). La conjugaison de ces bibliothèques a fourni un nombre important de ressources.

L'iconographie est une source qui s'exprime par des représentations imagières. C'est un outil efficace car elle permet de se représenter non seulement un fait, mais aussi d'en décoder des informations qu'il renferme. Celle-ci est donc importante car elle permet d'associer un fait à une image et inversement. Les nouvelles technologies et la numérisation des données et des informations quant à elles sont des sources dont le monde moderne de la recherche ne peut se passer. Ces sources sont donc un ensemble constitué de sources écrites, de sources orales, de sources iconographiques et rapport publiés sur des sites internet spécialisés. L'utilisation de celles-ci permet d'étoffer non seulement les sources, mais aussi allègent l'accès à la documentation. Ainsi, tout au long de ce travail, les sources numériques notamment le site officiel de l'OMS, du ministère de la santé publique (MINSANTE), du fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF) ... vont être régulièrement consultés.

⁵⁹ A. Hampate Ba, *Le courrier de l'U.N.E.S.C.O*, Paris, Collation, 1979 ; cité par Idriss Désiré Machia A Rim, "Hydrographie et activités économiques au Cameroun : le cas du Mbam, 1960 – 2008", Mémoire de Master en Histoire, Université de Yaoundé I, 2011, p. 12.

⁶⁰ A. Beiton et al., *Méthode des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2000, p. 25.

Partisan d'une histoire totale, la méthode utilisée dans le cadre de ce mémoire sera la pluridisciplinarité. Au cours de cette étude donc, plusieurs disciplines seront utilisées : la Géographie, l'Anthropologie, la Sociologie, l'Economie, la santé. L'ensemble de ces disciplines est important pour la collecte, mais aussi la confrontation des informations en rapport avec notre thème. Il s'agit ainsi d'une histoire dynamique qui part du passé pour s'imbriquer dans le présent. C'est dire ainsi que le problème historique posé par d'un fait d'actualité pour remonter à ses origines afin de mieux comprendre l'évolution des faits.

Ce travail s'inscrit donc dans la nouvelle histoire, tel qu'initié par Marc Bloch et Lucien Febvre en 1939⁶¹. Son objectif principal est donc de mener une étude sur les relations sanitaires entre le Cameroun et l'OMS dans la lutte contre les grandes endémies. Il s'agit ainsi de mettre en exergue les grandes orientations qui ont animés cette lutte pendant la durée d'étude de notre travail.

8) PROBLEMES RENCONTRES

L'élaboration de la présente thèse ne s'est pas faite sans difficultés. Ainsi, contrairement à la généralité, nous avons été souvent noyés dans la multitude et la redondance des informations, notamment au niveau de la bibliothèque numérique et de l'OMS ; Paradoxalement, coté ministère de la santé publique du Cameroun, nous avons non seulement été buté par les lenteurs administrative, mais aussi une absence de documentations physiques et d'informations recherchées. Aussi, les bibliothèques nous ont été d'une aide limité car possédant très peu de documentation adéquat en relation avec le sujet de notre étude.

Cependant, notre plus grand regret est non seulement de n'avoir pas eu la possibilité d'intégrer dans notre travail une analyse internationale sur le déploiement de l'OMS dans la lutte contre la pandémie du Corona virus, mais aussi que cette pandémie avec les mesures barrière qu'elle impose nous a drastiquement ralenti dans l'avancé de nos travaux, notamment avec les interdictions de se déplacer ou encore d'avoir accès dans les édifices publics et/ou privés.

⁶¹ Jusqu'à 1939, le domaine de l'histoire était marqué par des faits importants tel que les guerres, les révolutions. Elle était presque essentiellement au service des Rois, princes et autre personnalités politique de haut rang. La nouvelle histoire, telle que développée à partir de 1939 par M. Bloch et L. Febvre intègre désormais les dimensions économiques, sociale, politique, et même culturelle, allant des individus les plus prestigieux au paysan le plus inférieur, bref une histoire englobante, globale et totale.

9) PLAN DE TRAVAIL

Pour répondre à la problématique posée, nous avons élaboré un plan en trois parties comportant chacune deux chapitres. La première partie analyse la santé au Cameroun. Il est question dans le chapitre premier de l'analyse du système de santé, notamment son histoire, son organisation, et sa couverture physique sur l'étendue du territoire. Le second chapitre quant à lui analyse les performances de l'organisation sanitaire au Cameroun. Il met en exergue les forces et faiblesse du système de santé, ainsi que son profil épidémiologique.

La seconde partie traite de l'implémentation de la politique de lutte contre les grandes endémies de l'OMS par le Cameroun. Il est question dans le chapitre trois des fonctions de l'OMS, ses programmes d'action et son organisation fonctionnelle, et de sa coopération avec ses partenaires, dont le Cameroun. C'est dans cette logique que le chapitre quatre analyse les politiques de l'OMS pour la lutte contre les grandes endémies et leur implémentation au Cameroun. Il analyse tour à tour la politique de la promotion de la santé et du règlement sanitaire internationale, la logistique a déployer en cas de maladie, et l'implémentation de cette politique au Cameroun.

Enfin, la dernière partie parcourt l'ensemble des programmes de l'OMS qui ont permis ou permettent encore de lutter contre les grandes endémies au Cameroun. Le chapitre cinq dévoile les grandes endémies éradiquées ou en cours d'éradication telles que la variole, la lèpre, ou encore la poliomyélite. Le dernier chapitre quant à lui analyse l'implémentation de ces programmes au Cameroun dans un contexte de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement dans le domaine de la lutte contre les grandes endémies fixée pour 2015. Il est ainsi question à cette date précise non seulement de stopper la propagation des maladies, mais surtout d'en inverser leur tendance. Les maladies visées dans cet objectif sont le VIH SIDA, le paludisme, et la tuberculose.

PARTIE I : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE AU CAMEROUN

L'étude de l'état des lieux de la santé au Cameroun sera articulée autour de deux grands axes : le premier portera sur l'étude du système de santé camerounais, et le second sur ses performances, ses limites, points fort, et son épidémiologie.

CHAPITRE I : LE SYSTÈME DE SANTÉ CAMEROUNAIS

Trois principales articulations de ce chapitre porteront sur l'historique des réformes du système de santé camerounais, sont organisation structurelle, ainsi que la ouverture sanitaire du pays.

Un système de santé est un ensemble constitué d'organisation et d'institutions qui s'activent dans le but de venir à bout des problèmes liés à la santé à l'échelle d'une localité, d'un pays, d'une région et même, d'un continent. En général, les systèmes de santé nationaux, tel que celui du Cameroun, sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Analyser ainsi le système de santé camerounais revient à analyser le fonctionnement de la prise en charge médicale et sociale des malades, le financement et la gestion des dépenses liées aux problèmes de santé, les moyens de lutte, de prévention, ou de promotion de la santé mis en place dans la cadre de politiques sanitaires du déploiement et de la formation des ressources humains ou encore des moyens de recherche scientifiques mis en place. Ainsi, selon l'OMS, un système de santé est évalué sur trois critères : l'état de santé de la population avec comme indicateur l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), la réactivité du système notamment avec le respect des droits humains du malade et de son entourage, et enfin, l'équité de la contribution financière en regard de la capacité financière des personnes⁶².

I. ANALYSE HISTORIQUE DES REFORMES DU SYSTEMÈME DE SANTE DU CAMEROUN

1) Les réformes chronologiques apportées au système de santé camerounais : 1960 - 1990

Au lendemain des indépendances, le système de santé camerounais est encore non seulement embryonnaire, mais aussi marqué par une forte présence étrangère qui offre des services de soins de santé sur l'étendue du territoire. En 1969, le tout premier centre universitaire des sciences de la santé est créée (CDSS) pour la formation du personnel de santé à Yaoundé, Parallèlement, on assiste au développement des constructions des structures sanitaires, aussi bien publiques que privées⁶³. En 1980, dans le but d'attirer les bailleurs de fond pour financer les projets visant

⁶² https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9, consulté le 24/12/2018.

⁶³ Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2), volet santé, décembre 2010

l'amélioration de l'accès aux soins de santé, le Cameroun a mis en place plusieurs réformes dont certaines ont conduit, selon le rapport du PETS2, à la "balkanisation de l'organisation du système de soins dans le pays associée à un recul du rôle de l'État"⁶⁴. Toujours selon ce même rapport, "trois étapes sont identifiables dans le processus de réforme actuel pour le renforcement du système de santé de district : la préparation de la Réorientation des soins de santé primaires (RSSP) ; la RSSP en elle-même, et le Plan national de développement sanitaire (PNDS)"⁶⁵. En 1989, le problème de santé se pose avec acuité au Cameroun. Il est désormais question d'anticiper les besoins des populations à travers le territoire. Une réflexion s'engage donc dans ce sens et aboutit à l'élaboration d'un document pour réorienter les soins de santé primaires, en coopération avec les partenaires internationaux du système de santé camerounais. Cet élan de réformes est freiné par la récession économique des années 1990. Du fait de cette crise, le document ainsi produit se limitera à un large écho sur l'ensemble du territoire.

2) L'implication des bailleurs de fond dans les réformes post récession économique

En 1992, pour satisfaire les recommandations de l'OMS et sous l'impulsion de la Banque Mondiale, un séminaire est organisé à Bertoua avec pour objectif de délimiter les districts et les aires de santé en zone rurale⁶⁶. Ce n'est qu'en 1993 que le document pour réorienter les soins de santé primaires sera officiellement paraphé sous la forme d'une "Déclaration Nationale de la Politique des Soins de Santé Primaire", même si celle-ci commençait déjà à être appliquée depuis 1990 par des bailleurs de fond car la nécessité d'une réorganisation se faisait urgente. Comme le stipule l'INS,

⁶⁴Rapport principal de l'Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête ... P.10.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Le séminaire de Bertoua travaille sur la délimitation des districts et des aires de santé en zone rurale ; il propose la division du territoire en 120 districts. Cette réunion, qui a trait principalement aux zones rurales, relève notamment les difficultés à appliquer aux pieds de la lettre les recommandations de l'OMS, surtout en considérant le critère démographique. Puis l'intervention de la Banque Mondiale dans le cadre de la politique sectorielle appliquée au milieu urbain sera à l'origine de l'identification des districts de santé à Yaoundé et Douala.

Cette réforme consistait tout d'abord à instaurer le centre de santé comme structure de premier contact du malade avec le système de santé, pour répondre aux nombreuses critiques dont les agents de santé communautaire et les postes de santé faisaient l'objet. Il s'agissait ensuite de décentraliser la gestion vers une structure opérationnelle le district de santé - qui puisse intégrer les besoins de la population et les orientations et stratégies du niveau national. Il s'agissait enfin de renforcer les principes d'équité, de participation communautaire et de collaboration intersectorielle, et plus précisément d'intégrer toutes les activités des SSP du centre de santé et renforcer le rôle de la communauté en l'impliquant dans le financement et la gestion du système⁶⁷

En 1993, de nouvelles réformes sont apportées au système de santé camerounais, notamment en ce qui concerne la gestion du secteur. Cette réforme est mise en place par la “loi cadre” N°96/02 et stipule que

la rationalisation du système de gestion et du financement du secteur se fait par le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé ; le renforcement et l'appui à la recherche opérationnelle en matière de santé ; la mobilisation des ressources supplémentaires et la maîtrise des dépenses de santé⁶⁸

En 1997, le Cameroun devient éligible à l'initiative d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTe). Cette éligibilité fait suite aux mesures prise par le gouvernement camerounais en vue de rétablir les équilibres macro-économiques et financiers du pays. C'est dans ce contexte que sont élaborées des stratégies sectorielles dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et des infrastructures⁶⁹. En 1999, sous l'incitation des bailleurs de fonds (FMI et BM), la République du Cameroun s'engage à produire avant mars 2000 un document de stratégie sectorielle pour la santé (SSS) accompagnée d'un plan d'action pluriannuel chiffré⁷⁰, prenant en compte les orientations de la Politique Nationale de Santé contenu dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 1999-2008, avec comme principaux objectifs de rendre les districts de santé fonctionnels et performants, de maîtriser la progression de l'infection à VIH/sida à travers un programme de lutte centré sur le district de santé, et de développer et mettre en place au niveau des districts des mécanismes décentralisés de financement des soins de santé

⁶⁷ Rapport principal de l'Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête ... P.10.

⁶⁸Loi cadre N°96/02 de 1993.

⁶⁹ Rapport principal de l'Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête ... P.11.

⁷⁰ *Ibid.*

ainsi qu'un système performant de mutualisation du risque maladie⁷¹. Cependant, ce plan ne sera adopté qu'en octobre 2001 par le gouvernement à l'issue d'un processus participatif associant les différents acteurs à savoir les partenaires au développement, les secteurs apparentés à la santé, les organisations de la société civile, les structures de dialogue en santé et les différents corps professionnels de la santé y compris le sous-secteur de la médecine traditionnelle⁷². Ceci dit, la mise en œuvre de cette stratégie fait face à deux entraves : le premier sur le plan national avec « la politique de décentralisation et le programme de gouvernance qui ont modifié durablement le paysage des relations entre les intervenants »⁷³. À cela, on peut ajouter des mutations sur le plan économique avec l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE en 2006⁷⁴. Sur le plan international, le secteur de la santé doit pouvoir venir à bout des objectifs de millénaire pour le développement (OMD), notamment ceux concernant le domaine de la santé, soit les objectifs 4, 5 et 6, les 1, 7, et 8 contribuant indirectement au bien-être de la santé des populations.⁷⁵ Ainsi, une étude faite sur ce plan de son lancement jusqu'en 2006 a donc permis de mettre en exergue les manquements de ce dernier, étant donné les objectifs à atteindre. Partant donc de ce constat ce plan a été réactualisé et l'intervalle élargi jusqu'en 2015. Ainsi, les plans de développement sanitaire des niveaux périphérique et intermédiaire ont été consolidés pour constituer le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. La mise en place de ce PNDS se fait à travers des Plans de Travail Annuels budgétisés. Le schéma ci-dessous permet de mieux illustrer les mutations du système de santé camerounais de 1960 à 2015 :

⁷¹ Rapport principal de l'Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête ... P.11.

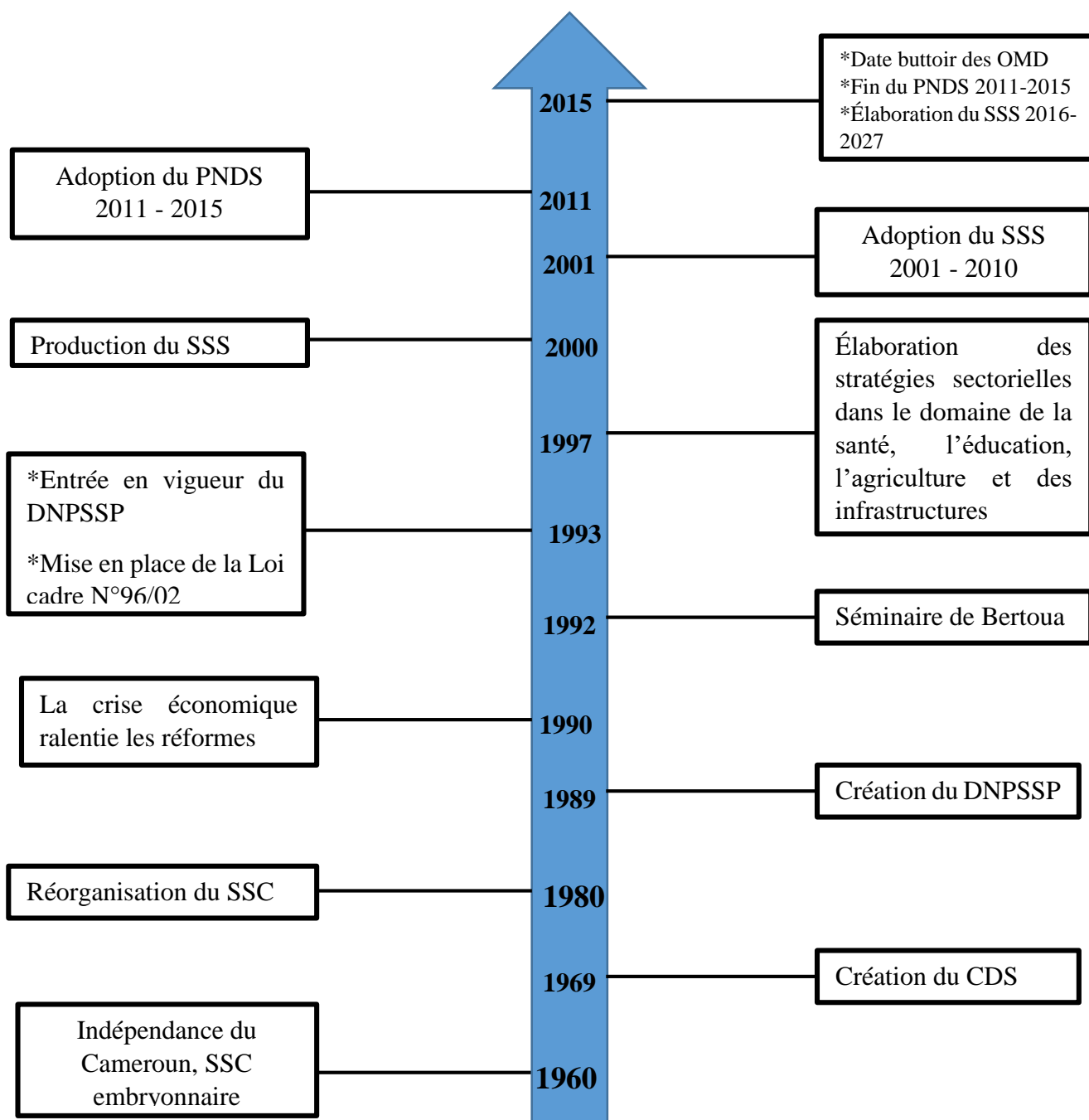
⁷² MINSANTE, Programme National de Développement Sanitaire 2011 – 2015. P. xii

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Huit objectifs en tout pour les OMD : objectif 1 éliminer l'extrême pauvreté et la faim, objectif 2 assurer une éducation primaire pour tous, objectif 3 promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, objectif 4 réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, objectif 5 améliorer la santé maternelle, objectif 6 combattre le VIH/SDA le paludisme et d'autres grandes maladies, objectif 7 assurer un environnement durable, objectif 8 mettre en place un partenariat mondiale pour le développement.

Tableau 1 : dates importantes des mutations du système de santé camerounais de 1960 à 2015



Source : Nous, élaboré à partir d'une compilation de données tirées du PNDS 2011-2015 et du Rapport principal de l'Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2), volet santé, décembre 2010.

II. ORGANISATION STRUCTURELLE DU SYSTÈME DE SANTE AU CAMEROUN

La structure du système de santé du Cameroun est pyramidale, avec des sous-secteurs et des composantes qui ont régi son fonctionnement au fil de l'histoire. Cette structuration sera développée tout au long de cette partie.

1) Structure hiérarchique du système de santé camerounais

Le système national de santé camerounais reste structuré en trois niveaux sous forme pyramidale à savoir le niveau opérationnel, niveau régional et niveau central. Cette organisation suggère une base élargie et un sommet effilé. C'est dire que le système de santé camerounais est une institution hiérarchisée ayant à sa tête un ministre qui gère l'ensemble du département ministériel, ici nommé ministère de la santé public du Cameroun (MINSANTE). Il est chargé d'élaborer des stratégies sanitaires sur toute l'étendue du territoire, de proposer au gouvernement des textes réglementaires et de coordonner et transmettre les informations aux niveaux intermédiaire et périphérique afin d'appliquer les politiques sanitaires adoptées par celui-ci⁷⁶. C'est ainsi dire que les politiques à adopter sont prise au niveau central. Les directives sont ainsi transmises aux niveaux directement inférieurs, c'est-à-dire le niveau intermédiaire, constitué de structures régionaux et de leurs composantes sanitaires. Ces derniers sont chargés de relayer l'information au dernier niveau dit périphérique, avec une compétence d'appui technique aux districts. Le niveau périphérique est donc chargé de la mise en œuvre de ces programmes. Les directives du niveau central sont ainsi appliquées par les niveaux subalternes, le niveau central coordonnant tous ces efforts. Le tableau ci-contre permet de résumer cette organisation :

⁷⁶ Porto V., Fol J., Fedora Tavaglione, Immersion en milieu communautaire à Yaoundé, Cameroun, 20 mai - 1er juillet 2012, rapport de stage, juillet 2012., p. 10.

Tableau 2 : organisation du système de santé camerounais

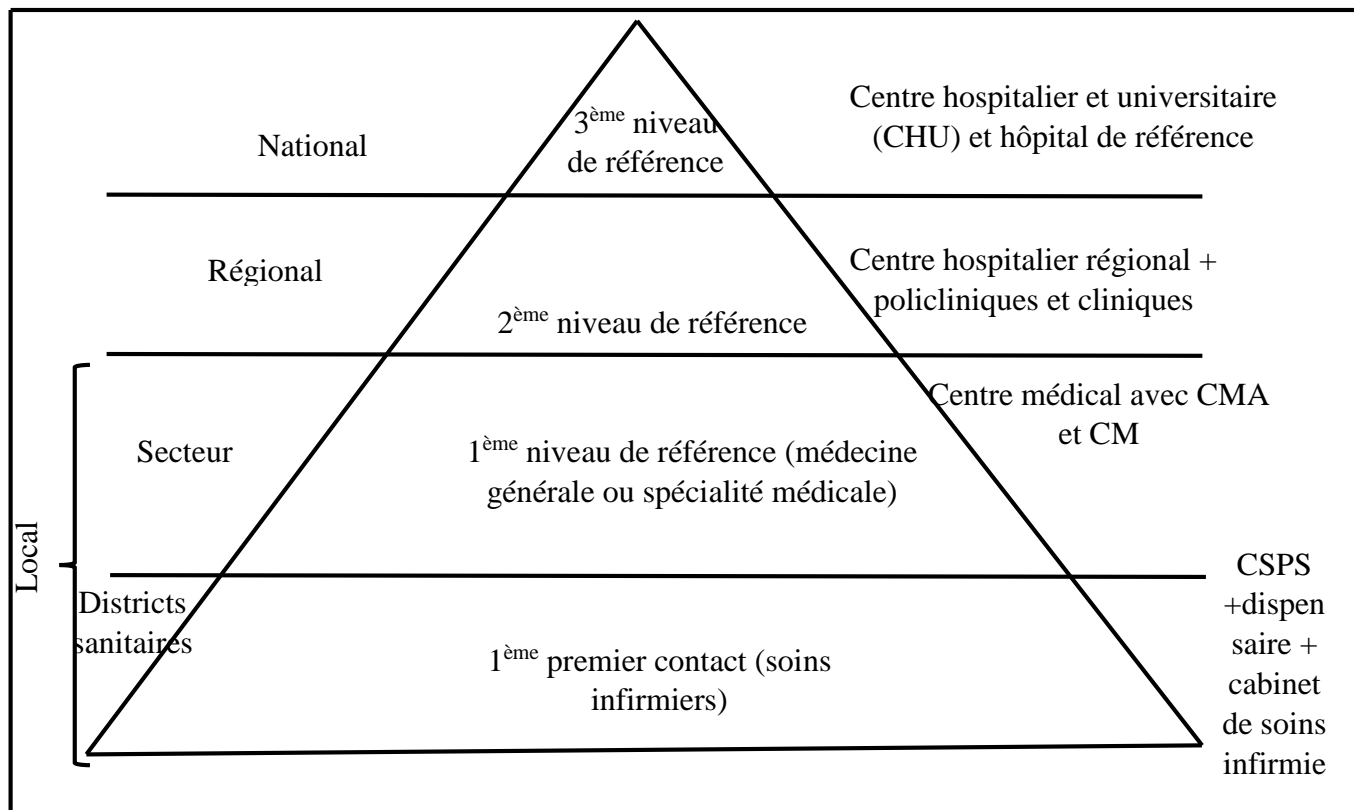
Niveaux	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services centraux	Direction politique / élaboration de la politique et des stratégies	Hôpitaux généraux de référence	Conseils d'administration ou comités de gestion
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux régionaux	Fonds spéciaux régionaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Districts de santé / aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement, centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Rapport principal de l'Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2), volet santé, décembre 2010, P.10.

Le tableau ainsi illustré détaille davantage la structuration du système de santé camerounais. Au niveau central qui élabore les politiques sanitaires est constitué des hôpitaux généraux de référence, ensuite le niveau intermédiaire constitué des hôpitaux régionaux a comme unité administrative les délégations régionales et pour rôle un appui technique aux districts de santé et l'élaboration des plannings, et enfin, au bas de l'échelle, on distingue le niveau périphérique, qui, loin du niveau central, est chargé de la mise en œuvre des programmes au sein des hôpitaux

de districts, des centre médicaux d'arrondissement et des centres de santé. Ceci dit, l'illustration de ce tableau est encore mieux éclaircie par cette représentation pyramidale :

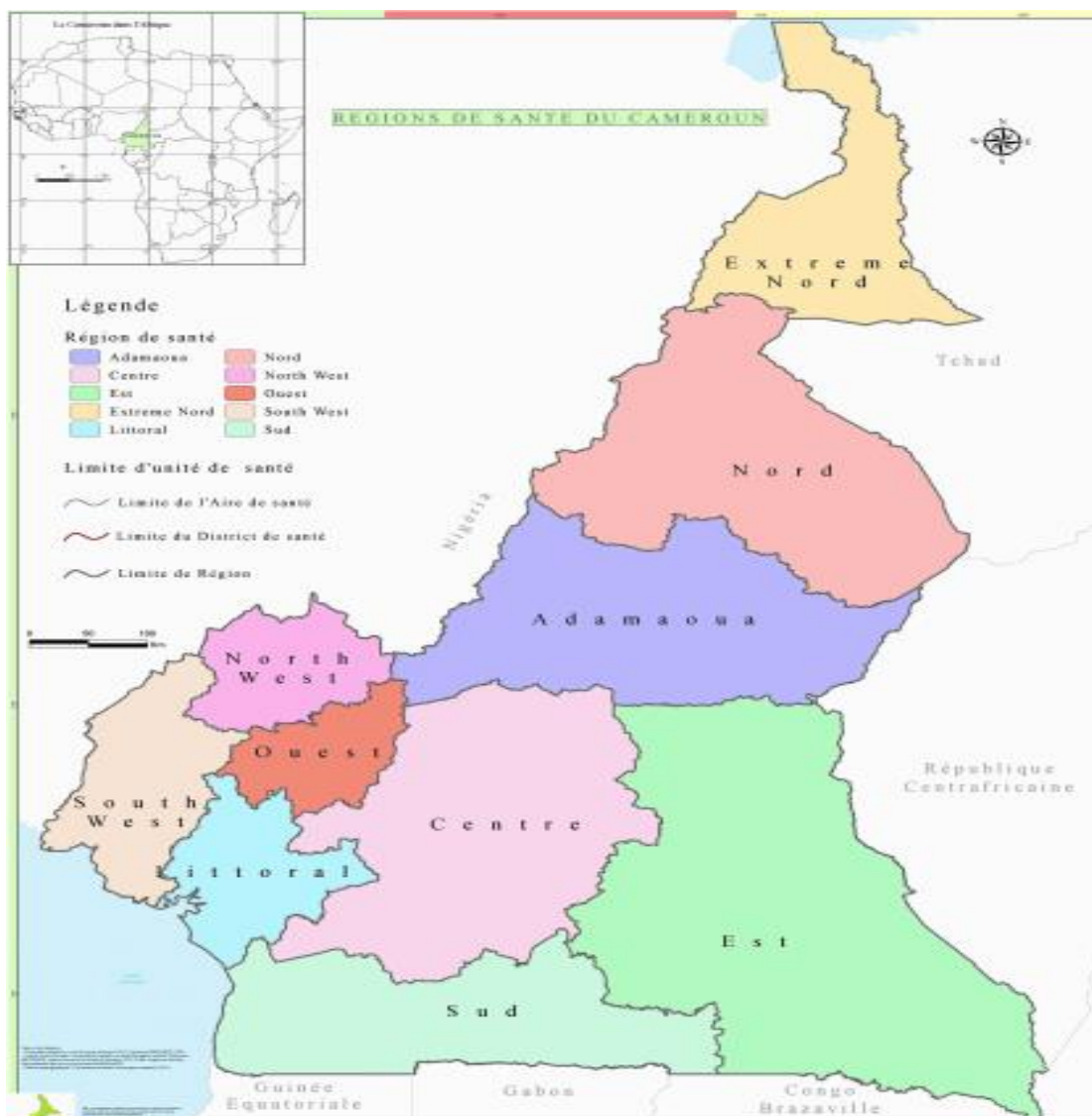
Tableau 3 : la pyramide sanitaire au Cameroun



Source : Nous, élaboré sur la base des informations tirées de Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, p.8.

Le schéma ci-dessus illustre davantage l'organisation du système de santé au Cameroun. De prime abord, on constate sa forme en pyramide. Cette forme suggère une base élargie avec un premier niveau de référence dit local, est constitué des districts sanitaires, des centres médicaux avec antennes chirurgicales, ainsi que des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) associée à des cabinets de soins infirmiers. Le second niveau de référence, niveau régional, est légèrement plus effilé que le premier. Il est constitué de centre hospitalier et des polycliniques et cliniques. Le troisième niveau de référence qui constitue le sommet de la pyramide est dit national. Il est constitué de Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) et des hôpitaux de références.

Carte 1 : la carte sanitaire régionale du Cameroun 2015.



Source : <http://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/historique>, consulté le mardi 18 octobre 2016 à 17h28.

La carte sanitaire ci-dessus nous permet ainsi de situer les différents niveaux de référence sanitaire sur l'étendue du territoire national. On distingue ainsi les limites des aires de santé, les limites des districts de santé, ainsi que les limites des régions, comme l'indique la légende de la carte sanitaire du Cameroun ci-dessus.

2) Les sous-secteurs du système de santé camerounais

Le système de santé camerounais comporte quatre sous-secteurs d'activité : le secteur public, le secteur privé, le secteur traditionnel et le secteur informel :

- **Le sous-secteur public**

Il comprend des structures sanitaires sous-tutelle d'autres Départements Ministériels à l'instar de ceux en charge de la défense, du travail et de la sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale), des enseignements secondaires, de l'enseignement supérieur, de l'administration pénitentiaire, de la sûreté nationale.⁷⁷ Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a élaboré en 2001 une Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), en vue d'assurer une prise en charge globale des priorités sanitaires du pays. C'est à ce niveau que sont élaborées les politiques sanitaires nationales.⁷⁸

- **Le sous-secteur privé**

Il regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratif telle que les confessions religieuses, les associations et diverses organisations non gouvernementales, et celles à but lucratif⁷⁹.

- **Un sous-secteur de la médecine traditionnelle**

C'est une composante du système de santé que l'on ne saurait négliger ou ignorer. Le regain d'intérêt de l'Etat pour sa promotion s'est manifesté à travers diverses actions notamment la création d'un service en charge de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique, pour en assurer l'intégration dans le système national de santé ; l'élaboration d'un cadre juridique ; la revitalisation de l'Institut de Recherche Médicale et d'Etudes des Plantes Médicinales (IMPM) ; l'incitation à l'organisation des tradipraticiens en Associations. Cependant, plusieurs problèmes minent encore cette composante du secteur santé dont telle que la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne ; la non structuration de la

⁷⁷ <https://www.osidimbea.cm/societe/sante/>, consulté le 10 février 2023.

⁷⁸ Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*, p. 6.

⁷⁹ *Ibid.*

profession de tradipraticien ; l’analphabétisme de la plupart des tradipraticiens ; la mystification des pratiques ; et l’infiltration de la profession par de nombreux charlatans⁸⁰.

- **Le sous-secteur informel**

Ce secteur est ne fait partir ni du secteur public, ni du secteur privé, encore moins du secteur traditionnel. Cependant, il est constitué en grande partie des personnes que le métier n’a pas accueilli. Selon Abidjang Ernestine⁸¹, “je suis titulaire d’un Baccalauréat D, j’ai fait le CUSS (ex faculté de médecine et des sciences biomédicale de Yaoundé) plusieurs fois sans avoir eu la chance de réussir, aujourd’hui je me débrouille à la vente des médicaments...ce n’est pas facile” ; à la question de savoir où elle s’approvisionne, après avoir longtemps hésité, fini par nous avouer avoir des filiales d’approvisionnement au Nigeria voisin semble t – il. Ce secteur est vivement combattu par le MINSANTE qui multiplie des opérations coup de poing régulièrement sur l’ensemble du territoire camerounais. Cependant, ce secteur reste encore opérant, restant ainsi une gangrène perpétuelle à combattre.

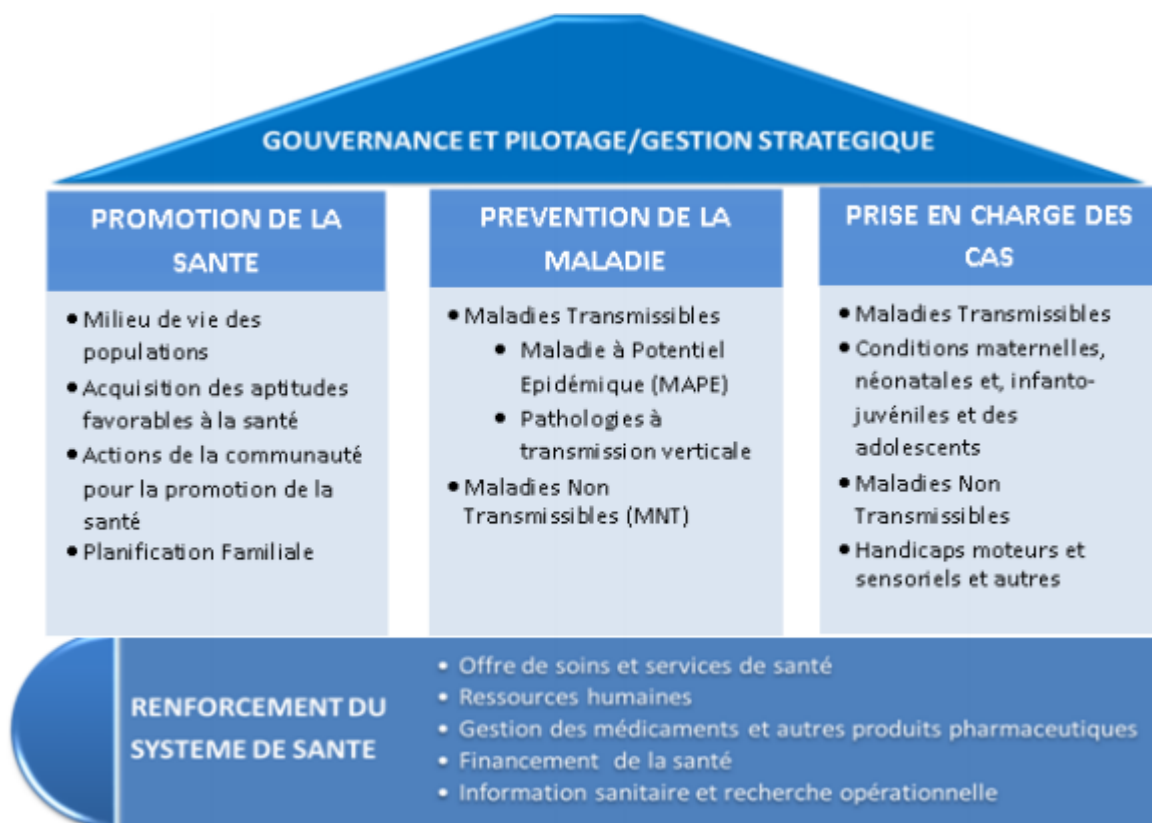
3) Composantes secteur et sous-secteurs sanitaire

Le système de santé au Cameroun, afin de poursuivre ses missions dans l’efficacité et l’efficience, est répartie en trois sous-secteurs verticales (la promotion de la santé, la prévention de la maladie, et la prise en charge des cas) et en deux composantes horizontales (renforcement de système de santé, et gouvernance et pilotage / gestion stratégique)⁸². Le schéma ci-dessous nous permet d’illustrer ces composantes et sous composantes :

⁸⁰ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, 2016, p. 8.

⁸¹ Abidjang Ernestine, vendeuse de médicament en marge des couloirs formels, interrogée le samedi 12 janvier 2019.

⁸² Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle ...* p. 8.

Tableau 4 : Composantes secteur et sous-secteurs sanitaire

Source : Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, 2016, p. 9.

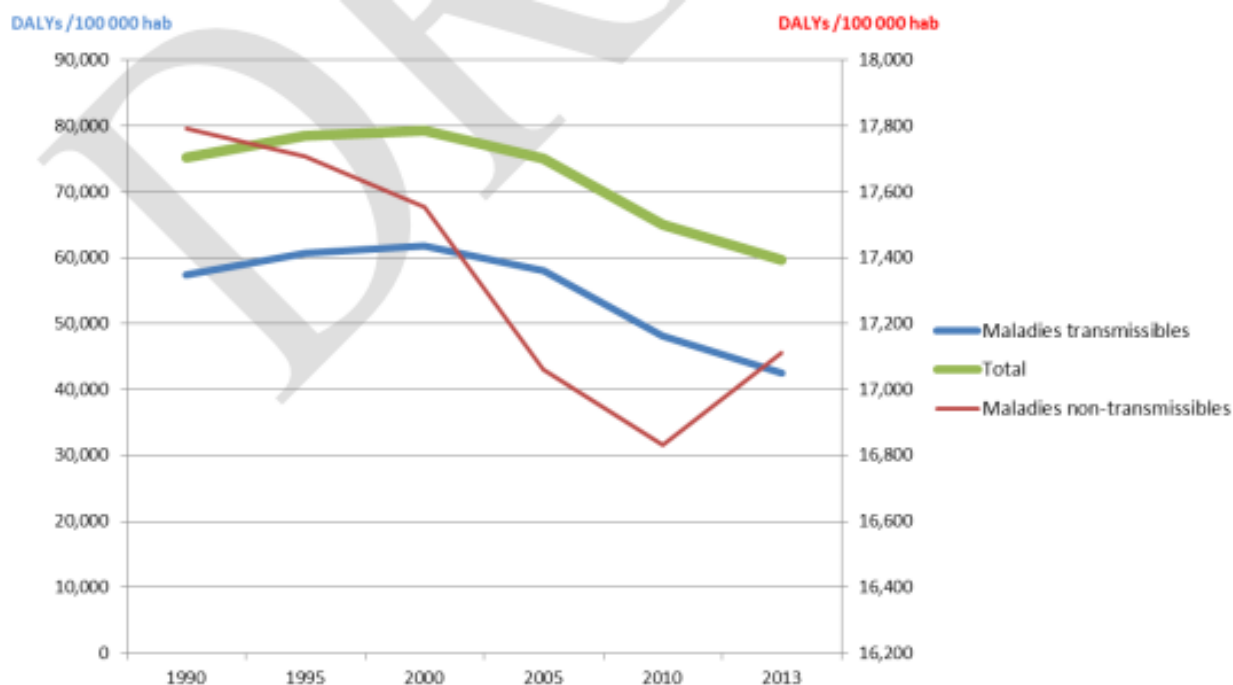
L'illustration sous forme de tableau ci-dessous nous permet ainsi de mieux comprendre les sous composantes de ces segmentations. On peut ainsi constater verticalement, parlant ainsi de la gouvernance et pilotage / gestion stratégique, que la partition « promotion de la santé », comprendre par-là “la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et de l'améliorer”⁸³, intervient au niveau du milieu de vie de population qui regroupe les adductions en eau potable, gestion des déchets, hygiène et assainissement du milieu, qualité de l'air, effets des changements climatiques, rayonnements non ionisants, accès aux équipements et services pour la pratique des activités physiques et sportives (APS) qui d'ailleurs restent insuffisants, habitat, milieu scolaire et

⁸³ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle ...* p. 9.

universitaire, et milieu carcéral encore précaire ; l'acquisition des aptitudes favorable à une meilleure santé, décrite sous cinq aspect à savoir l'alimentation et nutrition, la sécurité routière en milieu urbain et interurbain, les pratiques des activités physiques et sportives, les attitudes favorables à la santé en milieu scolaire et, l'usage abusif des substances illicites ou nocives ; Les actions de la communauté en faveur de la santé, et la planification familiale telle que la participation des populations au financement des soins de santé, la participation des représentants des communautés à la cogestion, les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile, les prestations des agents de santé communautaire , les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé ; En ce qui concerne la société civile, environ 160 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle aux activités du Ministère de la Santé Publique. Plusieurs administrations publiques œuvrent pour le renforcement de l'action communautaire (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINEPIA etc.)⁸⁴. C'est dire que ce segment s'occupe de la promotion de la santé communautaire pour tous. Ceci dit, « la prévention de la maladie » quant à elle s'occupe de la gestion des maladies transmissibles telle que les Maladies à Potentiel Epidémique (MAPE), et les Pathologies à Transmission Verticale (PTV), mais aussi des Maladies Non Transmissibles (MNT). Ainsi La survenue de la crise économique mondiale après 1970 a créé des inégalités flagrantes au sein des populations, notamment dans le domaine sanitaire. Cette crise a eu pour conséquence au une hausse globale du taux de morbidité pendant. À partir des années 2010, le pays a connu une baisse globale de la morbidité et un début de transition épidémiologique marquée par une baisse de la prévalence des maladies transmissibles et une augmentation de celle des maladies non transmissibles. La réduction des maladies transmissibles est liée à l'amélioration des facteurs de risque majeurs tels que l'accessibilité à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement de l'environnement immédiat, ou encore l'accès aux soins de santé primaires. Le diagramme ci-dessous nous permet de mieux analyser les fluctuations, variations et transition des maladies transmissibles et non transmissibles au Cameroun entre 1990 et 2013 :

⁸⁴ MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2017, p. 9.

Graphique 1 : Évolution du poids global des maladies transmissibles et non-transmissibles au Cameroun de 1990 à 2013



Source : Ministère de la Santé Publique, *Stratégie sectoriel de santé 2016 – 2027*, 2016, p. 9.

Nous constatons ainsi une légère hausse entre 1990 et 2000 des maladies transmissibles et non transmissibles, et une chute progressive entre 2000 et 2013.

Enfin, nous avons « la prise en charge des cas » qui gère les Maladies Transmissibles (MT), les conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles, et des adolescents, les maladies non transmissibles, ainsi que les handicapés moteurs et sensoriels. Sur le plan transversal, le renforcement du système de santé s'occupe de l'offre des soins de santé, des ressources humaines, de la gestion des médicaments et autre produits pharmaceutiques, du financement de la santé, de l'information sanitaire et recherche opérationnelle.

III. LA COUVERTURE SANITAIRE AU CAMEROUN

Selon l’OMS, “la couverture sanitaire consiste çà veiller à ce que l’ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatif, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coup n’entraîne des difficultés financières pour les usagers”. De cette définition, il s’en dégage trois objectifs principaux : le premier étant l’accès aux soins de santé par tous qui stipule que, quelle que soit son appartenance religieuse, ethnique, culturelle ou sociale, toutes individus devrait pouvoir accéder aux traitements adéquats dans le strict respect de sa personne physique et/ou morale. De cette définition, le second objectif qui s’en dégage est la qualité des soins ; c’est dire que toute personne qui se présente dans une formation sanitaire pour obtenir des soins de santé devra être traitée avec suffisamment de professionnalisme afin de venir à bout de la maladie dont il subit des soins. Enfin, le troisième objectif est la protection financière ; c’est dire avec cet ultime objectif que les usagers doivent financièrement avoir accès aux soins de santé ou, ils devraient être accompagné dans cette voies ; autrement dit, les soins de santé de devrais en aucun cas ruiner les usagers. L’argent de ne devrait ainsi pas être un frein à l’accès aux soins de santé. Ceci dit la couverture sanitaire du Cameroun fait ainsi intervenir la couverture sanitaire physique et la couverture sanitaire en ressources humaine.

1) La couverture sanitaire physique

Parler de la couverture sanitaire physique revient à parler de la quantité, de la qualité et de la répartition spatiale des équipements sanitaires sur l’étendue du territoire. Il s’agit ainsi d’étudier l’évolution des différentes formations sanitaires, leurs mutations ainsi que la qualité infrastructurelle utilisée. Il s’agit ainsi de se déployer au niveau des régions, des départements, des arrondissements (et même des anciens districts) pour évaluer la couverture physique au niveau central, au niveau intermédiaire, et au niveau périphérique, analysant ainsi les différents intervenants tant au niveau du secteur privé, du secteur public, que traditionnel. Nous analyserons

donc tour à tour la couverture sanitaire physique au niveau des Districts de Santé, et la couverture physique du secteur privé.

➤ **Les Centres de Santé Intégré (CSI) et les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA)**

Les centres de santé sont des petites unités créées dans le but de répondre aux besoins directs en matière de santé primaire pour les populations. Ils sont définis comme étant une « formation sanitaire de sixième catégorie qui assure la disponibilité des soins essentiels de base dans la communauté à travers un ensemble d'activité de soins de prévention et de gestion appelés « Paquet minimum » d'activité (PMA), effectués de façon intégrée. (Accouchement, prise en charge des maladies de l'enfant, etc.) »⁸⁵ C'est dire que si le patient a besoin des soins de santé plus complexes, il devra se diriger vers un CMA. Selon l'arrête n°0821/a/Minsante du 01 avril 2011, le centre médical d'arrondissement est défini comme étant

Une formation sanitaire publique située dans le ressort territorial d'un ou de plusieurs arrondissements et placée sous la responsabilité d'un Docteur en médecine, offrant des prestations de santé d'un niveau supérieur à celles offertes par les centres de santé intégrés et assurant la disponibilité des soins de prévention et de gestion appelé « Paquet minimum d'activités » (PMA), effectuées de façon intégrée.⁸⁶

Ainsi, au Cameroun on dispose de 3786 CSI et CMA répartis entre les 10 régions du pays, comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : répartition des CSI et CMA par région au Cameroun

Région	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW	TOTAL
Population	1125438	3906883	888682	3856740	3175664	2271914	1999831	1978322	766981	1533964	21504419
Nombre de CSI et CMA	184	797	213	296	575	257	336	595	298	271	3786

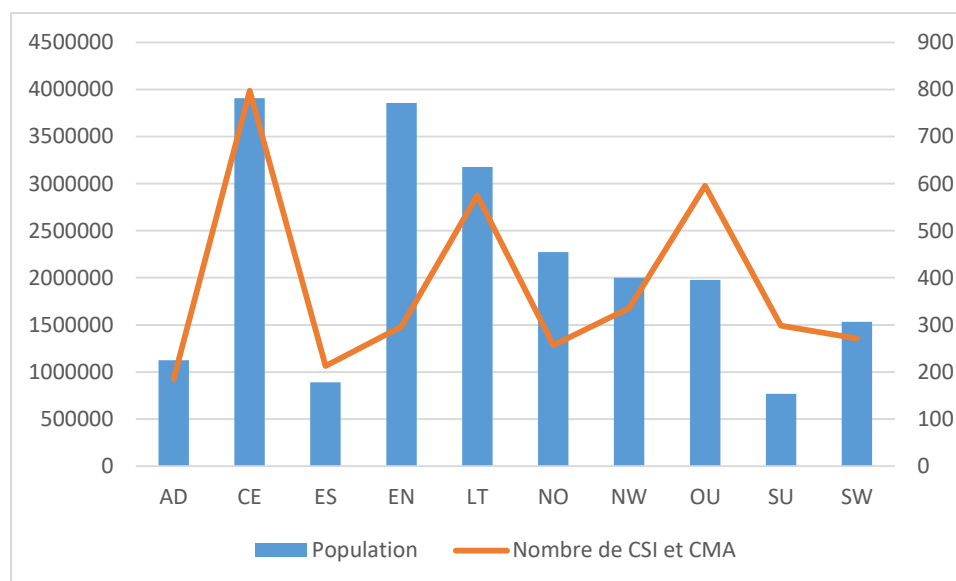
Source : Ministère de la Santé Publique, Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027, p. 29.

⁸⁵ ARRETE N°0821/A/MINSANTE DU 01 AVRIL 2011 Portant cahier des charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'état aux communes en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des centres de santé intégrés et des centres Médicaux d'arrondissement.

⁸⁶ *Ibid.*

Le tableau ci-dessus nous révèle que la région du Centre dispose du plus grand nombre de CSI et CMA au Cameroun. Il est suivi des régions de l'Ouest, du Littoral, du Nord-Ouest, du Sud, de l'Extrême Nord, du Sud-Ouest, de l'Est et de l'Adamaoua. Cette inégale répartition semble s'expliquer par le nombre de population de chaque région. Il existe ainsi un ratio entre nombre de CSI et de CMA. D'une manière générale, on dispose de 5680 habitants pour 01 CSI/CMA. Le diagramme ci-dessous permet d'établir le ratio par région :

Graphique 2 : ratio répartition des CSI et CMA par population et par région au Cameroun



Source : Ministère de la Santé Publique, Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027, p. 29.

Le digramme ci-dessus permet de constater que la région du Sud arrive en tête en matière ratio entre le nombre de CMA/CSI et la population avec 2574 habitants pour 01 CMA/CSI, suivit de la région de l'Ouest avec 3325 habitants pour 01 CMA/CSI, suivi des régions de l'Est et du Centre avec respectivement 4172 et 4902 habitants pour 01 CMA/CSI, puis la région du Littoral avec 5525 habitants pour 01 CMA/CSI, le Sud Ouest avec 5660 habitants pour 01 CMA/CSI, le Nord-Ouest avec 5952 habitants pour 01 CMA/CSI, les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord avec respectivement 6117, 8840 et 13030 habitants pour 01 CMA/CSI.

➤ Les hôpitaux de district et assimilés

Le district de santé est l'unité géographique opérationnelle qui offre des services de santé de base aux populations. Il peut aussi être défini comme étant une « structure opérationnelle de base dans le système national de santé, constituée d'une entité socio-économique assurant des prestations de soins de santé de bonnes qualités, accessibles à tous, avec la pleine participation des bénéficiaires. »⁸⁷ C'est le niveau opérationnel, le niveau de mise en œuvre de la politique sanitaire telle qu'édicté par le pouvoir exécutif. Les niveaux central et intermédiaire se chargent d'apporter un appui de viabilisation (rendre autonome) du district de santé. Au sein d'un district de santé, l'on peut avoir une aire de santé⁸⁸ qui accompagne le DS dans l'accomplissement de ses objectifs. C'est le décret N°95/013 du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en districts de santé ainsi que des Arrêtés du Ministre de la Santé Publique qui créent, selon les besoins exprimés par la poussée démographique, les districts de santé dans les dix régions du Cameroun.

Les éléments dont dispose un district de santé sont les suivants : une zone géographique déterminée car le district de santé suit les limites administratives (arrondissement) du territoire national ; cependant, selon les besoins, il peut couvrir plusieurs unités administratives limitrophes. Aussi, le DS est composé de 02 ou plusieurs aires de santé, lui-même composé de deux ou plusieurs villages ou quartiers.⁸⁹ Une population précise car pour qu'un DS soit viable, la population doit être entre 50000 et 100000 habitants en zone rurale, et de 100000 à 300000 habitants en zone urbaine. Cette population doit respecter une certaine compatibilité socioculturelle afin de renforcer le dialogue et la participation communautaire.⁹⁰ Enfin des structures de santé qui sont éparées en deux niveaux, à savoir les aires de santé et les hôpitaux de districts. Ceci dit, les aires de santé, constituées des services de santé du premier échelon publics et privés et des structures correspondantes des secteurs apparentés, de la médecine traditionnelle et communautaire, a pour rôle la mise en œuvre du paquet minimum d'activité, à savoir santé de la mère de l'enfant et de l'adolescent, la lutte contre la maladie, la promotion de la santé et le renforcement du système de santé.⁹¹ Nous distinguons aussi le district de santé, constitué des hôpitaux de district de premier

⁸⁷ ARRETE N°0821/A/MINSANTE DU 01 AVRIL 2011 ...

⁸⁸ Une aire de santé est une subdivision territoriale du DS autour d'une formation sanitaire leader (CMA ou CSI), et qui comporte un ou plusieurs villages et/ou quartiers et des structures de dialogue. C'est la porte d'entrée du système de santé.

⁸⁹ <https://fr.scribd.com/presentation/530443893/District-Sante#>, consulté le 10 février 2023.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

référence ayant pour rôle la mise en œuvre du paquet complémentaire d'activités à savoir la prise en charge des malades référés et l'organisation de leur contre référence, les urgences, les malades hospitalisés ; et l'exécution d'un ensemble de technique dans les domaines de la pharmacie, du laboratoire et de la radiologie ; aussi, nous distinguons le service de santé de district ayant pour rôle la coordination des activités.⁹² Des structures de la participation communautaire qui sont ses structures de gestion sont partagées en deux niveaux : au niveau des aires de santé, nous avons le comité de santé et le comité de gestion, puis au niveau du district de santé nous avons le comité de gestion de l'hôpital de district, le comité de de santé du district, et le comité de gestion de district. La médecine traditionnelle quant à elle est constituée de Guérisseurs, herboristes, masseurs, d'accoucheuses traditionnelles et de pharmacopée. Les secteurs apparentés qui est un secteur constitué de toutes parties, pouvant intervenir dans la chaîne du système de santé. Il s'agit entre autre du ministère des mines, de l'énergie, de l'agriculture, de l'élevage, des enseignements secondaires, ou encore de l'éducation de base.⁹³ Au Cameroun, on compte 218 hôpitaux de district et assimilés répartis dans les 10 régions du pays, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : répartition des hôpitaux de district et assimilés par région au Cameroun

Région	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW	TOTAL
Population	1125438	3906883	888682	3856740	3175664	2271914	1999831	1978322	766981	1533964	21504419
Nombre hôpitaux de districts et assimilés	8	29	13	30	39	14	30	32	9	14	218

Source : Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29.

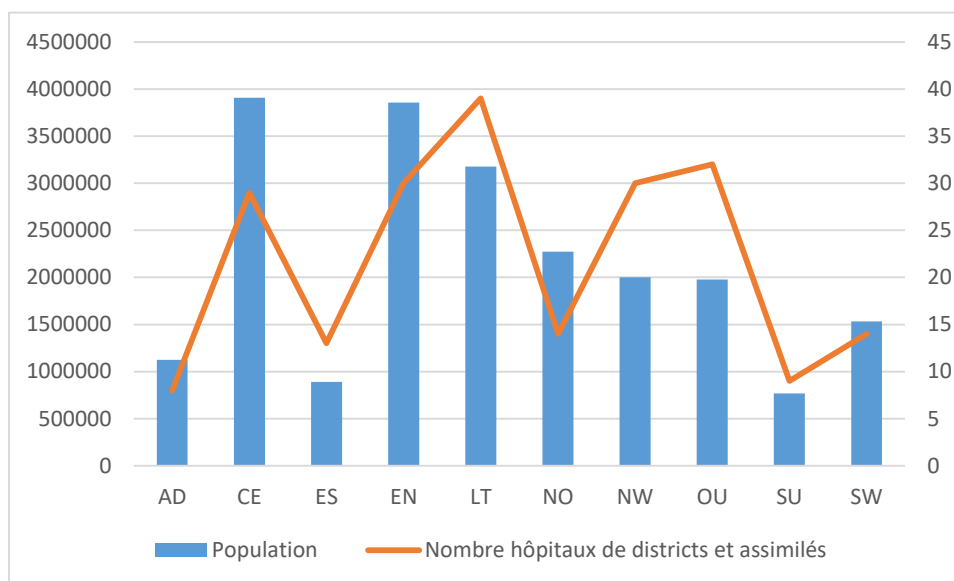
À partir de ce tableau, on peut constater que la région du Littoral compte plus de District de Santé (DS) que le reste des régions du Cameroun. Elle est directement suivie de la région de l'Ouest, puis des régions de l'Extrême Nord et du Nord-Ouest, complété successivement des

⁹² <https://fr.scribd.com/presentation/530443893/District-Sante#>, consulté le 10 février 2023.

⁹³ *Ibid.*

régions du Centre, du Nord et du Sud Ouest, celles de l'Est, du Sud et de l'Adamaoua fermant le peloton de queue. C'est dire avec ce tableau que plus la densité est importante, plus les hôpitaux de district se multiplient. Ainsi, le diagramme ci-contre permet davantage de mettre en lumière cet état des faits :

Graphique 3 : ratio répartition des DS et assimilés par population et par région au Cameroun



Source : Nous, MINSANTE, élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29.

L'analyse de ce diagramme permet de constater que la région de l'Ouest a le ratio HD et assimilés / habitant le plus favorable avec 61823 habitants pour 01 hôpital de district. Ceci peut être expliqué par le fait que la région de l'Ouest détient une forte population avec la densité la plus élevée. Cette explication est, semble-t-il, observée dans les autres régions du pays. C'est le cas des régions du Nord Ouest, Est et Littoral qui ont respectivement un ratio de 66661, 68360 et 81427 habitants pour 01 hôpital de district. Ces régions sont suivies des régions du Sud, Sud Ouest et Extrême Nord, ayant respectivement 85220, 109569 et 128558 habitants pour 01 hôpital de district. Et enfin, en dernières positions, nous avons les régions du Centre, de l'Adamaoua et du Nord avec chacune respectivement 134720, 140680 et 162280 habitants pour 01 hôpital de district.

➤ Les hôpitaux régionaux (HR)

Les hôpitaux régionaux (HR) sont de la 3^{ème} catégorie et de la 2^{ème} référence. Ils sont des formations sanitaires publiques et placés sous l'autorité directe du Minsanté. Généralement, on dispose d'au moins un hôpital régional par région, situé dans le chef-lieu de la région. Ainsi, au Cameroun on dispose de 15 hôpitaux régionaux, répartis dans les 10 régions du pays, comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : répartition des hôpitaux régionaux (HR) par région au Cameroun

Région	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW	TOTAL
Population	1125438	3906883	888682	3856740	3175664	2271914	1999831	1978322	766981	1533964	21504419
Nombre HR	01	01	01	03	02	01	01	01	02	02	15

Source : Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29.

On d'une manière générale que chaque région dispose d'au moins un hôpital régional. Cependant, on peut aussi constater que les régions telles que celle de l'Extrême Nord en possède 03 HR, du Littoral 02, pareil à celle du Sud et du Sud-Ouest. Ainsi, après le CSI et CMA, le HD, l'on arrive au HR, qui est le recours supérieur dans une région, avant les Hôpitaux Centraux (HC) et les Hôpitaux Généraux (HG).

➤ Les Hôpitaux Centraux (HC) et les Hôpitaux Généraux (HG)

Un hôpital peut être défini comme étant « un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être traité à domicile ou dans un cabinet privé. »⁹⁴ Les hôpitaux généraux (HG) sont de première catégorie ou de quatrième référence, au même titre que les établissements publics administratifs dotés de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie financière.⁹⁵ Les hôpitaux centraux (HC) quant à eux sont de

⁹⁴ Mouto Nsia Charlotte, "performance des hôpitaux publics au Cameroun", Master en administration des entreprises, Université Catholique d'Afrique Centrale, 2011, p. 98.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 99.

seconde catégorie ou de troisième référence et ne relève pas de l'autorité directe du Minsanté. Le tableau ci-dessous permet de représenter le nombre d'HG et HC par région au Cameroun :

Tableau 8 : répartition des Hôpitaux Centraux (HC) et les Hôpitaux Généraux (HG) par région au Cameroun

Région	AD	CE	ES	EN	LT	NO	NW	OU	SU	SW	TOTAL
Population	1125438	3906883	888682	3856740	3175664	2271914	1999831	1978322	766981	1533964	21504419
Nombre HC et HG	00	11	00	00	03	00	00	00	01	00	15

Source : Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29.

À partir du tableau ci-dessus, l'on peut aisément constater que seules les régions du Centre, du Littoral et du Sud disposent de HC/HG. Le Cameroun dispose ainsi de 1433628 habitants pour 01 HC/HG.

Au total, on constate que la région du Centre est nantie du plus grand nombre de formations sanitaires, soit 838. Elle est suivie de la région de l'Ouest, talonnée de la région du Littoral avec chacune respectivement 628 et 619 formations sanitaires. Ce pelletons de tête s'expliquecar on peut constater une forte concentration du personnel comme le montrera la suite de notre étude. Ceci dit, le tableau récapitulatif ci-dessous nous permet davantage d'édifier ce phénomène :

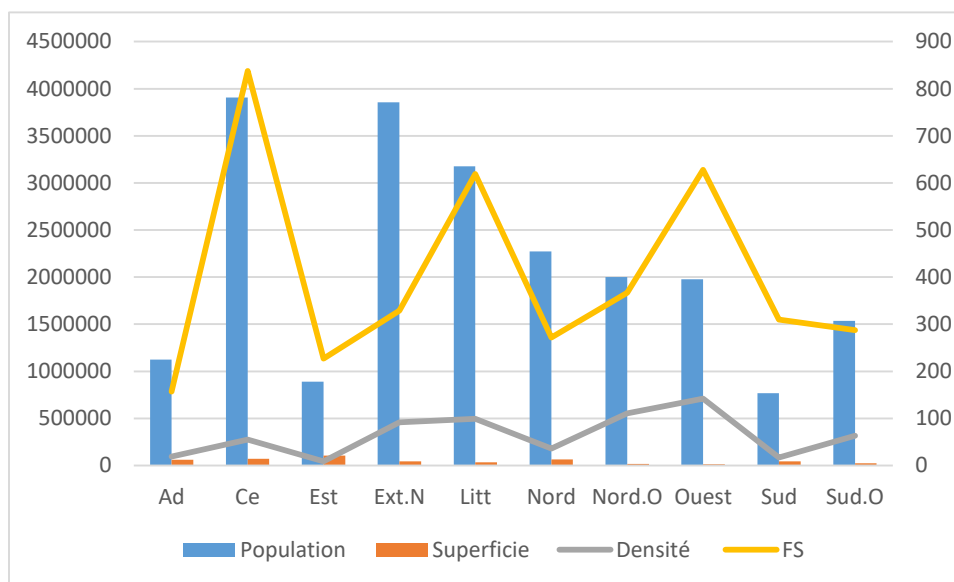
Tableau 9 : récapitulatif des formations sanitaires par région au Cameroun

Régions	Ad	Ce	Est	Ext.N	Litt	Nord	Nord.O	Ouest	Sud	Sud.O	Total
Population	1125438	3906883	888682	3856740	3175664	2271914	1999831	1978322	766981	1533964	21504419
Superficie	60000	71050	106000	41984	31984	63005	18100	13960	45059	24300	475442
Densité	19	55	8	92	99	36	110	142	17	63	45
FS	157	838	227	329	619	272	367	628	310	287	4034
Ratio FS/hab	7168	4662	3915	11723	5130	8353	5449	3150	2474	5345	5331

Source : nous, élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29. et Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, P.8

Le tableau ci-dessus nous permet de déduire que système de santé camerounais reste encore inégalement réparti dans les régions. On peut constater une disparité de 681 formations sanitaires entre les régions du Centre et le l'Adamaoua. Or, une analyse plus approfondie nous révèle que la région de l'Adamaoua a 358457 habitants de plus que la région du Sud. Ceci a pour résultat un autre déséquilibre au niveau du ratio du nombre d'habitant par formation sanitaire. Ceci dit, la région de l'Adamaoua elle dispose d'une formation sanitaire pour 7168 habitants, tandis que la région du Sud dispose du meilleur taux, soit 2474 habitants pour une formation sanitaire. Le diagramme ci-contre permet de mieux illustrer cette analyse :

Graphique 4 : illustration de la répartition des formations sanitaires



Source : nous, élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29. et Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, P.8

On constate par ce diagramme que les régions où on retrouve les villes importantes du pays et à forte agglomération ont le plus grand nombre de formation sanitaire. Il s'agit des régions du Centre, du Littoral et de L'Ouest. Le SSS 2016-2027 relève cela en disant :

On note une prolifération anarchique des formations sanitaires privées dans certaines régions. Plusieurs de ces formations sanitaires ne disposent pas d'agrément du MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle. Cette faible maîtrise de la carte sanitaire a pour conséquences une surabondance de l'offre de services et de soins de santé dans les grandes agglomérations. Ceci entraîne un manque d'efficacité pour le secteur en raison des doublons dans les investissements réalisés. Par ailleurs, cela crée également un manque d'efficacité du fait de la sous-utilisation de certaines RHS et de la promotion des mauvaises pratiques liées à la concurrence déloyale entre formations sanitaires.⁹⁶

Il s'agit ainsi des villes à forte agglomération telles que Yaoundé, Douala ou Bafoussam qui regorgent non seulement du plus grands nombre de formations sanitaires dans les villes camerounaises, mais aussi du plus grand nombre en ressources humaines, comme le montre la suite de notre analyse.

⁹⁶ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027*, p. 29.

2) Les ressources humaines du système de santé camerounais

Encore désignées par personnels de santé, travailleurs de la santé ou agents de santé, les RHS sont l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé. Autrement dit, il s'agit de « toutes les personnes impliquées dans la promotion, la protection ou l'amélioration de la santé des populations, y compris les travailleurs dans le domaine clinique et non clinique »⁹⁷. L'effectif global des personnels recensés dans le secteur de la santé est de 38 207 personnels en 2011. Cet effectif se compose de 25 183 personnels, soit environ 66 % relevant du sous- secteur public et de 13024 personnels, soit 34 %, pour les autres composantes du sous- secteur privé. Sur l'effectif du sous-secteur privé, le privé confessionnel domine avec près de 55% de l'ensemble des personnels. Ceci dit, le système de santé du Cameroun compte ainsi, selon les spécialités réparti par région :

Les ressources humaines en assistants sociaux

Il s'agit du personnel chargé de venir en aide à des individus, des familles ou à des groupes en difficulté afin de favoriser leur bien-être, leur réadaptation sociale, plus loin leur autonomie. Au Cameroun, on compte au total 105 assistants sociaux répartis dans les 10 régions et la diaspora, comme le montre tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Les ressources humaines en assistants sociaux (AS) par région

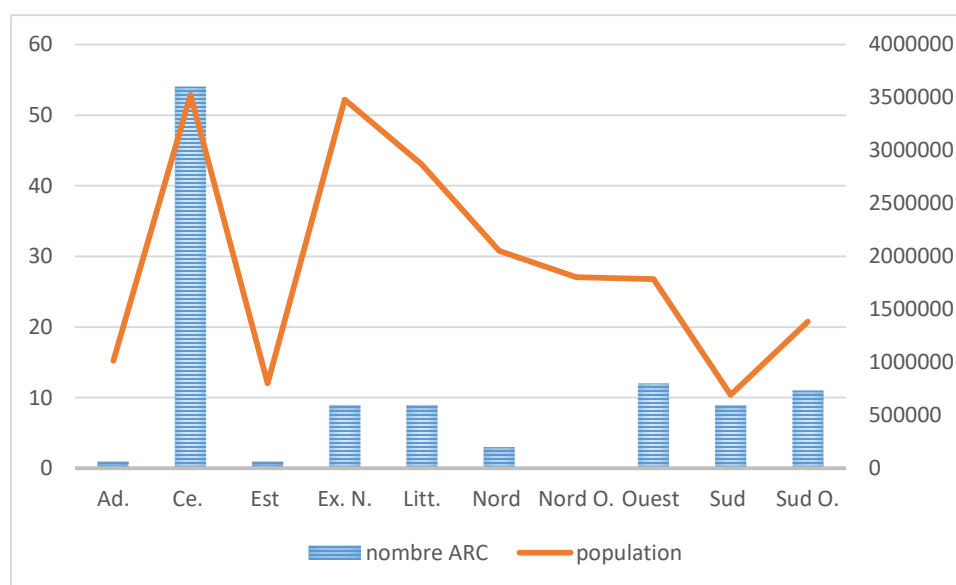
Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
nombre	01	54	01	09	09	03	00	12	09	11	00	105

Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

⁹⁷ Ministère de la Santé Publique, PDRH-Etat des lieux et diagnostic / direction des ressources humaines, 2012.

Le tableau ci-dessus renseigne qu'au Cameroun, la région qui bénéficie du plus grand nombre d'assistants sociaux est celle du Centre avec 54 assistants sociaux, opposé à la région du Nord-Ouest qui, elle dispose de zéro assistant social, ex éco avec la diaspora. Ceci dit, le Cameroun dispose ainsi de un assistant social pour 184820 habitants. Ceci dit, le diagramme ci-dessous nous permet davantage d'observer cette répartition par région :

Graphique 5 : Les ressources humaines des AS par à rapport population par région



Source : nous, élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

Le diagramme ci-dessus permet de constater qu'il existe un certain équilibre entre la population et le nombre d'Aires de Santé dans la région du Centre et du Sud, les régions du Grand Nord (Adamaoua, Nord Extrême Nord) quant à eux présentant un déficit visible.

✚ Les ressources humaines en Agents Relais Communautaires (ARC)

La participation communautaire est un processus par lequel les habitants d'une localité, d'un quartier ou d'un village décident de s'organiser soit en individuellement, soit en groupe d'individus pour servir d'intermédiaire entre la communauté et le système de santé. Ceci dit, un

agent relais communautaire est ainsi un volontaire ou un habitant choisit dans une localité donnée, qui accepte d'être le pont entre la communauté et les services de santé, et de consacrer une partie de son temps pour des activités d'intérêts communautaires, en vue de la réalisation des soins curatifs, préventifs, promotionnel et réadaptatifs dans l'aire de santé.⁹⁸ Un ARC doit ainsi être une personne influente dans la société, doit avoir un travail qui lui assure un revenu, ne pas être membre de l'équipe de santé, doit avoir un niveau d'instruction élevé, être volontaire sans distinction de sexe. L'ARC a ainsi pour rôle de dénombrer les populations cibles, les rendre visite à domicile, le suivi de croissance des enfants de moins de 5 ans, l'organisation des activités d'éveil du jeune enfant, la participation aux enquêtes, à la micro-planification, à l'organisation et à l'exécution des interventions sanitaires dans sa localité, et enfin, la mobilisation de la communauté pour la mise en place des initiatives communautaires.⁹⁹ Au Cameroun, en 2011, on compte 367 agents relais communautaires distribué dans les 10 régions du pays, comme le montre le tableau ci-contre :

Tableau 11 : Les ressources humaines en ARC par région au Cameroun

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
nombre	03	26	27	131	06	11	47	97	11	08	00	367

Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

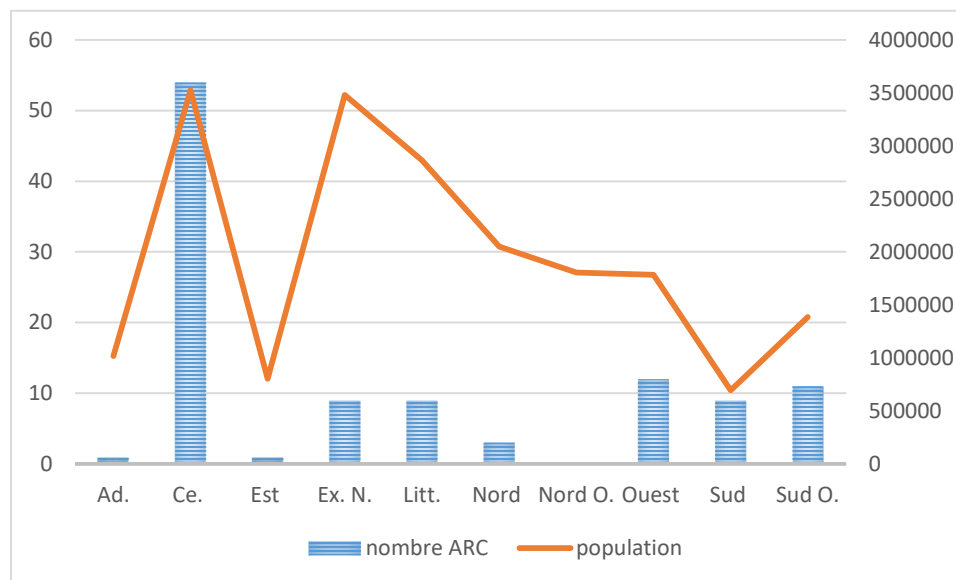
34.

Le tableau ci-dessus relève le fait qu'au Cameroun, la région la plus nanti en ARC est la région de l'Extrême Nord, puis l'Ouest et le Nord-Ouest. En bas du tableau, on retrouve les régions Sud-Ouest, Littoral et Adamaoua, ayant respectivement 8, 6 et 3 ARC chacune. Cette disparité peut être expliquée par le fait que les régions ayant une forte population ont le plus grand nombre d'agent relais communautaires, comme le montre le diagramme ci-dessous :

⁹⁸ Victoria Massamba Kubuta, « Evaluation de la régularité à la consultation préscolaire dans la zone de santé de Kintanu », Thèse de Doctorat en Médecine, Université Kongo, 2007.

⁹⁹ *Ibid.*

Graphique 6 : Les ressources humaines en ARC par rapport à la population par région



Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

🚦 Les ressources humaines en personnel administratif

Le personnel administratif désigne les personnes ayant pour fonction d'effectuer des tâches indirectement rattaché à la mission première du système de santé, participant ainsi à son bon fonctionnement et contribuant à en assurer le succès. Au Cameroun, on distingue 1724 personnels administratifs dans le système de santé, distribués dans les 10 régions du pays, tel que le montre le tableau suivant :

Tableau 12 : les ressources humaines en personnel administratif par région

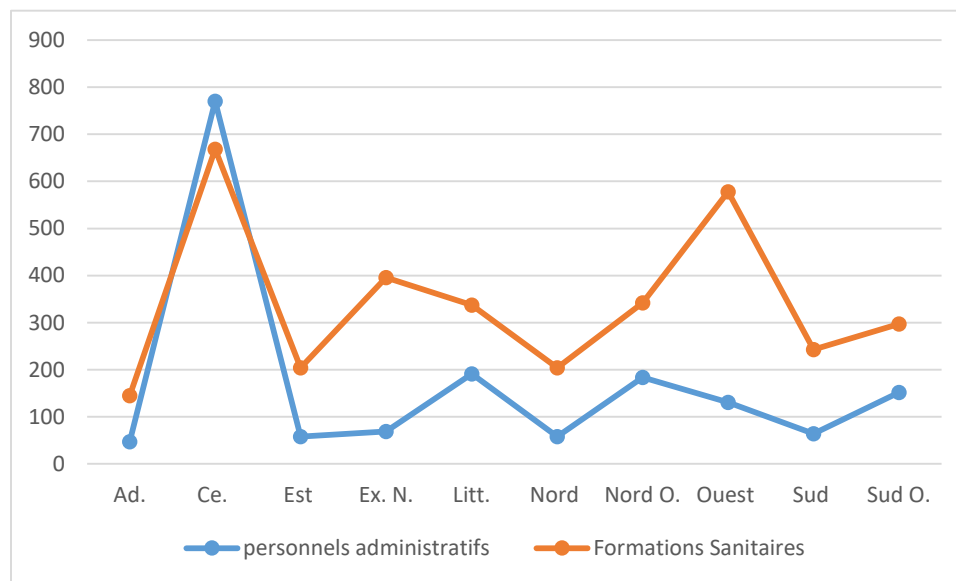
Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
nombre	47	770	58	69	191	58	184	131	64	152	00	1724

Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

On peut ainsi constater que la région du centre possède 770 personnels administratifs contre 47 pour la région de l'Adamaoua. On peut donc constater une différence de 723 personnels administratifs. Cette disparité trouve son origine dans le nombre de formation sanitaire par région. C'est dire que le nombre de personnel par région est proportionnel au nombre de formation sanitaire dans ladite région, tout comme le montre le diagramme ci-dessous :

Graphique 7 : Les ressources humaines en personnel administratif par rapport aux formations sanitaires par région



Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

Le diagramme ci-dessus met en exergue le rapport formation de sanitaire / personnel de santé. Les courbes superposées de ce diagramme nous montre que la région du centre possède non seulement le plus grand nombre de formation sanitaires, mais aussi le plus grand nombre de personnel sanitaire. Cet équilibre se répertorie dans les régions de l'Ouest, du Sud, du Nord Ouest, du Nord, du Littoral, de l'Est, ou encore de l'Adamaoua ; cependant, les régions de l'Extrême Nord et de l'Ouest présentent un écart supérieur par rapport aux autres régions. Cet état de fait s'explique par le fait que la région de l'Extrême Nord est très enclavé et le personnel sanitaire a tendance à bouder les affectation dans cette zone.

✚ Les ressources humaines en chirurgiens-dentistes

Encore appelé médecin dentiste, le chirurgien-dentiste est un professionnel de la santé médicale habilité à pratiquer l'odontostomatologie. Il assure la prévention, le diagnostic et le traitement des anomalies et maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants. Par abus de langage, il est nommé dentiste.¹⁰⁰ Au Cameroun, en 2011, on compte 58 chirurgiens-dentistes, répartis dans les 10 régions, comme le tableau ci-contre :

Tableau 13 : les ressources humaines en chirurgiens-dentistes

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
nombre	04	22	00	04	17	01	02	03	03	02	00	58

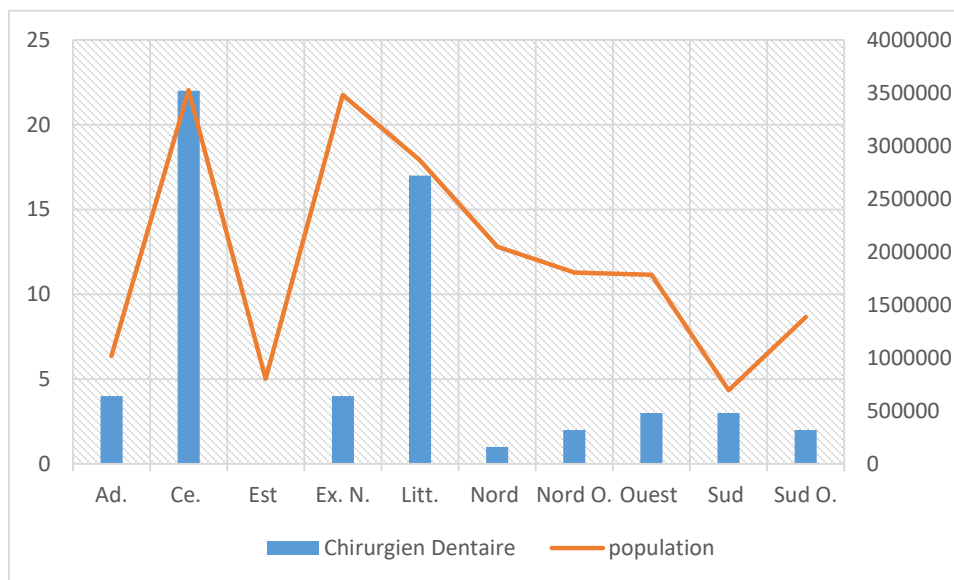
Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

Le tableau ci-dessus permet ainsi de constater une fois de plus que la région du Centre a le plus grand nombre de chirurgiens dentaires, soit 22, opposé à la région de l'Est qui elle n'en possède aucun. Ainsi, au Cameroun, on dispose de un chirurgien dentaire pour 338037 habitants. Ceci dit, le diagramme ci-contre nous permet davantage illustrer la proportion du nombre de chirurgien-dentiste par région :

¹⁰⁰ <http://fr.m.wikipedia.org/wiki/chirurgien-dentaire#%C3%89tymologie.org>, consulté le 17 février 2019.

Graphique 8 : Les ressources humaines en chirurgiens - dentistes par rapport à la population par région



Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

Le diagramme ci-dessus nous révèle la région du Centre et du Littoral sont les plus nantis en personnel médecins chirurgiens-dentistes. Ils possèdent respectivement chacune 160257 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste et 168576 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste. Elles sont suivies des régions du Sud-Ouest avec 692143 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste, puis la région du Sud avec 230714 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste, suivie des régions de l'Adamaoua avec 253906 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste, la région de l'Ouest avec 595095 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste, celle de l'Extrême Nord avec 870104 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste, celle du Nord-Ouest avec 902348 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste, enfin la région du Nord avec 2050229 habitants pour un médecin chirurgien-dentiste. La région de l'Est quant à elle en 2011 de possède aucun médecin chirurgien-dentiste pour 801968 habitants selon le SSS 2016-2017.

✚ Les pharmaciens et les commis de pharmacie

Un pharmacien ou Docteur en pharmacie est un professionnel de la santé, spécialiste du médicament, et dont le rôle consiste entre autre à assurer la conformité de la prise en charge

pharmaceutique et l'éducation thérapeutique du patient. Le commis de pharmacie est ainsi un employé de pharmacie aux ordres du pharmacien. Au Cameroun on compte en 2011 162 pharmaciens et 1178 commis de pharmacie¹⁰¹, répartis dans les 10 régions comme suis :

Tableau 14 : les ressources humaines en pharmaciens et commis de pharmacie

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Phar.	7	38	04	12	40	08	2	26	04	21	00	162
Com. phar.	05	133	42	166	137	92	211	234	24	134	00	1178
Total	12	171	46	178	177	100	213	260	28	155	00	1340

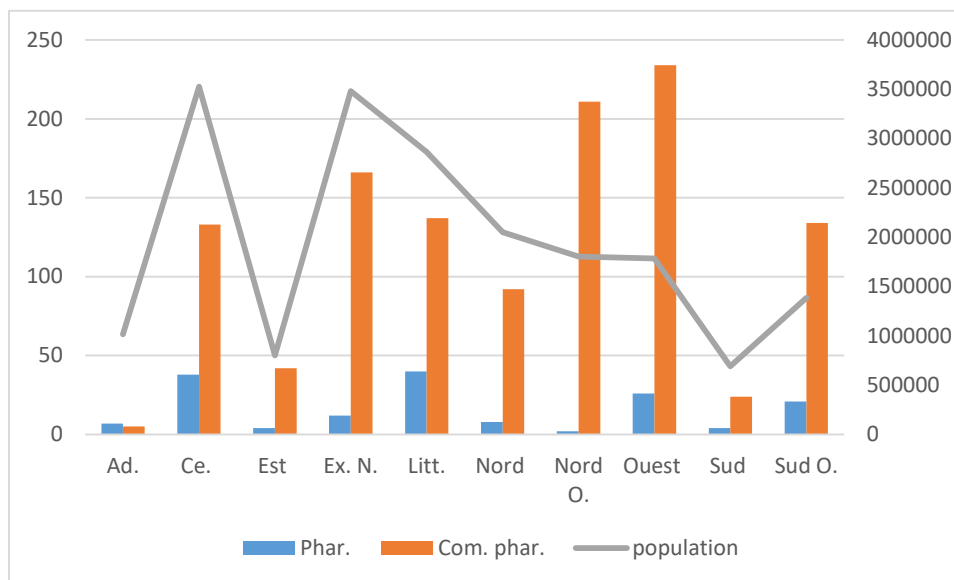
Source : nous élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p.

34.

Au total, le Cameroun dispose de 1340 personnels dans le domaine pharmaceutique, pour 19406100 habitants. Aussi, la région du Centre arrive en tête avec 38 pharmaciens, contre 02 pour la région du Nord-Ouest, et zéro pharmacien pour la diaspora. Cette répartition est davantage exprimée dans le diagramme ci-dessous :

¹⁰¹ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Graphique 9 : les ressources humaines en pharmaciens et commis de pharmacie



Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Le tableau ci-dessus montre comment la région du Sud-Ouest a le meilleur ratio population/Docteur en pharmacie. Il est directement suivi par les régions de l'Ouest, du Littoral et du Centre. La seconde partie du tableau est complété par les régions de l'Adamaoua, du Sud, de l'Est, du Nord, de l'Extrême Nord, et du Nord-Ouest.

✚ Les ressources humaines en personnel infirmiers

La profession infirmière moderne remonterait en 1960 avec la création de la première école par Florence Nightingale.¹⁰² Ceci dit, un infirmier est considéré comme étant un “un auxiliaire médical qui donne des soins, soit à domicile, soit dans un établissement d’hospitalisation ou de consultation des soins prescrits par un médecin”.¹⁰³ Selon l’OMS, l’infirmier est une personne qui, ayant suivi une formation de base en soins infirmiers et autorisé dans son pays à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes. Au Cameroun,

¹⁰² Berthe Tchifam, “Planification des soins infirmiers”, Mémoire de Soins Infirmier, Université de Ngaoundéré, 2011.

¹⁰³ Petit Larousse de la Médecine.

on compte en 2011 18954 infirmiers répartis dans les 10 régions du pays, comme le montre le tableau ci-dessous :

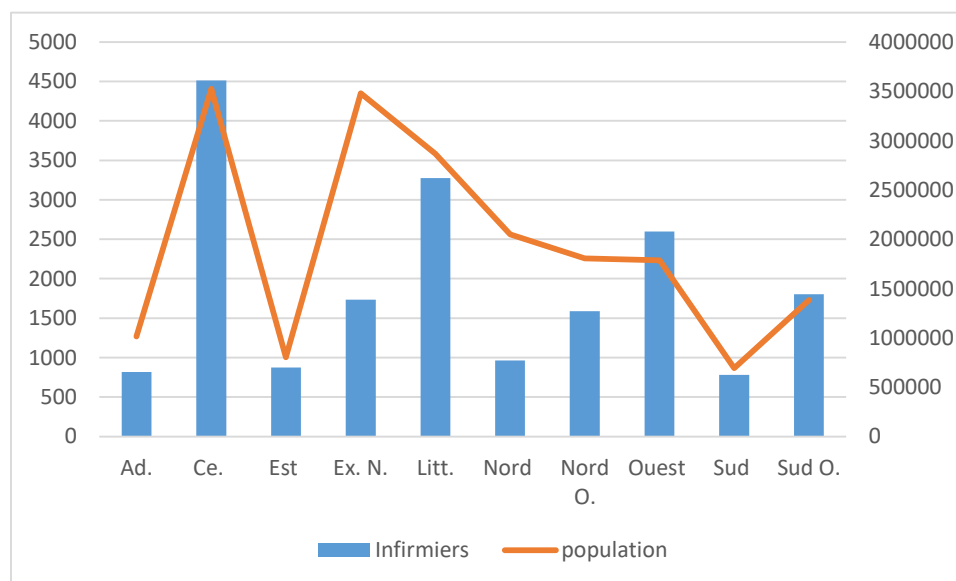
Tableau 15 : Les ressources humaines en personnel infirmiers

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	817	4512	874	1733	3276	965	1590	2599	781	1804	03	18954

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Grace à ce tableau, l'on peut constater que la région du Centre a le plus grand nombre d'infirmiers du pays. Il est suivi de la région du Littoral, de l'Ouest, du Sud-Ouest, de l'Extrême Nord, du Nord-Ouest, du Nord, de l'Adamaoua et du Sud. Ainsi, on compte d'une manière générale 1024 habitants pour 01 infirmier, réparti dans les 10 régions comme suit :

Graphique 10 : Les ressources humaines en personnel infirmiers



Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Les médecins généralistes

Personnel essentiel du système de santé du Cameroun, les médecins généralistes y occupent une très importante. La médecine généraliste est donc une spécialité médicale qui prend en charge le suivi durable, le bien-être et les soins de santé généraux de première nécessité d'une communauté, "sans se limiter à des groupes de maladie relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier".¹⁰⁴ Il est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée comme son niveau social sous peine de signalement. Il utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ; elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ; elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

Le médecin a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ; elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ; il gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient ; elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. Aussi, il favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ; il a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté et répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.¹⁰⁵ Au Cameroun on compte 1420 médecins généralistes réparti sur l'ensemble du territoire par région comme le montre le tableau ci-dessous :

¹⁰⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_g%C3%A9n%C3%A9rale, consulté le 07 juin 2019 à 11h42.

¹⁰⁵ *Ibid.*

Tableau 16 : Les ressources humaines en personnel médecins généralistes

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	38	500	53	71	307	42	82	116	45	94	72	1420

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Le tableau ci-dessous nous renseigne que parmi toutes les régions du Cameroun, celle du Centre arrive largement en tête avec 500 médecins généralistes (MG) sur les 1420 que compte le pays en 2011, soit 35,21% du total des MG. La région de l'Adamaoua quant à elle ferme la queue avec 38 MG. Ce décalage peut être expliqué avec la densité de la population de la région du Centre, qui est plus importante que celle de l'Adamaoua.

Les médecins spécialistes

Selon Galien, la médecine spécialisée remonte au-delà des médecins de l'empire romain. Ce système de spécialités médicales a progressivement évolué au cours du XIX^e siècle.¹⁰⁶ On peut donc classer les spécialisations en quatre sous-groupes : la chirurgie ou la médecine interne ; la tranche d'âge des patients ; le diagnostic ou la thérapeutique ; la technique utilisée ou l'organe étudié.¹⁰⁷ Le tableau ci-contre nous montre la répartition des médecins spécialiste en 2011 sur le territoire du Cameroun par région :

Tableau 17 : Les ressources humaines en personnel médecins spécialistes

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	16	192	5	10	127	3	9	26	11	16	7	422

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

¹⁰⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Sp%C3%A9cialit%C3%A9_m%C3%A9dicale, consulté le 07 juin 2019, à 12h49.

¹⁰⁷ *Ibid.*

Une fois de plus, les régions du Centre et du Littoral arrive en tête de liste, les régions du Nord et de l'Est fermant le peloton de queue. Ceci peut être expliqué car la médecine spécialité est plus représentée dans les hôpitaux généraux, centraux, régionaux ou encore de référence ; or ces hôpitaux se trouvent en zone urbaine désenclavé, d'où Douala et Yaoundé.

Les paramédicaux

“Les professions paramédicales comprennent l'ensemble des professionnels de la santé qui ne sont pas formés comme les médecins, les pharmaciens ou les sages-femmes, mais qui se consacrent aux soins et au traitement, en étroite collaboration avec les médecins.”¹⁰⁸ D'une manière générale, les métiers paramédicaux désignent les infirmiers, les aides-soignants, les ambulanciers, les manipulateurs en électroradiologie médicale, les kinésithérapeutes, les physiothérapeutes, les diététiciens, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les podologues et les orthoptistes. Ce corps médical est représenté au Cameroun comme suit :

Tableau 18 : Les ressources humaines en personnel paramédicaux

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	176	1343	204	342	786	160	377	593	175	368	2	4526

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

On peut observer par ce tableau que le système de santé du Cameroun a plus de personnel paramédicaux dans la région du Centre, soit 1343, suivit de la région du Littoral qui elle possède 786 personnels paramédicaux, soit moins de la moitié que ceux de la région du Centre. L'explication de ce déphasage peut se trouver au niveau de la concentration des édifices sanitaires dans cette région.

¹⁰⁸ https://fr.wikipedia.org/wiki/Profession_param%C3%A9dicale, consulté le 07 juin 2019 à 13h15.

🚦 Le personnel d'appuis

Communément appelé personnel d'appui, le personnel d'appoint sont des agents d'exécution c'est-à-dire qu'ils ont comme tâche d'aider en apportant, par leur travail, un appui pour permettre aux personnels sanitaires de bien accomplir leurs tâches. Sans leur appui, qui paraît à la première vue pas forcément nécessaire, le fonctionnement des services sanitaires ne sera pas efficient, voir efficace. On peut relever deux catégories de personnel d'appoint. D'abord, nous en distinguons au niveau de l'instance hospitalière ; On peut y relever le personnel de salles, les secouristes, les portiers, les brancardiers etc. Ensuite à l'échelle administrative, il existe aussi un personnel d'appoint dont le rôle est nécessaire dans le cadre du bon fonctionnement des services publics sanitaires. Nous pouvons donc citer les plantons, les secrétaires, les opérateurs de saisie, les gardiens de sécurité, les manœuvres etc.¹⁰⁹ Ainsi, le personnel d'appuis joue un rôle essentiel dans la gestion, l'accompagnement et réalisation des performances des hôpitaux. En 2011, le pays distingue 6673 personnels d'appuis, comme le montre le tableau ci-dessous, réparti dans les 10 régions du pays :

Tableau 19 : Les ressources humaines en personnel d'appuis

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	77	1401	120	816	1534	277	844	726	100	828	00	6673

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Le tableau ci-dessus révèle une fois de plus que la région du Littoral possède à elle seule 1534 personnel d'appuis, contre 77 pour la région de l'Adamaoua. Ces chiffres sont logiques car les régions les plus développées disposent de plus de formations sanitaires, donc besoin davantage de personnel d'appuis.

¹⁰⁹ Ndedouma René Sylvie, "la problématique de la gestion des ressources humaines dans les administrations publiques en République Centrafricaine : cas du Ministère de la Santé Publique, de la population et de la lutte contre le SIDA", mémoire de maitrise en Droit Publique, Université de Bangui, 2008.

Les tradipraticiens

Un tradipraticien, aussi appelé « tradithérapeute », exerce une pratique médicale non conventionnelle reposant sur des approches présentées comme traditionnelles dans certaines communautés africaines. Le recours à la médecine traditionnelle reste important en dans les pays du tiers monde. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires¹¹⁰ qui, selon une première définition officielle conjointement produite en 1978 par l'Organisation mondiale de la santé (UNICEF-OMS, 1978) et le F UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), sont (les soins de santé primaires) une stratégie sanitaire fortement basée sur la prévention et mise en œuvre via la participation communautaire des populations, pour améliorer et mobiliser au mieux les personnes et moyens locaux disponibles, mais aussi pour favoriser la diffusion de connaissances et de comportements et attitudes de « prévention » au sein de la communauté, voire des communautés voisines, par essaimage.¹¹¹ La médecine traditionnelle au Cameroun a connu une certaine évolution ces deux dernières décennies. Cette évolution est étroitement liées aux différentes crises économiques qui ont frappé le pays, associée à cela la dévaluation du franc CFA en 1994¹¹² qui a réduit le pouvoir d'achat des populations, les renvoyant ainsi vers cette médecine alternative. Le tableau ci-dessous récapitule le recensement des tradipraticiens du Cameroun en 2011 :

Tableau 20 : Les ressources humaines en personnel tradipraticiens

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	00	00	00	189	00	10	00	01	01	04	00	205

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Le tableau ci-dessus livre un rapport officiel du recensement fait en 2011 par le minsanté. On peut constater que 5 régions sur 10 ne possèdent aucun tradipraticiens et, la région qui en possède le plus se trouve être celle de l'Extrême Nord avec 189 médecins traditionnels. Ceci peut être

¹¹⁰ https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_traditionnelle, consulté le 9 juin 2019.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² <https://www.afrik.com/zoom-sur-la-medecine-traditionnelle-au-cameroun>, consulté le 9 juin 2019.

expliqué car le grand Nord a non seulement conservé ses coutume et traditions, mais aussi a un pouvoir d'achat faible. Ces populations ont ainsi recours à des méthodes traditionnelles pour subvenir à leurs soucis sanitaires.

Les autres professionnels de santé

Le professionnel de la santé est une personne qui exerce ses compétences et son jugement, fournit un service lié au maintien, à l'amélioration de la santé des individus, ou au traitement des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité en leur prodiguant des soins.¹¹³ Le Cameroun compte ainsi 2413 professionnels de la santé en 2011, réparti dans les 10 régions comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 21 : Les ressources humaines en autre professionnel de santé

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	07	305	57	176	508	26	499	555	44	237	01	2413

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Le tableau ci-dessus montre que les régions qui possèdent le plus grand nombre des “autres professionnels de la santé” sont les régions qui possèdent le plus grand nombre d'infrastructures sanitaires. Il s'agit ainsi des régions de l'Ouest, du Littoral, du Centre qui en possèdent respectivement 555, 508 et 305 “autres professionnels de la santé” répertoriés par le Minsanté.

Au total en 2011 le système de santé du Cameroun compte 38207 personnels sanitaires répertoriés par le Minsanté dans les 10 régions du pays. Ainsi, on dénombre 367 agents relais communautaires, 105 assistants sociaux, 1724 personnels administratifs, 58 chirurgiens-dentistes, 1178 commis de pharmacie, 18954 infirmiers, 1420 médecins généralistes, 422 médecins spécialistes, 4526 paramédicaux, 6673 personnels d'appuis, 162 pharmaciens, 205 tradipraticiens, 2413 autres personnels de santé. Ces ressources humaines sont réparties dans les 10 régions du pays comme suis :

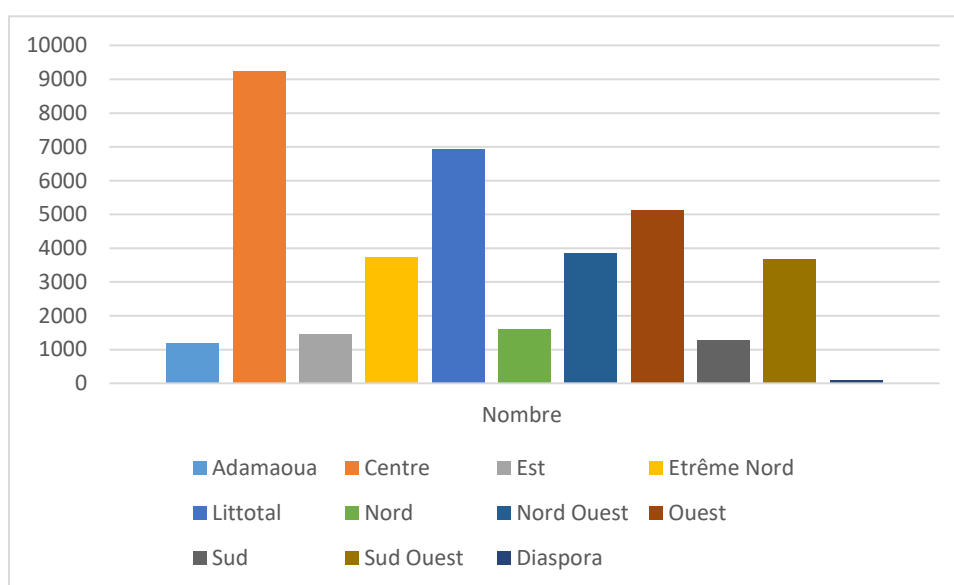
¹¹³ <http://fr.m.wikipedia.org/wiki/profrssionnel-de-la-santé>, consulté le 14 juin 2019.

Tableau 22 : Ressources humaines par région en 2011

Régions	Ad.	Ce.	Est	Ex. N.	Litt.	Nord	Nord O.	Ouest	Sud	Sud O.	Diasp.	Total
Nombre	1198	9226	1443	3728	6938	1606	3847	5119	1268	3679	85	38207

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

Le tableau ci-dessus détaille les dispositions et répartitions des ressources humaines du système de santé camerounais. De prime abord, on peut remarquer une inégale répartition du nombre de personnel. Cependant, le diagramme ci-dessous nous permet davantage d'apprécier cette différence :

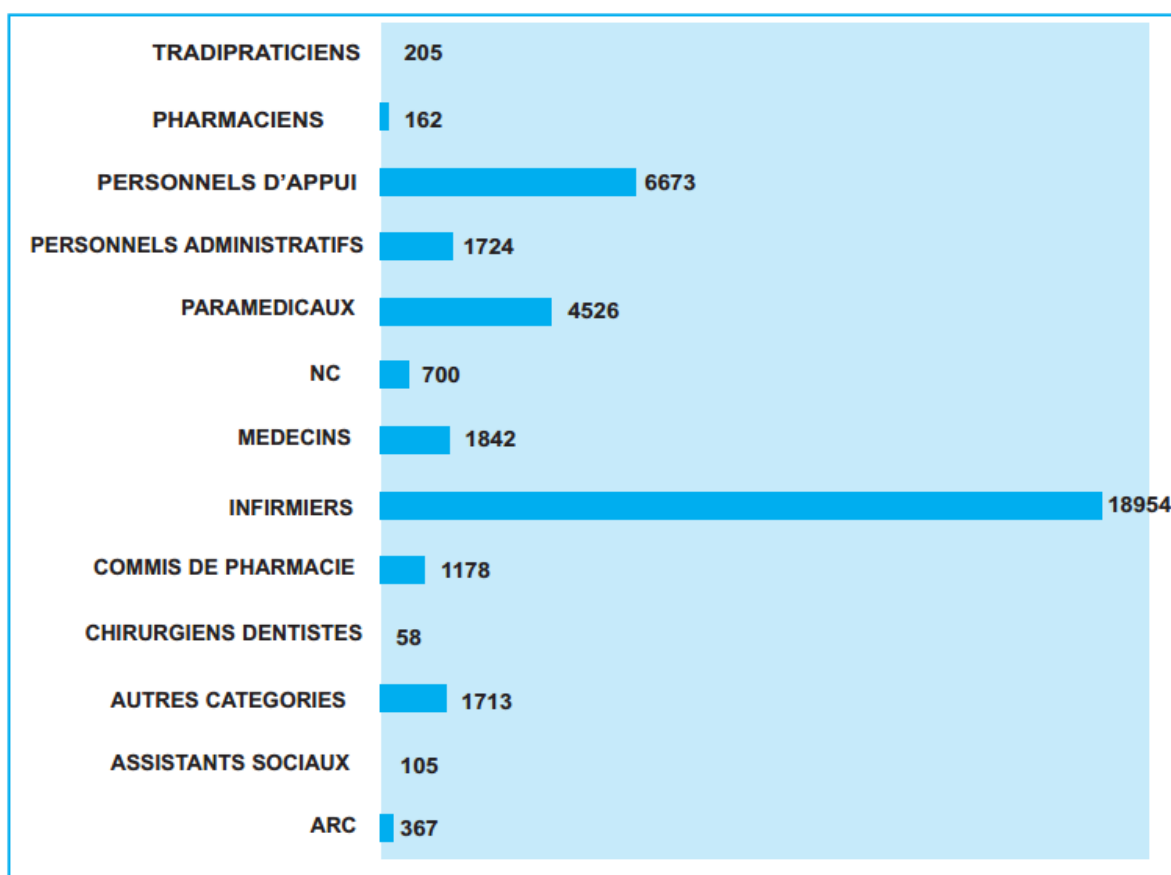
Graphique 11 : Ressources humaines par région en 2011

Source : nous à partir de Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 34.

L'analyse de ce graphe permet ainsi de mieux distinguer les variations de ressources humaines sanitaires publiques entre les régions du Cameroun. On constate ainsi que la région du Centre a le plus grand nombre de personnel, suivit des régions du Littoral, de l'Ouest, du Sud d'Ouest, du Nord-Ouest, et les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Est fermant le peloton de queue. Cette disparité est étroitement liée non seulement à la densité de la population, mais aussi à l'importance des villes qu'abritent ces régions. Cependant, certaines régions sont « laissées »,

désertées parfois par le personnel affecté. Cette réalité historique a fragilisé le système de gestion de santé publique de ces régions. Ainsi, le corps des infirmiers constitue près de 50 % des effectifs de l'ensemble du secteur de la santé. Les personnels médicaux, généralistes et spécialistes confondus, forment un peu plus de 4 %. La proportion du personnel d'appui est également importante, soit 17 % de l'effectif, suivie de celle des paramédicaux qui constituent plus de 11 % de l'effectif global, comme l'indique le diagramme ci-contre :

Graphique 12 : Répartition des personnels selon la qualification professionnelle

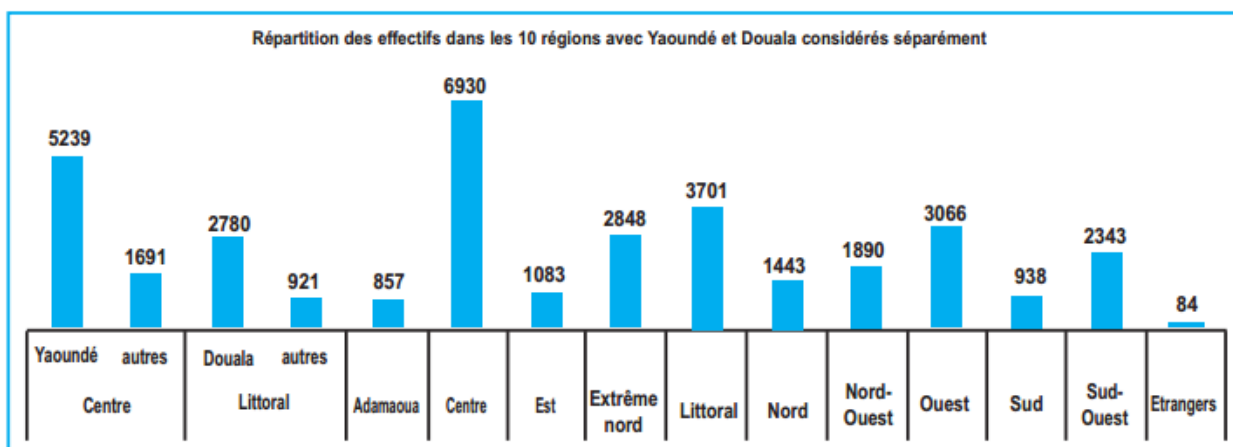


Source : Ministère de la Santé Publique, *Plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017 – Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines-MINSANTE*, 2012, p.21.

Les Régions du Centre, abritant la capitale politique, du Littoral, où se situe la capitale économique, et de l'Ouest sont les mieux dotées en personnels de santé, soit respectivement

environ 24 %, 18 % et 13 %, ce qui représente 55 % de l'ensemble des effectifs pour 42 % de la population nationale. Toutefois, les villes de Yaoundé et de Douala disposent chacune de plus de 75 % des personnels exerçant dans le Centre et le Littoral. Le diagramme ci-dessous permet d'illustrer ce constat :

Graphique 13 : Répartition des effectifs dans les 10 régions avec Yaoundé et Douala considérés séparément

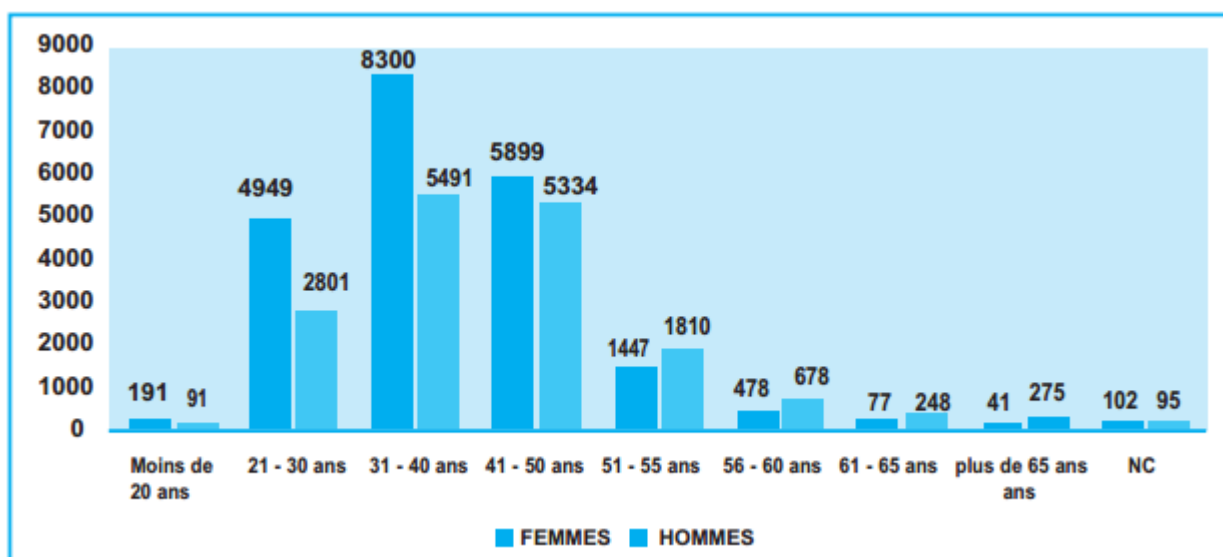


Source : Ministère de la Santé Publique, *Plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017 – Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines-MINSANTE, 2012, p.22.*

Ainsi, Dans l'ensemble, la moyenne d'âge des personnels du secteur de la santé est de l'ordre de 37,82 ans pour les femmes et 40,82 ans pour les hommes. Les tranches d'âge les plus fortement représentées sont constituées de personnels âgés de 31 à 40 ans, soit 36 %, et de 41 à 50 ans, soit plus de 29 %.

D'une manière générale, les métiers de la santé sont marqués par la prédominance du genre féminin. Sur les 38 207 personnels recensés, 21 484 sont du genre féminin, soit plus de 56 %, contre 16 723 de genre masculin, soit environ 44 %, Comme l'indique le diagramme ci-dessous :

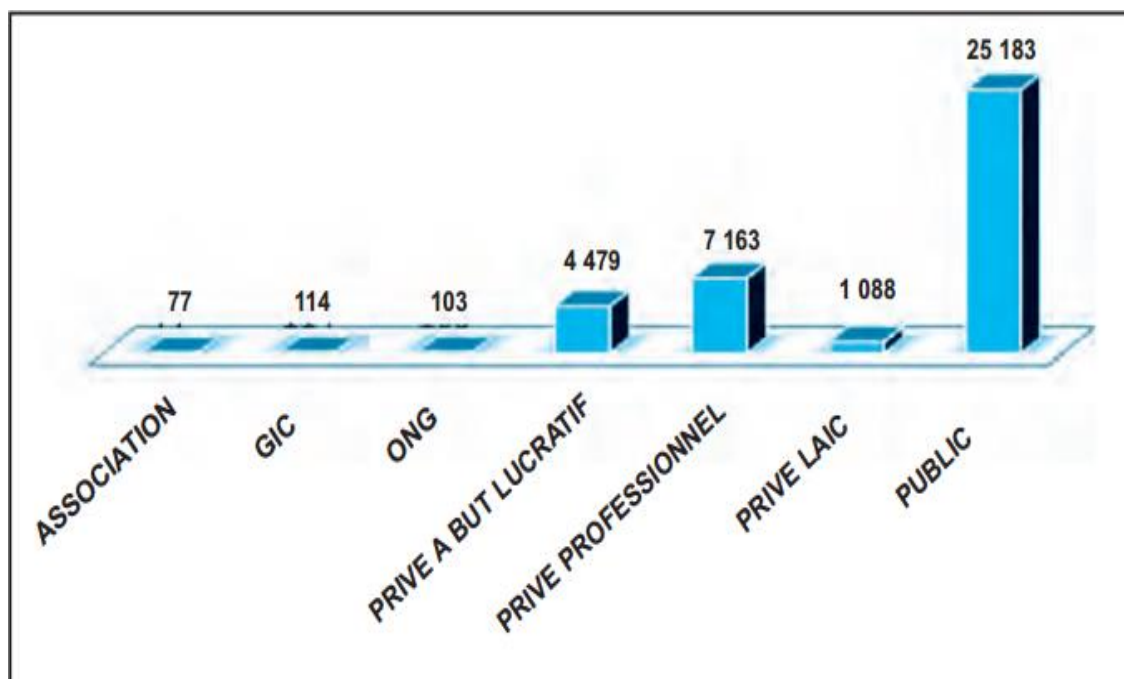
Graphique 14 : Répartition des personnels par âge et par genre



Source : Ministère de la Santé Publique, *Plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines-MINSANTE, 2012, p.22.*

Ceci dit, La distribution de l'effectif total est de l'ordre de 25183 personnels, soit environ 66% pour le public et 13 024 personnels pour les autres composantes du sous- secteur privé, soit 34%. Sur l'effectif du sous-secteur privé, le privé confessionnel domine avec près de 55% de l'ensemble des personnels, comme le démontre le diagramme suivant :

Graphique 15 : Répartition des personnels selon le secteur institutionnel



Source : Ministère de la Santé Publique, *Plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines-MINSANTE*, 2012, p.23.

L'analyse des ressources humaines du système de santé du Cameroun permet de mieux expliquer d'une part les causes de la propagation et résurgence des grandes endémies, mais aussi d'expliquer les difficultés à en venir à bout. C'est dire que le système de santé du Cameroun est loin de satisfaire la demande d'une population de plus en plus grandissante. Malgré les soutiens internes et externes, beaucoup reste encore à faire. Il faut relever et moderniser les plateaux technique, il faut accroître le ratio personnel/population, il faut construire de nouvelles édifices et rénover les celles qui sont vétustes.

CHAPITRE II : PERFORMANCES ET EPIDEMIOLOGIE DANS LE SYSTÈME DE SANTE DU CAMEROUN

Le chapitre deux analyse les performances du système de santé du Cameroun ; c'est-à-dire ses points forts, ses points faibles, mais aussi son profil épidémiologique. Il est ainsi question de mettre en exergue les facteurs qui favorisent l'émergence et la résurgence des grandes endémies sur le territoire camerounais.

I. PROBLEMES DU SYSTEMÈME DE SANTE CAMEROUNAIS

Le diagnostic du système de santé du Cameroun nous permet de mettre en exergue le fait que le secteur reste encore de loin perfectible, tant au niveau de son fonctionnement que de son que de son domaine d'action. Ainsi, comme difficulté on relève :

1) Les problèmes logistiques

Parmi les problèmes logistiques, on distingue:

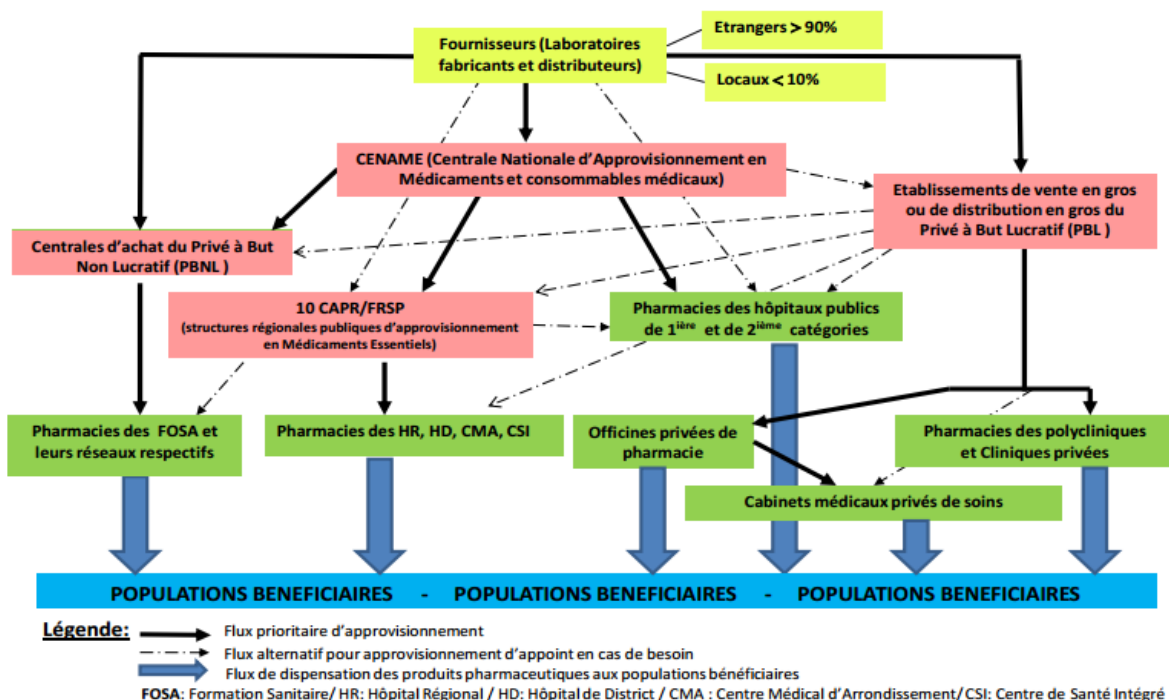
- Difficultés d'approvisionnement des médicaments

Le système national d'approvisionnement et de distribution de médicament au Cameroun reste encore très dépendant de l'étranger. Ainsi, un peu plus de 90% des médicaments modernes proviennent des industries étrangères, et un peu moins de 10% des industries locaux.¹¹⁴ Ce système d'approvisionnement de médicament est constitué dans sa chaîne par les établissements pharmaceutiques de transformation, des distributeur/vente en gros, des officines et des pharmacies de formations sanitaires public et privée. On peut ainsi diviser ces établissements en trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur privé à but lucratif, et le sous-secteur privé à but non lucratif.¹¹⁵ Le schéma ci-contre nous permet davantage de mieux observer la pyramide et le fonctionnement de l'appareil d'approvisionnement des médicaments du fabricant à la population consommatrice :

¹¹⁴ MINSANTE, Stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027, p. 47.

¹¹⁵ *Ibid.*

Schéma 1 : circuit d'approvisionnement et distribution de médicament dans les formations sanitaires



Source : Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 47.

Le schéma ci-dessus permet de constater que système d'approvisionnement de médicament reste encore centralisé au niveau du CENAME (Centre Nationale d'Approvisionnement et Consommables Médicaux). Ce dernier est donc chargé auprès des Centrales d'Achat du Privé à But Non Lucratif (PBNL), des 10 CARP/FRSP (Structures Régionales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels), ou encore de pharmacies des hôpitaux publics des 1^{ères} et 2^{èmes} catégories.

- La porosité dans la législation, la réglementation et l'engagement politique

Le nombre des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui ont travaillé dans une approche sectorielle est resté constant (deux partenaires seulement, AFD et GIZ/KfW œuvrent dans ce sens depuis 2011), dénotant ainsi d'un faible engagement politique. De plus, en raison de l'absence d'un code de santé publique et des vides juridiques constatés, il n'a pas été possible de mieux encadrer les acteurs dans le secteur santé. Enfin, l'impact des déterminants de la santé n'a

pas été analysé avec la même rigueur que celui de la prévention et de la prise en charge des maladies dites prioritaires. L'engagement politique de haut niveau est insuffisant au regard du pourcentage de financement de l'État alloué au secteur de la santé. La Déclaration d'Abuja préconise l'allocation d'une proportion de 15% du budget de l'État à ce secteur. Les outils actuels ne permettent pas de disposer de toute l'information sur les financements alloués à la santé au niveau des autres administrations œuvrant dans le secteur ; toutefois, la proportion du budget national alloué au Ministère de la santé oscillerait ces dernières années autour de 8%¹¹⁶.

- **Les problèmes liés aux Budget/dépenses**

L'existence de multiples régimes de financement de la santé (28 dénombrés en 2013) témoigne de l'absence d'une approche intégrée et d'une coordination insuffisante dans la gestion des financements. De plus, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (ceux du privé, ceux des administrations partenaires prestataires des soins et des services de santé, ainsi que ceux des collectivités territoriales décentralisées) n'a pas contribué à prévenir le double emploi des ressources. Ceci n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale). A ce jour, la collecte des ressources pour la santé (financements privés et publics) et leur mise en commun ne sont pas suffisamment organisées dans le secteur. Par conséquent, la faiblesse du dispositif de suivi/évaluation et les insuffisances relevées au niveau de la coordination des interventions ont eu pour conséquences, le double emploi des ressources et subséquemment le manque d'efficacité constaté. En effet, la dépense moyenne par habitant était de 63 USD en 2012, mais les résultats obtenus étaient similaires à ceux des pays dépensant entre 10 et 14 USD. Dans le même ordre d'idées, on a relevé que la productivité financière des formations sanitaires n'est pas suffisamment suivie pour favoriser une utilisation optimale des financements publics ; le système de santé n'assure pas encore une protection contre le risque maladie à toute la population : seuls 2% sont couverts par des mécanismes y afférents. Les paiements directs qui représentent près de 95% des dépenses privées de santé demeurent la principale modalité d'acquisition des soins. De plus, la persistance de la corruption dans les services publics d'une manière générale reste une pesanteur qui rend difficile l'utilisation efficiente des ressources. Enfin, le manque d'équité

¹¹⁶ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 47.

observé dans l'accès aux soins a été accentué, entre autres, par l'inefficacité de la mise en œuvre de la couverture santé universelle¹¹⁷.

- **Un système d'information peu développé**

Le système d'information du MSP au Cameroun est encore à ce jour archaïque. Mis en place en 2007, il souffre des carences au niveau même des lois qui la régissent. Associé à cela, on peut noter le manque d'expérience des Ressources Humaines (RH). Le Système National d'Informations Sanitaires reste largement perfectible. Selon le rapport du PNDP, on peut relever au dispositif de production de l'information des maux tels que la vétusté et l'étroitesse des infrastructures utilisées dans le cadre de la production des informations sanitaires, l'indisponibilité des formulaires de transmission des données, l'insuffisance, voire l'absence ou encore le non entretien des outils de Technologie de l'Information et de la Communication (TIC) et des moyens de communication (internet) ; aussi, Il existe une multiplicité des supports de collecte de données en raison d'un nombre élevé de programmes prioritaires de santé.

Toujours selon le même rapport, pour ce qui est des bases ou banques de données et des ressources, on constate qu'il existe un fichier de toutes les formations sanitaires, secteur public et privé, associé au système de localisation GPS (Système de localisation qui permet de connaître la position d'un mobile grâce à un récepteur de signaux émis par satellite), mais pas suffisamment à jour. Il existe aussi une base de données nationale des ressources humaines, limitée au secteur public. Il n'y a pas de base pour le suivi annuel des diplômés issus des établissements de formation tant publics que privés. Les Comptes Nationaux de santé, destinés à « pister » leur flux les financements et les dépenses de santé n'existent pas ; ils sont cependant en cours d'élaboration. Les formations sanitaires à travers leurs besoins annuels, font mention de l'inventaire et l'état des équipements et stocks de fournitures. Par ailleurs, Il n'existe pas de manuel de procédures écrites sur la gestion des données ; les méthodes de collecte de données ne sont pas harmonisées pour des sujets saillants tels la mortalité maternelle jusqu'en 2015. De même, les méthodes d'estimation des indicateurs de santé sont parfois mal éprouvées. Le PNDS poursuit en disant qu'en rapport avec la composante relative aux aspects des produits de l'information et à leur utilisation il faut noter que les gestionnaires et décideurs n'exigent pas suffisamment du Système d'Information

¹¹⁷ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027*, 2016, p. 47.

Sanitaire (SIS), des informations complètes, précises et validées¹¹⁸. Aussi, il n'existe pas de rapports analytiques intégrés. Ceux produits sont parcellaires, couvrent certains indicateurs essentiels avec distribution réduite aux parties prenantes. Enfin, les gestionnaires des services de santé, les prestataires de soins à tous les niveaux n'utilisent pas assez les informations sanitaires pour la gestion, le suivi et l'évaluation périodique.

Compte tenu de la demande de plus en plus pressante d'une qualité du SIS du fait de la multiplication des maladies épidémiques tel le choléra, les pistes d'amélioration sont proposées, notamment au niveau du cadre institutionnel (politique, planification, coordination, financement), au niveau des dispositifs de production de l'information (ressources matérielles, financières, humaines, et infrastructurelles ; la production des outils harmonisés de collecte), au niveau des mécanismes de gestion des données sanitaires (procédures harmonisées et intégrées de collecte, circulation, stockage, archivage des données), et enfin au niveau du partage, de la diffusion et la vulgarisation de l'information sanitaire (dissémination et utilisation, plaidoyer et marketing, priorisation, allocations des ressources).

- **Problèmes liés à la Gestion**

Les points préoccupants notés en dans ce domaine sont les suivants : Le leadership du MINSANTE n'est pas suffisamment fort pour éviter le non alignement des différents acteurs et intervenants. Par conséquent, les interventions financées ne sont pas toujours en adéquation (alignées) avec les priorités identifiées. Par ailleurs, l'extrême verticalisation des interventions ne permet pas d'éviter les doublons, de réaliser les économies d'échelle et par conséquent d'être efficient. L'inadéquation de la planification stratégique car les objectifs et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles et structurelles. L'inadéquation de la planification opérationnelle au niveau régional car les besoins exprimés par les régions sanitaires n'ont pas tenu compte des contraintes budgétaires et des ressources disponibles. L'absence d'objectifs régionaux réalistes a constitué un frein à l'affectation des ressources en fonction des besoins réels. La faiblesse du système de suivi-évaluation : les progrès dans le système de santé ont été peu documentés. L'absence d'un plan intégré de suivi-évaluation en est l'une des causes. L'absence d'un plan de gestion des risques : il n'a pas été possible

¹¹⁸ Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*, p. 26.

d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie ; cela a entraîné une attitude plus réactive que proactive des acteurs de mise en œuvre de la stratégie échue. Le déficit de la mise en œuvre des mécanismes de recevabilité car peu de mécanismes de redevabilités des acteurs étaient mis en place ou étaient fonctionnels ; ce qui a constitué l'une des causes d'inefficacité¹¹⁹.

- **Point faible de la recherche opérationnelle en Santé**

Parmi ces points faibles, on distingue entre autre le non-respect du cadre réglementaire légal existant régissant la pratique de la recherche en santé au Cameroun ; L'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation et le sous-financement des activités de recherche par les structures publiques et privées; La faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE; L'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé ; Une faible culture de la recherche, du suivi et de l'évaluation; La faiblesse en matière de diffusion des résultats de la recherche, de disponibilité des bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé¹²⁰. Toutefois, il a été mis sur pied un Groupe de Recherche sur les Ressources Humaines pour la Santé au Cameroun (GRESAC). Comme autre mesure pour remédier au vide en matière de recherche sur les RHS, le Ministère de la Santé Publique a créé le 05 avril 2010 un Groupe de Recherche pour les Ressources Humaines de la Santé au Cameroun. Bien que logé au sein du Ministère de la Santé Publique, ce groupe de travail est une entité multisectorielle constituée de points focaux et de membres, notamment les enseignants des écoles de professionnels de santé, les responsables en charge de la gestion des ressources humaines, les spécialistes en gestion des ressources humaines, les étudiants et les chercheurs issus des administrations publiques, privées, des institutions de formation et de recherche.

- **Problème liés à la mise en place des actions prioritaires**

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des problèmes liés à la mise en œuvre des actions prioritaires :

¹¹⁹ Ministère de la Santé Publique, *Stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027*, p. 48.

¹²⁰ *Ibid.*

Tableau 23 : Problèmes liés à la mise en œuvre des actions prioritaires

Indicateurs / Repères du DSCE	Problèmes liés à la progression vers la cible
<p>Proportion des districts de santé avec des structures viables (phase de consolidation) ;</p> <p>Proportion des districts de santé avec un plateau technique conforme aux normes ;</p> <p>Référence contre référence</p>	<p>L'offre des services et soins de santé n'est pas capable actuellement de permettre un passage à l'échelle en vue d'améliorer l'accessibilité par les populations aux soins et services de qualité : Accessibilité inférieur à 45 % Beaucoup des décès sont enregistrés au niveau des Centre de Santé Intégré (CSI) et aussi au niveau des Hôpitaux de Districts (HD) due à un mauvais fonctionnement du système de référence vers le niveau le plus approprié devant assurer la continuité des soins. L'inadéquation du plateau technique au niveau de l'HD contribue également à ces décès. L'inadéquation du plateau technique au niveau de l'Hôpitaux de Référence contribue aux décès des cas référés à ce niveau. La contre référence ne se fait pas systématiquement selon les règles.</p>
<p>Nombre de personnel de santé pour 1000 habitants</p>	<p>Faible disponibilité qualitative et quantitative en ressources humaines en santé</p>
<p>Médicaments disponibles à des coûts abordables</p>	<p>Faible accessibilité des populations aux médicaments</p>
<p>Proportion de districts de santé possédant au moins une mutuelle</p>	<p>Non appropriation des stratégies de promotion des mutuelles santés.</p> <p>Absence d'une disposition légale portant obligation des populations à entrer dans un dispositif de protection sociale</p>
<p>Proportion de la population bénéficiant des services des mutuelles de santé</p>	<p>Le manque d'expertise et le bénévolat du personnel du comité de gestion</p>
	<p>Insuffisance des mécanismes de la stimulation de la demande</p>
	<p>Faible taux de pénétration</p>
	<p>Manque de fidélité des membres dans les cotisations</p>
	<p>Faible capacité financière des populations</p> <p>Méfiance de la population vis-à-vis des mutuelles de Santé</p>

Indice de satisfaction de l'utilisateur	Non systématisation des enquêtes de satisfaction de l'utilisateur Faible gouvernance du secteur
Disponibilité des informations sanitaires	Absence des outils permettant une collecte uniforme Absence de formation à la gestion de l'information sanitaire
La référence/contre référence des malades	Le système national de référence contre référence des malades n'est pas organisé
La référence aux normes et standards est systématique dans les District de Santé (DS)	La majorité des normes et standards ne sont pas élaborés tandis que les normes existant ne sont pas vulgarisées
Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié	– Faible efficacité allocutives dans la gestion des ressources humaines – Faibles capacités du personnel
Taux de la couverture vaccinale à la rougeole	– Occasions manquées – Assurer un service complet au moins pour ceux qui ont été une fois à la portée du système de santé et de leur plein gré ; comment faire pour minimiser les occasions – 38% des accouchements se font encore dans la communauté
ARV disponible dans tous les districts de santé	– Insuffisance dans la disponibilité des Intrants (Matériel, Médicaments, RH)
Proportion de formations sanitaires prenant en charge la Tuberculose selon les normes et standards de prise	– Absence d'analyse causale de morbidité et mortalité par région et par DS
Proportion de formations sanitaires prenant en charge le paludisme selon les normes et standards	
Proportion de formations sanitaires prenant en charge les Maladies Non Transmissibles selon les normes et standards en vigueur	Accidents : – Problèmes liés au conducteur (non-respect du code de la route, téléphones portables au volant, aucune mesure de protection, ivresse excès de vitesse etc.) – Problèmes liés à l'état des routes (mauvais état, absence de signalisation, dos d'ânes pièges etc.) – Problèmes liés à la qualité des voitures (vétusté et mauvais entretien etc.) – Problèmes liés aux autres usagers de la route (piétons, cyclistes, motocyclistes, animaux)

Proportion de formations sanitaires prenant en charge les Maladies Tropicales Négligées selon les normes et standards	Absence d'une politique claire organisant la prise en charge des Maladies Tropicales Négligées
Proportion de district de santé assurant la surveillance intégrée des maladies selon les normes et standards	Faible complétude et promptitude, insuffisances en ressources humaines et financières, faible accessibilité géographique.
Nombre des occasions manquées messages non adaptés aux communautés Inefficacité de la prévention des grossesses non désirées	Insuffisance de la communication intégrée Inadéquation des messages à la cible récurrence des grossesses indésirées.

Source : Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, p. 7.

Jusqu'en 2006, le système de santé camerounais est encore proie à de nombreux problèmes, comme l'indique le tableau ci-dessus. Ceci dit, le premier plan que relève le tableau est celui de l'absence des infrastructures. Le tableau relève ainsi le fait que l'accès aux infrastructures sanitaires restent encore jusqu'à cette date inférieur à 45% et malgré cela, le taux de décès dans ces centres de santé est toujours élevé, que ce soit au niveau des centres de santé intégré, des hôpitaux de district ou de référence. Ce taux de décès élevé s'explique aussi par le fait que ces hôpitaux manquent de matériel adéquat pour répondre aux besoins des malades. Aussi, on peut noter une insuffisance des ressources humaines bien qu'en quantité qu'en qualité. De même, les populations n'ont pas accès à des médicaments non pas seulement du fait de leur faibles revenus, mais aussi et surtout du fait d'un manque d'assurance et d'une législation les obligeant à le faire. Relevant toujours les problèmes liés à la mise en œuvre des actions prioritaires, l'on relève aussi l'insuffisance d'experts dans le domaine sanitaire, un système d'information faillible, une gestion pas toujours efficace des épidémies, un mauvais état du réseau routier qui ne facilite pas la pénétration des organismes sanitaires, doublé d'une insuffisance des financements. Selon le rapport du Plan Nationale de Développement Sanitaire (PNDS) de 2001 - 2015, c'est la conjonction de ces événements qui est cause de l'ensemble des problèmes présents à cette date dans le système de santé camerounais.

2) Problèmes infrastructurales et ressources humaines

Ces problèmes sont directement liés aux performances peu efficaces du système de santé camerounais. On distingue :

- La faible fréquentation des hôpitaux

Selon l'OMS, le taux de fréquentation d'un centre de santé doit être d'au moins 50% de la population de la zone de couverture de ce centre de santé. Cependant, au Cameroun, ce taux reste encore très largement en retard, causant ainsi un problème de santé publique. Une étude menée par R. Ikelle en 2007 a révélé qu'entre 2002 et 2006, le taux de fréquentation de l'hôpital de District de Bonassama à Douala se situait entre 10 et 13%, démontrant ainsi la pertinence de cette problématique¹²¹. Plus grave encore, selon une étude menée par l'APA en 2006, le taux de fréquentation des structures sanitaires ne serait que de 0,3 contact par an et par habitant¹²². Ce constat préoccupant interpelle davantage car en 2010, l'Institut Nationale de la Statistique du Cameroun a effectué une enquête sur ce phénomène. Cette étude a donc révélé qu'en zone urbaine, le nombre de patient accueilli quotidiennement était de 12, contre 8 en milieu rural. Les HD en reçoivent en moyen 22 par jour, les CMA 8 par jour, et les CSI 6 par jour. D'une manière générale, 33% des patients ont recours aux HD contre 21% aux CMA. Ainsi, l'analyse de ces données recueillies démontre qu'au Cameroun, le taux de fréquentation des services de santé du Cameroun n'ont pas encore franchi le cap des 50%¹²³. Cette faible fréquentation est liée au niveau d'instruction de chef de ménage bas, la non appartenance à une mutuelle de santé, le manque de confiance au personnel soignant, l'automédication ainsi que la fréquentation de la médecine naturelle, le revenu du ménage, le coût des soins ainsi que le chômage. Selon la recherche menée par l'OMS en 1998, la participation financière des usagers de services de santé diminuerait l'accès aux soins de santé de la population. À ces facteurs, nous pouvons y ajouter la taille de la famille, et même le facteur géographique car pour l'OMS, pour 25 pays africains disposant des données fiables, plus de la moitié de la population habite à plus d'une heure de marche d'un centre de santé locale. Ceci

¹²¹Magne Clotilde, Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural. Cas du CMA Kongsam Bafoussam III, Diplôme d'Infirmier d'Etat, Ecole des infirmiers diplômés d'Etat de Bafoussam III, 2012.

¹²² *Ibid.*

¹²³ *Ibid.*

pourrait les encourager à se diriger ailleurs en dehors de la structure de santé de leur localité. C'est ainsi qu'au Cameroun selon l'INS, on parle d'inaccessibilité géographique lorsque la population est à plus de 5km du centre de santé¹²⁴. Les données ci-dessus nous montrent à provision que le Cameroun reste encore très loin du seuil recommandé par l'organisation mondiale de la santé. Ceci dit, étant donné que la fréquentation des structures de santé est un atout pour mener des enquêtes sur le niveau sanitaire d'un pays, on peut donc conclure que mener une étude à partir des centres de santé produira des résultats approximatifs. C'est ainsi pour dire que le Cameroun a encore des difficultés notamment dans la production des données viables dans ses statistiques sanitaires, cette situation impactant sur l'efficacité, voire l'efficience des programmes tant financés sur le plan national que par les bailleurs de fonds internationaux.

Le diagnostic effectué dans le cadre du projet de réforme hospitalière au Cameroun souligne que les hôpitaux occupent une place essentielle dans le système national de prestation des soins et services de santé. Cependant, la manière dont ils sont organisés et fonctionnent met en évidence un certain nombre d'insuffisances majeures. Ainsi, le problème central identifié pour l'ensemble du système de santé est le faible accès des populations aux soins de santé de qualité. Ce problème résulte des 4 causes majeures directes suivantes : la gouvernance dans les formations sanitaires est très peu satisfaisante ; l'accès des populations aux soins de santé est inéquitable ; la formation dispensée aux personnels de santé et la recherche en santé sont inadaptées aux besoins du secteur ; la qualité des soins dispensés reste très peu satisfaisante. Dans le but d'améliorer la gouvernance, des efforts notables sont entrepris au niveau gouvernemental à travers la mise en place des instances telles que la Commission nationale de lutte contre la corruption et au plan interne par le MINSANTE, à l'aide des commissions de lutte contre la corruption à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, malgré l'existence de ces institutions et les actions de sensibilisation en direction des populations, les ménages restent vulnérables face aux écarts de comportement des personnels de santé, notamment : le mauvais accueil, le double paiement, la corruption, le détournement des malades, la vente parallèle de médicaments, la pratique illégale de la médecine... De manière plus globale, les préoccupations liées à l'approche genre, l'équité,

¹²⁴ Magne Clotilde, Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural ... p. 92.

la gestion axée sur les résultats et la coordination nécessitent des améliorations importantes pour l'efficacité du système de santé.

- **La vétusté des installations**

Les programmes de santé sont mis en œuvre dans l'ensemble du pays mais à des niveaux d'effectivité très variés. On observe un creuset entre les nécessités des populations et l'octroi des ressources par les organismes sanitaires pour venir à bout de ces dites nécessités. Ce constat déplorable serait dû aux équipements sanitaires vieillissants. Le tableau ci-contre regroupe à souhait l'état de ces infrastructures par région :

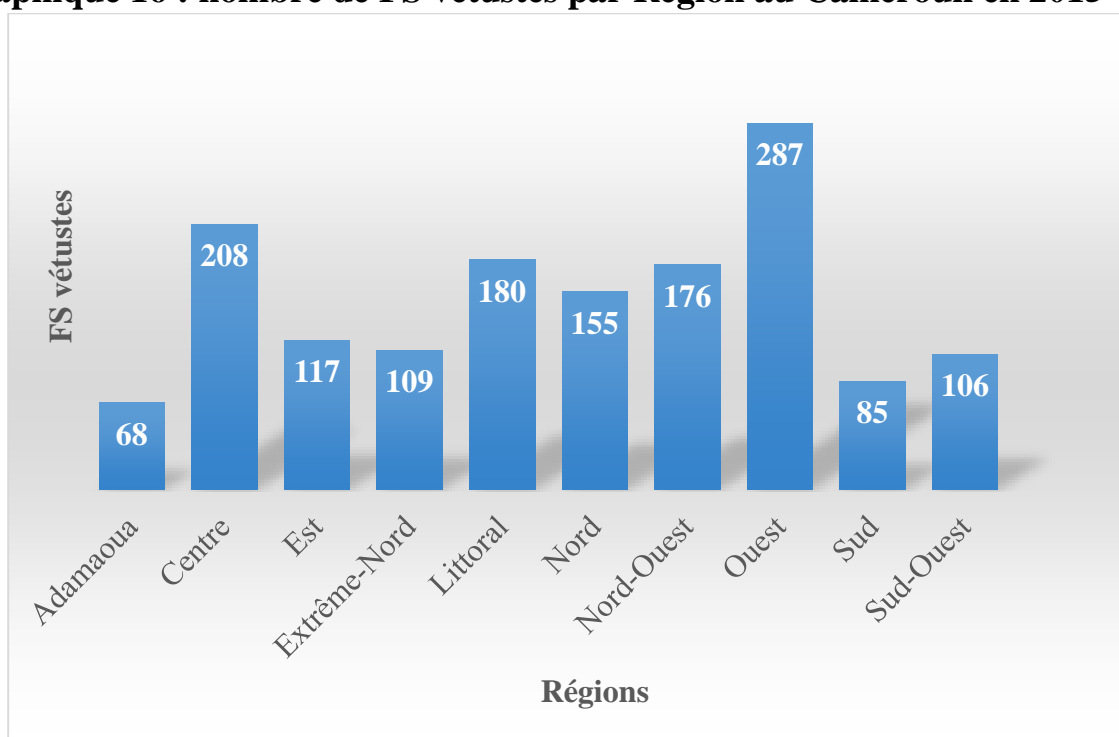
Tableau 24 : Répartition des structures sanitaires publiques par niveau de vétusté des infrastructures pour 2015

Régions	Informations non déclarées	00-25% Priorité 4	25-50% Priorité 3	50-75% Priorité 2	75-100% Priorité 1	Total général
Adamaoua	4	45	8	4	7	68
Centre	53	126	10	8	11	208
Est	15	77	10	4	12	117
Extrême-Nord	12	073	11	5	8	109
Littoral	61	94	11	7	7	180
Nord	12	112	16	4	11	155
Nord-Ouest	13	128	16	7	12	176
Ouest	82	143	24	12	26	287
Sud	17	50	7	3	8	85
Sud-Ouest	26	62	4	2	12	106
Total général	295	910	116	56	114	1491
%	19,79%	61,03%	7,78%	3,76%	7,65%	100,00%

Source : Ministère de la Santé Publique, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015,

Le tableau ci-dessus permet de mettre en exergue les problèmes liés à la vétusté des installations sanitaire au Cameroun. Cependant, le diagramme ci-dessous permet d'avantage d'illustrer les besoins observés :

Graphique 16 : nombre de FS vétustes par Région au Cameroun en 2015



Source : nous, élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, p.10.

Les besoins de réhabilitation des infrastructures vétustes des formations sanitaires publiques sont d'une intensité variable comme illustrent le tableau et le diagramme ci-dessus. Certaines doivent ainsi être réhabilitées en totalité tels que ceux ayant une priorité de niveau une, soit 114 structures sanitaires sur les 1491 que compte le Cameroun. Arrive donc en tête dans cette catégorie les structures de santé de la région de l'Ouest, suivit des régions de l'Est, du nord-ouest, et du Sud-Ouest, suivit des régions du Centre, du Nord, du Sud, de l'Extrême-Nord, du Littoral et de l'Adamaoua. Ensuite, nous avons les structures sanitaires présentant une priorité de type deux, c'est-à-dire ayant un niveau de vétusté de 50% à 75%, représentant ainsi 3,76% de l'ensemble des structures de santé au Cameroun. On en retrouve ainsi, classé du plus grand nombre au plus petit,

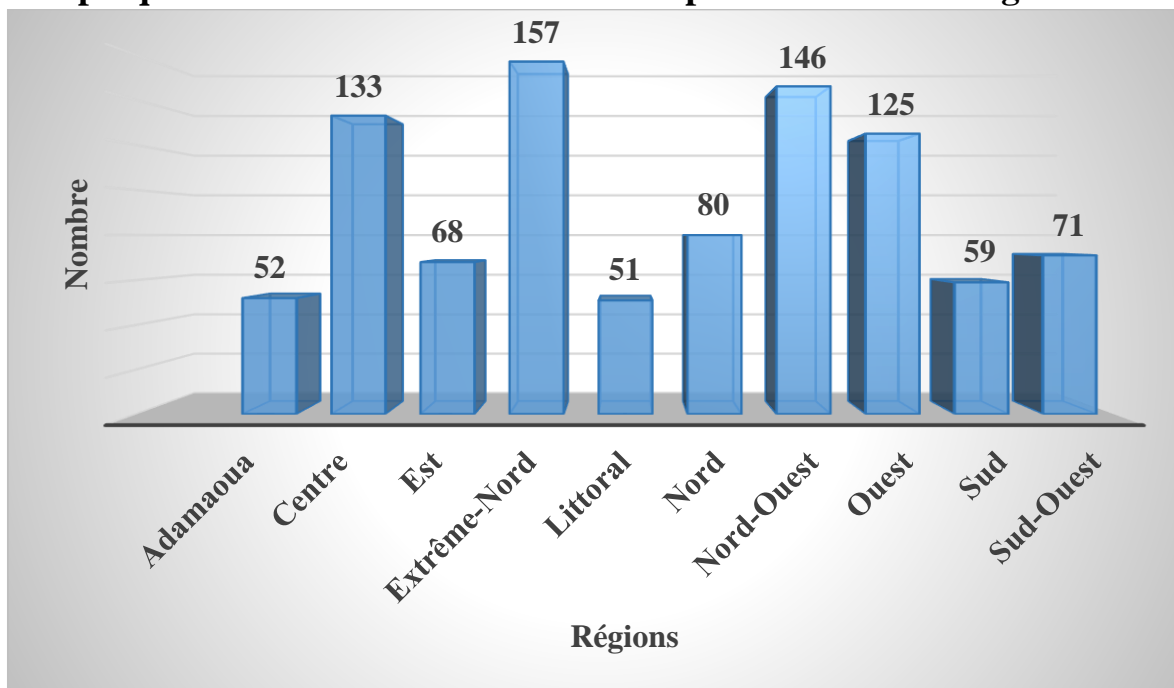
12 dans la région de l'Ouest, 8 dans la région du Centre, 7 dans les régions du Littoral et du Nord-Ouest, 5 dans la région de l'Extrême-Nord, 4 dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, et du Nord, 3 dans la région du Sud, et enfin 2 dans la région du Sud-Ouest. Ensuite, on retrouve ceux ayant un niveau de vétusté allant de 25% à 50%, soit une priorité de niveau 3, représentant ainsi 116 structures de santé sur les 1491 que compte le Cameroun, répartie comme suit : Ouest 24, suivit de Nord-Ouest et Nord 16, Littoral et Extrême-Nord 11, Centre et Est 10, Adamaoua 8, suivit de l'Adamaoua 8, du Sud 7 et du Sud-Ouest avec 4 structures sanitaires. Enfin, nous avons la priorité une, constituée des infrastructures vétustes allant de 00% à 25%, soit un total de 910 structures sanitaires, répartis comme suit : 143 dans la région de l'Ouest, 128 au Nord-Ouest, 126 au Centre, 112 au Nord, 94 au Littoral, 77 à l'Est, 73 dans la région de l'Extrême-Nord, 62 au Sud-Ouest, 50 dans le Sud, et enfin 45 dans l'Adamaoua. Cependant, 295 structures sanitaires n'ont pas déclaré leur état de vétusté, dont 82 dans la région de l'Ouest, 61 au Littoral, 53 au Centre, 26 au Sud-Ouest, 17 dans le Sud, 15 à l'Est, 13, 12 et 14 respectivement au Nord-Ouest, dans le Nord et dans la région de l'Adamaoua. Au total, par ordre de structures sanitaires dégradé, l'Ouest arrive en tête avec 287 structures, suivit du Centre avec 208 structures, 180 pour le Littoral, 176 pour le Nord-Ouest, 155 pour le Nord, 117 pour la région de l'Est, 109 pour l'Extrême-Nord, 106 pour le Sud-Ouest, suivit du Sud avec 85 et de l'Adamaoua avec 68 structures sanitaires. Des demandes sont donc faites au niveau de la hiérarchie ministérielle pour aménagement et restauration de ces structures sanitaires. Le tableau ci-dessous est un récapitulatif de ces demandes :

Tableau 25 : Besoins en construction exprimés au niveau régional en 2015

Régions	Total	Construction Clôture / barrière	Construction d'un forage	Construction logements	Construction morgue	Construction neuves	Constructions neuves Services de soin
Adamaoua	52	11	5	1	5	9	21
Centre	133	27	14	20	3	18	51
Est	68	17	7	9	3	12	20
Extrême-Nord	157	19	12	26	1	40	59
Littoral	51	9		3	1	24	14
Nord	80	21	5	13	3	12	22
Nord-Ouest	146	15	8	11	2	16	94
Ouest	125	22	10	17	2	22	52
Sud	59	14	1	4		14	26
Sud-Ouest	71	1	6	3		14	47
Total	942	156	68	107	20	185	406

Source : Ministère de la Santé Publique, Plan National De Développement Sanitaire 2011-2015, p.12.

Il est question dans le tableau ci-dessus de mettre en évidence les besoins en construction ou d'amélioration des formations sanitaires (FS) classés par région. L'illustration de ce tableau est davantage faite avec le diagramme ci-dessous :

Graphique 17 : Besoins en construction exprimés au niveau régional 2015

Source : nous, élaboré à partir de Ministère de la Santé Publique, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, p.12.

Avec ce tableau et ce diagramme, on constate que des besoins se font ressentir dans les dix régions du pays. Cependant, les besoins se font le plus criarde au niveau de la région de l'Extrême-Nord avec 157 réparations à effectuer, suivi de la région du Nord-Ouest avec 146, puis du Centre avec 133, de l'Ouest avec 125, du Nord avec 80, du Sud-Ouest avec 71, de l'Est avec 68, du Sud avec 59, suivit du Littoral et de l'Adamaoua avec respectivement 51 et 52 besoins en constructions quelconques (construction de clôture et barrière, forage, logement, morgue, service administratif ou encore services de soin). Au total on dénombre 942 besoins de réfections et modernisation minimale mettre en place dans les hôpitaux publics du Cameroun en 2011.

- **Condition de travail peu satisfaisant**

Les conditions de travail des personnels de santé renvoient à divers éléments d'appréciation que sont les équipements, les infrastructures, le climat interne, le niveau de sécurité, les conditions d'encadrement administratives et techniques... Force est donc de constater que, dans le domaine de la santé marqué par l'évolution constante des technologies et des pratiques de soins, une grande partie des RHS travaillent dans un contexte d'insuffisance et/ou de vieillissement des plateaux

techniques, d'isolement faute d'un encadrement adéquat, d'enclavement du fait de l'accessibilité géographique de certaines zones du pays, d'insuffisance de formations supplémentaires et de prise en charge sanitaire.... S'agissant des conditions de vie, le pouvoir d'achat des RHS est largement en-deçà du coût de la vie auquel font face les travailleurs, en raison des effets néfastes des baisses drastiques des salaires de 1992 et 1993, et de la dévaluation du FCFA intervenue en 1994. Aujourd'hui, les mouvements majeurs de revendication portent essentiellement sur la revalorisation et l'augmentation des salaires. La question salariale ne constitue pas le seul motif de démotivation des travailleurs de la santé. Parmi les principaux facteurs, on peut aussi citer les conditions de vie¹²⁵ ; Les barrières culturelles ; Certaines mesures administratives¹²⁶. Il est alors aisé de comprendre les raisons pour lesquelles ces professionnels pointus ne veulent pas aller hors des grandes villes, mais portent leur préférence sur l'exercice privé de la médecine, se font coopter par des projets ou partent pour l'étranger.

Parlant du système de rémunération des RHS, il se distingue par des disparités notables, à qualifications égales, selon que l'on est employé dans le public, le parapublic ou le privé et, au sein du public, en fonction du statut de fonctionnaire ou de contractuel, ou encore personnel de santé ou personnel administratif. Par ailleurs, dans le privé, il convient encore de distinguer les structures de grande envergure à des organisations de taille modeste. Les clivages ainsi observés entraînent la mobilité de personnels entre ces divers types de structures d'une part, et l'emploi d'un même personnel dans des organisations différentes d'autre part. C'est le cas des personnels du sous-secteur public qui, du fait de la souplesse des emplois de temps ou du respect insuffisant du temps de travail se font recruter à temps partiel dans des structures privées. La mobilité du privé vers le public est le fait des employés des petites structures qui opèrent cette migration, soit pour des raisons liées au niveau de salaires, soit pour la garantie de stabilité de l'emploi. Ces différences de salaires sont source de frustration à différents niveaux, selon le contexte décrit plus haut. Ainsi, les primes et gratifications ne sont pas des plus parfait. Les dispositions du Statut général prévoient les droits et les obligations des travailleurs de la Fonction Publique. Et le Statut particulier s'appuyant sur le statut général précise les avantages spécifiques aux fonctionnaires des corps de la santé publique. En application à ces textes, le décret n° 2002/042 du 4 février 2002 fixant les modalités d'attribution et le montant des primes allouées aux

¹²⁵ Cohésion sociale, infrastructures socio-éducatives, confort, coût de la vie, insécurité.

¹²⁶ Affectation arbitraire, non-respect des textes réglementaires en matière de gestion des carrières.

fonctionnaires des corps de la Santé Publique arrête en son article 1er une liste de trois primes susceptibles d'être versées aux agents de la santé, à savoir les primes de technicité, de santé publique et d'astreinte. Ce décret exclut les professionnels autres que ceux appartenant aux corps de la santé publique, bien qu'exerçant au Ministère de la Santé publique. En outre, des gratifications sont accordées aux agents de l'Etat au niveau central et déconcentré. Cependant, ces gratifications destinées à la rémunération de la performance sont distribuées sans tenir compte de cette exigence et selon la seule discrétion du chef hiérarchique en charge de leur gestion.¹²⁷

- L'insuffisance du personnel de santé

Les besoins en personnels sanitaires dans le système de santé camerounais est très criarde. Il en va ainsi des districts de santé aux hôpitaux régionaux, comme l'indiquent la série de tableaux suivants :

¹²⁷Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun...*, p.26.

Tableau 26 : Besoins en personnels par catégorie professionnelle en 2015 dans les formations sanitaires de l'échelle du district de santé

CATÉGORIES PROFESSIONNEL		BESOIN EN 2015	
Médecins spécialistes	Pédiatres	197	587
	Chirurgiens	199	
	Gynécologues	191	
Médecins généralistes		558	558
Chirurgiens-dentistes		188	188
Infirmiers	Infirmier supérieurs ou TSSSI	1183	3468
	IDE / IDE spécialistes	3723	
	Sages femme ou ISSR	1237	
	AS	3260	
Paramédicaux	Technicien génie sanitaire	231	3468
	TMS odontostomatologie	393	
	TMS analyse médicale	654	
	TMS radiologie imagerie médicale	626	
	TMS pharmacie	217	
	TMS kinésithérapie	222	
	ATMS	918	
	Technicien maintenance biomédicale	207	
Commis de pharmacie (CSI, CMA)		1304	1304
Assistant (e) social (e)		173	173

Personnel administratif	Comptable / régisseur / économiste	366	632
	Secrétaire médical bureautique	566	
Personnel d'appuis	Agent de sécurité	2374	5363
	Technicien de surface / agent d'entretien	2686	
Total			21976

Source : Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines, 2012, p.41.*

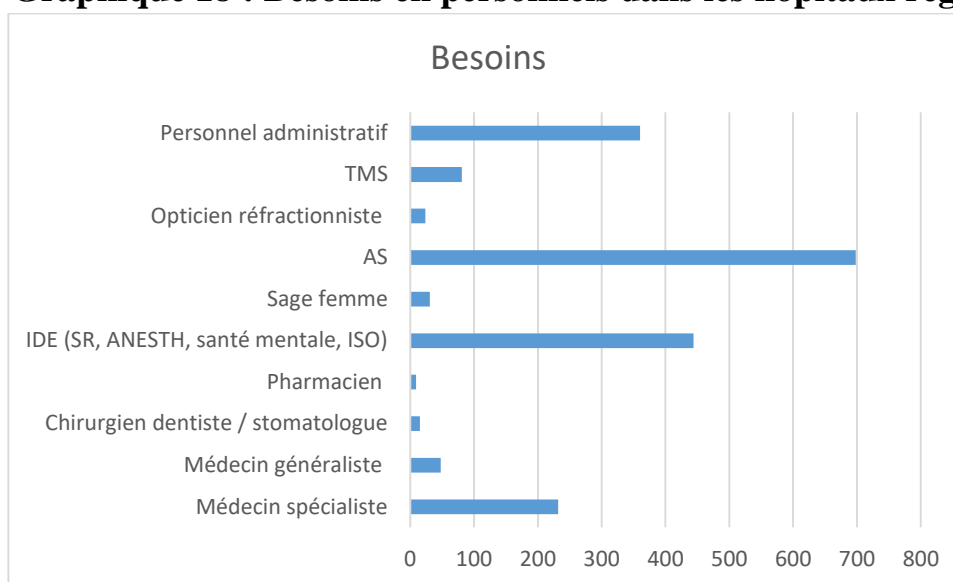
L'analyse du tableau ci-dessous nous informe qu'en 2015, les besoins en personnel technique, administratif et d'appui au niveau des districts de santé s'élèvent à 21 976 pour les catégories professionnelles ci-après : les médecins spécialistes (3%), les médecins généralistes (3%), les chirurgiens-dentistes (1%), les infirmiers (43 %), les paramédicaux (16%), les commis de pharmacie (6%), les assistants(es) social(es) (1%), les personnels administratifs (4%), et le personnel d'appui (24%). Ceci dit, les sont aussi estimés au niveau des hôpitaux de 3^{ème} catégorie :

Tableau 27 : Besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux (3ème catégorie)

Qualifications	Besoins
Médecin spécialiste	232
Médecin généraliste	48
Chirurgien dentiste / stomatologue	15
Pharmacien	9
IDE (SR, ANESTH, santé mentale, ISO)	444
Sage femme	31
AS	698
Opticien réfractionniste	24
TMS	81
Personnel administratif	360
TOTAL	1942

Source : Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines, 2012, p.42.*

L'analyse de ce tableau montre qu'en 2015, les besoins sont encore recensés au niveau des hôpitaux régionaux. Ainsi, on peut constater que 11% des besoins émane des médecins spécialistes, 2,47% des médecins généralistes, 0,77% des chirurgiens-dentistes, 22,86% des IDE, 1,60% des sages-femmes, 35,94% des AS, 1,24% pour les opticiens réfractionnistes, 5% pour les TMS, et 18,54% pour le personnel administratif. Le diagramme ci-dessous permet davantage d'illustrer ces besoins :

Graphique 18 : Besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux

Source : Nous, élaboré à partir de Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines*, 2012, p.42.

Cependant, des besoins sont aussi recensés au niveau des hôpitaux de première et deuxième catégorie, comme l'indique le tableau ci-dessous :

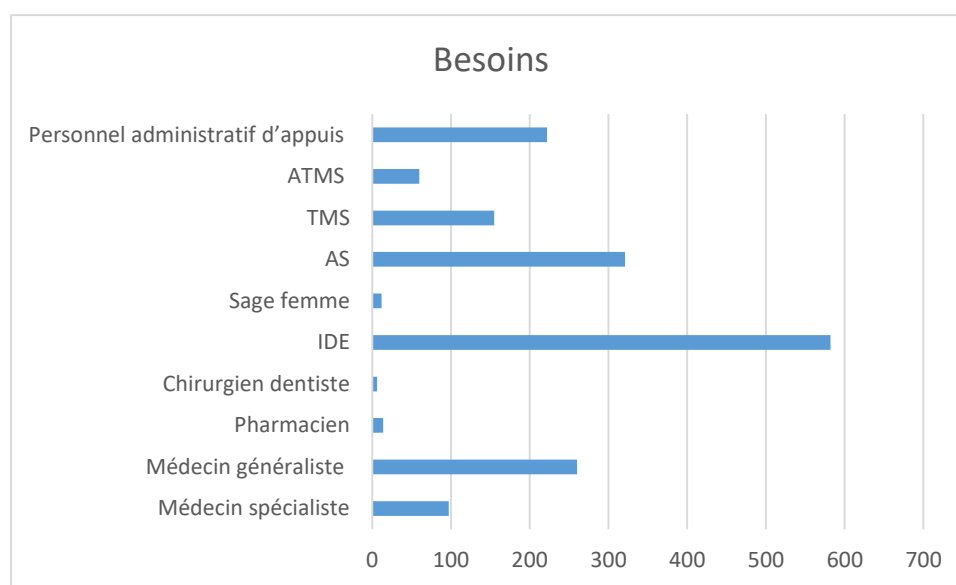
Tableau 28 : Besoins en personnel dans les Hôpitaux de 1ère et 2ème catégories en 2012

Qualifications	Besoins
Médecin spécialiste	97
Médecin généraliste	260
Pharmacien	14
Chirurgien dentiste	6
IDE	582
Sage femme	12
AS	321
TMS	155
ATMS	60
Personnel administratif d'appuis	222
TOTAL	1732

Source : Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines*, 2012, p.42.

Le tableau ci-dessus dévoile que 15% des demandes émane des médecins spécialistes, 5,6% des médecins généralistes, 0,8% des pharmaciens, 0,3% des chirurgiens-dentistes, 33,6% des IDE, 0,9% pour les sages-femmes, 18,5% pour le AS, 8,9% des TMS, 3,5% de ATMS, et enfin 12,8% du personnel administratif d'appui. Cependant, le tableau ci-dessous permet de mieux illustrer ce tableau :

Graphique 19 : Besoins en personnel dans les Hôpitaux de 1ère et 2ème catégories



Source : Nous, élaboré à partir de Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines, 2012, p.42.*

Au-delà des besoins du personnel soignant, il existe aussi des besoins en personnel dans les services centraux du système de santé. Il s'agit essentiellement du cabinet du Ministre, du cabinet du Ministre Secrétaire d'Etat en charge des épidémies et pandémies, de l'administration centrale avec ses directions techniques. Ceci dit, il convient aussi de relever les besoins négatifs ; il s'agit ainsi d'un sureffectif, au-delà des demandes exprimé. Le tableau ci-dessous permet ainsi de recenser ce sureffectif dans les programmes prioritaires de santé :

Tableau 29 : Besoins excédent en personnels dans les programmes prioritaires de santé

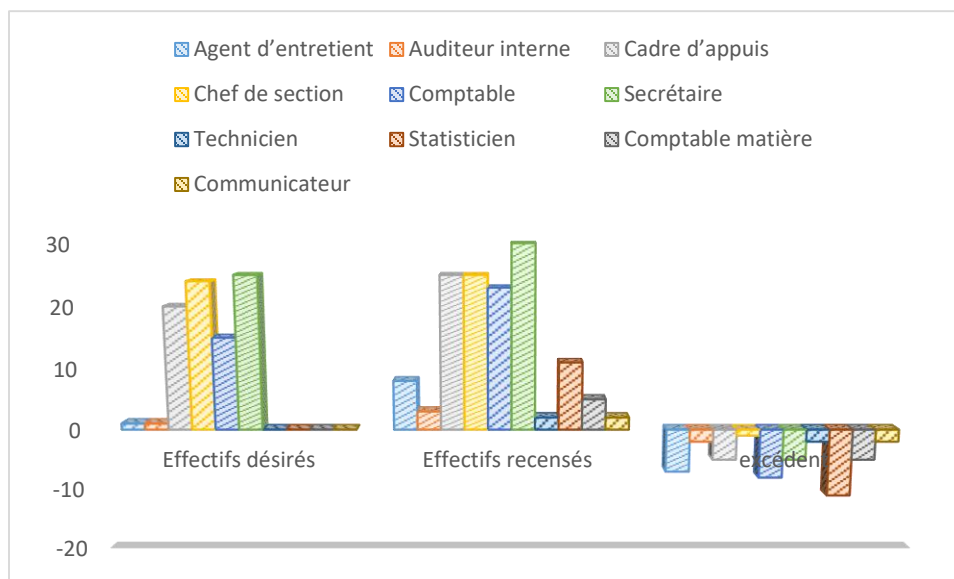
Poste de travail	Effectifs désirés	Effectifs recensés	Besoin / excédent
Agent d'entretien	1	8	-7
Auditeur interne	1	3	-2
Cadre d'appuis	20	25	-5
Chef de section	24	25	-1
Comptable	15	23	-8
Secrétaire	25	30	-5
Technicien	0	2	-2
Statisticien	0	11	-11
Comptable matière	0	5	-5
Communicateur	0	2	-2
Total	86	134	-48

Source : Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017- Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines, 2012, p.45.*

Le tableau ci-dessus nous montre à regret le sureffectif d'employé dans le système de santé du Cameroun. Ainsi, on constate un besoins excédent en personnels dans les programmes prioritaires de santé. Ceci dit, au-delà de ce sureffectif, on constate même des postes non prévu qui

existe, tels que celui de technicien, statisticien, comptable matière, ou encore communicateur. Au total, on constate un excédent de 48 postes.

Graphique 20 : Besoins excédent en personnels dans les programmes prioritaires de santé



Source : Nous, élaboré à partir de Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines*, 2012, p.45.

Il en va ainsi d'une mal gestion, ou encore d'une incompetence au niveau du montage de projet, ne respectant ainsi pas les Normes de 2001, objet de l'arrêté interministériel n° 0020/AI/MSP/SG/DRH/n°002258/AI/MFPRA/SG/DDRH fixant les normes en personnels de certains services de santé et formations sanitaires, norme révisée en 2005, Ainsi Ce projet de révision a donné lieu à la norme récapitulé dans le tableau ci- dessous :

Tableau 30 : Récapitulatif des effectifs selon le projet de normes de 2005

Catégories de formation sanitaire	Dénomination	Effectif minimum	Effectif maximum	Nombre de formation sanitaire	Total des effectifs requis minimum	Total des effectifs requis maximum
1^{ère} et 2^{ème} catégorie	Hôpitaux centraux généraux	609	-	9	6021	6021
3^{ème} catégorie	Hôpitaux régionaux et assimilés	306	443	11	3366	4873
4^{ème} catégorie	Hôpitaux de Districts	139	-	178	24742	24742
5^{ème} catégorie	CMA et CSI	20	38	185	3700	7030
	CSI	6	-	1819	10914	10914
6^{ème} catégorie	Structures des autres ministères employant des RHS	331	515	2202	331	515
Total					40074	54095

Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de santé du Cameroun 2013 - 2017– Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines, 2012, p.55.*

Le tableau ci-dessus nous permet ainsi d'être fixé sur le nombre de personnel adéquat par catégories, telle que fixé par la loi. On constate ainsi que cette norme de 2005 est encore loin d'être appliquée par dans les services de santé publique du Cameroun. Cependant cette norme de 2005 a été révisée en 2011, et les amendements par type de structure de santé, il se dégage les normes en personnels suivantes qui distinguent les structures de santé rurales des structures de santé urbaines en fonction du nombre d'habitants desservis furent les suivants :

- CSI rural (moins de 25 000 habitants) : 7 personnels ;
- CSI urbain (à partir de 25 000 habitants): 10 personnels ;

- CMA rural (moins de 50 000 habitants) : 19 personnels ;
- CMA urbain (à partir de 100 000 habitants) : 32 personnels ;
- HD rural (moins de 150 000 habitants) : 76 personnels ;
- HD urbain (à partir de 150 000 habitants): 122 personnels.¹²⁸

La prise en compte de la charge de travail dans l'estimation des besoins en personnels a permis de passer de 39 112 personnels requis au niveau national, selon les normes de 2011, à 19 110 personnels à partir de la méthode WISN, soit une différence de 20 002 personnels en moins représentant 51.14 %. Toutefois, il convient de souligner que l'estimation des besoins sur la base de X se fonde sur les présupposés selon lesquels l'ensemble de l'effectif actif est compétent et motivé. En somme, il s'agit d'une base minimale sur la base d'un effectif de profil idéal.

II. POINTS FORTS DU SYSTÈME DE SANTE

Les points forts concernent particulièrement les domaines suivants : offre en infrastructures, ressources humaines, médicaments, financement et recherche opérationnelle.

1) Offre infrastructurelle et ressources humaines

- Offre infrastructurelle

Parmi les points forts en offre infrastructurelle, on peut relever l'engagement fort de l'Etat pour la construction des formations sanitaires de proximité et surtout des hôpitaux de référence dans toutes les régions ; l'existence des normes en équipements ; la disponibilité des dossiers techniques de réhabilitation des formations sanitaires faisant ressortir les possibilités séquentielles de mise en œuvre des travaux à réaliser (plan de développement architectural et technique des hôpitaux de districts sur financement interne ordinaire); la disponibilité des techniciens capables d'élaborer des plans architecturaux ainsi que des plans d'aménagement selon les normes ; l'existence d'une stratégie partenariale permettant de renforcer l'implication du privé dans l'offre de service ;

¹²⁸ Archives MINSANTES.

l'existence d'un réseau dense d'instituts de formation ; et la subvention par l'Etat des formations sanitaires privées et des établissements privés de formation des personnels de la santé¹²⁹.

- **Ressources humaines**

Parmi les points fort des ressources humaines, on peut relever la disponibilité des données sur l'état des besoins en RHS ; l'amélioration de la carte sanitaire ; la disponibilité du logiciel de gestion du personnel (SIGIPES) et des outils de gestion prévisionnelle des carrières (Logiciel de Cartographie des Postes et des Emplois, Observatoire National des RHS) et ; des effectifs croissants de personnels formés par les multiples universités et écoles professionnelles en plein essor¹³⁰. Les derniers recensements du personnel de la santé fond état d'une évolution considérable. On a ainsi pu constater une courbe évolutive qui quitte de 14328 personnels en 1997 pour 15720 en 2009 puis, 19720 personnels sanitaire en 2010, et 38207 en 2011¹³¹. Cet état de fait est ainsi dû aux recrutements croissants des du personnel de santé, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 31 : recrutement des personnels sanitaires 2002 et 2011

Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médecins généralistes (FMSB)	73	70	71	86	77	75	93	96	86	96
Autres personnels	993	0	600	0	0	1602	0	2324	25	3458
Total	1066	70	671	86	77	1677	93	2420	111	3554

Source : Ministère de la santé publique, *plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun 2013 - 2017- Etat des lieux et diagnostic / Direction des Ressources Humaines, 2012, p.47.*

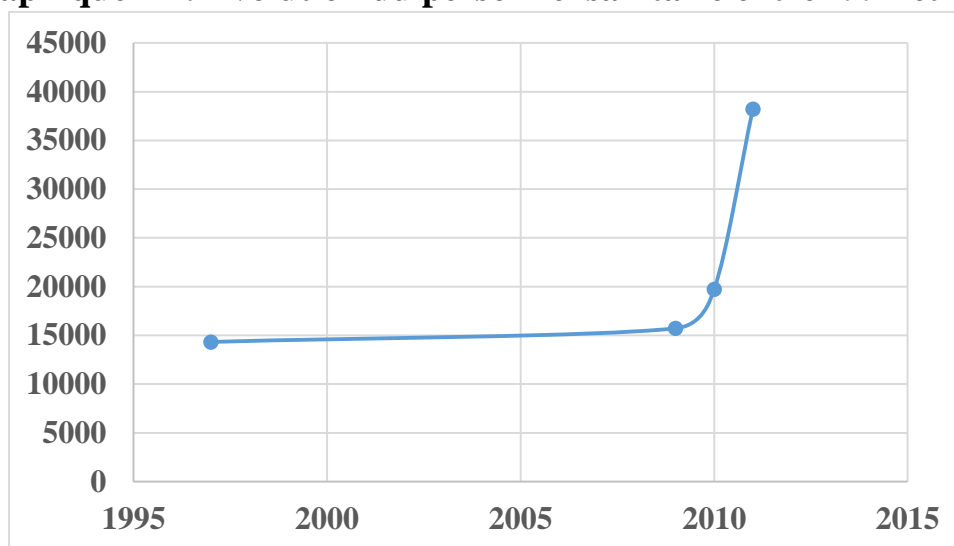
¹²⁹ MINSANTE, Stratégie sectorielle de santé 2011 – 2015, p. xv.

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ MINSANTE, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, p.32.

Le diagramme ci-dessous permet davantage illustrer l'évolution du personnel de santé entre le recensement de 1997 et celui de 2011 :

Graphique 21 : Evolution du personnel sanitaire entre 1997 et 2011



Source : nous, élaboré à partir de Ministère de la santé publique, *Stratégie sectorielle de santé 2011-2015 et stratégie sectorielle de santé 2016-2027*, 2016, p.138.

Ce diagramme nous montre ainsi une courbe évolutive du personnel dans les services de santé du système de santé camerounais.

2) Logistique et financement

On peut relever parmi les points forts du système de santé camerounais :

- **Gestion et approvisionnement des médicaments**

Concernant la gestion des médicaments, les points forts relevés ont été les suivants : les prix des médicaments essentiels ont été uniformisés dans le secteur public et leurs coûts sont abordables, même dans les zones reculées où l'indice de pauvreté est élevé. Par ailleurs, une politique de gratuité est appliquée pour plusieurs produits médicaux dans le cadre des programmes

prioritaires, ce qui constitue un avantage pour les groupes vulnérables (enfants de moins de 5ans, femmes enceintes...) ¹³².

- **Progès réalisés au niveau du financement**

On note comme progrès réalisés dans ce secteur, l'opérationnalité et l'effectivité des stratégies innovantes pour améliorer le financement de la santé, notamment le Financement Basé sur les Résultats (FBR), le chèque santé... Par ailleurs, le budget de l'Etat en faveur de la santé a connu un accroissement discret au cours des dix dernières années ¹³³.

- **Le recherche opérationnelle en Santé**

Les points forts relevés en matière de recherche opérationnelle sont notamment le renforcement du cadre institutionnel de la recherche opérationnelle en santé ; le renforcement de la régulation par la création d'un Comité National d'Ethique en Santé Humaine et d'un cadre de concertation en matière de recherche en santé à travers la CCSSRS (Commission Consultative Scientifique et Stratégique pour la Recherche en Santé Humaine); l'existence de structures et outils de mise à disposition et de vulgarisation des données sanitaires et résultats de la recherche en santé, notamment le CDBPS (Centre de Développement de Bonne Pratique en Santé) et le CDNSS (Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé) ¹³⁴.

En somme, l'état des lieux et diagnostic des RHS a permis de dégager des constats significatifs pour la planification stratégique du développement des RHS. Ainsi, l'offre en RHS se distingue par un effectif global de 38207 personnels, dont 66 % pour le sous- secteur public et 34% pour le sous- secteur privé. La structure de l'effectif global actif, d'une moyenne d'âge de 39 ans, se caractérise par une prédominance du corps des infirmiers représentant 50 % des personnels. De manière générale la proportion des spécialités médicales et paramédicales est très faible. Par ailleurs, l'on note que 69 % des infirmiers et 79 % de médecins sont issus du sous- secteur public. La répartition géographique s'illustre par la concentration des personnels dans les grandes villes, notamment Yaoundé et Douala, qui comptent chacune 75 % des RHS exerçant respectivement dans le Centre et le Littoral. Les besoins en RHS du sous-secteur public, pour l'ensemble de la pyramide sanitaire et toutes qualifications confondues, sont estimés à 27 753 personnels à

¹³² MINSANTE, Stratégie sectorielle ..., p. xv.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ *Ibid.*

l'horizon 2015. Cependant, les besoins en RHS sont supérieurs aux opportunités de recrutement dans les filières paramédicales. Au regard des perspectives de formation médicale qui situent la production nationale à près de 800 médecins à partir de 2015, plus de 4000 nouveaux médecins auront été formés à l'horizon de 2020, pour un ratio de 01 médecin pour 3 000 habitants. Il s'en dégage la nécessité d'un ajustement quantitatif et qualitatif de la formation initiale et continue aux besoins de santé des populations d'une part, et aux capacités d'absorption du marché national d'autre part. D'une manière générale des textes régissant la carrière des personnels de santé existent. Cependant, on relève une insuffisance d'outils juridiques sur les aspects liés à l'amélioration des performances des personnels et aux conditions de vie et de travail. Il en est ainsi de l'inadéquation entre le niveau des rémunérations et le coût de la vie, la non prise en compte de certains corps de métiers exerçant dans la santé pour l'attribution des avantages accordés aux professionnels de la santé, la précocité de l'âge de départ à la retraite. L'obsolescence de certains textes, la faible diffusion et l'application insuffisante des dispositions réglementaires en vigueur sont autant de faiblesses en matière d'offre dans le domaine de la gestion des RHS.

Au rang des facteurs significatifs externes, il a été noté l'amorce du processus de déconcentration et de décentralisation. La consolidation de la déconcentration pourrait entraîner un allègement de la durée du traitement des dossiers et des coûts inhérents à leur suivi par les personnels. La décentralisation renforce la participation des collectivités territoriales dans la gestion du système de santé.¹³⁵ Elle permet en outre d'envisager des approches novatrices de contractualisation favorables à des recrutements et des actions de formation plus ciblés sur des besoins avérés. Ces approches innovantes favoriseraient également la fidélisation des personnels au poste de travail. En effet, la viabilisation insuffisante de certaines localités impacte négativement sur la fidélisation des RHS, notamment dans les zones d'accès difficile.

L'apport des partenaires au développement, perceptible dans les domaines du recrutement et de l'amélioration de la formation, constitue un appui important au regard des contraintes économiques qui ne plaident pas en faveur des investissements en faveur des RHS à la dimension des besoins identifiés. L'analyse des forces du système actuel a permis de relever, parmi les plus saillantes, l'existence des dispositions réglementaires relatives à la gestion et au développement

¹³⁵ MINSANTE, Stratégie sectorielle ..., p. 62.

des RHS et celle des outils internes de gestion prévisionnelle des carrières. Par ailleurs, la régulation du paiement des salaires dans le public et le privé à travers une grille spécifique d'une part, et la stabilité de ces salaires contribuent à la sécurisation des emplois dans le secteur de la santé d'autre part. La formation assez diversifiée offre des passerelles favorables à l'évolution de la carrière. Le développement du sous- secteur privé perceptible dans les volets de l'offre de soins et de formation contribue au renforcement du système de santé. En outre, l'existence du Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé œuvre en faveur de la coordination des parties prenantes. Les initiatives de recherche sur les RHS entreprises dans le cadre du GRESAC et la promotion du financement basé sur les résultats sont autant de forces à prendre en compte. Au rang des faiblesses recensées, figure principalement l'insuffisance de planification du recrutement et de la formation initiale et continue des RHS.

Le niveau des rémunérations et les conditions de vie et de travail constituent également les ventres mous du système, de même que la faiblesse de la déconcentration de la gestion des RHS au niveau régional, l'absence d'une politique de gestion rotative des effectifs, les pratiques de corruption et l'insuffisance de ressources pour la recherche sur les RHS. Quant aux opportunités identifiées, elles se résument à l'opérationnalisation de la décentralisation, aux applications des TIC à la gestion et au développement des RHS, à l'appui des partenaires techniques et financiers au secteur de la santé, au recrutement systématique sur titre par le MINFOPRA des médecins formés dans les universités d'Etat et à la mise en œuvre de divers programmes de lutte contre la corruption à l'échelle nationale.¹³⁶

III. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET GENERALITE SUR LES RANDES ENDEMIES AU CAMEROUN

Défini comme étant l'étude des rapports entre une maladie et divers facteurs (mode de vie, particularités individuelles, exposition à un produit toxique ...) qui peuvent influencer sur la fréquence ou l'évolution de cette maladie, le profil épidémiologique du Cameroun présente des diversités.¹³⁷

¹³⁶ Ministère de la santé publique, Plan de développement des ressources humaines du système de sante du Cameroun ... p.116.

¹³⁷ <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/E/etude-epidemiologique>, consulté le 13 décembre 2022.

1) Profil épidémiologique du Cameroun

L'analyse des principales causes de morbidité et de mortalité est faite en fonction des 10 premières causes enregistrées dans chacune des FS par niveau de soins : 1er contact, 1er niveau de référence et 2ème niveau de référence. L'analyse de la morbidité intra hospitalière par niveau des soins démontre que les principales maladies enregistrées dans les formations sanitaires du niveau périphérique (CSI/CMA et HD) sont : le paludisme ; les affections respiratoires ; les maladies diarrhéiques ; les parasitoses intestinales ; les dermatoses et IST.

Au niveau des hôpitaux régionaux, les affections sont dominées par le paludisme, la tuberculose pulmonaire, le VIH/SIDA et les pathologies gastriques. Quant aux hôpitaux de 1ère et 2ème catégories (HCY, et HGOPY), le groupe des maladies Diabète, AVC, maladies hypertensives constitue la grande majorité des causes de morbidité enregistrées à l'Hôpital Central de Yaoundé, suivie de loin par les maladies de l'œil et des affections digestives. Les traumatismes ne figurent pas parmi les 10 premières causes de consultation. Les cas de morbidité enregistrés à l'Hôpital Jamot de Yaoundé concernent particulièrement la tuberculose et les autres maladies pulmonaires ainsi que les psychoses ; ils touchent principalement la tranche d'âge de 15 à 45 ans à l'exception du TPM+VIH qui ne concerne que les personnes âgées de plus de 45 ans.¹³⁸ Ces pathologies reflètent la nature spécialisée de cet hôpital à savoir les affections pulmonaires et mentales.

On constate que parmi les 10 premières causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les CSI et les CMA, le paludisme représente 59%, les pneumonies 8% et la diarrhée 7%. En réponse à cette situation, il va falloir renforcer la PCIME clinique et communautaire et en faire une intervention prioritaire à mettre à l'échelle dans les aires de santé. En ce qui concerne les femmes enceintes reçues dans les CSI et CMA, le paludisme (55%) et les IST (16%) viennent en tête et sont responsables de 71% de consultations parmi les 10 premières causes de morbidité. Pour les 29% restants, l'anémie (4%) et les complications de la grossesse (2%) sont enregistrées parmi les 10 premières causes de morbidité.¹³⁹ Pour réduire la morbidité au sein des femmes enceintes dans les aires de santé et espérer réduire significativement la mortalité maternelle, il est pertinent et opportun de mettre un accent particulier sur la mise en œuvre des

¹³⁸ Ministère de la santé publique, Plan national de développement sanitaire ... p. 40.

¹³⁹ *Ibid.*, p.41.

interventions préventives lors des consultations prénatales (CPN) recentrées, avec prioritairement la distribution et la sensibilisation à l'utilisation des MII, le Traitement Préventif Intermittent (TPI), la PTME et la Supplémentation en micronutriments (Fer acide Folique) ainsi que la prise en charge syndromique des IST. Bien évidemment, un système de référence et contre référence pour les complications de grossesses doit être rendu fonctionnel. Au niveau de l'hôpital de district, le paludisme (56%) vient en tête des 10 premières causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, suivi des affections des voies respiratoires (15%). Les 29% restants sont partagés entre les pathologies dont on ne note vraiment pas une différence significative entre elles : les anémies (7%), les diarrhées (5%), les parasitoses intestinales (5%) etc. Ces pathologies peuvent être contrôlées à travers la mise en œuvre à l'échelle, de la PCIME clinique dans les hôpitaux de district. Chez les femmes enceintes la situation des 10 premières causes de morbidité est dominée à 71% par le paludisme, 48% par les parasites intestinaux, 12% par les anémies. Il est à noter que pour les 29 % restants, les IST 4% et le VIH/SIDA 5% contribuent de 9%, ce qui n'est pas à négliger à ce niveau de soins pour cette cible.¹⁴⁰ De ce qui précède, la morbidité chez les femmes enceintes peut être réduite à travers les mêmes mesures retenues pour les CSI et les CMA auxquelles on ajouterait la prise en charge du SIDA dans les UPEC.

De l'analyse de la mortalité intra hospitalière par groupe cible et par type de structure, on constate dans l'ensemble qu'au niveau des CSI/CMA, les principales causes de mortalité intra – hospitalière sont le paludisme, l'anémie, les affections respiratoires, les affections abdominales, le VIH/SIDA, les diarrhées d'origine non spécifiée et la malnutrition. Il en est de même au niveau des hôpitaux de district où l'on dénombre des décès liés principalement au paludisme, au VIH/SIDA, aux anémies et diarrhées. Au niveau de l'hôpital régional, les décès intra hospitaliers sont majoritairement dus au VIH/SIDA, au paludisme, aux anémies, à l'hypertension artérielle (HTA) et à la tuberculose pulmonaire. Pour ce qui est des hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie les traumatismes constituent la cause la plus redoutée des décès à ce niveau. Ainsi, le constat est que le paludisme et les anémies représentent les deux premières causes de mortalité tant chez les enfants de moins de 5 ans que chez les femmes enceintes au niveau des CSI et CMA.¹⁴¹ En plus de cela, les enfants de moins de 5 ans meurent aussi des pathologies abdominales, des affections respiratoires, de la diarrhée et de la malnutrition ; les femmes enceintes meurent principalement

¹⁴⁰ Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire ...* p. 41.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 41.

du VIH/sida, des affections respiratoires, de la diarrhée, complications à l'accouchement¹⁴². Toutes ces causes de mortalité peuvent être réduites à ce niveau par la prise en charge précoce et efficace des cas et l'amélioration du fonctionnement du système de référence/contre-référence.

Au niveau de l'Hôpital de District, on assiste à la même présentation des causes de mortalité décrites pour le niveau des CSI et des CMA, à la différence que le VIH/SIDA commence à être signalé chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes meurent aussi des complications à l'accouchement. A cet effet, la réduction de la mortalité à ce niveau passera par la complémentarité avec les mesures préconisées pour le CSI et le CMA, notamment l'adéquation du plateau technique conformément au Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Le recours à l'hôpital régional par l'hôpital de district reste valable pour assurer le pronostic vital¹⁴³. Des causes de mortalité recensées au niveau de l'hôpital de district sont aussi signalées au niveau de l'hôpital régional à des proportions variables. On note plus particulièrement à l'hôpital régional l'apparition des causes néo natales, la méningite et la tuberculose pulmonaire chez les enfants de moins de 5 ans ; l'absence de paludisme comme cause principale de décès chez les femmes enceintes, l'augmentation de l'hypertension artérielle, le diabète et hépatites B chez les mères. Pour ce niveau, ce profil requiert des soins plus spécialisés nécessitant un plateau technique plus adéquat. La surveillance épidémiologique, coordonnée par la Direction de la Lutte contre la Maladie, est opérationnelle au niveau de chaque District de Santé. Elle s'appuie sur la notification hebdomadaire des cas en ce qui concerne les MAPE. Certaines maladies au Cameroun font l'objet d'une surveillance sentinelle : le VIH-SIDA, la syphilis, les diarrhées à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans, les méningites à hémophiles influenzae B (HiB) et à pneumocoque et les gripes humaines.¹⁴⁴ Cette surveillance permet d'avoir une image de leurs tendances spécifiques ou globales.

La surveillance sentinelle des gripes humaines est assurée par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) depuis 2007 et les laboratoires John Hopkins University-Global Viral Forecasting Initiative (JHU-GVFI) depuis 2009. Au total, 45 sites sentinelles sont fonctionnels

¹⁴² Dans le fonctionnement normal du système de santé, les décès ne devraient pas survenir à ce niveau, sauf en cas d'une arrivée tardive au CSI/CMA, car ces cas de maladies devaient être référés immédiatement à l'HD ; les CSI/CMA n'ayant pas mandat d'hospitaliser.

¹⁴³ Ceci démontre une fois de plus l'importance du volet transport dans la fonctionnalité et l'efficacité du système de référence/ contre- référence dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle.

¹⁴⁴ Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire ...* p. 41.

dans le pays. Depuis l'avènement de la grippe pandémique A(H1N1) en avril 2009 jusqu'au 31 juillet 2010, 57 cas confirmés ont été enregistrés dans le cadre de cette surveillance sentinelle mise en place. La surveillance sentinelle des diarrhées à Rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans puis des méningites à HiB et pneumocoque quant-à elle, est assurée par le Centre Mère-Enfant de la Fondation Chantal Biya, les analyses des prélèvements s'effectuant au CPC. En 2013, 1649 cas suspects cumulés de méningite à HiB enregistrés, 57 cas ont été confirmés et des 779 cas suspects cumulés de diarrhée à rotavirus enregistrés, 264 cas ont été confirmés.¹⁴⁵

2) Les facteurs favorisant l'émancipation des grandes endémies au Cameroun

D'une manière générale, plusieurs facteurs favorisent l'émancipation des grandes endémies au Cameroun. On peut être classifiées en trois catégories : la problématique d'accès à l'information et aux Technologies de l'information et de la communication, l'analphabétisme, et la faiblesse du système de santé.

a) L'accès à l'information : la carence dans l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC)

Les médias sont l'élément principal pour la sensibilisation dans le cadre d'une campagne d'information sur les règles à suivre pour l'éradication d'une grande endémie. Or au Cameroun, malgré une évolution spectaculaire des dernières années, l'espace à couvrir reste énorme. Bien que l'arrivée des téléphones portables ait substantiellement éclipsé l'utilisation des lignes téléphoniques, il n'en demeure pas moins que la couverture est loin d'être totale. Ceci dit, cette défaillance de couverture est aussi observée au niveau de l'utilisation des TIC (ordinateurs) pour une potentielle connexion à internet. Le tableau ci-dessous étaye nos propos en nous offrant des données sur l'utilisation des TIC entre 2007 et 2014 :

¹⁴⁵ Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire ...* p. 42.

Tableau 32 : Utilisation des médias des TIC au Cameroun entre 2007 et 2014 par région pour 1000 habitants

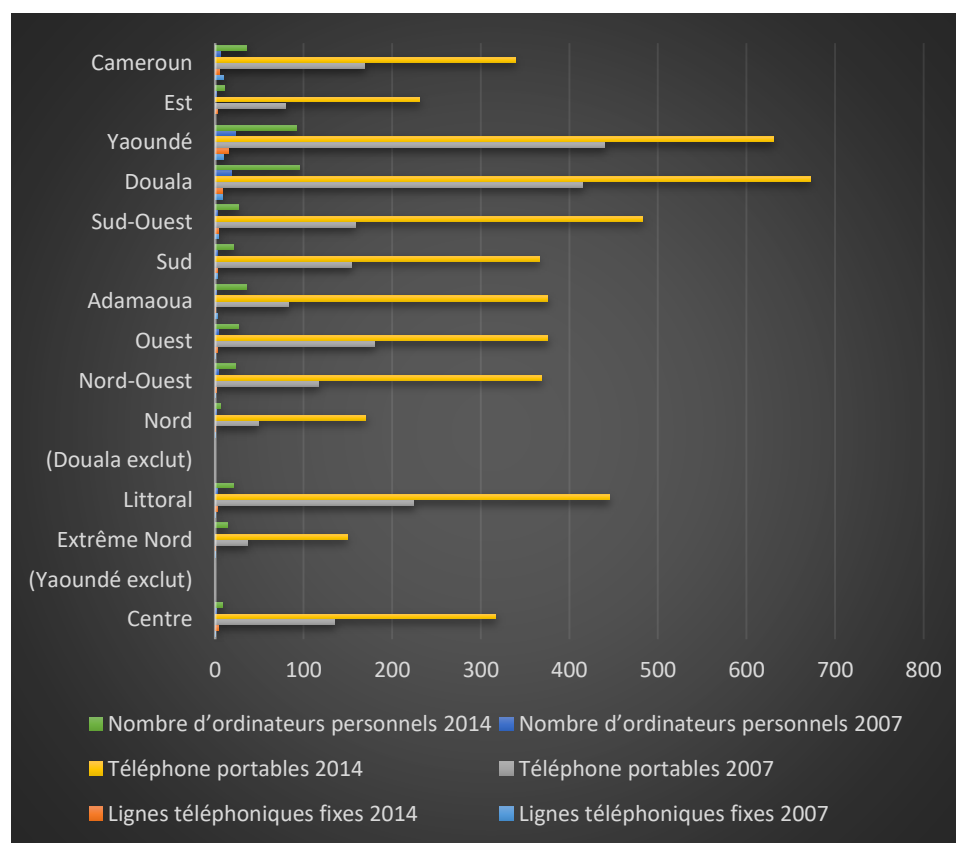
Région	Lignes téléphoniques fixes		Téléphone portables		Nombre d'ordinateurs personnels	
	2007	2014	2007	2014	2007	2014
Centre (Yaoundé exclut)	1	4	135	317	2	9
Extrême Nord	1	1	37	149	0	14
Littoral (Douala exclut)	1	3	224	445	3	21
Nord	1	1	49	170	2	6
Nord-Ouest	1	2	117	369	4	23
Ouest	1	3	180	376	4	27
Adamaoua	3	1	83	376	2	36
Sud	3	3	154	366	3	21
Sud-Ouest	4	4	158	483	3	26
Douala	8	8	415	672	19	96
Yaoundé	10	15	440	631	23	92
Est	0	3	80	231	2	11
Cameroun	10	5	169	339	6	36

Source : Nous élaboré à partir de Ministère de la santé publique, *Profil sanitaire analytique 2016 ...* p. 115.

Ce tableau nous donne ainsi l'une des raisons pour lesquelles les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et autres ayant les données similaires sont la proie de ces endémies. Par contre, les métropoles telles que Douala ou encore Yaoundé semblent échapper à ce fléau. Cependant, d'une manière générale, l'utilisation des TIC au Cameroun est encore loin d'être satisfaisant car, sur 1000 habitants en 2014, seule 339 ont accès à un téléphone portable, 5 à une ligne téléphonique fixe, et 36 à un ordinateur portable personnel. A cela, il faut ajouter la

couverture réseau qui n'atteint pas encore les 100% (en 2014, il est de 83%) ;¹⁴⁶ C'est dire que le manque géographique à couvrir est de 17%, le nombre de personnes dont une campagne de sensibilisation par les TIC (SMS, Email, appel, réseau sociaux...) pourrait être de 995 pour 1000 pour ceux qui utilisent uniquement les lignes téléphoniques fixes, de 661 pour 1000 pour ceux qui utilisent uniquement les téléphones portables, et de 964 pour 1000 pour ceux qui utilisent uniquement un ordinateur portable personnel pour accéder à l'information. Le graphique ci-dessous nous permet davantage visualiser ces données :

Graphique 22 : Utilisation des médias des TIC au Cameroun entre 2007 et 2014 par région pour 1000 habitants



Source : Nous élaboré à partir de Ministère de la santé publique, *Profil sanitaire analytique 2016 ...*, p. 115.

¹⁴⁶ Ministère de la santé publique, *Profil sanitaire analytique 2016 ...* p. 115.

Le graphique ci-dessus montre ainsi que les régions qui ont le plus grands nombre de population disposant d'un moyen de communication sont les régions du Centre et du Littoral, soit principalement Yaoundé et Douala, respectivement capitale politique et capitale économique du pays. Ainsi, les autres régions du pays restent peu nanties des moyens de communication, causant ainsi un frein aux actions de campagne d'information et de sensibilisation des populations sur les pratiques sanitaires adéquates.

b) L'accès à l'éducation

L'éducation (l'instruction) de base reste encore à parfaire car une population non éduquée ne dispose pas d'arme convainquant pour faire face aux grandes endémies. L'analphabétisme est donc un problème qui touche les camerounais en général, les femmes en particulier. En 2014, on compte 85,7% de genre masculin scolarisé contre 84,5% de genre féminin, soit un total de 85,10% pour tout le Cameroun dont 79,70% en zone rurale, contre 95,30% en zone urbaine. C'est dire que 14,99% de la population en 2014 reste non scolarisé.¹⁴⁷ Or, une personne éduquée comprend mieux l'importance de l'utilisation des méthodes contraceptives contre le VIH/sida, l'importance des vaccins et des bonnes manières d'hygiène. C'est dire qu'il suffit d'un groupuscule de personne mal informé ou ignorant des méthodes prescrites pour faire perdurer une grande endémies.

c) La faiblesse du système de santé camerounais

Le système de santé camerounais (SSC) dans son processus d'éradication des grandes endémies reste cramponné à l'OMS. L'OMS émet donc la marche à suivre qui semble être des directives pour le SSC. Il s'agit ainsi d'une relation de dépendance, voir hiérarchique. On peut ainsi se demandé si les directives de l'OMS respectent les réalités du Cameroun ? Ou encore, de devrions nous par personnaliser ces directives qui ne sont que des recommandations en fin de compte ? C'est autant de questions que l'on se poser sur les programme de l'OMS permettant de lutter contre les grandes endémies qui nous sont "imposés". Ceci dit, cette "imposition" peut découler du fait que le SSC ne dispose pas d'assez de chercheurs dans le domaine, si non de la

¹⁴⁷ Ministère de la santé publique, *Profil sanitaire analytique 2016 ...* p. 26.

fuite des cerveaux, comme l'atteste la déclaration suivante : "... malgré le nombre de facultés de médecine, d'écoles de formations ... la DROST/MINSANTE indique n'avoir délivré qu'une moyenne de 21 autorisation administrative de recherche par an depuis 2006..."¹⁴⁸ elle poursuit en disant que le résultat de ces recherches ne sont pas toujours déposés dans leurs locaux. A cela, on peut dénoncer le fait que seulement 63% de la population soit desservie par une formation sanitaire en 2014.¹⁴⁹ Le Cameroun accuse ainsi un manque d'infrastructures (ou vétustes), un manque de personnel dans les hôpitaux, surtout ceux de la périphérie, des difficultés dans la mise en œuvre des actions prioritaires.

3) Historique des grandes endémies

Maladie endémique, du grec *endêmon nosêma*, signifie maladie enracinée dans un écosystème particulier. Il s'agit de maladies infectieuses, enracinées par leurs réservoirs d'agents potentiellement pathogènes. Plusieurs facteurs expliquent cet enracinement. Le concept de grandes endémies (GE) est né en Afrique sub-saharienne. Les Grandes Endémies africaines comprennent aujourd'hui des maladies transmises par des vecteurs. Certaines Grandes Endémies sont surtout liées au sous-développement et/ou aux comportements humains¹⁵⁰. Ceci dit, depuis l'antiquité, les maladies transmissibles sont redoutées à cause de leur gravité, leur apparition brutale et insoupçonnée, leur extension rapide, mais aussi et surtout leur taux de mortalité élevé qu'elle entraîne. Dès le début du 20^{ème} siècle, les premières études médicales ont relevées l'importance de la pathologie infectieuse en région tropicale et des techniques ont été mis en place pour essayer de comprendre les affections qui y sévissaient de façon extensive, pour aboutir peu à peu à la notion de "grandes endémies tropicales". Celle-ci sont définie comme étant "les affections transmissibles, d'origine parasitaire, bactérienne ou virale, présente en zone tropicale, où elles sévissent généralement sur le mode endémique"¹⁵¹. On distingue ainsi depuis 1960 les grandes

¹⁴⁸ Ministère de la santé publique, *Profil sanitaire analytique 2016* ... p. 45.

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ D. Baudon, N. Barnaud, F.J. Louis, "Grandes endémies : spécificités africaines", EMC - Maladies infectieuses 2016;13(2):1-7 [Article 8-001-E-10].

¹⁵¹ Ricossé Jean-Henri et Husser Jean-Alain, "Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone", Cahier d'études africaines, 1982, p.145-168.

endémies déjà éradiquées, les grandes endémies en cours d'éradication, les grandes endémies persistantes, et les grandes endémies émergentes.

PARTIE II : LES POLITIQUES DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPLEMENTATION AU LE CAMEROUN

L'OMS a déployé de grands moyens pour venir à bout des maladies endémiques qui gangrènent le monde. De son organisation adéquate pour servir la cause, elle a mis en place des politiques internationales qui ont été implémenté par ses Etats membres dont le Cameroun, afin d'éradiquer les maladies.

CHAPITRE III : L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : ORGANISATION, DEPLOIEMENT, ET STRATEGIE

Pour parcourir les contours de cette question, il sera abordé d'une part la genèse et les fonctions de l'OMS, d'autre part son organisation et programme d'action, et en fin son déploiement dans le monde pour poursuivre les missions qui sont siennes.

I. GENESE ET FONCTIONS DE L'OMS

1) Les organisations sanitaires internationales qui ont précédés la création de l'OMS

Avant 1948, il existait principalement quatre organisations sanitaires : la *Panamérican sanity bureau*, l'office international d'hygiène publique, le *health committee*, et l'*United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA). Celles-ci étaient leader de la santé dans leurs différentes sphères d'influence géographique.

- La Pan American Health Organization (1902)

Créée en 1902, La *Pan American Health Organization* ou Organisation panaméricaine de la santé (en français), est une organisation internationale de santé publique qui se concentre à l'amélioration de la qualité sanitaire des peuples des pays vivant sur le continent américain.¹⁵² Cependant, il faut attendre le 14 novembre 1924, lors de la septième conférence sanitaire panaméricaine pour que le code sanitaire panaméricain soit adopté par referendum à la Havane, à Cuba.¹⁵³ Ratifié au départ par 18 pays, ce code va rapidement gagner l'ensemble des pays du continent. Ceci dit, le code sanitaire panaméricain visait le combat des maladies contagieuses. Les méthodes utilisées étaient la mise en quarantaine qui était déjà appliquée au moyen âge, le contrôle des navires, la désinfection des maisons, et la ségrégation des lépreux et leur bannissement des villes.¹⁵⁴ Trois ans après la création de l'OMS, le bureau panaméricain de la santé est intégré à l'Organisation des Nations Unies (ONU) en tant que bureau régional de l'OMS.

- L'office international d'hygiène publique (1907)

Créé par les Accords signés à Rome le 9 décembre 1907, l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) fut dirigé par un Comité permanent composé de Délégués désignés par les Etats membres de l'office.¹⁵⁵ Le rôle de l'OIHP consistait à "l'administration des conventions internationales sanitaires, le service d'intelligence épidémiologique, et la collecte et distribution aux Etats membres de l'information de santé publique générale d'importance".¹⁵⁶

¹⁵² <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5668>, consulté le 12 décembre 2020.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ https://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_1/fr/, consulté le 12 décembre 2020.

¹⁵⁶ *Ibid.*

Le 22 juillet 1946, l'OIHP fut dissolu, et son service d'épidémiologie fut transféré à la commission intérimaire de l'OMS le 1^{er} janvier 1947.¹⁵⁷

- **Le Health committee (1919)**

En 1919, une épidémie de Typhus ravage le continent européen et, très tôt les organisations traditionnelles telles que l'OIHP sont submergées. C'est dans ce contexte d'urgence que, avec l'appui de la fondation Rockefeller, l'organisation d'hygiène voie le jour. C'est ainsi un organe de la jeune Société de Nation (SDN) qui est chargé des questions de santé dans le monde.¹⁵⁸ Cette organisation a désormais la lourde tâche d'organiser la politique de riposte contre les maladies endémiques dans le monde. Elle révolutionne ainsi ladite lutte non seulement en internationalisant la lutte, mais aussi en faisant intervenir d'autres organisations internationales.¹⁵⁹ Le concept de mondialisation de la santé publique était ainsi né. L'OMS hérite ainsi de bon nombre de ces procédures en 1948. Ce comité a ainsi mis en place des politiques mondiales de lutte contre le cancer, la malaria, et de la lèpre.¹⁶⁰ À la demande et selon des closes des établit, le comité intervenait dans les pays partis. Cependant, il collaborait avec l'OIHP, "le premier utilisait les bureaux régionaux de la seconde comme source de renseignements. Des accords avaient été conclus dans ce sens en 1927".¹⁶¹

- **L'United Nations Relief and Rehabilitation Administration (1945)**

Lorsque la seconde guerre mondiale éclate en 1945, l'OIHP dont le siège se trouve en France se retrouve en difficulté, tout comme *Health Committee*. Devant cette urgence, les pays alliés décidèrent en 1941 de créer un organisme temporaire qui devrait s'occuper des problèmes liés à la santé dans le monde. Deux ans plus tard, il fut remplacé par une organisation plus vaste : l'*United Nation Relief ans Rehabilitation Administration* (UNRRA) était ainsi né avec pour siège Washington, et adhéré par 40 pays et associations.¹⁶² Son rôle consistait donc au rétablissement de l'organisation sanitaire dans les pays (surtout ceux dévasté par la guerre), à la prévention des épidémies, à la détermination des exigences d'approvisionnement sanitaire et médical remplaçant les pertes subies, à l'affectation de consultants techniques, à la révision et administration des conventions sanitaires internationales, à la fourniture et supervision de

¹⁵⁷ https://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_1/fr/, consulté le 12 décembre 2020.

¹⁵⁸ C. Paillette, "De l'organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS : Mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919 – 1954", *Bulletin de l'institut Pierre Renouvin* 2010/2, N° 32, 193 - 198, 2010, p. 193.

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ <https://books.openedition.org/iheid/3966?lang=fr>, consulté le 13 décembre 2020.

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² *Ibid.*

personnel médical et sanitaire pour l'assistance aux personnes déplacées par la guerre ; et enfin, à l'instruction du personnel médical des pays assistés en vue de l'œuvre de secours et de reconstruction.¹⁶³ 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 en 1948 ainsi qu'au Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).¹⁶⁴

Le 07 avril 1948, le mandat de l'OMS prend officiellement effet. Elle prend la relève du *Pan American Sanitary Bureau*, de l'Office International d'Hygiène Publique et du *Health Committee*.¹⁶⁵ L'OMS a dès lors la responsabilité de la santé dans le monde. Son mandat ne se limite non pas au continent européen ou américain, mais à toutes les personnes au-delà des frontières géographiques partout où un besoin sanitaire serait demandé. Sa mission est ainsi "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible", la santé étant définie comme étant un "état de complet bien-être physique, mental et social".¹⁶⁶ Ainsi, l'OMS est animée par 9 principes qui constituent son fondement et sa ligne directrice.¹⁶⁷

Avec ces principes, le but ultime de l'OMS "est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible".¹⁶⁸ Il s'agit donc pour l'OMS de promouvoir ce bien-être physique, mental et social dans le monde entier, au-delà d'un homme, mais d'un groupe d'hommes. Il s'agit ainsi de mettre en place des politiques de santé publique, définie par l'OMS en 1952 comme étant

L'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives ... Et il y est aussi question de mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé.¹⁶⁹

¹⁶³ <https://books.openedition.org/iheid/3966?lang=fr>, consulté le 13 décembre 2020.

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ La santé d'un individu ne doit être soumise à aucun filtre d'origine politique, religieuse, économique, ou personnel ; La santé est un préalable incontournable au développement ; La santé est primordiale pour la paix ; La négligence des maladies, surtout les MAPE met en danger toute la population entière ; La santé de l'enfant est primordiale pour l'humanité ; Le respect du milieu de vie est essentiel pour le développement ; L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé ; La coopération sanitaire est capitale pour développer la santé ; Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples

¹⁶⁸ OMS, "Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition", Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006, p. 2.

¹⁶⁹ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

Il est ainsi question par cette définition de mettre en place des stratégies de santé à l'échelle sociocommunautaire. Il s'agit désormais d'une éducation sanitaire en amont, et des soins de santé en aval. C'est dire que la notion de santé est vue dans sa globalité comme un package où chaque élément est primordial pour parvenir à maintenir, voire à mettre en place des stratégies de santé publique. En 1952, l'objectif de santé était axé non pas sur l'individu, mais sur un ensemble d'individus, sur la collectivité. Il s'agissait ainsi de prévenir la maladie et de répondre aux problèmes sanitaires ponctuels de la collectivité. Ceci dit, cette conception va largement évoluer quelques années plus tard.

En 1973, l'OMS va à nouveau repenser la conception de santé publique. Il était temps car la définition précédente devenait obsolète suite aux nouvelles demandes mondiales en matière de santé. La notion de santé publique fut donc élargie. Désormais, "On parle de santé publique pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins."¹⁷⁰ La notion de santé publique devient ainsi un concept très élargi avec un domaine d'activité allant des structures physiques aux différentes idéologies et pensées en vue de mettre en place des mesures barrières visant à promouvoir la santé collective et à protéger les populations contre les survenances des maladies. Désormais, l'OMS se charge de venir en aide aux populations à l'échelle mondiale en mettant en place des structures et stratégies de lutte contre les grandes endémies, les pandémies, les épidémies, les endémies. Ainsi, "la santé publique doit contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du marché des soins et réduire les risques, en terme d'apparition ou de réapparition d'une maladie."¹⁷¹ Ceci dit, pour parvenir à cette efficacité et efficience recherchée, l'OMS a mis sur pieds des structures organisationnelles régissant leur mode de fonctionnement.

2) L'OMS : fonctions et institutions

Pour parvenir à ses missions, l'OMS dispose des institutions et des programmes d'action qui ont évolué au fil des années :

¹⁷⁰ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

¹⁷¹ *Ibid.*

a) Les fonctions de l’OMS

Les fonctions de l’OMS sont multiples et énormes, à la hauteur de l’objectif à atteindre. Ceci dit, la grande fonction première de l’OMS est d’être fédératrice de la santé dans le monde. Elle est ainsi directrice et coordonnatrice des problèmes du domaine sanitaire mondial. L’OMS entretient ainsi un réseau de collaboration entre les institutions mondiales, nationales ou gouvernementales pour promouvoir ou aider, si besoin est, à atteindre un niveau de santé toujours plus élevé. Elle met ainsi à disposition son expertise, son savoir et savoir-faire aux services de tous ses Etats membre et associés.¹⁷² La seconde grande fonction de l’OMS est de lutter contre les maladies dites de santé publique. Il s’agit ainsi des maladies à caractère épidémique, endémique ou pandémique. L’OMS encourage ainsi la coopération entre nations et institution pour trouver et mettre en place des stratégies de ripostes appropriées. Il s’agit donc, de lutter contre les maladies, d’encourager les institutions spécialisées à coopérer avec l’OMS, de créer des conditions favorables à l’élimination de la maladie, et surtout mettre en place des accords et conventions sanitaires afin de décrire des normes et des cahiers de charges respectable par tous, afin qu’aucun Etat membre n’en ignore.¹⁷³

La troisième grande fonction est d’ordre social. L’OMS promeut ainsi la création d’un environnement socio-environnemental favorable à l’émancipation sanitaire des populations ; il s’agit ainsi de créer un climat social harmonieux favorisant la collaboration entre les hommes, gage d’une santé mentale et d’un épanouissement social. Un accent particulier est mis sur la santé de la mère et de l’enfant. L’OMS encourage ainsi la création des institutions à vocation sociale pour encadrer des personnes en leur prodiguant des conseils avisés d’expert, permettant d’éviter des maladies issues de l’ignorance des uns notamment en ce qui concerne la nutrition, et les méthodes d’hygiène publique.¹⁷⁴ L’ensemble de ces structures et architectures sanitaires permettent ainsi d’une manière générale d’atteindre le but fixé par l’OMS,¹⁷⁵ dans sa constitution ratifié par les membres et membres associés.

¹⁷² OMS, “Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006, p. 3.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ *Ibid.*

b) Les institutions de l'OMS

L'OMS compte trois principales institutions, l'assemblée mondiale de la santé, le conseil exécutif et le secrétariat, qui s'harmonisent pour mener à bien les objectifs de santé de l'organisation. Ceci dit, l'Assemblée mondiale de la Santé est constituée des délégués qui représentent les membres de l'OMS. Elle se réunit en session ordinaire une fois par an, et autant de fois que possible en session extraordinaire selon les que circonstances l'exigent.¹⁷⁶ Ainsi, l'assemblée générale de santé a pour fonction d'arrêter la politique de fonctionnement de l'OMS, d'élire les Etats appelés à désigner les membres du Conseil exécutif, d'approuver ou de rejeter les rapports du directeur général, de créer des comités responsable pour la gestion des affaires de l'organisation notamment financières et de coopération avec l'extérieure, de mettre à disposition des rapports de ses travaux pour valoir et servir ceux à qui de droit ; de nommer le Directeur général. Aussi, l'assemblée générale encourage les initiatives sanitaires des institutions pour l'accompagner dans la réalisation son objectif.¹⁷⁷ Ainsi, entre 1948 et 2017, l'OMS a connu huit directeurs généraux répartis dans le tableau suivant :

Tableau 33 : Directeurs généraux de l'OMS entre 1948 et 2017

Nom	Période de mandat	Nationalité
Brock Chrisholm	1948 – 1953	Canada
Marcolino Gomes Candau	1953 – 1973	Brésil
Halfdan T. Mahler	1973 – 1988	Danemark
Hiroshi Nakajima	1988 – 1998	Japon
Gro Harlem Brundtland	1998 – 2003	Norvège
Lee Jong-Wook	2003 – 2006	Corée du Sud
Anders Nordstrom	2006 – 2007 (intérim)	Suède
Margaret Chan	2007 – 2017	Hong-Kong (République Populaire de Chine)

Source : <https://www.who.int/fr/director-general/who-headquarters-leadership-team/former-directors-general>, consulté le 14 juin 2020.

¹⁷⁶ OMS, "Documents fondamentaux", supplément à la 45^{ème} édition, , ... p. 5.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 6.

Le Conseil exécutif est élu pour un mandat de trois ans renouvelable. Il est constitué de 34 personnes désignées par membres de l'assemblée générale de l'OMS.¹⁷⁸ Il se réunit deux fois par an et élit son président parmi ses membres.¹⁷⁹ Le conseil exécutif a pour fonction d'appliquer les décisions prises en assemblée générale et de suivre les instructions de cette dernière, il peut être consulté par l'assemblée générale au besoin ou inversement, il prépare les réunions de l'assemblée générale et soumet à son appréciation les documents de l'organisation. Aussi il gère les situations d'urgence ponctuelle en mettant à disposition des ressources humaines et financières, "Il peut en particulier autoriser le Directeur général à prendre les moyens nécessaires pour combattre les épidémies, participer à la mise en œuvre des secours sanitaires à porter aux victimes d'une calamité et entreprendre telles études ou recherches sur l'urgence desquelles son attention aura été attirée par un Etat quelconque ou par le Directeur général."¹⁸⁰ D'une manière générale, le conseil exécutif est au service de l'assemblée générale.

Le Secrétariat quant à lui est constitué du directeur général (qui peut déléguer ses fonctions) et du personnel technique et administratif.¹⁸¹ Il comprend environ 3500 professionnels de la santé et autres spécialistes et personnels d'appui sanitaire.¹⁸² Dans l'exercice de ses fonctions, le secrétariat ne reçoit d'instructions ni des gouvernements, ni d'aucune autorité étrangère et, "Chaque Etat Membre de l'Organisation s'engage, de son côté, à respecter le caractère exclusivement international du Directeur général et du personnel et à ne pas chercher à les influencer."¹⁸³ Ces institutions, pour parvenir au but recherché par l'OMS, ont mis en place un programme d'action voté par l'AG.

¹⁷⁸ Dans son article 24 du chapitre VI, la constitution de l'OMS stipule que " L'Assemblée de la Santé choisit, compte tenu d'une répartition géographique équitable, les Etats appelés à désigner un délégué au Conseil, étant entendu qu'au moins trois de ces Membres doivent être élus parmi chacune des organisations régionales établies... Chacun de ces Etats enverra au Conseil une personnalité, techniquement qualifiée dans le domaine de la santé, qui pourra être accompagnée de suppléants et de conseillers."

¹⁷⁹ OMS, "Documents fondamentaux ... p. 8.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 9.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 10.

¹⁸² <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

¹⁸³ OMS, "Documents fondamentaux ... p. 10.

II. PROGRAMME D'ACTION ET ORGANISATION FONCTIONNELLE DE L'OMS

1) Programme d'action de l'OMS

Le programme d'action de l'OMS pour atteindre son but est fixé autour de six axes majeurs et complémentaires. Ainsi, il est question de promouvoir le développement, de favoriser la sécurité sanitaire, de renforcer les systèmes de santé, d'exploiter la recherche, l'information et les données factuelles, de renforcer les partenariats, et d'améliorer la performance.¹⁸⁴

a) La promotion du développement, favoriser la sécurité sanitaire, et renforcer les systèmes de santé

D'une manière générale, santé et développement rime ensemble car il existe un rapport inextricable entre niveau sanitaire et développement durable. C'est dire que plus un pays est pauvre, plus sa situation sanitaire est désastreuse. Le développement sanitaire est donc, nous pouvons l'affirmer, une condition au développement socio-économique d'un pays. Raison pour laquelle la plupart des endémies frappe les pays les moins développés tel que le choléra, encore appelé "maladie de la pauvreté"¹⁸⁵. Ainsi, "l'OMS en matière de développement sanitaire donne la priorité à l'obtention de résultats dans les groupes pauvres, défavorisés ou vulnérables"¹⁸⁶. Il s'agit ainsi pour l'organisation mondiale de la santé de promouvoir le développement des plus démunies afin de promouvoir la santé publique de ces derniers vers un niveau plus élevé afin de mettre en place une sécurité sanitaire pour tous.

Depuis la création de l'OMS en 1948, la sphère mondiale a été la proie de nombreuses maladies meurtrières au fil des années. Ce climat ponctué de maladies crée ainsi une situation d'insécurité qui plonge les populations dans la psychose de la résurgence des maladies. Il s'agit ainsi de mettre en place des mécanismes policiers pour empêcher en amont l'apparition des

¹⁸⁴ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1> ...

¹⁸⁵ D. L. Dong Rim, "le système de santé camerounais et la lutte ... p. v.

¹⁸⁶ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

maladies, et les combattre en aval. Ainsi, afin de favoriser la sécurité sanitaire, un protocole donnant la possibilité aux pays de se défendre en cas d'épidémie a été mis sur pieds, renforcé en juin 2007 avec l'entrée en vigueur du règlement sanitaire international révisé.¹⁸⁷

Loin des idéologies et des théories, le renforcement des systèmes de santé reste donc avant tout un avantage pratique. Il s'agit ainsi non pas de pousser les individus vers la santé, mais plutôt de rapprocher la santé vers les individus. Il s'agit donc de développer les systèmes de santé pour que ses services arrive jusqu'au milieu les plus reculés et les plus défavorisés. Revient donc ainsi la notion de sous-développement évoquée plus haut. Cependant, de nombreuses régions, surtout l'Afrique subsaharienne souffre encore des systèmes de santé sous-développés, d'où la priorité pour l'OMS de renforcer les systèmes de santé les plus démunis. "Il s'agit notamment de veiller à l'existence d'effectifs suffisants de personnel qualifié, à un financement suffisant, à mettre en place des systèmes adaptés de collecte des statistiques démographiques et à favoriser l'accès à des technologies appropriées, y compris les médicaments essentiels"¹⁸⁸.

b) Renforcer les partenariats, exploiter la recherche, et améliorer les performances

L'information et les données factuelles sont des éléments essentiels pour améliorer le niveau de santé dans le monde. La recherche et l'information, cumulée aux données qu'elles produisent sont nécessaire, voir obligatoire pour évaluer les acquis, et les besoins exprimé, afin de promptement réagir sur les problèmes sanitaires mondiaux. Ainsi, pour atteindre ses objectifs, l'OMS noue des partenariats avec des collaborateurs qui l'accompagnent. Il s'agit ainsi des partenaires gouvernementaux, des organisations nationaux et internationaux, des institutions des Nations Unies, des donateurs privés et/ou publics, et de la société civile.¹⁸⁹ Ces derniers apportent le savoir, le savoir-faire, ainsi que l'expertise dans leur domaine de compétence afin d'améliorer les performances et davantage se rapprocher de l'objectif de l'OMS. Elle permettra donc à terme d'élever le niveau de santé des populations le plus possible. Il en va ainsi de l'amélioration et de l'innovation perpétuelle des méthodes employées. C'est

¹⁸⁷ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ *Ibid.*

dire que qu'une réévaluation s'impose au niveau de l'efficacité et de l'efficience pour générer de meilleurs résultats. Ainsi, une évaluation verticale, c'est-à-dire du niveau de l'organe centrale, passant par le système de santé de chaque pays pour amener la santé des plus démunis, est primordiale afin de parvenir à un niveau de santé pour tous toujours de plus élevé possible.

Photo 1 : Logo de l'Organisation Mondiale de la Santé



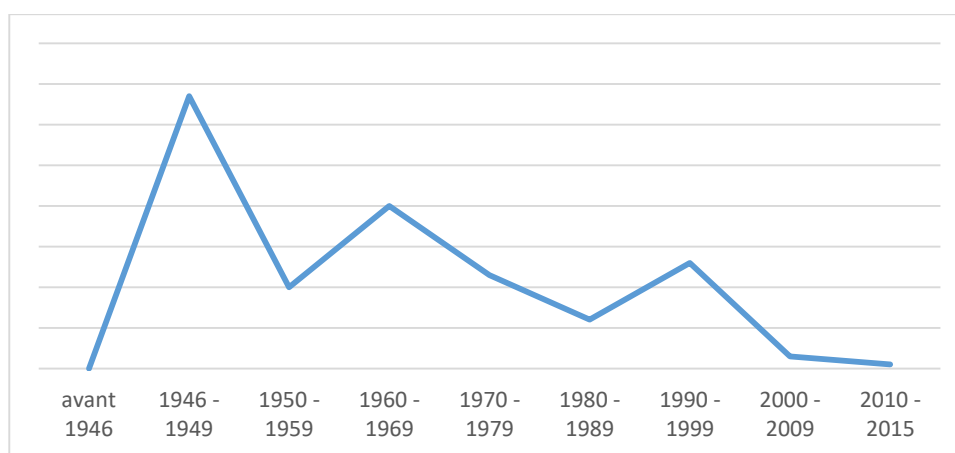
Source : https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Logo_de_l%27Organisation_mondiale_de_la_sant%C3%A9.svg&lang=fr&uselang=fr, consulté le 14 juin 2020.

2) Organisation fonctionnelle

a) L'adhésion des membres

L'organisation de l'OMS est loin d'être celle connue en 2015. Elle a varié au fil du temps depuis sa création en 1948. On a donc observé des modifications en 1957, en 1967, en 1983, et en 1993.

Graphique 23 : Tendence d'adhésion des membres à l'OMS de 1946 à 2015



Source : Nous à partir de P. Bertrand, "La situation des « membres inactifs » de l'O.M.S", *Annuaire Français de Droit International*, 1956, p. 604., et <https://books.openedition.org/iheid/3977?lang=fr>, consulté le 15 juin 2020.

L'adhésion à l'OMS s'est faite par étape. Ainsi, on note la phase de signature qui commence dès 1946, quand le projet de création de la structure voie le jour. Après cette étape, vient celle de l'acceptation, puis celle de membre de l'OMS. Au total, on peut noter trois moments historiques forts sur l'adhésion des membres de l'OMS. On distingue ainsi la première période qui va de 1946 à 1949 qui correspond aux trois premières années qui ont suivi la création de l'OMS, on où on a noté une adhésion nombreuse des membres. Le second pic allant de 1960 à 1969, période correspondante à la vague des indépendances, on a noté un afflux conséquent des nouveaux pays indépendant, surtout ceux des pays Africains. Enfin, le dernier pic qui va de 1990 à 1999, correspond à l'éclatement du bloc soviétique, les pays le constituant ayant souscrit une adhésion à l'Organisation Mondiale de la Santé.

b) Évolution budgétaire de 1948 à 2015

“La clé de la réussite pour toute organisation, en particulier lorsqu'elle demande aux nations du monde entier de lui confier des fonds en s'engageant à les utiliser dans le but d'améliorer la santé dans le monde, est la responsabilisation”, a déclaré le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, alors directeur général de l'OMS.¹⁹⁰ Le budget de l'OMS a varié depuis sa création en 1948. Le tableau ci-dessous récapitule le budget de l'OMS de 1948 à 2015 :

¹⁹⁰ OMS, “Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016 – 2017”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2018, p. 1.

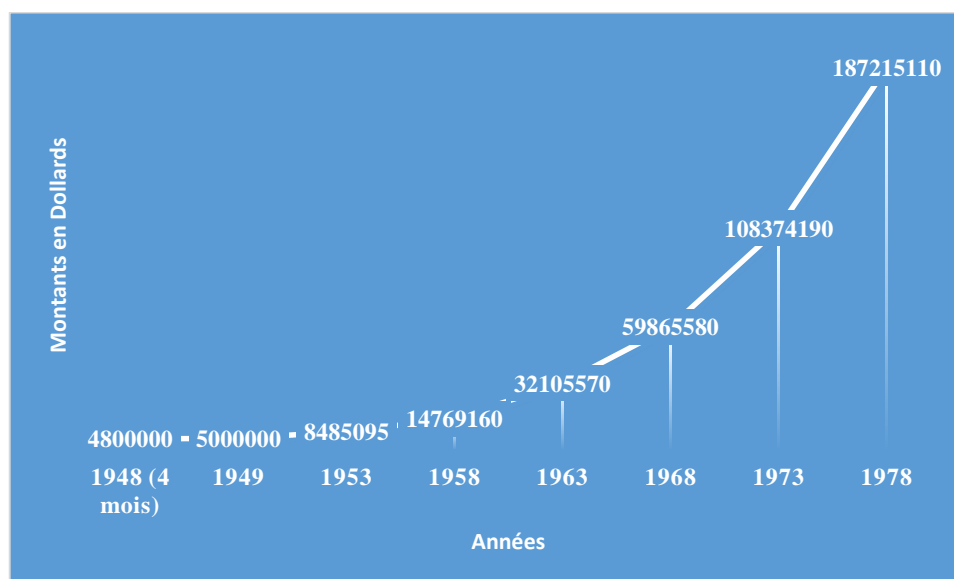
Tableau 34 : Budget annuel de l’OMS entre 1948 et 1978

Années	Montants en dollars
1948 (4 mois)	4800000
1949	5000000
1953	8485095
1958	14769160
1963	32105570
1968	59865580
1973	108374190
1978	187215110

Source : Nous à partir de <https://books.openedition.org/iheid/3977#tocfrom1n2>, consulté le 14 juin 2020.

Le tableau ci-dessus renseigne sur l'évolution du budget de l'OMS entre 1948 et 1978. Durant cette période, le budget se vote annuellement par l'assemblée générale. Ainsi, entre 1948 et 1978, on peut constater une évolution budgétaire liée au fonctionnement de l'organisation mondiale de la santé. Le graphique ci-dessous permet davantage d'apprécier cette évolution budgétaire :

Graphique 24 : Evolution du budget annuel de l’OMS entre 1948 et 1978



Source : Nous, à partir de <https://books.openedition.org/iheid/3977#tocfrom1n2>, consulté le 14 juin 2020.

En 1980, l’OMS abandonne la budgétisation annuelle pour un budget en années biennale au budget programme, défini en économie comme étant “un budget basé sur les résultats précis à atteindre au bout d'une période donnée. C'est un outil de gestion et de planification qui privilégie la performance. Il combine des actions prioritaires à réaliser sous des contraintes de ressources matérielles, financières et humaines.”¹⁹¹ Le tableau ci-dessous met donc en exergue l’évolution du budget de l’OMS entre 1980 et 2015 :

¹⁹¹ B. Ahowesso, “contribution à la mise en œuvre du budget programme au Bénin : cas du MCTIC”, Mémoire de Technicien Supérieure en Administration des finances et du trésor, Université d’Abomey, 2010, p. 3.

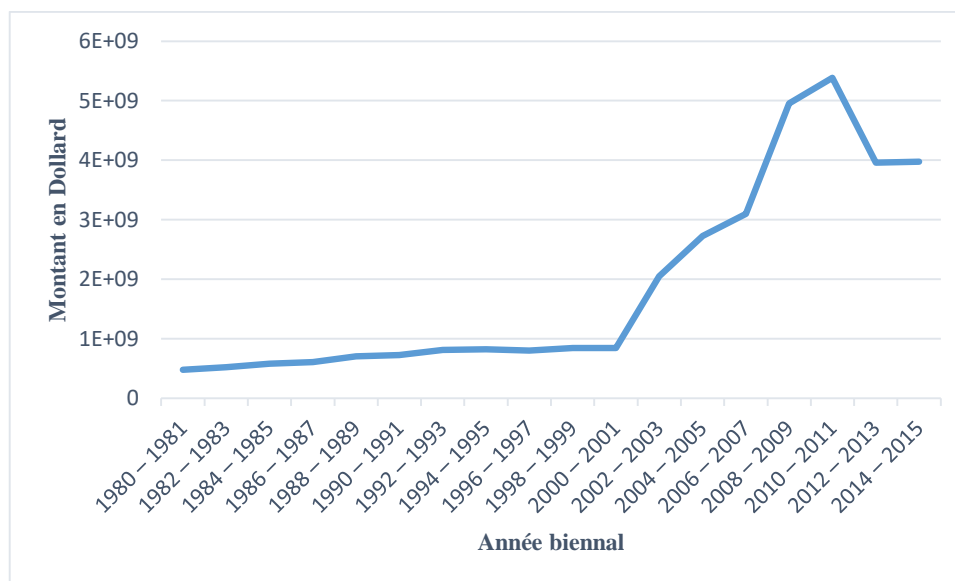
Tableau 35 : Evolution du budget de l’OMS entre 1980 et 2015

Année biennale	Montant en dollar
1980 – 1981	477378400
1982 – 1983	522933500
1984 – 1985	581739900
1986 – 1987	605327400
1988 – 1989	705389500
1990 – 1991	726100400
1992 – 1993	808777000
1994 – 1995	822101000
1996 – 1997	800000000
1998 – 1999	842654000
2000 – 2001	842640000
2002 – 2003	2050000000
2004 – 2005	2729000000
2006 – 2007	3098200000
2008 – 2009	4951600000
2010 – 2011	5382700000
2012 – 2013	3958979000
2014 – 2015	3977000000

Source : Nous élaboré à partir de <https://books.openedition.org/iheid/3977#tocfrom1n2>, consulté le 14 juin 2020. , et archive OMS.

Une fois de plus, on peut constater qu’entre 1980 et 2015 avec l’entrée en vigueur du budget biennal, le budget de l’Organisation Mondiale de la Santé voté par son assemblée générale n’a cessé de grimper, comme le représente le diagramme ci-contre :

Graphique 25 : Evolution du budget de l’OMS entre 1980 et 2015 en années biennales



Source : Nous élaboré à partir de <https://books.openedition.org/iheid/3977#tocfrom1n2>, consulté le 14 juin 2020. , et archive OMS.

Le budget de l’OMS a ainsi évolué grandement entre 1948 et 2015. On peut ainsi noter une corrélation étroite entre le budget de l’OMS et non seulement les membres, mais aussi les effectifs. Ainsi, au fil des années, le nombre de membre a évolué, ce qui a impacté sur les effectifs, ce qui a de ce fait impacté sur le budget. C’est dire ainsi que les cotisations annuelles des membres ont favorisé l’augmentation des finances. Ainsi, lorsqu’un Etat Membre de l’OMS ne s’acquitte pas de ses cotisations annuelles vis-à-vis de l’Organisation, ou dans d’autres circonstances exceptionnelles, l’Assemblée mondiale de la Santé peut, selon les dispositions prévue par la réglementation en vigueur, suspendre les privilèges attachés au droit de vote et les services dont bénéficie cet Etat Membre. Seul l’assemblée générale de la Santé peut de rétablir ces privilèges. Cependant, on note une augmentation du budget biennal de l’OMS à partir de 2000. Ce fait grandement dû à l’apport de la fondation Bill et Melinda Gate.¹⁹²

¹⁹² <https://www.genethique.org/fondation-bill-gates-et-finacement-de-loms-un-probleme-de-principe/>, consulté le 6 janvier 2020.

III. LE DEPLOIEMENT DE L'OMS DANS LE MONDE : LE CAS DU CAMEROUN

La couverture sanitaire de l'OMS se fait par non seulement par un déploiement régional (création des bureaux régionaux de l'OMS à travers le monde), mais aussi par une présence effective dans les pays.

1) Le déploiement de l'OMS : Cas du bureau régional de l'Afrique (AFRO)

Afin de couvrir l'ensemble du territoire mondial, l'organisation mondiale de la santé a décentralisé ses activités. Elle s'est ainsi organisée en bureaux régionaux. Ainsi, à travers le monde, on distingue 6 bureaux régionaux à savoir : la région de la Méditerranée orientale (EMRO), la région Européenne (EURO), la région de l'Asie du sud Est (SEARO), la région Pacifique occidental (WPRO), la région des Amériques (AMRO) qui s'identifie avec l'Organisation panaméricaine de la santé, et la région africaine (AFRO)

Le bureau africain de l'OMS voit le jour en 1951, avec l'accord du conseil exécutif.¹⁹³ Cependant, ce n'est qu'en 1952 que les bureaux sont transférés de Genève vers l'Afrique. Le 20 août 1952 donc, le secrétaire général de l'Afrique équatoriale française (le gouverneur Gedile) et le premier directeur de l'OMS (le Docteur Cambournac) signent un accord historique permettant l'établissement du bureau de l'OMS/AFRO “sur les hauteurs de la cité de Djoué”¹⁹⁴, à Brazzaville, au Congo. Durant cette période, la mission principale de cette jeune institution consistait à lutter contre les grandes endémies (variole, maladie du sommeil, fièvre jaune, paludisme, lèpre ...). Entre 1954 et 2015, l'OMS/AFRO a connu 10 directeurs régionaux cités dans le tableau suivant :

¹⁹³ P. Mouhouelo, “De la bibliothèque manuel à la bibliothèque hybride : cas du centre de documentation de l'OMS/AFRO”, Mémoire de Maîtrise en science et technique de la communication, Université Marien Ngouabi de Brazzaville, 2003, p. 14.

¹⁹⁴ *Ibid.*

Tableau 36 : Liste des directeur régionaux de l’OMS/AFRO entre 1954 et 2015

Période	Noms	Fonction	Nationalité
1954 – 1964	Dr J F Cambournac	Directeur régional	Portugal
1964 – 1965	Dr Lucien Bernard	Représentant du Directeur régional	France
1965 – 1984	Dr Comlan Quenum	Premier Directeur régional africain (décédé en cours de mandat)	Bénin
1984 – 1985	Dr. Ebrahim Malick Samba	Représentant du Directeur Général	Gambie
1985 – 1994	Prof. Godliev Lobé Monekosso	Directeur régional	Cameroun
1994 – 2004	Dr Ebrahim Malick Samba	Directeur régional	Gambie
2004 – 2015	Dr Luis Gomes Sambo	Directeur régional	Angola
2015 - ...	Dr Matshdiso Rebecca Moeti	Directeur régional	Botswana

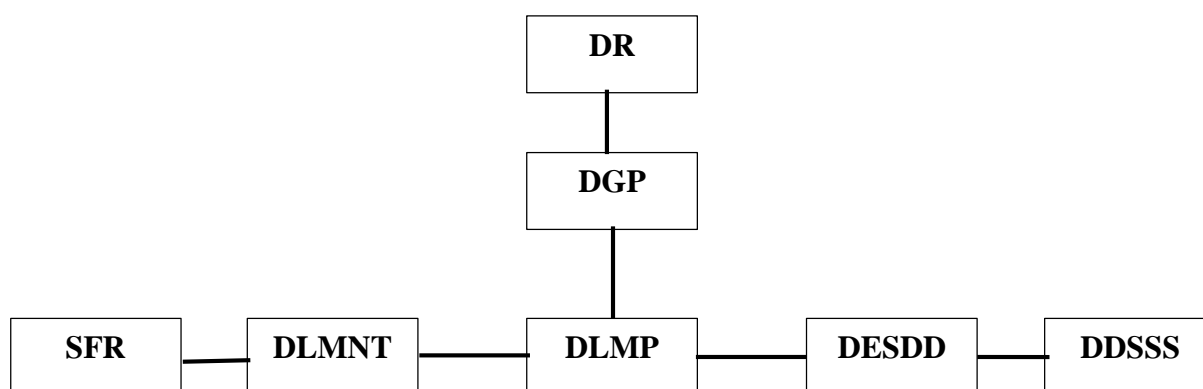
Source : P. Mouhouelo, “De la bibliothèque manuel à la bibliothèque hybride : cas du centre de documentation de l’OMS/AFRO”, Mémoire de Maitrise en science et technique de la communication, Université Marien Nguabi de Brazzaville, 2003, p. 15.

Le bureau de l’OMS pour la zone Afrique compte donc à ce jour 47 membres¹⁹⁵ donc le Cameroun qui y accède dès sa création. Il comprend ainsi à sa tête un Directeur Régional (DR), secondé par un Directeur de la Gestion des Programmes (DGP), suivit d’un Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT), d’un Directeur de la Division de l’Environnement Sains et Développement Durable (DESDD), d’un Directeur de la Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT), d’un Directeur de la Santé de la Famille et de la Reproduction (SFR) et d’un Directeur de la Division du

¹⁹⁵ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d’Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Swaziland, Togo, Tchad, Zambie, Zimbabwe.

Développement des Systèmes et Services de Santé (DDSSS).¹⁹⁶ Dans l’accomplissement de ses missions régaliennes, l’OMS/AFRO est accompagné par représentants de l’OMS dans les pays et le personnel affecté dans ces pays.¹⁹⁷ L’organigramme ci-dessous permet davantage d’apprécier cette institution :

Schéma 2 : Organigramme du bureau de l’OMS/AFRO



Source : Nous, à partir de P. Mouhouelo, “De la bibliothèque manuel à la bibliothèque hybride : cas du centre de documentation de l’OMS/AFRO”, Mémoire de Maitrise en science et technique de la communication, Université Marien Ngouabi de Brazzaville, 2003, p. 16.

2) L’OMS et le déploiement dans les pays : le cas du Cameroun

Sur le principe, l’OMS collabore avec tous les pays du monde dans le besoin pour améliorer leur performance en matière de couverture sanitaire, qu’elle y ait une présence physique ou non. Il est ainsi question pour l’OMS de pousser les Etats, surtout les plus pauvres vers l’atteinte de leur niveau de santé le plus élevé possible. L’OMS coopère donc avec les gouvernements des pays “pour mettre en œuvre des stratégies et plans nationaux de santé, ainsi qu’à la réalisation des engagements collectifs des organes directeurs de l’Organisation”.¹⁹⁸

¹⁹⁶ P. Mouhouelo, “De la bibliothèque manuel ... p. 16.

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ <https://www.who.int/country-cooperation/fr/#:~:text=Coop%C3%A9ration%20avec%20les%20pays,-OMS%20FS%C3%A9phane%20Saporito&text=L'OMS%20coop%C3%A8re%20avec%20les,organes%20directeurs%20de%20l'Organisation.>, consulté le 18 octobre 2020.

Dans ce but donc, le rôle de l'OMS se situe au niveau de la communication et des échanges. Il permet de faciliter la transmission des connaissances et de renforcer les échanges entre les pays.¹⁹⁹ Au-delà de son rôle de courroie permettant la collaboration entre les pays, l'OMS a aussi pour rôle de rechercher les solutions aux défis communs, et de renforcer les partenariats pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux.²⁰⁰ La politique d'intervention de l'OMS dans un pays dépend donc des objectifs sanitaires de ce pays. Il revient ainsi à l'organisation de s'arrimer aux programmes nationaux afin de les accompagner autant que possible dans la réalisation des objectifs qui sont siennes. Ainsi, pour parvenir à ses objectifs dans les pays, l'OMS agit en collaboration avec les organisations non gouvernementales, la société civile, les institutions universitaires, des organismes, des fondations et des représentants du secteur privé.

En 1946, lorsque l'OMS est créée, le Cameroun est encore un territoire sous tutelle de l'ONU, et dont la gestion est confiée à la France et à la Grande Bretagne.²⁰¹ Le 1^{er} janvier 1960 le pays obtient son indépendance, puis le 1^{er} octobre 1961, c'est la réunification des deux Cameroun.²⁰² Il faut cependant attendre le 8 décembre 1962 pour que le Cameroun adhère à l'OMS.²⁰³ L'OMS coopère donc avec le territoire Camerounais depuis cette date. Elle accompagne le gouvernement dans ses missions régaliennes de santé et pousse le pays vers un niveau de santé toujours le plus élevé possible. La mission première de l'OMS consiste ainsi à "amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible".²⁰⁴ Les objectifs de l'OMS en général en Afrique tournent autour de six axes : la promotion du développement, favoriser la sécurité sanitaire, renforcer les systèmes de santé, exploiter la recherche, l'information et les données factuelles, renforcer les partenariats, améliorer la performance.²⁰⁵ Entre 2003 et 2007, les défis dans lesquels l'OMS a accompagné le Cameroun ont été de réduire le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ; inverser la tendance de la prévalence du VIH/Sida ; promouvoir la collaboration intersectorielle dans la résolution de certains problèmes de santé liés à l'eau, à l'assainissement et à l'environnement ; doter le système de santé d'un personnel qualifié et

¹⁹⁹<https://www.who.int/country-cooperation/fr/#:~:text=Coop%C3%A9ration%20avec%20les%20pays,-OMS%2FSt%C3%A9phane%20Saporito&text=L'OMS%20coop%C3%A8re%20avec%20les,organes%20directeurs%20de%20l'Organisation.>, consulté le 18 octobre 2020.

²⁰⁰ https://www.who.int/country-cooperation/work-in-countries-infographic-FR_final.pdf?ua=1, consulté le 18 octobre 2020.

²⁰¹ L. Z. Elango et N. Metegue n'nah, "l'Afrique au XIX^{ème} siècle jusque vers les années 1980", Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, France, 2010, p. 771.

²⁰² Ibid.

²⁰³ OMS, "Cinquantième de la coopération Cameroun – OMS", Genève, Organisation mondiale de la santé, 2020, p. 2.

²⁰⁴ OMS, "Documents fondamentaux, ... p. 2.

²⁰⁵ OMS, "Stratégie de coopération ... p. 8.

motivé, en quantité suffisante, à tous les niveaux ; rendre accessibles les soins de santé essentiels de qualité, aux populations les plus pauvres, à travers des mécanismes de financement efficaces ; rendre performant le système national d'information sanitaire ; rendre performants et viables, tous les districts sanitaires du pays et renforcer les capacités du Ministère de la Santé dans le Pilotage/Coordination du secteur.²⁰⁶

Cette stratégie a eu un impact significatif notamment dans le domaine de la lutte contre les maladies. Ainsi, on a noté l'extension de la surveillance épidémiologique intégrée et la réponse à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec renforcement des réseaux nationaux et régionaux d'échanges d'informations épidémiologiques ; l'élaboration et/ou la mise en œuvre de plans stratégiques de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme arrimés aux programmes internationaux ; l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité/morbidité maternelle et infantile ; l'élargissement de la couverture du programme élargi de vaccination (PEV).²⁰⁷

Entre 2010 et 2015, les défis majeurs de l'OMS pour le Cameroun ont été axés sur la mise en place des ressources humaines et l'offre de soins de santé de qualité ; assurer l'accès géographique et financier des produits médicaux essentiels aux couches les plus vulnérables et démunies ; rendre les districts de santé viables dans le cadre des soins de santé primaires ; développer le système sanitaire d'information ; réduire le taux de mortalité maternelle, infantile et des nouveaux nés ; promouvoir la santé au sein de la population active ; rendre davantage performant le système de santé notamment dans le contrôle des MAPE et la gestion des urgences sanitaires ; et s'attaquer aux problèmes environnementaux qui nuisent à l'épanouissement sanitaire des populations.²⁰⁸ Pour venir à bout de ces défis, l'OMS a mis en place un plan avec 5 axes stratégiques :

²⁰⁶ OMS, "Stratégie de coopération ... p. 8.

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 9.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 11.

Tableau 37 : Axe stratégiques de la coopération entre l’OMS et les pays entre 2010 et 2015 : cas du Cameroun

	Axes stratégiques	Actions
1	La lutte contre les maladies	Cet axe est basé sur surveillance intégrée des maladies et la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI), la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) et les maladies non transmissibles
2	L’amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l’adolescent et la survie de l’enfant	Elle est basé sur la santé de la mère et du nouveau-né, interventions en faveur de la survie de l’enfant (nouveaux vaccins dans le PEV de routine, interventions en vue de la certification de l’éradication de la poliomyélite)
3	La préparation et réponse aux situations d’urgences et de catastrophes	Elle est basée sur la préparation et la coordination des réponses aux urgences et catastrophes.
4	La promotion de la santé	Elle se fait par le développement des initiatives nationales visant la réduction des inégalités en santé, la promotion pour toutes actions intersectorielles pour faire face aux principaux déterminants de la santé, la promotion d’environnements favorables à la santé, la promotion de comportements et des styles de vie favorables à la santé.
5	le renforcement du système de santé	Il passe par le leadership et la gouvernance, la qualité des prestations des services de santé, la participation communautaire, les ressources humaines, le financement, le système d’information sanitaire, les technologies essentielles, la recherche opérationnelle, et le partenariat pour le développement sanitaire

Source : Nous, élaboré à partir de OMS, “Stratégie de coopération ... p.11.

Ces axes d'intervention sont ainsi tous mis à contribution pour davantage augmenter les performances et les capacités tant sur le plan quantitatif que qualitatif des systèmes de santé, notamment celui du Cameroun. Elle est donc principalement dirigée vers les pays en voie de développement, surtout ceux d'Afrique noire situés en Afrique subsaharienne. Pour accomplir ses objectifs, l'OMS coopère avec des organisations gouvernementales, non gouvernementales et même la société civile.

**CHAPITRE IV : POLITIQUE DE L'OMS POUR LA
LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES ET
LEUR IMPLEMENTATION AU CAMEROUN**

Afin d'atteindre ses objectifs, l'OMS coopère avec des organisations spécialisées, chacune ayant un but à atteindre sur une population ciblée. Ainsi, elle définit les grandes orientations avec des politiques telles que la promotion de la santé, ou le règlement sanitaire international qui ont été au fil du temps et tant bien que mal implémenté par le Cameroun.

D) LA POLITIQUE DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES

1) La politique de promotion de la santé : le cas spécifique de l'Afrique

Depuis l'adoption du concept de promotion de la santé en 1986 par l'OMS et paraphé dans la charte d'Ottawa, la promotion de la santé en Afrique subsaharienne malgré tout reste très peu développé sur le continent. Cependant, le continent est l'un des pionniers en ce qui concerne les indicateurs médiocre en matière de santé.²⁰⁹ Le continent est ainsi sujet à des fléaux tel que des maladies transmissibles, les maladies non-transmissibles et socio-comportementales auquel on peut ajouter l'analphabétisation, la pauvreté, et le sous-développement.²¹⁰ Dans cette région du monde où la pratique ne suit pas toujours la théorie, il faut attendre 11 ans pour que les pays africains, pour la première fois participent à une conférence de santé, celle de Jakarta en 1997.²¹¹ Cependant, les directives de la conférence de Jakarta semblaient être inappropriées au contexte africain. En 2000, les Etats africains adressent une correspondance à l'OMS lui demandant de produire une stratégie régionale de promotion de santé adaptée au contexte africain. Ce qui sera fait et adaptée dès 2001.

a) Adoption de la stratégie régionale de promotion de la santé par les États Africains (2001)

La stratégie régionale africaine de promotion de la santé a été mise en place lors de la 51^{ème} session de l'OMS zone Afrique à Brazzaville, au Congo, tenue du 27 au 1^{er} septembre

²⁰⁹ D. Houéto, "La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions", IUHPE – PROMOTION & EDUCATION Supp(1), 2008, p. 49.

²¹⁰ D. Houéto, Hélène Valentini, "La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir", Santé publique volume 26 / N°1 Supplément - juillet-août 2014, 2014, p. 12.

²¹¹ *Ibid.*

2001. Cette stratégie a reconnu que la promotion de la santé était un problème dans le continent. Ces problèmes sanitaire sont originaire des facteurs physiques, économiques, sociaux et culturels.²¹² Ainsi, cette stratégies invite les Etats membres à encourager les actions en faveurs de la promotion de la santé notamment dans les déterminants de santé ; à élaborer des stratégies nationales englobant les politiques, les cadres de référence et les plans d'action pour renforcer la capacité institutionnelle de promotion de la santé et développer les systèmes de santé ; à renforcer et soutenir les programmes en générale et les programmes communautaires en particulier de promotion de la santé ; de planifier, mettre en œuvre et évaluer des actions globales de promotion de la santé, axées sur amélioration des connaissances et des compétences individuelles, le renforcement de l'action communautaire, la création de milieux favorables à la santé, l'élaboration, mise en œuvre des politiques liées à la santé, la réorientation des services de santé ; et de mobiliser des moyens et des acteurs nouveaux en faveur de la santé dans les secteurs public et privé, les organisations non gouvernementales, les communautés et les organismes internationaux et bilatéraux.²¹³

Au niveau régional, l'OMS invite le directeur de l'OMS pour la zone Afrique à accompagner les Etats membres dans la mise en place des stratégies pour promouvoir la santé notamment par le renforcement de la capacité technique des points focaux nationaux, de mettre en place un canal pour régulièrement informer les Etat sur les avancés et expériences enregistrés en matière de promotion de la santé, de mobiliser davantage de ressources pour promouvoir la santé, d'établir des plans opérationnels pour la période 2002-2012, et de d'avoir un suivi sur les progrès accomplis.²¹⁴ C'est finalement en 2002, qu'est adoptée les grandes lignes directrices de la mise en œuvre de la promotion de la santé en Afrique.

b) Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire (2008)

En 2008, une nouvelle impulsion a été apportée sur la promotion de la santé en Afrique. Ainsi, la déclaration Ouagadougou des Etats membres de la région africaine de l'OMS sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique le 30 avril 2008 en partenariat avec

²¹² OMS, "Rapport de la 51^{ème} session, 27 août – 1^{er} septembre 2001", Brazzaville, Organisation mondiale de la santé, p. 1.

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ OMS, "Rapport de la 51^{ème} session ... p. 2.

African development Bank Group, Joint United Nations Programme on GHIV/AIDS, United Nations Population Fund, et World Health Organization, “réaffirme les principes de la Déclaration d’Alma-Ata de septembre 1978, en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux Gouvernements de veiller à la santé de leurs populations”²¹⁵.

Ainsi, les Etats membres réunis reconnaissent qu’il est primordial d’agir sur les déterminants de la santé en Afrique, notamment en ce qui concerne le développement économique, la gouvernance, l’éducation, le genre, la sécurité alimentaire et la nutrition, l’environnement, la paix et la sécurité ; reconnaissent que depuis Alma Ata, des progrès non négligeables ont été accomplis, dans la lutte contre les grandes endémies (l’éradication de la variole et de la lutte contre la rougeole, l’éradication de la poliomyélite et du ver de Guinée, ainsi que dans l’élimination de la lèpre et de la cécité des rivières) ce malgré l’émergence des nouvelles maladies tel que le VIH/SIDA et la crise économique ; la conférence félicite l’engagement pris par les Etats membres à augmenter progressivement le budget pour la promotion de la santé pour dépasser le cap des 15% du budget national même si elle soulève des préoccupations quant aux relations nord-sud dominées par les pays riches, ce qui a un impact sur le développement sanitaire des pays africain ; enfin, la conférence félicite l’union africaine (UA) pour son engagement dans le processus de promotion de la santé pour une période allant de 2007 à 2015, mais aussi des progrès accomplis sur les déterminants de la santé tel que la paix, la sécurité, la croissance économique et l’implication accrue des Communautés économique régionales.²¹⁶

Aux Etats membres, la conférence recommande premièrement de renforcer les systèmes de santé nationaux, notamment pour lutter contre “les maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ; de la santé infantile ; de la santé maternelle ; des traumatismes ; du fardeau émergent des maladies chroniques”²¹⁷ afin de parvenir aux objectifs de millénaire pour le développement. La conférence recommande aussi, pour répondre aux besoins sanitaires des populations, développer les systèmes de santé pour améliorer l’accès aux soins de santé et décentraliser les responsabilités afin de diminuer les écarts. De plus, la conférence encourage les partenariats public-privés, y compris avec la société civile et la

²¹⁵ OMS, “Déclaration de Ouagadougou Sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire”, Déclaration des Etats membres de la région africaine de l’OMS, Genève, Organisation mondiale de la santé, 30 avril 2008, p. 2.

²¹⁶ OMS, “Déclaration de Ouagadougou ... p. 3.

²¹⁷ *Ibid.*

communauté afin d'agir efficacement sur les déterminants de la santé. Aussi, mettre en œuvre une stratégie adéquate afin de mieux exploiter les ressources pour répondre efficacement aux besoins des populations ; de mettre en place des mécanismes viables pour rendre plus disponibles, plus abordables et plus accessibles les médicaments essentiels, les produits, les fournitures, les technologies appropriées et les infrastructures par l'allocation des ressources suffisantes, le transfert de technologies, la coopération sud-sud et l'utilisation d'approches sous directives communautaires et de remèdes issus de la médecine traditionnelle africaine ;²¹⁸ de renforcer les systèmes d'information et de surveillance, et promouvoir la recherche opérationnelle sur les systèmes de santé en vue d'étayer la prise de décisions ; de mettre en place une stratégie de financement de projet et une politique de protection des plus vulnérables (femmes et enfants), mettre en place des régimes d'assurance maladie pour éviter des dépenses de santé énormes et garantir la solidarité et la sécurité sociale et mettre en œuvre la déclaration d'Abuja en portant progressivement à 15% au moins la part du budget national allouée à la santé, et consacrer au moins 2% du budget du secteur de la santé au renforcement du système national de recherche en santé et créer des centres d'excellence en Afrique ;²¹⁹ et enfin, mener des campagnes de sensibilisation et de conscientisation des populations, surtout les plus jeunes pour ce qui est de la promotion de la santé, mais aussi renforcer les capacités communautaires à changer les comportements et à adopter des modes de vie plus sains, à prendre en main leur propre santé et à participer davantage aux activités liées à la santé, et créer un environnement permettant de doter les communautés des moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé, conformément à l'approche des soins de santé primaires.²²⁰

La conférence de Ouagadougou a prié la communauté internationale d'une part de soutenir, dans le long terme, les Etats africains dans le processus de mise en œuvre de politique de santé et des plans nationaux de développement sanitaire en tenant compte des objectifs sanitaires international et des OMD. D'autre part, la communauté internationale devra davantage investir dans les systèmes nationaux de santé et mettre en application les principes de la déclaration de Paris de 2005²²¹. À l'UA et aux Communautés économiques régionales, la

²¹⁸ OMS, "Déclaration de Ouagadougou ... p. 3.

²¹⁹ *Ibid.*, p. 4.

²²⁰ *Ibid.*

²²¹ Lors de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (28 février au 2 mars 2005), sur le thème "Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle", les Etats ont réaffirmé leur désir de redoubler d'efforts pour accroître l'efficacité de l'aide notamment pour le renforcement des stratégies nationales de développement des pays partenaires et des cadres opérationnels correspondants (plans, budgets et cadres d'évaluation des performances, par exemple) ; l'alignement de l'aide sur les priorités, systèmes et procédures des pays partenaires et soutien au renforcement de leurs capacités ; le renforcement des obligations mutuelles des donateurs et des pays partenaires à l'égard des citoyens et des instances parlementaires concernant

conférence a recommandé de maintenir le leadership politique, de renforcer le plaidoyer et la mobilisation des ressources et le financement du secteur de la santé, et continuer à explorer les possibilités de coopération sud-sud au sein de la région.²²² À l’OMS, les conférenciers ont recommandé la mise sur pieds d’un mécanisme de suivi de l’application des mesures prises ; enfin, aux institutions des Nations Unies, l’ONUSIDA, le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations unies pour l’enfance (UNICEF) et l’OMS, la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement, et les autres partenaires internationaux intervenant en faveur du secteur de la santé, de fournir un appui pour faciliter la mise en œuvre des décisions prises lors de la déclaration.²²³ La conférence d’Ouagadougou marque ainsi un tournant décisif pour la promotion de la santé en Afrique, avec la participation de 45 pays²²⁴, dont le Cameroun.

c) Déclaration d’Alger : Réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique (2008)

La Conférence interministérielle portant sur la Recherche pour la Santé dans la Région africaine s’est tenue du 23 au 26 juin 2008 à Alger, en Algérie, sous le thème “Réduire le déficit de connaissances pour améliorer la santé en Afrique”.²²⁵ Cette conférence est convoquée dans un contexte de pauvreté, de dérèglement climatique, de développement des maladies telles que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies émergentes, les maladies tropicales négligées, les maladies à potentiel épidémique et autres situations d’urgence complexes.²²⁶ Ces maladies menacent davantage notamment les personnes vulnérables, les femmes enceintes et

leurs politiques et leurs stratégies de développement, et les résultats obtenus, la suppression des doubles emplois dans les efforts des donateurs et rationalisation de leurs activités pour en optimiser la rentabilité. v. Réforme et simplification des politiques et procédures des donateurs dans un sens qui encourage la collaboration et l’alignement progressif sur les priorités, systèmes et procédures des pays partenaires ; la définition de mesures et de normes de performance et de reddition de comptes pour les pays partenaires dans les domaines de la gestion des finances publiques, de la passation des marchés, des garanties fiduciaires et de l’évaluation environnementale, conformément aux bonnes pratiques généralement acceptées, et mise en application rapide et généralisée de celles-ci.

²²² OMS, “Déclaration de Ouagadougou ... p. 5.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ On compte parmi ces pays l’Algérie, l’Angola, le Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, République Centrafricaine, Tchad, Comores, République Du Congo, Cote D’Ivoire, République Démocratique Du Congo, Erythrée, Ethiopie, République Gabonaise, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Léone, Afrique Du Sud, Swaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

²²⁵ OMS, “Rapport de la Cinquante-huitième session Yaoundé, Cameroun, 1^{er} – 5 septembre 2008”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008, p. 1.

²²⁶ *Ibid.*, p. 3.

les enfants. Ceci dit, à ces maladies, l'Afrique est sujet à un manque d'infrastructures, si non des infrastructures vétustes, les politiques parfois inadéquates au contexte africain, une réglementation qui ne protège pas toujours le citoyen (le malade). L'utilisation des technologies archaïques, la fuite des cerveaux vers l'hexagone, et l'encadrement non efficace de la recherche et des chercheurs viennent terminer de dépeindre ce contexte. Cette conférence sur la promotion de la santé en région africaine avait donc un triple objectif : la production et la mise à disposition des connaissances en vue de réduire le déficit de connaissance afin d'accélérer le développement sanitaire ; de divulguer les innovations en matière de la recherche et de prendre en exemple les expériences réussies ailleurs pour promouvoir la santé en Afrique ; et de prendre des décisions de politique de santé en Afrique sur la bases des connaissances et des données pertinentes et à jours.²²⁷ Pour pallier aux problèmes sanitaires africains, notamment dans le retard observé en matière de promotion de la santé, les conférenciers ont pris une série de mesures et d'engagements pour la date butoir de fin 2009.

Les conférenciers se sont engagés à mettre en synergie tous les intervenants du domaine de la santé et de mettre en place des politiques permettant de développer l'équité, l'éthique et la confiance du public ; de soutenir les efforts nationaux notamment du développement de la recherche et de l'étendre aux grands déterminants multidimensionnels de la santé ; de créer ou renforcer la coopération Sud-Sud et Nord-Sud, y compris le transfert de technologies ;²²⁸ de placer les objectifs de recherche sanitaire au même diapason que les objectifs nationaux de développement en nouant des partenariats intergouvernementaux, interuniversitaires et les organisation de la société civile ; créer des institutions de recherche pour produire informations importante pour la prise de décision , la surveillance des maladies, et mettre des ressources humaines à disposition de ces centres de recherche ; encadrer cette recherche, notamment la réglementation sur les essais cliniques, la sensibilisation des populations sur leur rôle, leurs droits et devoirs en matière de recherche pour la santé ; de publier les résultats de la recherche ; d'attribuer à la recherche 2% du budget national de la santé et 5% des aides extérieures pour la santé ;²²⁹

Ainsi, pour booster la recherche, les conférenciers invitent les gouvernements à mettre en place des mécanismes pour attirer les cerveaux diversifiés ; à mettre à disposition les informations sanitaires et un système d'information sanitaire national efficace ; de prendre les

²²⁷ OMS, "Rapport de la Cinquante-huitième session Yaoundé, Cameroun, 1^{er} – 5 septembre 2008", ... p. 1.

²²⁸ *Ibid.*, p. 5.

²²⁹ *Ibid.*, p. 1.

décisions et les orientations politiques en fonction des résultats de la recherche ; à mettre en place une recherche productive ; à associer les données du secteur privé dans les systèmes nationaux d'information ; à vulgariser l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) ; à ériger comme priorité orientations stratégiques nationales pour la gestion des connaissances, mettre en place une réglementation pour gérer ces connaissances, et renforcer les capacités nationales de gestion des connaissances, mais "adopter des politiques propres à favoriser l'application des droits de propriété intellectuelle en faveur du public et des partenariats de recherche Nord-Sud et public/privé, afin de faciliter l'accessibilité des résultats de recherche".²³⁰

En fin, la conférence a exhorté les chercheurs, les institutions de recherche et les réseaux de recherche et d'information à collaborer davantage avec les décideurs et agir comme aide à la décision ; aux partenaires nationaux, internationaux, privés, la société civile et les communautés économiques régionales à soutenir les politiques nationales de santé, à promouvoir la coopération équitable Sud-Sud, Nord-Sud et le transfert de technologie, et d'investir dans la recherche et renforcer les capacité de la recherche. À l'Union Africaine, de faire le plaidoyer pour le renforcement des systèmes de recherche pour la santé et encourager la coopération régionale ; et enfin à l'OMS, de soutenir les pays avec davantage de moyens qualitatifs et quantitatif dans la recherche en santé, de renforcer les systèmes nationaux de recherche en dynamisant la collaboration Sud-Sud et transfrontalière, à accompagner le continent dans la mise en place centres d'excellence sous régionaux et régionaux pour le développement de la recherche pour la santé,²³¹ à augmenter le budget de l'OMS pour la recherche, à mettre en place des mécanismes observatoires de la recherche en Afrique, et accompagner les pays africain dans la mise en place des résolution de la déclaration de Alger pour réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique.²³²

²³⁰ OMS, "Rapport de la Cinquante-huitième session Yaoundé, Cameroun, 1^{er} – 5 septembre 2008", ... p. 6.

²³¹ *Ibid.*, p. 7.

²³² *Ibid.*

d) Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008)

La conférence sur la promotion de la santé de Libreville a réuni au Gabon du 28 au 30 août 2008 les ministres en charge de la santé des pays africains.²³³ La contextualisation de cette conférence révèle que qu'en 2008, plus de 32% des décès sont liés aux facteurs de risque évitables liés à la détérioration de l'environnement, relevé par la pauvreté qui expose davantage les populations les plus vulnérables²³⁴ ; environ 60% des écosystèmes sont détruit ou menacés, la non implémentation de la convention de Bamako sur les Déchets dangereux²³⁵ ; et la multiplication des catastrophes naturelles du au changement climatique.²³⁶ Ainsi, les conférenciers ont ainsi martelé la nécessité de mener davantage de recherche pour être mieux informé sur l'impact des facteurs environnementaux sur l'homme en région africaine ; la nécessité de mettre en place une politique fiable de développement durable ; et la nécessité de trouver des solutions adéquates pour faire face aux facteurs environnementaux qui entravent le processus d'assainissement²³⁷. Au-delà de ces facteurs identifiés, existent des facteurs dont la portée est encore inconnue. Il s'agit donc des menaces liées à l'environnement en Afrique (changement climatique, expansion industrielle et nouvelles technologies).²³⁸ Ceci dit, les conférenciers restaient convaincus que la gestion appropriée de ces risques sanitaires et environnementaux relevé par la participation et l'engagement de tous les acteurs seraient un atout pour parvenir à une sécurité sanitaire en Afrique.²³⁹

De prime abord, les conférenciers se sont donc engagés à mettre en œuvre toutes les déclarations et conventions internationales sur les liens entre la santé et l'environnement,

²³³ OMS, "Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique", Libreville, Organisation mondiale de la santé, 29 août 2008, p. 3.

²³⁴ Parmi les populations vulnérables, on distingue les enfants, les femmes, les populations rurales pauvres, les personnes vivant avec des incapacités, les réfugiés ou les personnes déplacées, et les personnes âgées.

²³⁵ La Convention de Bamako sur l'interdiction d'importer en Afrique des déchets dangereux et sur le contrôle des mouvements transfrontières et la gestion des déchets dangereux produits en Afrique, ou plus simplement Convention de Bamako, est adoptée en 1991 et est entrée en vigueur en 1998. L'objectif est de protéger la santé des populations et l'environnement des pays africains vis-à-vis du transit, du dépôt et de la manipulation de déchets dangereux en provenance d'autres pays. La convention vise aussi à améliorer et à assurer la gestion écologiquement rationnelle des déchets dangereux, ainsi que la coopération des états africains impliqués.

²³⁶ OMS, "Déclaration de Libreville ... p. 4.

²³⁷ Parmi les facteurs naturels qui dégradent le processus d'assainissement, on distingue l'accès inadéquat à l'eau potable, le manque d'assainissement, la pollution de l'air, les maladies transmises par les vecteurs, la mauvaise gestion des produits chimiques et des déchets, y compris les nouvelles substances toxiques, la désertification, les risques industriels et domestiques, et les catastrophes naturelles.

²³⁸ OMS, "Déclaration de Libreville ... p. 4.

²³⁹ *Ibid.*

notamment.²⁴⁰ En plus de cet engagement pris, les conférenciers ont pris l'engagement de créer une alliance stratégique entre l'environnement et la santé ; de mettre à jour des cadres nationaux, sous régionaux et régionaux pour remédier aux catastrophes environnementales sur la santé ; d'assurer l'intégration des objectifs convenus dans les domaines de la santé et de l'environnement dans les stratégies de réduction de la pauvreté afin d'atteindre les OMD ; de développer les capacités nationales, sous régionales et régionales pour mieux prévenir les maladies liées à l'environnement ; de soutenir l'acquisition et la gestion des connaissances sur la santé et l'environnement notamment en encourageant la recherche et en encadrant les publications ; de mettre en place et renforcer les systèmes de surveillance de la santé et de l'environnement afin de gérer et de mesurer les effets environnementaux sur la santé ; d'accélérer l'entrée en vigueur des mesures nationales et internationales visant à protéger les populations contre les menaces sanitaires liées à l'environnement ; de mettre en place des mécanismes nationaux de contrôle et d'évaluation pour mesurer la performance dans la mise en œuvre des programmes prioritaires et des mécanisme de revue pour s'inspirer des expériences passées dans le présent et envisager le futur ; d'évaluer systématiquement les risques sanitaires liés à l'environnement ; de promouvoir les partenariats nationaux et/ou international pour les question liées à la santé et à l'environnement ; enfin d'allouer davantage de ressources au secteur de la santé et de ses dérivés ou affluents.²⁴¹

Les conférenciers ont invité les organisations internationales, notamment l'OMS, le programme des nations unies pour l'environnement, les banques de développement d'Afrique et les communautés économiques sous régionales africaines, à accompagner les participants de la conférence de Brazzaville (les pays africains) à mettre en œuvre les résolutions prises ; à se mettre à jour sur les nouveaux procédés et à partager ses expériences, mais aussi à accompagner les Etats africains dans la mise en application des conventions internationales.²⁴²

²⁴⁰ Il s'agit de la déclaration de Stockholm sur l'Environnement humain (1972) ; la déclaration de Alma-Ata sur les Soins de Santé primaires (1978) ; la convention de Bamako sur les déchets dangereux (1991) ; la déclaration de Rio de Janeiro des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement (1992) ; la Déclaration du Millénaire et les Objectifs subséquents du Millénaire pour le Développement (2000) ; le Plan d'action de Johannesburg (2002), adopté par le Sommet mondial sur le Développement durable ; la Stratégie pour la Santé en Afrique de l'Union africaine (2007) ; la déclaration d'Alger sur la désertification (2006) ; la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé en Afrique (2008) ; la déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique (2008) ; la Déclaration d'e-Thekwini sur l'Hygiène et l'Assainissement (2008) ; la déclaration de Bali sur la gestion des déchets au service de la santé et des Moyens de Subsistance.

²⁴¹ OMS, "Déclaration de Libreville ... p. 5.

²⁴² *Ibid.*

e) La stratégie pour la région africaine d'action sur les principaux déterminants de la santé (2010)

En 2010, la situation socioéconomique en région africaine est préoccupante. Ce contexte prend ses racines dans les années 1980 – 1990, lorsque le continent, surtout en zone subsaharienne, a été “confrontés à l’accentuation du dénuement économique et de la pauvreté, à la détérioration de la sécurité alimentaire, aux ravages causés par la pandémie de VIH/sida, à la destruction de l’environnement, à l’augmentation du chômage, et au recul général des indicateurs de développement humain”²⁴³. Ainsi, cette situation désolée a entraîné l’augmentation du pourcentage de l’extrême pauvreté²⁴⁴, qui est passé de 47% en 1990 à 50% en 2009²⁴⁵, soit la moitié de la population d’Afrique subsaharienne, phénomène accentué au niveau des populations les plus vulnérables. Le continent africain, selon les indicateurs comparés, reste largement à la traîne. Ceci dit, en 2007, l’expérience de vie à la naissance est estimée à 52 ans seulement, contre 64 et 65 ans pour les régions de la Méditerranée orientale et de l’Asie du Sud-Est, pour une moyenne mondiale de 68 ans.²⁴⁶ À ce contexte, on peut y associer la lenteur dans les cibles des objectifs du millénaire pour le développement²⁴⁷, le taux de mortalité infantile qui reste élevé, de larges inégalités dans la couverture des services de santé, l’approvisionnement en eau potable et l’assainissement, et les résultats sanitaires²⁴⁸. Des facteurs exogènes tel que La mondialisation, le commerce, l’urbanisation, les changements environnementaux, les technologies de l’information, le changement climatique et les conflits civils influent sur les comportements socioculturels qui ont un impact sur l’environnement sanitaire.²⁴⁹ C’est donc dans ce contexte qu’est convoquée la conférence sur les principaux déterminants de la santé pour mettre en place des stratégies d’intervention sur les principaux déterminants de la santé, et établir des responsabilités communes et individuelle sur les actions à mener sur ces déterminant de la santé pour promouvoir la santé en Afrique. La conférence vise ainsi à “aider les États Membres à intégrer les mesures visant à réduire les inégalités en matière de santé par des politiques et plans intersectoriels permettant d’agir efficacement sur

²⁴³ OMS, “Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la région africaine”, Malabo, Organisation mondiale de la santé, septembre 2010, p. 4.

²⁴⁴ Selon la Banque Mondiale, on parle d’extrême pauvreté lorsque la population vit avec moins de US \$1,25/jour : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:20104132~menuPK:250991~pagePK:43912~piPK:44037~theSitePK:29708,00.html>, consulté le 31 aout 2020.

²⁴⁵ *Ibid.*

²⁴⁶ <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>, consulté le 31 aout 2020.

²⁴⁷ OMS, “Vers l’atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives”, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique, p .3.

²⁴⁸ *Ibid.*

²⁴⁹ OMS, “Agir sur les principaux déterminants de la santé ... p. 6.

les principaux déterminants de la santé'''.²⁵⁰ Il s'agit donc d'accompagner les Etats membres de l'OMS de la zone Afrique dans la mise en place des mesures d'intervention dans les déterminants de la santé.

Les interventions sont ainsi d'ordre multisectoriel. Sur le secteur spécifique de la santé, les conférenciers se veulent de renforcer les performances des ministères de la santé, renforcer les capacités dans les domaines de l'élaboration des politiques, du leadership et du plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, plaider pour l'adoption de lois et de règlements garantissant à l'ensemble de la population un haut niveau de protection socio sanitaire, mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé universels et de qualité, accroître l'équité dans le financement de la santé et l'allocation des ressources.²⁵¹

Pour ce qui est l'intervention autre que dans le secteur de la santé, les conférenciers ont décidés de mettre en place un système permettant de garantir la protection sociale tout au long de la vie, d'élaborer ou promouvoir des politiques axées sur les milieux favorables à la santé et les populations en bonne santé, de veiller à l'équité en santé dans toutes les politiques, d'évaluer et atténuer les effets néfastes du commerce international et de la mondialisation, de renforcer la bonne gouvernance à l'échelle mondiale pour promouvoir la santé et l'équité en santé, d'investir dans le développement du jeune enfant pour garantir l'équité dès le départ, d'intégrer la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé, d'intégrer et promouvoir l'égalité entre les sexes, de s'attaquer à l'exclusion sociale et à la discrimination, de favoriser l'émancipation politique, de Protéger, voir améliorer les déterminants sociaux de la santé pendant les conflits, et de veiller au suivi systématique, à la recherche et à la formation.²⁵²

Pour mettre en place ces interventions, il a été mis en place des acteurs responsables pour différents niveaux. Au niveau des Etats membres, le rôle du ministère de la santé dans l'administration générale est renforcé, les mécanismes de plaidoyer, de collecte et de diffusion des bases factuelles sont institutionnalisés, la documentation sur les principaux déterminants de la santé deviennent mieux outillés, des actions sont menées sur les déterminants de la santé pour réduire les inégalités, et mener une politique globale de promotion de la santé.²⁵³ À long terme, veiller à ce que les politiques, plans et programmes de santé soient orientés vers l'action sur les principaux déterminants sociaux de la santé, mettre en adéquation la santé et les programmes

²⁵⁰ OMS, "Agir sur les principaux déterminants de la santé ... p. 7.

²⁵¹ *Ibid.*, p. 9.

²⁵² *Ibid.*, p. 11.

²⁵³ *Ibid.*, p. 6.

d'éducation, soutenir financièrement les programmes de promotion de la santé, et plaider pour la bonne gouvernance et pour la responsabilité sociale des entreprises aux niveaux national et mondial.²⁵⁴ Aux organisations internationales, notamment l'OMS, de mener des consultations pour déterminer les actes prioritaires, de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des progrès accomplis dans les régions, et de veiller au renforcement de la coordination au sein de l'OMS.²⁵⁵

2) La politique du règlement sanitaire international (RSI) : le RSI de 2005

Le règlement sanitaire de 2005 se voulait de moderniser les actions de santé publique à travers le monde. Il décrit un nouveau cadre juridico-sanitaire à la hauteur des défis qui se proposent depuis le règlement sanitaire de 1969, révisé en 1973 puis 1981. Ainsi ; entre 1981 et 2005, le monde a connus des mutations majeurs. Parmi celle-ci, on distingue donc la mondialisation qui est la cause principale de l'augmentation des flux des échéances, des communications et des voyages. Ce phénomène a rendu obsolète le règlement sanitaire de 1981 qui se limitait à la notification obligatoire de trois maladies (la fièvre jaune, le choléra, et la peste). Il est ainsi question pour le nouveau règlement d'élargir les prérogatives du droit sanitaire international à tout ce qui peut nuire la santé publique mondiale. Ceci dit, l'objet du règlement sanitaire internationale de 2005 est de “ prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ”²⁵⁶ le but ultime affiché est donc d'empêcher la propagation de la maladie par l'intermédiaire des mouvements humains internationaux. Une série de mesures et d'obligations ont ainsi été mis en place par l'OMS dans le règlement sanitaire international (RSI) de 2005 pour prévenir ces cas de maladie et harmoniser l'action sanitaire dans le monde.

²⁵⁴ OMS, “Agir sur les principaux déterminants de la santé ... p. 11.

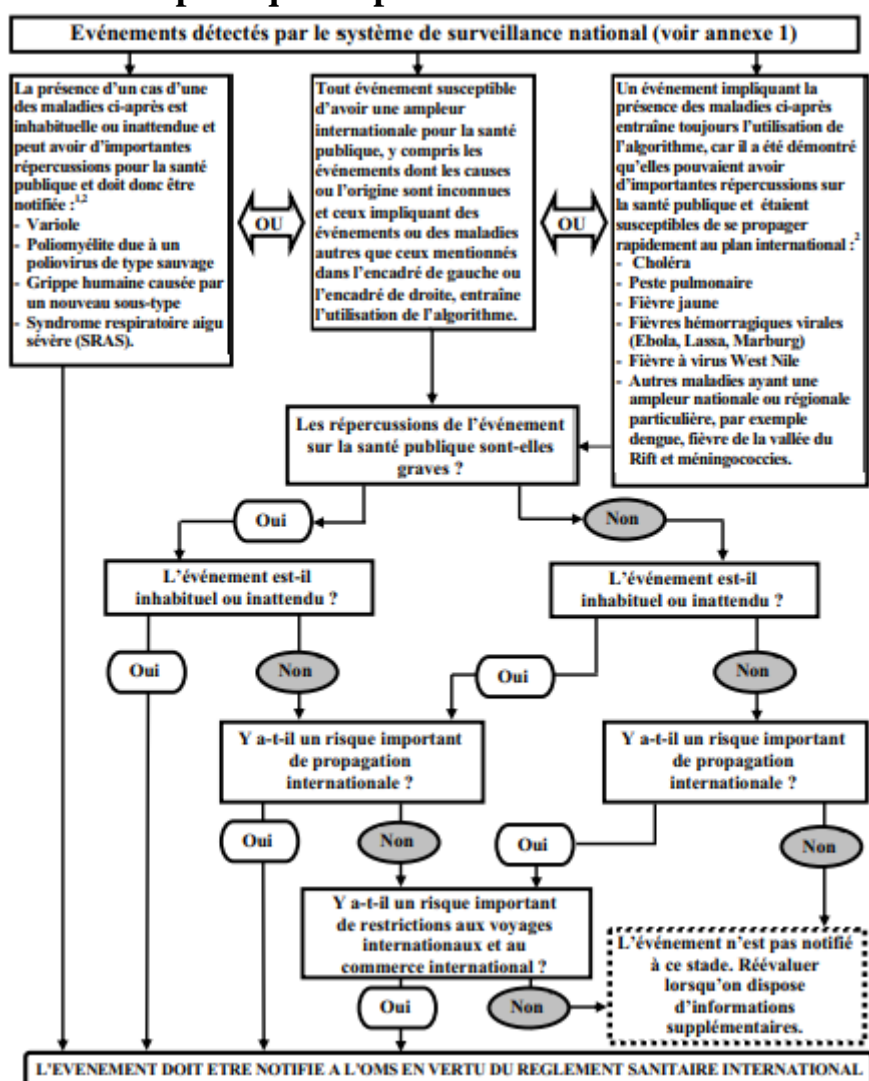
²⁵⁵ *Ibid.*, p. 12.

²⁵⁶ OMS, “Règlement sanitaire international (2005)”, deuxième édition, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008, p. vii.

a) Information sanitaire et action de santé publique

L'information sanitaire est basée sur la notification des cas à l'OMS par un Etat partie. Cependant, il s'agit plus d'une collaboration entre l'OMS et l'Etat en question. Ceci dit, l'Etat se charge d'évaluer la menace sanitaire qui survient sur son territoire ; si cette menace constitue une urgence de santé publique de portée internationale, l'Etat est tenu de la notifier à l'OMS sous les 24h suivant la découverte du cas et par la voie qu'il jugera adéquate.²⁵⁷ Ainsi, pour qu'un cas soit notifié à l'OMS, il faut au préalable que le schéma suivant soit respecté :

Schéma 3 : Evènements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale



Source : OMS, "Règlement sanitaire international (2005)", deuxième édition, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008, p. 56.

²⁵⁷ OMS, "Règlement sanitaire international (2005)", deuxième édition, ... p. 13.

Par ce schéma, on peut constater deux grandes catégories d'événement : ceux suscitant une notification directe à l'OMS, et ceux nécessitant une analyse préalable avant notification à l'OMS. Ainsi, sont directement notifiés à l'OMS les cas de variole, poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, de grippe humaine causée par un nouveau sous-type, et de syndrome respiratoire aigu sévère. Ces maladies sont considérées comme suffisamment dangereuses et pouvant avoir un impact direct sur la santé publique internationale. La seconde catégorie représente les cas qui ne sont pas forcément nocifs pour la santé publique internationale. Elle nécessite donc une réévaluation approfondie avant notification à l'OMS ; il s'agit des cas du choléra, de la peste pulmonaire, de la fièvre jaune, des fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa, Marburg), de la fièvre à virus West Nile, de la dengue, de la fièvre de la vallée du Rift et méningococcies, mais aussi de tout événement susceptible d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique, y compris les événements dont les causes ou l'origine sont inconnues et ceux impliquant des événements ou des maladies autres sus mentionnés.

Le RSI a ainsi prévu des mesures applicables en cas de dépistage d'un cas de maladie. Ceci dit, selon les recommandations de l'OMS sur les personnes, l'Etat partie doit examiner les antécédents de voyages dans des zones affectées, examiner la preuve qu'un examen médical et des analyses en laboratoire ont été effectués, exiger des examens médicaux, examiner la preuve des vaccinations ou autres mesures prophylactiques, exiger une vaccination ou une mesure prophylactique, placer les personnes suspectes en observation à des fins de santé publique, placer en quarantaine les personnes suspectes ou leur appliquer d'autres mesures sanitaires ; isoler ou traiter si nécessaire les personnes affectées, rechercher les contacts des personnes suspectes ou affectées, refuser l'entrée des personnes suspectes et affectées, refuser l'entrée de personnes non affectées dans des zones affectées, et soumettre à un dépistage les personnes en provenance de zones affectées et/ou leur appliquer des restrictions de sortie.²⁵⁸

Des mesures applicables sur les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ont été parallèlement élaborées par l'OMS dans le RSI de 2005. Ainsi, l'Etat partie devra examiner le manifeste et l'itinéraire, effectuer des inspections sanitaires, examiner la preuve des mesures prises au départ ou pendant le transit pour éliminer l'infection ou la contamination, effectuer le traitement des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux ou restes humains pour éliminer l'infection ou la contamination, appliquer des mesures sanitaires spécifiques pour garantir la sécurité de la

²⁵⁸ OMS, "Règlement sanitaire international (2005) ... p. 21.

manipulation et du transport de restes humains, isoler ou placer en quarantaine les objets contaminés, exiger la saisie et la destruction sous contrôle des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux infectés, contaminés ou suspects, et refuser le départ ou l'entrée sur le territoire.²⁵⁹

- **Contrôle sur les points d'entrée d'un Etat**

Le RSI de 2005 a pris en compte les nouvelles réalités apportées par la mondialisation. Désormais, les attributions de l'autorité compétente d'une part et les mesures sanitaires à l'arrivée et au départ des voyages international d'autre part sont davantage élargis afin de couvrir un large panel d'éventualité de propagation des maladies à potentielle épidémiques.

- **Rôle de l'autorité compétente**

Le contrôle sur les points d'entrée d'un Etat est la panache d'une autorité compétente désigné par l'Etat, et signalé à l'OMS par ce dernier. Elle a ainsi pour rôle de veiller à ce que le contenu d'un moyen de transport au départ d'une zone infectée soit contrôlé et au besoin désinfecté ; de veiller au respect des normes d'hygiène des installations aux points de départ afin que les voyageurs ne soient contaminés avant l'embarquement ou pendant une escale, de superviser la dératisation, la désinfection, la désinsectisation ou la décontamination des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux, restes humains, les mesures sanitaires appliquées aux personnes ; de superviser l'enlèvement et l'élimination hygiénique de l'eau ou des aliments contaminés, ainsi que des excréments humains ou animaux, des eaux usées et de toute autre matière contaminée se trouvant à bord d'un moyen de transport ; de surveiller et empêcher le rejet par les navires d'eaux usées, de déchets, d'eau de ballast et d'autres matières potentiellement pathogènes qui pourraient contaminer l'eau d'un port, d'un fleuve ou d'un canal, d'un détroit, d'un lac ou d'une autre voie navigable internationale ; de superviser les fournisseurs de services concernant les voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux et les restes humains aux points d'entrée, y compris de la conduite des inspections et des examens médicaux selon les besoins ; prévoit des dispositions d'urgence efficaces pour faire face à un événement imprévu affectant la santé publique ; et communique avec le point focal national RSI au sujet des dites mesures.²⁶⁰ Ces mesures peuvent donc être appliquées au départ comme à l'arrivée d'un voyage international. Cependant, l'autorité sanitaire se doit de prévenir l'équipage d'une quelconque action qui sera mené au sein de son moyen de transport, et d'éviter

²⁵⁹ OMS, "Règlement sanitaire international (2005) ... p. 21.

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 24.

autant que possible toutes gênes et tous traumatismes occasionnels. Ces mesures sont ainsi applicables aux ports, aux aéroports, et à tous les postes frontières.

- **Mesures sanitaires à l'arrivée et au départ d'un voyage international**

Un Etat peut, pour des besoins de sécurité sanitaire, mener des enquêtes sur les destinations des passagers afin de pouvoir les contacter en cas de contamination et exiger un examen médical non invasif, exiger l'inspection des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux et restes humains. Ainsi, à l'entrée, l'Etat s'assure que les passagers ne représentent aucun risque pour la santé publique en se soumettant à l'examen médical le moins invasif et le moins intrusif possible, en se faisant vacciner ou se soumettant à une autre mesure de prophylaxie, ou en se soumettant à des mesures sanitaires établies supplémentaires qui permettent de prévenir ou d'endiguer la propagation de la maladie, y compris l'isolement, la quarantaine ou le placement en observation à des fins de santé publique.²⁶¹

b) La documentation sanitaire

Au total, le RSI prévoit pour des besoins d'usage un certificat de vaccination ou autres mesures de prophylaxie, une déclaration maritime de santé, une déclaration générale d'aéronef relative aux questions sanitaires, et un certificat de contrôle sanitaire de navire.

- **Le certificat de vaccination ou autres mesures de prophylaxie**

Le certificat de vaccination est un élément essentiel de la documentation sanitaire. Il est ainsi considéré comme un laissez passer, car atteste du caractère indemne de la maladie pour la personne qui la possède. Il existe ainsi un vaccin pour la plupart des maladies présentant un risque pour la santé publique internationale. Le certificat de vaccination peut donc être présenté dans un port, aéroport ou frontière terrestre.

3) La politique de coopération avec les organisations spécialisées

L'OMS à elle seule n'est pas en mesure d'assurer les missions en matière de santé, car les tâches sont immenses. Elle s'attache donc à des partenaires qui lui apportent un appui

²⁶¹ OMS, "Règlement sanitaire international (2005)... p. 31.

technique non négligeable. Il s'agit donc du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du comité permanent des nations unies sur la nutrition, de l'organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du programme alimentaire mondiale (PAM), du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), de la Banque Mondiale (BM), de *Cornell university*, d'*Emory university*, d'*UC Davis* (université de Californie), et la fédération de la croix rouge et le croissant rouge.²⁶²

a) Les organismes spécialisés dans la protection des personnes vulnérables

Il s'agit de relation qui prévaut entre le fond des nations unies pour l'enfance, la croix rouge, le haut-commissariat pour les réfugiés et l'OMS. Ces organisations ont ainsi vocation à venir en aide aux populations les plus démunies, vulnérables, ou encore sinistrées du fait de catastrophes naturelles, de conflits, et autre phénomènes et/ou actions pouvant/ayant entraîné leur désarroi.

- Le fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF) et la santé de la mère et de l'enfant

La situation sanitaire des enfants des enfants dans le monde reste alarmante. Selon l'UNICEF, chaque jour environ 26000 enfants meurent de par le monde des maladies qui auraient pu être évitées. Ces situation touche presque essentiellement les pays pauvres ou en voies de développement, notamment la région d'Afrique subsaharienne. Ceci dit, il existe des menacent courante sur la vie des enfants, telles que la dénutrition, La pneumonie, la rougeole, le paludisme, le VIH et le SIDA, l'insalubrité, le manque d'hygiène et d'assainissement de base, des services inadéquats de soins et de nutrition pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent.²⁶³ Le but ultime de l'OMS dans sa coopération avec l'OMS est "aider les enfants et les femmes à survivre et à s'épanouir".²⁶⁴ Selon l'UNICEF, les décès des enfants sont dus à un manque personnel qualifié dans les maternités, à un manque d'hygiène de qualité, à un manque d'une politique adéquate de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du SIDA, à une nutrition inadéquate dû à un sevrage partiel, voir total, prématuré du nourrisson, à un système humanitaire faible du fait d'une alimentation pauvre en micronutriments essentiels, à la qualité déplorable de l'eau consommée qui provoque des

²⁶² <https://www.who.int/elena/about/partners/fr/>, consulté le 18 octobre 2020.

²⁶³ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

²⁶⁴ *Ibid.*

maladie diarrhéiques, au manque d'antibiotique pour lutter contre la pneumonie. À cela, on peut ajouter les programmes de vaccination qui pourraient éviter de nombreuses maladies et les moustiquaires imprégnées pour lutter contre le paludisme.²⁶⁵

Les domaines d'intervention de l'UNICEF pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant sont ainsi variés. L'UNICEF œuvre ainsi pour une promotion de politique favorable en matière de santé de la mère et de l'enfant, notamment en aidant les pays à définir une politique de santé et à le déployer dans son programme ; pour l'amélioration des services de santé, l'UNICEF œuvre dans les pays essentiellement pour développer et renforcer les système et santé, surtout dans la mise en place des soins de santé primaires ; pour la promotion de comportements sains, l'UNICEF a établi qu'un comportement sain permet d'éviter de nombreuses maladies et de sauver des vies. Il promeut ainsi des comportements sains au sein des communautés, des ménages et des personnes à l'échelle individuelle.²⁶⁶ Ceci dit, pour contrôler et mesurer l'évolution de ses efforts, l'UNICEF a mis sur pieds une méthode de suivi et évaluation axées sur trois stades : évaluer un problème posé ou constaté, en analyser les causes ou ses origines et agir en conséquence pour pallier au problème.²⁶⁷ Sa collaboration avec l'OMS permet ainsi davantage circonscrire, évaluer, et apporter des solutions pour une population cible bien déterminer.

- **La fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge et la promotion de la santé chez les personnes vulnérables**

La fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge, plus connus sous le nom de croix rouge, est la plus grande organisation humanitaire du monde avec à son actif 180 sociétés de la croix rouge et du croissant rouge représenté dans 150 pays pour environ 100 millions de bénévoles²⁶⁸. Créée le 5 mai 1919 à Paris, elle a pour but de promouvoir la coopération entre les différentes organisations humanitaires, et pour mission de fédérer et d'améliorer la situation des personnes les plus vulnérables.²⁶⁹ La fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge à travers le monde intervient non seulement en cas de

²⁶⁵ http://www.unicef.org/voy/french/explore/sowc/explore_4145.html, consulté le 23 octobre 2020.

²⁶⁶ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

²⁶⁷ <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.

²⁶⁸ <https://www.unhcr.org/fr/federation-internationale-des-societes-de-la-croix-rouge-et-du-croissant.html>, consulté le 24 octobre 2020.

²⁶⁹ *Ibid.*

catastrophe naturelle, mais aussi et surtout elle s'investit pour améliorer les services de santé et rapprocher celles-ci auprès des populations les plus vulnérables.²⁷⁰

Pour réaliser ses missions, la fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge a adopté une stratégie basée sur trois axes : le premier, le plaidoyer, vise à mobiliser davantage de ressources humaines et matérielles pour lutter contre les grandes endémies et promouvoir la santé ; le second axe, le renforcement des capacités pour réduire les écarts, vise à réduire le fossé entre le système de santé et les individus, surtout les plus vulnérables. Il s'agit donc pour la fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge de se servir de son réseau et de ses moyens pour aller directement à la rencontre des populations dans le besoin et leur porter assistance ; enfin le troisième axe, élargir le champ d'action en cas de crise, vise des interventions temporaires en cas de catastrophe, lorsque le système de santé est paralysé ou submergé, le temps que ce dernier reprenne le control.²⁷¹

- **Le haut-commissariat des réfugiés et la santé des réfugiés (HCR)**

Créé le 14 décembre 1950 par l'assemblée générale des nations unies, le Haut-Commissariat des nations unies pour les Réfugiés (UNHCR) a pour mission de "de diriger et de coordonner l'action internationale pour protéger les réfugiés et résoudre les problèmes de réfugiés dans le monde".²⁷² Il s'agit donc avant tout de préserver la dignité humaine. L'homme étant au centre des préoccupations, il doit pouvoir se mouvoir en toute sécurité, sans aucune crainte pour sa sécurité. Il en va ainsi de son épanouissement dans les domaines vitaux, tel que celui de la santé. La santé des réfugiés à travers le monde est donc une préoccupation mondiale, et par ricochet une préoccupation pour l'OMS à qui incombe en premier ce domaine.

En 1987, un accord fut signé entre l'organisation mondiale et le haut-commissariat pour les réfugiés. Cet accord donnait l'opportunité à l'OMS d'intervenir auprès des réfugiés en collaboration avec le HCR. Il est ainsi question de fournir des "soins de santé effectifs et réalistes aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur du territoire".²⁷³ Renouvelé en 1997, l'accord coopératif entre l'OMS et le HCR définit les responsabilités de chacune des parties. Ainsi, désormais pour tout ce qui est du domaine de la santé des réfugiés, le HCR devrait consulter l'OMS pour son expertise ; aussi, le HCR avec l'appui de l'OMS devrait mener des

²⁷⁰ <http://www.ifrc.org/fr/index.asp>, consulté le 24 octobre 2020.

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² <https://www.un.org/youthenvoy/fr/2013/09/haut-commissariat-nations-unies-les-refugies/>, consulté le 25 octobre 2020.

²⁷³ [https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandumsdaccord.html#:~:text=En%20mai%201997%2C%20l'OIM,activit%C3%A9s%20dans%20le%20monde%20entier.](https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandumsdaccord.html#:~:text=En%20mai%201997%2C%20l'OIM,activit%C3%A9s%20dans%20le%20monde%20entier.,), consulté le 25 octobre 2020.

négociations avec des gouvernements pour une meilleure couverture sanitaire pour les populations vulnérables se contentant des services de santé publiques ; enfin, l’OMS devrait apporter un soutien technique à durée déterminée, à la demande du HCR, et en retour le HCR devrait apporter une aide logistique aux fonctionnaire de l’OMS.²⁷⁴ Cette accord a donc permis à l’OMS, mais aussi au HCR de mener des interventions sanitaires pour protéger les populations réfugiés contre les flambés des maladies épidémiques, en temps de crise ou de guerre. A cet effet, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l’OMS déclarait lors du renouvellement de cet accord en 2020 ce qui suit : “les activités de nos deux organisations reposent sur le principe de solidarité et sur la volonté de servir les populations vulnérables. Ensemble, nous sommes déterminés à protéger la santé de toutes les personnes qui ont été contraintes de quitter leur foyer ...”.²⁷⁵

b) Les organismes spécialisés dans la sécurité alimentaire

Il s’agit des relations entre l’OMS et l’organisation des nations unies pour l’alimentation et l’agriculture et le programme alimentaire mondial. Ces organisations se mobilisent pour venir en aide aux populations en détresse alimentaire.

- L’organisation des nations unies pour l’alimentation et l’agriculture (ONUAA)

L’organisation des nations unies pour l’alimentation et l’agriculture (ONUAA), plus connu sous le nom de FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*), est une organisation spécialisée des Nations Unies qui voit le jour en 1945, et compte 194 Etats représenté dans plus de 130 pays.²⁷⁶ Elle a un objectif triple : éradiquer la faim, l’insécurité alimentaire et la mal nutrition ; éliminer la pauvreté et favoriser le progrès social et économique pour tous ; et enfin gérer et utiliser de manière durable les ressources naturelles, y compris les éléments environnementaux qui interviennent dans la vie de l’homme afin de permettre la survie des générations présentes, mais aussi et surtout futures.²⁷⁷ La FAO s’intéresse ainsi surtout aux pays en voies de développements (plus touché par les problèmes de nutrition). Elle a ainsi pour mission de fournir à ces derniers une assistance technique et professionnelle, de

²⁷⁴<https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandumsdaccord.html#:~:text=En%20mai%201997%2C%20l'OIM,activit%C3%A9s%20dans%20le%20monde%20entier.,> consulté le 25 octobre 2020.

²⁷⁵ [https://www.who.int/fr/news/item/21-05-2020-who-and-unhcr-join-forces-to-improve-health-services-for-refugees-displaced-and-stateless-people,](https://www.who.int/fr/news/item/21-05-2020-who-and-unhcr-join-forces-to-improve-health-services-for-refugees-displaced-and-stateless-people) consulté le 25 octobre 2020.

²⁷⁶[https://www.upadi-agri.org/organisation-des-nations-unies-pour-l'alimentation-et-l'agriculture-fao/,](https://www.upadi-agri.org/organisation-des-nations-unies-pour-l'alimentation-et-l'agriculture-fao/) consulté le 25 octobre 2020.

²⁷⁷ *Ibid.*

mettre en place des normes alimentaires mondiale, et sensibiliser les populations pour le respect de ces normes.

Car la santé est directement tributaire de la qualité de la nutrition, l’OMS intervient dans le système de normalisation internationale des denrées alimentaire avec la mise sur pieds du *Codex Alimentarius* (Code alimentaire)²⁷⁸ en 1963.²⁷⁹ Ce code alimentaire est chargé de non seulement de mettre en place des normes alimentaires mondiales, de définir les critères applicables aux aliments, mais aussi d’harmoniser ces normes et critères pour faciliter leur circulation dans le monde par l’intermédiaire du commerce. L’OMS intervient donc en amont sur la qualité de la nourriture produite pour protéger les populations contre les maladies dus à la nutrition. Sa collaboration avec la FAO est ainsi fructueuse dans la mesure où, non seulement elle lutte contre la faim dans le monde, mais aussi elle s’assure de la qualité et de la quantité des aliments consommés par les populations en crise alimentaire.

- **Le programme alimentaire mondial (PAM)**

Créé en 1961, le programme alimentaire mondial (PAM) est une organisation à but humanitaire qui permet de lutter contre la faim dans le monde.²⁸⁰ Il a 4 principales objectifs : sauver des vies et protéger les modes de subsistance dans les situations d’urgence ; soutenir la sécurité alimentaire et la nutrition et construire/reconstruire des moyens de subsistance dans les milieux fragiles et des suivant les situations d’urgences ; réduire les risques et permettre aux personnes, aux communautés et aux pays de satisfaire leurs propres besoins alimentaires ; et réduire la malnutrition et briser le cycle intergénérationnel de la faim.²⁸¹ La malnutrition aiguë sévère est ainsi l’une des principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le tiers monde, touchant environ 20 millions d’enfants.²⁸²

Pour atteindre ses objectifs, le PAM est en coopération avec d’autres organisations dont l’OMS. Ces organisations ont ainsi pour missions de mobiliser les ressources pour la mise en place de la stratégie du PAM, de faciliter l’acheminement d’aliments thérapeutiques dans les pays où la population souffrent de mal nutrition, de mettre en place un mécanisme permettant

²⁷⁸ Le *codex Alimentarius* (ou codex alimentaire) est un programme commun de l’Organisation des Nations unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO) et de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) consistant en un recueil de normes, codes d’usages, directives et autres recommandations relatifs à la production et à la transformation agroalimentaires qui ont pour objet la sécurité sanitaire des aliments, soit la protection des consommateurs et des travailleurs des filières alimentaires, et la préservation de l’environnement.

²⁷⁹ <http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/?lang=fr>, consulté le 25 octobre 2020.

²⁸⁰ <https://www.acted.org/fr/partenaires/programme-alimentaire-mondial-pam/>, consulté le 25 octobre 2020.

²⁸¹ *Ibid.*

²⁸² OMS, PAM, Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et UNICEF, “ Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère”, Genève, organisation mondiale de la santé, 2007, p. 2.

d'utiliser les aliments locaux pour lutter contre la malnutrition, de coopérer avec les gouvernements et les parties impliquées pour diffuser les techniques de lutte contre la malnutrition, d'améliorer les protocoles de prise en charge des cas de malnutrition sévère, et de renforcer les programmes communautaires pour vaincre la malnutrition aigüe sévère.²⁸³

II) LA LOGISTIQUE DE L'OMS DANS LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDÉMIES

La crise des grandes endémies est une préoccupation qui interpelle le monde, du fait de sa virulence et de son caractère intercontinental. La modernisation des transports a davantage développé le flux de transmission et de propagation de la maladie. Il a fallu donc adapter les moyens de transmission et de contrôles archaïques aux méthodes de communication modernes. C'est dans cette optique qu'a été mis sur pieds un ensemble d'outils qui constituent un réseau d'alerte qui est un système mis place par l'OMS pour remonter l'information en cas de dépistage de cas de maladies à caractère épidémique à qui de droit pour prendre des mesures adéquates de ripostes.

1) Le système d'information de l'OMS

Afin de mettre en place rapidement les moyens de riposte contre la maladie, l'OMS se doit de disposer d'un système lui permettant de recevoir des données fiables en provenance des quatre coins du monde.

a) Le relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)

Le relevé épidémiologique hebdomadaire (REH) est un outil de santé publique international qui voit le jour en 1926. Elle est née suite aux flambées des cas de maladies telles que la peste, le choléra, la fièvre jaune, le typhus ou la variole, dont le seul moyen de diffusion international était les voyages maritimes.²⁸⁴ Ceci dit, l'origine des relevés épidémiologiques remonte en 1981, lorsque les pays européens essayaient de s'harmoniser sur les mesures à

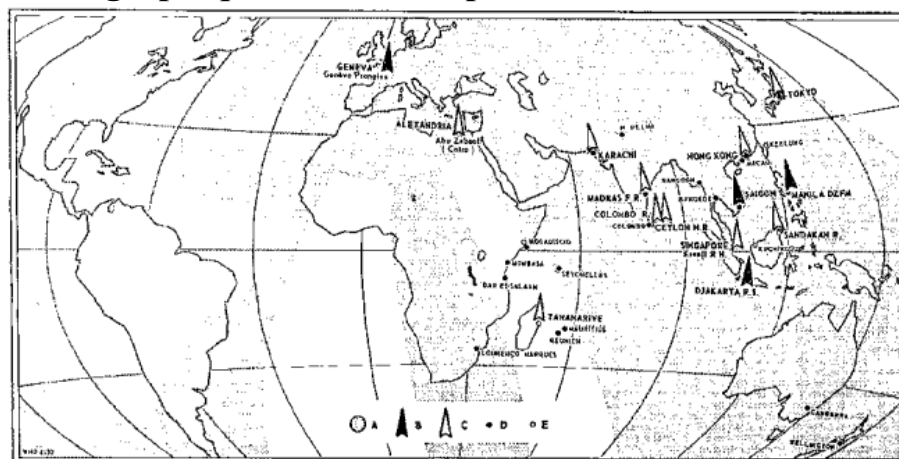
²⁸³ OMS, PAM, Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et UNICEF, “ ... p. 5.

²⁸⁴ <https://www.who.int/wer/90-anniversary/fr/>, consulté le 18 novembre 2020.

mettre en place contre les maladies épidémiques. On a ainsi assisté aux conférences de Paris qui préconisaient déjà ainsi les mises en quarantaine. En 1902, le bureau sanitaire panaméricain a initié un projet visant à répertorier le nombre de cas de peste, de choléra, de fièvre jaune, de typhus, et de variole. En 1919, la section d'hygiène de la SDN voie le jour. Cependant l'idée de faire un relevé épidémiologique est émise en 1921, cependant rapidement combattue. Ses détracteurs arguaient qu'il existe déjà des institutions qui s'en occupe, telle que le bureau sanitaire panaméricain. La section d'hygiène de la SDN se concentre dès lors sur le continent européen, alors dévasté par les grandes endémies. Il faut ainsi attendre les subventions de la fondation Rockefeller pour que le REH étende ses actions dans le monde entier.²⁸⁵

L'initiative du REH donc est celle d'une petite équipe d'épidémiologiste du bureau de santé de la société des nations à Genève qui, dans le but d'informer le monde sur l'évolution, la dynamique, et le comportement des maladies à caractère épidémique, voir pandémique, ont élaboré le tout premier numéro de la série le 1^{er} avril 1926.²⁸⁶ L'idée principale du REH était "qu'en connaissant les menaces, les pays avaient la possibilité de les bloquer."²⁸⁷

Carte 2 : 1^{ère} publication de la portée des bulletins épidémiologique radiotélégraphiques de l'OMS, publiée dans le REH 1956



- | | |
|---|---|
| <p>A = Zones couvertes par les postes de Genève-Prangins.
 B = Postes assurant la transmission quotidiennement.
 C = Postes assurant la transmission une ou deux fois par semaine.
 D = Stations recevant le bulletin de Kranji R.N.
 E = Stations recevant le bulletin de Saigon.
 * Pour la liste des stations émettant les bulletins, voir page 566 (N° 51, 1955).</p> | <p>A = Areas reached by Genève-Prangins stations.
 B = Stations transmitting daily.
 C = Stations transmitting once or twice a week.
 D = Stations receiving the Bulletin from Kranji R.N.
 E = Stations receiving the Bulletin from Saigon.
 * For the list of Stations transmitting the Bulletins, see page 566 (No. 5 1955).</p> |
|---|---|

Source : OMS, "Voyage à travers les 90 ans d'histoire du Relevé épidémiologique hebdomadaire", Relevé épidémiologique hebdomadaire N°13, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2016, p. 173.

²⁸⁵ OMS, "Voyage à travers les 90 ans d'histoire du Relevé épidémiologique hebdomadaire", Relevé épidémiologique hebdomadaire N°13, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2016, p. 175.

²⁸⁶ <https://www.who.int/wer/90-anniversary/fr/>, consulté le 18 novembre 2020.

²⁸⁷ OMS, "Voyage à travers les 90 ans d'histoire du Relevé épidémiologique ... p. 179.

Le REH est ainsi défini comme étant “ un outil essentiel permettant de diffuser de façon précise et rapide des informations épidémiologiques sur les cas et les flambées inhérents aux maladies régies par le Règlement sanitaire international ainsi que sur d’autres maladies transmissibles importantes pour la santé publique, y compris les infections émergentes ou réémergentes.”²⁸⁸ Il a évolué au fil du temps. Il fut d’abord un document purement statistique qui se contentait d’énumérer le cas de cas des 5 maladies (choléra, peste, variole, fièvre jaune et typhus) qui apparaissant ainsi que leur situation géographique à travers le monde. Plus tard, le REH est devenu plus analytique de ces cas de maladie. On a ainsi pu observer, grâce aux publications ininterrompues l’éradication des maladies telle que la variole en 1979. Désormais donc, ce bulletin hebdomadaire traite non seulement des questions numériques des cas de maladies, mais aussi des moyens de les combattre tels les politiques vaccinales, les traitements, les réponses aux épidémies, les réponses aux pandémies, et des mesures barrières pour prévenir ces maladies.²⁸⁹

Le REH a, depuis 1926, survécu à la chute de la Société Des Nation (SDN), a continué à paraître durant la seconde guerre mondiale entre 1939 et 1945, a été adopté par l’Organisation des Nations Unies en 1945, puis est devenu un outil incontournable en matière de contrôle épidémiologique de l’OMS dès sa création en 1948.

b) Le Réseau mondial d’information en santé publique (RMISP)

Le réseau mondial d’information en santé publique est un outil d’appui à la mise en place du règlement sanitaire international. Il permet de donner l’alerte en cas de dépistage d’un cas de maladie susceptible de mettre en danger la santé publique internationale. Il se charge ainsi de rendre l’information disponible afin que soit rapidement déployé les mesures de riposte pour endiguer la maladie. Pour cela, il dispose trois principales fonctions : la surveillance et la détection des urgences sanitaires, les plateformes d’information sanitaire et de communication, et des plateformes des opérations et de la logistique.²⁹⁰

²⁸⁸ <https://www.who.int/wer/fr/>, consulté le 18 novembre 2020.

²⁸⁹ OMS, “Voyage à travers les 90 ans d’histoire du Relevé épidémiologique ... p. 179.

²⁹⁰ https://www.who.int/ihr/alert_and_response/fr/, consulté le 20 novembre 2020.

La surveillance des événements sanitaires permet donc de rapidement évaluer les risques sanitaires et donc, de les communiquer en fonction de leur gravité. Cette surveillance est classifiée en 4 niveaux : le niveau périphérique, situé au bas de l'échelle, il est en contact direct avec la population, et donc les sujets potentiellement infectés. Il est donc chargé de détecter, traiter et rapporter les cas suspects et/ou confirmés de maladie à risque épidémiologique au niveau supérieur. Au-dessus du niveau périphérique, on retrouve l'intermédiaire ; il est chargé non seulement d'analyser les informations fournies au niveau périphérique, mais aussi d'enquêter sur ces derniers avant de les transmettre au niveau central. Le niveau central, après de nouvelles enquêtes et analyses, confirme les faits et les transmet au niveau international. Ce dernier élabore un plan d'action global et de le renvoyer à la pyramide sous forme descendante.²⁹¹ Ainsi, ces informations relayées au niveau international est un outil d'aide à la prise de décision. Elles permettent ainsi de pouvoir déclarer une urgence sanitaire afin que des mesures adéquates soient déployées à une échelle appropriée pour combattre la menace. Intervient donc la plateforme opérationnelle et logistique pour toutes les interventions de l'OMS en cas de menace effective pour la santé internationale.²⁹² Elle se charge ainsi de déployer les moyens matériels et humains de riposte contre la maladie.

2) Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie

Mis sur pieds à Genève en 2000, le réseau mondial d'alerte et d'action est une des mesures importantes permettant de renforcer la sécurité sanitaire. Il permet ainsi de lutter contre la propagation internationale des épidémies, de veiller à ce que les États touchés bénéficient rapidement d'une assistance technique appropriée, et à contribuer à la préparation aux épidémies et au renforcement des capacités à long terme.²⁹³ Ce réseau mondial n'a ainsi qu'un principe directeur : celui d'améliorer la coordination de l'aide internationale pour accompagner les efforts déployés à l'échelon local par ses partenaires. Ceci dit, les partenaires reconnus du réseau mondial d'alerte et d'action sont les établissements scientifiques des États Membres, les initiatives médicales et de surveillance, les réseaux techniques régionaux, les réseaux de laboratoires, les organismes du système des Nations Unies (l'UNICEF ou le HCR) de la Croix-Rouge (Comité international de la Croix-Rouge, Fédération internationale des sociétés de la

²⁹¹ M. Blench, " Réseau Mondial d'Information en Santé Publique (RMISP)", *Agence de santé publique du Canada*, 2009, p. 3.

²⁹² https://www.who.int/ihr/alert_and_response/fr/, consulté le 20 novembre 2020.

²⁹³ https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/, consulté le 21 novembre 2020.

Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et sociétés nationales) et les organisations internationales non gouvernementales humanitaires (Médecins sans frontières, Comité international de secours, Merlin et Epicentre), les organismes techniques, et les réseaux et les organisations qui sont en mesure de contribuer à l'alerte et à l'action internationale en cas d'épidémie.²⁹⁴ En période de crise sanitaire, l'OMS fédère ses partenaires et coordonne la riposte internationale aux épidémies grâce aux ressources apportées par le réseau. Ainsi, des protocoles relatifs à la structure, au fonctionnement et aux mécanismes de communication du réseau ont aussi été mis en place pour améliorer la coordination entre les partenaires.²⁹⁵

3) L'OMS et les mesures de renforcement de la sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire est ainsi un élément important pour la préservation de la santé et la prévention de la propagation de la maladie. Il s'agit ainsi de la logistique de santé publique et évaluation des risques, du centre stratégique d'évaluation sanitaire, du réseau des opérations d'urgence de santé publique, et des programmes élargis.

a) La logistique de santé publique et évaluation des risques

La logistique de la santé publique est un outil d'accompagnement matériel des équipes sur le terrain lors des opérations de riposte en situation de crise sanitaire et/ou humanitaire. Ses missions sont de gérer les stocks, gérer la distribution des équipements et des consommables, gérer le transport des équipements dans les opérations de surveillance, gérer le transport des équipes sur le terrain, gérer les moyens de communication, gérer la mise en place des espace de travail adéquat, gérer la sécurité des missions sur le terrain, et coordonner les activités de ses équipes sur le terrain.²⁹⁶ Le soutien logistique est ainsi apporté à toutes entités qui interviennent dans le processus de riposte contre les maladies ou les crises humanitaires. Il peut donc s'agir des experts de l'OMS, des agents des ministères de santé, ou encore des partenaires.

L'organisation mondiale de la santé accompagne ainsi ses partenaires en leur donnant un soutien, selon les cas et selon les nécessités. Elle les accompagne dans le respect des engagements pris dans le cadre du règlement sanitaire international. Il s'agit donc de développer

²⁹⁴ https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/, consulté le 21 novembre 2020.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ *Ibid.*

les systèmes de santé afin de gérer, et de réduire avec efficacité les répercussions des risques aigus pour la santé publique des Etats membres.²⁹⁷

b) Le centre stratégique d’opération sanitaire et le réseau des opérations d’urgence de santé publique

Le centre stratégique d’opération sanitaire a pour rôle de surveiller les événements de santé publique qui surviennent à travers le monde, facilite la collaboration internationale pendant les urgences de santé publique en facilitant les opérations quotidiennes, apporte son soutien aux pays membres de l’OMS ainsi qu’à ses démembrement régionaux en fournissant un appui technique et des conseils pour la mise sur pied de leurs centres d’opérations d’urgence.²⁹⁸ Il est ainsi un atout pour la mise en application des mesures édictées dans le règlement sanitaire international, “en matière de surveillance continue et de détection rapide des événements sanitaires extraordinaires, ainsi que de communication de ces informations à l’OMS’”.²⁹⁹

Le réseau des opérations d’urgence de santé publique définit comme “ un lieu physique ou un espace virtuel dans lequel le personnel désigné pour la gestion des urgences de santé publique se réunit afin de coordonner les informations opérationnelles et les ressources pour la gestion stratégique des événements et des situations d’urgence de la santé publique.”³⁰⁰ Mis en place en 2012 l’OMS, il a pour mission principal de déterminer et de promouvoir les meilleures pratiques et les normes pour ces centres, ainsi que d’apporter un appui au renforcement des capacités de ces centres dans les États Membres.³⁰¹ Les objectifs du réseau des opérations d’urgence de santé publique sont d’aider les Etat membre de l’OMS à renforcer leur capacité en matière de santé publique, à créer une plateforme de partage des expériences en matière de santé publique, d’identifier les besoins de technologie de l’information et de la communication (TIC), d’identifier l’ensemble minimal de données et les normes relatives à la santé publique, d’élaborer et mettre à disposition des procédures et protocoles communs de santé publique et promouvoir les meilleures pratiques, de développer des mécanismes et des outils pour soutenir

²⁹⁷ https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/, consulté le 21 novembre 2020.

²⁹⁸ https://www.who.int/ihr/alert_and_response/shoc/fr/, consulté le 20 novembre 2020.

²⁹⁹ *Ibid.*

³⁰⁰ https://www.who.int/ihr/eoc_net/fr/, consulté le 20 novembre 2020.

³⁰¹ *Ibid.*

la collecte et le partage des informations nécessaires les opérations sanitaires, et de développer et mettre en œuvre des programmes de formation en santé publique.³⁰²

c) Les programmes élargis

Dès sa création, l'OMS pour lutter contre les maladies s'appuyait sur les programmes d'éradication. Jusqu'en 1960, le principal programme était celui de l'éradication du paludisme. Ce dernier consistait à lutter contre l'anophèle femelle, principal vecteur de la maladie. Cette méthode fut ainsi un échec car ce vecteur n'a cessé de muter et de devenir résistant aux méthodes employés.³⁰³ La méthode lutte contre la variole s'est ainsi servi de l'expérience du passé. Un vaste programme de vaccination contre cette maladie a donc été mis sur pieds en 1967 : le programme élargi de vaccination (PEV) était ainsi né. En 1970, le PEV passe ainsi au rang de priorité mondiale de l'OMS et de l'UNICEF. En 1974, devant le succès du PEV, la conférence d'Alma Ata recommande l'élargissement du programme à d'autres maladies (la tuberculose, la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la rougeole).³⁰⁴ La conférence d'Alma Ata est ainsi considérée comme celle qui a donné une véritable impulsion au PEV, telle que connue de nos jours. En 1988, la fièvre jaune fut ajoutée à la liste des maladies à vacciner, puis ce fut le cas des hépatites B en 1991. Ainsi, entre 1974 et 1990, la couverture vaccinale contre la diphtérie-tétanos-coqueluche est quittée de 5% à environ 60%.³⁰⁵ Cependant, du fait des troubles sociaux, l'on a observé une baisse de la couverture vaccinale. Cependant, sous l'impulsion de GAVI (alliance du vaccin) créée en 2000, celle-ci eu de nouveau une courbe montante.³⁰⁶

En somme, l'évolution de la philosophie de la santé est marquée par des programmes spécifiques de lutte ces grandes endémies qui sont apparu et qui pour certaines persistent encore. La stratégie de l'OMS pour l'élimination des grandes endémies peut être illustrée par le tableau suivant :

³⁰² https://www.who.int/ihr/eoc_net/fr/, consulté le 20 novembre 2020.

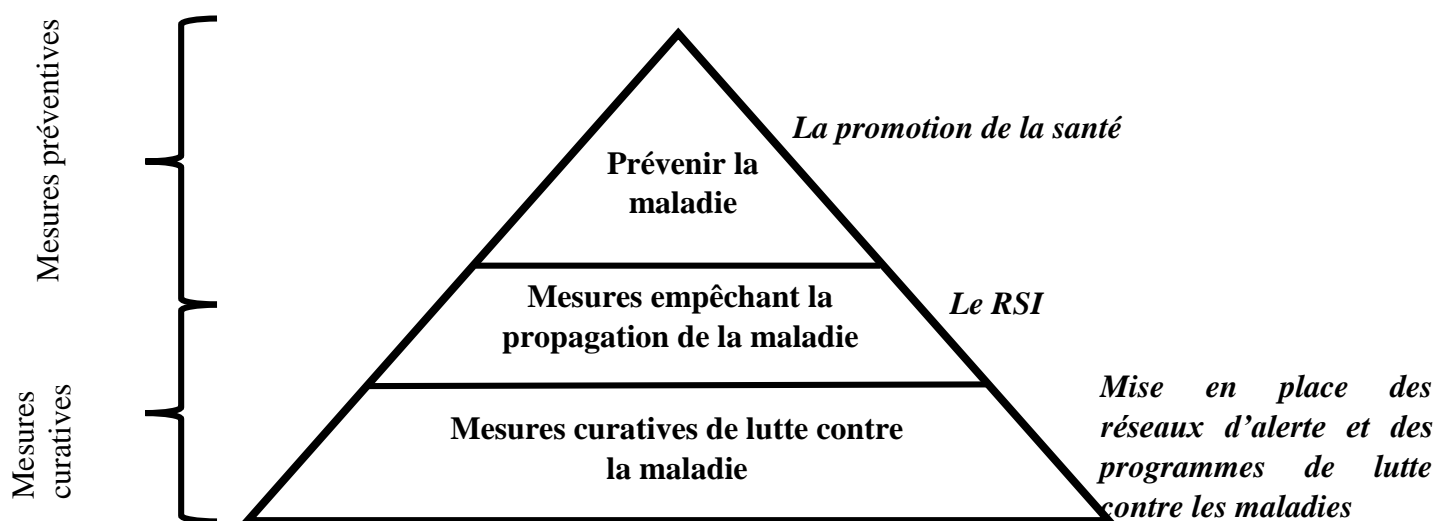
³⁰³ <https://devsante.org/articles/le-programme-elargi-de-vaccination-pev-origine-et-evolution>, consulté le 14 décembre 2020.

³⁰⁴ *Ibid.*

³⁰⁵ <https://devsante.org/articles/le-programme-elargi-de-vaccination-pev-origine-et-evolution>, consulté le 14 décembre 2020.

³⁰⁶ *Ibid.*

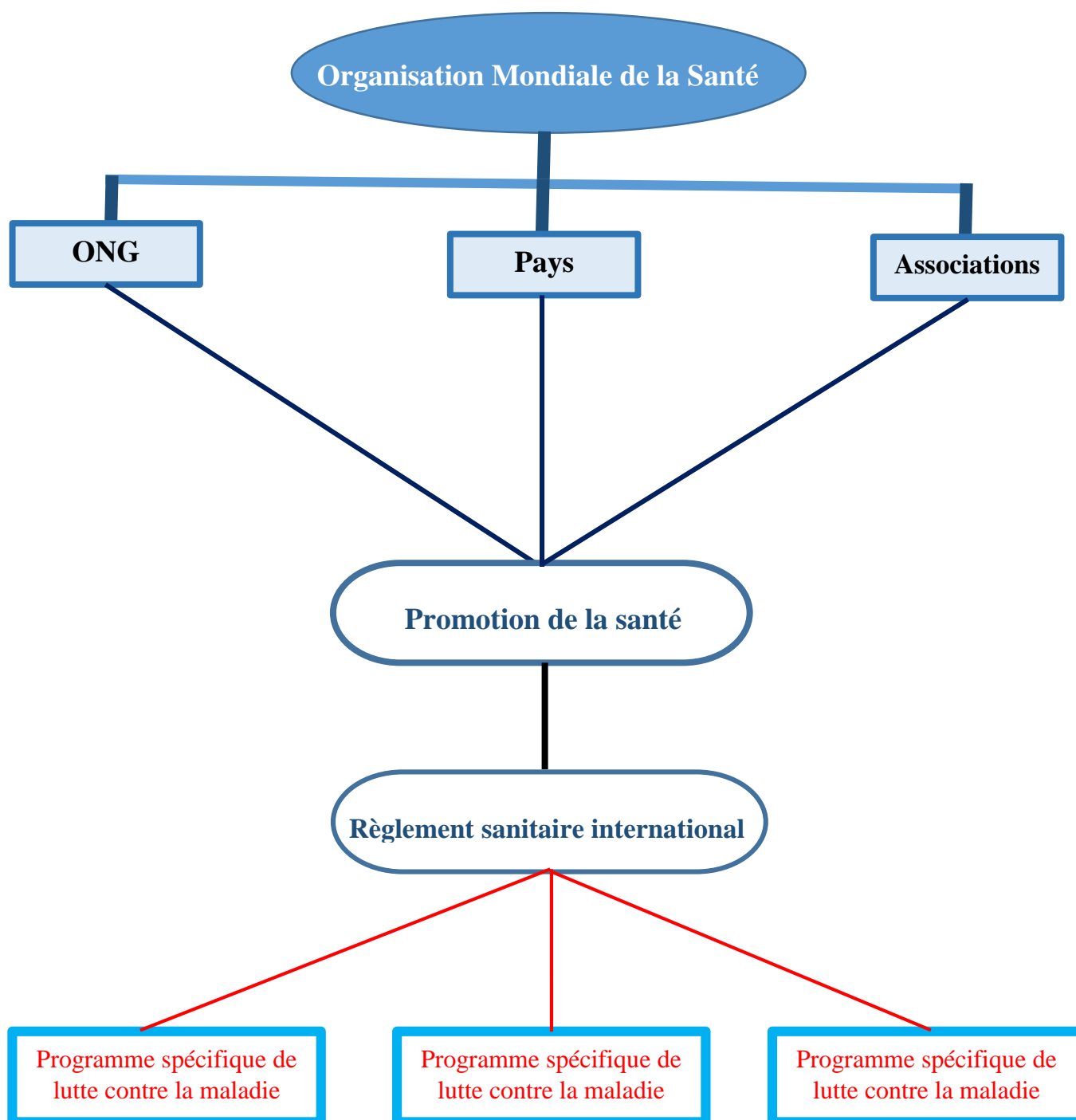
Tableau 38 : Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les grandes endémies



Source : Nous, élaboré à partir de OMS, " Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles", Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006,

La stratégie de l'OMS pour la lutte contre les grandes endémies est ainsi caractérisée par la prévention de la maladie à travers la promotion de la santé, puis les mesures de détection et de confinement de la maladie avec le RSI, et enfin les méthodes de riposte avec les programmes spécifiques de lutte contre les maladies. Il s'agit donc d'une stratégie basée sur la prévention et la lutte, soit les mesures préventives et les mesures curatives de lutte contre les grandes endémies en particulier, et les maladies en générales. Ceci dit, l'OMS pour sa mission est aidée par ses partenaires, notamment de l'élaboration des politiques à leur mise en application par les parties. Le schéma ci-dessous illustre cette relation :

Schéma 4 : Relation entre l’OMS, ses partenaire et sa politique de lutte contre les grandes endémies



Source : Nous, élaboré à partir de OMS, “ Stratégies recommandées par l’OMS contre les maladies transmissibles”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006,

En 1948, l’OMS devient le leader de la santé dans le monde. Elle a confédéré toutes les autres organisations et est désormais chargé de définir les politiques mondiales de santé dans le monde. Elle dispose ainsi des partenaires et des Etats parties qui l’accompagne dans cette tâche.

Le rôle de l’OMS dans la lutte contre les grandes épidémies est ainsi ardu. Dans ses efforts, elle entretient des relations avec des organisations et entités partenaires spécialisés ou non qui apportent leur expertise dans le processus selon leur domaine de compétence. Le premier partenaire de l’OMS est ses Etats membres. Ces derniers constituent la force de l’OMS car, ils constituent en majorité l’assemblée générale. Ceci dit, peut devenir membre de l’OMS tout Etat qui accepte sa constitution soit par signature sans réserve d’approbation, soit par signature sous réserve d’approbation, soit par suivie de l’acceptation, soit par l’acceptation pure et simple.³⁰⁷ L’Etat membre constitue ainsi le premier rempart contre les maladies. Le second partenaire de l’OMS est les organismes du système des nations unies. Il s’agit de l’UNICEF qui est spécialisé dans la prise en charge des enfants, ou encore du HCR qui est spécialisé dans la prise en charge des réfugiés. Le partenaire suivant de l’OMS est les organisations internationales non gouvernementales humanitaires telles que médecins sans frontières (MSF) qui a pour mission d’intervenir au-delà des frontières nationales en cas de crise sanitaire, tout comme le comité international des secours. Un autre partenaire de l’OMS est les organisations spécialisée telle que GAVI qui a mission de s’occuper des problématique de vaccination pour prévenir les maladies, ou encore la croix rouge (englobant le comité international de la Croix-Rouge, la fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et sociétés nationales) qui a pour mission d’intervenir en cas de crise humanitaire. On dispose des relais de l’OMS tel que l’organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale (OCCGEAC) qui a été créé en 1963 à Yaoundé par les représentants des pays de la sous-région (Cameroun, Congo, Gabon, République Centrafricaine, Tchad).³⁰⁸

La politique de l’OMS pour la lutte contre les grandes endémies depuis 1948 jusqu’en 2015 a été ponctué par les rencontres internationaux qui ont abouti à des déclarations, donnant ainsi le rythme à suivre pour ce qui est de la politique sanitaire internationale. Cette politique de lutte contre les grandes endémies, mué en stratégie a été au fur et à mesure implémenté par les pays parties et partenaires de l’OMS. La stratégie pour la lutte contre les grandes endémies en particulier, et les maladies transmissibles en générale tourne autour de 7 principaux axes : la

³⁰⁷ OMS, “Documents fondamentaux ... p. 17.

³⁰⁸ OCEAC, “Rapport 10^{ème} conseil de direction de l’OCEAC”, Yaoundé, 4 novembre 2020, p. 1.

vaccination, la distribution généralisée de médicaments, la salubrité des aliments, l'approvisionnement en eau saine et assainissement, la sécurité transfusionnelle, la sécurité des injections et stérilisation, et la lutte contre les vecteurs de la maladie.³⁰⁹ En 2015, cette politique peut donc être jugée dans le monde, mais aussi dans les pays spécifiques tel le Cameroun, notamment avec les objectifs du millénaire pour le développement (2000 – 2015).

III) IMPLÉMENTATION DES POLITIQUE DE L'OMS AU CAMEROUN

L'implémentation des politiques de l'OMS s'est à partir de son programme pour la promotion de la santé, celle du règlement intérieur, et des politiques spécifique de lutte contre les grandes maladies. Dans ce processus, l'OMS coopère avec d'autres organisations internationales.

1. Implémentation de La promotion de la santé au Cameroun

Définit par Green et Kreuter comme étant "toute combinaison d'action planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant les habitudes de vie et des conditions de vie favorable à la santé d'individus, de groupe ou de collectivité",³¹⁰ la promotion de la santé reste un concept qui peine à véritablement s'intégrer dans les politique sanitaire des pays. Depuis son lancement dans le monde en 1986 avec la charte d'Ottawa, le concept est resté longtemps non implémenté en Afrique subsaharienne du fait sans doute à la non représentativité formelle des pays africains dans l'élaboration de ce document. Il faudra donc attendre 2009, lors de l'appel à "l'action de Nairobi", 7^{ème} conférence de promotion de la santé dans le monde et la première à se dérouler sur le sol africain, pour voir une participation massive des Etats d'Afrique subsahariennes, dont le Cameroun.³¹¹ Ceci dit, les données sanitaires du pays sont peu flatteuses. Le profil épidémiologique dresse un tableau noirci par les grandes endémies telles que le VIH SIDA, la tuberculose, ou encore le paludisme qui est la première cause de

³⁰⁹ OMS, " Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles", Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006, p. 17.

³¹⁰ J. Ndjepel, P. Ngangue, E. VII Mballa Elanga, "Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives", Santé Publique 2014/HS (S1), p. 35.

³¹¹ *Ibid.*, p. 35.

mortalité et de morbidité au Cameroun.³¹² La promotion de la santé au Cameroun commence ainsi à être proprement implémentée au 21^{ème} siècle. Ainsi, on retrouve déjà des actions menées pour la promotion de la santé au Cameroun à partir de cette période.

a) Les activités de promotion de la santé au Cameroun entre 2001 et 2010

Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun peuvent être regroupées en trois catégories : l'équité d'accès aux soins de santé, l'utilisation rationnelle des ressources, et les réformes institutionnelles.

- L'équité d'accès aux soins de santé

Depuis 2000, l'Etat camerounais a mis en place des réformes permettant l'égalité d'accès aux soins de santé. Parmi ces actions, on distingue le contrôle des prix des médicaments afin de les harmoniser, la mise sur pieds d'une ligne budgétaire pour les indigents de certaines formations sanitaires, la gratuité du traitement contre la tuberculose et le SIDA depuis 2007, le dépistage gratuit du SIDA pour les populations vulnérables (femmes enceinte, détenus de prisons, étudiants, personnes âgées ...), la réduction des prix médicaments vendus dans les pharmacies des formations sanitaires allant jusqu'à 65%, le prix de l'insuline qui est passé de 14000 à 3000 FCFA, la dialyse pour les insuffisants rénaux subventionnée à hauteur de 55000 pour la séance (les patient ne payant désormais que 5000 FCFA), la baisse des prix des médicaments contre le paludisme et le cancer, la construction de nouvelles formations sanitaires, et la mise sur pieds tant bien que mal des mutuelles de santé.³¹³ Cependant, malgré toutes ces réformes, beaucoup reste encore à faire car les couches les plus vulnérables ont encore les difficultés à avoir accès aux soins de santé.

- L'utilisation rationnelle des ressources

Le Cameroun a mis en place, à travers les accords et les partenariats signés en 2001, des normes en matière de gestion des ressources. Il s'agit donc de rationaliser l'utilisation des ressources afin que nulle ne se sente lésé. Ainsi, le partenariat public-privé a été renforcé, le paquet minimum d'activité et le paquet complémentaire d'activité (il s'agit, selon le niveau d'appartenance de la formation sanitaire, d'un ensemble d'activité ou de service qui doivent

³¹² J. Ndjepel, P. Ngangue, E. VII Mballa Elanga, "Promotion de la santé au Cameroun : ... p. 35.

³¹³ MINSANTE, "Stratégie sectorielle de santé 2001-2015" ... p. 28.

absolument être toujours disponible au sein de la formation sanitaire et qui donc justifie de l'appartenance de cette formation sanitaire à sa dite catégorie) ont été mis sur pieds.³¹⁴

- **Les réformes institutionnelles**

Sur le plan institutionnel, il a été mis sur pieds des programmes prioritaires, le développement des districts de santé, le renforcement des institutions de la santé, le secteur hospitalier est réformés, l'élaboration des mutuelles de santé, la mise en place des unités de recherche en santé et en bioéthique, la mise en place d'un projet de développement des ressources humaines, la mise en place effective du SAMU, la subvention et le disponibilité des médicaments, le renforcement de la bonne gouvernance, et l'engagement du processus de réaménagement des formations sanitaires vétustes.³¹⁵

Entre 2001 et 2010, plusieurs réformes institutionnelles ont été apportées pour toujours porter la santé à un niveau de développement plus élevé. Ceci dit, durant cette période, haut delà des réalisations, des recommandations ont élaboré pour une approche ultérieure. Il s'agit donc accorder une attention particulière à la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et émergentes, à l'amélioration de la communication dans le système de santé, à a l'amélioration du cadre juridique de la santé, et porter plus d'attention à la santé mentale, la lutte contre la drogue, le tabagisme et autre.³¹⁶ La seconde phase des activités de promotion de la santé au Cameroun va de 2011 à 2015.

b) Les activités de promotion de la santé au Cameroun entre 2011 et 2015

Les actions de promotion de la santé entre 2011 et 2015, telles que définies dans le PNDS sont regroupé en 3 classes, 11 catégories, 39 types d'intervention et 52 activités. Les activités de promotion de la santé sont ainsi concises dans le tableau suivant :

³¹⁴ *Ibid.*, p. 29.

³¹⁵ MINSANTE, "Stratégie sectorielle de santé 2001-2015" ... p. 30.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 49.

Tableau 39 : Activités de promotion de la santé au Cameroun entre 2011 et 2015

CLASSE	CATEGORIE	TYPE D'INTERVENTION	ACTIVITE DU PNDS
Communication intégrée en faveur des programmes de santé	IEC/CCC	Conception des outils de communication intégrée	Production des supports éducatifs des programmes de santé (boîtes à Image, affiches, etc.)
			Conception et Elaboration et diffusion des spots de sensibilisation
		Promotion de la surveillance et de l'utilisation des supports éducatifs des programmes de santé	Vulgarisation des outils éducatifs des programmes de santé
		Renforcement de la coordination de la communication intégrée en appui aux programmes de santé	Advocacy Communication and Social Mobilization (ACSM)
			Promotion des pratiques familiales essentielles
		Diffusion des messages de communication intégrée en appui aux programmes de santé	Organisation des Vacances sans SIDA
Santé, nutrition et environnement	Hygiène du milieu et hygiène corporelle	Lutte anti vectorielle (env)	Organisation des campagnes de lutte anti vectorielle
		Hygiène des mains et corporelle	Campagne d'hygiène individuelle et collective
			Développement des outils éducatifs

			Causerie éducative
		Amélioration du cadre de vie environnemental en zones urbaine et rurale (habitat, déchets ménagers, construction/utilisation des latrines, etc.)	mise en place d'une alliance stratégique en santé environnementale
			Extension des activités de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans toutes les régions du pays et célébration de la Fin de la défécation à l'air libre (FDAL)
			Recherche appliquée sur les maladies hydriques,
			Recherche appliquée sur les changements climatiques,
			Recherche appliquée sur la gestion des déchets
			Recherche appliquée sur la lutte anti-vectorielle
	Eau potable sécurisée	Surveillance et protection des sources d'eau potable	Sensibilisation des populations
			Suivi de la gestion des points d'eau
		Promotion des techniques de potabilisation d'eau de boisson	Formation des formateurs régionaux sur les techniques de potabilisation de l'eau de boisson
			Vulgarisation des techniques de potabilisation de l'eau de boisson auprès des communautés des DS
		Gestion de l'eau	Mise en place des comités de gestion des points d'eau et formation de leurs membres

	Hygiène hospitalière	Promotion de la construction et de l'utilisation des incinérateurs	Elaboration des normes et spécifications techniques des incinérateurs
			Formation à la maintenance des incinérateurs
	Promotion de l'hygiène et de la gestion des déchets en milieu hospitalier	Elaboration des normes, protocoles et standards d'hygiène en milieu hospitalier	
		Formation du personnel hospitalier à l'application des normes, protocoles et standards d'hygiène en milieu hospitalier	
		Création des services hospitaliers de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	
		Formation du personnel hospitalier à la gestion des déchets en milieu hospitalier	
		Formation du personnel hospitalier à la prévention des infections nosocomiales	
		Sensibilisation du personnel hospitalier à la prévention des infections nosocomiales	
	Sécurité sanitaire des aliments	Promotion de qualité des aliments	Inspection et surveillance de la qualité de production des aliments
			Promotion des normes alimentaires
Surveillance de la qualité des denrées alimentaires			

			Formation des vendeurs d'aliments de rue et des autres intervenants de la restauration collective aux Bonnes Pratiques d'Hygiène alimentaire
			Inspection et surveillance de la qualité des aliments distribués ou vendus
			Inspection des établissements de production des denrées alimentaires
		Promotion des normes	Formation des personnels de santé et des CTD à l'application des normes
			Vulgarisation des normes alimentaires
		Promotion des bonnes pratiques de fabrication ²⁹ /préparation et conservation	Elaboration des guides de bonnes pratiques de fabrication /préparation et conservation
			Vulgarisation des bonnes pratiques déjà validées
		Protection de la santé du consommateur	Sensibilisation des populations sur la qualité des aliments
Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles	Alimentation et nutrition du jeune enfant	Promotion de l'allaitement maternel et alimentation de complément	Sensibilisation des femmes et des communautés à la pratique de l'allaitement maternel optimal
			Promotion des Actions Essentielles en Nutrition et des pratiques d'hygiène chez le jeune enfant

			Promotion de la surveillance de la croissance de l'enfant à base communautaire
		Promotion de la supplémentation en micro nutriments	Contrôle et suivi de l'enrichissement des aliments
	Nutrition de la femme enceinte/mère allaitante	Promotion de la consommation des fruits et légumes	Promotion de la consommation des aliments adaptés et contrôlé
		Fortification alimentaire	Suivi de la fortification des aliments
		Prévention de la sédentarité et de l'obésité	Promotion des activités physiques et sportives
	Prévention primaire des maladies non transmissibles à travers la nutrition et les Activités Physiques et Sportives	Promotion des stratégies de lutte contre les tabous néfastes	Lutte contre les tabous néfastes (homosexualité, pédophilie,...)
		Prévention globale des toxicomanies et autres conduites à risque	Promotion de la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et les drogues illicites
		Promotion de l'approche genre et des droits humains	Lutte contre la marginalisation des couches vulnérables (femmes, enfants, handicapés)

Source : MINSANTE, Plan National De Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, p. 89.

On peut ainsi constater que le programme de promotion de la santé au Cameroun se divise en trois classes : la communication en faveur des programmes de la santé, santé, nutrition et environnement, et prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles.

- **Classe d'activité 1 : Communication intégrée en faveur des programmes de santé**

La communication joue un rôle important dans le processus de promotion de la santé. C'est l'élément essentiel, voire le pilier du concept car, elle permet de sensibiliser l'opinion publique sur les pratique et programme de santé. Au Cameroun, les activités liées à la communication en faveur des programmes de la santé sont divisées en quatre types majeurs d'intervention. Il est question en amont de mettre à disposition des matériaux et outils de communication. Ces outils une fois conçus, vont permettre la diffusion et la vulgarisation des programmes de santé qui, nécessiteront par la suite d'être davantage appuyé avec des pratiques telles que promotion des pratiques familiales essentielles et l'organisation des vacances sans SIDA, la célébration des journées mondiales, africaines et Camerounaises de lutte contre la maladie. Ces activités permettent de conscientiser les populations, de renforcer la communication en faveur des bonnes pratiques de santé pour éliminer et/ou prévenir les maladies transmissibles.

- **Classe d'activité 2 : Santé, nutrition et environnement**

Le seconde classe d'activité, intitulé santé, nutrition et environnement, est la plus importante dans pour un processus de promotion de la santé. La promotion de la santé commence donc par la mise en place d'un environnement sain, de la qualité de vie, et de la capacité de prendre soin de soi en cas de maladie. Cette classe d'activité est déterminante car elle répond aux appels des différentes conférences internationales et africaines pour la promotion de la santé. On peut ainsi citer la charte d'Ottawa de promotion de la santé, la première du genre, qui est considéré comme étant le document de référence pour une politique de promotion de la santé.

La classe d'activité 2 est subdivisée en 4 catégories d'action. Il s'agit premièrement des actions à mener dans le cadre de l'hygiène du milieu et hygiène corporelle. Il s'agit ici d'assainir non seulement le milieu de vie, mais aussi les habitudes hygiéniques personnelles. Cela passe par l'organisation des campagnes de lutte anti vectorielle, les campagnes d'hygiène individuelle et collective, la gestion des déchets hospitaliers par l'incinération, le développement des outils éducatifs, et les causeries éducatives. Il est donc question d'aménager et de ménager l'environnement afin de mettre en place un cadre de vie agréable et propice à l'épanouissement

sanitaire des hommes. À l'assainissement du cadre environnemental, s'ajoute la surveillance de la qualité de l'eau consommée. C'est dire l'eau non potable est source de maladie, notamment les maladies diarrhéiques telle que le choléra. Les activités de promotion de la santé doivent ainsi s'assurer que non seulement l'eau consommée par les populations est de qualité, mais aussi elle devra mener des campagnes de potabilisation de l'eau et sensibiliser les populations, voir les éduquer sur le problème.

Aucune santé ne peut être possible sans sécurité alimentaire. La promotion de la santé, tel qu'inscrit dans le PNDS, reconnaît que la qualité des aliments consommés est un atout pour la santé et la préservation contre les maladies. Dans son programme, elle a mis en place un programme d'inspection et surveillance de la qualité de production des aliments et des denrées alimentaires, de promotion des normes alimentaires, de formation des commerçants sur les normes de préparation et de stockage hygiénique des populations, et de vulgarisation de ces normes.

- **Classe d'activité 3 : Prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles**

La troisième classe d'activité, la dernière, attaque véritablement le vif du sujet : la prévention de la malnutrition et des maladies non transmissibles. Les premières préoccupations en matière de nutrition sont directement dirigées vers les enfants, les nourrissons et les femmes enceintes. Il s'agit donc de façon impérative de protéger les enfants, les jeunes enfants pour qu'ils aient à la base une alimentation maternelle (au sein) optimale, un repas équilibré en quantité et en qualité pour une bonne croissance, et une hygiène de vie pour la prévention des maladies. Il s'agit donc de la promotion de la consommation des fruits, de la supplémentation en micro nutriments, des légumes et fortifiants alimentaires, de la prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et des mères allaitantes, d'une alimentation adéquate de la femme en âge de procréer pendant la grossesse et l'allaitement, et de la promotion des comportements sains.

L'ensemble des classes d'activité pour la promotion de la santé, telles que décrit dans le tableau ci-dessus semble avoir appréhendé le concept. De la communication, passant par la santé, la nutrition et l'environnement, pour terminer avec la prévention primaire des maladies non transmissibles, on peut dire que la promotion de la santé au Cameroun est dans un dynamisme embryonnaire qui s'approprie un concept né en 1986, avec la charte d'Ottawa.

c) Cadre administratif de la promotion de la santé au Cameroun

Le cadre administratif désigne les organes du ministère de la santé publique qui l'accompagnent dans la mise en place des politiques de promotion de la santé. Il s'agit de la direction de la promotion de la santé, du centre d'hygiène et d'assainissement, de la sous-direction de la prévention et de l'action communautaire, et de la sous-direction de la santé mentale :

- La direction de la promotion de la santé

Au sein du ministère de la santé publique (MINSANTE), une direction de la promotion de la santé a été créée pour implémenter le concept dans le pays. Cette direction comprend quatre sous directions à savoir la Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition, la Sous-Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement, la Sous-Direction de la Prévention et de l'Action Communautaire, et la Sous-Direction de la Santé Mentale.³¹⁷ Les missions de cette direction créée en 2013 sont de faire de la promotion de la santé une appropriation nationale et de mobiliser les opinions pour la cause, de mettre en place des stratégies de prévention des principales causes de maladie et de malnutrition, de mettre en œuvre une politique d'hygiène, d'assainissement et de gestion des déchets, de promouvoir la santé mentale. Cette direction est aussi chargée de la mise en place des mutuelles de santé et des systèmes d'assurance maladie en liaison avec les administrations concernées.³¹⁸

- Le centre d'hygiène et d'assainissement du territoire

Le centre d'hygiène et d'assainissement du territoire, comme son nom l'indique, a été créé avec pour but de promouvoir les comportements sains en matière d'environnement sur le territoire camerounais. Il est subdivisé en deux services : le service de l'hygiène du milieu et le service de l'eau.³¹⁹ Ses missions sont nombreuses. Il est ainsi chargé de la définition et de la promotion des mesures d'hygiène individuelle et collective, la certification des normes de qualité des eaux et du contrôle de leur respect, la réglementation des activités d'assainissement du milieu, de l'homologation des pesticides et des désinfectants utilisés en santé publique, du contrôle sanitaire des industries alimentaires et polluantes, du suivi des activités de lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles, la promotion de la qualité de

³¹⁷ Décret N°2013/093 du 03 avril 2013, portant organisation du ministère de la santé publique, p. 38.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 37.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 39.

l'eau dans les activités de soins de santé primaires, et de l'homologation des technologies utilisées dans le traitement de l'eau de boisson.³²⁰

- **La sous-direction de la prévention et de l'action communautaire**

Cette sous-direction a été créée pour coordonner les actions à l'échelle communautaire. Elle dispose de deux services : celui de l'éducation pour la santé et celui de la mobilisation sociale.³²¹ Elle a pour mission d'élaboration et de mettre en œuvre de la stratégie gouvernementale dans le cadre de référence de promotion de la santé, d'opérer une mobilisation sociale en faveur de la santé, du développement et du suivi de la mise en œuvre de la collaboration avec les secteurs administratifs apparentés à la santé, de mettre en place et de diffuser les méthodes de sensibilisation visant à prévenir les principales causes de maladie, d'invalidité et de décès ; de formuler et de coordonner toutes les actions d'éducation pour la santé, de définir les objectifs éducatifs en matière d'éducation pour la santé, d'appuyer et de suivre les mutuelles de santé, en liaison avec les administrations concernées, et de participer à la mise en place du système de protection sociale, en liaison avec les administration concernées.³²²

- **La sous-direction de la santé mentale**

La sous-direction de la santé mentale est un outil administratif qui accompagne le processus de promotion de la santé. Il est constitué de deux services : le service de promotion de la santé mentale et de la psychiatrie, et le service de lutte contre la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme.³²³ Cette direction est chargée du développement et du suivi des activités des mutuelles de santé, en liaison avec les administrations concernés, de la participation à la mise en œuvre du système de protection sociale, en liaison avec les administrations et organismes concernés, et de la mise en œuvre des stratégies visant à renforcer l'implication des communautés dans les activités de promotion de la santé.³²⁴

³²⁰ Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 ... p. 39.

³²¹ *Ibid.*, p. 42.

³²² *Ibid.*, p. 37.

³²³ *Ibid.*, p. 43.

³²⁴ *Ibid.*

d) Le rôle de l’OMS dans la promotion de la sante au Cameroun

En tant que partenaire historique en matière de santé, l’OMS a un rôle central dans la promotion de la santé au Cameroun. Il intervient ainsi sur plusieurs axes du processus tels que la réduction des inégalités, la promotion d’actions intersectorielles, la promotion d’un environnement favorable à la santé, et la promotion de comportement et style de vie favorables à la santé.

- La réduction des inégalités et la promotion d’action intersectorielles

La réduction des inégalités est un facteur important pour la promotion de la santé, car la santé est un droit et tous les gouvernements ont le devoir de mettre en place des politiques pour que toute la population y ait accès. Ainsi, l’OMS soutien le Cameroun dans le développement des initiatives visant la réduction des inégalités en santé, la promotion pour toutes actions intersectorielles pour faire face aux principaux déterminants de la santé, la promotion d’environnements favorables à la santé dans le cadre de la mise en œuvre de la déclaration de Libreville, la promotion des styles de vie favorables à la santé y compris, les comportements sexuels sains.³²⁵ L’OMS soutien ainsi les initiatives nationales visant à réduire les inégalités avec un appui technique et l’élaboration et la mise en œuvre de plan d’action, notamment pour promouvoir les actions intersectorielles.

Tel que défini dans la déclaration d’Helsinki en 2013, la santé ne doit cesser d’être la panache des seuls professionnels de la santé et devenir une préoccupation majeure de tous les acteurs dans tous les secteurs d’activités. Ainsi, pour accompagner le Cameroun, l’OMS apporte son appui pour l’identification des déterminants socio-économiques de la santé, et leur prise en compte dans la formulation des politiques et stratégies de santé.³²⁶

- La promotion d’un environnement favorable à la santé et des comportements sains

Tout comme la réduction des inégalités et la promotion d’actions intersectorielles, le cadre environnemental de vie est un élément essentiel pour la promotion de la santé. Le soutien de l’OMS se traduit dans ce domaine par la réduction des risques de santé liés à l’environnement et leurs effets, le suivi de la mise en œuvre des recommandations de la Déclaration de Libreville³²⁷. S’agissant de la promotion des comportements sains, l’OMS soutien le Cameroun

³²⁵ OMS, “Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays, 2010 – 2015, Cameroun”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009, p. 24.

³²⁶ *Ibid.*

³²⁷ La Déclaration de Libreville met en exergue la nécessité de renforcer les dispositions constitutionnelles pour aborder les problèmes liés à l’environnement. La déclaration stipule en outre la création d’une Alliance Stratégique

dans la mise en œuvre du plan national de lutte contre le tabagisme, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies de lutte contre les toxicomanies, l'intégration des interventions de promotion de la santé, dans la mise en œuvre de programmes prioritaires de santé,³²⁸ et la diffusion de bonnes pratiques en matière de comportements concernant la santé de la reproduction, le VIH/Sida, l'environnement et la nutrition.³²⁹

En somme, la promotion de la santé occupe une place importante dans les politiques de santé du monde, et donc du Cameroun. Elle permet de mettre en place un environnement sain où les hommes et les femmes peuvent se mouvoir sans se soucier des risques de maladie. Il s'agit donc de tendre vers un risque zéro. La promotion de la santé intègre ainsi la promotion des comportements sains, l'assainissement du milieu de vie, et la qualité de la nutrition. Pour se faire, un large éventail d'activités, telle qu'élaboré dans le PNDS sont effectués dans l'esprit des conférences internationale et africaine de promotion de la santé. Dans l'appréhension de ce concept, l'OMS, en charge de la santé dans le monde, apporte son appui aux pays, tel que le Cameroun. Cependant, malgré les efforts accomplis pour promouvoir la santé, et donc empêcher l'émergence, la résurgence, et la persévérance des maladies, le monde reste frappé par des pandémies et des grandes endémies. L'Afrique en particulier est le continent le plus touché par ces maladies, surtout les pays de l'Afrique subsaharienne, région du continent donc le Cameroun fait partie. Il est ainsi question d'identifier non seulement les causes de ces maladies, mais aussi de voir comment, au fil de l'histoire, ces maladies ont pris d'assaut le Cameroun.

2. Implémentation du règlement sanitaire international

L'implémentation du règlement sanitaire international au Cameroun peut être classée en trois catégories : la prévention des maladies, la détection des maladies, et la riposte contre les maladies.

de la Santé et de l'Environnement qui intégrerait les spécificités de chaque pays et constituerait une véritable pierre angulaire pour appréhender de manière cohérente les déterminants liés à la santé humaine et l'intégrité de l'écosystème.

³²⁸ OMS, "Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, 2010 – 2015 ... p. 24.

³²⁹ *Ibid.*, p. 9.

a) La prévention de la maladie

La prévention de la maladie peut être vu sous plusieurs angles : sur le plan de la politique, de la communication, de la résistance aux antimicrobiens, de la zoonose, de la sécurité des aliments, de la sûreté biologique et de la vaccination.

- **Législation, communication, et promotion du RSI**

En 2017, l’OMS a évalué le degré d’implémentation de du règlement sanitaire international au Cameroun. Ainsi, pour ce qui est du cadre juridique du RSI, il en ressort que la législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisant pour pouvoir appliquer le RSI avec la signature d’accords avec les pays frontaliers dans le cadre de la mise en œuvre du RSI de 2005, mais aussi que l’État camerounais “peut démontrer qu’il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l’application du RSI” notamment avec la prise en compte dans le recensement des textes de tous les secteurs concernés par le RSI.³³⁰

Le second axe d’implémentation du RSI est la coordination, la communication, et sa promotion. D’une part l’évaluation de cet objectif a permis de relever qu’un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l’intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI ; il s’agit notamment de la nomination d’un point focal national du règlement sanitaire international (PFNRSI), qui est une personne ou entité “désigné par chaque Etat Partie, qui doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l’OMS”,³³¹. En 2006, le Cameroun a désigné officiellement le Comité National d’Epidémiologie comme Point Focal National-RSI.³³² Aussi, le pays a mis en place l’observatoire national de la santé publique (ONSP) qui veille à la mise en œuvre du RSI, l’évaluation régulière des urgence de santé publique, la mise sur pieds des mécanismes fonctionnels de collaboration intersectorielle, et la bonnes pratique d’échange d’information systématique et en temps utile entre les unités de surveillance en santé animale et humaine, les

³³⁰ OMS, “Evaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République du Cameroun”, Rapport de mission du 25–29 septembre 2017, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2017, p. 7.

³³¹ OMS, “Règlement sanitaire international (2005)”, deuxième édition ... p. 9.

³³² MINSANTE, “ Plan national de développement sanitaire ... p. 42.

laboratoires et autres secteurs concernés en matière de risques ou d'urgences liés aux zoonoses.³³³

- **Résistance aux antimicrobien et zoonose**

Les microbes et les bactéries évoluent dans un même environnement que l'homme. Ces derniers développent des mécanismes visant à renforcer leur capacités de résistance au antimicrobiens. Ceci dit, pour s'arrimer au RSI, le Cameroun un système de détection de la résistance aux antimicrobiens avec la mise sur pieds des laboratoires nationaux de diagnostic et de recherche (le centre pasteur du Cameroun et le Laboratoire national de santé publique), une commission pour la protection phytosanitaire, et une commission nationale du médicament qui approuvent les autorisations de mise sur le marché des médicaments en santé humaine et animale.³³⁴ Ainsi, au-delà de la surveillance et de la détection de la résistance aux antimicrobiens, le Cameroun a mis sur pieds un système de surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens grâce aux 2765 formations sanitaires fonctionnelles dont il dispose, et aussi un programme de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales, et des activités de gestion des antimicrobiens.³³⁵

Les zoonoses sont définies comme étant des maladies ou des infections transmissibles qui se propagent aux populations animales et humaines. Ainsi, 75% des maladies infectieuses émergentes sont d'origine animale. Afin de diminuer ce pourcentage, l'Etat camerounais a mis en place un système de surveillance pour les zoonoses prioritaires avec la mise en œuvre de l'approche «une seule santé»³³⁶, la mise en place du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes, et la surveillance des zoonoses prioritaires connues (rage, anthrax, grippe aviaire, Ebola/Marburg et tuberculose bovine).³³⁷ Aussi, l'Etat s'assure de la disponibilité des vétérinaires et du personnel de santé animale, ainsi que des mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles, avec l'existence d'une législation pour la prévention ; la surveillance, le contrôle et la lutte contre les zoonoses (Ebola, Grippe Aviaire) ; et des données actualisées sur l'estimation de la population animale du pays.³³⁸ Ainsi, entre 2005 et 2015, plusieurs épisodes de zoonotique sont apparues,

³³³ MINSANTE, « Plan national de développement sanitaire ... p. 10.

³³⁴ *Ibid.*, p. 11.

³³⁵ *Ibid.*, p. 12.

³³⁶ Le concept «Une seule santé» a été introduit au début des années 2000, synthétisant en quelques mots, une notion connue depuis plus d'un siècle, à savoir que la santé humaine et la santé animale sont interdépendantes et liées à la santé des écosystèmes dans lesquels elles coexistent.

³³⁷ OMS, «Evaluation externe conjointe ...», p. 15.

³³⁸ *Ibid.*, p. 16.

au rang desquelles fièvre jaune chez les êtres humains, l'anthrax chez les bovidés et primates, la grippe aviaire H5N1 chez la volaille domestique, la grippe pandémique A (H1N1) en 2009 chez les porcs, la fièvre de la vallée du Rift chez les ruminants et les êtres humains, la variole des singes (monkeypox) chez les chimpanzés.³³⁹

- **Sécurité sanitaire des aliments, sécurité et sûreté biologiques, et vaccination**

Les maladies diarrhéiques d'origines hydriques constituent l'une des principales causes de morbidité du Cameroun. Mondialisation, ce problème sanitaire s'est internationalisé. Ainsi, à son niveau, le Cameroun a mis sur pieds des mécanismes de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments. Il s'agit donc d'arrimer la qualité des aliments et de l'eau produits localement ou importés aux normes nationales et code alimentaire mondiale, de collecter des données sur les intoxications alimentaires et les maladies d'origine alimentaire, d'enquêter sur les cas suspect et de préparer la riposte en cas d'infection.³⁴⁰

La sécurité et sûreté biologiques fait intervenir la manipulation d'agents pathogènes en laboratoire, afin de repousser toujours les limites de la science en matière de riposte contre les maladies. Pour la sécurité de cette manipulation, le Cameroun a mis sur en place un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles, ainsi que des formations et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques. Afin de sécuriser le personnel manipulant ces agents pathogènes dangereux, la vaccination est obligatoire, avec un suivi et traitements post-exposition accidentelle.³⁴¹

En épidémiologie, la vaccination est l'une des méthodes de prévention les plus efficaces. C'est ainsi " l'une des interventions de santé les plus performantes dans le monde et l'un des moyens les plus économiques de sauver des vies et de prévenir les maladies. D'après les estimations, la vaccination permet de prévenir plus de deux millions de décès par an dans le monde".³⁴² Le Cameroun a ainsi un accès et une délivrance de vaccins au niveau national avec une chaîne d'approvisionnement fiable, ainsi qu'une couverture vaccinale intégrante d'un programme national. En 2006, le Cameroun a promulgué un texte portant création, organisation

³³⁹ MINSANTE, "stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027 ... p. 14.

³⁴⁰ OMS, "Evaluation externe conjointe ..., p. 18.

³⁴¹ *Ibid.*, p. 20.

³⁴² *Ibid.*, p. 22.

et fonctionnement des centres de vaccination internationale.³⁴³ Jusqu'en 2015, 12 maladies sont ciblées par le PEV. Il s'agit de la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'Hépatite B, l'infection à hémophiles, l'infection à pneumocoque, la diarrhée à rotavirus, la fièvre jaune, la rougeole, et la rubéole.³⁴⁴

b) La détection des maladies

Afin de s'arrimer aux normes prescrites par le RSI, le Cameroun a mis en place un système national de laboratoire, de surveillance, de notification et de développement du personnel.

- Le système national de laboratoire

Dans le système de santé publique, les laboratoires ont pour rôle la détection des maladies et des épidémies, les interventions d'urgence, la surveillance des maladies et la surveillance de l'environnement. Dans le cadre du RSI, les laboratoires nationaux ont pour objectif "Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire".³⁴⁵ Au Cameroun, le système national des laboratoires est composé des laboratoires de santé publique, des laboratoires de santé animale, de laboratoires privés et de laboratoires de recherche. Ces laboratoires sont représentés à chaque niveau de la pyramide du système de santé (le niveau central, le niveau intermédiaire, et le périphérique). Le système national de laboratoire du Cameroun est ainsi capable de lancer l'alerte en cas d'épidémie ou d'épizootie et, le cas échéant, il collabore avec des partenaires extérieures pour le diagnostic des agents pathogènes inhabituels.³⁴⁶ En somme, le Cameroun est capable d'analyser en laboratoire des échantillons des maladies prioritaires, de transporter les échantillons des agents pathogènes dangereux, d'opérer des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire, et, grâce à ses organismes nationaux chargés de l'homologation et de l'inspection des laboratoires, dispose d'un système de qualité des laboratoires.³⁴⁷

- Le système de surveillance en temps réel

La surveillance en temps réel permet ainsi "à faire progresser la sûreté, la sécurité et la résilience du pays en conduisant une démarche de surveillance biologique intégrée qui favorise

³⁴³ MINSANTE, "Plan national de développement sanitaire ... p. 42.

³⁴⁴ MINSANTE, "Stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027 ... p. 16.

³⁴⁵ OMS, "Evaluation externe conjointe ..., p. 24.

³⁴⁶ *Ibid.*

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 26.

l'alerte précoce et une bonne connaissance de la situation des événements biologiques".³⁴⁸ L'objectif est ainsi de renforcer le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE). Le pays dispose donc d'une liste des maladies à déclaration obligatoire et de formulaires standardisés pour la collecte des données de la surveillance tant au niveau national qu'infranational. Le Cameroun dispose donc d'un système de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements, d'un système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté, d'un système d'analyse des données de surveillance, et d'un système de surveillance syndromique.³⁴⁹ Ceci dit, les maladies sous surveillance sentinelle au Cameroun sont le VIH/SIDA, la syphilis, les diarrhées à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans, les méningites à hémophiles influenzae B (HiB) et à pneumocoque et les grippes humaines.

La surveillance des grippes humaines est assurée par le Centre Pasteur du Cameroun depuis 2007 et les laboratoires *John Hopkins University-Global Viral Forecasting Initiative* depuis 2009, et la surveillance sentinelle des diarrhées à Rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans, des méningites et pneumocoque quant-à elle, est assurée par le Centre Mère-Enfant de la Fondation Chantal Biya, les analyses des prélèvements s'effectuant au CPC.³⁵⁰

- **Le système de notification et de développement du personnel**

Le principe "une seule santé" est perpétuellement menacé par l'apparition de nouvelle maladie qui menace l'ensemble du système. Les notifications de ces maladies liées à la santé humaine, animale et des écosystèmes, réduisent ainsi le risque de maladies à l'interface entre ces trois composantes. Le pays dispose ainsi d'un système efficace de notification à l'OMS, à l'organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et à l'organisation mondiale de la santé animale, et d'un réseau et protocoles de notification dans le pays.³⁵¹ Ces deux systèmes permettent ainsi au Cameroun de notifier dans des délais raisonnables des cas de MAPE.

Aucun système de santé publique ne peut se développer sans un personnel adéquat de qualité. Ce personnel permet d'assurer durablement et efficacement les activités de surveillance et de riposte en matière de santé publique, à tous les niveaux du système de santé, et la mise en œuvre effective du RSI. Le Cameroun dispose ainsi d'un programme de formation en

³⁴⁸ OMS, "Evaluation externe conjointe ...", p. 28.

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 30.

³⁵⁰ MINSANTE, " Plan national de développement sanitaire ... p. 43.

³⁵¹ OMS, "Evaluation externe conjointe ...", p. 32.

épidémiologie placé sous la sous la tutelle des Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, d'une stratégie pour les personnels basé sur un plan de développement des ressources humaines, un plan de fidélisation des effectifs, une Stratégie basée sur les performances, et des primes pour motiver le personnel.³⁵²

c) La riposte contre la maladie

La riposte contre les maladies est autour de laréparation, des interventions d'urgence, du lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité, des moyens médicaux et déploiement de personnel, et de la Communication sur les risques.

- La préparation et les interventions d'urgence

“La préparation consiste à élaborer et mettre à jour aux niveaux national, intermédiaire et communautaire/ primaire, des plans pertinents de réponse aux urgences de santé publique couvrant les risques biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires”.³⁵³ Il s'agit ainsi d'un ensemble de documents regroupant un ensemble de procédure applicables en cas d'épidémie. Le Cameroun dispose donc d'un plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique intitulé “ plan d'organisation des secours destiné à la préparation des mesures de sauvegarde et à la mise en œuvre des moyens de secours nécessaires pour faire face aux accidents, sinistres et catastrophes d'une certaine gravité (ORSEC)”.³⁵⁴ Il dispose aussi d'une cartographie des risques de santé publique, des équipes d'intervention rapide. Ces équipements permettent ainsi de faciliter les interventions d'urgences.

Ainsi, pour ces interventions d'urgence, le Cameroun dispose non seulement d'un comité national de réponse aux épidémies et urgences de santé publique mobilisant des experts, mais aussi des procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence, d'un programme d'interventions d'urgence, et des procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.³⁵⁵ En cas d'urgence sanitaire, il faut une collaboration étroite entre autorité sanitaires et autorités sécuritaires pour mettre en place un couloir sécurisé d'accompagnement et d'acheminement du matériel et/ou personnel médical/urgentiste. Ainsi, en cas d'évènement biologique confirmé ou suspect, les services chargés de faire appliquer la

³⁵² OMS, “Evaluation externe conjointe ..., p. 34.

³⁵³ *Ibid.*, p. 35.

³⁵⁴ *Ibid.*, p. 36.

³⁵⁵ *Ibid.*, p. 39.

loi, le contrôle aux frontières et les douanes sont déployées pour collaborer avec le MINSANTE.³⁵⁶

- **Moyens médicaux et déploiement du personnel**

Les moyens médicaux sont indispensables pour assurer la sécurité nationale et protéger les pays des menaces de maladies infectieuses potentiellement graves. Ainsi, même si le Cameroun ne dispose pas d'un plan national relatif au transfert de moyens médicaux et de déploiement du personnel de santé en cas d'urgence de santé publique de portée internationale il a mis en place des mesures palliatives. Le Cameroun dispose ainsi d'un système pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique, d'un système pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.³⁵⁷

- **Communication sur les risques**

La communication sur les risques est un processus qui fait intervenir plusieurs protagonistes, pas seulement les professionnels du domaine de la santé. Elle consiste donc à informer la population sur les dangers liés à certaines pratiques ou à certaines maladies. La communication sur les risques prend ainsi en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, mais aussi l'avis permanent des populations touchées avant, pendant et après ledit événement. Le Cameroun dispose donc d'un système de communication sur les risques, des moyens de communication et coordination internes et avec les partenaires et le publique, d'un système de communication pour faire participer les communautés touchées, et d'un système d'écoute dynamique et gestion des rumeurs.³⁵⁸ L'ensemble de ces mécanismes de communication permettent de d'informer, de prévenir et donc de limiter l'impact des urgences sanitaire.

d) Gestion des points d'entrée des événements d'origine chimique et des situations d'urgence radiologique

Le règlement sanitaire international décrit des mesures à adopter aux points d'entrées du pays, la gestion des événements d'origine chimique et des situations d'urgence radiologique.

- **Riposte aux points d'entrées**

³⁵⁶ OMS, "Evaluation externe conjointe . . .", p. 40.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 43.

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 46.

Un point d'entrée est défini par le règlement sanitaire international de 2005 comme étant "un point de passage pour l'entrée ou la sortie internationales des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie"³⁵⁹. Les points d'entrées sont ainsi directement liés à la sécurité sanitaire du territoire. Il est ainsi le principal rempart contre la propagation internationale de la maladie. Le règlement sanitaire a ainsi prescrit un ensemble pour limiter la propagation de la maladie aux points d'entrée. Ceci dit, le Cameroun a mis en place. Il existe donc des capacités de routine aux points d'entrée. Il s'agit donc de l'organisation et fonctionnement des postes sanitaires aux frontières mis en place par l'arrêté N° 1745/MINSANTE du 27 juin 2006 et la décision N°0130/D/MINSANTE/SESP/SG/DAJC du 25 Février 2013 portant organigramme des postes de santé aux frontières, la surveillance des frontières, et dispose aussi d'un plan de réponse à l'aéroport international de Yaoundé Nsimalen.³⁶⁰ Aussi, le Cameroun a mis en place un plan d'action de santé publique efficace aux points d'entrée. Ce plan est axé sur l'élaboration et la mise en œuvre de plans de contingence pour certaines maladies à potentiel épidémique, un plan national d'intervention pour les urgences de santé publique, des plans locaux aux points d'entrée de préparation et de riposte aux événements de santé publique, et des visites d'assistance de l'organisation de l'aviation civile internationale dans le cadre du programme "*Collaborative Arrangement for the Prevention and Management of Public Health Events in Civil Aviation*" sur l'aéroport international de Yaoundé- Nsimalen.³⁶¹

- **Gestion des événements d'origine chimique**

Les événements chimiques peuvent être des incidents technologiques, des catastrophes naturelles, des conflits et de terrorisme, des pollutions environnementales, des contaminations des aliments ou autres produits. Ces événements peuvent être des dangers pour la santé publique internationale. Il est donc essentiel que les États Parties soient dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements et risques d'origine chimique. Ainsi,

³⁵⁹ OMS, "Règlement sanitaire international (2005)" ... p. 8.

³⁶⁰ OMS, "Evaluation externe conjointe ...", p. 48.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 49.

Le Cameroun a ratifié d'importantes conventions internationales sur l'élimination des déchets dangereux (Convention de Bâle), les polluants organiques persistants (Convention de Stockholm), le commerce international de produits chimiques (Convention de Rotterdam), le mercure (Convention de Minamata) et les polluants marins (MARPOL). Il a également adhéré à l'Approche stratégique de la Gestion internationale des Produits chimiques (SAICM) qui facilitera l'élaboration du Profil national sur la gestion des produits chimiques au Cameroun et lui permettra de progresser dans la mise en œuvre du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques au Cameroun. Le pays a également légiféré pour limiter le taux de plomb dans les peintures.

Le Cameroun a ainsi mis en place des mécanismes pour le contrôle des points d'accès. Il dispose donc des mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements et urgences d'origine chimique avec l'existence d'un comité national de crise établi par décret présidentiel de 1998, un plan national de lutte contre le déversement accidentel d'hydrocarbures, un comité de coordination sur les polluants organiques persistants, et d'un comité de suivi du projet d'étude diagnostic sur les intoxications aux pesticides.³⁶² Le pays dispose aussi de la mise en place des environnements favorables à la gestion d'événements d'origine chimique. Il a ainsi adhéré conventions de Rotterdam sur le commerce international, la convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, la convention de Bâle sur la gestion des déchets et la convention de Minamata sur le mercure. Le pays a aussi adhéré à l'approche stratégique de la Gestion internationale des Produits chimiques, au système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques, a mis en place une législation limitant le taux de plomb dans les peintures ; le Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et Développement Durable pour la gestion des produits chimiques, et le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural pour le contrôle des pesticides.³⁶³

- **La gestion des situations urgences radiologiques**

Le règlement sanitaire international exige aux Etats membres des capacités de surveillance et de riposte aux événements d'urgences radionucléaires. Cela nécessite donc une communication et une collaboration efficaces parmi les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires. Le Cameroun a, pour se faire, élaboré un plan d'urgence radiologique, et a mis en place une Agence nationale de Radioprotection. Le pays a ainsi mis en place des mécanismes pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire, et un environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique. Sous la tutelle du MINSANTE, un plan pour la prévention, la détection et la réponse aux situations d'urgence radiologique a été mis sur pieds, aussi, Le Cameroun est signataire de la convention de l'agence

³⁶² OMS, "Evaluation externe conjointe ...", p. 21.

³⁶³ *Ibid.*, p. 51.

internationale de l'énergie atomique pour la notification et la riposte rapide aux accidents radiologiques.³⁶⁴

En somme, le Cameroun a fait des efforts considérables pour la mise en place des mesures visant à prévenir, détecter et riposter efficacement contre MAPE d'envergure internationale. Des progrès ont ainsi été observés au niveau de la législation, du système de laboratoire, des mécanismes de collaboration intersectorielle pour la détection et la réponse aux événements de santé publique, des PEV, du développement des ressources humaines, et du système de gestion des risques et des catastrophes. Cependant, beaucoup reste encore à faire. Ainsi "Malgré les efforts considérables réalisés par le Cameroun afin d'améliorer la sécurité sanitaire et la réponse aux situations d'urgence, il lui reste d'importants défis à relever pour renforcer les capacités requises pour prévenir, détecter et riposter aux événements de santé publique."³⁶⁵

3. La coopération avec les organisations spécialisées

Pour atteindre ses objectifs sanitaires de lutte contre les grandes endémies, le Cameroun coopère avec les organisations internationales spécialisées telle que l'UNICEF, le HCR, ONUSIDA, et bien d'autres qui apportent leur expertise dans la mise en place au Cameroun des politiques définies en amont par l'OMS. Il s'agit donc d'appliquer sur le terrain les programmes de la lutte préventive et curative contre les maladies.

³⁶⁴ OMS, "Evaluation externe conjointe ...", p. 54.

³⁶⁵ *Ibid.*, p. 3.

**PARTIE III : VUE PANORAMIQUE DES
PROGRAMMES DE L'OMS POUR L'ERADICATION
DES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPACT AU
CAMEROUN**

**CHAPITRE V : LES GRANDES ENDEMIES ERADIQUEES ET
EN COURS D'ERADICATION AU CAMEROUN JUSQU'EN 2015
AVEC LE CONCOURS DE L'OMS**

Le Cameroun a été sujet des maladies qualifiées de grandes endémies. Parmi celles-ci, la variole et la dracunculose donc la certification de son éradication a été faite. Ces maladies ont eu un impact dans l'histoire sanitaire du monde en générale, mais aussi du Cameroun en particulier.

I. LES GRANDES ENDEMIES ERADIQUEES AU CAMEROUN

Dans la liste des grandes endémies éradiquées au Cameroun grâce au soutien de l'OMS, l'on peut citer la variole éradiquée en 1978, la dracunculose en 2004, et la lèpre en 2005. Tout à côté, nous avons les maladies en cours d'éradication jusqu'en 2015 telles que la poliomyélite, l'onchocercose, et la maladie du sommeil.

1) LOMS et l'éradication de la variole au Cameroun

La question de la variole au Cameroun sera abordée d'entrée par son historique au Cameroun, suivit par son processus d'éradication.

a) Généralité sur la variole au Cameroun

La variole est endémique au Cameroun bien avant les indépendances. Déjà en 1930 on recense déjà 185 cas et contre 32 décès, en 1931 on compte 265 cas contre 53 décès, en 1932 on le nombre de cas croit jusqu'à atteindre 492 avec 123 décès, en 1933 on connaît une légère baisse, soit 475 cas détecté et 171 décès³⁶⁶, cependant 1934 connaît davantage une baisse légère, soit 463 cas et 90 décès. En 1935, une chute de nombre de cas est observé, soit 138 cas et 27 décès, suivit en 1936 d'aucun cas détecté jusqu'en 1937³⁶⁷. En 1959, les rapports de l'OMS indiquent 17 cas recensés contre 0 cas en 1960. Le tableau ci-dessous permet de récapituler l'évolution de la maladie entre 1933 et 1960 :

³⁶⁶ OMS, "Rapport épidémiologique", N°174, juillet-aout 1934, p.22.

³⁶⁷ OMS, "Rapport épidémiologique 1934 à 1937", 1937, p.252.

Photo 2 : manifestations cutanée de la variole

Source :

https://www.google.com/search?rlz=1C2AVNE_enCM651CM651&biw=1366&bih=608&tbm=isch&sa=1&ei=W4k5XbuEPNXUgwf09KSgBA&q=variole+cameroun, consulté le 25 juillet 2019.

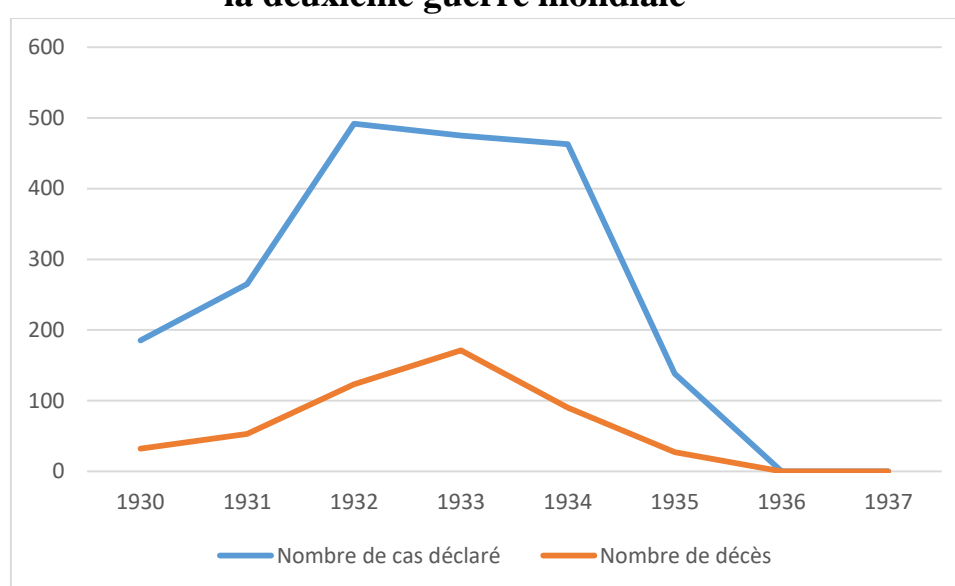
Tableau 40 : la variole au Cameroun (sous domination française) avant la deuxième guerre mondiale

Années	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	Total
Nombre de cas déclaré	185	265	492	475	463	138	00	00	2018
Nombre de décès	32	53	123	171	90	27	00	00	496

Source : Nous, élaboré à partir OMS, “Rapport épidémiologique 1934 à 1937”, 1937 et OMS, “Rapport épidémiologique”, N°174, juillet-aout 1934.

Par ce tableau, on constate que de la période allant de 1930 à 1959, le Cameroun a eu au total 2035 cas de variole déclarés avec 496 décès enregistré, soit 24,37% pour le taux de réussite. On peut ainsi noter des pics entre 1932 et 1934, sans doute dû à la mauvaise condition de vie des indigènes notamment avec la politique de l'indigénat qui y sévissait³⁶⁸. Le diagramme ci-dessous permet d'avantage illustrer l'évolution de la variole au Cameroun pendant la période d'avant l'indépendance :

Graphique 26 : la variole au Cameroun (sous domination française) avant la deuxième guerre mondiale



Nous, à partir OMS, "Rapport épidémiologique 1934 à 1937", 1937 et OMS, "Rapport épidémiologique", N°174, juillet-août 1934.

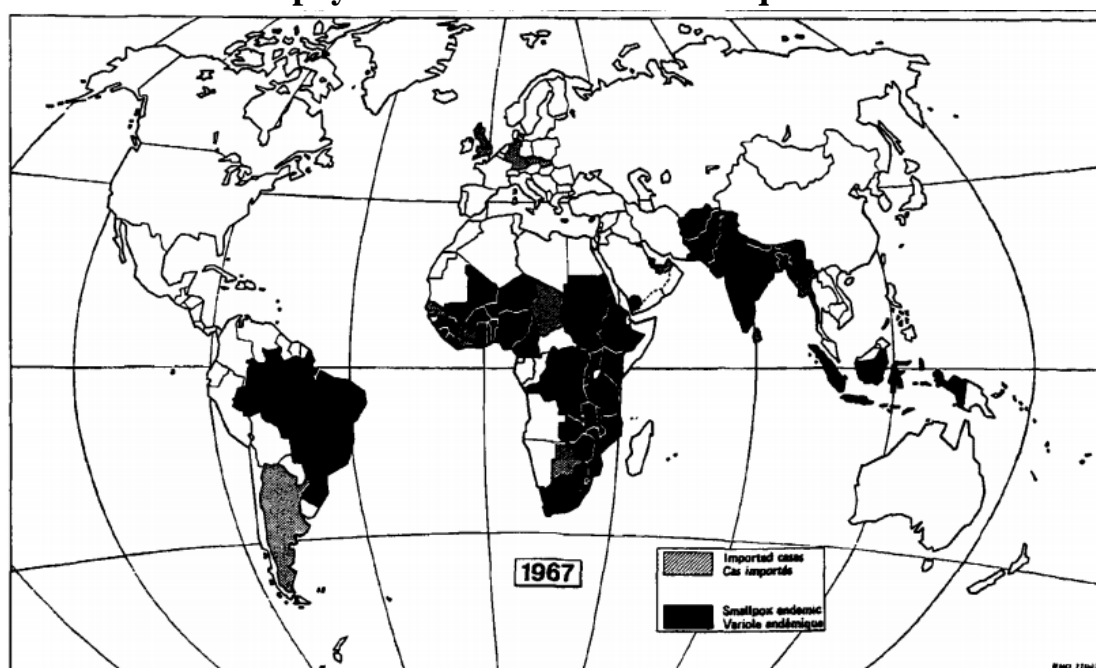
Le graphique ci-dessus montre qu'en 1937, le Cameroun compte zéro cas de variole. Cependant, En 1961 le nombre de cas a explosé soit 1345, puis 792 l'année suivante³⁶⁹, soit

³⁶⁸ Le régime de l'indigénat est une législation d'exception et un ensemble de pratiques utilisées dans les territoires du second empire colonial français depuis le milieu du XIX^{ème} siècle jusqu'après la Seconde Guerre mondiale. Cet ensemble de pratiques est resté disparate, et bien que l'on parle fréquemment de *Code de l'indigénat*, il n'a pas été régi par un texte unique. En février 1944, la conférence de Brazzaville recommande la suppression de l'indigénat qui est aboli en Algérie par l'ordonnance du 7 mars 1944, puis 1946 ; mais certaines pratiques perdurent jusqu'aux indépendances. La législation de conquête, mise en place en Algérie dès 1834, y est confirmée par la loi du 28 juin 1881. Des décrets en étendent peu à peu la pratique, sous des formes variées, à l'ensemble de l'empire colonial français à partir de 1887. Il s'agit d'une justice administrative qui s'applique aux seules personnes définies comme indigènes. Elle ne respecte pas les principes généraux du droit français, en particulier en autorisant des sanctions collectives, des déportations d'habitants et en sanctionnant des pratiques que la loi n'interdit pas, sans défense ni possibilité d'appel.

³⁶⁹ OMS, quinzaine assemblée mondiale de la santé, 12 mai 1962, p.5.

une chute de 553 cas. Cette recrudescence des cas est sans doute due au relâchement à cause de la seconde guerre mondiale de 1939 à 1945.³⁷⁰ En 1964, 72 cas ont été enregistrés au Cameroun contre zéro cas l'année suivante, et 3 cas en 1966 sur une population d'environ 5,2 million d'habitant³⁷¹. En 1967, le Cameroun compte au moins 29 cas de variole³⁷². La maladie est ainsi endémique sur le territoire, comme le démontre la carte établie par l'OMS ci-dessous :

Carte 3 : pays où la variole est endémique en 1967



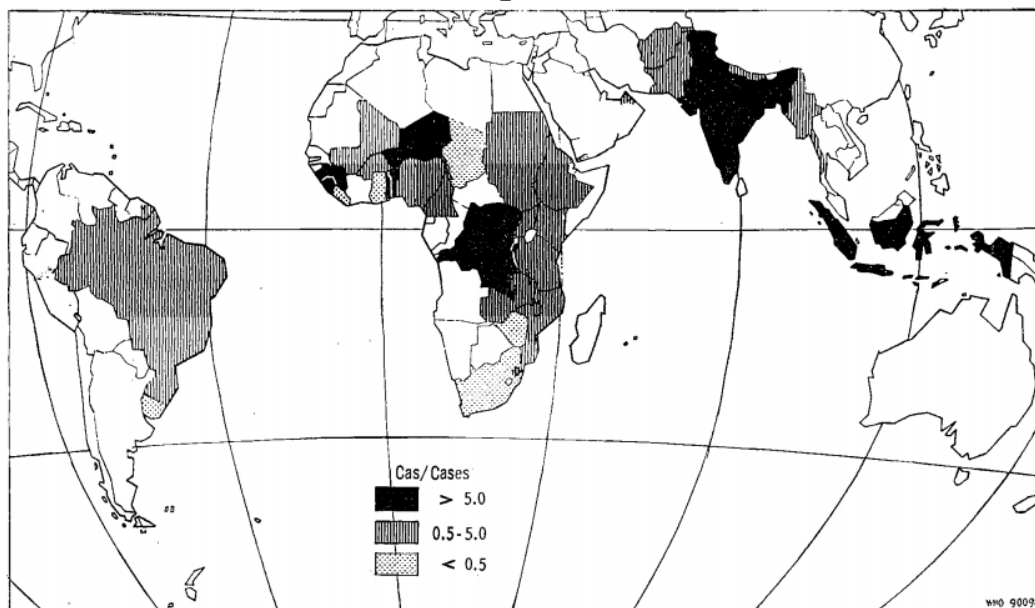
Source: OMS, relevé épidémiologique N° 17 - 25 April 1980, p.3.

³⁷⁰ <https://www.rfi.fr/fr/connaissances/20210924-les-grandes-dates-de-la-seconde-guerre-mondiale-1939-1945>, consulté le 20 février 2023.

³⁷¹ OMS, 41^{ème} session du conseil exécutif, 15 janvier 1968, p.290.

³⁷² *Ibid.*

Carte 4 : taux de variole pour 100000 habitant en 1968



Source: OMS, relevé épidémiologique N° 17 - 25 April, 1980.

Les cartes ci-dessus montre qu'en 1967, la maladie demeure endémique au Cameroun. On y voit à travers la légende une forte présence de la maladie. En 1968, au moins 15 cas ont été déclarés pour les mois de mars à juillet³⁷³. Ainsi, durant cette date, le nombre de cas estimé pour 100000 habitants est 0,5 à 5 cas. En 1969, entre janvier et juin, 17 cas de variole ont été recensés au Cameroun³⁷⁴. Durant cette année, la variole touche particulièrement la région de Maroua avec 2 cas recensés, la région de Mokolo (dans l'Extrême Nord) avec 36 cas recensés, et la région de Garoua avec 49 cas recensés. L'année 1970 marque le début de la chute du nombre de cas de variole dans le monde entier. A ce propos, le rapport de l'OMS précise :

Au 5 mai 1970, 10 915 cas de variole avaient été notifiés à l'Organisation pour les premiers mois de 1970, ce qui représente une diminution de 21 % seulement par rapport aux 13 741 cas qui avaient été signalés l'année dernière, à la même époque. On s'attendait à un recul plus important de la variole, mais il ne faut pas oublier que l'amélioration, très sensible au cours des 12 derniers mois, des systèmes de notification et de surveillance dans beaucoup de pays a eu pour effet de minimiser les résultats apparents du programme, tels qu'ils s'expriment par le nombre de cas notifiés. Cependant, si l'on fait la synthèse des tendances observées ces derniers mois dans les différents pays, on peut penser que le total définitif pour 1970 ne dépassera pas 35 000 à 40 000 cas, ce qui représentera une réduction de 25 à 35% par rapport à 1969³⁷⁵

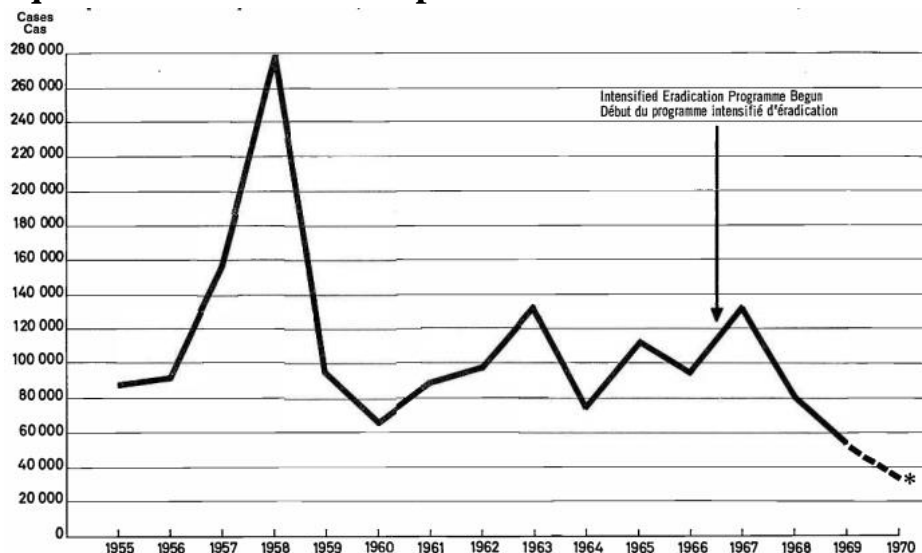
³⁷³ OMS, 41^{ème} session du conseil exécutif, 15 janvier 1968, p.290.

³⁷⁴ OMS, relevé épidémiologique N° 17 - 25 April, 1980.

³⁷⁵ OMS, Rapport de la 23^{ème} assemblée mondiale de la santé, 18 mai 1970, p.209.

La courbe ci-dessous permet davantage illustrer cette courbe descendante du nombre de cas de variole à travers le monde :

Graphique 27 : cas de variole reporté dans le monde entre 1955 et 1970



Source : OMS, rapport de la 23^{ème} assemblée mondiale de la santé, 18 mai 1970, p. 209.

Cette tendance mondiale est le reflet de l'incidence de la variole au Cameroun. On constata ainsi que le pic de 1967 est représenté ici comme un tremplin vers l'éradication totale de cette maladie. En 1970, 1971, et 1972 alors que la variole est encore présente dans divers pays, le Cameroun lui ne recense aucun cas³⁷⁶. Cette situation prévaut jusqu'en juin 1977³⁷⁷ lorsque le Cameroun est certifié territoire non variolique par un comité internationale³⁷⁸. Le

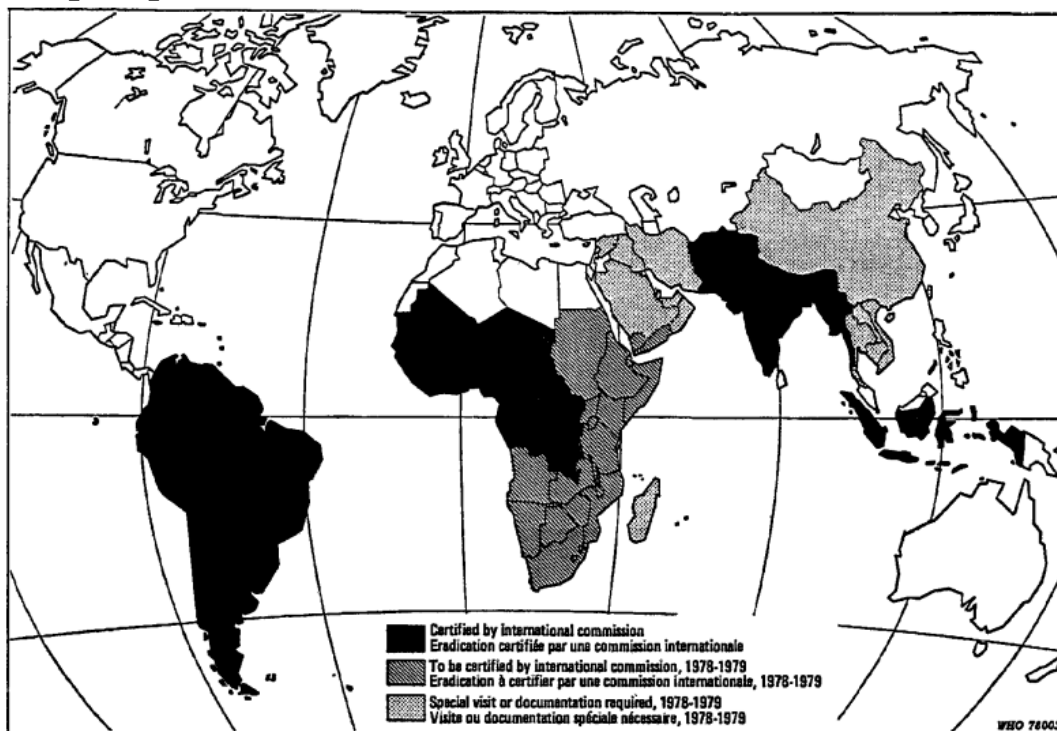
³⁷⁶ Rapport OMS, 25^{ème} assemblée mondiale de la santé, 8 mai 1972, p.209.

³⁷⁷ *Ibid.*

³⁷⁸ Les Commissions internationales ont certifié l'éradication de la variole en Inde, au Népal et au Bhoutan en avril 1977, en Afrique Centrale (Burundi, Congo, Empire Centrafricain, Gabon, Guinée équatoriale, République-Unie du Cameroun, Rwanda, Tchad et Zaïre) en juin 1977, en Birmanie en novembre 1977 et au Bangladesh en décembre 1977. Au total, 45 pays possèdent le certificat d'éradication en 1977. Les Commissions sont composées d'experts internationaux de la santé publique ; réunies par l'OMS, elles sont chargées de déterminer, sur la base d'une évaluation indépendante, des éléments disponibles, si l'éradication est bien réalisée selon les critères fixés. Pour qu'un pays ou une zone puisse bénéficier de la certification, il faut que deux ans au moins se soient écoulés sans qu'il y ait eu transmission de la maladie. Il doit être en outre prouvé que la surveillance a été telle qu'elle aurait permis de dépister les cas s'il s'en était produit. Les membres de la Commission examinent les documents ayant trait à l'éradication de la variole et, avant de rendre leur décision, effectuent des visites sur le terrain. Ces procédures ont été approuvées par la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1976. Une consultation sur la certification mondiale de l'éradication de la variole à laquelle ont participé des experts internationaux a eu lieu en octobre 1977 à Genève. Estimant que l'interruption de la transmission était imminente, ces experts ont recommandé dans leur rapport de prendre des dispositions en vue d'une certification mondiale de l'éradication de la variole à formuler en 1978 et en 1979, à savoir: 1) application des procédures officielles de certification

Cameroun fait ainsi partie de la première vague des pays ayant reçu la certification que la variole a été éradiquée dans son territoire, comme le montre la carte ci-dessous :

Carte 5 : plan pour la certification mondiale de l'éradication de la variole



Source : OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire Numéro 2, 13 janvier 1978, p.15.

La carte ci-dessus nous montre que hors mis le Cameroun, une grande partie de l'Asie, une partie de l'Amérique et les pays Centraux et Ouest africain. Au total donc, de 1960 jusqu'en 1977, le Cameroun a enregistré au moins 102 cas de varioles. Les régions les plus touchées furent celles du grand Nord. L'éradication de cette maladie est ainsi le fruit d'une synergie non seulement des organisations internationales, mais aussi du système de santé du Cameroun à travers leurs actions et politiques mises en œuvres.

internationale à 19 pays qui n'ont pas encore été visités par les Commissions, 2) préparation d'une documentation spéciale pour 16 pays et visites dans ces pays, 3) invitation adressée aux autres pays à présenter une déclaration officielle concernant l'absence de variole sur leur territoire.

b) L'OMS et l'éradication de la variole au Cameroun

L'OMS a établi un plan de lutte contre la variole dès 1952 lors de la 3^{ème} assemblée mondiale de la santé³⁷⁹. C'est lors de cette assemblée générale qu'a été prise la décision de faire de la variole un problème sanitaire mondial, et donc de mettre sur pieds un programme mondiale pour lutter contre cette maladie. A cet effet, les résolutions prises étaient les suivantes : poursuivre les études concernant les méthodes les plus efficaces de lutte contre la variole, compte tenu en particulier des conditions régnant dans les pays où cette maladie existe à l'état endémique ; prier instamment les administrations sanitaires d'exécuter, partout où cela serait nécessaire et possible, des campagnes antivarioliques en tant que partie intégrante de leurs programmes de santé publique ; fournir, dans les limites des disponibilités budgétaires, l'aide demandée par les administrations nationales en vue de développer leurs programmes antivarioliques.

Ainsi, La Huitième Assemblée mondiale de la Santé a prié instamment à nouveau les administrations sanitaires d'exécuter, partout où cela serait nécessaire, des campagnes antivarioliques en tant que partie intégrante de leurs programmes de santé publique³⁸⁰. Il faut attendre la 11^{ème} édition de l'assemblée mondiale de la santé pour que le problème de l'éradication de la variole se pose avec acuité. D'après la déclaration faite lors de cette assemblée, une suite de résolutions furent prises. La première prie le Directeur général de soumettre à la vingt-troisième session du Conseil exécutif un rapport étudiant les répercussions financières, administratives et techniques d'un programme ayant pour but l'éradication de la variole, en envisageant notamment dans cette étude les problèmes posés par l'exécution des travaux suivants tels que la recherche des moyens d'assurer l'éradication mondiale de la variole en tenant compte du fait que la variole persiste dans certains territoires malgré des campagnes de vaccination répétées; d'encouragement de la fabrication des quantités nécessaires de vaccin antivariolique dans les laboratoires et instituts nationaux au cours de la période 1958-1960 ; la formation de vaccinateurs choisis parmi la population locale dans les pays où des campagnes de vaccination de masse devront avoir lieu; la mise en commun de l'expérience acquise et établissement de recommandations en vue de la production d'une quantité suffisante de vaccin antivariolique thermostable qui puisse être conservé longtemps et utilisé dans les régions

³⁷⁹ OMS, Rapport 23^{ème} session du conseil exécutif, 16 décembre 1958, p.1.

³⁸⁰ OMS, Rapport 23^{ème} session du conseil exécutif, 16 décembre 1958, p.2.

tropicales et semi-tropicales; et l'étude de précautions à prendre pour éviter les complications de la vaccination antivariolique.

La seconde résolution s'adresse aux gouvernements. Celle-ci préconise que, pendant la période 1959-1960, la population soit vaccinée dans les pays où existent des foyers importants d'endémicité variolique et que, pendant la période 1961-1962, il soit procédé à une nouvelle vaccination de la population dans les foyers où persiste la maladie, et que des vaccinations soient pratiquées par la suite dans la mesure qui se révélera nécessaire à la lumière de l'expérience de chaque pays. La troisième résolution recommande que tous les pays où la vaccination antivariolique est obligatoire continuent d'appliquer cette mesure tant que durera la campagne d'éradication mondiale de la variole; la quatrième quant à elle invite les savants et les institutions scientifiques qui travaillent dans le domaine de la microbiologie et de l'épidémiologie à intensifier leurs efforts en vue d'améliorer la qualité et la technique de production de vaccins antivarioliques satisfaisants et capables de supporter l'action de la température; et dernière invite le Directeur général à faire rapport à la Douzième Assemblée mondiale de la santé sur les progrès réalisés et les résultats obtenus³⁸¹.

Ainsi, afin de lutter efficacement contre la variole, l'OMS a recommandé la vaccination pour tous les pays où l'endémicité est constatée, sous réserve de certaines considérations techniques. Ainsi, celle-ci préconise une éradication possible au bout quatre ou cinq ans, par une vaccination ou une revaccination réussie de 80 % de la population ; le seul critère acceptable d'une vaccination réussie est la vésiculation, qu'il s'agisse d'une lésion primo-vaccinale ou d'une réaction accélérée ; la commission recommande de calculer d'avance la quantité de vaccin nécessaire annuellement pour une campagne nationale d'éradication de la variole.

Au-delà des campagnes de vaccination prévue par l'OMS, les conférences régionales sont organisées. Celles-ci ont pour rôle de constituer une preuve concrète et visible que le sujet dont elle traite est considéré comme réellement important. De donner aux participants de pays différents l'occasion de se rencontrer personnellement, d'échanger des informations et de coordonner leurs programmes. De présenter en public des rapports de situation à jour est un stimulant pour des pays dont les campagnes risqueraient peut-être de traîner en longueur. Mais aussi, l'assistance à une conférence de l'OMS rehausse le prestige des participants dans leur pays et, par suite, celui de leurs travaux. Dans cette même optique, l'OMS offre des bourses d'étude aux médecins de laboratoire pour étudier la production de vaccin desséché et le

³⁸¹ OMS, Rapport 23^{ème} session du conseil exécutif, 16 décembre 1958, p.3.

diagnostic de laboratoire de la variole ; aux épidémiologistes pour étudier l'administration et les opérations pratiques des campagnes en cours dans d'autres pays ; aux Cliniciens de pays où la variole est devenue rare, mais risque d'être réimportée, pour étudier les aspects cliniques de la variole afin de pouvoir exercer ensuite les fonctions de consultants dans leur pays. L'OMS a aussi fourni des équipements pour la production de vaccin desséché à certains laboratoires ; aussi, il a été mis sur pied des programmes relatifs aux vaccins dont la détermination des besoins des pays en vaccin ; la Coopération des travaux des laboratoires producteurs de vaccin ; la distribution du vaccin entre les pays; enfin, toujours à l'échelle régionale, il a été envisagé de créer des postes de consultants régionaux en travaux de laboratoire et en épidémiologie ; dans certaines régions ces consultants ont déjà été désignés³⁸².

Au niveau des pays, la vaccination et toutes les mesures concernant l'éradication de la variole sont intégrées au service général de la santé, publique. Pour cela, l'OMS recommande que chaque pays ait au siège des services médicaux, à l'échelon national et à l'échelon régional, une personne expressément responsable de l'éradication de la variole. Cette personne doit avoir un adjoint ayant les capacités techniques et les qualités morales voulues, qui s'occuperont uniquement de l'éradication de la variole. Une hiérarchisation précise doit être établie, allant du vaccinateur en campagne jusqu'au directeur à l'échelon le plus élevé du centre des services médicaux, qui est responsable de l'information, des finances, du matériel, des transports, du bien-être du personnel et de tous autres facteurs administratifs. Comme seconde recommandation, les activités du service antivariolique doivent comprendre les éléments suivants tels que la campagne de vaccination de masse; l'éducation sanitaire, notamment l'explication de la raison d'être de la campagne et une action publicitaire positive ; le diagnostic et l'isolement des cas de variole et la surveillance des contacts ; toutes les questions de quarantaine ; sur le plan législatif, des textes devront être promulgués sur la vaccination antivariolique. Comme autre recommandation, l'établissement du programme de la campagne, réparti par régions géographiques et par périodes et prévoyant notamment les besoins en vaccin et l'organisation du transport ; l'OMS met aussi l'accent sur le recrutement du personnel, car pour elle, aucune campagne ne peut réussir si le personnel de direction et de contrôle n'est à la fois capable et enthousiaste³⁸³.

L'OMS recommande aussi la création d'une organisation chargée de préparer et d'administrer l'éradication de la variole, d'une part, et la formation de chefs et de vaccinateurs,

³⁸² OMS, Rapport 23^{ème} session du conseil exécutif, 16 décembre 1958, p. 20.

³⁸³ *Ibid.*

d'autre part, prendront du temps; elles doivent être considérées comme des questions de première urgence. Enfin comme dernière résolution, la vaccination peut être combinée avec les activités d'autres campagnes, à condition que les opérations à exécuter coïncident dans le temps. Ceci dit, les campagnes de lutte contre le pian peuvent se combiner particulièrement bien avec les campagnes de vaccination³⁸⁴.

C'est ainsi dans ce contexte que la lutte contre la variole s'est effectuée au Cameroun. Ainsi, en 1956 et 1958, pour un total de 54 cas pour une population de 3188 habitants, le Cameroun a reçu 630174 dose de vaccin³⁸⁵, pour un coût total évalué à un maximum de 324 000 dollars, soit environ 162000000 franc CFA³⁸⁶. Ainsi, en 1958, l'OMS déclarait "que la variole demeure une maladie transmissible très répandue et très dangereuse et qu'il existe, dans de nombreuses régions du monde, des foyers d'endémicité qui créent un risque permanent de propagation de cette maladie et qui, par conséquent, font peser une menace sur la vie et la santé des populations "³⁸⁷. C'est dire que la menace reste réelle dans le monde et donc au Cameroun. Il s'impose donc des mesures encore plus drastiques pour venir à bout de cette maladie à travers le monde.

Lors de la Conférence africaine de 1959 et de la Conférence interrégionale tenue à New Delhi en 1960³⁸⁸, une définition a été donnée sur le terme éradication de la maladie. Ainsi, l'OMS déclare :

³⁸⁴ OMS, Rapport 23^{ème} session du conseil exécutif, 16 décembre 1958, p. 20.

³⁸⁵ *Ibid.*

³⁸⁶ *Ibid.*

³⁸⁷ OMS, 15^{ème} assemblée mondiale de la santé, éradication de la variole : rapport du directeur général, 09 mai 1962, p.2.

³⁸⁸ L'OMS a organisé en novembre 1959 une conférence sur la variole à Brazzaville et a patronné en novembre 1961 une conférence inter-régionale sur la variole à New Delhi. La conférence africaine a réuni 26 participants de 20 pays d'Afrique au sud du Sahara et d'un pays de la Région de la Méditerranée orientale. La conférence de New Delhi a groupé 18 participants représentant 14 pays des Régions de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. De nombreux observateurs ont assisté aux deux conférences.

A toutes fins pratiques, les pays dans lesquels la variole sévissait récemment avec persistance peuvent considérer que l'éradication est réalisée si aucun cas n'est enregistré dans les trois années suivant la fin d'un programme satisfaisant de vaccination. Des conditions spéciales peuvent amener à modifier les modalités d'exécution d'un programme de vaccination dans un pays donné, mais on estime généralement que la variole disparaît si, cinq ans après le début de la campagne, 80 % au moins des membres de chaque groupe de population ont été vaccinés avec succès. Une fois que la variole a été extirpée, il convient de veiller à maintenir l'état d'éradication, soit par un programme permanent de vaccination confié aux services sanitaires, soit en combinant des mesures d'isolement et de vaccination au cas où la maladie réapparaîtrait. Il est essentiel que les pays où le risque d'introduction de la variole est grand - par exemple ceux qui ont des frontières communes avec d'autres pays où la maladie existe habituellement - assurent à leur population une immunité suffisante en vaccinant les nouveau-nés et les immigrants et en revaccinant périodiquement : a) les enfants d'âge scolaire (jusqu'à 15 ans), b) les adultes, spécialement ceux qui habitent les zones où la maladie a le plus de chances d'être réintroduite et ceux que leurs activités professionnelles mettent fréquemment en contact avec des étrangers de passage. Etant donné le développement constant des voyages internationaux, la stricte application du Règlement sanitaire international s'impose jusqu'à ce que l'éradication globale ait été réalisée, si l'on veut prévenir la réapparition de la variole dans les pays où elle ne se manifeste plus³⁸⁹.

Ainsi, Pour qu'un programme d'éradication de la santé publique capable d'organiser, aussi bien techniquement qu'administrativement, une campagne de vaccination de masse couvrant au moins 80% de la population du pays; d'autre part, il faut disposer d'un vaccin pleinement actif au moment où on l'administre. Les conditions à atteindre sont ainsi fixées pour parler d'éradication. Il fallait alors s'atteler à atteindre les but fixés par la commission onusienne. Le nombre des cas ayant été plus élevé en 1961 qu'en 1960. Ainsi, au cours de ces deux dernières années, la maladie a davantage gagner le monde, et 59 pays ont déclaré des cas, y compris le Cameroun, qui est parmi les pays africains qui ont signalé le plus grand nombre de cas, soit 1345 cas seulement en 1961³⁹⁰. Ceci dit, en 1961, une virulente épidémie a frappé le Nord du Cameroun, ainsi qu'une autre en 1962. Des plans ont été dressés pour effectuer pendant trois années consécutives une campagne de vaccination qui a touché chaque année 1,5 million d'habitants environ. Le coût total d'une campagne d'éradication étant estimé à 163000 dollars³⁹¹.

En 1963, l'OMS, devant la persistance de la variole, recadre les conditions de travaux. Pour l'organisation donc, L'efficacité des programmes d'éradication exigent que soient remplies deux conditions essentielles : premièrement il faut que l'administration de la santé publique soit techniquement et administrativement capable d'organiser un programme de vaccination de masse atteignant au moins 80 % de la population du pays; deuxièmement, il faut disposer d'un vaccin pleinement actif au moment de l'inoculation. L'OMS promeut ainsi l'efficacité des

³⁸⁹ OMS, 15^{ème} assemblée mondiale de la santé, éradication de la variole ... p.2.

³⁹⁰ *Ibid.*, p.24.

³⁹¹ *Ibid.*

hommes et des produits, or, en 1962, le système de santé du Cameroun est encore en cour de construction. En 1963 donc, l'OMS a mis sur pieds un vaccin antivariolique réformé pour pallier aux problèmes rencontrés dans les pays tropicaux car on assistait à la détérioration rapide de la lymphe vaccinale glycinée à cause de la chaleur³⁹². Plusieurs pays tropical commencent ainsi à utiliser ce nouveau vaccin. Cependant, le Cameroun, en 1963, ne dispose pas encore d'un plan d'éradication de la variole, cependant dispose d'un programme d'éradication prêt à être exécuté. Cependant, on a dressé les plans d'une campagne de vaccination qui a touché environ 1500000 habitants chaque année pendant trois années consécutives. Le coût total d'une campagne d'éradication de la variole étant estimé à 163000 dollars, celle-ci a coûté 489000 dollars, soit environ 244500000 franc CFA³⁹³.

En 1966, l'incidence des cas de variole signalés a été à peu près la même qu'en 1965. A la fin d'octobre 1966, 50527 cas avaient été déclarés, contre 59898 en 1965 et 49 956 en 1964. En 1966, la variole continue de se manifester dans la plupart des pays d'Afrique situés au sud du Sahara, mais comme la déclaration des cas y est souvent incomplète, de même que dans d'autres parties du monde, il est difficile d'évaluer avec précision l'ampleur du problème. Un nombre important de vaccinations a été pratiqué dans de nombreux pays par des équipes mobiles et par d'autres services de santé. De vastes campagnes de vaccination ont été menées sous la forme de projets combinés de lutte contre les maladies vénériennes et les tréponématoses et de vaccination antivariolique; les campagnes ont donné des résultats particulièrement satisfaisants dans plusieurs pays, dont le Cameroun. En 1964, le Cameroun a reçu 1035000 vaccins antivarioliques contre 664000 en 1965. En 1965, les programmes de vaccination pour l'éradication de la variole ont été intensifiés³⁹⁴. En 1966, davantage de moyens et nouvelles méthodes sont mis en place pour venir à bout de cette maladie. Cependant, des difficultés criardes sont enregistrées. Parmi celles-ci, on note les problèmes financiers,

³⁹² Une des grandes difficultés des campagnes de vaccination, surtout dans les régions tropicales, a toujours été la détérioration rapide de la lymphe vaccinale glycinée. La solution retenue a presque toujours été l'emploi de vaccins desséchés, mais on s'est aperçu, au laboratoire et en pratique, que la dessiccation ne suffit pas à elle seule à rendre un vaccin antivariolique stable et thermorésistant. C'est ainsi que plusieurs campagnes dans lesquelles on avait employé des vaccins desséchés ont échoué parce que le vaccin s'était détérioré. Aussi, l'OMS a organisé des études pour la mise au point de méthodes qui permettraient d'assurer la production régulière d'un vaccin desséché thermorésistant: Des essais de vaccins produits selon différentes méthodes dans différents laboratoires ont été exécutés dans le cadre d'une étude comparative-h laquelle ont participé des laboratoires de plusieurs pays. Ils ont montré que les vaccins desséchés sous congélation (lyophilisés) donnaient des taux de primo-vaccination réussie de 100 % même après 64 semaines de stockage à 37°C et à 45°, tandis que les autres vaccins étaient moins satisfaisants.

³⁹³ OMS, 16^{ème} assemblée mondiale de la santé pour l'éradication de la variole, Rapport du Directeur Général, 18 avril 1963, p.11.

³⁹⁴ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, 6 décembre 1966, p.33.

logistiques et administratifs, développement insuffisant des structures sanitaires du Cameroun, réticences populaires à l'égard de la vaccination dans quelques régions d'endémicité, manque de vaccin suffisamment actif et complications inhérentes à la mise en place de dispositifs efficaces d'entretien et de surveillance.

Une réflexion est donc menée pour en 1966 pour augmenter l'efficacité du programme d'éradication. Il en ressort donc qu'il faut déployer dans chaque pays un gros effort de réflexion et d'imagination pour arriver à organiser convenablement les opérations de vaccination proprement dites et la surveillance épidémiologique, pour contrôler en permanence la couverture vaccinale et la qualité du vaccin utilisé pour éduquer la population et pour assurer des opérations d'entretien efficaces. Enfin, l'ampleur des déplacements de population exige une vaste coordination régionale des programmes entrepris dans un grand nombre de pays différents³⁹⁵. Plusieurs résolutions furent ainsi prise : la première porte sur la durée et porté territoriale des opérations de vaccination. D'une manière générale, la phase d'attaque des campagnes s'étendant à tout un pays ne doit pas se prolonger au-delà de trois ans car, passé ce délai, il est à craindre que des mouvements migratoires viennent gêner la réalisation d'une couverture satisfaisante que l'allant et le moral du personnel ne se détériorent et que l'efficacité des opérations ne diminue Il importe, d'autre part, de réaliser une étroite coordination régionale des programmes nationaux afin de réduire les risques de réintroduction de infection. Bien que, dans leur phase initiale, les opérations de vaccination soient censées couvrir toute la population des pays d'endémie, une certaine fraction des gens échappe aux vaccinateurs, quel que puisse être le soin avec lequel la campagne sera conduite et l'on ne sait pas avec précision quelle est la proportion de la population qu'il convient d'immuniser pour interrompre la transmission. S'agissant d'une maladie transmise d'homme à homme, il est évident que la proportion d'individus sensibles nécessaire à la persistance et à la propagation est fonction du nombre de contacts que chaque sujet infecté peut avoir avec des individus sensibles. Cependant, si au moins 80 % des différents segments de la population sont convenablement vaccinés, la transmission de la variole devrait cesser. Toutefois que, dans les secteurs densément peuplés, il faille vacciner un plus grand pourcentage d'habitants pour interrompre la transmission.

Les couches socio-économiques inférieures, habitant des régions surpeuplées, répondent médiocrement aux efforts de vaccination et c'est précisément dans ce groupe que la transmission s'opère le plus facilement. L'effort vaccinal a donc été spécialement dirigé sur ces

³⁹⁵ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, 6 décembre 1966, p.33.

catégories de sujets, ainsi que sur les jeunes enfants et les autres groupes de la population où la transmission de la maladie a le plus de chances de se produire. Ainsi, des efforts intensifs de vaccination systématique sont être renouvelés tous les deux ans dans au moins quelques secteurs des zones surpeuplées pour assurer convenablement le maintien de l'immunité³⁹⁶. Une réévaluation du programme d'éradication de la variole fut effectuée à plusieurs niveaux. Le premier, l'activité du vaccin et le taux de prise : l'évaluation de l'activité du vaccin commence à l'échelon central, avant la distribution du vaccin aux équipes opérationnelles. Comme le vaccin est administré dans des conditions pratiques variables, il est essentiel de le soumettre à de nouvelles expertises en cours d'opération et la meilleure manière de le faire est de vérifier les taux de prise après vaccination ou revaccination³⁹⁷. Des amendements ont été aussi apportés au niveau de la couverture réalisée dans les campagnes de vaccination car l'absence totale de déclarations de cas, alors que l'on dispose d'un système de surveillance efficace, constitue de toute évidence l'ultime critère d'évaluation d'un programme. Lorsqu'on connaît les chiffres de population, la méthode la plus simple pour évaluer la couverture réalisée dans les campagnes de vaccination consiste à rapporter le nombre total de vaccinations pratiquées à l'Effectif de la population de la région ou du pays considéré.

Cependant, la proportion que l'on obtient ne représente au qu'une estimation très approximative des résultats atteints en 1966. Les données relatives à la population sont souvent entachées d'inexactitudes dues soit à des erreurs de dénombrement soit à des mouvements de population. Ce type d'évaluation n'apporte d'autre part aucun renseignement sur la proportion de vaccinations effectivement immunisantes. Si l'enregistrement des vaccinations est suffisamment complet, on obtient ainsi des données raisonnablement exactes sur l'état vaccinal de la population. Cependant, avec un vaccin très actif on peut obtenir des pourcentages de prise considérables, dépassant parfois 80 %, "même parmi des' sujets vaccinés depuis peu. La fréquence des réactions à la primovaccination ou plus simplement, la fréquence des cicatrices de primovaccination chez les jeunes enfants est une indication extrêmement utile pour déterminer l'efficacité des programmes de vaccination et la couverture réalisée dans ce groupe particulièrement vulnérable.

Une autre méthode, plus compliquée, devrait donner de plus grandes garanties d'exactitudes l'évaluation par des équipes indépendantes selon des techniques simples de sondage par grappes. On pourra l'appliquer peu après avoir vacciné la totalité de la population

³⁹⁶ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.10.

³⁹⁷ *Ibid.*

considérée. Il suffira normalement de sonder une petite fraction de la population pour obtenir une estimation approchée du pourcentage couvert pour déterminer la réponse à la vaccination, on aura recours à l'anamnèse et à l'observation des réactions. Lorsqu'on choisira les grappes à sonder, on tiendra compte au premier chef de l'aspect opérationnel, de manière que si les résultats révèlent une couverture insuffisante, l'équipe puisse revenir pour pratiquer des vaccinations complémentaires³⁹⁸. Associé aux efforts de vaccination, un système de surveillance est mis en place. L'objectif ultime de ce programme étant de réduire à "0" le nombre des cas de variole.³⁹⁹ Il est évident qu'il faut mettre en place dans chaque zone et dans chaque pays un dispositif de surveillance permettant le dépistage et la déclaration des cas suspects et l'exécution d'enquêtes épidémiologiques autour de ces foyers possibles. C'est un élément important non seulement pour les pays où la maladie est endémique comme le Cameroun, mais également pour les pays limitrophes.

La mise, en place d'un système de surveillance efficace étant un travail de longue haleine, il est amorcé dès le début du programme d'éradication car Tout cas de variole qui apparaît après l'exécution d'un programme systématique de vaccination peut être l'indice d'une défaillance dans le programme. S'il se produit chez une personne, dont la vaccination est manifestement récente, on doit soupçonner que le vaccin était inefficace ou les techniques de vaccination défectueuses. Si plusieurs cas se déclarent chez des personnes non vaccinées appartenant à un même groupe d'âge ou à un même groupe de population, il est envisagé de réviser le programme de manière à assurer la vaccination de ces groupes. Pour être efficace, un système de surveillance doit comprendre ainsi plusieurs éléments interdépendants : Tout commence avec la déclaration systématique des cas par des postes de dépistage répartis dans l'ensemble du pays car, le pays possède d'un système de notification des cas reposant sur les services de santé de base et autres institutions médico-sanitaires. Ces derniers s'acquittent régulièrement et rapidement de la déclaration des cas cliniques suspects.

Ces services suffisent à assurer un dépistage suffisamment complet. Cependant, le réseau qu'ils forment doit être complété par l'affectation d'autres agents tel que les "dépisteurs" de village, instituteurs, travailleurs sanitaires itinérants, ou encore le personnel des équipes mobiles. Comme la persistance de la variole suppose une transmission continue de l'homme à l'homme, les flambées épidémiques, sont rapidement détectées même si le système de dépistage et de déclaration des cas est relativement simple. Les enquêtes épidémiologiques organisées

³⁹⁸ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.11.

³⁹⁹ *Ibid.*

autour des cas signalés permettent de déterminer la source d'infection, les difficultés à vaincre et les mesures propres à empêcher la propagation⁴⁰⁰. Après la déclaration systématique des cas, survient la phase d'analyse et interprétation rapides des rapports de routine et de toute autre documentation pertinente. Car, Pour pouvoir intervenir rapidement et avec efficacité là où les circonstances l'exigent il faut étudier constamment les schémas d'apparition de la maladie. Les déclarations de cas de variole sont être transmises immédiatement aux responsables du programme d'éradication⁴⁰¹.

Après cette phase, arrive celle de de la mise en œuvre de moyens appropriés, notamment les enquêtes épidémiologiques autour des cas signalés, mesures propres à empêcher la propagation et le cas échéant, modifications dans la conduite des opérations. Les enquêtes épidémiologiques autour des flambées locales et des cas sporadiques et les mesures permettant de les circonscrire prennent de plus en plus d'importance au fur et à mesure que l'incidence de la maladie diminue. On détermine l'étendue du danger et adopte les mesures appropriées d'autant plus rapidement que l'enquête aura été faite plus tôt. Comme le meilleur moyen de stimuler le zèle des postes de dépistage réside dans la prompte organisation de ces enquêtes, on envisage, dès le début du programme la création à l'échelon de la zone ou à l'échelon national, d'équipes mobiles d'urgence qui procèdent aux investigations épidémiologiques de défense autour des cas signalés. Ils auront essentiellement pour tâche de sur le terrain et d'organiser les mesures⁴⁰². Enfin, arrive la phase diffusion des renseignements reçus et des résultats de leur interprétation aux postes de dépistage et autres services participant à la lutte contre les maladies transmissibles car la diffusion régulière de données relatives aux cas enregistrés, au déroulement de la campagne, aux difficultés rencontrées, présente une valeur éducative considérable pour tous ceux qui participent directement au programme. En effet, elle constitue tout à la fois un moyen d'information un facteur de motivation et un lien permanent entre tous les participants⁴⁰³.

Haut delà de la phase d'éradication, sur la phase du programme d'entretien. Cette phase intervient pour maintenir l'éradication et empêcher que de nouveaux cas de contamination ne soient effectifs. Cette phase comporte deux grandes parties : la surveillance et le programme permanent de vaccination. Pour prévenir la réapparition de foyers d'endémie, il a été mis en place un système très sensible pour le dépistage des cas importés et de le compléter par un

⁴⁰⁰ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.19.

⁴⁰¹ *Ibid.*

⁴⁰² *Ibid.*

⁴⁰³ *Ibid.*

dispositif efficace d'enquête épidémiologique et de lutte contre la contagion. A cet égard, il a été accordé une importance particulière aux zones très exposées, c'est-à-dire les zones à forte densité de population et celles où les mouvements migratoires sont particulièrement importants⁴⁰⁴. Dans la plupart des régions d'endémie, les centres de santé sont rares et très disséminés (tel que dans l'Extrême Nord du Cameroun) ; les possibilités de réfrigération convenable sont incertaines et la réponse de la population locale est souvent très limitée, de même que la vaccination ou revaccination obligatoire au moment clé. L'entrée à l'école garantit un niveau satisfaisant d'immunité dans la population scolaire, qui offre un terrain propice à la transmission. À côté de ces derniers, se trouve des migrants qui posent un problème encore plus difficile à résoudre puisqu'il n'existe aucun moyen de les identifier facilement⁴⁰⁵.

La phase d'entretien est couplée à l'éducation sanitaire qui est l'organisation d'une action éducative⁴⁰⁶. Elle est un des principaux facteurs de réussite puisque tout dépend de l'attitude de la population à l'égard de la vaccination et de sa participation active aux opérations de surveillance et d'évaluation. Par sa nature et son ampleur l'action éducative est telle que dans l'immédiat, elle incite les gens à se faire vacciner et, à plus long terme soutienne leur intérêt pour la prévention de la variole et pour la solution d'autres problèmes sanitaires considérés comme prioritaires dans la région, compte tenu des besoins locaux et des ressources et services existants. Beaucoup de programmes de vaccination par n'ont pas permis de couvrir assez largement la population parce qu'ils se sont heurtés à l'ignorance, à l'apathie ou à la méfiance et à l'analphabétisation.

Il convient de réserver une place importante, à l'enseignement des principes de l'éducation sanitaire dans la formation du personnel d'exécution, dès la phase préparatoire

⁴⁰⁴ L'importance de la vaccination pendant la phase d'entretien prend un relief particulier si l'on pense que chaque année les nouveau-nés, particulièrement réceptifs à l'égard de la variole, viennent accroître la population de 2 à 4 qu'un grand nombre d'habitants des zones rurales émigrent vers les centres urbains souvent après avoir vécu dans des localités d'accès relativement difficile où le pourcentage de vaccinés est insuffisant; et qu'enfin l'immunité s'atténue chez les sujets vaccinés. En un laps de temps relativement court, il se constituera donc une importante population vulnérable.

⁴⁰⁵ Dans certaines régions, les autorités délivrent des cartes ou certificats de vaccination dont le port est obligatoire, mais les complications qu'entraînent ce genre de réglementation (par exemple perte ou falsification des certificats) a bien souvent conduit à l'abandon du système. Dans beaucoup de d'endémie, sinon dans la plupart il faudra : probablement s'en remettre, pour la vaccination d'entretien, à des campagnes de masse systématiques répétées à intervalles réguliers. On pourra, par exemple, procéder de la façon suivante : Vaccination de routine des nouveau-nés par les agents des services de santé ou tout autre personnel médico-sanitaire ; Vaccination de routine des enfants dans les dispensaires et au moment de l'entrée à l'école. Campagnes de masse de vaccination systématique à intervalles réguliers dans les centres urbains et autres zones particulièrement exposées, les campagnes de masse devront être répétées au moins tous les deux ou trois ans pour garantir un niveau d'immunité satisfaisant. Dans les régions rurales de faible peuplement, des vaccinations moins fréquentes, par exemple répétées tous les quatre ou cinq ans, devraient suffire.

⁴⁰⁶ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.19.

aussi bien que pendant toute la durée des opérations. Pour mettre sur pied à l'échelon central et à l'échelon périphérique les activités d'éducation sanitaire indispensables, il est essentiel d'établir, au stade de la planification et de l'organisation, une étroite collaboration entre, d'une part, le personnel administratif et technique chargé de diriger le programme antivariolique et, d'autre part, les responsables des services d'éducation sanitaire. Susciter la coopération volontaire des habitants au programme de vaccination et aux mesures sanitaires qui s'y rattachent est l'une des tâches qui a incombé spécifiquement au travailleur sanitaire dans ses contacts avec la population. Tous les vaccinateurs, étaient capables, en choisissant l'attitude et les explications appropriées aux circonstances de persuader les gens de se laisser vacciner. Il a fallu également rechercher la collaboration des autorités reconnues, de diverses personnalités locales (instituteurs, membres (associations bénévoles, chefs religieux et autres personnes jouissant d'une certaine influence) et des groupements qui pouvaient exister dans la région. Si, en prenant contact avec eux suffisamment tôt, on parvient à associer des éléments influents convenablement choisis, à l'élaboration de plans d'action visant à promouvoir la coopération du public on a réussi d'autant mieux à s'assurer des concours plus larges et plus efficaces dans ce domaine⁴⁰⁷.

L'insuffisance de la couverture vaccinale est généralement due soit à un manque de coopération dans la population, soit à des lacunes dans l'encadrement des équipes de vaccination. Lorsqu'on constate que la couverture a été très faible dans une zone donnée, il est utile d'en déterminer les raisons par une enquête sur place. Il a donc alors été établi un plan pour ce travail d'enquête et adopter ensuite des mesures propres à corriger les déficiences mises en évidence. Une partie des fonds affectés au programme d'éradication de la variole a été consacrée à l'éducation sanitaire, afin d'aider le système de santé à organiser les activités les plus urgentes à savoir notamment: la préparation du personnel sanitaire (vaccinateurs, agents d'encadrement, etc.) à son rôle d'éducateur ; les programmes faisant appel à la collaboration du personnel enseignant des écoles et des établissements de formation pédagogique ; les campagnes éducatives menées en collaboration avec les associations professionnelles et les organisations bénévoles : Croix-Rouge, organisations agricoles, institutions religieuses , etc., et la production d'auxiliaires visuels et d'autres moyens de propagande adaptés aux besoins particuliers de la région ainsi qu'aux ressources et services existants⁴⁰⁸.

⁴⁰⁷ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.19.

⁴⁰⁸ *Ibid.*

Le rôle des services sanitaires de base dans le programme d'éradication de la variole est ainsi indéniable. Raison pour laquelle la Dix Huitième Assemblée mondiale de la Santé a examiné sous tous ses aspects la question de l'éradication de la variole dans le monde, et passé en revue les conditions à remplir pour mener à bien les opérations. Elle a prié "les gouvernements de prendre sans tarder des mesures afin de mettre en place, pour la phase d'entretien, - des services sanitaires de base"⁴⁰⁹. Cette initiative vise un double objectif à savoir développer l'infrastructure sanitaire et mener à bien la tâche d'éradication de la variole. La planification détaillée des opérations se fait convenablement dans le pays et tous les éléments intéressés de l'administration sanitaire nationale doivent y prendre part, afin de découvrir la meilleure façon de mobiliser les services de santé existants pour le programme d'éradication de la variole, et les possibilités qu'offre à son tour cette campagne pour renforcer l'infrastructure sanitaire. Il est essentiel de s'assurer, dès le début du travail de planification, le concours des fonctionnaires responsables des services de santé de base, tant à échelon central et intermédiaire que local, pour être sûr ainsi d'obtenir leur appui à tous les stades de la campagne. Afin d'aider à développer cette collaboration, il a été créé au sein de l'OMS des liens étroits entre les personnes chargées de l'éradication de la variole et celles qui s'occupent des divers aspects du développement des services sanitaires de base, dont le ministère de la santé public. Le Cameroun a déjà une expérience considérable des campagnes de masse ayant pour objet de combattre ou d'éradiquer certaines maladies, telles que le pian, le paludisme et la tuberculose. Il importe d'en tirer parti pour organiser l'éradication de la variole. En général, il faut recourir à des équipes mobiles spécialisées, fournies par l'infrastructure sanitaire ou recrutées à dessein, pour arriver à toucher l'ensemble de la population pendant la phase d'attaque. Si, dans telle ou telle région, les services de santé existants sont assez étoffés pour couvrir toute la collectivité, selon la formule du porte-à-porte, il n'est besoin de faire appel à des équipes spéciales de vaccinateurs⁴¹⁰.

Cependant, un effort particulier est fait pour stimuler et former le personnel sanitaire, afin d'obtenir une bonne organisation de la campagne, permettant de vacciner toute la population. Dès que la première série de vaccinations a eu lieu dans une collectivité donnée, il est pris, si les circonstances le permettent, des dispositions voulues pour que les services de santé locaux se chargent, dans toute la mesure du possible, de la vaccination des nouveau-nés, des immigrants et des personnes ayant échappé aux opérations de la campagne de masse, ainsi

⁴⁰⁹ Archive OMS.

⁴¹⁰ OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.25.

que de la revaccination de l'ensemble de la population à intervalles réguliers. Ainsi, la planification des activités d'éradication de la variole comprend aussi bien la préparation du personnel des services de santé de base que celle des vaccinateurs spécialisés. À mesure qu'une campagne progresse, les équipes de vaccinateurs spécialisées sont détachées aux services de santé locaux. Ceci dit, la formation du personnel en poste dans les divers services de santé aux tâches particulières que comporte l'éradication de la variole est une condition sine qua non du succès de la campagne. Dans les régions où seules des équipes mobiles peuvent pratiquer les vaccinations nécessaires, on a veillé à s'assurer le concours d'une "notabilité" locale qui tient les dossiers à jour et prépare les habitants à chaque visite de l'équipe. Cette formule a permis d'obtenir une plus large participation des autorités locales⁴¹¹. Ainsi, les sages-femmes ont appris à vacciner les nouveau-nés; les services de protection maternelle et infantile et les services d'hygiène scolaire ont apporté leur contribution. En zone musulmans, on s'est employé à couvrir spécialement les collectivités dans lesquelles se recrutent les pèlerins. Les services de santé ont aussi participé activement, à tous les stades du programme, au dépistage et à la déclaration des cas de variole. Ainsi, les personnels ont appris à procéder à des enquêtes rapides sur les cas isolés et les poussées épidémiques, ainsi qu'à prendre les mesures qui s'imposent pour empêcher la propagation de la maladie. En d'autres termes, ces services ont eu constamment un rôle capital à jouer dans la surveillance. Toutes ces considérations amènent à conclure qu'un programme d'éradication de la variole ne peut être couronné de succès que si tous les échelons des services de santé généraux y participent en étroite collaboration⁴¹².

En somme, pour parvenir à une éradication, l'OMS recommande une collaboration avec le système de santé national. Il conviendra ainsi que chaque pays détermine où et comment les services de santé existants, généraux ou spécialisés, peuvent apporter une contribution utile aux activités antivarioliques, et quelles doivent être les responsabilités des médecins de la santé publique et du personnel auxiliaire au niveau du district et de la collectivité; quelles sont les zones où il n'existe pas de services de santé généraux et où, par conséquent, tout le travail devra être confié à des équipes mobiles; quels sont les services sanitaires à assurer pour garantir, notamment, le maintien de l'immunité au sein de la population; en quoi consistera la participation des services généraux de santé aux activités essentielles de surveillance.

On compte jusqu'en 1967, 22 pays africains participeront activement au programme d'éradication de la variole avec l'assistance de l'OMS. Les Etats-Unis ont offert une aide

⁴¹¹ *Ibid.*

⁴¹² OMS, 39^{ème} session du programme d'éradication de la variole, ... p.25.

matérielle et technique à 19 pays d'Afrique occidentale et centrale pour l'éradication de la variole. Ce programme a été étroitement coordonné avec les activités de l'OMS les autres pays africains. Ainsi, de 1967 à 1969, le Cameroun a reçu 5281000 vaccins, soit 1967, 1985000vaccins en 1968, et 1481000 vaccins en 1969, pour une population estimée à 5618000 habitants⁴¹³. Cependant, en 1967, la vaccination antivariolique est encore obligatoire au Cameroun car la variole y est encore endémique.

En 1968, les activités de surveillance sont été intensifiées en vue de rompre les chaînes résiduelles de transmission pendant la saison de faible incidence qui va d'octobre à décembre, période durant laquelle les cas sont peu nombreux et la transmission peu efficace. Le programme spécial établi à cet effet, l'opération "escalade de l'éradication", a été mis sur pieds. S'il n'a pas suffi à interrompre totalement la transmission au cours des quelques mois qui ont suivi, du moins il a entraîné une baisse très marquée de l'incidence de la variole; l'augmentation du nombre de cas que l'on observe d'ordinaire à cette saison ne s'est pas produite et, en juin, tous les pays dont le Cameroun étaient débarrassés de la variole. Une fois lancée l'opération "escalade de l'éradication", les deux tiers des cas signalés ont été repérés de cette manière. La rapidité croissante qui a caractérisé les notifications et la mise en œuvre du dispositif d'endiguement a entraîné une diminution parallèle de l'importance moyenne des poussées épidémiques. En effet, lorsque des cas de variole ont été diagnostiqués on a toujours pu remonter à des foyers connus d'infection⁴¹⁴.

Trois ans après la mise en place du programma d'éradication, le nombre mondial de cas notifié est passé de 131000 cas en 1967 à 33000 cas en 1970. Cependant, l'incidence de la variole est remontée à 52 000 cas en 1971 et le nombre des cas notifiés en 1972 dépasse celui de 1971. L'accroissement observé en 1971 est dû à l'amélioration du système de notification général. De 1967 à 1971, le nombre des pays atteints par la variole a également diminué, tombant de 42 en 1967 à 16 en 1971⁴¹⁵. En Afrique, la variole ne semble être endémique que dans trois pays : le Botswana, l'Ethiopie et le Soudan, le Cameroun étant en attente de confirmation d'éradication totale. Afin d'éviter de potentiels résurgences de l'épidémie, un comité d'experts de l'éradication de la variole s'est réuni à dans les bâtiments de l'OMS à

⁴¹³ OMS, rapport sur l'éradication de la variole, 1967a., p.540.

⁴¹⁴ OMS, rapport sur l'éradication de la variole, 1967a., p.540.

⁴¹⁵ OMS, rapport de la 25^{ème} assemblée mondiale de la santé, 8 mai 1972, p.9.

Genève du 22 au 30 novembre 1971⁴¹⁶ pour dresser un bilan détaillé du programme et donner des avis sur la stratégie à appliquer et les méthodes à employer dans les années à venir.

Le Comité a formulé aussi certaines recommandations pour l'avenir parmi lesquelles renforcer partout les systèmes de notification et faire en sorte que tout cas suspect soit rapidement examiné, que l'origine de l'infection soit retrouvée et que des mesures d'endiguement soient prises avec célérité, étant donné le caractère mondial du programme d'éradication, tous les cas qui se produisent dans des pays où la maladie n'est pas endémique revêtent une importance internationale; ils doivent faire, de la part du personnel national secondé par des spécialistes de l'OMS, l'objet de mesures d'endiguement et d'enquêtes approfondies afin de rechercher la source de l'infection d'un pays à l'autre et d'empêcher, autant que possible, que la transmission ne se rétablisse dans les zones indemnes aussi, Les pays limitrophes d'une zone d'endémicité doivent mener des programmes spéciaux de surveillance comprenant notamment une recherche active des poussées éventuelles ainsi que des programmes de vaccination intensifs et permanents, il faudra aussi entreprendre des programmes spéciaux afin de découvrir tout foyer résiduel qui pourrait subsister, en particulier dans les pays où la maladie était encore endémique il y a peu de temps. De même, les programmes réguliers de vaccination doivent être maintenus dans le monde entier, exception faite de quelques pays, à faible risque, où les services sanitaires sont très développés et la surveillance bien assurée. À ces recommandations, il faut ajouter qu'un effort continu de recherche s'impose dans un certain nombre de domaines. Dans l'état actuel des connaissances, il ne semble pas qu'il existe chez les mammifères un réservoir de variole autre que l'homme, mais des recherches plus poussées aussi bien sur le terrain qu'en laboratoire restent nécessaires à cet égard. Parmi les autres sujets de recherche jugés importants figurent : la mise au point de méthodes plus simples et plus efficaces pour le diagnostic en laboratoire; enfin la mise au point de meilleures méthodes pour l'administration du vaccin antivariolique en association avec d'autres vaccins ; enfin, à mesure que les pays se libéreront de la variole, il serait opportun d'élargir le programme à l'administration d'autres antigènes et à la surveillance d'autres maladies d'importance nationale.

Une telle évolution trouverait logiquement sa place dans le plan de développement des services de santé et permettrait de renforcer les infrastructures dont un pays a besoin pour demeurer exempt de variole⁴¹⁷. Toutes ces mesures ont conduits à l'éradication totale de la

⁴¹⁶ *Ibid.*

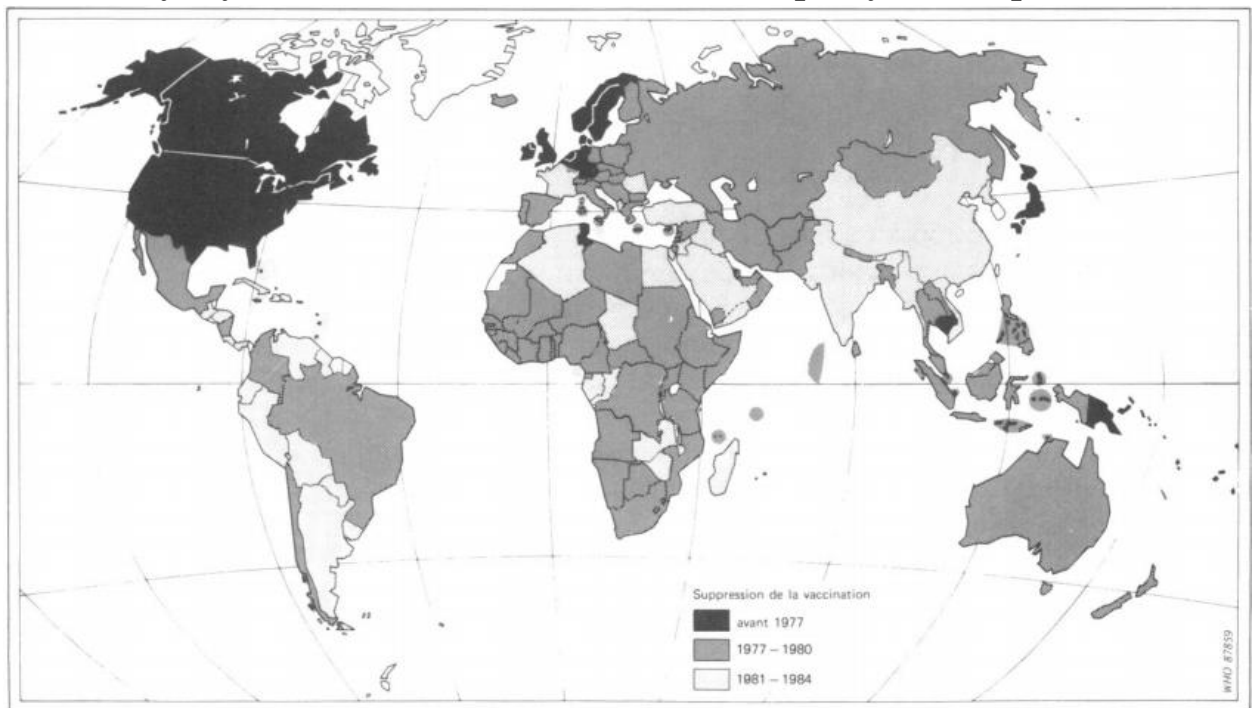
⁴¹⁷ OMS, rapport de la 25^{ème} assemblée mondiale de la santé..., p.10.

variole au Cameroun en 1979, date à laquelle le pays a reçu une certification d'éradication internationale de la variole. Ainsi, lors du 10^{ème} anniversaire de l'éradication mondiale de la variole, l'OMS déclare :

En mai 1980, la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé proclamait l'éradication mondiale de la variole. Depuis, l'OMS applique un système global de surveillance dont le but est d'éviter tout risque de réapparition de la maladie. ... L'OMS continue à surveiller les rumeurs et à coordonner les investigations concernant les cas suspects qui, jusqu'à maintenant, se sont tous révélés être des erreurs de diagnostic...⁴¹⁸

La fin de la maladie de la variole n'a pas marqué la fin des activités de riposte. Les programmes de vaccination se sont poursuivis. On a ainsi assisté à un processus progressif d'arrêt des programmes de vaccination, comme l'indique la carte ci-contre :

Carte 6 : Pays ayant cessé la vaccination antivariolique systématique



Source : Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 6, 65 (5): 589-598 (1987), p.175.

⁴¹⁸ Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 6, 65 (5): 589-598 (1987), p.174.

La figure ci-dessus nous montre que bon de pays ont cessé les programme de vaccination après l'éradication constaté de la variole. Ce processus d'arrêt est classé en trois vagues : celle d'avant 1977, celle allant de 1977 à 1980, et celle allant de 1981 à 1984. On peut ainsi constater que le Cameroun fait partie de la seconde vague d'arrêt de vaccination car, c'est en 1978 que l'endémie de la variole fut totalement éradiquée.

2) LOMS et l'éradication de la dracunculose (le ver de Guinée) au Cameroun

L'Afrique est considérée comme le continent d'origine de la maladie, de la vallée du Nil jusqu'en Afrique de l'Ouest et au Golfe de Guinée. Les caractéristiques de l'émancipation de cette maladie sont principalement regroupées dans le continent africain⁴¹⁹, au sud du Sahara. Il s'agit ainsi des zones au climat humide, enclavée, et de misère. À ce propo, l'OMS déclare : "La dracunculose est une infection parasitaire tropicale provoquée par l'absorption d'eau de boisson infestée... . C'est avant tout une maladie de la misère qui se manifeste de façon saisonnière et sporadique dans les collectivités rurales dépourvues d'une source adéquate d'eau de boisson saine..."⁴²⁰. Le continent africain représentait donc à lui seul 99% des cas notifiés en 1996. Ces cas surviennent dans les pays tels que le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le Ghana, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, le Sénégal, le Soudan, le Tchad, le Togo et le Cameroun.

⁴¹⁹ Dans les villages des zones d'endémie où toute l'eau vient de puits à poulies, la transmission de la filaire de Médine est rare. Les conditions ne sont pas favorables à la reproduction des cyclopes, et tout puits bien construit est entouré d'une margelle surélevée qui empêche les larves d'arriver jusqu'à l'eau. En revanche, les puits à escaliers, qui sont les principaux points d'approvisionnement en eau de boisson dans beaucoup de zones rurales de en Afrique, se prêtent parfaitement à la transmission de la Dracunculose. Ces puits, qui ont généralement quelques mètres de diamètre, offrent aux cyclopes des conditions de reproduction idéales avec leur escalier qui descend jusqu'à l'eau, si bien qu'en puisant, on y trempe bras ou jambes infestes. Dans ces régions, le schéma de transmission est le même que dans les zones humides d'Afrique occidentale. La maladie est absente ou se manifeste peu pendant la mousson lorsque le niveau des eaux est haut, et la transmission atteint son intensité maximale vers la fin de la saison sèche, avant les grandes pluies de juin ou juillet.

⁴²⁰OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 9, 5 mars 1982.

a) La dracunculose au Cameroun

La dracunculose sévit probablement depuis des siècles parmi les populations rurales des régions les plus sèches du pays⁴²¹, le premier rapport scientifique concernant la présence de cette maladie au Cameroun a été publié qu'en 1979⁴²². Cependant, les relevés de 1975 font état de 250 cas répertoriés⁴²³. Toujours selon le même rapport de l'OMS, entre 1972 et 1984⁴²⁴ excepté 1979, aucun cas de maladie de ver de Guinée n'a été déclaré au Cameroun. En 1985, il a été dénombré 168 cas contre 86 en 1986. Deux ans plus tard, en 1988, 752 cas de dracunculose sont déclarés, et 871 cas pour l'année suivante en 1989⁴²⁵. En 1990, 742 cas sont déclarés par l'OMS⁴²⁶. Le 4 juin 1990 donc, le Cameroun a célébré sa première journée nationale contre le ver de Guinée à Mora, dans la province de l'Extrême Nord, où la maladie est toujours endémique. Les autorités politiques, sanitaires et religieuses locales, ainsi que des représentants de plusieurs ministères et organisations, ont participé à la cérémonie. Les quelques foyers qui subsistent font l'objet de mesures de lutte intensifiées exécutées en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, l'AID des Etats-Unis d'Amérique, le centre Pasteur, l'Organisation pour la Coordination de la Lutte contre les Maladies endémiques en Afrique centrale (OCEAC), l'Université Tulane de Louisiane (Etats-Unis d'Amérique), le United States Peace Corps, les CDC et Global 2000. L'objectif visé est d'interrompre toute transmission de la maladie au Cameroun en fin de 1991⁴²⁷.

Ceci dit, les 393 cas dénombrés au total dans 81 villages représentent une diminution pour 1991 qui résulte d'interventions menées l'année précédente. La zone d'endémie serait limitée au district du Mayo Sava, dans la province de l'Extrême-Nord. Dans cette zone, une surveillance dans les villages a une stratégie d'isolement des cas ont été menées au cours de 1991 par le programme national avec l'aide de l'AID des Etats-Unis d'Amérique, de l'UNICEF, du *Peace Corps*, de l'Université de Tulane, a d'autres organisations; on a notamment distribué la gaze de nylon pour filtres et effectué des épandages d'Abate; ces produits sont donnés par l'intermédiaire

⁴²¹ La transmission de la dracunculose se produit pendant la saison des pluies, habituellement de mars ou avril à octobre. Durant cette période, les villageois puisent leur eau de boisson dans des mares temporaires et stagnantes et dans des puits peu profonds. A ces points, l'eau est souvent rendue trouble par la présence de matières organiques et elle contient de nombreux copépodes, petits arthropodes qui sont les hôtes intermédiaires dans le cycle infectieux. L'infection survient lorsque ces copépodes vaporeux sont ingérés avec l'eau de boisson

⁴²² OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 15, 12 avril 1991, p.122.

⁴²³ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 9, 5 mars 1982.

⁴²⁴ *Ibid.*

⁴²⁵ OMS, quarante -quatrième assemblée mondiale de la sante, 22 Mars 1991, p.122.

⁴²⁶ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire 65 246, 1990, p.3.

⁴²⁷ *Ibid.*

de Global 2000. Le nombre de cas en 1992 montrera si la stratégie d'isolement des cas appliquée en 1991 aura ou non été efficace⁴²⁸. En 1992, le Cameroun dénombre durant toute l'année 127 cas⁴²⁹. Ce recul de 68 % est le résultat des mesures d'isolement des malades prises dans les zones d'endémicité en 1991. En 1993, 60% des cas ont fait l'objet de mesures d'isolement dans les 24 heures. A l'issue d'une évaluation de fin d'année réalisée dans le pays en décembre 1993, il a été recommandé d'aider le programme à renforcer ces mesures en 1994, car le nombre des cas n'avait diminué que de 44% au cours de l'année écoulée⁴³⁰. En 1995, les cas de maladie ont été déclarés dans 8 villages. En 1996, 17 cas ont été déclarés dans 13 villages. Ces 17 cas auraient été isolés en totalité. Il s'agissait pour 8 d'entre eux de cas autochtones, les autres ayant été importés, ce qui montre que le programme camerounais devra rester vigilant, même après l'interruption de la transmission autochtone.

Pour faciliter un dépistage précoce et complet des cas, le Cameroun a institué un système de récompenses en espèces qui peut aller jusqu'à US \$45 pour toute personne signalant un cas. Le manque de fonds et une flambée de choléra ont empêché la tenue de réunions transfrontalières avec l'Etat de Borno (Nigéria) et le Tchad⁴³¹. Seuls 19 cas ont été signalés en 1997; parmi ceux-ci, 18 cas ont été importés de l'Etat de Borno, au Nigéria, et ont été signalés dans 6 villages du département de Mayo Sava. Le seul cas autochtone a été décelé (en octobre) dans le village de Sirlawe, département de Mayo Kani. Ces 2 départements sont situés dans la province de l'extrême nord. Dix-huit des 19 cas ont pu être isolés. Compte tenu de l'expérience des cas importés du Nigéria dans le département de Mayo Sava, on a limité le système de récompense aux foyers historiques des départements de la Bénoué, du Mayo Danay, et de la Manyu, où se trouvent depuis très longtemps des foyers⁴³².

Au total, en 1998, 23 cas de dracunculose ont été signalés, tous importés du Nigéria, ont été notifiés. Tous sauf 1 ont été isolés. Le dernier cas indigène a été observé en octobre 1997⁴³³. En 1999, seulement 08 cas ont été notifiés⁴³⁴. En 2000 aucun cas autochtone de dracunculose n'a été signalé au Cameroun. Cinq cas (dont 2 dans le village de Waza, du district de Mora, 2 dans le village d'Amchidé, et 1 dans le village de Kotserehe du district de Kolofata) ont été

⁴²⁸ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire 65246, 1990, p.3.

⁴²⁹ *Ibid.*

⁴³⁰ *Ibid.*

⁴³¹ *Ibid.*

⁴³² Archives OMS.

⁴³³ OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire N° 19, 14 mai 1999, p.146.

⁴³⁴ OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire N° 18, 5 mai 2000, p.135.

déclarés importés de l'état de Borno au Nigéria en 2000, contre 8 en 1999⁴³⁵. En 2001, seul 5 cas ont été déclarés contre 3 en 2002. En 2003, ces données diminuent encore pour atteindre zéro, car le Cameroun, n'a déclaré aucun cas autochtone de dracunculose. Le pays reçoit ainsi une pré-certification⁴³⁶. Cet état de fait est resté observable en 2004 et 2005, jusqu'à ce que le pays reçoive sa lettre de certification d'éradication en 2006, soit 13 ans après la date initialement prévue en 1993⁴³⁷.

En somme, depuis 1975, le Cameroun a connu des cas de dracunculose comme nous indique le tableau ci-dessous :

⁴³⁵ OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 18, 4 mai 2001, p.12.

⁴³⁶ OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, no 19, 7 mai 2004, p.168.

⁴³⁷ En 1990, le Gouvernement du Cameroun a décidé d'intensifier ses efforts pour parvenir à éliminer la dracunculose d'ici à 1993. Des révisions du plan national d'action destinées à intensifier la campagne ont été étudiées par le Gouvernement du Cameroun avec la collaboration de l'UNICEF, de l'USAID, de l'Université de Tulane, du *Peace Corps* des Etats-Unis, de Global 2000 et du Centre collaborateur OMS pour la formation, la recherche et l'éradication de la dracunculose des *Centers for Disease Control (CDC)* d'Atlanta. La première Journée nationale de la dracunculose a été organisée à Mora le 4 juin 1990 pour informer et mobiliser tous les cercles gouvernementaux et les groupements politiques intéressés et constituer une tribune de laquelle a été solennellement programmée la détermination du gouvernement et du peuple camerounais d'éradiquer la dracunculose d'ici à 1993. A la suite de cette manifestation, le Groupe national d'intervention pour l'éradication du ver de Guinée a demandé à l'USAID de lui fournir une consultation technique pour parachever le plan d'action révisé et procéder à l'examen critique des opérations de la campagne. Le plan ainsi mis au point a été adopté par le Ministère de la Santé dans l'attente d'une approbation au niveau exécutif.

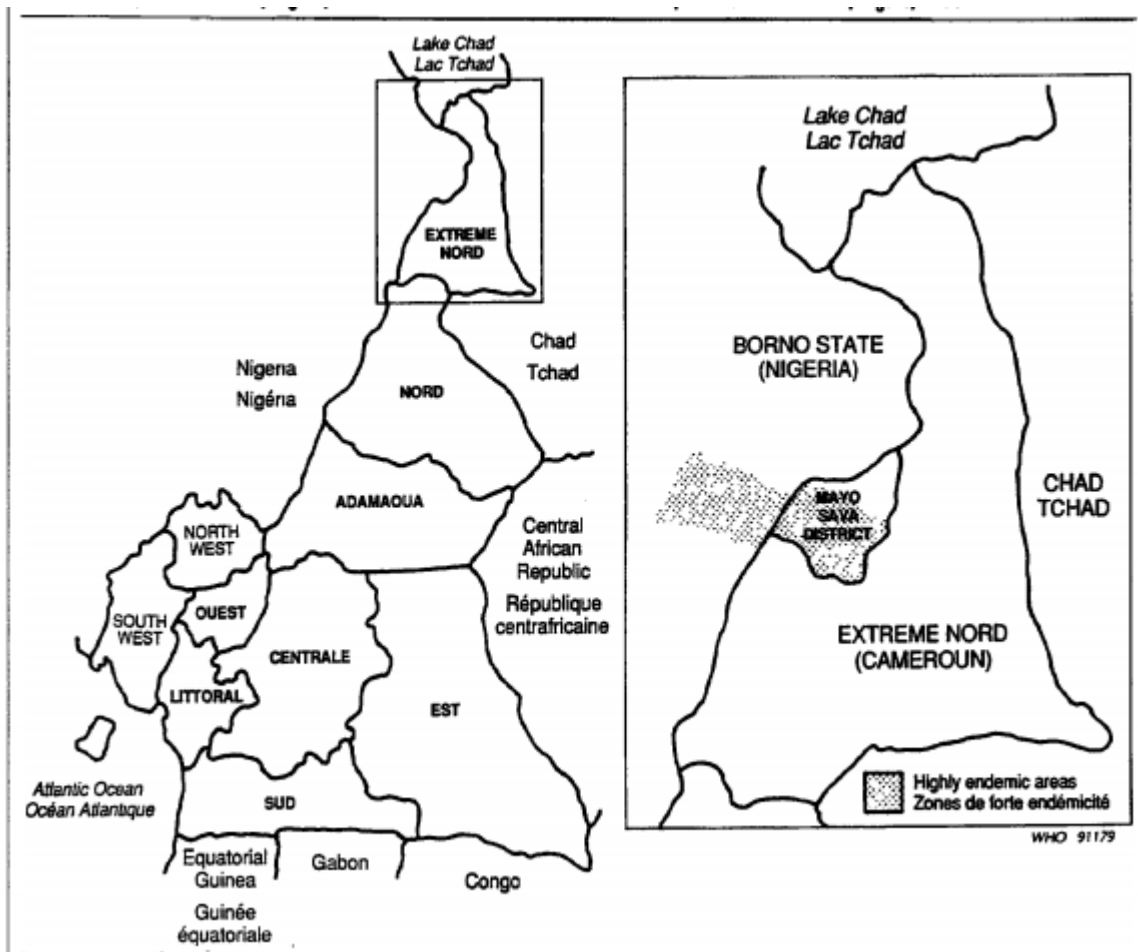
Tableau 41 : cas de dracunculose au Cameroun entre 1975 et 2006

ANNEES	NOMBRE DE CAS	ANNEES	NOMBRE DE CAS
1975	250	1992	127
1976	ND	1993	72
1977	ND	1994	ND
1978	ND	1995	8
1979	ND	1996	17
1980	ND	1997	19
1981	ND	1998	23
1982	ND	1999	8
1983	ND	2000	5
1984	ND	2001	5
1985	168	2002	3
1986	86	2003	0
1987	ND	2004	0
1988	752	2005	0
1989	871	2006	0
1990	742		
1991	393		

Source : nous, élaboré à partir de OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 15, 12 avril 1991. OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 9, 5 mars 1982. OMS, quarante -quatrième assemblée mondiale de la sante, 22 Mars 1991. OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire 65 246, 1990. OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 18, 4 mai 2001. OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, no 19, 7 mai 2004, p.168.

Il est sans doute vrai de dire que la dracunculose sévit au Cameroun bien avant 1975, cependant, les cas n'étaient ni déclarés, ni répertorié. Ces cas étaient le plus recensé dans la région du grand Nord, comme l'indique la carte ci-dessous :

Carte 7 : zone de forte endémicité de la dracunculose au Cameroun



Source : OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire N°15, 12 AVRIL 1991

La dracunculose est l'une des grandes endémies qui a frappé le Cameroun. Elle a touché en grande partie le septentrion du pays, ceci à cause du fait que cette localité rassemble les conditions favorables au développement de la maladie.

b) L'OMS et l'éradication de la dracunculose au Cameroun

L'éradication de la dracunculose a été prévue au Cameroun pour fin 1991. À cet effet, une rencontre au sommet a été convoquée le 4 juin 1990, journée nationale de lutte contre le verre de Guinée. Elle a donc regroupé les autorités politiques, sanitaires et religieuses locales, ainsi que des représentants de plusieurs ministères et organisations. Ainsi, la lutte contre cette maladie au Cameroun a été une synergie internationale avec l'OMS, l'UNICEF, l'AID des Etats-

Unis d'Amérique, le centre Pasteur, l'Organisation pour la Coordination de la Lutte contre les Maladies endémiques en Afrique centrale (OCEAC), l'Université Tulane de Louisiane (Etats-Unis d'Amérique), le United States Peace Corps, les CDC et "Global 2000". En collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, les CDC, "Global 2000", l'AID des Etats-Unis d'Amérique, le United States Peace Corps et d'autres institutions des Nations Unies, l'UNICEF a mis en place un réseau de recherche pour encourager des travaux de recherche opérationnelle exécutés au niveau local dans le cadre des programmes nationaux d'éradication du ver de Guinée. Il s'agit de mettre l'accent sur des études simples pouvant donner des résultats directement applicables en l'espace d'une année ou moins pour un coût modéré.

Une mobilisation de l'aide à l'éradication du ver de guinée a donc été mise en place. Le premier atelier régional sur la dracunculose en Afrique s'est tenu au Palais des Congrès de Niamey (Niger) du 1^{er} au 3 juillet 1986⁴³⁸, Y ont assisté plus de 50 participants, dont des représentants de 14 des 19 pays africains atteints (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Guinée, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Soudan, Tchad et Togo)⁴³⁹. Cet atelier avait pour objectifs d'aider les Etats Membres concernés à faire le point des progrès réalisés à ce jour en ce qui concerne rétablissement d'une base de référence raisonnable pour la surveillance nécessaire; à préciser l'ampleur de la maladie et son incidence défavorable sur le plan socio-économique; à passer en revue les diverses mesures et stratégies d'intervention disponibles pour lutter contre le ver de Guinée, en les comparant du point de vue coût-efficacité; et à déterminer les secteurs où des recherches spécifiques s'imposent⁴⁴⁰.

Les participants à l'atelier ont approuvé à l'unanimité la résolution WHA39.21 sur l'élimination de la dracunculose et ont exprimé l'espoir qu'elle serait revue et appuyée par le Comité régional OMS de l'Afrique à sa session de septembre 1986⁴⁴¹; en outre, ils ont invité l'OCCGE, l'OCEAC (Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale) et le *West African Health Council* à jouer un plus grand rôle dans la lutte contre la dracunculose et son éradication. Compte tenu de l'incidence sociale et économique de

⁴³⁸ OMS, Relevé épidémiologique. Hebdomadaire. N°42, 17 octobre 1986, p.338.

⁴³⁹ Les participants à l'atelier ont cité plusieurs exemples illustrant sur le plan pratique les effets négatifs de la dracunculose du point de vue socio économique, à savoir: une incapacité temporaire durant plusieurs mois, voire jusqu'à 1 an, chez certains malades; une invalidité permanente; la stérilité; un absentéisme fréquent chez les écoliers; des pertes non négligeables dans l'agriculture.

⁴⁴⁰ Les participants à l'atelier ont cité plusieurs exemples illustrant sur le plan pratique les effets négatifs de la dracunculose du point de vue socio économique, à savoir: une incapacité temporaire durant plusieurs mois, voire jusqu'à 1 an, chez certains malades; une invalidité permanente (inhabituelle, mais pas vraiment rare); la stérilité; un absentéisme fréquent chez les écoliers; des pertes non négligeables dans l'agriculture.

⁴⁴¹ OMS, Relevé épidémiologique. Hebdomadaire. N°42, ...

la dracunculose et de la nécessité de briser le cycle épidémiologique de la maladie en tant que moyen d'atteindre les objectifs sociaux de la santé pour tous d'ici l'an 2000, les participants ont formulé quelques recommandations quant aux mesures à prendre pour combattre et éradiquer cette maladie. Ces recommandations s'adressent aux gouvernements des pays touchés par la maladie, aux institutions internationales faisant partie du système des Nations Unies, aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales et aux organismes donateurs.

Les gouvernements des pays affectés par la dracunculose ont été ainsi invités à instituer ou renforcer un système national de surveillance fondé sur la notification obligatoire des cas de dracunculose; à dissocier la notification de la dracunculose de celle d'autres infections filariennes; à recourir à la surveillance active de préférence, mais aussi à la surveillance passive ou à une association des 2 méthodes, comme base des décisions et actions appropriées, et à rassembler des données fiables en vue de notifier les cas aux pays voisins et aux organisations compétentes ; à élaborer, si possible avant la fin de 1987, un plan national d'action comportant des objectifs précis et une stratégie opérationnelle spécifique; à développer la coopération intersectorielle et intra sectorielle (en particulier avec les services d'adduction d'eau) afin de maximiser l'impact des activités de lutte contre la maladie; à utiliser les grands moyens d'information pour sensibiliser l'opinion, promouvoir une meilleure compréhension du cycle épidémiologique de la maladie et diffuser des renseignements sur les mesures simples et efficaces qui peuvent être appliquées pour éradiquer la dracunculose; à collaborer étroitement avec les pays voisins en vue de coordonner la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la maladie; à fournir la preuve de leur engagement en inscrivant à leur budget national les crédits nécessaires pour mettre en œuvre leur plan d'action; à organiser tous les 2 ans des réunions nationales sur la lutte contre la dracunculose et la recherche sur cette maladie.

Le Directeur général de TOMS et le Directeur du Bureau régional de TOMS pour l'Afrique sont invités: à aider les pays à élaborer des plans d'action cohérents et efficaces; à renforcer la coopération de l'Organisation avec les pays concernés en mettant à leur disposition à titre permanent un appui épidémiologique au Bureau sous régional de Bamako et ultérieurement au Siège; à faciliter la formation des personnels de santé à la lutte contre la dracunculose; à améliorer la rétro-information dans les pays au sujet de la situation épidémiologique et de l'élaboration des programmes de lutte; à aider à mobiliser des fonds extrabudgétaires en vue de soutenir les plans d'action des Etats Membres; à appuyer la recherche opérationnelle sur la dracunculose en l'inscrivant comme rubrique spécifique au budget du programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

(TDR); à établir des nonnes épidémiologiques; à assurer le suivi des ateliers régionaux sur la lutte contre la dracunculose et la recherche opérationnelle pendant le premier trimestre de 1989⁴⁴².

Les organisations/institutions intergouvernementales, non gouvernementales et bilatérales sont priées de collaborer étroitement avec les fonctionnaires nationaux compétents et les représentants de l'OMS dans les pays, en vue: de mobiliser des ressources extérieures pour soutenir les plans d'action nationaux; et d'appuyer la recherche opérationnelle sur la dracunculose, notamment par une étude de l'incidence de la maladie sur la production agricole et une étude sur l'efficacité des interventions de lutte contre cette maladie.

La synergie mobilisée pour l'éradication de la dracunculose s'est donc organisée comme suit : La direction des opérations a été assurée par le Centre collaborateur de l'OMS aux CDC depuis 1980 et par "Global 2000" depuis 1986⁴⁴³. Le centre collaborateur a contribué à coordonner cette initiative en publiant un bulletin informel ("Guinea worm wrap-up"), en assurant sur demande les services de consultants techniques, en élaborant des matériels de formation, en organisant des expositions et en conduisant des recherches ; Depuis plusieurs années une réunion trimestrielle informelle inter-institutions sur le ver de Guinée se tient aux Etats-Unis d'Amérique pour permettre aux participants de procéder à des échanges d'informations et faciliter la coopération pour le succès de l'initiative.

Le groupe concerné comprend maintenant des représentants des institutions compétentes des Nations Unies (le Cameroun fait partie des Nations Unies depuis son indépendance en 1960), des CDC, de "Global 2000", de l'AID des Etats-Unis d'Amérique, du Peace Corps⁴⁴⁴ ; La conférence internationale des donateurs parrainée par "Global 2000" et la Fondation de la *Bank of Credit and Commerce International* (BCCI) en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Fond des Nation Unies Pour l'Enfance (UNICEF), tenue à Lagos, Nigéria, en juillet 1989⁴⁴⁵, a marqué une étape importante dans la campagne d'éradication. D'après le plan stratégique mondial mis au point pour l'éradication du ver de Guinée (1989-1995), un montant de US \$75 millions était nécessaire pour éliminer la maladie en Afrique d'ici 1995, sans compter le coût des programmes d'approvisionnement en eau dans les zones rurales. Des contributions totalisant près de US \$10

⁴⁴² OMS, Relevé épidémiologique. Hebdomadaire. N°42, 17 octobre 1986, p.338.

⁴⁴³ OMS, rapport 44^{ème} assemblée mondiale de la santé, 22 mars 1991, p.122.

⁴⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁴⁵ *Ibid.*

millions en faveur de l'initiative ont été annoncées à la conférence, essentiellement par le PNUD, l'UNICEF, "Global 2000", la Fondation de la BCCI, le Gouvernement fédéral du Nigéria, les CDC et le United States Peace Corps⁴⁴⁶ ; D'autres contributions ont été fournies depuis la conférence des donateurs. En mars 1990, l'American Cyanamid Company a mis à la disposition de "Global 2000", pour la campagne africaine, pour US \$2 millions de téréphos⁴⁴⁷ ; ce don correspondait au montant total jugé nécessaire entre cette date et 1995. L'UNICEF a accepté d'expédier le produit aux pays d'endémicité. En octobre 1990, *E.I. du Pont de Nemours and Co.*, en association avec *Precision Fabrics Group, Inc.*, a annoncé le don, à "Global 2000", de quantités importantes de tissu mono filamentaire en nylon; Le United States Peace Corps et l'AID des Etats-Unis d'Amérique ont développé leur effort initial pour associer davantage de volontaires du Corps de la Paix au programme exécuté en Afrique. *IMPACT*, la *Bank Aid Foundation of Londres*, *Rotary International*, l'Agence suédoise pour le Développement international et le Laboratoire danois sur la Bilharziose se sont investis à aider les pays atteints grâce à une entente bilatérale⁴⁴⁸.

S'agissant de la coopération intersectorielle, elle s'est organisée comme suit : La coopération intersectorielle avec le secteur chargé de l'approvisionnement en eau en milieu rural a été lente à démarrer dans la plupart des pays, malgré le soutien moral énergique donné à cet aspect important du travail par les organes qui soutiennent l'action engagée au titre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Après l'adoption, par la Troisième Conférence régionale sur la dracunculose en Afrique à Yamoussoukro en mars 1990⁴⁴⁹, d'une résolution demandant instamment que des efforts accrus soient fournis dans ce domaine, des déclarations analogues ont été formulées lors de l'atelier sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement en milieu rural à Abidjan en mai 1990, et de la consultation mondiale sur l'eau saine et l'assainissement pour les années 1990 tenue à New Delhi, en septembre 1990, avec pour titre "*Safe water 2000*". Cette coopération avec le secteur responsable de l'approvisionnement en eau a été intensifiée au début des années 1990, pour poursuivre l'impulsion donnée au cours de la décennie. La Banque mondiale, qui est l'une des principales institutions liées aux organisations internationales, a commencé en 1990 d'envisager des moyens d'accroître son aide aux activités d'éradication du ver de Guinée⁴⁵⁰. En 1990, le but de

⁴⁴⁶ OMS, Relevé épidémiologique. Hebdomadaire. N°42, 17 octobre 1986, p.124.

⁴⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁴⁹ *Ibid.*

⁴⁵⁰ *Ibid.*

l'éradication a été approuvé par l'Assemblée des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine à sa vingt-sixième session et par le sommet mondial de l'enfance⁴⁵¹.

S'agissant de la certification de l'éradication, Le PNUD a fourni une aide financière à l'OMS pour la convocation à Genève, en février 1990, d'une consultation informelle de 23 administrateurs sanitaires d'Afrique et d'Asie chargés d'étudier les critères et les procédures à appliquer pour certifier l'élimination de la dracunculose dans les pays où la maladie est endémique ou était autrefois endémique. Le rapport sur la certification de l'élimination de la dracunculose stipule que les campagnes d'élimination de la dracunculose seront considérées comme couronnées de succès lorsque les résultats d'opérations adéquates de surveillance confirmeront qu'aucun cas de la maladie n'a été contracté localement pendant trois années de suite⁴⁵².

En vue de l'élimination de la dracunculose dans les années 1990, les huit mesures suivantes ont été appliquées conjointement par les Etats Membres où la dracunculose est ou était endémique et par la Communauté internationale, notamment les principales organisations non gouvernementales concernées, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et le PNUD⁴⁵³. Il s'agit ainsi d'engager le processus de certification de l'élimination sur la base des principes énoncés par l'OMS ; d'entreprendre des enquêtes nationales dans les pays d'endémicité qui ne l'ont pas encore fait afin de déterminer l'étendue de la maladie et d'élaborer des plans d'action nationaux; d'étendre le plus rapidement possible à tous les villages où l'endémicité a été identifiée des activités appropriées d'éducation pour la santé, l'utilisation de filtres en tissu, le traitement des cas et, dans certaines circonstances, le traitement des sources locales d'eau de boisson au téoméphos ; de souligner la priorité à donner à l'approvisionnement en eau saine des villages où la dracunculose est endémique et utiliser les rapports faisant état de la présence de la maladie pour solliciter au besoin une aide extérieure supplémentaire du secteur responsable de l'approvisionnement en eau en milieu rural ; de créer des comités directeurs intersectoriels pour les programmes nationaux d'éradication du ver de Guinée afin d'aider à diffuser les renseignements et à coordonner les activités de toutes les institutions et organismes associés à l'effort d'éradication; de coordonner les contributions fournies par les organismes internationaux, multilatéraux, bilatéraux et non gouvernementaux liés à l'approvisionnement

⁴⁵¹ OMS, Relevé épidémiologique. Hebdomadaire. N°42, 17 octobre 1986, p.124.

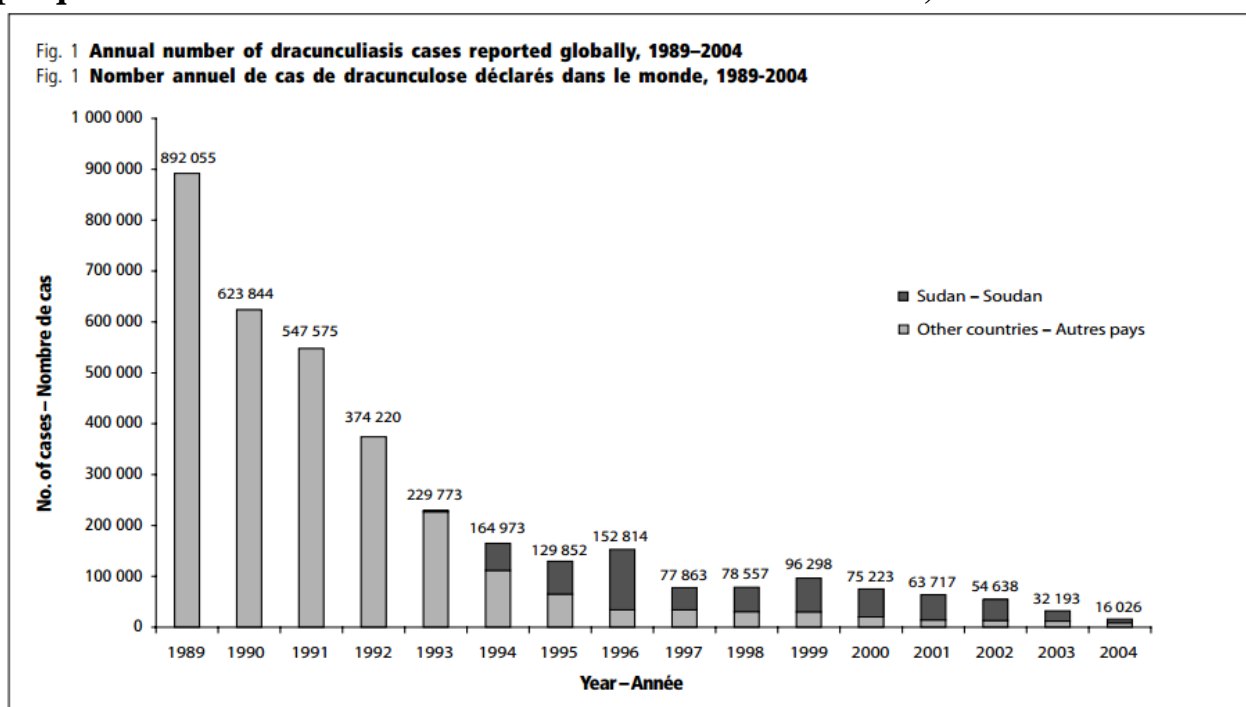
⁴⁵² *Ibid.*

⁴⁵³ *Ibid.*

en eau en milieu rural pour que cette aide se révèle efficace contre la dracunculose dans les pays d'endémicité ; d'explorer les possibilités qui s'offrent pour la mobilisation des ressources supplémentaires nécessaires pour le programme ; et enfin de soutenir des recherches opérationnelles pour faciliter les efforts d'éradication. Ces huit mesures d'accompagnement sont donc fortement recommandées, si non obligatoire par l'OMS pour conduire une politique d'éradication du ver de guinée.

Le Cameroun frappé par la dracunculose dans la partie septentrionale de son pays, est ainsi actif dans le processus d'éradication tel que fixé par le consensus international. Suite aux enquêtes nationales menées entre 1984 et 1990 par le système de santé camerounais et aux résultats obtenus, parce que le pays dispose d'un plan d'action élaboré et d'un coordonnateur national désigné pour le diriger, l'éradication prévue sur le territoire pour l'année 1993⁴⁵⁴. Le diagramme ci-dessous nous permet d'évaluer l'impact du programme mondial d'éradication de la dracunculose :

Graphique 28 : Nombre de cas de dracunculose dans le monde, 1989-2002



Source : OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 18, 13 Mai 2005.

⁴⁵⁴ OMS, rapport 44^{ème} assemblée mondiale de la santé, 22 mars 1991, p.124.

Le diagramme ci-dessus nous montre que le programme d'éradication du ver de guinée a permis une diminution drastique de cette maladie. On est ainsi quitté de 892005 cas en 1989 pour 16026 cas en 2002, soit plus de la moitié pour le Soudan. Ainsi, en 2002, le Cameroun est classé parmi les pays en voie de certification d'éradication⁴⁵⁵. Ainsi, Comme les années précédentes, aucun cas autochtone de dracunculose n'a été déclaré au Cameroun en 2002. Seulement trois cas importés ont été déclarés au cours de l'année, tous provenant de l'état de Borno au Nigéria. En 2003, aucun cas autochtone n'a été déclaré au Cameroun⁴⁵⁶, il en va de même pour 2004, lorsque le pays a reçu la certification internationale de l'éradication de la dracunculose (de la famille des Maladies Tropicales Négligées) sur son territoire.

Au total, la lutte contre la dracunculose a eu des moments importants, récapitulé dans le tableau ci-dessous :

⁴⁵⁵ OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 18, 2 Mai 2003, p.181.

⁴⁵⁶ OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 18, 2 Mai 2004, p.166.

Tableau 42 : récapitulatif des grands moments de lutte contre la dracunculose

DATE	FAITS MARQUANTS
1980	Début du programme en Inde
1981	Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la Décennie internationale de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (résolution WHA34.25)
1982	Atelier international sur la dracunculose, Washington, D.C.
1983	Consultations dans cinq pays africains
1984	Mise en place du Centre collaborateur de l'OMS aux Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique
1985	Première conférence nationale au Nigéria
1986	<ul style="list-style-type: none"> -Résolution de l'Assemblée de la Santé sur l'élimination de la dracunculose (résolution WHA39.21) -Première Conférence régionale africaine - Le Carter Presidential Center (Global 2000) finance le programme du Pakistan
1987	"Global 2000" finance le programme du Ghana
1988	<ul style="list-style-type: none"> Deuxième Conférence régionale africaine -"Global 2000" finance le programme du Nigéria (première enquête nationale) -Résolution du Comité régional de l'Afrique sur l'éradication de la dracunculose d'ici 1995 (AFR/RC38/R13) - Le chef d'Etat du Ghana visite 21 villages d'endémicité -Fin du tournage du film "Le ver de Guinée : un serpent de feu"
1989	<ul style="list-style-type: none"> Conférence internationale des donateurs - Le PNUD et l'UNICEF annoncent des contributions importantes - La mission de l'AID des Etats-Unis d'Amérique au Ghana accorde US \$2,3 millions pour le programme d'éradication -Résolution de l'Assemblée de la Santé sur l'élimination de la maladie dans les années 1990 (résolution WHA42.29) -Première Conférence régionale de la Méditerranée orientale - Le Nigéria annonce que la priorité sera donnée à l'approvisionnement en eau des villages d'endémicité

	<ul style="list-style-type: none"> -L'Agence japonaise pour la coopération internationale accorde US \$8 millions pour des projets d'approvisionnement en eau dans l'Etat de Niger au Nigéria 1990 - Consultation de l'OMS sur les critères à appliquer pour la certification de l'élimination de la dracunculose -Troisième Conférence régionale africaine -Atelier du United States Peace Corps sur le ver de Guinée -Don de téméphos (Abate) par la Société American Cyanamid -Don de tissu pour filtre par E. I. du Pont de Nemours and Co. Et Precision Fabric Group, Inc. - L e but de l'éradication de la dracunculose est approuvé par : -L'Assemblée des chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine à sa vingt-sixième session - L e Sommet mondial de l'enfance.
1991	Réunion des administrateurs des programmes d'éradication de la dracunculose, Brazzaville
2004	Éradication de la dracunculose au Cameroun

Source : nous, à partir de OMS, Rapport de la 44^{ème} assemblée mondiale de la santé, 22 mars 1991 et OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 19, 11 mai 2007.

3) L'OMS et l'éradication de la lèpre au Cameroun

La lèpre, encore appelé maladie de Hansen est une maladie infectieuse, transmissible, due à *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacille de Hansen atteignant préférentiellement la peau, les muqueuses, le système nerveux périphérique, les yeux, et réalisant en fonction de l'immunité cellulaire du sujet infecté différentes formes cliniques⁴⁵⁷. Un cas de lèpre (lépreux) est défini par l'OMS comme "un malade qui présente des signes évocateurs de lèpre, avec ou sans confirmation bactériologique et qui a besoin de suivre un traitement spécifique"⁴⁵⁸.

⁴⁵⁷ www.medecinetropicale.com, consulté le 24 décembre 2019.

⁴⁵⁸ *Ibid.*

Photo 3 : cas de lèpre au Cameroun



Source : Journalducameroun.com, consulté le 24 décembre 2019.

a) Le programme international de lutte contre la lèpre

La lutte contre la maladie de Hansen peut être divisée en deux grandes périodes : la période de la Prolin, qui peut être appelé période avant la Polychimiothérapie (PCT) et la période de la Polychimiothérapie contre la lèpre.

i) Période avant la Polychimiothérapie

La lèpre a longtemps été très mal connue de la classe médicale. Le traitement efficace était ainsi inexistant, ou pas connu. En effet, il était administré aux malades huile de chaulmoogra extraite des graines d'un arbre originaire de l'Inde, où on l'utilise depuis des siècles, administré sous forme de pommade, d'injection ou par voie orale⁴⁵⁹, cependant, ce traitement avait la particularité d'être inefficace. Ainsi les pratiques courantes étaient l'isolement des malades⁴⁶⁰, la séparation de couples, et le retrait d'enfants à leurs parents. Cependant, la manière la plus efficace de se débarrasser de la maladie était la mort des malades⁴⁶¹.

⁴⁵⁹ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre : Développement et mise en oeuvre depuis 25 ans, 2006, p.1.

⁴⁶⁰ Pour la majorité des malades atteints de la lèpre, il a été démontré que l'isolement ne servait à rien. On sait maintenant qu'il y a deux principaux types cliniques de lèpre. En 1936, Doull et al. ont montré à Cebu, Philippines, que les malades touchés par l'un de ces types (correspondant à ce que l'on nommerait aujourd'hui lèpre pauci bacillaire) avaient un très faible potentiel de transmission de la maladie. La ségrégation de ces malades était donc inutile.

⁴⁶¹ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ... 2006, p.1.

En 1941, le médecin Guy Faget, alors responsable à la léproserie nationale des Etats-Unis à Carville (Louisiane), pris l'initiative de tester un médicament appelé Promin aux volontaires pour une expérience⁴⁶². Cette expérience s'est avérée gagnante car on a observé une rémission totale de la lèpre chez les malades qui ont reçu le traitement. Cette découverte représentait ainsi l'événement le plus considérable de l'histoire de la lèpre depuis la découverte du bacille de la lèpre par Hansen, en 1873.⁴⁶³ Cependant Faget, dans son rapport d'importance majeure publié en 1943, était prudent dans ses conclusions. Il notait que "A ce jour, aucun cas de lèpre n'a été enrayeré grâce à son influence ... On espère qu'une synthèse plus avancée des composés sulfonés produira une substance qui réussira à sauver d'innombrables vies dans ce domaine encore sombre de la médecine".⁴⁶⁴ Cette déclaration tonnait ainsi comme une avant-garde une autre molécule a été synthétisé de la Promin, la Dapsone ; celle-ci fut administrée pour la première fois en 1947 contre la lèpre.⁴⁶⁵ La dapsone a ainsi la particularité d'être habile au traitement ambulatoire car elle était dispensée par voie orale, aucun équipement n'était donc nécessaire et son administration sur place était simple et facile. La posologie exigeait ainsi une dose hebdomadaire, ce qui simplifiait le traitement d'un grand nombre de patients et le rendait possible avec relativement peu de personnel, qualifiés ou non. En outre, ce médicament avait une longue durée de conservation, réduisant ainsi les problèmes de logistique (approvisionnement), et la distribution est possible par tous les moyens de transports possibles : en vélo, à scooter, à chameau, en canoë ou même à pieds. Afin de vulgariser le traitement, le fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF) fut sollicité pour des besoins de logistique dans la distribution des médicaments.⁴⁶⁶ La dapsone a donc un effet à la fois positif et mitigé, comme le déclare le rapport de l'OMS :

Et cette stratégie fonctionnait. Les malades étaient guéris par milliers, ou au moins leur état était-il grandement amélioré. En outre, l'image de la lèpre avait radicalement changé. On ne voyait plus les malades gravement handicapés et les visages boursoufflés, dits léonins, qui étaient fréquents 50 ans plus tôt. Cependant, les résultats de la monothérapie par la dapsone pendant la première décennie de son utilisation n'ont pas été pleinement évalués. Bien que de nombreux malades n'aient probablement plus eu besoin de soins grâce à la dapsone, ce médicament a plusieurs inconvénients.⁴⁶⁷

⁴⁶² OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ... 2006, p.1.

⁴⁶³ *Ibid.*

⁴⁶⁴ *Ibid.*

⁴⁶⁵ *Ibid.*

⁴⁶⁶ Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'UNICEF, fut sollicité pour fournir non seulement les antihanséniens et les médicaments destinés à éviter leurs effets secondaires, et certains équipements de laboratoire et cliniques, mais aussi les moyens de transport (voitures, motocyclettes, vélos)

⁴⁶⁷ Rapport OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.3.

Le traitement de la lèpre par l'intermédiaire de la dapsone a donc présenté des complications, car non seulement le remède s'est avéré après études toxique, mais aussi la bactérie a développé une souche résistante au traitement. À ce propos, Cochrane avait écrit en 1959 : “ Je suis tout à fait conscient que de nombreuses autorités n'admettent pas que la résistance puisse se développer dans le cas de la lèpre, mais ceci est difficile à croire ... la vaste majorité des bactéries, tôt ou tard, font preuve de résistance aux antibactériens”⁴⁶⁸.

L'événement qui est probablement le troisième plus important dans l'histoire contemporaine de la lèpre eut lieu en 1960, lorsque Shepard démontra que *M. leprae* provenant des biopsies cutanées pouvait se multiplier dans le coussinet plantaire de la souris.⁴⁶⁹ Cette découverte ouvrit la voie à un nouveau domaine de recherche sur la lèpre.⁴⁷⁰ Cette évolution fut bientôt suivie par la notification en 1964 des premiers cas confirmés de résistance à la dapsone chez des malades que l'on avait traités sous contrôle minutieux avec de la dapsone à fortes doses pendant plus de 10 ans.⁴⁷¹ L'apparition de la pharmacorésistance de la bactérie responsable de la lèpre ne fut que lentement reconnue par la communauté scientifique, sans doute du fait de ne pas vouloir remettre en question l'efficacité d'un excellent médicament utilisé avec succès et commodément depuis plus de 15 ans.⁴⁷²

Malgré l'accumulation des preuves, la réaction de l'OMS fut des plus surprenantes car pour elle, “il n'y a pas de problème majeur de pharmaco résistance ... Si la possibilité d'une résistance a été récemment signalée, elle ne concerne qu'une fraction négligeable des malades en traitement.”⁴⁷³ Le problème est donc négligé par l'organisation mondiale de la santé ; cependant, elle a ouvert un département de recherche sur la question. Ainsi, au 9^{ème} congrès international de la lèpre tenu à Londres en 1968, la recommandation était faite de diminuer la dose de dapsone afin de limiter les effets secondaires et réactions indésirables.⁴⁷⁴

Ces recommandations furent reprises dans Un guide pour la lutte contre la lèpre, publié par l'OMS en 1970.⁴⁷⁵ Cette situation a prévalu jusqu'à l'arrivée des nouveaux modes de

⁴⁶⁸ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ... 2006, p.4.

⁴⁶⁹ Shepard CC., “The experimental disease that follows the injection of human leprosy bacilli into foot-pads of mice”, *Journal of Experimental Medicine*, 1960.

⁴⁷⁰ A partir de ce moment, on pouvait tester la sensibilité, ou la résistance, de *M. leprae* aux médicaments existants, et étudier de nouveaux composés thérapeutiques pour leur action contre le bacille. Il était aussi possible de déterminer la concentration minimale inhibitrice de médicaments présumés efficaces dans le sang de la souris.

⁴⁷¹ Pettit JHS, Rees RJW., “Sulfone resistance in leprosy. An experimental and clinical study”, *Lancet*, 1964

⁴⁷² OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ... 2006, p.5.

⁴⁷³ *Ibid.*

⁴⁷⁴ *Ibid.*

⁴⁷⁵ OMS, Un guide pour la lutte contre la lèpre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1970 (publié à nouveau en 1973 sous la référence 73/1).

traitements. Cependant, c'est avec l'arrivée de la PCT que sera effectivement mis sur pieds un véritable programme mondiale de lutte contre la lèpre dans le monde.

ii) L'ère du PCT

En 1966, sur la base des données fournies par les pays, on estimait que 3,87 millions de malades de la lèpre dans le monde présentaient des incapacités tous degrés confondus, dont 2 millions environ présentaient des incapacités graves. En 1975, on estimait à 3,5 millions le nombre de sujets atteints d'incapacités dues à la lèpre⁴⁷⁶. Avant l'application généralisée de la PCT, la lèpre était généralement considérée comme une maladie dont le sujet restait atteint la vie durant. Plusieurs études transversales ont été menées pour estimer la prévalence de l'incapacité et définir les facteurs de risque. La proportion des malades présentant des incapacités à un moment donné se «tuait entre 9% et 57%. Les facteurs de risque généralement signalés étaient l'âge, la durée de la maladie, le sexe, le type de lèpre, la profession et l'absence de traitement.⁴⁷⁷

On peut distinguer au total quatre grandes périodes ou phases successives dans la mise en œuvre de la PCT : l'instauration de la PCT au niveau mondial (1982-1985), le déploiement de la PCT (1986-1990), la stratégie d'élimination (1991-1999), une quatrième période, devant durer 6 ans, appelée "Stratégie d'élimination intensive" ou "Dernière ligne droite" (A partir de 2000).⁴⁷⁸

iii) L'instauration de la PCT au niveau mondial (1982-1985)

Pendant les quatre années de 1982 à 1985, l'application de la PCT recommandée par le Groupe d'étude de 1981 fut encouragée par l'OMS et notamment par le service Lèpre au Siège (LEP). Les recommandations du Groupe d'étude sur la PCT furent promptement entérinées par la JSIF et l'ILEP. Dès le début, la coopération active et les contributions financières de ces organismes furent d'une importance primordiale pour la mise en œuvre de la PCT. A l'occasion d'une réunion sur les plans d'action pour la lutte antilépreuse⁴⁷⁹, organisée par LEP à New Delhi en août 1982, des représentants du Siège de l'OMS et des bureaux régionaux, purent discuter en détail de toutes les implications de la mise en œuvre de la PCT. En octobre 1985, lors d'une

⁴⁷⁶ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 3 8, 2, 2 septembre 1995, p.270.

⁴⁷⁷ *Ibid.*

⁴⁷⁸ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.46.

⁴⁷⁹ *Ibid.*

consultation de l'OMS sur la mise en œuvre de la PCT pour la lutte antilépreuse⁴⁸⁰, les mêmes partenaires examinèrent plusieurs projets de mise en œuvre de la PCT et commencèrent à tirer les enseignements de ces expériences. A ce moment-là, quatre ans après la réunion du Groupe d'étude et trois ans après la publication de ses recommandations, la couverture mondiale par la PCT était d'environ 1%.⁴⁸¹

iv) Le déploiement de la PCT (1986-1990)

En raison des profonds changements nécessaires dans les structures et fonctions de tous les programmes de lutte antilépreuse avant la mise en œuvre de la PCT, on a recommandé que celle-ci soit déployée par étapes successives, couvrant en premier les zones où les conditions étaient plus favorables⁴⁸². Certains pays ont instauré la PCT seulement pour certains patients sélectionnés, tandis qu'un certain nombre d'autres modifièrent les schémas de traitement recommandés de manière significative. Au niveau mondial, la couverture géographique par la PCT augmenta régulièrement de 1% en 1985 à environ 40% en 1990⁴⁸³. On peut comprendre qu'il n'y eut aucun grand changement de politique pendant cette période. A sa sixième réunion en novembre 1987, le Comité OMS d'experts de la Lèpre approuva les recommandations du Groupe d'étude de 1981 concernant la composition et la durée des schémas de PCT, et la surveillance post-traitement.⁴⁸⁴ Cependant, le Comité a apporté un changement à la définition des cas MB et PB proposée par le Groupe d'étude.⁴⁸⁵ En 1988, l'OMS publia la deuxième édition du Guide pour la lutte contre la lèpre⁴⁸⁶, en y intégrant toutes les considérations relatives à la PCT et à sa mise en œuvre, ainsi que d'autres aspects de la lutte antilépreuse. Une importance a été mise sur le renforcement de la coopération entre LEP et les bureaux régionaux de l'OMS, ainsi qu'entre l'OMS, les gouvernements et les organisations bénévoles. A cette fin, deux réunions de coordination supplémentaires sur la mise en œuvre de la PCT s'est tenues, en novembre 1986⁴⁸⁷ et en septembre 1988⁴⁸⁸ respectivement. A la réunion du mois de septembre 1988, il fut signalé que l'Afrique était loin derrière les autres régions du monde dans la mise en

⁴⁸⁰ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.46.

⁴⁸¹ *Ibid.*

⁴⁸² *Ibid.*, p.47.

⁴⁸³ *Ibid.*

⁴⁸⁴ *Ibid.*

⁴⁸⁵ Dans le cadre de la PCT, tous les cas dont les examens bactériologiques étaient positifs devaient à l'avenir être inclus dans le groupe MB. Par conséquent, de bons services bactériologiques étaient encore jugés essentiels pour une mise en œuvre correcte de la PCT.

⁴⁸⁶ OMS, "Un guide pour la lutte contre la lèpre", Deuxième édition, Genève, 1988.

⁴⁸⁷ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.46.

⁴⁸⁸ *Ibid.*

œuvre de la PCT, et une réunion fut planifiée pour 1989 afin de se mettre d'accord quant aux mécanismes qui pourraient permettre aux pays africains de rattraper leur retard.⁴⁸⁹ Plusieurs réunions techniques internationales furent tenues par l'OMS au cours de cette période pour discuter des moyens d'accélérer la mise en œuvre de la PCT en Afrique. Des sujets d'importance particulière étaient la formation sur la lèpre, la PCT et les soins de santé primaires, et l'évaluation de la situation de la lèpre.⁴⁹⁰ Fin 1990, l'expérience accumulée avait fait progresser les réflexions sur la mise en œuvre de la PCT. Une consultation sur les aspects techniques et opérationnels de la lutte antilépreuse, tenue à Malé (Maldives) en juin 1990, accepta que l'on puisse mettre en place la PCT "même dans les zones où le développement sanitaire et les ressources humaines étaient relativement limités", et conclut qu'il devrait être possible d'instaurer la PCT "même avant d'avoir établi des services fiables pour les examens bactériologiques" et que "les programmes devraient envisager une application plus large que jusqu'alors d'un traitement à durée limitée de 24 mois pour les patients MB".⁴⁹¹

v) **La stratégie d'élimination (1991-1999)**

En mai 1991, l'Assemblée mondiale de la Santé adopta la résolution WHA44.9⁴⁹² sur l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, engageant les gouvernements des pays d'endémie à atteindre l'objectif d'une prévalence mondiale inférieure à 1 cas pour 10000 habitants avant l'an 2000.⁴⁹³ Le raisonnement à la base de cette initiative de l'élimination comprenait les trois points suivants : un traitement très efficace (la PCT) était disponible pour enrayer la maladie ; on ne voulait plus accepter passivement la pérennité de la lèpre ; on voyait dans de nombreux pays d'endémie la tendance épidémiologique favorable d'une "épidémie en recul naturel".⁴⁹⁴ L'adoption de la résolution de l'Assemblée par tous les Etats Membres fut une étape cruciale qui sans aucun doute permit l'exploitation la plus efficace de la stratégie d'élimination basée sur la PCT. Il en résulta une période de déploiement intensif de la PCT pendant laquelle la couverture géographique augmenta de 42% en 1991 à 100% en 1997.⁴⁹⁵ La phase d'élimination fut essentiellement caractérisée par des efforts sans cesse croissants pour

⁴⁸⁹ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.47.

⁴⁹⁰ *Ibid.*

⁴⁹¹ *Report of the Consultation on Technical and Operational Aspects of Leprosy, Malé, Maldives, 11–15 June 1990*. Geneva, World Health Organization, 1990 (document WHO/CTD/LEP/90.3).

⁴⁹² OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.47.

⁴⁹³ *Ibid.*

⁴⁹⁴ *Ibid.*, p.48.

⁴⁹⁵ *Ibid.*

faire face au large éventail de problèmes liés à l'élargissement de la couverture PCT à des zones ou des groupes de population de plus en plus reculés ou difficiles d'accès.

L'évolution des politiques au niveau technique et mise en place de nouvelles stratégies a suivi différentes phases comme suit : A sa réunion de novembre 1993, le Groupe d'étude de l'OMS sur la chimiothérapie de la lèpre a recommandé deux simplifications importantes concernant la mise en œuvre de la PCT car pour eux, le schéma pour les patients MB devait avoir une durée standard de 2 ans, et la surveillance annuelle post-PCT des patients devait cesser.⁴⁹⁶ Un Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique fut publié en 1995.⁴⁹⁷ En 1997, le Comité OMS d'experts de la Lèpre fit des changements importants. Désormais, on devait classer les patients en trois catégories: lèpre PB (une seule lésion cutanée) ; lèpre PB (2-5 lésions cutanées) ; lèpre MB (plus de 5 lésions cutanées).⁴⁹⁸

A la quatrième réunion du groupe consultatif pour l'élimination de la lèpre (LEAG) tenue à Genève en juin 1998, l'OMS note que "presque chaque patient reçoit la PCT" mais que "certains pays [devraient] peut-être poursuivre et intensifier leurs activités au-delà de l'an 2000 pour atteindre leurs objectifs d'élimination".⁴⁹⁹ La troisième conférence internationale sur l'élimination de la lèpre, tenue à Abidjan en novembre 1999,⁵⁰⁰ examina la situation. Il en sortie l'évolution du programme était satisfaisant, cependant, les objectifs à atteindre restent encore lointains. Pour faire face à cette situation, l'OMS et ses partenaires lancèrent l'Alliance mondiale pour l'élimination de la lèpre, devenu programme d'élimination de la Lèpre en 1994.⁵⁰¹

vi) La dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre: plan stratégique 2000-2005

Fin 2000, le taux de prévalence mondial était juste en dessous de 1 cas pour 10 000 habitants, ce qui permit à l'OMS et ses partenaires d'annoncer en mai 2001 que l'objectif global fixé 10 ans plus tôt pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique dans le monde avait été atteint.⁵⁰² Ainsi, l'OMS notifiait cet état des faits en ces termes : "Nous avons

⁴⁹⁶ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.48.

⁴⁹⁷ Organisation mondiale de la Santé, "Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique", Genève, 1995.

⁴⁹⁸ OMS, Polychimiothérapie contre la lèpre ..., p.48.

⁴⁹⁹ *Ibid.*, p.49.

⁵⁰⁰ *Ibid.*

⁵⁰¹ *Ibid.*, p.50.

⁵⁰² *Ibid.*, p.52.

aujourd'hui de bonnes raisons de croire que l'élimination – une prévalence ramenée au niveau national à moins de un cas pour 10 000 habitants – est à notre portée dans tous les pays d'ici à la fin de 2005".⁵⁰³ Les pays ont donc été classifiés en trois catégories, selon les difficultés ou le niveau des objectifs à atteindre. On distinguait ainsi 3 groupes : groupe 1⁵⁰⁴, constitué des pays où des efforts spéciaux étaient nécessaires pour intensifier la stratégie de l'élimination ; le groupe 2⁵⁰⁵ constitué des pays où il convient d'accélérer l'élimination. Pour ce groupe, les activités menées pour permettre de mener à bien l'élimination comme prévu étaient d'assurer un accès facile et ininterrompu aux médicaments PCT gratuits, s'assurer des taux de guérison élevés au moyen de systèmes de fourniture des médicaments qui soient souples et commodes pour les malades, maintenir une couverture géographique élevée par les services PCT, de maintenir les interventions pour la prévention et la prise en charge des incapacités, de suivre de près les progrès réalisés sur la voie de l'élimination au niveau du district.⁵⁰⁶ Enfin le groupe 3⁵⁰⁷, constitué des pays où la stratégie de l'élimination devait être maintenue.⁵⁰⁸ Ainsi, les activités à menées pour ce dernier groupe sont de fournir des directives simplifiées et des matériels pour le diagnostic et le traitement de la lèpre au niveau du centre de santé, d'assurer un accès facile à la PCT en fournissant des stocks gratuits de PCT suffisants, de définir les zones géographiques où la prévalence de la maladie est supérieure et appliquer les activités essentielles de la stratégie intensifiée, de maintenir les interventions pour la prévention et la prise en charge des incapacités, d'instaurer un système de surveillance simple et d'intégrer ainsi que des systèmes d'orientation-recours.⁵⁰⁹

Ainsi, en 2000, 107 pays sont parvenus au stade de l'élimination nationale de la lèpre sur les 122 qui ont notifié des cas en 1985.⁵¹⁰ Ainsi, à la fin de cette année, la lèpre en tant que problème de santé publique subsiste encore dans 15 pays, avec un taux de prévalence supérieur

⁵⁰³ OMS, *Polychimiothérapie contre la lèpre ...*, p.52.

⁵⁰⁴ Angola, Brésil, Guinée, Inde, Indonésie, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, République centrafricaine et République démocratique du Congo. Dans ces pays, qui représentaient le noyau dur du problème, il fallait activement permettre à tous les services de santé des districts d'endémie de diagnostiquer et de soigner la lèpre, promouvoir le dépistage des cas en informant le public sur la maladie et en encourageant les personnes présentant des lésions cutanées suspectes à se présenter pour être soignées, et modifier l'image de la lèpre dans la communauté par des informations, une éducation et un plaidoyer.

⁵⁰⁵ Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Mali, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Sierra Leone et Tchad.

⁵⁰⁶ OMS, "dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre, plan stratégique 2000 – 2005", 2000, p.8.

⁵⁰⁷ Argentine, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Colombie, Cuba, Egypte, Ghana, Haïti, Laos, Liberia, Malaisie, Maldives, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Sénégal, Soudan, Sri Lanka, Tanzanie, Thaïlande, Venezuela, Viet Nam et Yémen.

⁵⁰⁸ Rapport OMS, *Polychimiothérapie contre la lèpre ...*, p.52.

⁵⁰⁹ OMS, "dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre, plan stratégique ...", p.12.

⁵¹⁰ <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/infection/lepre.asp>, consulté le 27 décembre 2019.

à 1 habitant pour 10000, pour une population supérieur à un million d'habitants.⁵¹¹ Ainsi, entre 1985 et 2001, la réduction de la lèpre a atteint 89%. Ainsi, les plus fortes réductions ont été observées par l'OMS en région pacifique occidentale (95%), en région africaine (94%), et en région américaine (72%).⁵¹² Le programme PCT a donc été un succès et, au fil des années a progressivement gagné le monde, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 43 : couverture de la PCT de 1985 à 2002 dans le monde

Années	Cas notifiés	Nouveaux cas	Patients traités par la PCT	Guérison par la PCT (total cumulé)	Couverture géographique par la PCT
1985	5 368 202	550 224	78 752	9 425	1%
1986	5 341 000	573 790	468 222	93 216	9%
1987	5 078 000	594 145	1 318 964	515 144	26%
1988	4 908 000	553 597	1 604,927	627 919	33%
1989	3 866 000	550 743	1 751903	853 706	45%
1990	3 737 000	571 792	2 080 998	1 204 821	56%
1991	3 087 788	584 412	1 295 640	2870944	42%
1992	2 291 581	653 354	1 117 508	4 238 118	49%
1993	1 671 497	590 933	911 802	5 658 989	55%
1994	1 291 848	560 646	984 005	6 687 189	76%
1995	926 259	529 376	842 438	7 988 404	91%
1996	888 340	566 604	862 998	8 416 321	97%
1997	804 396	693 462	803 021	9 095 409	100%
1998	820 205	804 449	820 205	9 974 000	100%
1999	753 263	738 284	753 263	10 759 213	100%
2000	611 000	655 000	611 000	>11 millions	100%
2001	597 232	719 330	597 232	12 millions	100%
2002	534 311	620 672	534 311	13 millions	100%

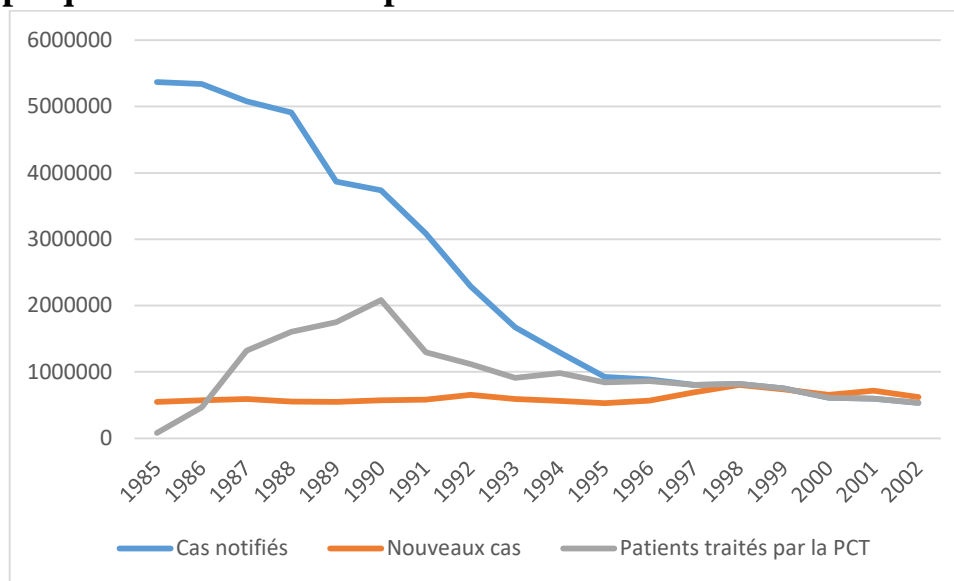
Source : OMS, "Polychimiothérapie contre la lèpre", 2006.

⁵¹¹ <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/infection/lepre.asp>, consulté le 27 décembre 2019.

⁵¹² *Ibid.*

Le tableau ci-dessus renseigne que le programme PCT a gagné l'ensemble du territoire à partir de 1997. Ainsi, au fur et à mesure que le traitement gagnait géographiquement de la place, le nombre de cas notifiés et de nouveau cas diminuait. Ceci dit, le diagramme ci-contre nous permet davantage de mieux illustrer notre tableau :

Graphique 29 : Couverture par la PCT de 1985 à 2002 dans le monde



Source : nous, à partir de Rapport OMS, "Polychimiothérapie contre la lèpre, 2006.

Par le diagramme ci-dessus, on peut constater d'importants écarts entre le nombre de cas total, le nombre de nouveaux cas et le nombre de cas traité en 1985. Cependant, cet écart diminue au fil des années jusqu'à se chevaucher en 1998 pour ne plus se détacher. Ceci prouve ainsi l'efficacité du programme PCT.

Cependant, la mise en œuvre du programme PCT, n'a pas toujours été sans ambages. En effet, les problèmes les plus fréquents qu'ont rencontré le programme PCT de l'OMS, surtout sur le terrain, furent les suivants : le raisonnement microbiologique à la base de la PCT et l'efficacité de la rifampicine en doses mensuelles mal compris ; la coloration cutanée et l'ichthyose causées par la clofazimine ; les difficultés de classification de certains patients en raison surtout de l'insuffisance des services de laboratoire ; la lente et donc décevante diminution de l'indice bactériologique des patients MB après la PCT ; la réaction clinique lente chez certains patients ; l'absence d'impact sur les incapacités ; l'éducation difficile des patients concernant leurs attentes de la PCT et la raison pour laquelle le traitement devait cesser après

une période limitée ; la capacité insuffisante des infrastructures sanitaires pour gérer la PCT dans certaines zones ; le manque de garanties concernant la disponibilité des médicaments PCT dans le long terme ; la confusion sur le terrain suite à la promotion par certains organismes de schémas de PCT de remplacement, dont l'Isoprodian.⁵¹³ La plupart de ces problèmes furent résolus lorsque le potentiel de la PCT fut davantage compris, et grâce à l'éducation des patients, l'engagement s'est accru à tous les niveaux. "L'amélioration clinique constatée tant par les agents de santé que les patients dépassait largement leurs espérances et eut pour effet un enthousiasme grandissant et un engagement à tous les niveaux pour la mise en œuvre de la PCT".⁵¹⁴ La PCT devenait ainsi une révolution thérapeutique contre la lèpre et une avancée capitale dans la situation resté bloquée pendant longtemps.

En somme, à partir de 2000, le projet d'éradication de la lèpre était tout tracé. En 2000, le programme prévoyait un plaidoyer en faveur de l'élimination de la lèpre dans tous les pays, un examen détaillé de la situation dans les pays où l'endémicité est la plus forte, un développement stratégique en collaboration avec les pays et les partenaires, une élaboration de matériels pour le renforcement des capacités, le plaidoyer et l'information ; la création de groupes spéciaux nationaux dans les pays où l'endémicité est la plus forte. Puis, de 2000 à 2002, la mise en œuvre intensive du programme au niveau des districts, y compris l'intégration, associée à une surveillance étroite des progrès et adaptations au niveau local. De 2003 à 2004, un arrêt progressif et une validation de l'élimination au niveau national, et même, infranational. En 2005, les efforts fournis ont conduit à une validation détaillée et progressif de l'élimination de la lèpre dans tous les territoires.⁵¹⁵ Cependant après 2005, l'OMS reconnaît que des cas lèpres continueront à être recensé et ainsi, recommande aux programmes nationaux en partenariat avec tous les organismes compétents travaillant pour venir en aide aux malade atteints de lèpre , par le biais des systèmes de santé intégrés aux niveaux les plus périphériques, de continuer de dispenser les meilleurs soins possibles.⁵¹⁶

⁵¹³ Rapport OMS, "Polychimiothérapie contre la lèpre ...", p.66.

⁵¹⁴ *Ibid.*

⁵¹⁵ OMS, "dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre, plan stratégique ...", p.13.

⁵¹⁶ *Ibid.*

b) Impact du programme international de lutte contre la lèpre au Cameroun

Le 26 janvier 2015, le Cameroun a fêté sa 62^{ème} journée mondiale de la lèpre. Il y avait des raisons de célébrer cette journée car Le pays s’inscrit désormais dans la norme de l’Organisation Mondiale de la Santé avec moins d’un cas de lèpre pour 10000 habitants.⁵¹⁷ Ceci n’a pas toujours été le cas, comme le montre le tableau ci-contre :

Tableau 44 : nombre de cas et prévalence de la lèpre au Cameroun

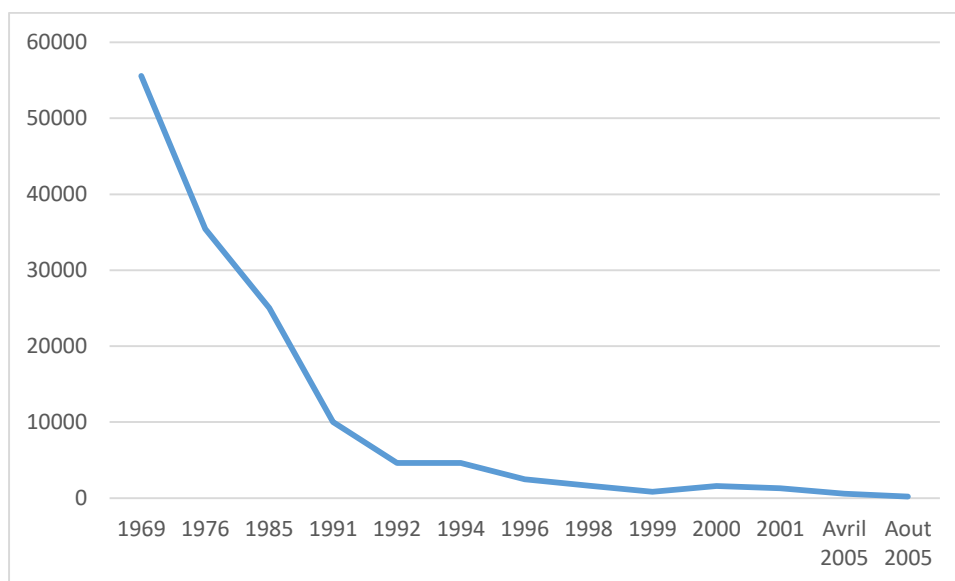
Date	Nombre de cas enregistrés	Prévalence pour 10000 habitants
1969	55559	28,5
1976	35416	5,6
1985	52031	Non déclaré
1991	10000	Non déclaré
1992	4616	5,57
1994	4616	3,68
1996	2481	1,98
1998	1638	1,1
1999	833	0,6
2000	1588	1,1
2001	1299	0,9
Avril 2005	574	0,45
Aout 2005	210	0,5

Source : nous à partir de Jean-Christophe B., “Cameroun : succès dans la lutte contre la lèpre”, 2014.

Le tableau ci-dessus nous permet déjà de constater que le nombre de cas de lépreux diminue d’année en année. Cependant, le diagramme ci-contre nous permet davantage d’apprécier ce déclin :

Graphique 30 : nombre de cas et prévalence de la lèpre au Cameroun

⁵¹⁷ Jean-Christophe B., “Cameroun : succès dans la lutte contre la lèpre” ..., p.464.



Source : nous à partir de archives OMS; et Jean-Christophe Belinga, “Cameroun : succès dans la lutte contre la lèpre”, 2014.

Le diagramme ainsi soumis nous permet de constater qu’il y a eu une chute vertigineuse de nombre de cas de lèpre dépistés jusqu’en 1992, puis une période morte entre 1992 et 1994, pour que le nombre de cas recommence à diminuer progressivement en jusqu’à atteindre les objectifs de l’OMS en 2005. Le rapport du Dr Ndonnang sur la situation de la lèpre au Cameroun explique cette période morte. Pour lui, cet état des faits est dû aux difficultés rencontrées (l’insuffisance d’intégration du programme dans les régions à faible densité de population, l’instabilité du personnel qualifié, environ 20 rechutes après PCT par an) dans la mise en œuvre du programme PCT.⁵¹⁸ Ces difficultés ont causé un frein dans la couverture du programme PCT au Cameroun. En 2005, le Cameroun avait ainsi atteint les objectifs fixé par l’OMS pour parler d’élimination de la lèpre, soit 1 cas pour 10000 habitants. Cet objectif a été atteint avec le concours non seulement de Chantal Biya, par l’intermédiaire du Cercle de Amis du Cameroun (CERAC)⁵¹⁹, qui a effectué des visites notamment au centre de référence

⁵¹⁸ OMS, “rapport de la réunion des responsables de lutte anti lèpreuse sur l’élimination de la lèpre par la mise en œuvre de la PCT en Afrique”, Yaoundé, 1993, p.10.

⁵¹⁹ Le Cercle des Amis du Cameroun, au cours de la 61ème Journée mondiale des lépreux, a rendu visite à la léproserie d’Ayos en apportant du soutien et du réconfort aux malades et aux familles des malades. Un geste de solidarité qui s’est matérialisé par la distribution des dons à l’instar de médicaments, de vêtements, de matériel agricole, de produits de première nécessité et de bien d’autres cadeaux aux malades. L’ensemble des discours prononcés au cours de cette célébration ont permis de faire le point sur l’évolution de la lèpre au Cameroun en général, et au sein de la communauté d’Ayos en particulier, placée depuis 2004 sous la responsabilité du Ministère des Affaires sociales.

d'Ayos⁵²⁰ et offert des dons dans les léproseries. Pour elle donc, « il importe donc d'intensifier la lutte en multipliant les gestes de solidarité et de générosité envers les personnes malades »⁵²¹ ; mais aussi du minsanté qui, par le biais du ministre Mama Fouda André, incite les populations à se davantage se faire dépister après les premières apparitions de signes, notamment qui se traduisent le plus souvent par des taches sur la peau généralement plus claires que le reste de l'épiderme, la dépigmentation de la peau qui marquent en effet les premiers symptômes de la maladie. Il a ainsi souligné la gratuité des soins contre la lèpre au Cameroun⁵²², qui a permis le passage de 25031 cas déclaré en 1985, pour 347 cas en 2014 ; soit une différence de 24684 en 29 ans d'application du programme PCT. Ainsi, comme le réclamait déjà Raoul Follereau en 1961, notamment en ce qui concerne la gratuité des soins, « cela va-t-il durer ? Laisserons nous mourir, pourrir, quinze millions d'êtres humains alors que nous savons maintenant qu'on peut les soigner, les sauver, les guérir ? ». ⁵²³ Il faisait donc déjà appel à cette époque à la sensibilité des uns et autres décideur sur la nécessité de vulgariser et rendre gratuit le traitement connu contre la lèpre dans le monde, et surtout aux plus démunis.

II. LES GRANDES ENDEMIES EN VOIES D'ÉRADICATION AU CAMEROUN EN 2015

Malgré les efforts mis en œuvres, le territoire camerounais reste sujet perpétuel aux grandes endémies, véritable problème de santé publique. Ainsi, parmi les grandes endémies en cours d'éradication, on distingue la poliomyélite, l'onchocercose, la lèpre.

⁵²⁰ Selon le maire de la commune d'Ayos Nicolas Zibi Samba, la situation des lépreux relève d'un problème social car, ces derniers vivent dans une misère totale. Il insistait ainsi sur la nécessité de la prise en charge de leurs soins médicaux et de la scolarisation des enfants malades.

⁵²¹ <https://www.afrik.com> consulté le 10 janvier 2023.

⁵²² Une réaction rapide, grâce à un dépistage précoce, pourrait permettre de traiter immédiatement et donc de limiter le nombre de victimes chaque année. Le Ministre de la Santé a en particulier souligné que le traitement de la lèpre au Cameroun "est gratuit", toute personne dépistée ou atteinte de la lèpre pouvant désormais recevoir le traitement gracieusement

⁵²³ <https://www.afrik.com> consulté le 10 janvier 2023.

1) Impact du programme de L'OMS pour la lutte contre la poliomyélite au Cameroun

Selon la revue scientifique *futura sciences*, la poliomyélite est une maladie très contagieuse provoquée par un virus qui envahit le système nerveux et peut entraîner en quelques heures une paralysie totale⁵²⁴. Il pénètre dans l'organisme par la bouche et se multiplie dans les intestins. On observe dans les symptômes initiaux de la fièvre, de la fatigue, des céphalées, des vomissements, une raideur de la nuque et des douleurs dans les membres. Une paralysie irréversible (des jambes en général) survient dans un cas sur 200. Entre 5 et 10 % des patients paralysés meurent lorsque leurs muscles respiratoires cessent de fonctionner. Le nombre de malade de la poliomyélite a diminué de plus de 99 % depuis 1988, passant de plus de 350 000 cas estimatifs à 1919 cas déclarés en 2002 (au 16 avril 2003). Ce recul est le résultat de l'effort fait au niveau mondial pour éradiquer la maladie⁵²⁵.

a) La poliomyélite au Cameroun

La poliomyélite est une maladie qui est endémique au Cameroun depuis des décennies. Les cas recensés au Cameroun sont ceux recensés par l'OMS avec son programme de notification. Ainsi, entre 1951 et 1955, l'OMS a recensé en moyenne 15 cas au Cameroun par an, entre 1961 et 1965 l'OMS a recensé en moyenne 29 cas par an. En 1966, le nombre de cas notifiés à l'OMS fut au nombre de 10. En 1967, le nombre de cas a une fois de plus été revu à la hausse, soit 81 cas notifiés. Le caractère crescendo de la courbe des notifications de cesse de grimper, car, en 1968 on atteint les 112 cas, et redescendre à 31 cas en 1969, puis 46 cas en 1970. C'est dire qu'à la 10^{ème} année des indépendances, le Cameroun avait déjà notifié à l'OMS environ 500 cas⁵²⁶. En 1971, le nombre de cas notifié est de 5 cas, 69 cas l'année suivante, et 39 cas en 1973. En 1974, le Cameroun a notifié 04 cas de poliomyélite, contre 15 en 1975. L'année suivante, l'on a relevé 48 cas, 12 cas en 1977, 220 en 1978, et une fois de plus, 00 cas en 1979 pour une hausse de 225 cas en 1980⁵²⁷. En 1981, le nombre de cas notifié au Cameroun

⁵²⁴ <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-rage-4213/>, consulté le 19 septembre 2019.

⁵²⁵ *Ibid.*

⁵²⁶ Archives OMS.

⁵²⁷ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°30, 25 juillet 1986, p.231.

est de 333, en 1982 de 230, et en 1983, 159 cas de poliomyélites⁵²⁸, et 88 cas en 1984. En 1983, ce sont 25 464 cas de poliomyélite, au total, qui ont été signalés par 126 pays des 6 Régions de l’OMS, représentant 83% de la population couverte par le système de notification. Les chiffres correspondants étaient respectivement de 43225 et 33 919 en 1981 et 1982⁵²⁹. Il convient de signaler que le pourcentage de la population couverte par ces notifications ainsi que le nombre total de pays ayant signalé des cas étaient plus faibles en 1983 que les années précédentes. Cette remarque est plus particulièrement valable pour la Région d’Afrique. Etant donné que l’on ne dispose que d’informations restreintes, il est difficile de savoir si ces données traduisent un déclin réel de l’incidence de la poliomyélite au Cameroun ou si elles ne sont que le reflet d’une notification incomplète, ou encore de carences dans la collecte et la communication des données⁵³⁰. Le tableau ci-dessous permet de récapituler les données disponibles du nombre de cas de poliomyélite notifié au Cameroun entre 1961 et 1984.

⁵²⁸ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°23, 7 juin 1985, p.175.

⁵²⁹ *Ibid.*

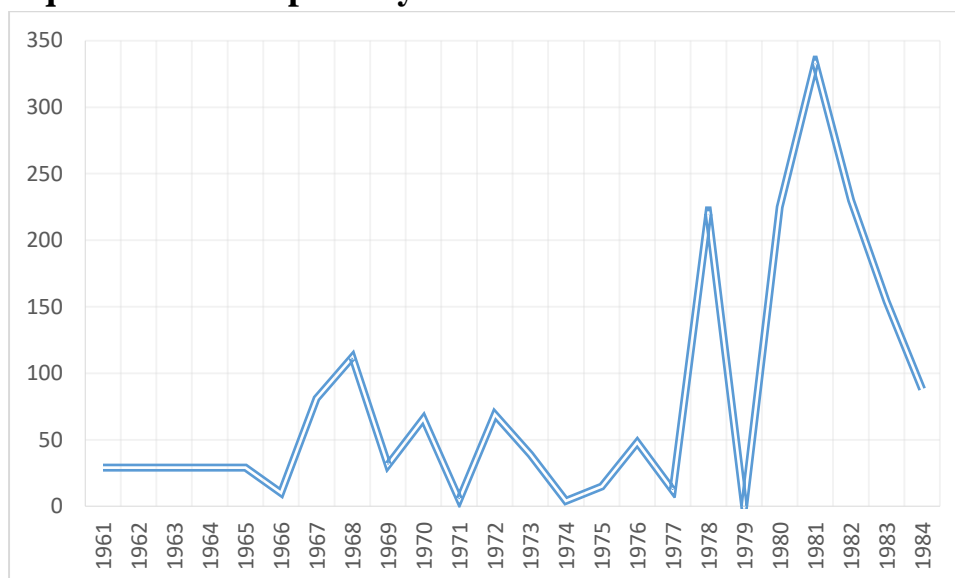
⁵³⁰ Selon l’OMS La notification incomplète des cas de poliomyélite constituent un problème aussi bien à l’échelon local qu’au niveau national, car beaucoup de pays ne disposent pas de systèmes efficaces de surveillance et de déclaration. Souvent, les données rapportées ne concernent que certaines régions d’un même pays, par exemple le milieu urbain. Cette information n’a donc qu’une valeur limitée, car elle n’illustre pas nécessairement l’ampleur véritable du problème. Il convient de noter en outre que, dans chaque Région, tous les pays n’envoient pas régulièrement de rapports. Dans les pays en développement, les données disponibles montrent que les chiffres officiels ne représentent que 1% et au maximum 15% du nombre des cas de poliomyélite effectifs.

Tableau 45 : Cas de poliomyélite au Cameroun de 1961 et 1984

Années	Nombre de cas notifiés	Années	Nombre de cas notifiés
1961	29	1973	39
1962	29	1974	04
1963	29	1975	15
1964	29	1976	48
1965	29	1977	12
1966	10	1978	220
1967	81	1979	00
1968	112	1980	225
1969	31	1981	333
1970	22	1982	230
1971	5	1983	154
1972	69	1984	88

Source : nous, élaboré à partir de OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°23, 7 juin 1985, p.175.

Le tableau ci-dessus permet de constater qu'il y a des années où le nombre de cas notifié est égal à zéro, et d'autre où on atteint des pics de plus de 300 cas. Ainsi, afin de mieux observer ces tendances, nous disposons du diagramme ci-contre :

Graphique 31 : Cas de poliomyélite au Cameroun de 1961 et 1984

Source : nous, élaboré à partir de OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°23, 7 juin 1985, p.175.

À partir de 1984, le nombre de cas notifié par le Cameroun a été de plus en plus décroissant ; ceci peut être dû à l'intensification du programme internationale pour l'éradication de cette maladie.

b) Programme internationale de lutte contre la poliomyélite au Cameroun : 2005, objectif d'éradication mondiale

Le programme de lutte contre la poliomyélite s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Programme internationale d'éradication de la poliomyélite : 1948 - 2000

Les programmes internationaux de lutte contre la poliomyélite commencent officiellement dès 1948, avec la première assemblée mondiale de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé le 7 juillet 1948. Cependant, cette rencontre concernait les pays européens frappés par la poliomyélite, soit la Belgique, la France, le Grand -Duché de Luxembourg, les Pays -Bas, le Royaume -Uni, la Suède et la Suisse⁵³¹. À l'issue de cette première assemblée mondiale de la santé les résolutions suivantes ont été prises par catégorie. Mesures vis -à -vis

⁵³¹ OMS, Première assemblée mondiale de la santé, 7 juillet 1948, p.39.

du malade, il est décidé que tout cas de poliomyélite doit être déclaré; la déclaration doit enregistrer séparément les formes paralytiques et les formes non paralytiques de la maladie ; l'hospitalisation et l'isolement dans un établissement ou une section pour malades contagieux pour une durée de trois semaines ; la désinfection des objets touchés par le malade (linges draps, vêtements) et celle des selles est indispensable⁵³².

Pour ce qui est de la famille du malade ou de son entourage au domicile comme dans les hôpitaux, la désinfection des selles, des W.C, ou cabinets d'aisance, doit être rendue obligatoire ; les membres` de la famille du malade doivent faire l'objet d'une surveillance médicale pendant 6 jours au moins ; les frères et sœurs du malade doivent éviter tout contact avec d'autres enfants pendant 6 jours au moins après le dernier cas survenu dans la famille ; les membres de la famille et de l'entourage des malades doivent être spécialement renseignés sur les mesures d'hygiène individuelles indispensables (lavage de mains, désinfection, des selles) ; chaque cas déclaré devra entraîner une enquête épidémiologique comportant l'étude biologique du milieu et de l'entourage.

Vis-à-vis de la collectivité, le contrôle des eaux potables doit être renforcé (examens bactériologiques, surveillance des puits et canalisations, etc..), notamment en ce qui concerne la possibilité décontamination par les eaux usées ; des instructions doivent être données à la population sur les précautions essentielles à prendre : éviter les bains de rivière et de lac, la fréquentation des piscines non contrôlées, éviter le surmenage, les bains de soleil, l'excès des sports, proscrire en période épidémique les opérations de la gorge, l'opération des amygdales ainsi que l'administration dans le nez de gouttes désinfectantes à base de produits irritants ; une surveillance de la qualité des denrées alimentaires doit être instituée (lait, beurre en particulier, légumes consommés crus, etc...).

Dans les régions suspectes ou contaminées, le lait ne pourra être employé pour la consommation ou la fabrication du beurre qu'après stérilisation ; les personnes qui traitent ou qui manipulent des denrées alimentaires (préparation en vue de la vente), et dont un membre de leur famille est atteint de poliomyélite ou qui ont été en contact avec un malade, doivent être soumises A une quarantaine sévère pendant une période de 10 jours au moins après le dernier contact et cesser toute activité professionnelle pendant la durée de cette surveillance ; la lutte contre les mouches sera activement poursuivie et les moyens en seront fournis dans les milieux les plus menacés : hôpitaux, domiciles des malades, dépôts des poubelles ; la fermeture dos

⁵³² OMS, Première assemblée mondiale de la santé, 7 juillet 1948, p.39.

écoles, églises, cinémas, etc., n'est pas nécessaire. Il y aurait lieu, en cas d'épidémie, de voir renforcer l'inspection médicale scolaire et de, faire pratiquer par des médecins l'inspection fréquente des élèves, de même que l'isolement des enfants atteints de manifestations suspectes ; la Conférence estime que les mesures qui précèdent doivent être appliquées non seulement en cas d'épidémie mais aussi aux cas sporadiques et aux premiers cas groupés survenant en période de recrudescence de la maladie⁵³³. Cependant, c'est la reconnaissance du fait que la poliomyélite était une maladie importante répartie dans le monde entier qui a conduit l'Assemblée mondiale de la Santé en 1969 à mettre sur pied un système de surveillance internationale pour cette maladie⁵³⁴. Le bon fonctionnement de ce système exige que les Etats Membres s'acquittent de leur obligation de fournir à l'Organisation des renseignements épidémiologiques sur toutes les poussées de poliomyélite⁵³⁵.

Ainsi, ces mesures ont été importées au Cameroun lorsque la maladie arriva. À celle-ci s'est ajouté le programme de vaccination contre la poliomyélite. La période 1951-1955 était antérieure à l'avènement du vaccin antipoliomyélitique. Le vaccin antipoliomyélitique tué a été introduit au début des années 60 et son utilisation dans un grand nombre de pays hautement industrialisés a entraîné une diminution importante du nombre des cas notifiés. Pendant la période quinquennale 1966-1970, le vaccin tué a été remplacé par le vaccin oral vivant dans beaucoup des pays où le nombre de cas notifiés a montré que la maladie y avait été maîtrisée. Au cours des cinq années suivantes (1971-1975), des programmes nationaux de vaccination ont été engagés dans plusieurs pays du tiers monde, dont le Cameroun⁵³⁶. Comme dans de nombreux pays africains, plus de 80% de tous les cas de paralysie poliomyélitique se produisent avant l'âge de 36 mois.

Sur le nombre total d'heures de travail nécessaires pour ces activités de surveillance en République-Unie du Cameroun, 83% ont été consacrées aux enquêtes dans les foyers, 4% à l'examen des registres d'hôpitaux et de dispensaires et 13% aux enquêtes en milieu scolaire. Bien qu'il soit incontestable que les enquêtes dans les foyers fournissent les taux d'incidence annuelle les plus proches de la réalité et qu'il faille parfois recourir à cette méthode coûteuse

⁵³³ OMS, Première assemblée mondiale de la santé, 7 juillet 1948, p.39.

⁵³⁴ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°51, du 23 décembre 1977, p.405.

⁵³⁵ L'incidence annuelle de la poliomyélite a été estimée, dans trois régions à densité de population variable (Yaoundé, Bamenda et Eseka), afin de pouvoir étudier le rapport entre l'incidence de la poliomyélite et la densité démographique et comparer trois méthodes de surveillance. Les trois méthodes retenues étaient les suivantes: Examen des fichiers des hôpitaux et des dispensaires ; Recensement des enfants infirmes dans les établissements scolaires ; Enquêtes dans les foyers pour recenser les enfants infirmes.

⁵³⁶ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°47, 23 novembre 1979, p.369.

pour définir les priorités en matière de santé et celles du programme élargi de vaccination, il importe de ne pas sous-estimer l'intérêt des deux autres méthodes moins coûteuses (examen des fichiers et enquêtes en milieu scolaire) lorsqu'il s'agit de recueillir à intervalles fréquents les données requises aux fins d'évaluation dans le cadre du Programme élargi de Vaccination⁵³⁷.

Ainsi, Avant 1975, année où a été lancé le Programme élargi de vaccination (PEV) en République-Unie du Cameroun, la vaccination antipoliomyélitique était pratiquée exclusivement dans le secteur privé⁵³⁸. Depuis lors, la couverture vaccinale au moyen de trois doses de vaccin antipoliomyélitique buccal, chez des enfants de 12-23 mois, a augmenté régulièrement, comme l'ont montré les enquêtes d'évaluation annuelles effectuées dans la capitale du pays, Yaoundé, recueilli dans le tableau ci-contre :

Tableau 46 : Incidence de la poliomyélite paralytique notifiée et couverture vaccinale à Yaoundé, Cameroun, 1974-1980

Années	Incidence	Population	Taux d'incidence (pour 100000)	Couverture vaccinale (%)
1974	154	255000	60,4	<i>Non disponibles</i>
1975	177	278000	63,7	<i>Non disponibles</i>
1976	81	314000	25,8	17
1977	49	342000	14,3	27
1978	71	373000	19,9	27
1979	39	406000	9,6	35
1980	42	443000	9,5	50

Source : OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire. N° 20, du 21 mai 1982, p.159.

On constate une couverture vaccinale croissante depuis 1976. En 1980, ce taux a presque triplé, soit 50 %. En outre, les cas de poliomyélite observés et traités servi d'indicateur de l'incidence de la maladie dans la ville, avant et après la mise en œuvre d'une vaccination antipoliomyélitique de grande envergure. L'incidence de la poliomyélite était relativement élevée avant le début du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Ainsi, selon l'OMS :

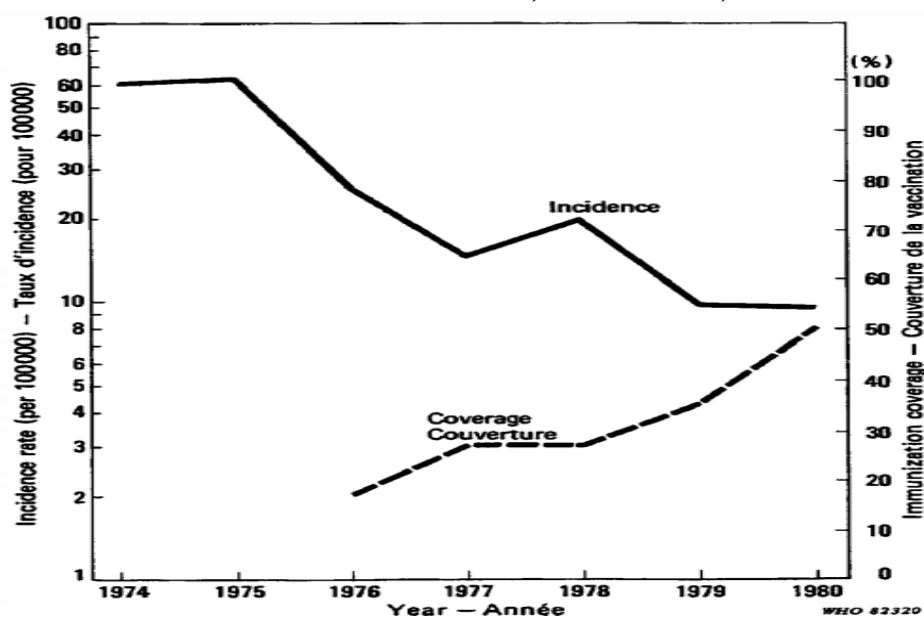
⁵³⁷ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°47, 23 novembre 1979, p.369.

⁵³⁸ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire. N°20, du 21 mai 1982, p.158.

Le système de surveillance de Yaoundé est incomplet et tous les cas de poliomyélite survenus dans cette ville ne sont pas diagnostiqués. Certains sujets meurent d'une maladie aiguë tandis que d'autres ont une affection bénigne et ne réclament pas de traitement. Pour l'intérêt de la surveillance, il faut espérer que l'efficacité de la notification reste relativement constante et qu'ainsi le nombre de cas enregistrés reflète la véritable situation dans le pays. La couverture vaccinale indiquée ici correspond aux enfants de 12-23 mois complètement immunisés, c'est-à-dire ayant reçu trois doses de vaccin antipoliomyélitique buccal. Le pourcentage de nourrissons ne recevant qu'une dose est toujours plus élevé que celui des nourrissons complètement vaccinés, mais le pourcentage d'abandons diminue. En 1976, la couverture au moyen d'une dose était de 35% contre 17% seulement de sujets pleinement vaccinés, mais les proportions correspondantes pour 1980 étaient de 57% et 50%, respectivement. Du fait que le virus du vaccin antipoliomyélitique buccal se propage des enfants qui l'ont reçu à leur entourage, la couverture vaccinale dans la collectivité peut être nettement plus large que le seul effectif de ceux qui ont été vaccinés officiellement. Ainsi, à la fin de l'année 1980 à Yaoundé, la moitié des enfants du groupe d'âge cible étaient complètement vaccinés contre la poliomyélite, mais le taux d'incidence de la poliomyélite paralytique était tombé à moins d'un sixième du niveau antérieur au Programme élargi de vaccination⁵³⁹.

Ensuite, à mesure que la couverture vaccinale augmentait, l'incidence de la poliomyélite paralytique diminuait. L'association dans le temps entre les deux phénomènes est claire. On peut donc supposer que la réduction de l'incidence de la poliomyélite est le résultat de l'immunisation. Le diagramme ci-dessous permet de croiser la chute du taux d'incidence à l'augmentation du taux de vaccination :

Graphique 32 : Incidence des cas de poliomyélite paralytique notifiés et couverture vaccinale à Yaoundé, Cameroun, 1974-1980



⁵³⁹ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire. N° 20, du 21 mai 1982, p.160.

Source : OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire. N° 20, du 21 mai 1982, p.59.

On distingue ainsi trois catégories parmi les pays ayant entrepris un programme de vaccination : d'une part les pays hautement industrialisés, qui disposent de programmes de vaccination efficaces et qui ont maîtrisé depuis longtemps la maladie, d'autre part les pays en développement qui ont institué des programmes de vaccination et ont réussi à maîtriser la maladie, et en fin les pays en développement ayant ou non engagé des actions de vaccination, qui ont échoué à maîtriser la maladie⁵⁴⁰. Le Cameroun se trouve ainsi dans la catégorie des pays pauvres dont l'effet du PEV est remarqué sur le taux d'incidence de la maladie.

- **Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : 2000 - 2008**

L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, la plus grande initiative de santé publique de l'histoire, est dans les temps pour certifier la disparition de la poliomyélite dans le monde en 2005. Le nombre de cas a diminué de 99% depuis le lancement de l'Initiative en 1988, passant de 350000 à moins de 3500 en 2000. Après la diminution de moitié entre 1999 et 2000, jamais on n'a observé aussi peu de cas dans toute l'histoire, même avec un renforcement de 20% de la sensibilité de la surveillance⁵⁴¹. Ainsi, lors de l'assemblée mondiale de la santé, dans son propos liminaire, le secrétaire général de l'ONU Koffi Ata Annan déclarait : " Si nous ne saisissons pas notre chance maintenant, le virus reprendra de la vigueur et cette possibilité disparaîtra à jamais"⁵⁴². Dans cette logique donc, joignant les paroles aux actes, la plus grande intervention de santé publique dans l'histoire de la région africaine a été mise sur pieds. Il a ainsi été organisé des Journées Nationales de Vaccination (JNV) «synchronisées » en octobre et novembre 2000 et janvier 2001, JNV auquel le Cameroun a activement participé⁵⁴³. Ceci dit, pour accéder à chaque enfant, les équipes de vaccination ont dressé les cartes des régions transfrontalières afin de couvrir chaque village, ont installé des postes de vaccination aux points de passage des frontières et se sont rendus dans les camps de réfugiés. Des dizaines de milliers de volontaires et d'agents de santé ont ainsi fait du porte à porte pour vacciner les enfants⁵⁴⁴.

En 2000, la lutte pour l'éradication de la poliomyélite s'est heurtée à trois principales difficultés : trouver les financements, avoir/maintenir l'accès à tous les enfants, et maintenir

⁵⁴⁰ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°47, 23 novembre 1979, p.370.

⁵⁴¹ OMS, Initiative mondiale pour l'éradication de poliomyélite, situation en 2000, 2001, p.2.

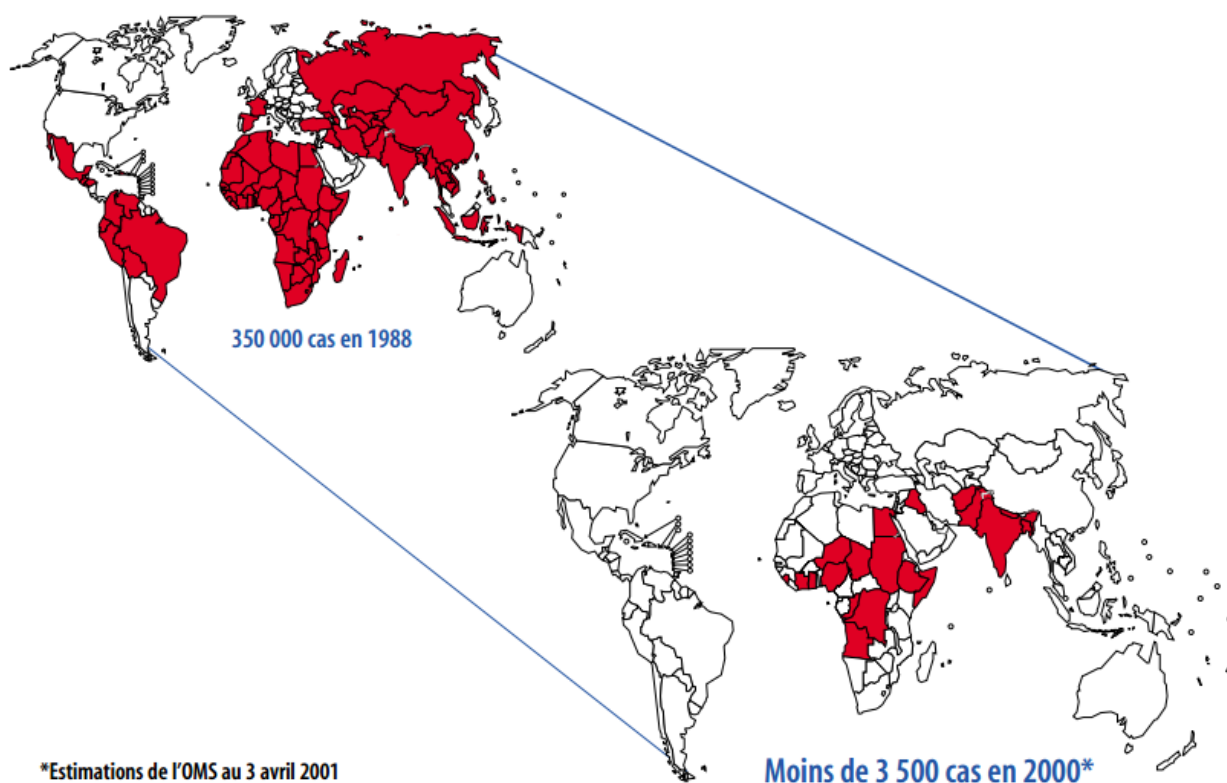
⁵⁴² *Ibid.*

⁵⁴³ *Ibid.*

⁵⁴⁴ *Ibid.*

l'engagement politique face à une maladie en voie de disparition. Cependant, ce programme a permis des avancées énormes, comme le témoigne la carte suivante :

Carte 8 : Progrès dans l'éradication de la poliomyélite de 1988 à la fin de 2000



Source : OMS, initiative mondiale pour l'éradication de poliomyélite, situation en 2000, 2001, p.9.

Des progrès importants ont été accomplis pour réaliser l'objectif d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial à la fin de 2000 et de certifier l'éradication mondiale de la poliomyélite en 2005. Bien que la transmission se poursuive dans 20 pays environ. Le nombre des cas de polio a diminué de 99 % depuis le début de l'initiative en 1988, passant de 350 000 à moins de 3 500 en 2000, et de 50 % en 1999-2000, pour atteindre le niveau le plus bas jamais enregistré, même avec une amélioration de la surveillance. Le nombre des pays où l'endémie persiste est passé de 30 au début de 2000 à 20 au début de 2001 selon les estimations. Sur le plan économique, on a eu des soutiens des fondations⁵⁴⁵, les

⁵⁴⁵ Fondation Rotary Fondation Bill & Melinda Gates, Fondation des Nations Unies, Fondation de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole (OPEP)

sociétés⁵⁴⁶, Organisations multilatérales⁵⁴⁷, Les organisations non gouvernementales et les organisations humanitaires⁵⁴⁸, sont également des partenaires majeurs qui apportent leur assistance pour la micro planification, la formation, le transport, la surveillance et l'administration de la vaccination supplémentaire.

Il convient particulièrement de noter l'initiative canadienne pour les micronutriments dont l'appui comprend notamment l'administration de gélules de vitamine A à l'occasion des JNV et la mise au point de matériels de formation. Les fonds, organismes et programmes du système des Nations Unies, comme le Programme alimentaire mondial, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires humanitaires et l'Opération Survie au Soudan, ont joué un rôle important dans l'application des activités de vaccination supplémentaires. Au total, 1450 millions de Dollars ont été récolté entre 1985 et 2000.⁵⁴⁹

Ce sont principalement cinq facteurs qui ont empêché d'atteindre l'objectif d'interrompre la transmission des virus sauvages en 2000 : faible couverture de la vaccination systématique dans de vastes régions densément peuplées ; échec des vagues de JNV qui n'ont pas réussi à vacciner chaque enfant ; démarrage tardif des activités dans certains pays ; insuffisance ou réception tardive des fonds ; insuffisance de la surveillance entraînant une détection tardive des zones infectées ; les limitations dans les stocks de vaccin polio virus VPO disponibles ont fortement compromis la capacité de l'initiative de venir à bout de ces problèmes au cours de la phase d'accélération. Ainsi, le Cameroun fait ainsi partir des pays ayant eu un fort impact des programmes nationaux de vaccination, car le pays a notifié zéro cas en 2000, comme le montre à souhait la carte ci-dessus.

Sur le plan économique, les difficultés n'ont pas été des moindres. Car, sur les 1000 millions de Dollars estimé pour l'éradication de la poliomyélite en 2005, seul 600 millions de Dollars a été récolté venant des différents dons et autres partenaires de la lutte, réparti comme suit : Rotary International qui s'est associé à la Fondation des Nations Unies pour lancer une campagne unique de collecte de fonds auprès du secteur privé. Au cours de manifestations qui auront lieu dans 20 villes tout au long de 2001 ; La Fondation des Nations Unies a consacré un

⁵⁴⁶ Aventis Pasteur, De Beers, Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM), représentant Pasteur Mérieux Connaught (devenu Aventis Pasteur), Chiron, Smith-Kline Beecham et Wyeth-Lederle

⁵⁴⁷ Union européenne, Banque mondiale

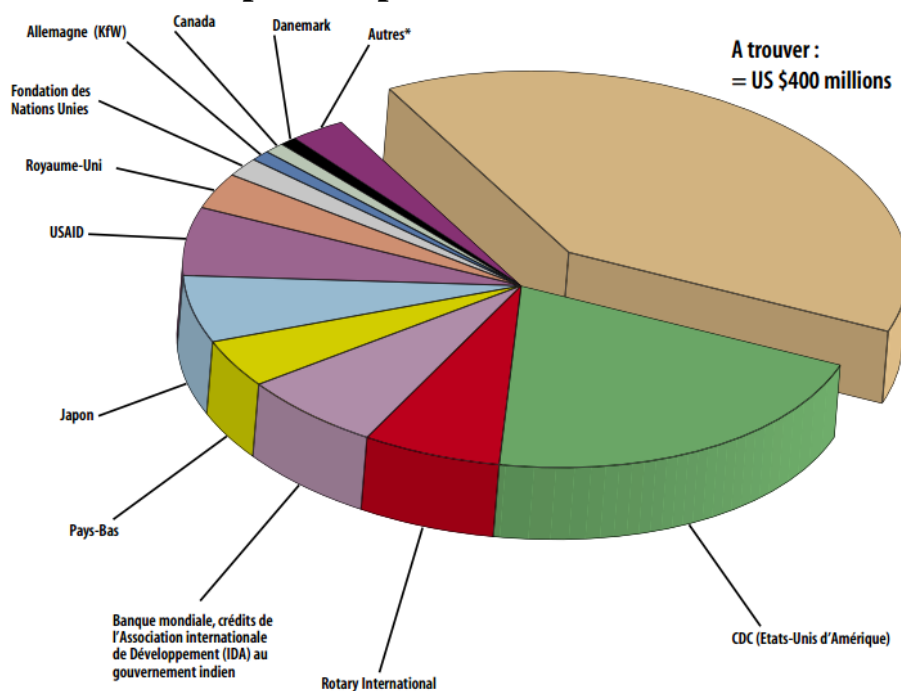
⁵⁴⁸ Le mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge international, Médecins sans Frontières (MSF), Save the Children Fund (Royaume-Uni), Vision mondiale internationale, CARE et l'organisation cadre CORE

⁵⁴⁹ OMS, initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, plan stratégique 2001-2005, 2005, p.12.

site web à la collecte de fonds pour l'éradication de la poliomyélite ; La Fondation des Nations Unies a fait don de 1 million de Dollars pour renforcer la capacité de mobilisation des ressources de l'OMS auprès du secteur public ; le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a annoncé des plans pour obtenir des ressources supplémentaires à l'appui des activités d'éradication de la poliomyélite.

Pour ce qui de l'appui des donateurs Au cours de 2000, un grand nombre de particuliers et d'organisations ont accordé un appui et de nouvelles subventions aux niveaux national, régional et mondial. Cependant, ces financements restent inférieurs aux attentes, un déficit de 400 millions de dollars est observé. Ces manquements sont imputés aux donateurs, Comme le montre le graphe suivant :

Graphique 33 : Ressources financières extérieures requises et contributions prévues/promises au 3 avril 2001



* Australie, Autriche, Aventis Pasteur, Belgique, Danemark, Italie, Norvège, Portugal, République de Corée (GOK), Société saoudienne du Croissant-Rouge, UNICEF, recettes occasionnelles de l'OMS.

Source : OMS, initiative mondiale pour l'éradication de poliomyélite, situation en 2000, 2001, p.12.

Afin de parler d'éradication totale de la poliomyélite, une vaste opération baptisée "assaut finale", est lancée avec trois principales axes : d'abord confiner les stocks existants de poliovirus sauvage conservés en laboratoire pour éviter toute dissémination accidentelle dans

la population; ensuite maintenir une surveillance au niveau voulu pour la certification pour dépister rapidement les cas de poliomyélite, condition préalable de la certification mondiale⁵⁵⁰; et enfin, arriver à un consensus sur le calendrier et les modalités de l'arrêt de l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral.

- **Le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (2004 – 2008) : un nouveau souffle**

Le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008 remplace en l'actualisant le plan paru en 2000. Le but de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est d'assurer l'interruption de la transmission du poliovirus dans le monde grâce à des mesures nationales et internationales coordonnées, de tirer parti des avantages humanitaires et économiques de l'éradication et d'utiliser les enseignements et infrastructures issus de l'exécution pour renforcer les systèmes de santé et maîtriser d'autres maladies importantes.⁵⁵¹ Ce plan s'articule ainsi autour de quatre grands objectifs et étapes :

L'objectif N°1, interrompre la transmission du poliovirus⁵⁵² : afin d'atteindre cet objectif, plusieurs actions ont été menées⁵⁵³. Le premier étant l'intensification des activités de vaccination de masse dans les zones d'endémie, qui passe par une surveillance directe par les autorités politiques et sanitaires du pays au niveau le plus élevé auxquelles il faudra rendre des comptes, une «cartographie» des responsables politiques, religieux, traditionnels et communautaires locaux, pour que les efforts de sensibilisation aux niveaux des provinces et des districts et au niveau communautaire suscitent un appui accru de la part des responsables de l'opinion ; une micro planification détaillée au niveau local pour que chaque ménage soit identifié et cartographié et reçoive la visite d'une équipe de vaccination ; un engagement total de la part des associations féminines locales et d'autres ONG influentes pour qu'il y ait suffisamment de femmes parmi les agents de vaccination ayant accès à tous les foyers et communautés ; des stratégies et des activités accrues en matière de communication fondées sur des données épidémiologiques et programmatiques ; un financement suffisant et, le cas échéant, des dispositifs de financement novateurs, y compris un financement direct d'établissements publics et non gouvernementaux au niveau périphérique pour que les ressources soient

⁵⁵⁰ Pour certifier l'éradication, il faut que, pendant au moins trois années, il n'y ait aucun cas de poliomyélite dû à des poliovirus sauvages autochtones en présence d'une surveillance au niveau voulu et une vérification des rapports des comités de certification nationaux.

⁵⁵¹ OMS, Plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008, 2004, p.20.

⁵⁵² *Ibid.*, p.9.

⁵⁵³ *Ibid.*

disponibles en temps voulu là où se déroulent les opérations ; et enfin un appui technique supplémentaire de la part des partenaires pour que des compétences techniques suffisantes aux niveaux national et international soient disponibles en vue de la planification et de la surveillance au niveau des régions et des districts. La seconde action menée est le ratissage d'urgence face à l'importation du poliovirus sauvage et/ou de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Cette seconde action consiste à veiller à ce que tous les pays et zones exempts de poliomyélite traitent le dépistage d'un cas importé dû au poliovirus sauvage et/ou circulant dérivé d'une souche vaccinale comme une situation d'urgence pour la santé publique appelant des mesures types prévoyant des opérations de ratissage rapides et massives dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas clinique dû à un tel virus.

Pour renforcer la capacité de réaction, des procédures pratiques types seront mises au point dans chaque pays en suivant les prescriptions des commissions de certification mondiale et régionales. La troisième action consiste en la vaccination supplémentaire dans les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées. Cette action à consistera à éviter la réimplantation de la transmission du poliovirus sauvage dans les zones libérées de la maladie, surtout à l'intérieur même des pays d'endémie. La quatrième action est le renforcement de la couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique, qui consiste à appuyer l'action de l'OMS et de l'UNICEF, surtout dans le cadre de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) afin d'améliorer la couverture vaccinale systématique. Dans les zones exemptes de poliomyélite, le renforcement de la couverture vaccinale systématique est déterminant pour limiter la propagation des cas importés et/ou l'apparition de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Dans les zones d'endémie, les améliorations de la couverture systématique par le VPO renforceront l'effet des JNV_i et des JLV_i, ainsi que celui des opérations de ratissage. Enfin, une dernière action qui est la surveillance et laboratoires de haute qualité car Pour interrompre les chaînes de transmission endémique du poliovirus sauvage, les importations et/ou les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, les activités de vaccination supplémentaires doivent se fonder sur une surveillance d'excellente qualité des poliovirus circulants au niveau mondiale⁵⁵⁴. Le tableau ci-dessous récapitule les étapes de l'objectif N°1 :

⁵⁵⁴ OMS, Plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008 ... p.14.

Tableau 47 : Interrompre la transmission du poliovirus : Indicateurs et étapes

<i>Indicateurs</i>	<i>E t a p e s</i>				
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Nombre de pays d'endémie	≤ 5	1*	0	0	0
Pourcentage des activités de vaccination supplémentaires prévues qui ont été menées à bien dans les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées	100 %	100 %	100 %	ND	ND
Pourcentage des pays atteignant les cibles de l'Alliance pour le DTC3/VPO3**	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %
Pourcentage des activités de ratissage d'urgence commencées dans les quatre semaines à compter de la confirmation des cas	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays non certifiés dont la surveillance correspond au niveau requis pour la certification	85 %	90 %	100 %	100 %	100 %

* A la fin de 2003, un pays est particulièrement exposé à une poursuite de la transmission jusqu'au premier semestre 2005.

** Sur la base des progrès nécessaires pour atteindre la cible de l'Alliance : en 2010 ou avant, tous les pays auront une couverture vaccinale systématique de 90 % au niveau national, avec au moins 80 % dans chaque district.

ND = non disponible

Source : OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008, 14.

L'objectif N° 2, parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite⁵⁵⁵ : En 1997, la Commission mondiale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite a défini les critères permettant de certifier que le but de l'éradication de la poliomyélite était atteint. Pour résumer les choses, la certification de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage se fait sur une base régionale. Chacune des six commissions régionales de certification ne pouvait envisager la certification que lorsque tous les pays de la Région avaient soumis les documents appropriés attestant de l'absence de transmission du poliovirus sauvage pendant au moins trois années consécutives compte tenu d'un excellent système de surveillance. La Commission mondiale a d'autre part déclaré que, pour les pays d'endémie et ceux qui l'étaient encore récemment, la notification et l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) seraient la norme agréée aux fins de la certification. La surveillance de la PFA correspondrait aux « normes de la certification » si trois critères étaient

⁵⁵⁵ OMS, Plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008 ... p.18.

réunis. En premier lieu, le système devrait pouvoir déceler au moins un cas de PFA non poliomyélitique pour 100000 individus de moins de 15 ans⁵⁵⁶. En deuxième lieu, il faudrait prélever deux échantillons appropriés pour le diagnostic¹² chez au moins 80 % des sujets présentant une PFA. En troisième lieu, tous les échantillons devraient être examinés dans un laboratoire agréé par l’OMS. Pour la certification de l’éradication mondiale de la poliomyélite, la Commission mondiale a fixé comme autre critère l’adoption, par toutes les installations détenant du matériel infecté ou potentiellement infecté par le poliovirus sauvage, de mesures appropriées de confinement biologique. Le processus de confinement en laboratoire a été mis au point dans le cadre d’une concertation internationale. Un avant-projet de plan d’action a été largement distribué pour observations en 1998 avant d’être publié sous le titre Plan d’action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire en 1999 et de faire l’objet d’une deuxième édition en 2003⁵⁵⁷. Le Plan fait ressortir les activités à mener par étapes pour réduire à un minimum le risque de réintroduction du poliovirus sauvage dans la population à partir des laboratoires de diagnostic et de recherche.

Durant la phase 1, tous les pays doivent procéder au niveau national à une enquête sur les laboratoires et établir un inventaire des laboratoires dont il est établi qu’ils détiennent des stocks de poliovirus sauvage ou du matériel potentiellement infectieux. Les commissions régionales de certification ont inscrit les activités de la phase I dans les normes de certification au niveau régional. Durant la phase 2, les laboratoires figurant dans les inventaires nationaux devront détruire les matériels contenant du poliovirus sauvage ou les conserver dans des conditions appropriées de sécurité biologique. Pour les fabricants de VPI produit à partir de poliovirus sauvage, des lignes directrices particulières définissant les règles de sécurité biologique à appliquer après l’interruption de la transmission du poliovirus sauvage ont été élaborées et mises au point définitivement en 2003⁵⁵⁸, en collaboration avec les autorités nationales de réglementation et des spécialistes de la sécurité biologique. La certification mondiale sera conditionnée par l’application de ces règles dans tous les pays où l’on continue à fabriquer du VPI⁵⁵⁹. Afin de parvenir à l’objectif n°2, celui de la certification de l’éradication de la poliomyélite, des priorités ont été établie : la première étant la surveillance « conforme aux normes de la certification »⁵⁶⁰ (dans les régions d’endémie poliomyélitique et dans les

⁵⁵⁶ OMS, Plans stratégique de l’initiative mondiale pour l’éradication de la poliomyélite 2004 – 2008 ... p.19.

⁵⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁵⁸ *Ibid.*, p.20.

⁵⁵⁹ *Ibid.*

⁵⁶⁰ *Ibid.*

régions certifiées exemptes de poliomyélite), la seconde, un accès mondial à un laboratoire agréé par l'OMS, la troisième, Confinement des poliovirus sauvages et des PDSV ; enfin, la quatrième, l'achèvement des processus de certification⁵⁶¹. Le tableau ci-dessous récapitule les étapes de cet objectif N°2 :

Tableau 48 : parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite: Indicateurs et étapes

<i>Indicateurs</i>	<i>E t a p e s</i>				
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Pourcentage de pays non certifiés où la surveillance est conforme aux normes de la certification	85 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage d'échantillons prélevés sur des cas de PFA qui ont été examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage de pays ayant achevé chaque phase du confinement biologique en laboratoire	50 % (phase I)	75 % (phase I)	100 % (phase I)	100 % (phase II)	100 % (phase II +)
Pourcentage de fabricants produisant du VPI à partir du poliovirus sauvage dans des conditions correspondant au niveau 3/polio de sécurité biologique	ND*	ND*	ND*	60 %	100 %
Pourcentage de pays soumettant les documents « finaux » de certification	60 % (certification régionale)	70 % (certification régionale)	85 % (certification régionale)	100 % (certification régionale)	100 % (certification mondiale)

ND* = Non disponible

Source : OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008, 2004, p.23.

Objectif N°3, mettre au point des produits pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde⁵⁶² : l'objectif général fixé pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde est d'atténuer le plus possible les risques de poliomyélite paralytique pour les générations actuelles et futures au coût le plus bas possible. L'arrêt de la vaccination systématique contre la variole après l'éradication de l'agent pathogène responsable de cette maladie en 1977 a laissé espérer que l'on pourrait également arrêter la vaccination contre la poliomyélite, une fois réalisés l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et le confinement des stocks en laboratoire et des installations de production de vaccins. L'expérience faite avec la variole a livré des enseignements très utiles quant aux questions que

⁵⁶¹ OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ... p.22.

⁵⁶² *Ibid.*, p.7.

peut soulever l'élaboration d'une telle politique. Toutefois, la question est nettement plus complexe pour la poliomyélite et ce pour plusieurs raisons, notamment les différences au niveau des caractéristiques des vaccins utilisés et des aspects géopolitiques de la période où chaque campagne d'éradication a été menée. Ainsi, les étapes à suivre pour l'arrêt passe par Stratégie d'arrêt de la vaccination systématique par le VPO, la détection et notification des poliovirus circulants, la vérification des stocks de vaccin antipoliomyélique et leur gestion, et le Confinement à long terme des stocks de poliovirus⁵⁶³. Le tableau ci-dessous récapitule les étapes de cet objectif N°3 :

Tableau 49 : mettre au point des produits pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde : indicateurs et étapes

<i>Indicateurs</i>	Etapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Arrêt de l'utilisation du VPO pour la vaccination systématique	Lignes directrices et consultations sur les options de « l'après-VPO »	Introduire des stratégies locales pour réduire le risque de PDSV	Renforcer la stratégie d'arrêt de la vaccination par le VPO ainsi que les décisions nationales concernant le VPI	Introduire des protocoles pour la riposte aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale pour l'après-VPO	Préparer l'introduction de politiques de vaccination à long terme
Détection et notification immédiate des poliovirus circulants	Définir des stratégies pour déceler rapidement les virus circulants	Evaluer la possibilité d'une intégration dans le RSI/le Réseau mondial d'alerte*	Intégrer la surveillance de la poliomyélite dans le RSI et le Réseau mondial d'alerte	Entamer l'échantillonnage dans l'environnement (le cas échéant)	Mettre au point des outils supplémentaires de surveillance (le cas échéant)
Stocks de vaccin antipoliomyélique et riposte d'urgence	Harmoniser la gestion avec celle d'autres stocks (fièvre jaune, méningite, variole)	Déterminer la taille des stocks de VPOm, de VPI et de VPO trivalent pour l'après-VPO	Homologuer au moins deux fournisseurs de VPOm	Etablir des contrats pour la constitution du stock de VPOm	Début de la constitution du stock de VPOm
Confinement à long terme des stocks de poliovirus	Recherche et consultations sur les impératifs de la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde	Publier la troisième édition du Plan d'action mondial	Harmonisation complète avec les procédures de sécurité pour des agents pathogènes du même type	Homologuer au moins un produit VPI fabriqué à partir de souches Sabin	Début de l'application et de la vérification du Plan d'action mondial III

* RSI = Règlement sanitaire international ; Réseau mondial d'alerte = Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN).

Source : OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008, 2004, p.28.

⁵⁶³ OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ... p.28.

L'objectif N°4, intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite⁵⁶⁴ : L'éradication de la poliomyélite s'est appuyée avant tout sur trois grandes activités : les campagnes de vaccination supplémentaires, la surveillance active accompagnée de l'investigation des cas en laboratoire et le renforcement de la coordination à l'intérieur du Partenariat. Tout au long de la mise en œuvre de l'Initiative, on s'est particulièrement efforcé d'utiliser ces activités ainsi que les ressources de l'Initiative pour améliorer la prestation d'autres services de santé, lorsque cela était pertinent et possible. Ainsi, l'atteinte de cet objectif passe par 5 priorités : la première, le transfert des éléments des « campagnes » antipoliomyélitiques aux programmes de vaccination systématique, la seconde, le développement ou intégration de la surveillance de la PFA dans la surveillance d'autres maladies revêtant de l'importance pour la santé publique, suivi de l'intégration des ressources humaines financées par la lutte contre la poliomyélite ; la priorité quatre, l'intégration des principaux arrangements institutionnels relatifs à l'éradication de la poliomyélite ; enfin, la priorité cinq, un appui au développement d'autres interventions de santé⁵⁶⁵. Le tableau ci-contre permet de donner l'état d'avancement des travaux à l'issue du projet en 2008 :

Tableau 50 : intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : indicateurs et étapes.

Indicateurs	É t a p e s				
	2004	2005	2006	2007	2008
Pourcentage des pays prioritaires pour l'Alliance/la poliomyélite qui mettent en œuvre des plans intégrés	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays ayant intégré ou développé la notification des cas de PFA, en fonction des besoins (en particulier pour la rougeole et le tétanos néonatal)	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays dotés d'un comité de coordination interinstitutions soutenu par l'Alliance et, le cas échéant, d'un groupe de conseil technique (TAG)	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Proportion des « ressources humaines » financées au titre de la lutte contre la poliomyélite qui contribuent officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies*	25 %	50 %	75 %	90 %	100 %
Pourcentage des pays où les opérations de lutte contre la poliomyélite sont pleinement intégrées dans les activités de lutte antirougeoleuse	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %

* Point de comparaison : postes financés dans le monde en 2003 au titre de la lutte contre la poliomyélite.

Source : OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004 – 2008, 2004, p.33.

⁵⁶⁴ OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ... p.29.

⁵⁶⁵ *Ibid.*

➤ **Le rôle des partenaires pour la lutte contre l'éradication de la poliomyélite**

La lutte contre la poliomyélite a été une synergie de plusieurs entités. On distingue ainsi les gouvernements des pays d'endémie qui auraient versé au moins 2,35 milliards de dollar correspondant au temps consacré par des bénévoles aux activités d'éradication de la poliomyélite entre 1988 et 2005⁵⁶⁶ ; à côté des gouvernements, nous avons les organisations internationales dont l'OMS est leader. À ses coté, se place à bonne place le Rotary International, avec son programme PolioPlus qui a vu le jour en 1985 et a joué un rôle central dans les efforts internationaux d'éradication de la maladie, mais aussi le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique qui met à disposition des épidémiologistes spécialisés dans la santé publique.⁵⁶⁷

Plusieurs fondations apportent non seulement un appui financier à la lutte, mais aussi mènent une action de plaidoyer et fournissent une assistance pour le développement du Partenariat telle que la Fondation des Nations Unies, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale. Celles-ci sont soutenues par les organismes intergouvernementaux et les acteurs des sociétés privées comme le G8, l'union africaine et l'organisation de la conférence islamique (OCI), le Wyeth, qui finance le Réseau régional africain de laboratoires de la poliomyélite, la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM), le GlaxoSmithKline (GSK) et Chiron, le DeBeers, et le British Airways. D'autres organisations telles que la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CICR) ou Albert B. Sabin Vaccine Institute aident à former des bénévoles et des agents de santé, à transporter vaccins et matériel, à surveiller la qualité de la chaîne du froid et à mener des activités de communication et de mobilisation sociale, consultant technique et plaidoyer international.⁵⁶⁸

c) Impact du plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : 2009-2018

En 2009, la transmission du poliovirus sauvage (PVS) a été détectée dans 23 pays. La transmission endémique des virus persistait dans quatre de ces pays⁵⁶⁹. Les 19 autres pays ont connu des flambées dues à des poliovirus importés. Dans quatre de ces 19 pays, le poliovirus

⁵⁶⁶ OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ... p.37.

⁵⁶⁷ *Ibid.*, p.38.

⁵⁶⁸ *Ibid.*, p.40.

⁵⁶⁹ L'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan

importé au cours des années précédentes a entraîné une transmission rétablie du poliovirus. Quinze des 19 pays⁵⁷⁰ ont connu des flambées actives après une importation de poliovirus, parmi lesquels le Cameroun⁵⁷¹. Globalement, le pays a atteint le niveau de surveillance requis pour la certification au niveau national. Toutefois, des lacunes de surveillance persistent au niveau infranational dans le sud du Cameroun. D'une manière générale, il est nécessaire de renforcer la surveillance pour déterminer l'ampleur des flambées et détecter toute nouvelle importation dans les zones exemptes de poliomyélite. Compte tenu de sa proximité avec le Tchad et avec le Nigéria et du niveau insuffisant de la surveillance qui y est pratiquée, le Cameroun est soumis à un risque important d'importation de poliovirus sauvage et de détection tardive de cette importation⁵⁷². Ceci dit, en 2009 seulement 3 cas de déclarés, et le pays a intensifié la lutte avec les journées nationales de vaccination, les campagnes de ratissage de la santé de l'enfant, et la surveillance accrue des cas potentiels.⁵⁷³

Sur le plan économique en 2009, le financement mobilisé est comme l'indique le diagramme ci-dessous :

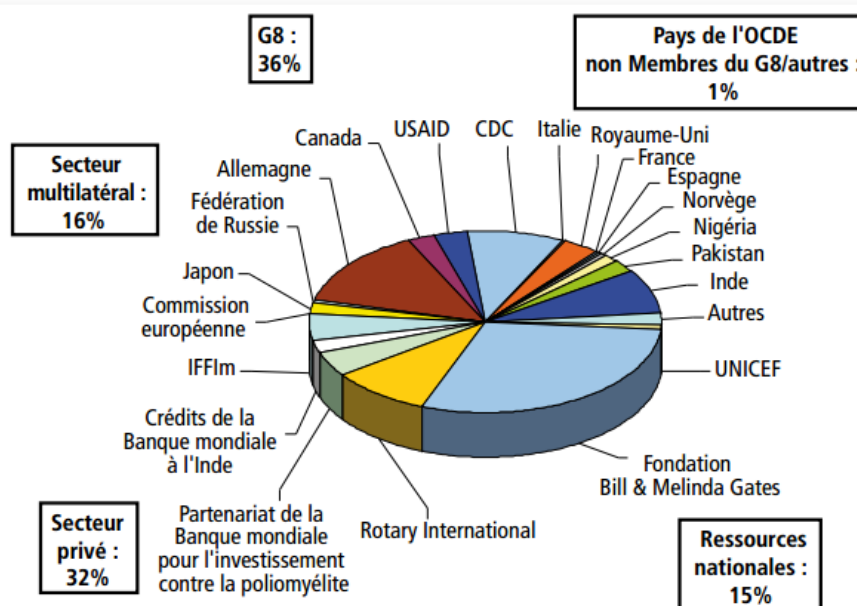
⁵⁷⁰ Le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Kenya, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Sierra Leone et le Togo

⁵⁷¹ OMS, Rapport annuel du plan stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2009, p.10.

⁵⁷² *Ibid.*, p.29.

⁵⁷³ *Ibid.*, p.26.

Graphique 34 : contribution financière pour l'éradication de la poliomyélite en 2009.



La rubrique « Autres » inclut les Gouvernements des pays suivants : Arabie saoudite ; Autriche ; Bangladesh ; Ghana ; Luxembourg ; Monaco ; Nouvelle-Zélande ; Pays-Bas ; République slovaque ; Rwanda ; Turquie et Yémen, ainsi que le Fonds de l'OPEP pour le développement international, la Fondation pour les Nations Unies et l'OMS (compte tenu de l'effet de la baisse des frais d'appui aux programmes).

Source : OMS, Rapport annuel du plan stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2009.

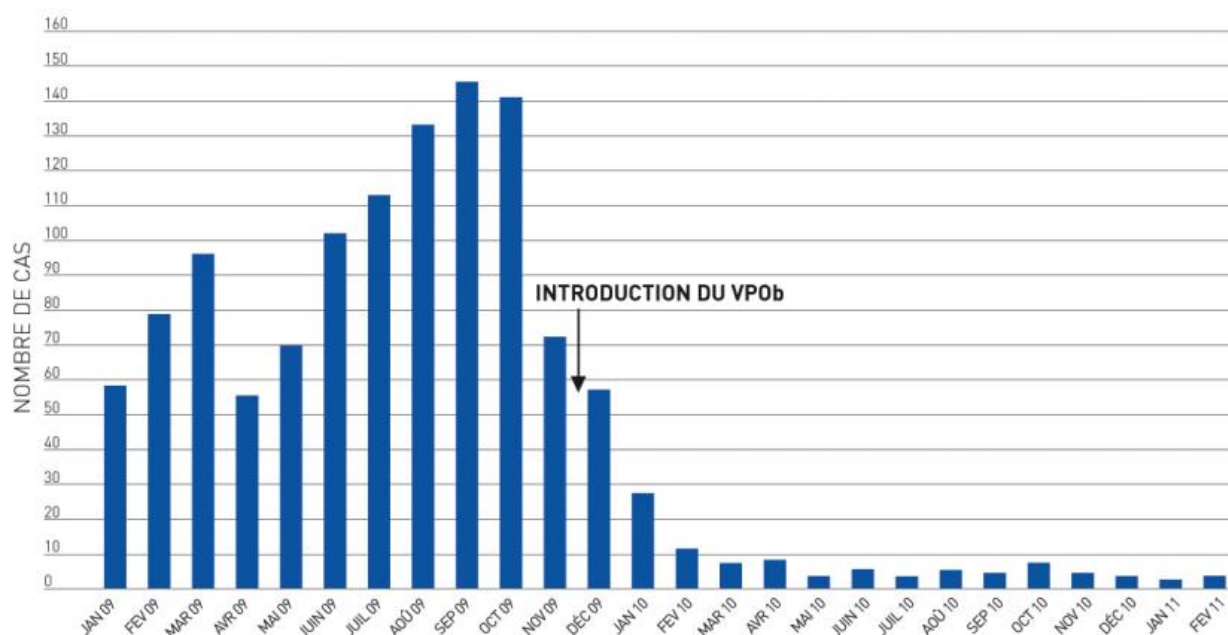
Sur le plan du financement de la lutte en 2009, l'on peut constater que le G8 apporte la plus grande contribution avec 36%, suivi du secteur privé avec 32%, puis le secteur multilatéral avec 16%, suivi des ressources nationales des pays avec 15% ; le reste n'assurant que 1% du budget. Les pays les plus industrialisés ont ainsi la pleine conscience du danger qu'est cette maladie.

En 2010, des innovations ont été apportées par rapport au programme d'éradication de 2009. En effet, des plans adaptés aux districts ont permis de meilleures campagnes de vaccination. Un suivi systématique des actions des dirigeants au niveau infranational a permis une meilleure responsabilisation au niveau opérationnel. Les autres innovations appliquées plus largement en 2010 ont été notamment la stratégie SIAD (administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court) et l'élaboration de plans ciblés pour atteindre les populations à forte mobilité ou en transit. Pour évaluer plus clairement la qualité des campagnes de vaccination, des indicateurs types ont été introduits dans tous les pays pour assurer un suivi

indépendant de chaque campagne; lorsque c'est jugé nécessaire, les résultats sont affinés par des enquêtes de type échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité et par des études sérologiques. La sensibilité de la surveillance de la maladie a été renforcée en 2010 par l'élargissement de la surveillance environnementale et par la mise en place d'études de terrain rapides⁵⁷⁴.

Ainsi, Le Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP s'appuie sur un certain nombre de méthodes ou produits innovants pour surmonter les derniers obstacles qui empêchent l'éradication de la poliomyélite dans les zones d'endémie restantes, pour favoriser une riposte aux flambées plus rapide et plus approfondie, et enfin pour limiter la reprise de la propagation de la poliomyélite dans le monde. Ces approches sont régulièrement évaluées et affinées. À ce propos, Bill Gates déclarait dans son allocution au Congrès des États-Unis en mars 2010 que « Ce nouveau plan va rayer de la carte les derniers réservoirs de poliovirus et ces effroyables virus seront relégués à jamais dans le passé. »⁵⁷⁵ Ainsi, on peut constater par ce diagramme l'efficacité de l'IMEP :

Graphique 35 : impact des JNV sur le nombre de cas de poliomyélite dans le monde avec le PMEP entre 2009 et 2011.



Source : OMS, plans stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, rapport annuel, 2011.

⁵⁷⁴ OMS, Rapport annuel du plan stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2010, p.6.

⁵⁷⁵ Déclaration de Bill Gates, co-président de la Fondation Bill & Melinda Gates, dans son allocution au Congrès des États-Unis en mars 2010.

On peut ainsi constater un impact positif des JNV du PMP. Ainsi, malgré les pics de 2009, on constate avec l'introduction du VPOb une nette diminution du nombre de cas dans le monde, soit de plus de 140 cas au total notifiés en septembre 2009, à moins de 10 cas notifiés dans le monde en février 2011.

En 2013, un nouveau plan intitulé “ Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018”⁵⁷⁶ a été mis sur pieds. Ce plan a été établi sur 4 objectifs principaux : le premier objectif est intitulé “détection du poliovirus et interruption de sa transmission”⁵⁷⁷ car, au 10 décembre 2013, le nombre de cas dus au poliovirus sauvage avait augmenté de 68 % par rapport à la même date en 2012 soit 359 cas contre 213, et l'on comptait huit pays notifiant des cas de poliomyélite contre quatre un an auparavant.⁵⁷⁸ Cette hausse est due à des flambées, elles-mêmes imputables à une nouvelle propagation internationale de poliovirus depuis le Nigéria vers le Cameroun où 4 cas ont été importés⁵⁷⁹.

Le second objectif est intitulé “renforcement des systèmes de vaccination et retrait du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)”⁵⁸⁰; pour y parvenir, des actions ont été intensifiées pour préserver les avancées réalisées vers l'éradication mondiale et pour consolider la protection contre les poliovirus à court et à long terme, grâce au renforcement des systèmes de vaccination ;⁵⁸¹ l'OMS, ses partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ont lancé un programme de travail conjoint pour appuyer le renforcement des systèmes de vaccination systématique des 10 pays prioritaires recensés dans le plan stratégique pour l'éradication et la phase finale ;⁵⁸²

⁵⁷⁶ <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Strategyandwork.aspx>, consulté le 14 décembre 2016

⁵⁷⁷ OMS, rapport annuel de l'initiative mondiale pour l'éradication de la polio, 13 décembre 2013, p.6.

⁵⁷⁸ *Ibid.*

⁵⁷⁹ *Ibid.*

⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 24.

⁵⁸¹ Cinq critères ont été adoptés pour évaluer l'état de préparation à un retrait mondial du VPO de type 2 dès 2016 : introduction d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé; accès à un vaccin antipoliomyélitique oral bivalent homologué pour la vaccination systématique ; mise en application de protocoles de surveillance et d'intervention pour le poliovirus de type 2 ; achèvement des activités d'endiguement de la phase 1 et manipulation correcte des matériels résiduels de type 2 ; et vérification de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2.

⁵⁸² Dans ces 10 pays (Afghanistan, Angola, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Tchad), l'approche conjointe consiste à faire fond sur les investissements de l'Alliance GAVI dans le renforcement des systèmes de santé et à exploiter pleinement l'importante assistance technique déployée par l'IMEP. En 2013, les plans de vaccination de cinq de ces pays (Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo et Tchad) ont été examinés et révisés pour y inclure des mesures particulières visant à ce que les infrastructures de l'IMEP contribuent systématiquement à l'amélioration de la couverture de la vaccination systématique. Cette approche exploite les principaux atouts du programme de lutte antipoliomyélitique dans les domaines suivants : politiques et supervision ; mise en œuvre et prestation de services ; suivi et évaluation ;

L'objectif 3 quand à lui, « confinement et certification », ⁵⁸³ consiste d'une part à établir des mécanismes pour non seulement empêcher la propagation de la maladie, mais aussi faire un inventaire afin de déterminer si la maladie a été éradiquée. L'objectif 4, intitulé "planification de la transmission des acquis" ⁵⁸⁴, vise à garantir que les connaissances, les capacités, les processus et les actifs créés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent à profiter à d'autres programmes de santé publique une fois l'éradication achevée. ⁵⁸⁵

En somme, la poliomyélite, maladie virale entraînant une paralysie irréversible, est causée par trois sérotypes de poliovirus sauvages. En 1988, la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution ⁵⁸⁶ visant à éradiquer tous les types de poliomyélite dans le monde au plus tard en l'an 2000. Depuis lors, le nombre de cas de poliomyélite dans le monde a été réduit de 99 %. Malheureusement, trois pays, dont un État africain, restent des pays d'endémie. Le 26 mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'éradication de la poliomyélite constituait « une urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». Un Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 a donc été élaboré, pour guider les États Membres.

La certification d'une Région n'est envisagée que lorsque l'absence totale de transmission du poliovirus sauvage a été attestée dans tous les pays de la zone géographique concernée pendant au moins trois années consécutives par des activités de surveillance de la poliomyélite réalisées selon les normes de la certification ⁵⁸⁷. En 2014, l'éradication des trois souches de poliovirus a été certifiée dans quatre des six Régions de l'OMS, à l'exception notable de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale ⁵⁸⁸.

Ceci dit, La Région africaine a nettement progressé vers l'éradication de la poliomyélite, avec un nombre de cas répertorié toujours décroissant, de 128 cas en 2012 à 76 cas en 2013,

communication et mobilisation communautaire ; surveillance des maladies et analyse de données ; renforcement des capacités ; et, enfin, partenariats et coordination.

⁵⁸³ OMS, Rapport annuel de l'initiative mondiale pour l'éradication de la polio, 13 décembre 2013, p.27.

⁵⁸⁴ *Ibid.*, p.29.

⁵⁸⁵ En 2013, un vaste processus de consultation a été lancé auprès des États Membres et des parties prenantes, consistant d'abord à établir un document de base présentant trois scénarios de transmission pour examen par les comités régionaux de l'OMS. Un consensus s'en dégage de plus en plus clairement, selon lequel les actifs, les enseignements et les ressources de l'initiative devraient, en bout de chaîne, être transmis au bénéfice d'autres priorités de santé, essentiellement par l'intermédiaire des gouvernements nationaux.

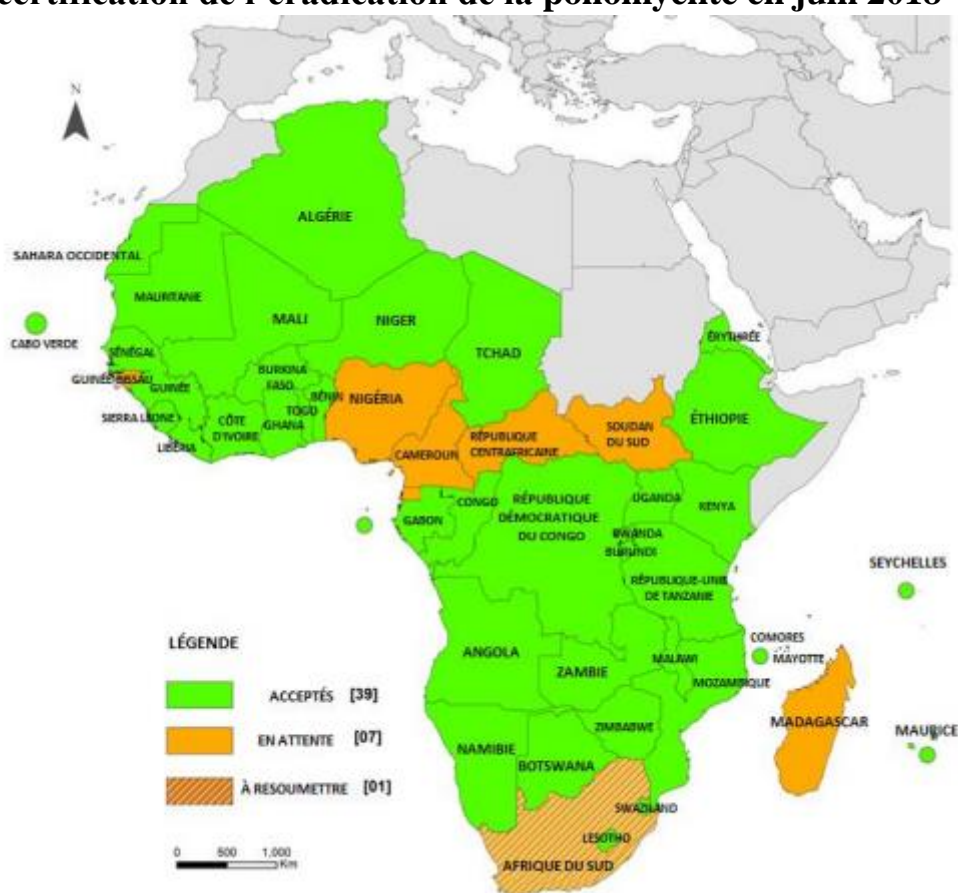
⁵⁸⁶ Résolution WHA41.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000.

⁵⁸⁷ <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/certification/>, consulté le 27 octobre 2019.

⁵⁸⁸ OMS, rapport annuel de l'initiative mondiale pour l'éradication de la polio, 13 décembre 2013, p.27.

puis à 17 cas en 2014⁵⁸⁹, pour s'établir enfin à zéro cas en 2015. Au mois de juin 2018, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite a accepté la documentation nationale accompagnant la demande formulée par 40 États Membres de la Région sur 47 dont le Cameroun⁵⁹⁰, en vue de leur reconnaissance comme des pays exempts de poliomyélite, comme le montre la carte ci-contre :

Carte 9 : État de la documentation acceptée des pays exempts de poliomyélite dans la Région africaine par la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite en juin 2018



Source : OMS, 68^{ème} session AFR/RC68/8, Dakar, République du Sénégal, 27-31 août 2018, p.14.

⁵⁸⁹ OMS, Rapport de la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite sur les progrès accomplis vers la certification, réunion de Yaoundé (Cameroun), 11-15 décembre 2017, p.18.

⁵⁹⁰ OMS, Cadre pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la région africaine, Soixante-huitième session Dakar, République du Sénégal, 27-31 août 2018, p. 14.

Les pays restants ont prévu de présenter leur documentation complète à la Commission au plus tard au mois de novembre 2019. Eu égard à ces progrès, la Région africaine pourrait obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici à la fin de 2019 ou en début 2020. En préparation de la réduction des activités de leur programme de lutte contre la poliomyélite et de la fin de ses activités, les États Membres ont élaboré des plans chiffrés de transition pour la poliomyélite, en veillant à ce que les moyens de lutte contre cette maladie soit utilisés au profit d'autres interventions de santé publique. Cette éradication est ainsi confrontée à un ensemble d'enjeux et défis à surmonter, parmi lesquels on peut citer l'insécurité et l'inaccessibilité, La poursuite de la transmission de poliovirus et le caractère sous-optimal de la riposte à la flambée, des lacunes persistantes sur le plan de la surveillance, des obstacles à la performance des laboratoires de la poliomyélite, une faible immunité de la population, un confinement insuffisant des poliovirus, la faiblesse de comités nationaux de lutte contre la poliomyélite, la réduction du personnel financé au titre de la lutte antipoliomyélitique et le maintien du statut de Région exempte de poliomyélite après la certification.⁵⁹¹

2) Impact du programme de l'OMS pour La lutte contre l'onchocercose au Cameroun

Le programme de l'OMS de lutte contre l'onchocercose se fait selon les directives des politiques de l'OMS. Le Cameroun n'est donc pas en reste dans l'implémentation de cette politique dans son système de santé.

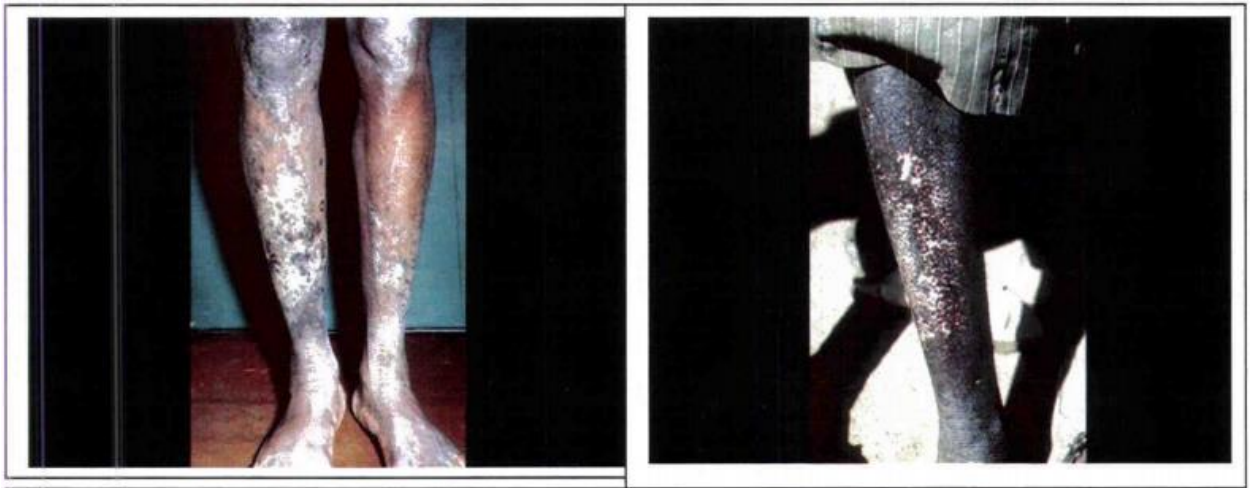
a) L'onchocercose au Cameroun

Selon l'OMS, "l'onchocercose, encore appelé cécité des rivières, est une maladie parasitaire causée par le ver filaire *Onchocerca volvulus*. Elle est transmise par piqûres des mouches infectées de l'espèce *Simulium*, qui se reproduisent dans les ruisseaux et rivières au cours rapide⁵⁹²." La répartition de la maladie dépend essentiellement des facteurs qui déterminent la présence des vecteurs, et de leur spécificité.

⁵⁹¹ <https://www.who.int/apoc/onchocerciasis/fr/>, consulté le 6 novembre 2019.

⁵⁹² *Ibid.*

Photo 4 : manifestation de l'onchocercose chez l'homme



Source : Banno Sié Alassane, “Système d’information géographique et santé publique : cas de la lutte contre l’onchocercose en Afrique”, Mémoire de DESS en Génie Sanitaire et Environnement, 2006, p.2.

En Afrique, l’onchocercose se répartit le long d’une large bande qui recouvre les zones de savane boisée et de forêt au nord de l’équateur. Elle s’étend au nord jusqu’au 14^{ème} parallèle dans les pays de l’OCP à 13° N, au Nigéria et à 10° 30’N du Cameroun au Soudan⁵⁹³. Au Cameroun, la maladie s’étend jusqu’à la côte au pied du Mont Cameroun où baigneurs et pêcheurs peuvent être infectés. En Afrique, vu la diversité des vecteurs et des souches du parasite, on peut distinguer quatre catégories d’onchocercose correspondant à autant de zones de répartition, à savoir : la zone 1, celle de la savane boisée et de la zone intertropicale nord⁵⁹⁴ ; la zone 2, celle des forêts ombrophiles de l’Afrique de l’Ouest et équatoriale⁵⁹⁵ ; la zone 3, celle du bassin du Zaïre⁵⁹⁶ ; et la zone 4, celle des hauts plateaux d’Afrique de l’Est. Ainsi, La carte ci-dessous matérialise les principaux foyers de l’onchocercose dans le monde en 1975 :

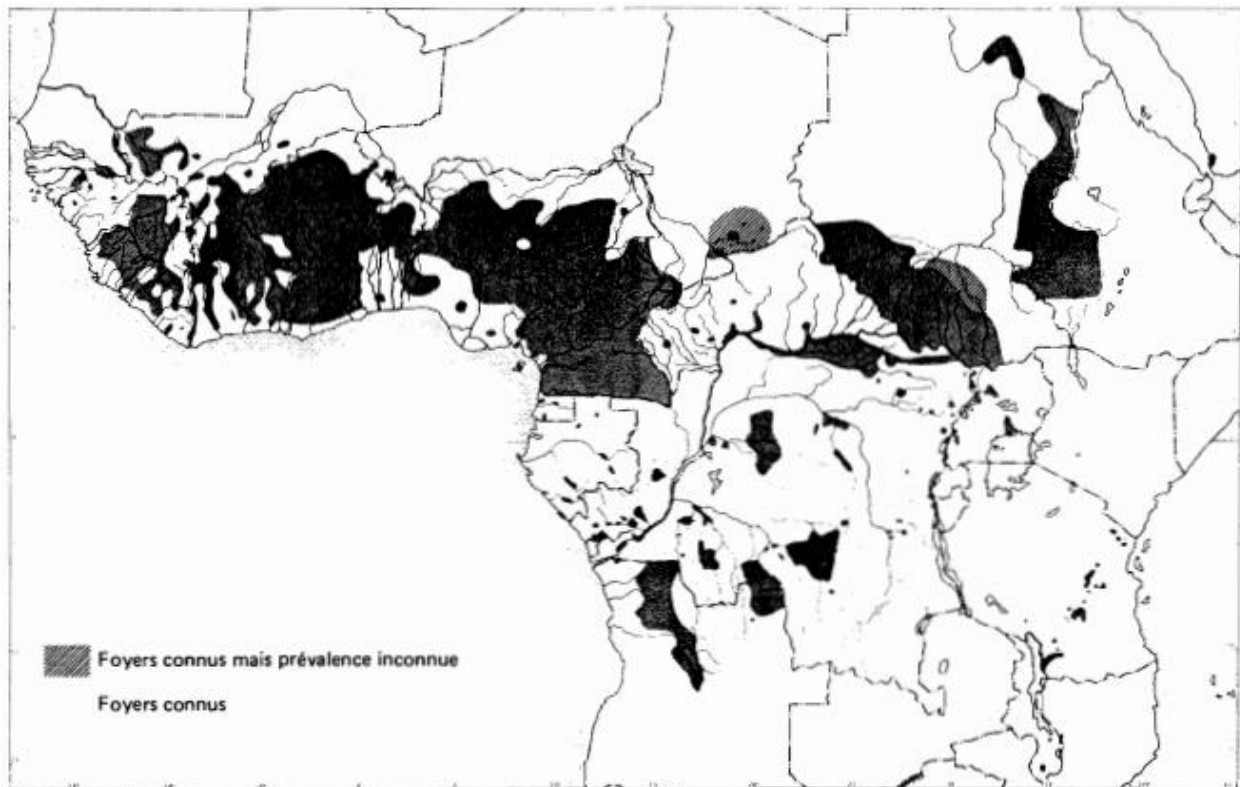
⁵⁹³ OMS, Programme africain de lutte contre l’onchocercose, Décembre 1996, p.41.

⁵⁹⁴ Cette zone, qui inclut l’aire couverte par l’OCP, s’étend du Sénégal au Soudan. L’onchocercose y est de la forme grave, cécitante et la situation épidémiologique est identique à celle de l’aire de l’OCP. Hors des pays couverts par l’OCP, quelques 4,78 millions de personnes sont infectées dont 160.000 sont aveugles à cause de la maladie. La République centrafricaine est le pays le plus affecté ; les vecteurs y migrent sur de longues distances et pondent dans les grands cours d’eau ; il n’est pas possible de les éliminer et en règle générale, des opérations ponctuelles de lutte antivectorielle ne seraient pas rentables.

⁵⁹⁵ Cette zone, interrompue par endroits, s’étend de la Guinée Bissau au Gabon. Les manifestations cécitantes de l’onchocercose y sont moins fréquentes. En dehors de l’aire de l’OCP, quelques 2,42 millions de personnes sont infectées, dont 17 500 sont aveugles à cause de la maladie. La situation épidémiologique y est identique à celle qui prévaut dans le sud de la Côte-d’Ivoire, bien qu’en forêt équatoriale l’onchocercose soit diffuse et caractérisée à la fois par une prévalence relativement forte et une faible charge parasitaire. Les gîtes des principaux vecteurs sont des petits cours d’eau qui, à l’abri de la couverture végétale, ne peuvent pas être repérés d’avion. La lutte antivectorielle aérienne est techniquement irréalisable ; le traitement au sol se heurterait à des difficultés et ne serait pas rentable.

⁵⁹⁶ Cette zone inclut les parties de l’Angola septentrional, du Congo et du Zaïre où sévit l’onchocercose, la forêt ombrophile zaïroise étant quant à elle assimilée au reste de l’Afrique équatoriale. La situation épidémiologique est

Carte 10 : foyers d'onchocercose dans le monde en Afrique centrale en 1975



Source : OMS, Dix années de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'ouest, 1984, p.11.

La carte ci-dessus nous montre ainsi le degré d'endémicité⁵⁹⁷ de l'onchocercose dans la zone centrale d'Afrique. Ainsi, au nord de l'Equateur, des foyers en général importants et souvent contigus se succèdent du Sénégal oriental et à l'Ethiopie. Au sud de l'Equateur, les foyers sont moins vastes, séparés et dispersés; beaucoup sont mal connus. C'est en Afrique de l'Ouest que se trouvent les foyers à la fois les plus importants et les plus graves. Ils sont situés dans la zone soudano-guinéenne. Cette zone s'étend sur 700000 km² et, en 1973, le nombre

complexe et, probablement, différente de celle de l'Afrique de l'Ouest. On trouve dans la forêt des foyers d'onchocercose cécitante et, dans la savane, des foyers où la maladie s'accompagne de manifestations ophtalmologiques moins marquées. On a estimé qu'environ 4,71 millions de personnes sont infectées et 40000 aveugles à cause de l'onchocercose. Concernant le vecteur, la situation est très complexe et mal connue : il a existé probablement quelques petits foyers isolés qui pourraient être éliminés par des opérations antivectorielles.

⁵⁹⁷ L'endémicité étant la présence permanente d'une maladie ou d'un agent pathogène dans une région donnée, son niveau est évalué d'après la prévalence de cette maladie ou de l'agent pathogène, c'est-à-dire du pourcentage de sujets qui en sont atteints ou porteurs. Dans le cas de l'onchocercose, les niveaux d'endémicité ont été définis d'après le nombre de porteurs du parasite. Toutefois, un même niveau d'endémicité peut s'accompagner de manifestations cliniques et socio-économiques variables d'une région à l'autre.

d'onchocerquiens avait été évalué entre 2 et 2,5 millions⁵⁹⁸. Des foyers très importants ont également été identifiés au Nigeria, au Tchad et au Cameroun où plus de 60% du territoire est atteint, preuve ainsi que le pays est fortement touché par l'onchocercose en 1975.

b) Programme internationale de lutte contre l'onchocercose au Cameroun

Des 1950, des opérations de lutte contre les vecteurs de l'onchocercose furent menées avec succès dans certains foyers d'Afrique orientale et d'Afrique centrale.⁵⁹⁹ Quelques autres à petite échelle, furent exécutées en Afrique de l'Ouest. Cependant, les niveaux de mise en œuvre du programme “déséquilibré” dans l’Afrique. On observe ainsi deux grand moments : le premier avec le lancement du programme de lutte contre l’onchocercose en Afrique de l’Ouest et, en Afrique Centrale, de l'Est et du Sud la lutte contre l’onchocercose se borne à quelques interventions locales menées par des intervenants locales en 1974. Paradoxalement, cette partie de l’Afrique regroupe à elle seule 87% des personnes infectées en 1995 sur le continent⁶⁰⁰. Le second grand moment est le lancement du programme africain de lutte contre l’onchocercose (APOC) en 1995⁶⁰¹ couvrant une aire de 19 pays⁶⁰², dont le Cameroun, comme le montre les cartes ci-dessous :

⁵⁹⁸ OMS, Dix années de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'ouest, 1984, p.10.

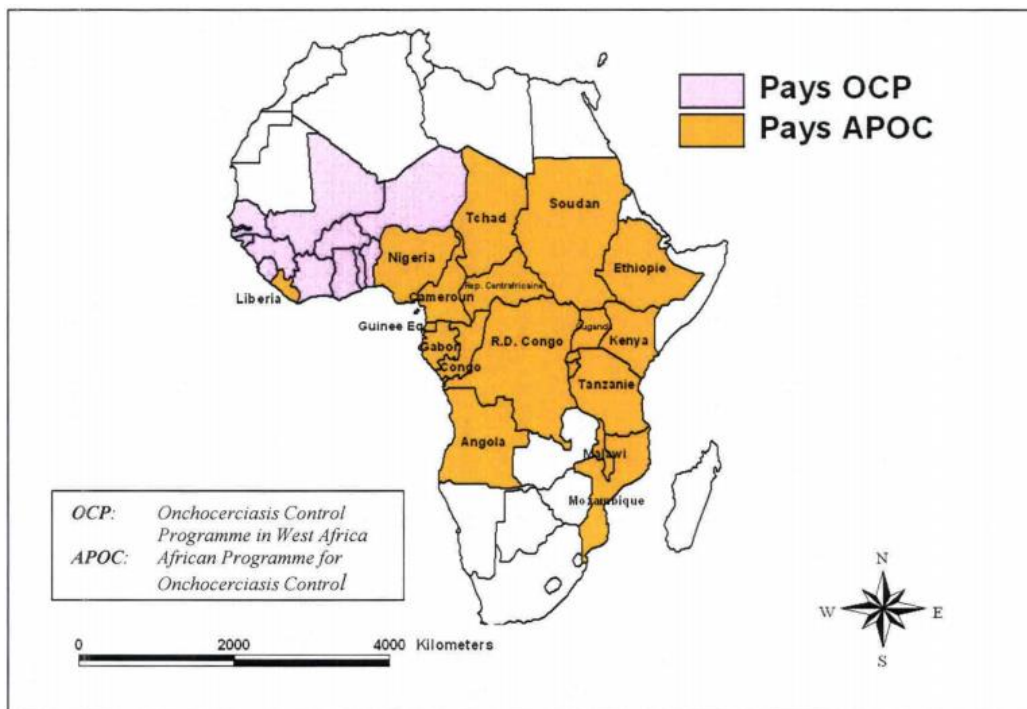
⁵⁹⁹ Banno Sié Alassane, “Système d’information géographique et santé publique : cas de la lutte contre l’onchocercose en Afrique”, Mémoire de DESS en Génie Sanitaire et Environnement, 2006, p.5.

⁶⁰⁰ *Ibid.*

⁶⁰¹ *Ibid.*, p.40.

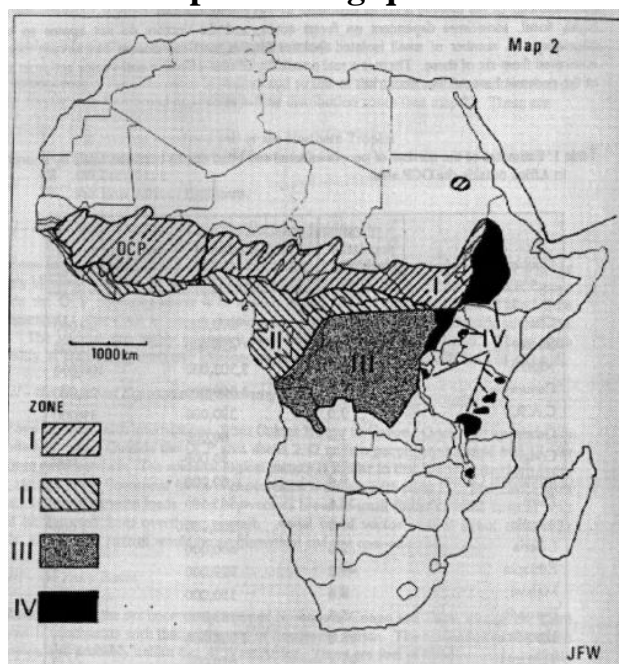
⁶⁰² Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Ethiopie, Gabon, Guinée Equatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Rwanda, .Soudan, Tanzanie, Tchad

Carte 11 : Pays des Programmes de lutte contre l'Onchocercose (APOC et OCP)



Source : Banno Sié Alassane, “Système d’information géographique et santé publique : cas de la lutte contre l’onchocercose en Afrique”, Mémoire de DESS en Génie Sanitaire et Environnement, 2006, p.7.

Carte 12 : Zones Epidémiologiques de l'Onchocercose



Source : OMS, Programme africain de lutte contre l’onchocercose, Décembre 1996, p.45.

Selon l'OMS,

L'APOC a pour objectif d'instaurer, dans un délai de 12 ans et sur une base communautaire, un système de traitement à l'ivermectine efficace et autonome dans toutes les zones d'endémie de l'aire géographique du Programme et si possible d'éliminer le vecteur, et en conséquence la maladie, en utilisant des méthodes respectueuses de l'environnement dans des foyers déterminés. La réalisation de cet objectif permettra d'atteindre le but final qui est l'élimination de l'onchocercose en tant que maladie importante du point de vue sanitaire et socio-économique dans l'ensemble de l'Afrique. On parviendra ainsi à l'élimination de l'onchocercose en tant que problème important de santé publique et socio-économique dans toute l'Afrique et ainsi qu'à l'amélioration du bien-être de ses habitants⁶⁰³.

Ceci dit, l'atteinte de cet objectif passe par la mise en place d'une méthode de lutte qui renferme trois grands axes : le premier est la lutte antivectorielle qui est une technique qui consiste à traiter les larvicides aériens à grande échelle ; le second est "le traitement à l'ivermectine"⁶⁰⁴, qui est un microfilaricide efficace qui réduit considérablement la charge microfilarienne. Il a été mis en place par en octobre 1987 par Merck & Cie S.A.R.L⁶⁰⁵, qui est une firme pharmaceutique qui s'est engagé à fournir gratuitement le médicament tant qu'il le faudra pour traiter l'onchocercose⁶⁰⁶. Cependant, ce traitement présente plusieurs limites : d'une part, il n'a qu'un impact limité sur les vers adultes car, quelques mois après le traitement, lorsque les vers femelles recommencent à produire des microfilaries, les charges microfilariennes dans la peau commencent à s'élever à nouveau et il est alors nécessaire de répéter le traitement avant que la charge microfilarienne n'atteigne des niveaux inacceptables. Toutefois, après chaque traitement, la charge microfilarienne chez une personne traitée est toujours inférieure au niveau atteint après le traitement précédent ; d'autre part, le traitement à l'ivermectine réduit fortement la transmission du parasite mais ne l'interrompt pas pendant au moins une dizaine d'années, puisque le ver adulte peut vivre jusqu'à 14 ou 15 ans. Enfin, comme troisième méthode, nous avons "l'éradication ponctuelle du vecteur"⁶⁰⁷. Celle-ci suppose que tout le foyer est traité en même temps, ce qui permettrait d'éradiquer le vecteur totalement et très rapidement cette méthode a été qualifié d'"éradication accélérée"⁶⁰⁸. Les avantages de

⁶⁰³ OMS, Programme africain de lutte contre l'onchocercose, Décembre 1996, p.19.

⁶⁰⁴ *Ibid.*, p.19.

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p.13.

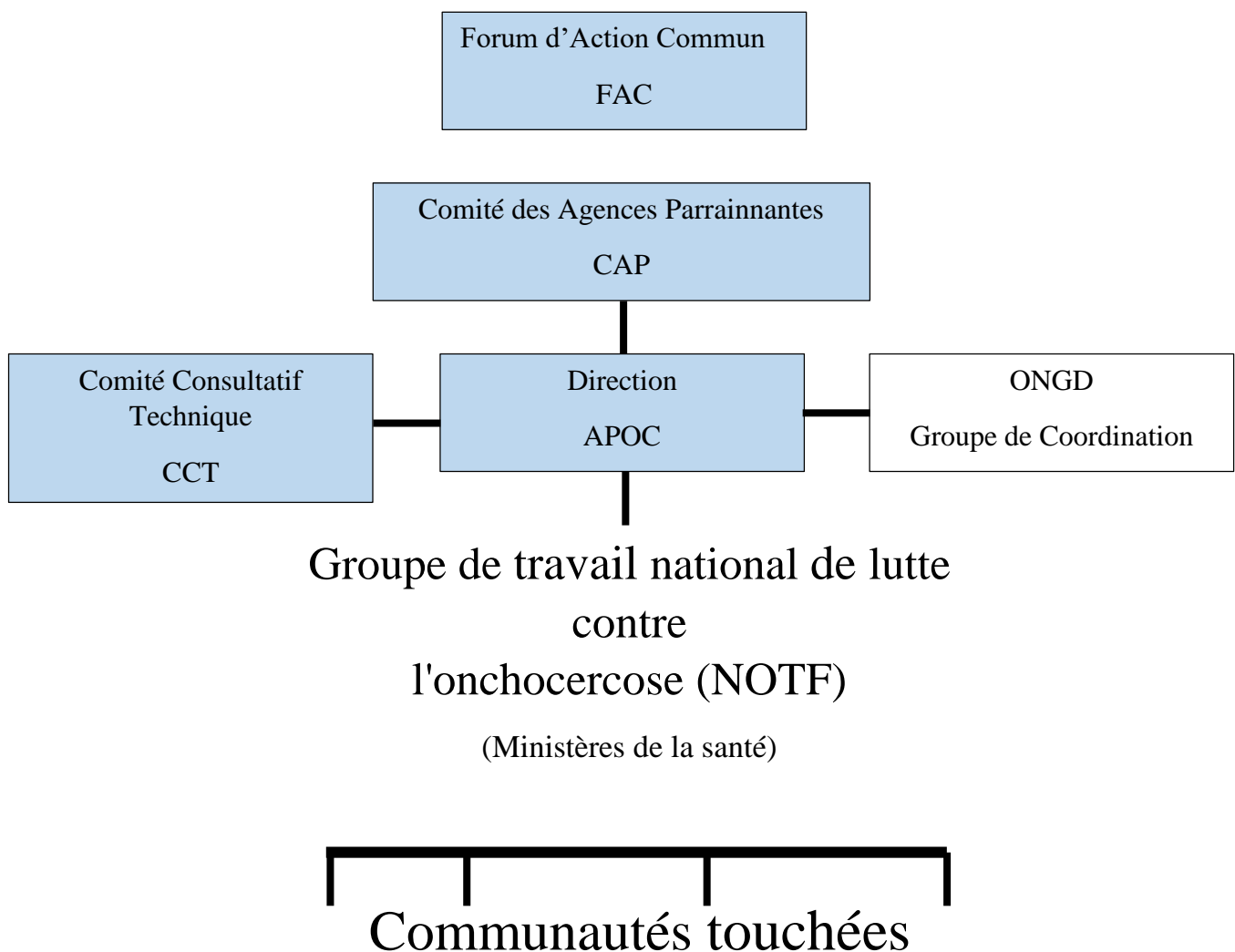
⁶⁰⁶ L'ivermectine est un médicament très sûr. Son innocuité a été confirmée par des expérimentations communautaires qui ont eu lieu de 1987 à 1989. Environ 10000 membres de communautés d'hyper endémie ont été traités et suivis de près durant les 72 heures qui ont suivi le traitement.

⁶⁰⁷ OMS, Programme africain de lutte contre l'onchocercose, Décembre 1996, p.15.

⁶⁰⁸ L'éradication accélérée suppose une très vigoureuse offensive sur toute la zone occupée par le vecteur pour en prévenir la reproduction pendant une période dépassant la durée de vie maximum du vecteur. A condition que le foyer soit complètement isolé et que le projet ait été planifié et exécuté correctement, 8 à 12 épandages de larvicide devraient permettre d'éradiquer le vecteur et entraîner la disparition de la maladie

l'éradication accélérée sont les suivants : elle interrompt immédiatement la transmission ; le risque de résistance à l'insecticide ou au médicament est nul ; les conséquences fâcheuses pour l'environnement sont négligeables ; elle est définitive et bon marché ; cependant, l'éradication peut cependant durer plus longtemps, jusqu'à ce que la population des vecteurs s'amenuise graduellement et finisse par s'éteindre : C'est l'éradication "par usure"⁶⁰⁹. Ceci dit, la mise en place de ce programme nécessite une organisation, comme le montre le l'arbre suivant :

Schéma 5 : Organisation du Programme africain de lutte contre l'onchocercose



Source : OMS, Programme africain de lutte contre l'onchocercose, Décembre 1996, p.29.

⁶⁰⁹ OMS, Programme africain de lutte contre l'onchocercose, Décembre 1996, p.15.

Le Programme regrouper les pays participants, les ONGD, les bailleurs de fonds, les organismes coparrainés, l'organisation chargée de l'exécution et l'agent financier. Il est dirigé par un forum d'action commune (FAC) qui est composé, des bailleurs de fonds, des pays participants, des organismes coparrainés, des organisations non gouvernementales de développement participantes et des organisations intergouvernementales ou bénévoles qui apportent un appui financier, opérationnel, scientifique au Programme. Le FAC a notamment examiné et approuver les plans d'action et les budgets proposés, fixer le financement global et a pris des décisions sur les politiques générales du Programme. Il se réunit tous les ans. Les coparrains du Programme sont les mêmes que pour l'OCP, à savoir la FAO, le PNUD, l'OMS et la Banque mondiale, qui constituent le Comité des agences parrainantes (CAP). Il contrôle l'ensemble des opérations, prend des décisions sur l'allocation des fonds compte tenu des ressources disponibles et veille à maintenir une étroite collaboration entre le nouveau programme et de l'OCP. Enfin, le CAP prend au nom du FAC toutes les décisions intérimaires concernant par exemple le budget du Programme ou les changements apportés aux politiques générales, sous réserve de l'approbation du FAC. La direction du Programme consulte le CAP, dont elle sollicite l'approbation, sur l'ensemble des propositions que le Comité consultatif technique (CCT) présenté le financement pendant l'exercice considéré. L'agent financier du Programme fut la Banque mondiale, qui a constitué un fonds d'affectation spéciale de l'APOC. Ce fonds était régi par les directives générales de la Banque mondiale.

Ceci dit, le programme a reçu l'aide d'une part des gouvernements des pays d'endémie d'Afrique qui ont reconnu l'importance du problème de santé publique que constitue l'onchocercose dans les zones où cette maladie sévit ainsi que, dans certains foyers, le caractère dévastateur de ses effets sur la population. Le gouvernement camerounais a ainsi demandé à des ONGD de les aider à mettre en place des programmes de distribution d'ivermectine (PDI) et a signé avec elles des protocoles d'accord. Cependant, la contribution du gouvernement à ces programmes a consisté principalement à mettre du personnel à disposition, faire des dons de bâtiments et de mobilier de bureau ou fournir d'autres prestations en nature. D'autre part, le programme a reçu l'aide des Groupe de coordination des organisations non gouvernementales de développement pour les distributions d'ivermectine (Groupe des ONGD), ayant pour objectif de coordonner efficacement leurs activités pour être en mesure de mieux aider les pays d'endémie à planifier et mettre en œuvre les programmes de distribution d'ivermectine et à évaluer les retombées; susciter dans le monde entier un intérêt pour l'utilisation de l'ivermectine contre l'onchocercose dans les pays d'endémie, et lui gagner des appuis; faciliter les grandes

recherches opérationnelles afin de développer les programmes de distribution d'ivermectine à grande échelle, et obtenir un appui à cet effet. Au Cameroun on compte ainsi Lions, HKI, IEF, RBF⁶¹⁰, SSI et la GTZ⁶¹¹ qui ont traité en 1994 au moins 150000 cas.⁶¹²

c) Impact du programme internationale de lutte contre l'onchocercose au Cameroun

En 1996, un plan National de lutte contre l'onchocercose au Cameroun couvrant la période 1996-2002 a été élaboré et adopté par le gouvernement puis approuvé par le CCT⁶¹³. Le Groupe de Travail National et les groupes de travail régionaux et de district ont été créés par une décision ministérielle. Aussi, six projets ont été approuvés dans le cadre du programme APOC au profit du Cameroun. Il s'agit du projet d'appui au secrétariat exécutif du GTNO, du projet TIDC du Nord, du projet TIDC du Sud-Ouest, du projet TIDC du Littoral I, du projet TIDC du centre 3, et du projet TIDC de l'Adamaoua. Un montant total de 240.000 USD ont été virés au compte du GTNO et huit véhicules ont été remis au programme destinataire le 16 avril 1996.⁶¹⁴ La coordinatrice nationale du Programme National de lutte contre l'onchocercose a été nommée ainsi que le comptable du GTNO et le secrétariat exécutif.⁶¹⁵ Les textes réglementaires régissant la participation communautaire et l'utilisation des fonds générés par le recouvrement des coûts des soins sont mis en place⁶¹⁶. Il existe deux coalitions d'ONGD pour la distribution de l'ivermectine au Cameroun : la coalition sight First présidée par madame Dominique

⁶¹⁰ La RBF et le Centre Carter ont signé un document faisant état de leur "intention de fusionner". Le Centre Carter assure ainsi la responsabilité des activités de la RBF à dater du 1^{er} janvier 1996.

⁶¹¹ La GTZ ne fait pas parti des ONGD, mais participe à l'éradication de l'onchocercose.

⁶¹² OMS, Programme africain de lutte contre l'onchocercose, Décembre 1996, p.40.

⁶¹³ OMS, Rapport sur le monitoring en 1999 des projets TIDC au Cameroun, Forum d'action commune 5^{ème} session, la Haye, 8-10 décembre 1999, p8.

⁶¹⁴ *Ibid.*

⁶¹⁵ OMS Région Afrique, Rapport de la visite conjointe APOC/OMS-AFRO/OMS-HQ au Cameroun du 11 au 17 avril 1999, 1999, p.11.

⁶¹⁶ Le recouvrement des coûts de distribution de l'ivermectine est officiellement autorisé et la clé de répartition des fonds ainsi générés est la même que celle du recouvrement des coûts des soins de santé primaires.

Coste⁶¹⁷, et la coalition APOC présidé par Dr Albert Eyamba⁶¹⁸. Ces deux coalitions entretiennent une collaboration très fructueuse et se complètent efficacement.

En ce qui concerne le projet Sight First du Cameroun, un protocole d'accord tripartite (LCI, MSP, ONGD) a été signé le 9 août 1995 pour une durée de 5 ans⁶¹⁹. Le financement total du projet s'élève à 4.340 888 dollar soit 2.170.444.000 FCFA reparti comme il suit : sight First 48% (soit 1.03 1.700.000 CFA), ONGD 33%, MSP 19%⁶²⁰. Les ONGD de la coalition Sight First se sont organisés dans l'accomplissement de ses missions, se sont organisés comme suit : Global 2000 les régions de l'Ouest et Nord, Hellen Keller International (HKI) la région du Centre, International Eye Foundation (IEF) la région de l'Adamaoua, Sight Savers International la région du Centre, département de la haute Sanaga. Pour mener à bien ses missions, sight First a déboursé 297 .860.000 FCFA et a fourni aux zones opérationnelles d'activité 40 bicyclettes, 23 motos et 7 bicyclettes.⁶²¹

Ainsi, jusqu'en septembre 1999, les projets approuvés pour la lutte contre l'onchocercose au Cameroun sont : le projet d'appui au secrétariat du GTNO, le projet Meiganga, Banyo et Tignère, le projet de la région du Nord, le projet du Sud Ouest I, le projet du Littoral II, le projet Centre 3, et le projet Sud Ouest II. Au total, sept projets ont été approuvés, comme le montre le tableau ci-dessous :

⁶¹⁷ Le Projet Sight First du Cameroun est un des projets du Programme Mondial Sight First de la Fondation du Lions Club International. Le Programme Sight first est né de l'analyse faite par l'OMS en 1990 sur la situation de la cécité dans le monde. Il y avait en 1990 40 millions d'aveugles dans le monde. Et si rien n'était fait, ce chiffre pourrait doubler en 25 ans. C'est donc pour contribuer à l'amélioration de la situation que le Lions Club internationale a lancé son programme Sight first qui compte plusieurs projets dans le monde, dont celui du Cameroun. Le projet Sight first s'attaque aux causes principales de la cécité à l'échelle régionale et nationale et vise à réduire de façon remarquable le nombre de personne qui souffrent de cécité guérissable ou qui courent le risque de devenir aveugle.

⁶¹⁸ OMS Région Afrique, Rapport de la visite conjointe APOC/OMS-AFRO/OMS-HQ au Cameroun du 11 au 17 avril 1999... p.4.

⁶¹⁹ *Ibid.*, p.10.

⁶²⁰ *Ibid.*

⁶²¹ *Ibid.*, p.11.

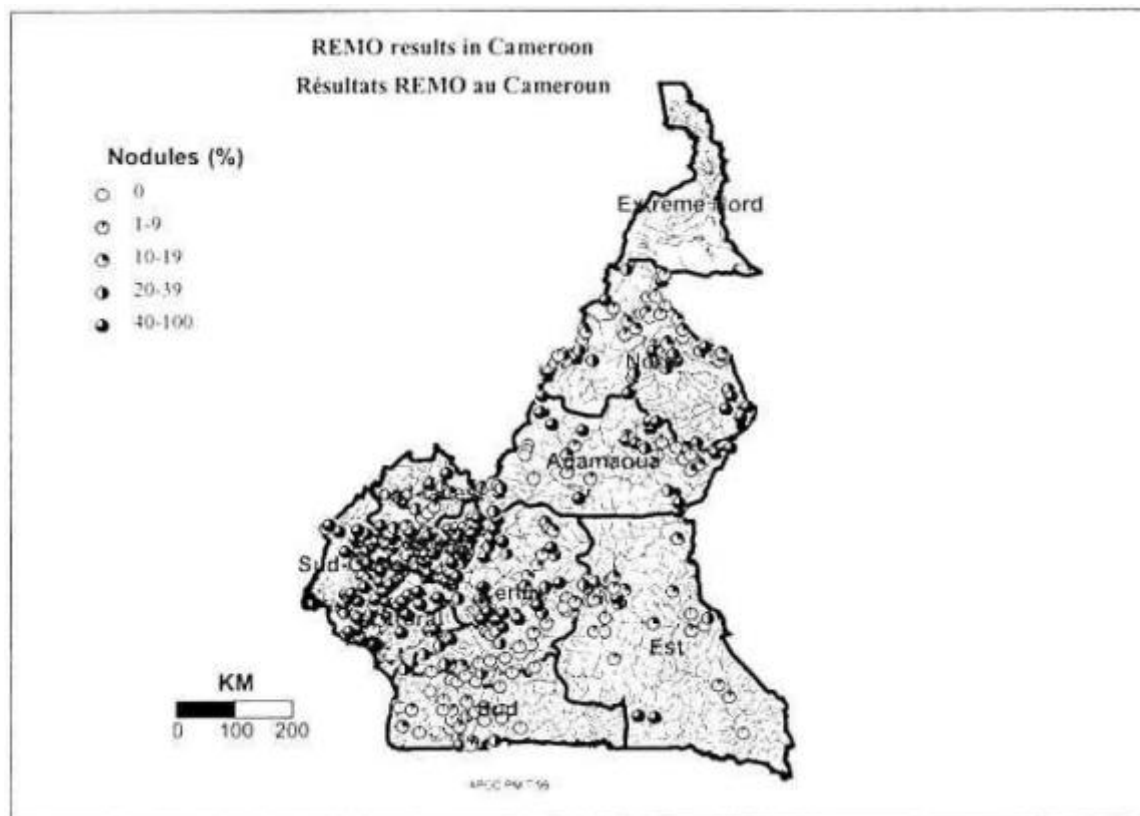
**Tableau 51 : récapitulatif des projets de lutte contre l'onchocercose
approuvés au Cameroun à la date de septembre 1999**

Projets	Date d'approbation	ONGD partenaires	Personnes à traiter		Approuvé An 1 US \$	Coup / pers US \$
			An 1	An 5		
appui au secrétariat du GTNO	Septembre 1997	-	-	-	152612	-
Meiganga, Banyo, Tignère	Septembre 1997	EIF	95555	271792	138815	1,50
Nord	Septembre 1997	GRBP	172000	172000	219360	1,28
Sud Ouest I	Septembre 1997	SSI	305000	408379	238767	0,78
Littoral II	Septembre 1997	BASED	139081	334330	105410	0,76
Centre 3	Septembre 1997	HKI	37093	336227	258129	6,96
Sud Ouest II	Juillet 1999	SSI	150224	889250	347184	2,31
Total	//	//	898953	2411978	1460277	//

Source : OMS, Examen des plans nationaux de lutte contre l'onchocercose et propositions de projets (TIDC, élimination du vecteur et appui aux secrétariats) approuvés par le cap en 1999, décembre 1999.

Ainsi, la carte ci-dessous permet d'établir la cartographie épidémiologique de l'onchocercose au Cameroun en 1999 :

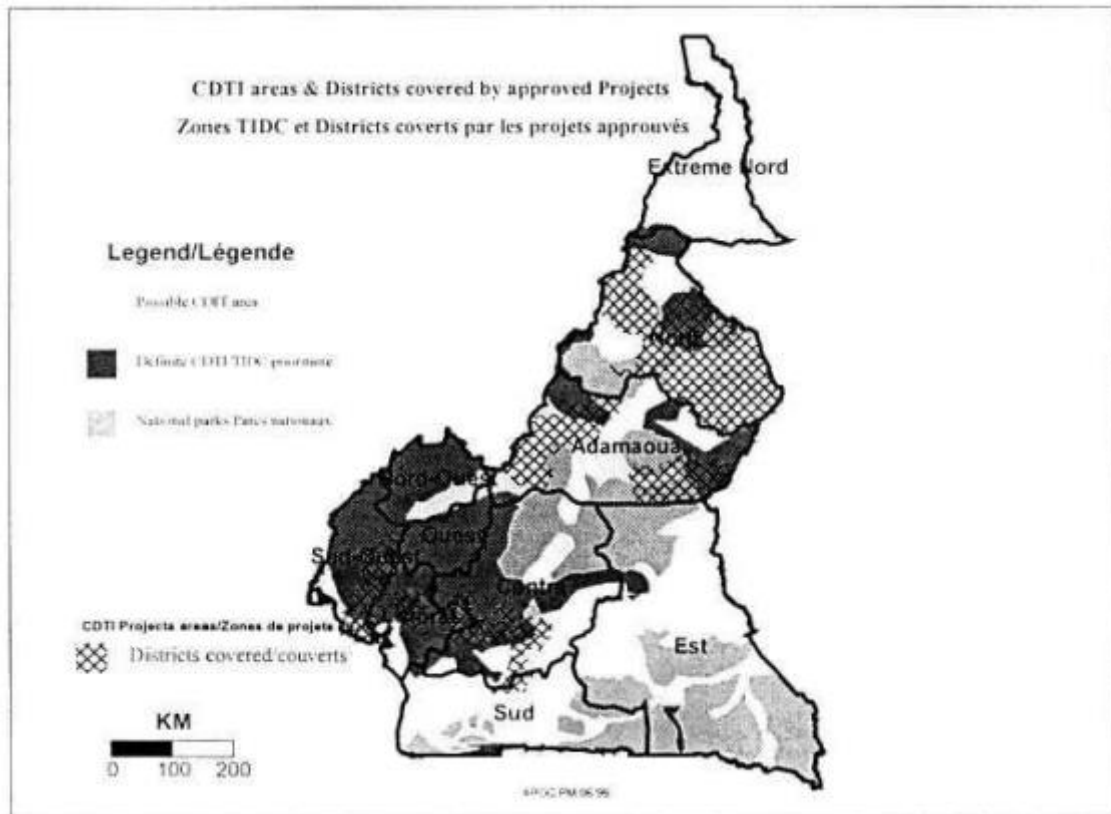
Carte 13 : Cartographie épidémiologique Rapide Générale de l'Onchocercose (RENO) du Cameroun



Source : Rapport OMS, examen des plans nationaux de lutte contre l'onchocercose et propositions de projets (TIDC, élimination du vecteur et appui aux secrétariats) approuvés par le cap en 1999, décembre 1999, p.3.

La carte ci-dessus nous montre que l'onchocercose a touché pratiquement tout le territoire du Cameroun. Cependant, contrairement à la zone septentrionale, les régions Ouest ont été très endémiques. C'est donc naturellement que les programmes de lutte contre l'onchocercose se sont concentré dans cette zone comme le montre la carte ci-contre :

Carte 14 : Zones de Traitement de l'onchocercose par l'ivermectine sous directives communautaires au Cameroun



Source : Rapport OMS, examen des plans nationaux de lutte contre l'onchocercose et propositions de projets (TIDC, élimination du vecteur et appui aux secrétariats) approuvés par le cap en 1999, décembre 1999, p.3.

La carte ci-dessus montre à souhait que la lutte contre l'onchocercose au Cameroun s'est concentrée dans la zone de l'Ouest car, celle-ci est la plus atteinte par la maladie. Ainsi, tous les Districts Sanitaires de la province de l'Ouest sont des zones hyper endémiques d'onchocercose. Comme l'indique l'OMS, "Avant Janvier 2001, pendant 5 ans, le programme de lutte contre l'onchocercose de la province de L'Ouest a été appuyé par le Lions Club en partenariat avec la coalition Camerounaise des ONGD et le Ministère de la Santé Publique. Au terme de cette période, aucun objectif fixé n'était atteint."⁶²² C'est ainsi qu'à partir de janvier 2001, le programme de lutte contre l'onchocercose de la province de l'Ouest a commencé à bénéficier de l'appui et de l'aide de de l'APOC, impactant ainsi sur la programme.

L'impact néfaste du programme international de lutte contre l'onchocercose au Cameroun a pu être évalué lors d'une étude en 1999 dans la région de l'Adamaoua et du Sud-

⁶²² OMS, Examen des plans nationaux de lutte contre l'onchocercose et propositions de projets (TIDC, élimination du vecteur et appui aux secrétariats) approuvés par le cap en 1999, décembre 1999, p.7.

Ouest⁶²³ et en 2003 par l’OMS à l’issue de la première phase qui allait de 1996 à 2002⁶²⁴. Cette étude a révélé que les contraintes suivantes : insuffisance d'adhésion des communautés, l’accessibilité de certaines communautés, absence de motivation du personnel de santé, refus du traitement pour fausses rumeurs telle que “l’ivermectime tue, stérilise, est un appât pour dénicher les étrangers en situation irrégulière”⁶²⁵, des cas d'effets secondaires graves rapportés par le projet TIDC du Centre III, ce qui a entraîné la suspension momentanée du programme. À ce sujet, l’Institut de Recherche pour le Développement (IDR) écrit : “... stratégie a malheureusement dû être suspendue dans certaines aires de santé de la Région du Centre après la survenue, en 1999, d’une série de cas d’effets secondaires très graves ayant entraîné le décès de trois personnes”⁶²⁶, elle poursuit en disant que “ces accidents thérapeutiques ne se produisent pas au hasard. Et ne touchent que les personnes ayant un fort niveau de parasitisme sanguin par une autre filaire également présente dans la région: le parasite *Loa*, responsable de la maladie appelée loase”⁶²⁷.

Aussi, on a le retard d'approvisionnement qui décourage les DC qui se consacrent alors à d'autres activités, coût élevé du traitement pour les familles nombreuses, les communautés ne comprenaient pas bien leur responsabilité dans le programme car la notion d'appropriation du programme n'a trouvé aucun écho lors des discussions de groupe. Aussi, dans la région du Sud-Ouest, la mise en œuvre du TIDC a été jugée précipitée par les responsables du service du district. D'autre part, ils trouvaient inappropriées les formations dispensées au personnel de santé et à l'éducation sanitaire des communautés. Dans la région du grand Nord, on a relevé que la mobilisation des ressources locales faibles, conflit des stratégies et des mises en œuvre des activités, Implication des autorités politico administratives insuffisantes, verticalisation de certains programmes, conflits des stratégies, perturbation des activités de TIDC, budget de fonctionnement insuffisant, et retard de décaissement.⁶²⁸ Les photos ci-contre nous montrent les agents en cours d'administration du traitement contre l'onchocercose :

⁶²³ OMS, Examen des plans nationaux de lutte contre l'onchocercose et propositions de projets..., p.7.

⁶²⁴ *Ibid.*

⁶²⁵ OMS, Résumé des rapports du monitoring des projets TIDC Adamaoua II et Surd-Ouest I au Cameroun du mois d’août au mois de septembre 1999, Septembre 1999, p. 8.

⁶²⁶ <https://cameroun.ird.fr/toute-l-actualite/l-actualite/vers-l-elimination-de-l-onchocercose-au-cameroun>, consulté le 21 décembre 2019.

⁶²⁷ *Ibid.*

⁶²⁸ Programme Africain De Lutte Contre L'onchocercose, Monitoring de la mise en œuvre du plan de durabilité du projet TIDC dans la province du Nord, Cameroun, juillet 2005, p.13.

Photo 5 : séances d'administration du traitement contre l'onchocercose dans la région de l'extrême Nord Cameroun



Source : <https://cameroun.ird.fr/toute-l-actualite/l-actualite/vers-l-elimination-de-l-onchocercose-au-cameroun>, consulté le 21 décembre 2019.

À l'issu de ces travaux, dans le but de poursuivre le programme de manière efficace et efficace, plusieurs recommandations ont été faites. Celles-ci peuvent être considérées comme étant le tournant décisif du TIDC au Cameroun. Ces recommandations sont classifiées en quatre catégories : à l'attention des communautés endémiques, impliquer davantage les femmes et les jeunes dans le processus de prise de décisions concernant le TIDC, participer pleinement à la sensibilisation de ses pairs en insistant sur les notions de "soutien communautaire" et "appropriation du programme"⁶²⁹ en vue d'une adhésion réelle au TIDC, Participer au dénombrement familial avant chaque campagne de distribution comme le recommande le programme l'APOC⁶³⁰. À l'attention des services de santé, intensifier la sensibilisation des communautés en vue d'une appropriation effective du programme TIDC, en insistant sur la valeur du don de l'ivermectine et sur la nécessité de soutenir les DC à leur niveau, aussi, Mobiliser plus de fonds pour cette activité, former et recycler le personnel impliqué dans la

⁶²⁹ OMS, Rapport sur le monitoring en 1999 des projets TIDC au Cameroun, ... p.10.

⁶³⁰ *Ibid.*, p.15.

mise en œuvre du TIDC en insistant sur la philosophie de l'APO qui consiste à “assurer une disponibilité permanente” en ivermectine au niveau des points d'approvisionnement des communautés ou des centres de santé, inclure effectivement le TIDC dans les activités de la supervision intégrée, ce qui permettra entre autres la collecte des données et leur synthèse au niveau du District de santé, améliorer la tenue des registres de traitements en y incluant les cas de refus et d'absents, vulgariser l'utilisation des fiches illustrées dans les localités où se pose encore le problème d'alphabétisation en français pour les DC, et en fin mettre à disposition des médicaments simples visant à corriger les effets secondaires minimes. A l'attention des ONGD, Maintenir leur soutien au TIDC⁶³¹. A l'attention d'APOC, fournir la logistique attendue (motos et bicyclettes) aux agents de santé et aux DC pour les activités du TIDC, améliorer la collaboration avec le bureau de la Représentation de l'OMS, sensibiliser les communautés, actualiser les données épidémiologiques des Districts de Santé, Ouvrir une enquête pour confirmer ou non les morts attribuées à l'ivermectine, Plaider en faveur de l'ivermectine en particulier dans les zones où les effets secondaires sévères ont été enregistrés⁶³². Ces recommandations ont donc été prises en compte lors de la visite conjointe APOC/OMS-AFRO/OMS-HQ au Cameroun du 11 au 17 avril 1999 pour le lancement de la lutte contre l'onchocercose dans la région du Centre en 1999⁶³³ et dans la ville de Batschenga⁶³⁴.

Désormais, un bilan de la stratégie du TIDC mis en place en 1997 peut être établi à l'issue de sa première phase. Celle-ci semble être un succès selon les données ci-après : dans la région du Nord, les objectifs atteints en 2014 ont été d'organiser une réunion de sensibilisation à tous les membres de l'ECP, de débattre du processus de la commande et commander le Mectizan selon les besoins des Districts de Santé, d'organiser les ateliers de formations pour les membres de l'ECP et l'ECD, de doter la Délégation en ressources humaines et matérielles suffisantes tout en assurant leur bonne gestion, de superviser les activités TIDC dans tous les districts de Santé endémiques, de tenir la réunion de planification et d'évaluation pour les membres de l'ECD, les équipes des aires de santé et des structures de dialogue⁶³⁵ ; les objectifs atteints en

⁶³¹ OMS, Rapport sur le monitoring en 1999 des projets TIDC au Cameroun, ... p.16.

⁶³² *Ibid.*

⁶³³ OMS Région Afrique, Rapport de la visite conjointe APOC/OMS-AFRO/OMS-HQ au Cameroun du 11 au 17 avril 1999 ... p.14.

⁶³⁴ La cérémonie de lancement de la campagne 1999 dans la Région du Centre a eu lieu à Batschenga, chef-lieu du district de Batschenga et a été présidée par son Excellence monsieur le Gouverneur de la région du Centre qui était entouré de tous les Préfets et sous-préfets de sa circonscription, des autorités militaires de la région, du Maire de Batschenga, du Délégué Sanitaire de la région du Centre. Le bureau de la Représentation de l'OMS à Yaoundé était représenté par Dr Ncharé. Toute la délégation d'APOC conduite par Dr Sékétéli a fait le déplacement de Batschenga et a pris part à la cérémonie de lancement.

⁶³⁵ Programme Africain de Lutte Contre L'onchocercose, Monitoring de la mise en œuvre du plan de durabilité du projet TIDC dans la province du Nord Cameroun, Juillet 2015, p.14.

2015 ont été d'organiser une réunion de sensibilisation à tous les membres de l'ECP, de débattre du processus de la commande et commander le Mectizan selon les besoins des Districts de Santé⁶³⁶. Cet élan de réussite est aussi observable au niveau des chiffres avec une couverture thérapeutique d'une moyenne de 65,53% dans la région en 2003⁶³⁷. Déjà en 2002, on observe une légère régression du nombre de cas d'onchocercose dans cette région, comme le montre le tableau ci-contre :

Tableau 52 : Nombre de cas d'onchocercose dans la région du Nord Cameroun en 2002

Mois	Jan.	Fev.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Jui.	Aout.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.
Cas	24	32	08	00	44	30	24	27	21	00	00	00

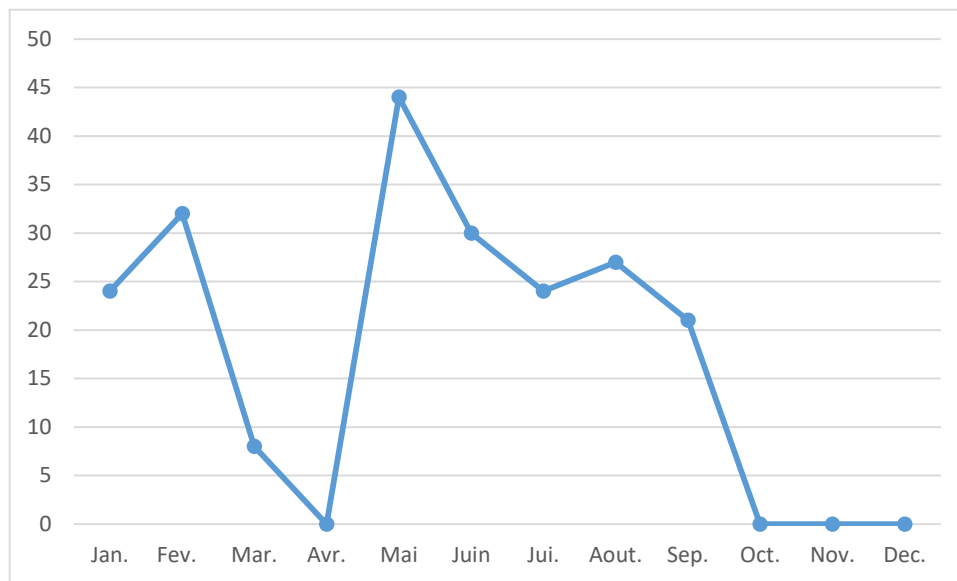
Source : MINSANTE, cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose (REMO) / évaluation épidémiologique rapide (REA) de la prévalence de l'onchocercose au Cameroun, Janvier 2003, p.26.

On constate ainsi un impact du programme sur le nombre de cas détecté au cours de l'année 2002, de janvier à décembre. Cependant, cet impact est davantage observable sur le schéma ci-contre :

⁶³⁶ *Ibid.*

⁶³⁷ OMS, APOC, Rapport final de l'évaluation de la durabilité du projet TIDC du Nord Cameroun, Juin 2003.

Graphique 36 : Nombre de cas d'onchocercose dans la région du Nord Cameroun en 2002

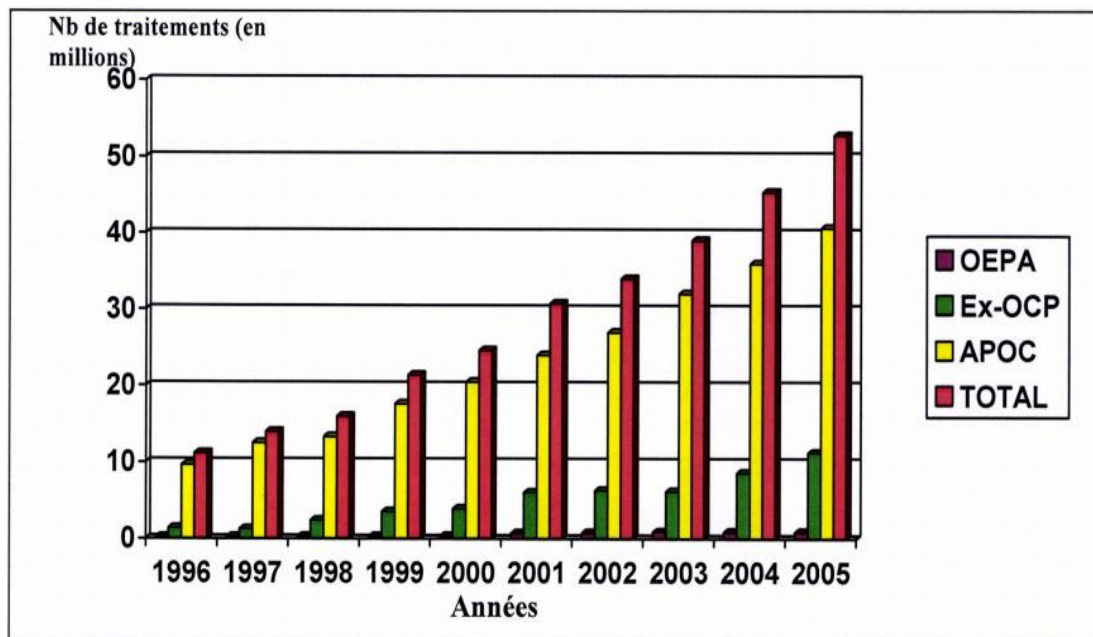


Source : Nous, à partir de MINSANTE, cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose (REMO) / évaluation épidémiologique rapide (REA) de la prévalence de l'onchocercose au Cameroun, Janvier 2003, 26.

Ce diagramme permet ainsi de constater que, malgré des pics, on observe une régression du nombre de cas, jusqu'à atteindre aucun cas, comme pour les mois d'Avril, d'Octobre, de Novembre et de Décembre. Cette réussite du programme peut être généralisé partout où il a été appliqué, dont à l'ensemble du territoire camerounais. Ainsi, sur les objectifs à atteindre en 2005 qui étaient d'administrer le traitement à 3613842 personnes⁶³⁸. Ce chiffre s'installe ainsi dans une logique plus large, celle l'ensemble du programme. Le nombre de personne impacté par le programme APOC n'a cessé ainsi de croitre depuis sa mise en place en 2015, comme le montre le diagramme ci-contre :

⁶³⁸ OMS, APOC, Rapport du groupe de coordination des ONGD pour la lutte contre l'onchocercose y compris le soutien du groupe aux activités de l'APOC, Novembre 2006.

Graphique 37 : Nombre de personnes sous traitement par l'ivermectine entre 1996 et 2005



Source : Programme africain de lutte contre L'onchocercose, Rapport du groupe de coordination des ONGD pour la lutte contre l'onchocercose y compris le soutien du groupe aux activités de l'APOC, OMS, Novembre 2006, p.3.

Tout comme le constat est fait du nombre de personne sous traitement est quitté d'un peu plus de 10 millions en 1996 à un peu plus de 50 millions en 2005, soit une différence de 40 millions en moins de 10 ans d'APOC. C'est dire que les progrès en terme de traitement de la population son considérable et que l'élimination de la maladie suit son cours. Celle-ci doit passer par trois phases : La première phase est subdivisée en deux sous partie : la première phase est l'évaluation du déclin dans des niveaux d'infection vers les seuils critiques, qui consiste à mener des enquêtes épidémiologiques afin de déterminer les niveaux restants de l'infection dans un échantillon de communautés d'un foyer endémique après un certain nombre d'années de traitement et à comparer les résultats avec les niveaux d'infection existants avant-intervention dans les mêmes villages afin d'évaluer la tendance vers les seuils critiques.⁶³⁹ La seconde phase c'est la confirmation que le seuil critique a été atteint et que le traitement peut être arrêté sans risque. Ainsi, lorsque le seuil critique prédit est atteint, plus d'enquêtes devront être effectuées pour s'assurer que le traitement peut être arrêté sans risque dans toute la zone⁶⁴⁰. La seconde phase c'est la confirmation de l'élimination. Son but est de confirmer que la

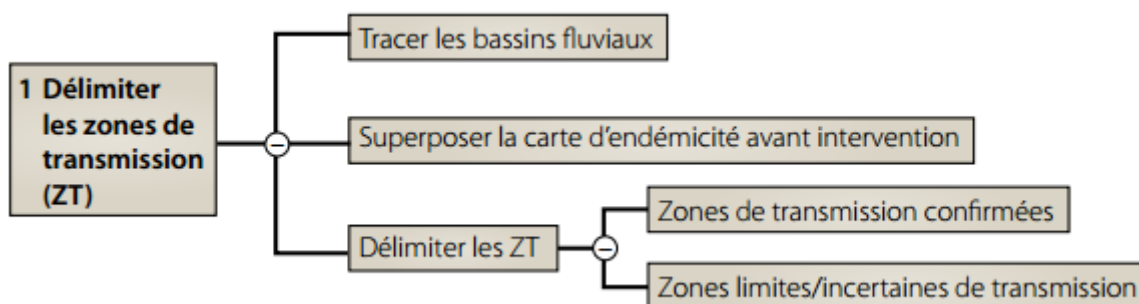
⁶³⁹ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.9.

⁶⁴⁰ *Ibid.*

décision d'arrêter le traitement est correcte, et que cette décision n'a pas comme conséquence la recrudescence de l'infection et de la transmission. La phase 2 dure au moins trois ans et implique des évaluations entomologiques⁶⁴¹, ainsi qu'un cycle final d'évaluations épidémiologiques⁶⁴². Les indicateurs de cette phase sont encore la prévalence et le taux d'infectivité du vecteur.⁶⁴³ Enfin, la dernière phase c'est la surveillance de routine. Celle-ci est instaurée par le système national de surveillance avec pour but de détecter à temps toute recrudescence possible de l'infection ou de la transmission de l'onchocercose. Les principaux indicateurs de cette phase sont la prévalence et l'incidence de l'infection de l'onchocercose⁶⁴⁴. Ceci dit, avant d'arrêter le traitement, il faut scrupuleusement suivre les 4 phases ci-après :

Étape 1 : il faut délimiter la "zone de transmission", défini comme étant un bassin fluvial, ou une section importante d'un bassin fluvial, où l'onchocercose est endémique et où la rivière est le point central de la zone endémique, avec les communautés ayant la plus forte prévalence de l'infection généralement situées près de la rivière et des niveaux d'infection décroissant à mesure que l'on s'éloigne de la rivière jusqu'à ce qu'ils deviennent négligeables ou atteignent une zone voisine de transmission⁶⁴⁵. La zone de transmission peut donc être représentée comme suis :

Schéma 6 : étape 1, comment délimiter une zone de transmission



Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.15.

⁶⁴¹ Les évaluations entomologiques peuvent être effectuées tout au long de la période de trois ans, ou couvrir seulement une saison de pluies entière pendant la 3^{ème} année

⁶⁴² . Les enquêtes épidémiologiques sont effectuées à la fin de la période de trois ans dans un échantillon de villages de première ligne situés aux endroits à haut risque le long des rivières.

⁶⁴³ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.21.

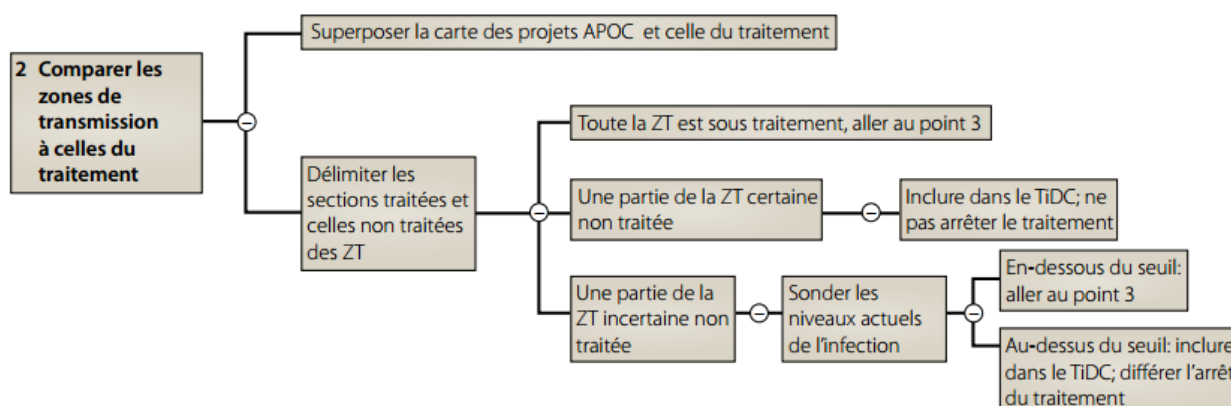
⁶⁴⁴ *Ibid.*, p.14.

⁶⁴⁵ *Ibid.*, p.16.

Délimiter une zone de transmission passe ainsi par 3 niveaux : le premier est de tracer les bassins fluviaux afin de cartographier la zone, puis il faut superposer la carte d'endémicité avant intervention, et seulement enfin délimiter les zones de transmissions (zone de transmission confirmée et zone limites ou incertaines de transmission. Le principe des zones de transmission de l'onchocercose centrées sur la rivière constitue la base de la méthode REMO qui a été utilisée pour cartographier la répartition géographique de l'onchocercose dans les pays de l'APOC⁶⁴⁶.

Etape 2 : comparer les zones de transmission à celle du traitement⁶⁴⁷. Cette étape regroupe deux sous étapes. La première sous étape est de superposer les cartes des projets APOC et celle du traitement. La seconde sous étape est de délimiter les sections traitées et celle non traitées des zones de transmission, comme le montre le schéma ci-contre :

Schéma 7 : étape 2, comment comparer les zones de transmission à celle du traitement



Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.15.

Etape 3 : risque de réinsertion de la maladie à partir des zones endémiques⁶⁴⁸ ; car la décision sur où arrêter le traitement doit tenir compte de la situation épidémiologique et du traitement dans les zones environnantes, ainsi que du risque de réintroduction du parasite par la

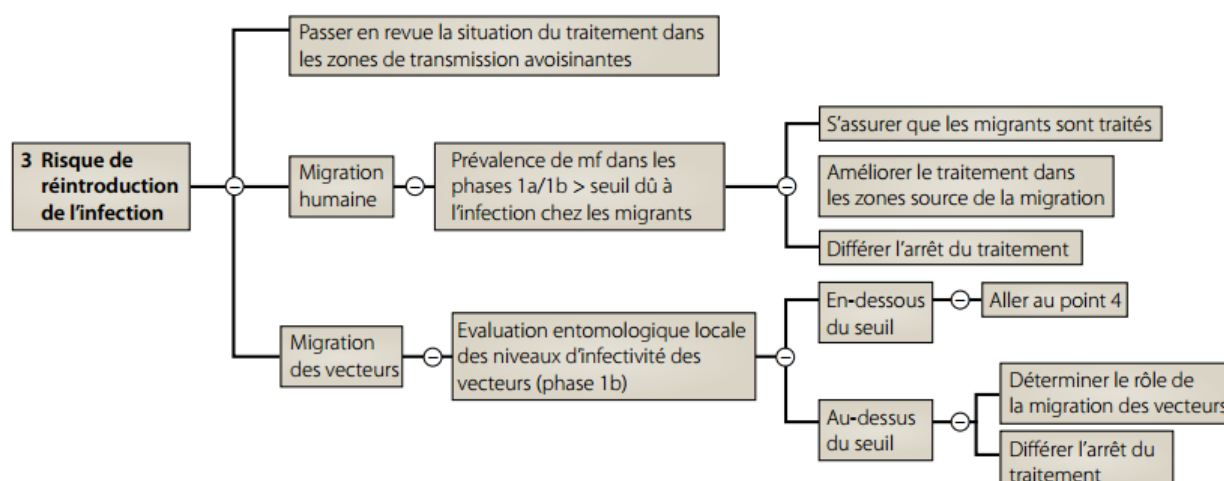
⁶⁴⁶ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.16.

⁶⁴⁷ *Ibid*, p.17.

⁶⁴⁸ *Ibid*, p.19.

migration humaine ou du vecteur⁶⁴⁹. La principale question que l'on doit se poser est de savoir si ces zones de transmission voisines sont couvertes par le traitement à l'ivermectine, et si les couvertures géographiques et thérapeutiques sont adéquates dans ces zones⁶⁵⁰. Les phases de l'étape trois sont ainsi divisé en trois sous étapes comme le montre le schéma ci-dessous :

Schéma 8 : étape 3, risque de réinsertion de la maladie à partir des zones endémiques



Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.15.

L'étape trois renferme en son sein trois autres étapes : passer en revue la situation du traitement dans les zones de transmission avoisinantes, contrôler les migrations humaines en s'assurant de l'état de santé de chaque migrants, et enfin de contrôler les migrations des vecteurs, lorsque l'entomologie locale est e dessous du seuil, aller à l'étape suivante, sinon différer l'arrêt du traitement.

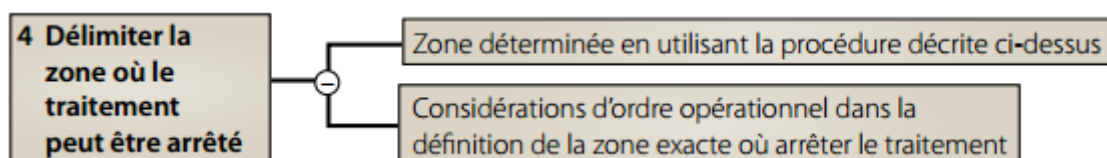
Etape 4 : délimiter la zone où le traitement peut être arrêté⁶⁵¹. Ainsi l'étape finale est de délimiter la zone où le traitement peut être arrêté après avoir pris en compte toutes les

⁶⁴⁹ La migration humaine entre les zones rurales endémiques de l'onchocercose se produit habituellement seulement sur des distances limitées et concerne principalement la migration entre zones de transmission voisines.
⁶⁵⁰ Si la couverture a été bonne pendant un certain nombre d'années, la migration humaine pourrait ne pas poser de risque significatif de réintroduction du parasite onchocerquien et de recrudescence de la transmission. Mais si la couverture du traitement est faible dans une zone de transmission voisine, ou bien s'il n'y a pas eu de traitement du tout, la migration humaine peut alors poser un risque sérieux

⁶⁵¹ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine ... p.21.

considérations des étapes précédemment mentionnées et, s'il y a lieu, après la collecte et l'analyse de données d'enquêtes complémentaires. Cette étape consiste donc soit à déterminer un zone proprement délimiter, soit, considérant l'ordre opérationnel dans la définition de la zone exacte où arrêter le traitement⁶⁵², comme le montre le schéma ci-dessous :

Schéma 9 : étape 4, délimiter la zone où le traitement contre l'onchocercose peut être arrêté



Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'ivermectine, 2010, OMS, p.15.

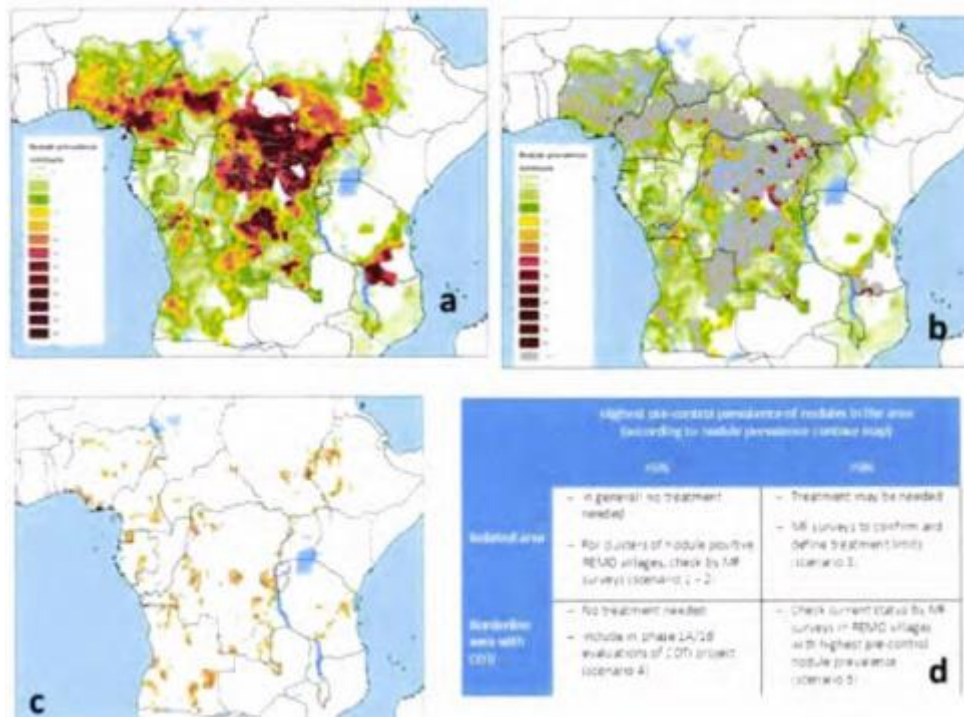
D'après les prévisions du programme APOC, l'éradication de l'onchocercose est prévue pour 2024⁶⁵³. Cependant, les cartes ci-dessous nous montrent l'efficacité du traitement à l'ivermectine :

⁶⁵² Certains programmes nationaux de lutte contre l'onchocercose pourraient préférer arrêter le traitement par district sanitaire plutôt que par zone de transmission, ce qui serait acceptable si le district sanitaire couvre seulement une partie de la zone de transmission et si les parties restantes de la zone demeurent sous traitement.

⁶⁵³ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.15.

Carte 15 : évolution de la lutte contre l'onchocercose en Afrique

- (a) Répartition de l'endémicité de l'onchocercose avant les interventions
 (b) Couverture des zones d'endémie par les projets de traitement à l'ivermectine sous directives communautaires,
 (c) Zones où la prévalence des nodules est supérieur à 5% et où il n'y a aucun TIDC pour l'onchocercose
 (d) Diagramme décisionnel pour l'extension du traitement à l'ivermectine



Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.20.

On peut ainsi constater une progression sur les cartes a, b et c. ainsi, au fur et à mesure que le programme de lutte contre l'onchocercose évolue, on observe que le nombre de cas géographiquement répertorié diminue jusqu'à éradication. Ainsi, pour pouvoir mettre fin au programme APOC comme prévu en 2015 il faut atteindre un objectif général qui est d'avoir mis en place des systèmes pilotes par les pays capables d'éliminer l'onchocercose entant que problème de santé publique dans tous les pays africains endémiques de l'onchocercose⁶⁵⁴. Cet objectif général est encadré d'objectifs spécifiques dont le premier est de mettre en place des programmes durables de lutte contre l'onchocercose dans tous les pays d'Afrique avec intensification des activités du TIDC et poursuite des activités du TIDC pour satisfaire

⁶⁵⁴ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique ... p.15.

pleinement aux conditions exigées pour l'élimination dans 80 projets,⁶⁵⁵ avec comme indicateur le tableau suivant :

Tableau 53 : indicateur de performances de la mise en place des programmes durables de la lutte contre l'onchocercose

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 1	Base de référence	Etapas cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
Couverture géographique de 80 projets dans 20 pays	98%	99%	100%
Couverture géographique de 41 projets dans 13 pays	49%	90 %	97%
Couverture thérapeutique atteint dans 80 projets dans 20 pays	77%	78%	80%
Couverture thérapeutique atteint dans 41 projets dans 13 pays	48,5%	72%	75%
Nombre total de distributeurs communautaires (DC) de l'ivermectine formés	600'165	1'150'000	1'200'000
Nombre total d'agents de santé formés au TIDC	49'119	950'000	105'000

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.16.

L'objectif spécifique numéro 2 est de mettre en œuvre des activités de lutte contre l'onchocercose conjointement avec d'autres interventions sanitaires⁶⁵⁶, avec des indicateurs inscrits dans le tableau ci-contre :

⁶⁵⁵ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.15.

⁶⁵⁶ *Ibid.*, p.31.

Tableau 54 : indicateur objectif n°2, actions conjointes de lutte contre l'onchocercose

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 2	Base de référence	Etapas cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
Nombre de pays aidés pour achever la cartographie des MTN	0	80	8
Nombre de pays qui ont des plans d'action sur la mise en œuvre conjointe pour la lutte contre les CTP-MTN et autres interventions sanitaires	0	6	11
Nombre de projets TIDC mis en œuvre conjointement avec d'autres interventions sanitaires	5	64	65
Nombre d'Etats membres contribuant à la mise en œuvre conjointe du TIDC avec d'autres interventions sanitaires	0	6	11

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.18.

L'objectif spécifique numéro 3 est de déterminer quand et où le traitement d'ivermectine peut être arrêté et donner des conseils aux pays sur la façon de se préparer d'arrêter du traitement, avec les objectifs fixés⁶⁵⁷, comme l'indique le tableau ci-dessous :

⁶⁵⁷ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique ... p.16.

Tableau 55 : objectif 3, indicateur permettant d'arrêter le traitement à l'ivermectine

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 3	Base de référence	Etapas cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
Nombre de projets progressant vers la point de rupture (prévalence MF <0,5%)		12	30
Nombre de pays africains dans lesquels l'élimination focale de l'onchocercose a été réalisée	0	1	11
Nombre de pays africains dans lesquels les scientifiques et le personnel de santé national sont formés sur les évaluations épidémiologiques pour évaluer les niveaux d'infection	0	7	26

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.20.

L'objectif spécifique 4 est de réduire le risque de transmission de l'onchocercose dans les zones des pays de l'ex-OCP ou la situation épidémiologique et entomologique menacent les zones d'intervention voisines dans lesquelles la maladie a été maîtrisée⁶⁵⁸, dont les objectifs à atteindre sont détaillés dans le tableau ci-contre :

Tableau 56 : objectif 4, réduire le risque de transmission de l'onchocercose, cible et indicateur

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 4	Base de référence	Etapas cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
Couverture géographique du traitement à l'ivermectine dans les pays ayant des zones à problèmes (Cameroun, RDC, Guinée Equatoriale, Gabon, Côte d'Ivoire, République Centrafricaine et Soudan du Sud)	60%	95%	99%
Couverture thérapeutique dans les pays ayant des zones à problèmes	30%	75%	80%

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.22.

⁶⁵⁸ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique ... p.22.

L'objectif spécifique 5, veiller à ce que les gouvernements assument à terme l'entière responsabilité de la lutte contre l'onchocercose⁶⁵⁹, avec comme objectif à atteindre d'augmenter le nombre de pays utilisant leur budget nationaux pour lutter contre la maladie, comme l'indique le tableau ci-contre :

Tableau 57 : indicateur, nombre de pays devant utiliser leur budget national pour lutter contre la maladie

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 5	Base de référence	Etapas cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
Nombre de pays utilisant les budgets nationaux réguliers pour financer les activités de lutte contre l'onchocercose	6	20	28

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.23.

L'objectif spécifique 6, est de mettre fin à toutes les opérations de l'APOC en Afrique sans mettre en péril les acquis réalisés⁶⁶⁰ ; mais pour cela, il faut atteindre les objectifs ci-contre inscrit dans le tableau :

Tableau 58 : indicateur objectif 6, mettre fin au programme APOC

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 6	Base de référence	Etapas cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
Nombre d'agents nationaux des pays formés sur la surveillance des maladies et la surveillance entomologique	5	80	100
Nombre de pays ayant intégré la surveillance de l'onchocercose dans le système national de surveillance	1	20	25
Nombre total d'AVCI gagnées	4'810'000	8'240'000	9'540'000

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.24.

⁶⁵⁹ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique ... p.35.

⁶⁶⁰ *Ibid.*

Enfin, le dernier objectif spécifique est l'intégration du genre dans les opérations de l'APOC⁶⁶¹. Il s'agit ainsi d'impliquer plus de femme (32% en 2014 et 35% en 2015) dans le processus d'éradication de l'onchocercose dans les programmes nationaux, comme l'indique le tableau ci-contre :

Tableau 59 : indicateur objectif 7, intégrer le facteur du genre dans la lutte contre l'onchocercose

INDICATEURS DE L'OBJECTIF 7	Base de référence	Etapes cibles	
	Année 2007	Année 2014	Année 2015
% de DC femmes	25%	32%	35%
% de DC hommes	75%	68%	65%

Source : Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.26.

En conclusion, on relever quelques dates importantes résumant l'historique de la lutte contre l'onchocercose : 1974, Lancement du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP). L'objectif de l'OCP est d'éliminer l'onchocercose dans 11 pays africains ; 1974–1986, L'OCP utilise des épandages aériens d'insecticides à grande échelle pour tuer les simulies, vecteurs de la maladie ; 1987, l'ivermectine est homologué pour utilisation chez l'homme. Le fabricant Merck & Co., Inc. s'engage à fournir l'ivermectine gratuitement pendant aussi longtemps que nécessaire ; 1988–2002, en plus des épandages aériens d'insecticides, l'OCP utilise des équipes mobiles de personnel sanitaire pour distribuer l'ivermectine. Il y a très peu de participation communautaire et les coûts de revient au système de santé sont élevés ; 1989, l'OMS déclare que l'ivermectine peut être administré avec " une supervision minimale " ; 1995, les experts de l'OMS, de la Banque mondiale, et du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS pour la recherche et la formation en maladies tropicales (TDR) recrutent une équipe de scientifiques africains pour trouver une méthode plus viable et plus rentable de traitement à l'ivermectine. ; toujours en 1995, le Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) est lancé. L'objectif de l'APOC est d'éliminer l'onchocercose des pays d'Afrique où la maladie demeure endémique. L'APOC couvre 19 pays

⁶⁶¹ Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose, plan d'action et budget 2014-2015 : élimination de l'onchocercose en Afrique, octobre 2012, p.24.

précédemment non couverts par l'OCP, où les épandages aériens à grande échelle ne sont pas une option viable ; 1996, les résultats d'une étude multi-pays montrent que le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) est une approche faisable, efficace et viable ; 1997, l'APOC adopte officiellement la stratégie du TIDC, qui s'avère être un énorme succès ; 2002, l'OCP cesse ses opérations. L'APOC entame sa Phase II ; 2006, un sommet des partenaires de la lutte contre l'onchocercose se tient à Yaoundé, au Cameroun. Les ministres de la santé signent la " Déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique " qui renouvelle leur engagement à éliminer l'onchocercose de l'Afrique, 2008–2015, l'APOC entame sa période de désengagement progressif. Ses opérations seront progressivement transférées aux ministères de la santé dans le but de mettre en place des systèmes nationaux autonomes capables d'éliminer l'onchocercose en tant que problème de santé publique dans tous les pays endémiques de l'Afrique ; 2015, fin du mandat de l'APOC. Selon l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), plus de 21000 individus ont reçu le traitement de l'ivermectine contre l'onchocercose au 15 octobre 2017⁶⁶², "chez certaines personnes, l'onchocercose a entraîné des lésions de la peau. Nous avons rencontré des femmes avec des peaux de lézard et des peaux de léopard. Il était difficile pour ces femmes d'aller en mariage"⁶⁶³, affirme un membre de l'équipe de l'IRD.

3) Impact du programme de l'OMS sur la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine

La trypanosomiase africaine, couramment appelée maladie du sommeil, est une maladie parasitaire provoquée par un trypanosome qui est transmis par la piqûre de la mouche tsé-tsé ou glossine et qui affecte les animaux et les humains.⁶⁶⁴ Trois épidémies majeures se sont produites ces cent dernières années, une en 1896-1906 et les deux autres en 1920 et 1970.⁶⁶⁵

⁶⁶² CamerounWeb.com, consulté le 18 Décembre 2019.

⁶⁶³ *Ibid.*

⁶⁶⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_du_sommeil, consulté le 30 décembre 2019.

⁶⁶⁵ Archives OMS.

Photo 6 : une mouche tsé-tsé (responsable de la maladie du sommeil)



Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_du_sommeil, consulté le 30 décembre 2019.

a) L'OMS et le programme international de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine au Cameroun

La lutte contre la trypanosomiase humaine africaine peut être classifiée en deux volets : d'une part, nous avons le traitement de la maladie proprement dite chez l'homme, d'autre part nous avons la lutte contre le vecteur de la maladie (la mouche tsé-tsé). Ainsi, la maladie du sommeil étant une maladie très ancienne en Afrique et au Cameroun, les procédures d'éradication précèdent ainsi la création de l'OMS qui n'arrive qu'en 1948 ; cependant, L'histoire du traitement de la maladie commence en 1902 lorsque, à l'Institut Pasteur de Paris, Laveran et Mesnil parviennent à traiter pour la première fois la maladie sur un rat infecté, grâce à l'injection de "sérum humain et de sodium arsénite"⁶⁶⁶ ; ainsi, en 1903 le premier trypanocide est fabriqué. Entre 1916 et 1920, d'autres molécules sont testé et on a obtenu comme résultat la découverte du pouvoir trypanocide de la suramine et du glyphénarsine. Cependant, il ne faut pas négliger l'action de la Pentamidine⁶⁶⁷ qui a été utilisé efficacement contre la maladie du

⁶⁶⁶ OCEAC, "Manuel de lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Centrale et Occidentale", Volume 1, Yaoundé, Cameroun, septembre 2000, p.4.

⁶⁶⁷ Elle a servi, pendant des années à protéger massivement les populations exposées. Toutes les personnes, malades ou non, vivantes dans un foyer de la maladie du sommeil, recevaient une injection de Lomidine B. On l'appelle alors la "lomidinisation" que certains anciens considéraient, à tort, comme une vaccination. C'est une chimioprophylaxie. Elle est utilisée pour la première fois à Nola (RCA) en 1946 et mise en place dès 1947 au Congo, en 1950 au Gabon (Mayoumba) ; elle ne sera pas utilisée au Cameroun avant 1952. Actuellement on ne fait plus de lomidinisation.

sommeil au Cameroun à partir de 1952. À ces médicaments de lutte contre la maladie du sommeil, on peut aussi citer le mélarsoprol et l'alpha-difluoro-méthylornithine.⁶⁶⁸

L'autre phase parallèle est la lutte anti vectorielle. Ceci dit, peu d'insectes d'intérêt médical ou vétérinaire ont fait l'objet d'études aussi poussées que les glossines. Leur taille, leur comportement, ont facilité ces recherches. Mais en réalité la lutte contre ce vecteur mettra longtemps à voir le jour et ne sera jamais faite à grande échelle comme les prospections médicales. Au tout début du 20^{ème} siècle, Maldonado, colon portugais de l'Île de Principe, tenta avec succès l'élimination des glossines par un procédé original : faire porter par ses manœuvres des dossards noirs enduits de glu. Ainsi, les recherches montrent très tôt que la vie de la glossine dépend de deux éléments essentiels : les animaux qui lui apportent le sang dont elle se nourrit et la végétation qui lui procure l'ombre et l'humidité nécessaire. Il est ainsi proposé d'abattre tout le gibier sur lequel se nourrissaient les glossines.⁶⁶⁹ Entre 1923 et 1950, cette technique est appliquée largement avant que l'on ne s'aperçoive de son inutilité. Il est alors envisagé, au lieu de tuer les animaux, de les éloigner en installant des clôtures : sans plus de succès car la chasse ou l'isolement ne touchent en fait que les gros mammifères or la glossine se nourrit aussi sur des petits animaux et peut survivre là où subsistent les petites antilopes, les phacochères, les reptiles et les oiseaux. Roubaud en 1909 propose une nouvelle méthode : les éclaircissements forestiers car "l'élagage d'une partie de la végétation suffit pour détruire une population de tsésés en modifiant la température et l'humidité"⁶⁷⁰.

Cette idée est reprise ultérieurement par Nash et plusieurs techniques sont mises au point en se basant sur ce principe. Ainsi, l'éclaircissement sélectif ne concernant qu'une partie du gîte ; l'éclaircissement discriminatif ne touchant que certaines espèces de plantes ; et l'éclaircissement total ou clearing.⁶⁷¹ Cependant, la technique la plus utilisée en début du 20^{ème} siècle est la proxiphylaxie agronomique dont l'objectif est de remplacer la végétation bordant les cours d'eau par des cultures. Ainsi, Les feux de brousse sont même utilisés en zone de savane pour détruire les fourrés et buissons où se réfugient les glossines vectrices de trypanosomes d'animaux. Ces pratiques sont très rapidement abandonnées car, soit le feu est précoce et ne détruit pas les gîtes, soit il est tardif et la végétation est alors remplacée par une végétation plus buissonnante encore donc plus favorable aux tsé-tsé.

⁶⁶⁸ OCEAC, "Manuel de lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Centrale et Occidentale" ... p.4.

⁶⁶⁹ *Ibid.*

⁶⁷⁰ *Ibid.*, p.5.

⁶⁷¹ *Ibid.*

Devant ces échecs, une nouvelle méthode fut mise en place : celle des pièges. Celle-ci ayant montré leur efficacité, furent très largement utilisés. Le premier modèle, conçu par Harris en 1930⁶⁷² a eu un succès retentissant :

Photos 7 : pièges à mouche tsé-tsé (Glossine)

Piège biconique



Piège pyramidal



Piège Vavoua



Piège Lancien



Écran



Petit écran



⁶⁷² <https://books.openedition.org/irdeditions/10504?lang=fr>, consulté le 17 janvier 2020.

Piège
epsilon

Piège H



Piège F3



Piège NGU



Source : OMS, Trypanosomiase humaine africaine : lutte et surveillance, 2014, p.245.

Ainsi, en 1931, Harris place 487 pièges qui capturent 7 millions de glossines ; en 1937, il a placé 8928 pièges qui n'en capturent plus que 57000, La densité des glossines a été réduite de 99,96% grâce à cette méthode.⁶⁷³ Vient ensuite toute une série de pièges, mais cette technique est abandonnée après la seconde guerre mondiale avec l'avènement du DDT. Rupp, en 1952, tente pourtant de lutter avec de simples tissus noirs, imprégnés de DDT, tendus en travers des cours d'eau.⁶⁷⁴ Son succès relatif ne donne pas une deuxième chance au piégeage. A partir des années 1950 la lutte chimique est l'objet de nombreuses recherches, tant sur les insecticides que sur l'appareillage et les techniques. On passe de la nébulisation aux pulvérisations terrestres puis aux pulvérisations aériennes. Les pulvérisations classiques, dites rémanentes, sont ensuite remplacées par des techniques moins offensives pour le milieu comme les ULV (Ultra Low Volume).⁶⁷⁵ Les premiers insecticides utilisés sont les organochlorés. Ils

⁶⁷³ OCEAC, "Manuel de lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Centrale et Occidentale" ... p.7.

⁶⁷⁴ *Ibid.*, p.8.

⁶⁷⁵ *Ibid.*

sont remplacés par les organophosphorés puis finalement par les pyréthroides de synthèse.⁶⁷⁶ Cependant, ces insecticides ne sont utilisés, que dans la lutte contre les trypanosomoses du bétail. Cette méthode fut vivement combattue par les défenseurs de l'environnement. En 1978 pour tenter de lutter contre les glossines d'intérêt médical, la lutte par piégeage est remise à jour d'abord grâce au piège biconique puis avec toute une série de modèles issus de différents pays.⁶⁷⁷

Les objectifs de la lutte anti vectorielle sont ainsi clairs. Il s'agit donc d'arrêter la transmission du trypanosome par la glossine infectée à l'homme en éliminant, ou en tentant d'éliminer, la totalité des tsé-tsé qu'elles soient ou non porteuses de parasites; maintenir cette situation pendant le temps nécessaire aux équipes médicales pour identifier et soigner tous les malades en étant certain que les personnes déclarées saines lors des visites ne seront pas contaminées à leur tour dès qu'elles seront revenues chez elles ; éviter que les malades traités, donc guéris, ne soient à nouveau contaminés lorsqu'ils reviennent sur les lieux où ils ont contracté la maladie la première fois ; arrêter la transmission du trypanosome par la glossine aux animaux et ainsi favoriser l'assainissement du réservoir animal. Cet assainissement peut être direct grâce à la guérison spontanée de l'animal; il peut être indirect quand les animaux sont sacrifiés pour l'alimentation humaine. La lutte anti vectorielle variait ainsi d'une région à une autre. En zone de savane humide, la lutte anti vectorielle était plus difficile car le milieu est favorable à l'épanouissement de la tsé-tsé ; il nécessite ainsi une technique spéciale, constituant ainsi l'un des objectifs du projet "recherches appliquées sur l'épidémiologie de la trypanosomiase et la lutte antitrypanosomique: surveillance de la trypanosomiase et de lutte contre les glossines dans les zones de savane humide".⁶⁷⁸ Ce projet concerne ainsi 19 pays⁶⁷⁹ dont le Cameroun, et a fait l'objet d'un accord en Mai 1975 entre l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l'OMS.⁶⁸⁰ Il a été ainsi décidé de créer un Groupe consultatif pour les recherches appliquées sur la trypanosomiase (GCRAT) afin d'assurer une coordination efficace sur le plan international, particulièrement entre la FAO, l'OMS et les institutions

⁶⁷⁶ OCEAC, "Manuel de lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Centrale et Occidentale" ... p.8.

⁶⁷⁷ *Ibid.*, p.9.

⁶⁷⁸ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°4, du 23 janvier 1976, p.23.

⁶⁷⁹ Côte d'Ivoire, Mali, Nigeria, Haute-Volta, Dahomey, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Niger, République Centrafricaine, République Unie du Cameroun, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad et Togo.

⁶⁸⁰ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°4, du 23 janvier 1976, p.23.

techniques intéressées, et de favoriser une participation maximale des instituts et personnalités d'Afrique.⁶⁸¹

Le rôle de l'OMS dans la lutte contre la maladie du sommeil dans la période post coloniale est ainsi à n'en plus douter. Elle fut particulièrement active dans le processus de surveillance, d'alerte et d'application des méthodes et techniques connues pour soigner les malades et opérer la lutte anti vectorielle. Du 21 au 27 novembre 1995,⁶⁸² un comité d'expert de l'OMS s'est réuni et a tiré la sonnette d'alarme sur la recrudescence de la maladie, mais aussi l'absence de prise de conscience des populations et systèmes de santé nationaux, conduisant ainsi à un relâchement du système de surveillance.⁶⁸³ Ainsi, cette prise de conscience a entraîné des observations et des résolutions de la part de l'OMS. Ainsi, le manque de soutien financier pour mettre en œuvre des activités de lutte, l'absence de coordination et de normalisation des méthodes de lutte sur le terrain et la menace d'interruption de la production de médicaments spécifiquement dirigés contre la maladie ont été partiellement résolus en 2001 grâce à un vaste programme financé par un partenariat privé de l'OMS avec Sanofi Aventis, qui a offert un approvisionnement durable en médicaments, mise en place d'un système efficace de distribution des médicaments et qui assure un soutien financier afin de promouvoir un renforcement des capacités des programmes nationaux et de mettre en place un dépistage actif des cas au moyen d'outils diagnostiques appropriés ; l'engagement des organisations non gouvernementales à lutter contre la maladie dans le cadre de projets spéciaux importants ; les investissements de projets de coopération bilatérale belge, française et espagnole dans la lutte contre la maladie; une forte campagne de sensibilisation à la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine de la part de l'OMS, qui a permis de mieux faire prendre conscience de la maladie au sein de la communauté internationale et parmi les décideurs nationaux de nombreux pays d'endémie; le rôle prépondérant de l'OMS, à travers la direction et la mise en œuvre d'un réseau renforcé de coopération.⁶⁸⁴

Cet état des faits a eu pour conséquences de rétablir et d'intensifier les activités de surveillance, ce qui a permis d'augmenter le nombre de ces dépistés, tout en diminuant le

⁶⁸¹ Cet organe essentiel de coordination comprendra des représentants de la FAO, du PNUD et de l'OMS ainsi que des laboratoires sous régionaux et nationaux directement associés aux projets de l'OMS et de la FAO, et des représentants du Conseil scientifique international pour les recherches sur la trypanosomiase et la lutte anti-trypanosomiase (CSIRTIA/OUA) et d'autres organismes selon les besoins. Le GCRAT se réunit tous les six mois, la première réunion ayant eu lieu à Genève en 1976.

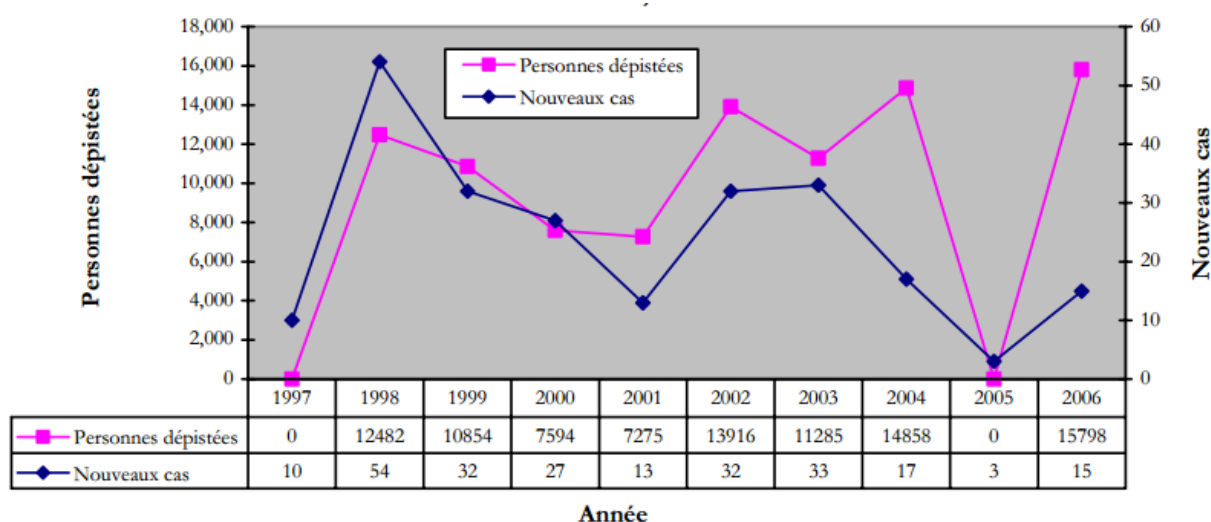
⁶⁸² Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 8, 24 février 2006, p.71.

⁶⁸³ Le manque de surveillance qui en découle conduit à la notification d'environ 25 000 nouveaux cas par an alors que les estimations du niveau d'infection atteignent près de 300 000 nouveaux cas.

⁶⁸⁴ Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 8, 24 février 2006, p.72.

nombre de nouveaux cas entre 2001 et 2005.⁶⁸⁵ Ainsi, à partir de cette période, le Cameroun⁶⁸⁶ se situe dans la catégorie des pays qui recensent moins de 50 cas par ans. Ainsi, lors de la 28^{ème} conférence conseil scientifique international pour la recherche sur la trypanosomiase qui s'est tenue à Addis-Abeba en septembre 2005, il a été demandé à l'OMS de lancer un programme d'élimination de la maladie du sommeil, d'adopter des stratégies à cet effet, et de recommander à tous les partenaires qui n'ont cessé d'apporter leur soutien de maintenir leurs efforts et leur aide.⁶⁸⁷ Il s'agit ainsi concrètement pour l'OMS de maintenir la sensibilisation, de renforcer la surveillance et de soutenir les efforts en vue de l'élimination. Le diagramme ci-dessous nous révèle l'évolution de la maladie au Cameroun entre 1997 et 2006 :

Graphique 38 : Population faisant l'objet d'un dépistage actif et nouveaux cas de THA déclarés à l'OMS, Cameroun, 1997-2006



Source : OMS, Rapport d'une consultation informelle de l'OMS sur la lutte durable contre la trypanosomiase humaine africaine, Genève, Suisse, 1^{er} -3 mai 2007, p.47.

⁶⁸⁵ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 8, 24 février 2006, p.73.

⁶⁸⁶ Il y a transmission dans la province du Sud, qui comprend les foyers de Bipindi et de Campo, dans la province du Sud-Est (foyers de Fontem et Mamfe) et dans la province de l'Est (foyer de Doume). Le PNLTHA est intégré à la division de la lutte contre la maladie du Ministère de la Santé. Il est sous-équipé et manque de personnel, devant emprunter du matériel et du personnel à d'autres projets pour mettre en œuvre des activités de lutte. L'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale offre son concours pour la mise en œuvre d'activités de surveillance active.

⁶⁸⁷ OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 8, 24 février 2006, p.80.

On peut ainsi constater que déjà que le mode de dépistage est actif⁶⁸⁸, et non passif⁶⁸⁹. Ainsi, on constate que la population détectée est instamment supérieure au nombre de cas dépistés. Ainsi, à l'état des "connaissances dont on dispose au sujet de l'épidémiologie de la trypanosomiase humaine africaine permettent l'élaboration de plans d'action pour éliminer la maladie en tant que problème de santé publique",⁶⁹⁰ affirme l'OMS. Ainsi, selon elle, parler d'élimination c'est "réduire à zéro l'incidence de l'infection causée par un agent pathogène déterminé dans une zone géographique bien définie grâce à une action délibérée ; il peut être nécessaire de continuer à intervenir pour éviter le retour de l'infection."⁶⁹¹ Il s'agit donc principalement d'interrompre la propagation de la transmission de la maladie en Afrique chez l'homme. À ce critère, on peut y ajouter la proportion de la population exposée au risque qui est couverte par les activités de lutte et de surveillance, de l'extension géographique de l'infection et des populations exposés aux différents niveaux de risque.

La date butoir pour éliminer la maladie du sommeil en tant que problème de santé publique est donc fixée à 2020,⁶⁹² et une élimination totale fixée pour 2030 par l'OMS.⁶⁹³ Pour y parvenir, l'OMS a entrepris de procéder à une élimination par foyer⁶⁹⁴ de transmission et de contamination. Ceci dit, la stratégie à mettre en place pour l'élimination de la maladie du sommeil, horizon 2030, est subordonné, selon l'OMS, aux étapes suivantes : le dépistage actif des cas devra être confié aux équipes mobiles ; Le dépistage passif des cas par le système de santé devra être développé pour y inclure des sites sentinelles choisis sur la base de leur capacité

⁶⁸⁸ En période d'endémie, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) est non seulement rare, mais c'est aussi une maladie dont le caractère aigu rend le dépistage actif, habituellement annuel, des sujets infectés extrêmement inefficace et dénué d'efficacité économique. Un dépistage actif peut se justifier pendant des flambées épidémiques, généralement en réponse à une augmentation du nombre de cas détectés passivement dans une localité donnée. Ce genre d'évènement peut conduire à un dépistage actif ciblé dans le but de détecter le plus grand nombre de cas possible.

⁶⁸⁹ La plupart des infections sont dépistées de manière passive, parmi des personnes qui fréquentent des services de soins fixes. Toutefois, un dépistage rapide dans un centre de soins ne va pas toujours de soi. Le caractère général des symptômes de la première phase, l'ignorance de la communauté au sujet de la maladie et la stigmatisation sociale (surtout pendant la deuxième phase de l'infection) risquent de retarder la décision de venir se faire soigner. Des avancées technologiques telles que les tests sérologiques rapides et aussi l'amélioration des moyens de diagnostic parasitologique vont porter remède à cette situation dans les zones d'endémie.

⁶⁹⁰ OMS, Rapport d'une consultation informelle de l'OMS sur la lutte durable contre la trypanosomiase humaine africaine, Genève, Suisse, 1^{er} -3 mai 2007, p.3.

⁶⁹¹ OMS, "Trypanosomiase humaine africaine : lutte et surveillance", rapport d'un comité d'expert, 2014, p.219.

⁶⁹² Il s'agit d'une étape intermédiaire qui est définie comme le fait d'avoir ramené l'incidence à moins d'un nouveau cas pour 10 000 habitants dans 90 % des foyers

⁶⁹³ OMS, "Trypanosomiase humaine africaine : lutte et surveillance" ... p.20.

⁶⁹⁴ La notion de foyer a été définie comme suit par un comité d'experts de l'OMS en 1986 : « une zone de transmission définie par un nom géographique (localité, région ou cours d'eau) ». La liste des foyers de THA a été récemment mise à jour. Un foyer peut être « ouvert » ou « fermé » selon qu'il y a migration de personnes ou de mouches en direction ou en provenance de foyers voisins. Il est rare que des foyers soient fermés et une surveillance post-interventionnelle sera nécessaire tant qu'il y aura un risque de résurgence ou de réintroduction depuis l'extérieur du foyer.

et de la population couverte. Une formation devra être dispensée au personnel de ces sites sentinelles et ils seront dotés de tests de diagnostic rapide individuels pour le dépistage. Le personnel sanitaire des centres de santé périphériques situés dans les foyers devront être formé à la reconnaissance des signes et symptômes évoquant une THA de manière que les cas suspects puissent être dirigés sur le site sentinelle. Un centre collaborateur de l’OMS devra effectuer des tests d’immuno-trypanolyse pour les sujets qui sont séropositifs mais dont l’examen parasitologique a donné un résultat négatif, afin de confirmer la présence d’anticorps spécifiques dirigés contre le parasite et de déterminer s’il y a lieu de refaire des examens parasitologiques ; dans un certain nombre de foyers, la lutte anti vectorielle devra venir compléter le dépistage en fonction de la situation épidémiologique et des renseignements que l’on aura sur les sites où sa mise en œuvre s’avère nécessaire.⁶⁹⁵ Pour y parvenir, l’OMS a organisé les foyers en catégories⁶⁹⁶ : Les foyers à forte intensité de transmission,⁶⁹⁷ les foyers à intensité de transmission modérée⁶⁹⁸, et les foyers à faible intensité.⁶⁹⁹ Le Cameroun appartient ainsi au deux dernières catégories et la stratégie est un dépistage actif effectué chaque année dans la zone aux alentours des villages où il y a eu au moins un cas au cours des 3 dernières années et tous les trois ans dans les villages qui ont notifié au moins un cas au cours des 5 dernières années mais aucun depuis 3 ans ; la surveillance par système sentinelle couvrant tous les villages ; et la lutte anti vectorielle mise en œuvre sur des sites déterminés.⁷⁰⁰ Cependant, la principale difficulté est le manque d’engagement du gouvernement qui ne dispose pas d’un programme efficace de lutte contre la maladie du sommeil, un manque de financement pour assurer la mise en œuvre des activités pour venir à bout de cette maladie.

⁶⁹⁵ OMS, “Trypanosomiase humaine africaine : lutte et surveillance” ... p.221.

⁶⁹⁶ *Ibid.*

⁶⁹⁷ Les foyers à forte intensité de transmission sont ceux où l’on a dé- nombré en moyenne annuelle au moins un nouveau cas pour 1000 personnes durant les cinq dernières années. Ce seuil correspond à ce que Simarro a défini comme un risque élevé à très élevé de THA. Les données pour la période 2000–2009 indiquent que des foyers à forte intensité de transmission sont présents dans certaines parties de l’Angola, du Congo, du Gabon, de la Guinée, de la Guinée équatoriale, de l’Ouganda, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo, du Soudan du Sud et du Tchad.

⁶⁹⁸ Les foyers à intensité de transmission modérée sont ceux avec une moyenne annuelle d’au moins un nouveau cas pour 10 000 personnes au cours des 5 dernières années mais moins de 1 pour 1000. Ces foyers se trouvent en bordure des zones à forte intensité de transmission ainsi qu’au Cameroun, en Côte d’Ivoire et dans d’autres parties de la Guinée.

⁶⁹⁹ Les foyers à faible intensité de transmission sont ceux avec une moyenne annuelle d’un nouveau cas pour 100000 personnes mais moins de 1 pour 10 000 sur une période de 5 ans. Ce seuil d’incidence notifié correspond à ce que Simarro a défini comme un risque faible à très faible de THA. Ces foyers sont actuellement présents en bordure des foyers à intensité de transmission modérée ainsi qu’au Cameroun, en Côte d’Ivoire, dans certaines parties de la Guinée et du Nigéria.

⁷⁰⁰ OMS, “Trypanosomiase humaine africaine : lutte et surveillance” ... p.222.

b) Impact du programme de l'OMS de lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun

L'impact du programme de l'OMS de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine peut être divisé en deux phases. Une première phase celle du lendemain des indépendances, et la seconde phase, celle de l'intensification du programme de de lutte. Le lendemain de l'indépendance marque ainsi la reprise de l'inflation de la maladie au Cameroun car, les services ont été désorganisés. Ainsi, le tableau suivant nous permet de mieux apprécier ce phénomène :

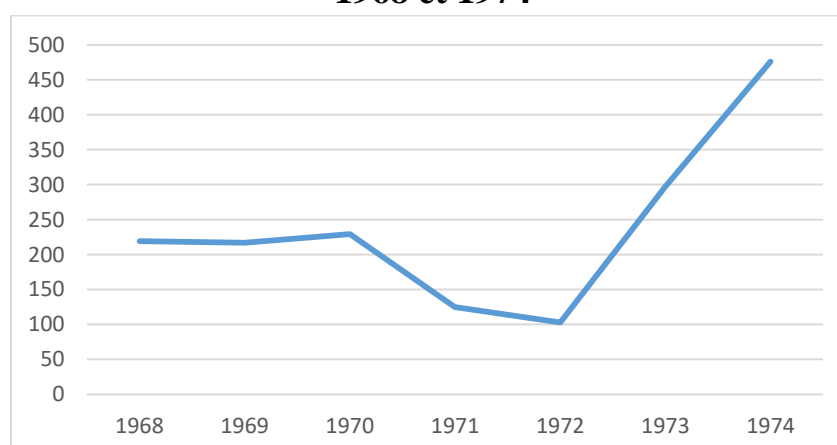
Tableau 60 : nombre de personne atteinte de maladie du sommeil au Cameroun de 1968 à 1974

Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Cas THA	2019	2017	229	125	103	297	476

Source : Nous, à partir de OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 4 - 23 janvier, 1976, p. 22.

On constate ainsi que le nombre total de malade par année est en plein augmentation, surtout lorsque nous savons que le nombre de cas avant l'indépendance était inférieur à 15. Ceci dit, le diagramme ci-contre permet davantage d'apprécier cet état des faits :

Graphique 39 : Nombre de cas dépisté de malade atteints de THA entre 1968 et 1974



Source : Nous, à partir de OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 4 - 23 janvier, 1976, p. 22.

À partir d'année 1990, avec la relance du programme international de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, le nombre de nouveaux cas dépistés a connu une diminution considérable, comme le montre le relevé épidémiologique du nombre de nouveaux cas enregistré entre 1991 et 2004, relevé rendu possible grâce aux activités de surveillance mis en place par l'OMS :

Tableau 61 : nombre de nouveaux cas de maladie du sommeil au Cameroun entre 1991 et 2004

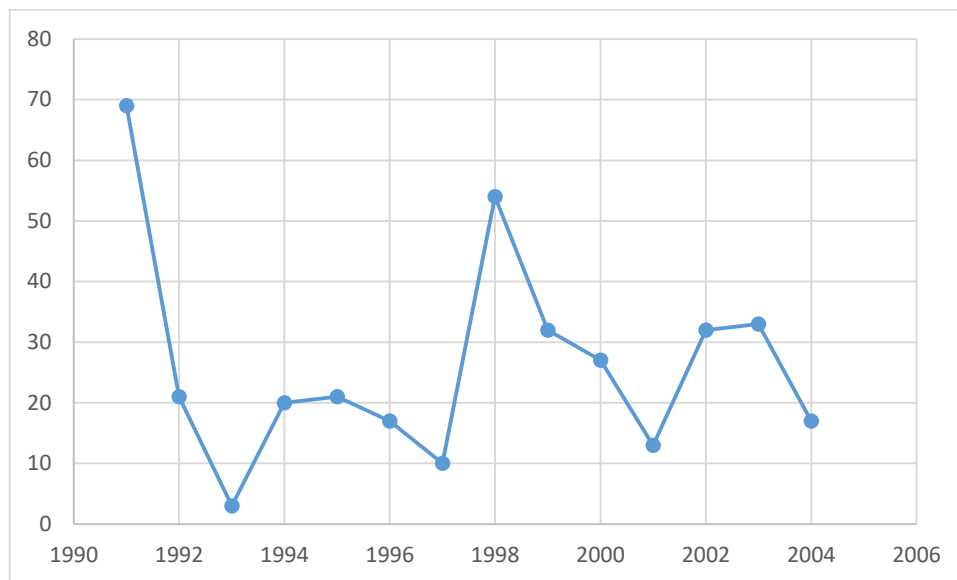
Années	Nombre de nouveaux cas
1991	69
1992	21
1993	3
1994	20
1995	21
1996	17
1997	10
1998	54
1999	32
2000	27
2001	13
2002	32
2003	33
2004	17

Source : Nous, à partir de OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, No 8, 24 février 2006, p. 73.

On peut constater par ce tableau que, depuis 1991, malgré une évolution en dent de scie, la tendance générale est à la baisse. Ceci dit, les pics de 1998 (54 nouveaux cas) et 1999 (32 nouveaux cas), s'expliquent non seulement par un affaiblissement (décrié par l'OMS) de la mise en œuvre des politiques de lutte contre cette maladie par les systèmes de santé, mais aussi par une diminution des financements de la part de bailleurs de fonds internationaux. Le laxisme ainsi dénoncé a donné un second souffle à la lutte anti maladie du sommeil. Ce nouvel élan se

manifeste ainsi par la diminution progressive du nombre de cas, comme le témoigne le diagramme ci-contre :

Graphique 40 : nombre de nouveaux cas de maladie du sommeil au Cameroun entre 1991 et 2004



Source : Nous, à partir de OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire, No 8, 24 février 2006, p. 73.

Le diagramme ci-dessus nous permet d'apprécier les performances du programme international de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine. Cependant, même si la maladie tarde à être éradiquée, il n'en demeure pas moins que les tendances laissent croire que les prévisions d'éradication fixées pour 2030 est loin d'être une utopie.

**CHAPITRE VI : LES PROGRAMME DE L'OMS POUR LA
LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES EN
EXPANTION : ATTEINDRE LES OMD**

La politique ou la conception de l'OMS de lutte contre les grandes les grandes endémies est partagée en deux grandes phases simultanées et parallèles : la phase préventive et la phase curative. Ceci dit, la phase préventive est principalement caractérisée par le RSI et la promotion de la santé. La phase curative quant à elle est caractérisée par des programmes spécifiques d'éradication de la maladie. Cette dernière phase intervient ainsi lorsque l'endémie s'est déjà installée, nécessitant donc une intervention palliative de riposte. L'OMS multiplie ainsi des programmes et politiques avec ses partenaires pour venir à bout des grandes endémies. C'est donc au regard des actions et des politiques sanitaires que les OMD ont pu être mis en place en 2000, visant des objectifs à atteindre pour 2015. Il s'agit ainsi principalement des grandes maladies telles que le VIH/SIDA et le paludisme, mais aussi la tuberculose.

I. LES PROGRAMMES DE L'OMS DE LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES : CAS DU SIDA, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME

D'une manière générale, les programmes de l'OMS de lutte contre les grandes endémies tropicales peuvent être subdivisés en trois grandes catégories : les programmes qui ont permis l'éradication de la maladie (variolo, lèpre, dracunculose), les programmes de lutte contre les maladies en cours d'éradication (trypanosomiase humaine africaine, poliomyélite, l'onchocercose), et les programmes de lutte contre les maladies en expansion (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme). Cette dernière catégorie reste donc la plus préoccupante au 21^{ème} siècle.

1) L'OMS et le programme de lutte contre la tuberculose

La tuberculose peut être définie comme étant une maladie infectieuse et contagieuse causée presque toujours par *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch.⁷⁰¹ La transmission se fait soit par voie aérienne à partir d'un malade souffrant de tuberculose pulmonaire,⁷⁰² soit par contact

⁷⁰¹ Programme national de lutte contre la tuberculose, "Guide technique pour les personnels de santé", 2012, p. 16.

⁷⁰² La contamination se fait par l'intermédiaire de gouttelettes chargées de bacilles tuberculeux provenant des poumons du malade. Ces fines gouttelettes sont produites lorsque le malade étourne, tousse, parle ou rit. Elles sèchent

manuel avec des objets contaminés ou l'introduction accidentelle du bacille à travers la peau. Cependant, le véritable réservoir reste le malade tuberculeux pulmonaire à microscopie positive.⁷⁰³ Ceci dit, on distingue généralement deux types de tuberculose : la tuberculose pulmonaire⁷⁰⁴ qui constitue environ 80% des cas⁷⁰⁵, et la tuberculose extra pulmonaire⁷⁰⁶ qui ne constituent que 20% des cas.⁷⁰⁷

Deux faits marquants sont à l'origine de l'engagement de l'OMS pour lutter mettre en place un programme mondial de lutte contre la tuberculose en 1993. Ainsi, d'une part, le nombre de victime causé par cette maladie a tiré la sonnette d'alarme et d'autre part,

... par une déclaration sur le caractère d'urgence mondiale de la situation, l'OMS a réussi à faire admettre que la lutte antituberculeuse était un domaine d'action méritant un rang de priorité plus élevé dans le monde, à la suite de quoi l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA46.36 dans laquelle elle demandait que soient prises des mesures nationales et internationales pour mettre en œuvre la stratégie mondiale de l'OMS en matière de tuberculose. De plus en plus de pays en développement recherchent une assistance, notamment des engagements financiers de la part d'institutions d'aide bilatérale et multilatérale, pour renforcer leurs efforts de lutte. Les gouvernements des pays membres de l'OCDE prennent conscience du fait que la tuberculose est un problème majeur auquel il faut s'attaquer. Le volume des contributions extrabudgétaires à l'appui du programme a commencé à s'accroître ...⁷⁰⁸

C'est dire que la lutte anti tuberculose, vue l'importance de la maladie devenait par cette déclaration un problème international. L'OMS, se chargeait ainsi d'élaborer un programme mondial par y venir à bout.

rapidement et peuvent rester en suspension dans l'air pendant plusieurs heures. Ces particules inhalées par un sujet sain peuvent atteindre les alvéoles pulmonaires et provoquer l'infection tuberculeuse.

⁷⁰³ Le premier contact d'un individu avec le bacille tuberculeux constitue la primo-infection tuberculeuse. Elle se traduit par un virage de la réaction tuberculique dans les 4 à 8 semaines qui suivent l'infection. Cette primo-infection peut rester latente (90 % des cas) ou devenir patente, c'est-à-dire accompagnée de signes cliniques et/ou radiologiques (10% des cas). La tuberculose maladie traduit la rupture de l'équilibre biologique dans lequel vivait jusqu'alors l'individu avec son infection latente.

⁷⁰⁴ La tuberculose pulmonaire de l'adulte est souvent à microscopie positive et, par conséquent, hautement contagieuse. Les cas de tuberculose pulmonaire dont les crachats sont positifs seulement à la culture sont 7 à 10 fois moins contagieux que ceux qui sont positifs à l'examen microscopique des crachats.

⁷⁰⁵ Programme national de lutte contre la tuberculose ... p. 17.

⁷⁰⁶ En fait, la tuberculose peut toucher n'importe quel organe et se répandre dans tout le corps. Elle atteint des organes aussi divers que les ganglions lymphatiques, les os et les articulations, le tractus génito-urinaire, le système nerveux (mninges), le système digestif (intestin) etc. Le diagnostic est généralement difficile et doit habituellement être fait par un médecin. Elle n'est pas contagieuse.

⁷⁰⁷ Programme national de lutte contre la tuberculose ... p. 17.

⁷⁰⁸ OMS, "Rapport 93^{ème} session", Genève, Organisation mondiale de la santé, 19 novembre 1993, p. 3.

a) Le plan d'élimination de la tuberculose en tant que problème sanitaire mondial (1993 – 2005) : lancement de la stratégie DOST

En 1992, la stratégie Directly Observed Treatment Short-course (DOST), qui est une stratégie qui repose sur cinq éléments : la volonté politique des gouvernements concernant le financement de l'organisation, le dépistage par des examens bactériologiques de qualité, le traitement normalisé avec surveillance et soutien des patients, une logistique pharmacologique efficace, et enfin une évaluation constante de la situation. Le but étant d'éviter le développement multi résistantes aux antibiotiques dû à des traitements anarchiques.⁷⁰⁹

La politique générale de l'OMS durant cette période consiste donc à encourager l'engagement des autorités à mener un programme antituberculeux national en tant qu'activité permanente du système de santé et qui soit intégré dans la structure sanitaire et dirigé sur le plan technique par un service central ; l'application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée chaque fois que possible sur une base ambulatoire mais avec contrôle direct de la prise des médicaments durant la phase initiale intensive (deux à trois mois) ; encourager la mise en place d'une notification standardisée des cas fondée sur le dépistage passif et la confirmation du diagnostic grâce à un bon réseau de centres d'examens microscopiques ; un encadrement et évaluation serrés du programme fondés sur un système de suivi dont le registre permet de suivre les cas individuels; enfin mettre en place un système d'approvisionnement régulier en médicaments fondé sur une planification préalable des achats pharmaceutiques et la livraison en temps voulu de quantités suffisantes de médicaments, lesquelles seront déterminées à l'aide du système de suivi efficace.⁷¹⁰ Ainsi, la stratégie générale repose sur un plan à trois volets : d'une part on a l'appui aux programmes nationaux qui consiste avec l'amélioration des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, et d'autre part, on a la recherche opérationnelle, et enfin nous avons la recherche au développement.⁷¹¹ L'application de ces mesures est d'autant plus nécessaire car entre 1990 et 1999, le nombre de cas en Afrique subsaharienne est estimé selon l'OMS à 5945000 cas pour un total de 30 millions de cas dans le monde.⁷¹² C'est dire que le taux de succès thérapeutique

⁷⁰⁹ Partenariat Halte à la Tuberculose et Organisation mondiale de la Santé, "Plan mondial Halte à la tuberculose 2006 - 2015", Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006, p. 29.

⁷¹⁰ OMS, "Rapport 93^{ème} session ... p. 4.

⁷¹¹ *Ibid.*, p.5.

⁷¹² *Ibid.*

demeure largement en dessous de la moyenne dans les régions africaine soit 73 % contre 76% en Europe.⁷¹³ Ce retard est sans doute dû à la faiblesse des systèmes de santé nationaux qui tardent à intégrer le programme parmi les actions prioritaires de santé telles que prescrites. Ces manquements seront pris en compte dans le plan “halte à la tuberculose”.

b) Le plan “halte à la tuberculose 2006-2015” : inverser la tendance évolutive du nombre de cas de tuberculose.

En 2006, un nouveau plan fut mis sur pieds intitulé “Plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015”⁷¹⁴ qui visait l’élimination de la tuberculose en 2015, date à laquelle selon les OMD, la tuberculose devra être maîtrisée et le processus d’inversion amorcé. Pour réaliser cet objectif, le partenariat s’est doté de sept groupes de travaux : le Groupe de travail sur l’extension de la stratégie DOTS qui est constituée de sous-groupe à savoir le renforcement des capacités de laboratoire, les approches public-privé, la tuberculose de l’enfant et les liens entre tuberculose et pauvreté ; le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multi résistante ; le Groupe de travail sur l’interaction et la co-infection TB/VIH ; le groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose ; le groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux ; le groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux ; le groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux ; et le groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale.

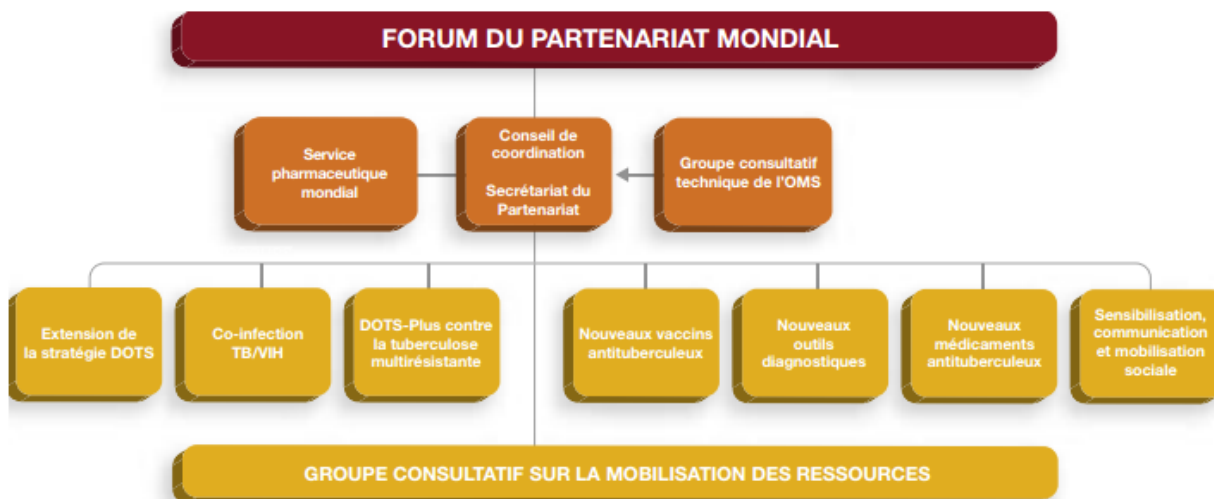
Ainsi, selon l’OMS, “l’une des grandes forces du Partenariat Halte à la tuberculose est de rassembler à la fois la communauté des chercheurs travaillant sur la tuberculose et les personnes engagées dans la mise en œuvre des programmes”⁷¹⁵ Ceci dit, le schéma ci-contre nous montre la structure du partenariat “halte à la tuberculose” dans le monde.

⁷¹³ Partenariat Halte à la Tuberculose ... p. 26.

⁷¹⁴ *Ibid.*

⁷¹⁵ *Ibid.*

Schéma 10 : Structure du partenariat halte à la tuberculose



Source : Partenariat Halte à la Tuberculose et Organisation mondiale de la Santé, “Plan mondial Halte à la tuberculose 2006 - 2015”, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Au niveau national, l’OMS a investi des moyens pour le renforcement des systèmes de santé notamment au niveau des ressources humaines, des systèmes d’information sanitaires, de l’engagement des secteurs ne relevant ni du ministère de la santé ni de l’Etat, du système d’information sanitaire, du financement de la santé, de la capacité de gestion, et des infrastructures comme le montre le tableau ci-contre :

Tableau 62 : Renforcement du système de santé au niveau national dans le cadre du plan mondial halte à la tuberculose

des systèmes de santé	Coûts compris dans le Plan mondial	Coûts non compris dans le Plan mondial
Ressources humaines	Personnels employés à plein temps. Total du temps de travail de personnel. Primes incitatives.	Augmentation des salaires. Nouvelles primes. Formations supplémentaires
Engagement des secteurs ne relevant ni du miansanté ni de l'Etat	Approches public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS	Engagement du secteur privé non spécialisé.
Systèmes d'information sanitaire	Système d'enregistrement et de notification concernant la tuberculose, la co-infection TB/VIH et la stratégie DOTSPlus.	Investissements généraux nécessaires dans les systèmes d'information sanitaire non spécialisés dans la lutte antituberculeuse.
Financement de la santé	Activités de mobilisation de ressources liées à la lutte antituberculeuse.	Activités liées à l'ensemble du secteur de la santé
Capacité de gestion	Gestion des programmes de lutte antituberculeuse au même niveau qu'en 2005, et investissements supplémentaires en	Améliorations générales de la capacité de gestion des systèmes de santé.

	personnels gestionnaires aux niveaux national et infranational.	
Infrastructures	Coûts associés aux soins aux malades hospitalisés ou en traitement ambulatoire fournis dans des établissements existants. Investissements dans des bâtiments et du matériel spécifiquement destinés à la lutte contre la tuberculose. Coûts des interventions destinées à remédier à l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire.	Construction de nouveaux établissements et achats concomitants de nouveaux équipements.

Source : Nous à partir de Partenariat Halte à la Tuberculose et Organisation mondiale de la Santé, "Plan mondial Halte à la tuberculose 2006 - 2015", Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

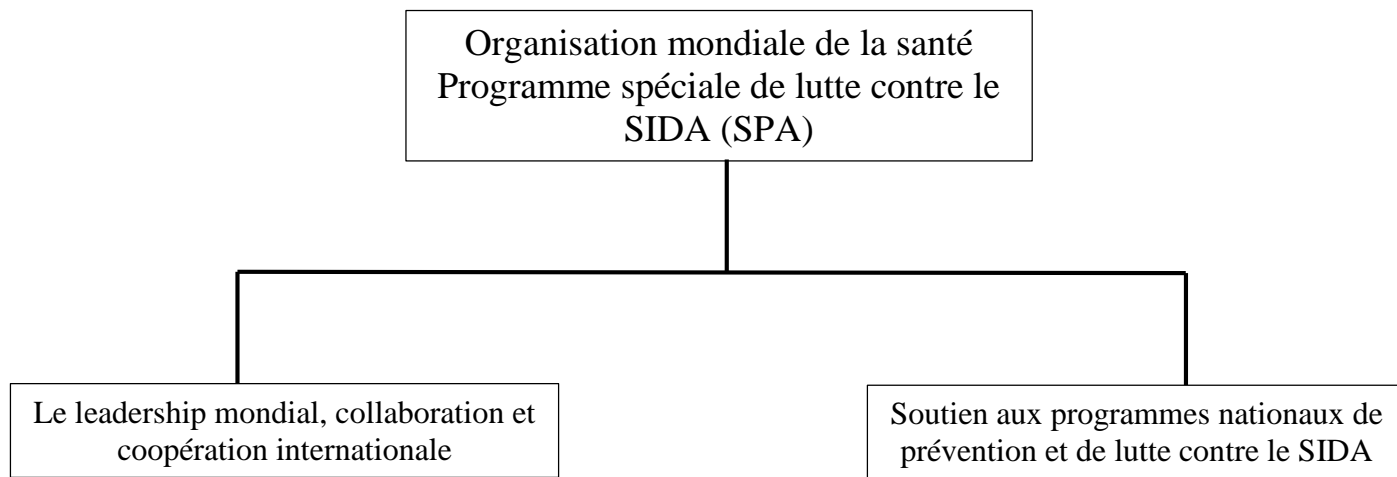
Ceci dit, au-delà du soutien au système de santé, la lutte contre la tuberculose passe aussi par la lutte contre la pauvreté, car la maladie y est souvent associée. Le programme a donc mis en place un protocole contenant 6 étapes pour palier au problème de la pauvreté : établir le profil des groupes défavorisés, évaluer les obstacles que rencontrent les groupes défavorisés et vulnérables pour accéder aux services de lutte antituberculeuse, intervenir pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins, s'occuper des situations et des groupes de population qui exigent une attention particulière, mobiliser des ressources en faveur de services de lutte antituberculeuse destinés aux pauvres, et évaluer les résultats des activités de lutte antituberculeuse favorables aux groupes démunis et les effets des mesures prises.

2) L'OMS et le programme de lutte contre le SIDA

Ceci dit, le programme spécial de lutte contre le SIDA adopté par le plan mondiale de lutte contre le SIDA présente ainsi deux grands axes : le premier axe, le leadership mondial, collaboration et coopération internationale, et le second axe, soutien aux programmes nationaux

de prévention et de lutte contre le SIDA. Ainsi, l'organisation hiérarchique est représentée comme suit :

Schéma 11 : Représentation hiérarchique du programme spéciale de lutte contre le SIDA de l'OMS



Source : OMS, "Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA", Genève, Organisation mondiale de la santé, 7 décembre 1987.

a) Le leadership mondial : collaboration et coopération

Le but de ce programme à terme est triple : premièrement prévenir la transmission du virus du SIDA, ensuite soigner les sujets infectés par le virus du SIDA, et enfin d'unir les efforts nationaux et internationaux contre le SIDA.⁷¹⁶ L'atteinte de ces buts a mis en synergie et sous la coordination de l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui a activement collaboré avec SPA en vue d'établir les liaisons au niveau national, l'UNESCO qui a activement collaboré à la promotion de l'éducation sur le SIDA dans les écoles,⁷¹⁷ le FISE qui a participé à la consultation sur le VIH et la vaccination systématique des enfants et à la consultation

⁷¹⁶ OMS, "stratégie mondiale de lutte contre le SIDA", Genève, Organisation mondiale de la santé, 7 décembre 1987, p. 2.

⁷¹⁷ Une réunion conjointe UNESCO/OMS de spécialistes de l'éducation a été organisée à Paris du 29 juin au 1^{er} juillet 1987. Elle a formulé un plan d'action concernant l'éducation sur le SIDA (de type classique ou autre) qui a été présenté à la Conférence générale de l'UNESCO à Paris en octobre 1987

sur l'allaitement au sein ou avec du lait de femme et l'infection à VIH ainsi qu'à des réunions nationales de donateurs et autres réunions sur le SIDA, le fond des nations unies pour la population (FNUAP) qui collabore avec SPA en vue d'évaluer le rôle de la planification familiale et des programmes de santé maternelle et infantile dans la prévention du SIDA et les activités de lutte, la banque mondiale qui collabore à des études sur l'impact économique du SIDA dans le monde en développement et son impact démographique, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et les autres associations (l'organisation mondiale du tourisme, *American Foundation for AIDS Research*, le conseil international des infirmière, la fondation Marcel Mérieux, la ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les médias).⁷¹⁸

b) Le soutien aux programmes nationaux : cas du Cameroun

Le soutien du programme au programme national de lutte contre le SIDA au Cameroun est passé par cinq étapes bien précises. On a ainsi distingué : la phase des discussions préliminaires entre le Cameroun et les responsables du programme ; la phase de visite dans le pays ; la phase de soutien immédiat pour les actions d'urgence et l'établissement d'un plan à court terme ; la phase de l'élaboration d'un plan national à moyen terme ; et la phase de soutien technique et/ou financier pour la mise en œuvre du plan national de lutte contre le SIDA.

La coopération entre le Cameroun et l'OMS implique ainsi la mise sur pieds d'un programme national de lutte contre le SIDA, la coopération technique absolue entre les pays membres, et l'échange en toute franchise avec l'OMS et les autres Etats Membres tous les renseignements pertinents et fiables concernant le SIDA et les infections apparentées.⁷¹⁹ Ainsi, en 2001, l'OMS déclarait :

⁷¹⁸ OMS, "stratégie mondiale ... p. 5.

⁷¹⁹ *Ibid.*

Une véritable mobilisation – regroupant programmes nationaux, organisations internationales, société civile, communautés et individus – s’est organisée pour faire face à l’épidémie. Au début, la riposte a été faible et sporadique car l’on ne connaissait encore ni la nature ni l’ampleur de la menace. Puis, l’épidémie progressant, on a mieux compris le réseau complexe de causes et d’effets dont elle est le siège. Une large part d’inconnu demeure, mais il existe désormais un ensemble de certitudes communes sur les mesures essentielles à prendre.⁷²⁰

C’est dire que des progrès ont été faits au fil des années, et des objectifs peuvent désormais être fixés. En 2001, l’objectif premier était de “réduire l’incidence du VIH parmi les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, de 25 pour cent d’ici à 2005”⁷²¹ et donc d’ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance (selon les OMD). Pour se faire, il faut donc mettre sur pieds un programme comportant les aspects prioritaires tels que prévention, soins et soutien, mesures visant à limiter les répercussions, droits de la personne, stratégies à mettre en œuvre, recherche, évaluation. Quant au second objectif, il vise à ce que 95% des jeunes, hommes et femmes, aient accès à l’information, à l’éducation, y compris l’éducation par les pairs et l’éducation concernant le VIH axés sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l’infection à VIH, en pleine collaboration avec les jeunes, les parents, les familles, les éducateurs et les prestataires de soins de santé en 2010 ;⁷²² aussi, toujours la même année 2015), réduire de 50%, la proportion de nourrissons infectés par le VIH en veillant à ce que 80% des femmes enceintes consultant pour des soins prénatals reçoivent des informations, des conseils et autres moyens de prévention de l’infection à VIH.⁷²³

Ainsi, au Cameroun, il est mis sur pieds un service de conseil et dépistage volontaire qui propose à toute personne désireuse de connaître son statut immunologique vis à vis du VIH un test de dépistage, précédé et suivi d’un conseil ; un service de prévention de la transmission mère-enfant du VIH qui prévient de la transmission mère-enfant s’adressent aux femmes enceintes, auxquelles ils proposent des conseils, un test de dépistage et un traitement préventif pour celles qui sont séropositives ; un service de thérapie antirétrovirale qui est un traitement destiné aux adultes ou aux enfants séroposifs, associant au moins trois antirétroviraux ; un service de traitement

⁷²⁰ OMS, “VIH/SIDA : couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001”, Genève, Organisation mondiale de la santé, janvier 2003, p. 1.

⁷²¹ *Ibid.*

⁷²² *Ibid.*, p.2.

⁷²³ *Ibid.*

des infections opportunistes ; un service de prophylaxie des infections opportunistes.⁷²⁴ Ainsi, la prévention passe à plusieurs niveaux : prévenir l'infection par le VIH dans les populations les plus exposées (les professionnels du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les prisonniers), prévention et soins pour les personnes vivant avec le VIH, prévenir lors des circoncisions, prévenir la transmission du VIH dans les établissements de santé, prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer.⁷²⁵ En avril 2014, un plan intitulé “programme VIH/SIDA : parvenir au but”,⁷²⁶ a été mis sur pieds. Ce plan promeut l'utilisation stratégique des ARV pour le traitement et la prévention du VIH, l'élimination des infections à VIH chez l'enfant et extension de l'accès aux traitements pédiatriques, l'amélioration de la riposte du secteur de la santé au VIH dans les populations clés, le développement de l'innovation dans les domaines de la prévention, du traitement et des soins du VIH, l'information stratégique au service d'une intensification efficace de la riposte, et création de liens plus forts entre les résultats obtenus pour le VIH et les autres problèmes de santé liés au VIH.⁷²⁷

3) L'OMS et le programme de lutte contre le paludisme

Le paludisme est l'un des grands problèmes de santé qui ont retenu l'attention de l'OMS depuis la création de l'Organisation. L'action de l'OMS dans la lutte contre le paludisme peut être divisée en période :

a) La première grande période : 1946 à 1978

Cette période est encore subdivisée en 3 sous périodes : celle allant de 1946 à 1954, celle allant de 1955 à 1969, et celle allant de 1969 à 1978.

⁷²⁴ OMS, “VIH/SIDA : couverture de certains services de prévention ... p. 1.

⁷²⁵ OMS, “Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé : rapport de situation 2008”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009, p. 93.

⁷²⁶ OMS, “Programme VIH/SIDA : parvenir au but. plan opérationnel 2014-2015”, Genève, Organisation mondiale de la santé, Avril 2014, p. 7.

⁷²⁷ *Ibid.*

- La première période allant de 1946 à 1954

La première période va de 1946 à 1954.⁷²⁸ Celle-ci est marquée par une prise de conscience internationale du paludisme comme problème sanitaire nécessitant des mesures de riposte immédiates. Dans cette reconnaissance, en 1947 un comité d'expert sur le paludisme a été mis sur pieds, puis un autre en 1948.⁷²⁹ Cette commission a envisagé l'éradication du paludisme en tant que maladie endémique ; cependant, il a remis en cause l'utilisation des insecticides comme méthode employé, du fait de sa toxicité. Ainsi, elle recommande à l'OMS de ne "pas appuyer des programmes ordinaires de lutte antipaludéenne au moyen du DDT qui soient, du point de vue financier, hors de la portée des autorités sanitaires des pays assistés".⁷³⁰ Ceci dit, le comité a émis des directives à suivre par les pays pour lutter contre le paludisme. Il a donc été recommandé la création d'une organisation antipaludique de caractère permanent et des programmes internationaux et nationaux de formation, la diffusion de manuels techniques et l'éducation du public. Il a aussi été recommandé l'utilisation du DDT en tant qu'agent de pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent tout en émettant des réserves. En 1948, l'OMS a entériné ces recommandations. Le comité a ainsi recommandé fortement à l'OMS de former des pulvérisateurs d'insecticide.⁷³¹ Cependant il a émis des réserves par rapport à l'efficacité de cet insecticide à effet rémanent parfois dû à un manque d'expertise de la part des utilisateurs, et même des zones inappropriées.

- La seconde période allant de 1955 à 1969

La seconde période de lutte contre le paludisme va de 1955 à 1969.⁷³² Ceci dit, en 1955, en partenariat avec FISE, l'OMS a préconisé un appui aux programmes nationaux d'éradication du paludisme. Ainsi, désormais l'on n'est plus dans une posture de lutte, mais plutôt dans une perspective d'éradication. Ainsi, la 8^{ème} assemblée mondiale de santé a ainsi incité l'OMS à prendre ses responsabilités et proposer un programme d'éradication. Ceci dit, pour qu'il ait éradication, il faut qu'il ait "arrêt de la transmission du paludisme et la suppression du réservoir

⁷²⁸ OMS, " Le paludisme et l'action de l'OMS", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 67 (4): 347-363, 1989, p. 347.

⁷²⁹ *Ibid.*, p. 347.

⁷³⁰ *Ibid.*, p. 349.

⁷³¹ OMS, " Le paludisme et l'action de l'OMS ... p. 349.

⁷³² *Ibid.*, p. 350

d'infection au moyen d'une campagne limitée dans le temps et portée à un tel degré de perfection que, lorsqu'elle prend fin, la reprise de la transmission n'est plus possible.”⁷³³ Ainsi, l’OMS a mis sur pieds des centres internationaux de formation à l'éradication du paludisme, cependant le plus grand nombre de ce personnel était formé dans les pays avec l'appui de l’OMS. L’OMS s’est aussi chargée de coordonner les politiques des agences internationales d'assistance collaborant au programme, de cela est né un programme mondial d'évaluation et d'essais de nouveaux insecticides.⁷³⁴ Cependant, devant les faiblesses des systèmes de santé des pays pauvres, des programme pilote, pilotés par l’OMS ont été mis sur pieds. Ceux-ci ont vu des interruptions de la maladie notamment au Cameroun, qui est l’un des pays d’Afrique subsaharienne les plus touché. Cependant, le programme a rencontré des difficultés, notamment l'exophilie ou la résistance des vecteurs, les mouvements de population, l’absorption des insecticides par certains matériaux de construction, la résistance aux médicaments et la toxicité de la dieldrine souvent utilisé. C’est dans ce contexte que le concept de “zone difficile” est né courant 1960.⁷³⁵

- **La troisième période allant de 1969 à 1978**

La troisième période de la lutte antipaludique va de 1969 à 1978.⁷³⁶ Durant cette période, l’OMS a réaffirmé que l'éradication était possible avec les moyens connus, malgré les difficultés à surmonter. L’OMS a ainsi analysé les programmes nationaux afin de mesurer leur efficacité dans l’atteinte de l’objectif d'éradication. Cependant, il n’a été proposé aucune directive à suivre et, devant les difficultés rencontrées tels que l’augmentation des prix des insecticides et des transports, les programmes nationaux se sont vus de plus en plus affaibli ; à ce propos, Najera déclare “plusieurs pays ont essayé d'intégrer des programmes d'éradication du paludisme d'une efficacité toute relative ... il s'en est suivi une détérioration de la situation et un mouvement de retour vers l'approche verticale de la lutte antipaludique.”⁷³⁷

b) Le seconde grandes période : 1978 à 2015

⁷³³ OMS, “ Le paludisme et l'action de l’OMS ... p. 351.

⁷³⁴ Wright, J.W., “The WHO programme for evaluation and testing of new insecticides”, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 44: 11-22, 1971, p. 13.

⁷³⁵ De Zulueta, J. & Garrett-Jnes, C.G. *An investigation of the persistence of malaria transmission in Mexico. American journal of tropical medicine and hygiene*, 63-77, 1965, p. 68.

⁷³⁶ OMS, “ Le paludisme et l'action ... p. 354.

⁷³⁷ *Ibid.*, p. 355.

Une fois de plus, cette période est subdivisée en deux sous parties : celle allant de 1978 à 1999, et celle, et celle allant de 2000 à 2015.

- **La quatrième période allant de 1978 à 1999**

La quatrième période va de 1978 à 1999.⁷³⁸ Durant cette période, la principale difficulté était les pays en voie de développement, car ayant un système de santé sous développé. Ainsi, lors de la 38^{ème} Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS a adopté une stratégie de lutte antipaludique visant à réduire la mortalité et les conséquences sociales et économiques négatives de la maladie, à prévenir ou maîtriser les épidémies et à protéger les zones exemptes de paludisme, l'objectif ultime étant donc de parvenir à l'éradication de la maladie dans tous les cas où cela était possible.⁷³⁹ Une stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, basée sur quatre principes a été définie en 1992 par la conférence ministérielle d'Amsterdam. Ces quatre principes sont : le diagnostic et le traitement rapide des cas ; la prévention et la lutte antivectorielle ; la prévention et l'endiguement des épidémies ; et le renforcement des capacités nationales, notamment les systèmes de santé.⁷⁴⁰

- **La cinquième période allant de 2000 à 2015**

La cinquième période va de 2000 à 2015 avec l'objectif des OMD qui est "d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencé à inverser la tendance actuelle",⁷⁴¹. Cette période est axée sur la prévention et la prise en charge. Ainsi, on distingue trois directives : la première est la lutte antivectorielle, qui consiste à stopper la transmission du parasite par le moustique vecteur de l'être humain au moustique, puis à nouveau à l'être humain, ce qui permet de réduire la charge de morbidité. Les principales interventions sont l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ou la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) et, à certains endroits, la lutte antilarvaire ; la seconde directive est la chimioprévention, qui élimine l'infection dans le sang chez l'être humain et prévient la maladie ; enfin, la dernière directive la prise en charge des cas, qui consiste à diagnostiquer et à traiter rapidement les infections au moyen de médicaments antipaludiques appropriés. Cela permet de

⁷³⁸ OMS, " Le paludisme et l'action de l'OMS ... p. 355.

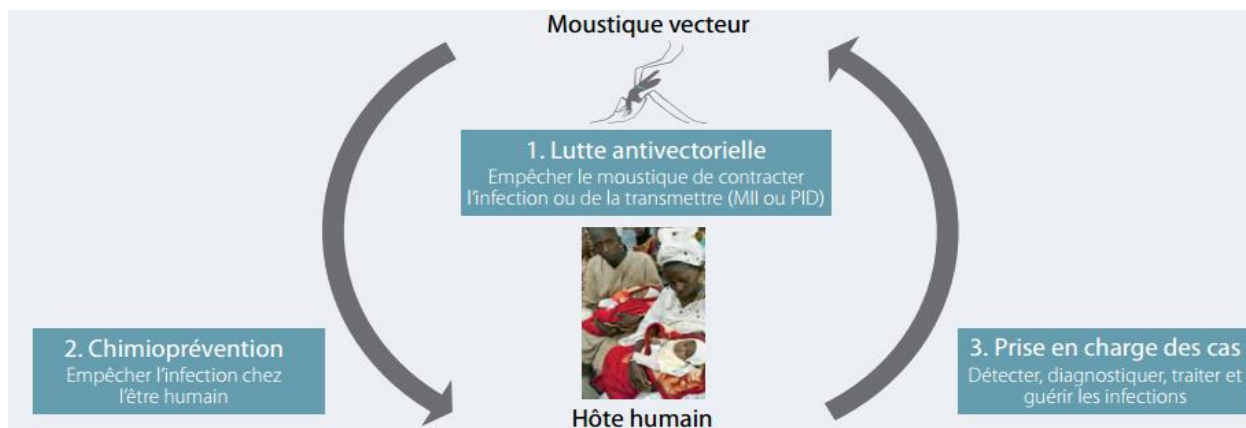
⁷³⁹ *Ibid.*

⁷⁴⁰ H. Nana Tomen, " le paludisme dans le bassin nyong-sanaga : connaissances et stratégies de lutte", Rapport rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'Application de la Statistique, Institut Sous-régional de Statistique et d'Économie Appliquée, 2008, p. 23.

⁷⁴¹ OMS et UNICEF, "Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015", Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015, p. 5.

diminuer la possibilité d'évolution de la maladie vers une forme aiguë ou mortelle.⁷⁴² Le schéma ci-contre nous permet davantage d'apprécier ces directives :

Schéma 12 : Principales stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme



Source : OMS et UNICEF, "Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015", Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015.

La stratégie de prévention du paludisme commence donc par la lutte contre le vecteur qui transmet la maladie. Elle passe ainsi par l'utilisation de moustiquaires imprégnées permettant de protéger les entrées de maison (fenêtres) et les espaces de couchage. La lutte anti vectorielle est suivie par la chimio prévention qui est une technique permettant d'empêcher la contamination et le développement de la maladie chez l'homme. Enfin, la dernière phase de la stratégie est la prise en charge des cas, qui nécessite un traitement du malade par l'administration de la molécule adéquate pour combattre la maladie.

⁷⁴² OMS et UNICEF, "Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015", ... p. 5.

II. LES GRANDES ENDEMIES ET L'ATTEINTE DES OMD : CAS DU CAMEROUN

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) vise à améliorer le bien-être de l'Homme en réduisant la pauvreté, la faim dans le monde et la mortalité infantile et maternelle, en garantissant l'accès à l'enseignement et l'éducation pour tous, en contrôlant et en gérant les épidémies et les maladies, en abolissant la discrimination entre les sexes, en assurant un développement durable et en établissant des partenariats à l'échelle mondiale. Ceux-ci furent approuvés par les gouvernements aux Nations Unies en septembre 2000.⁷⁴³ En tout, on distingue 8 objectifs principaux dont trois qui sont directement liés à la santé. Il s'agit des objectifs 4 (réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans), l'objectif 5 (améliorer la santé maternelle) et l'objectif 6 (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres grandes maladies). En 2015, le système de santé du Cameroun avait déjà éradiqué, avec la supervision de l'OMS, les grandes endémies telles que la variole, la dracunculose, et la lèpre. Les autres grandes endémies comme la poliomyélite, l'onchocercose, et la trypanosomiase humaine africaine sont encore, en 2015 en cours d'éradication. C'est dire que les objectifs sanitaires de l'OMS concernent principalement la tuberculose, le paludisme, et le VIH/sida qui sont les grandes endémies en expansion dans le monde en général, en Afrique subsaharienne et au Cameroun en particulier.

L'objectif numéro 6 "combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres grandes maladies", renferme deux sous objectifs. Il s'agit "d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle" et "d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle".⁷⁴⁴ La tuberculose quant à elle a été déclarée comme "urgence mondiale" en 1993 par l'OMS et la lutte contre cette maladie fut introduite dans les OMD comme grande maladie aux côtés du paludisme et du VIH/SIDA en 2000.⁷⁴⁵

⁷⁴³ <https://www.greenfacts.org/fr/glossaire/mno/objectifs-millenaire-developpement-OMD.html>, consulté le 24 mars 2020.

⁷⁴⁴ *Ibid.*

⁷⁴⁵ C. Lienhardt, "La tuberculose dans le monde aujourd'hui : enjeux, recherche et perspectives" *Santé internationale*, 2011, p. 59 à 74

Photo 8 : Objectifs du millénaire pour le développement



Source : <https://www.un.org/fr/africa/osaa/peace/mdgs.shtml>, consulté le 21 décembre 2020.

1) Stopper la propagation et inverser la tendance du nombre de cas du VIH/sida notifier entre 2000 et 2015

Le SIDA est l'une des maladies qui préoccupe la communauté internationale. Elle interpelle davantage les organisations sanitaires internationales et les systèmes de santé nationaux. Les OMD ont ainsi mis un accent particulier sur cette maladie non pas pour l'éradiquer en 2015, mais surtout pour la maîtriser. Le Cameroun, en tant qu'Etat membre de l'OMS, est partie de cet objectif à atteindre pour 2015.

a) Généralité sur le SIDA au Cameroun

Le syndrome d'immunodéficience acquise, plus connu sous son acronyme SIDA, est considéré comme un ensemble de symptômes ayant pour origine à la destruction de cellules du système immunitaire par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).⁷⁴⁶ Le VIH est ainsi le virus responsable du SIDA. Après la découverte du virus causant le SIDA en 1983, le premier cas

⁷⁴⁶ https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=sida_pm, consulté le 28 février 2020.

est rapporté deux ans plus tard au Cameroun, en 1985. Entre 1985 et 1986, 21 cas sont répertoriés contre 604 en 1991. Ces cas sont répertoriés comme suis :

Tableau 63 : Répartition des cas de SIDA entre 1985 et 1986 au Cameroun

Tranches sociales	Taux de contamination
Milieu urbain	62%
Chômeurs	24%
Salariés	20%
Commerçants	15%
Fonctionnaires	11%
Niveau d'étude secondaire	50%
Niveau d'étude universitaire	6,5%

Source : Nous à partir de OMS, "Relevé épidémiologique N ° 20", Genève, Organisation mondiale de la santé, 1992, p. 145.

Le nombre de cas allait donc progressivement crescendo, touchant davantage les populations les plus démunies et les moins instruit. En 1994 le nombre de cas atteindre 1761, Ce nombre va presque tripler en 1997 et atteindre 3950, puis en 1998, 6843 nouveaux cas seront détectés.⁷⁴⁷ En 1999, on compte un nombre total de 18986 cas.⁷⁴⁸ Il est ainsi de constater que la maladie a rapidement gagné du terrain tant au niveau vertical d'horizontal. En un peu plus de 20 ans, le sida est déjà considéré comme un fléau au Cameroun. En 2000, on estime à 18986 le nombre de personnes vivantes avec le VIH/SIDA.⁷⁴⁹ Ce nombre n'a cessé de grimper car en 2001, ce

⁷⁴⁷ H. B. Koubemba Mona, "Analyse du statut sérologique au VIH /SIDA et de ses déterminants chez les femmes enceintes au Cameroun", Mémoire d'ingénieur d'application de la statistique (IAS), Institut sous régionale de statistique et d'économie appliquée (ISSEA), 2010, p. 40.

⁷⁴⁸ OMS, "Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 47", Genève, Organisation mondiale de la santé, 26 novembre 1999, p. 402.

⁷⁴⁹ *Ibid.*, p. 383.

nombre va franchir la barre de 929000 cas.⁷⁵⁰ Le nombre de nouvelles infections reste croissant au fil des années et se situe à 51315 cas en 2010 soit 55,8% contre 44,2%.⁷⁵¹ Ainsi, jusqu'en 2015, le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est de 4,3%.⁷⁵² A ce sujet, Biatcha Jean Stéphane, alors secrétaire exécutif des Synergies africaines déclare “la pandémie de SIDA demeure la grande épreuve de notre temps”.⁷⁵³ Le combat contre cette maladie est ainsi mené au Cameroun depuis 1985, date du dépistage du tout premier cas sur le territoire.

L'engagement du Cameroun auprès de l'OMS dans la lutte contre le SIDA a une fois de plus été martelé par le président Biya Paul, lorsqu'il déclarait dans son discours du 27 septembre 2007 lors de la 62^{ème} Assemblée Générale des Nations Unies à New York : “il me semble en effet capital que tous les efforts nécessaires soient déployés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement... Il est primordial que les engagements pris soient tenus dans toute la mesure du possible”.⁷⁵⁴ C'est dans cette logique que le Président de la République avait déjà dès 1999, érigé la lutte contre le VIH au rang des priorités nationales. Ainsi, le Cameroun s'est doté de en 2001 d'un programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS), d'un plan stratégique de lutte contre le SIDA, multisectoriel et décentralisé, impliquant fortement la société civile, le secteur privé et les communautés pour une période allant de 2006 à 2010 ;⁷⁵⁵ enfin, en 2011, le Cameroun a mis sur pieds un plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, sur une période allant de 2011 à 2015.⁷⁵⁶

⁷⁵⁰ OMS, “VIH/SIDA : couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001”, Genève, Organisation mondiale de la santé, Janvier 2003, p. 2.

⁷⁵¹ MINSANTE, “Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST, 2011-2015”, 2010, p. 25.

⁷⁵² J-M. Nkoussa, “VIH/SIDA : 4,3% de taux de prévalence en 2015”, cameroon-info.net, consulté le vendredi 4 décembre 2015.

⁷⁵³ *Ibid.*

⁷⁵⁴ Comité national de lutte contre le sida, “Mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA”, rapport de progrès n°3, 2008, p. 21.

⁷⁵⁵ *Ibid.*

⁷⁵⁶ Comité national de lutte contre le sida, “ Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2011 – 2015”, Août 2010.

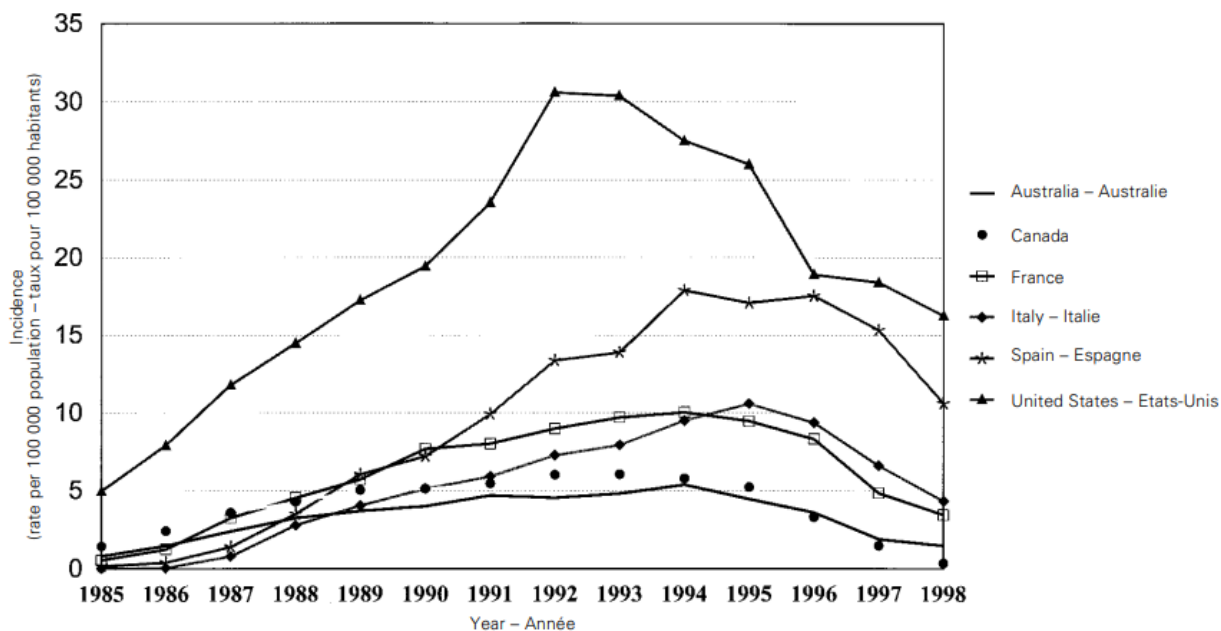
b) Le SIDA et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance entre 2000 et 2015

L'analyse de l'atteinte des OMD en ce qui concerne la lutte contre le SIDA en 2015 sera évaluée en deux étapes. D'une part l'impact sera mesuré à l'échelle mondiale, d'autre part elle sera évaluée au niveau du Cameroun.

i) Stopper la propagation du SIDA et inverser sa tendance dans le monde entre 2000 et 2015

La maîtrise et la diminution du nombre de cas du VIH/SIDA dans le monde s'est faite à double vitesse. Déjà en 1998, la plus part des pays industrialisés avaient déjà commencé à inverser leur tendance. Il s'agit notamment du Canada, de la France, de l'Australie, des Etats Unis d'Amérique, de l'Italie, et de l'Espagne, comme nous le montre le graphe suivant :

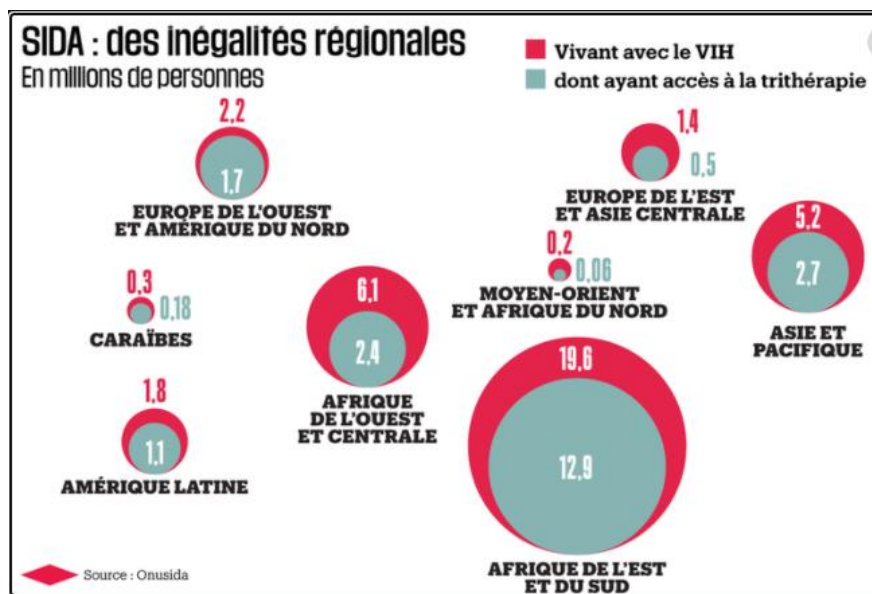
Graphique 41 : Chute des cas notifiés de SIDA dans certains pays industrialisés



Source : OMS, "Relevé épidémiologique hebdomadaire N°48", Genève, Organisation mondiale de la santé, 3 décembre 1999.

Les variations observées dans cette courbe s'expliquent par le fait que ces pays disposent d'un système de santé développé et grand nombre de personnes séropositives ont accès aux rétroviraux comparés aux pays pauvres, comme le montre le graphique ci-contre :

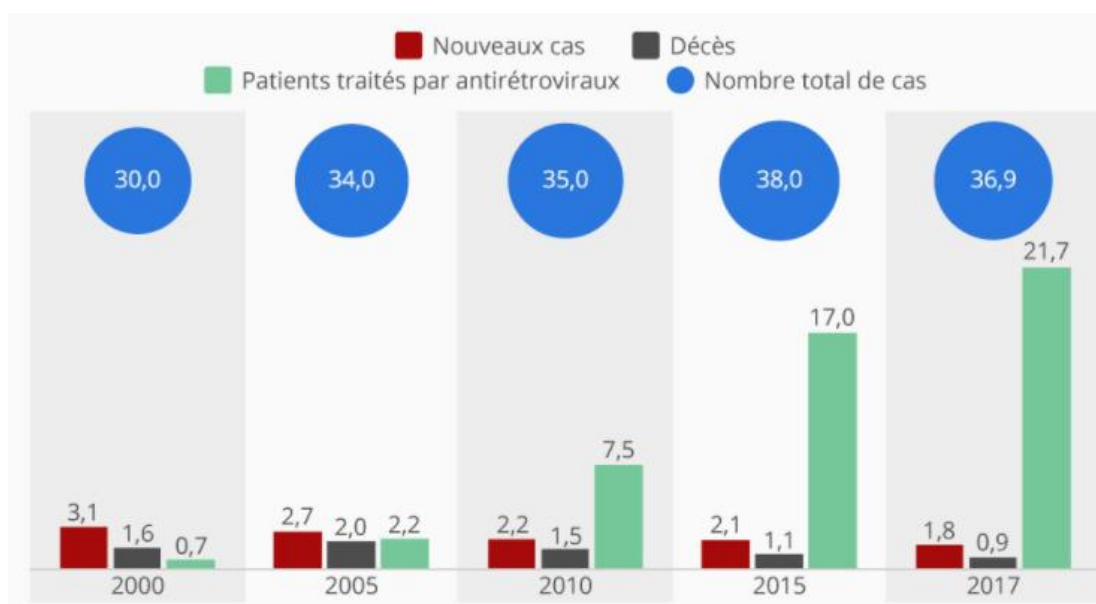
Graphique 42 : Proportion de personnes ayant accès aux antirétroviraux par région dans le monde



Source : https://www.liberation.fr/france/2018/07/19/les-chiffres-du-sida_1667496, consulté le 23 novembre 2020.

On peut donc constater que dans les régions telles que l'Europe et l'Amérique du Nord, sur 2,2 personnes infectées, 1,7 ont accès à une thérapie ; par contre en Afrique de l'Ouest et Centrale, sur 6,1 personnes contaminées, seulement 2,4 suivent une thérapie contre la maladie. Cependant, d'une manière générale, la tendance générale du nombre de cas est à la baisse, malgré une évolution en dents de scie entre 2000 et 2016, comme nous le représente le graphique ci-dessous :

Graphique 43 : Evolution du nombre de cas de SIDA notifié entre 2000 et 2016 (en million)



Source : <https://fr.statista.com/infographie/16232/chiffres-lutte-mondiale-contre-le-sida-vih/>, consulté le 23 novembre 2020.

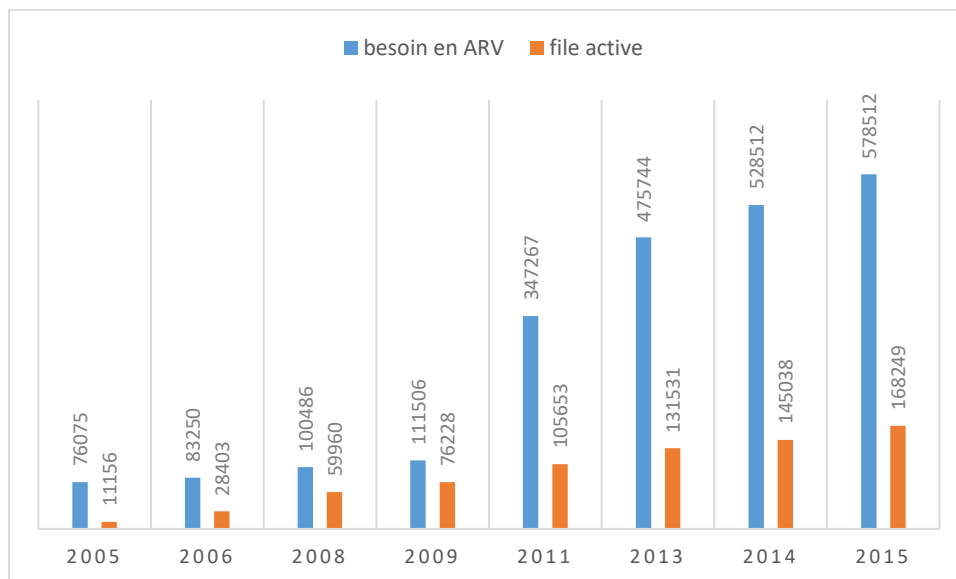
Le graphique ci-dessus nous montre ainsi que cette tendance à la chute du nombre de cas notifié est due à l'augmentation du taux de nombre de personnes pris en charge. Ainsi, cette prise en charge a directement influencé sur le nombre de décès qui est passé de 1,6 million en 2000 à 1,1 million en 2015. Aussi, les efforts consentis par l'OMS et ses partenaires ont ainsi fait chuter le nombre de nouvelles contaminations de 3,1 million en 2000 à 2,1 million en 2015. D'une manière générale donc, on assiste à une tendance générale à la baisse du nombre de personne vivant avec le VIH/SIDA en 2015, telle que fixé par l'objectif numéro 6 des OMD.

ii) Stopper la propagation du SIDA et inverser sa tendance au Cameroun entre 2000 et 2015

L'impact du programme de l'OMS de lutte contre le VIH/SIDA a eu un retentissement dans tous les pays. Cependant, la tendance générale observée dans le monde n'est pas toujours le

cas dans les pays partis. On peut donc constater que le nombre de personne vivant avec le VIH sous ARV est en nette croissance au Cameroun, comme l'indique le graphe suivant :

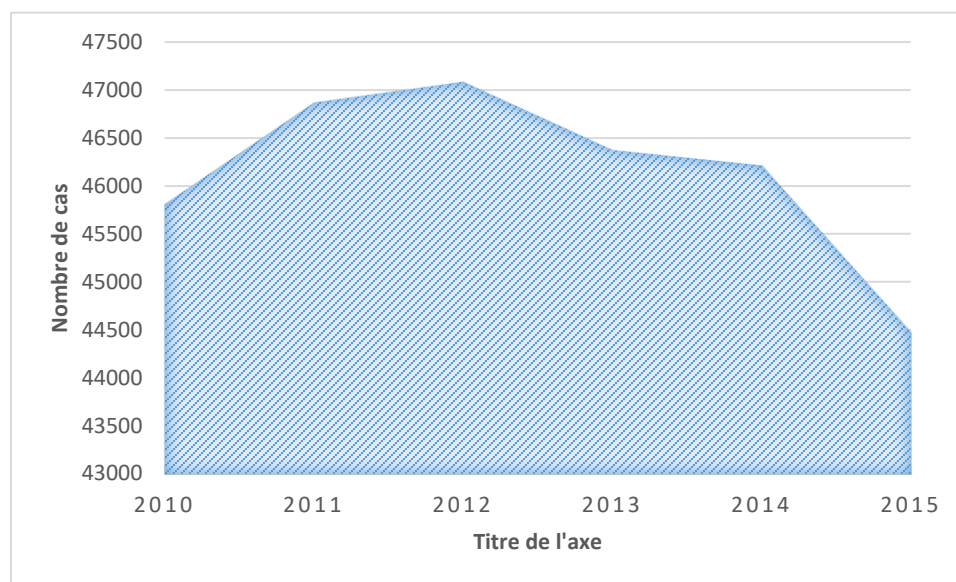
Graphique 44 : Besoins et personnes sous ARV au Cameroun entre 2005 et 2015



Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun”, 2016 p. 75.

Le graphique ci-dessus nous montre ainsi les efforts du système de santé pour prendre en charge les personnes vivantes avec le VIH/sida (PVVIH/sida). Il ne s'agit donc d'un constat positif, car si plus de personnes ont accès aux ARV, cela inclus que davantage effort sont fournis par les pouvoirs publics pour prendre en charge les personnes vivantes avec la maladie. Ceci dit, cette prise en charge a donc permis de renverser la courbe évolutive des PVVIH/sida, comme nous le montre la courbe ci-contre :

Graphique 45 : Evolution du nombre de cas de nouvelles infections VIH 2010-2015 au Cameroun

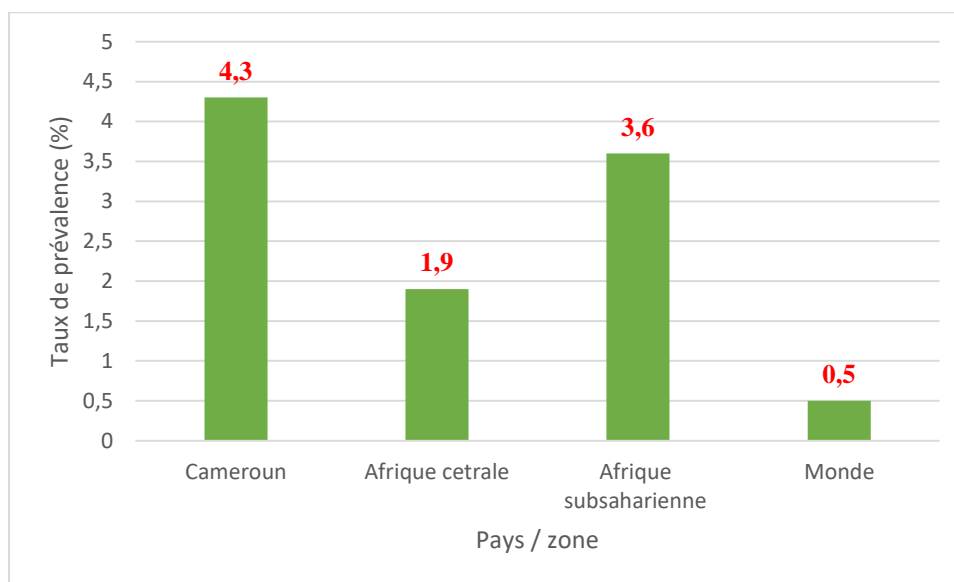


Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun”, 2016, p. 75.

La cible qui était donc d’inverser la tendance des nouveaux cas est atteinte car, on est quitté de 45810 nouveaux cas en 2010, pour 44477 cas en 2015. C’est dire qu’on note un nombre de moins en moins important de nouveaux cas. Ceci dit, malgré les légères pics de 2011 et 2012, l’OMS avec son partenaire pays le Cameroun ont atteint l’objectif fixé des OMD en ce qui concerne la pandémie du SIDA. La maladie a donc non seulement été maîtrisée, mais aussi la tendance générale est à la baisse. Le pays se place ainsi en bonne voie pour une possible éradication future même si comparé aux données mondiales, le Cameroun ne fait pas bonne figure. En 2014, la prévalence du SIDA au Cameroun est de 4,30%, contre 1,90% en Afrique centrale, 3,60% en Afrique subsaharienne, et de 0,5% dans le monde.⁷⁵⁷ Le graphique ci-contre permet de davantage observer ces données :

⁷⁵⁷ MINSANTE, “Profil sanitaire analytique ... p. 75.

Graphique 46 : Prévalence comparée de VIH - SIDA en 2014



Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 – Cameroun”, 2016, p. 75.

Ainsi, malgré les résultats encourageants enregistrés par le Cameroun dans le cadre des OMD, le chemin à parcourir reste encore long, comparé aux données mondiales. La prévalence du VIH-SIDA au Cameroun reste 8 fois plus élevée au Cameroun que dans le reste du monde en général, et sensiblement le double de celle de l’Afrique centrale.

1) Stopper la propagation et inverser la tendance du nombre de cas de tuberculose notifiés entre 2000 et 2015

La tuberculose est une maladie qui, généralement est parallèlement combattue avec le SIDA. L’engagement pris par le Cameroun par rapport au SIDA pour 2015 est ainsi similaire, voire identique que celui pris par rapport à la tuberculose. Il s’agit donc de maîtriser la maladie, de stopper sa progression, et d’inverser la courbe de notification des cas de contamination.

a) Généralité sur la tuberculose au Cameroun

Jusqu'en 1988 la lutte contre la tuberculose était entièrement supportée et financé par le MINSANTE, du diagnostic au traitement et même l'hospitalisation ; les soins étaient donc totalement gratuits.⁷⁵⁸ La crise économique et financière qui a frappé le Cameroun à la fin des années 1990 a entraîné un effondrement du budget de fonctionnement du MINSANTE se traduisant ainsi entre autres par la cessation de la gratuité de la prise en charge des malades tuberculeux⁷⁵⁹. La réorientation globale de la politique de la santé pendant cette période a permis l'opérationnalisation du District de Santé qui a pris le relai de la prise en charge des malades tuberculeux au niveau périphérique. En 2002, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été reconnu comme programme prioritaire du MINSANTE. Il a été rattaché au cabinet du MINSANTE suite à la réorganisation du programme en 2002 avec la création du Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT), son Groupe Technique Central (GTC) et ses unités décentralisées.⁷⁶⁰

En 1996, le Cameroun a mis sur pieds le Programme National de Lutte Contre la Tuberculose, programme qui a atteint une couverture nationale en 2002.⁷⁶¹ Cependant, en 2012, le Cameroun a mis sur pieds un programme national révisé de lutte contre la tuberculose.⁷⁶²

La mise en œuvre du programme était ainsi diligentée en trois niveaux : le niveau central qui a pour mission la définition des grandes orientations et des objectifs généraux de lutte contre la tuberculose ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires, le niveau intermédiaire qui a pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au niveau régional. Enfin, nous avons niveau périphérique qui a intégré la lutte contre la tuberculose au niveau du district de santé dans le paquet minimum d'activités. Le district est ainsi la base de l'organisation de la lutte antituberculeuse.⁷⁶³

⁷⁵⁸ MINSANTE, "Programme national de lutte contre la tuberculose : guide technique pour les personnels de santé", 2012, p. 2.

⁷⁵⁹ *Ibid.*

⁷⁶⁰ *Ibid.*

⁷⁶¹ J. Noeske, A. Nana Yakam, J-L. Abena Foe, "National Tuberculosis Programme, Yaounde", Faculty of Economics Sciences and Applied Management, University of Douala, 2016, p. 3.

⁷⁶² MINSANTE, "Programme national de lutte contre la tuberculose"... p. 3.

⁷⁶³ *Ibid.*, p. 8.

b) La tuberculose et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance entre 2000 et 2015

L'impact du programme de l'OMS pour la lutte contre la tuberculose dans le monde peut être observé à deux niveaux : au niveau mondial et au niveau nationale. Il s'agit ainsi de comparer la tendance observé dans le monde à la tendance observé particulièrement au Cameroun.

i) Stopper la propagation de la tuberculose et inverser la tendance dans le monde entre 2000 et 2015

L'atteinte de cet objectif dans le monde ne fut pas très aisée. Les chiffres indiquant le nombre de cas notifié par année se juxtaposent. Cependant, on peut conclure que la maladie est maîtrisée, mais on a ainsi du mal à observer une véritable baisse du nombre de cas notifié des personnes diagnostiqué atteinte de la maladie. Le tableau suivant permet de mettre en exergue cet état des faits :

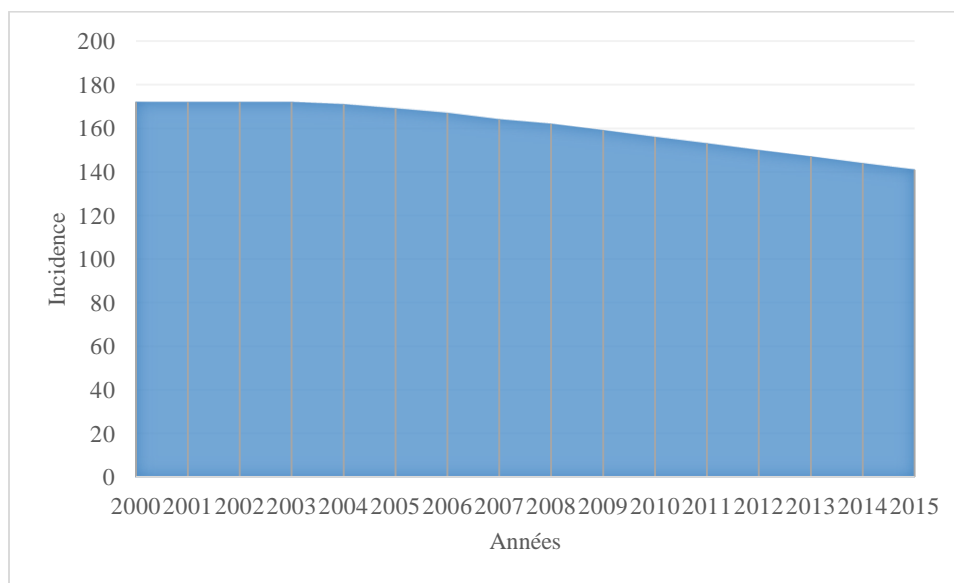
Tableau 64 : Incidence de la tuberculose dans le monde (pour 1000 personnes)

Années	Incidences
2000	172
2001	172
2002	172
2003	172
2004	171
2005	169
2006	167
2008	162
2009	159
2010	156
2011	153
2012	150
2013	147
2014	144
2015	141

Source : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?view=map>, consulté le 23 novembre 2020.

Le tableau ci-dessus montre ainsi qu'entre 2000 et 2015, l'incidence de la tuberculose pour 1000 n'a variée que de 31. L'inversion de la courbe ne fut donc pas abrupte. Cependant, on pourra noter une légère inclinaison de cette dernière, comme nous le montre le graphe ci-dessous :

Graphique 47 : Incidence de la tuberculose dans le monde (pour 1000 personnes)



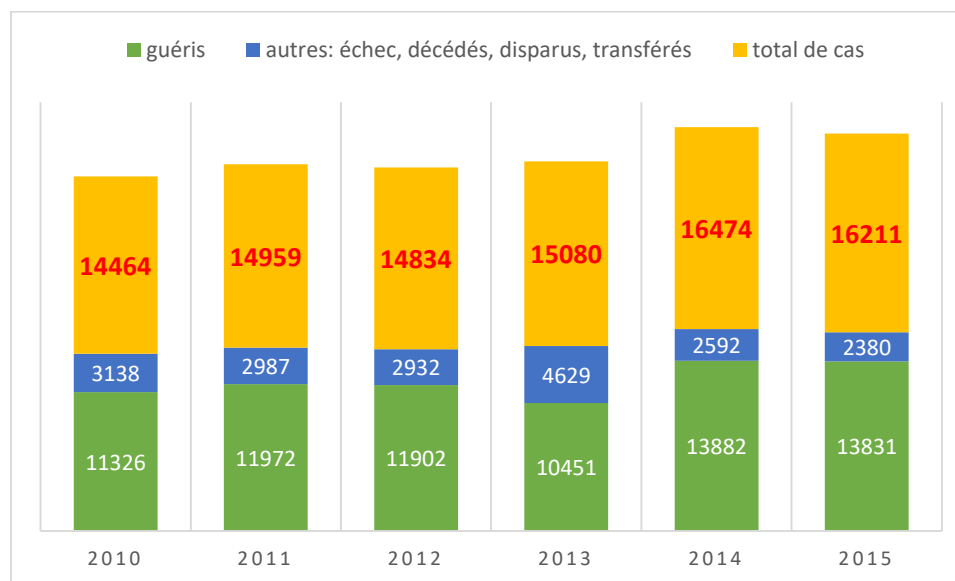
Source : Nous, à partir de <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?view=map>, consulté le 23 novembre 2020.

Malgré la finesse de la tendance, le pari de maîtriser la maladie et d’inverser la courbe de notification dans le monde entre 2000 et 2015 a été tenu par l’OMS. On note une nette inversion de courbe à partir de 2004, soit vers la fin de la première phase du plan d’élimination 1993 – 2005, avec le lancement de la stratégie DOST. Ainsi, à partir de 2004, la courbe est descendante.

ii) **Stopper la propagation de la tuberculose et inverser la tendance au Cameroun entre 2000 et 2015**

D’une manière générale, les résultats escomptés furent très mitigés. Ainsi, on note des différences entre les prévisions faites en 2000 et les réalisations en 2015. Cependant, le nombre de nouveaux cas enregistrés au Cameroun reste sensiblement en stagnation entre 2010 et 2015. C’est dire que la cible d’inverser la tendance du nombre de nouveaux cas de tuberculose n’est pas encore atteinte si non très légèrement, comme nous le présente le graphique suivant :

Graphique 48 : Evolution des nouveaux cas de tuberculose au Cameroun de 2010 à 2015



Source : Nous à partir de MINSANTE, "Profil sanitaire analytique 2016- Cameroun", 2016, p. 76.

On peut constater dans le graphique ci-dessus nous instruit sur le nombre de cas entre 2010 et 2015 au Cameroun. Ainsi, en 2010, on a recensé 14464 cas entre 2011 et 2013, ce chiffre est en ballottage puis, en 2014, le nombre de cas monte à 16474, puis en 2015 à 16211. Ainsi, le chemin reste à parcourir pour atteindre les OMD car bien que les données mondiales soient prometteuses, celles du Cameroun ne semblent pas suivre le rythme. Ainsi, entre 2010 et 2015, on note une évolution du nombre de cas en dents de scie. Cette courbe peut laisser entrevoir un contrôle de la maladie dans le pays durant cette période, cependant l'on ne saurait formellement parler d'une inversion catégorique de la courbe.

2) Stopper la propagation et inverser la tendance du nombre de cas de paludisme notifier entre 2000 et 2015

Le paludisme fait partie des maladies tropicales. C'est une maladie endémique surtout dans les zones ayant un climat tropicale caractérisé par une forte chaleur. Cette maladie sévit ainsi

naturellement en Afrique subsaharienne, et en particulier au Cameroun. C'est ainsi une préoccupation majeure des politiques de santé publique nationale et internationale. Il est ainsi primordial de maîtriser la propagation de la maladie, mais surtout de diminuer progressivement le nombre de cas dans le monde et au Cameroun.

a) Généralité sur le paludisme au Cameroun

Le paludisme est une maladie parasitaire, transmise à l'homme par l'anophèle femelle et causée par un hématozoaire du genre *Plasmodium*. Il est encore appelé malaria, mot originaire de l'italien *mal-aria*, qui signifie air vicié et dérive du latin *paludis* qui signifie marais.⁷⁶⁴ Les premières apparitions cliniques de paludisme réalisé par Hippocrate apparaissent au 5^{ème} siècle avant Jésus Christ.⁷⁶⁵ En 1880, l'agent pathogène de la maladie fut découvert par Alphonse Laveran : le *plasmodium* ; le cycle de ce dernier étant décrit par la suite en 1899 par Grass. Ceci dit, le rôle du moustique dans la transmission de la maladie ne fut mis en avant qu'en 1900, suite aux travaux de Masson.⁷⁶⁶ Au Cameroun, le paludisme est la maladie la plus répandue au sein de la population, et la première cause de contamination et d'hospitalisation en 2013.⁷⁶⁷ À l'exception des zones montagneuses de l'Ouest et du grand Nord où son incidence est faible, le paludisme est endémique sur toute l'étendue du territoire pendant toute l'année.

Les politiques de l'OMS en matière de lutte contre le paludisme ont eu des échos en Afrique en général, au Cameroun en particulier. La lutte contre cette maladie a ainsi débuté dès 1949 dans les villes de Yaoundé et Douala par les services d'hygiène mobile.⁷⁶⁸ Il a été mis en place des vastes campagnes de pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide menées à partir de 1953 qui ont conduit à une interruption momentanée de la transmission au Sud Cameroun.⁷⁶⁹ Depuis la fin des années 1980, le paludisme connaît une résurgence alarmante. En 2002 le ministère de la santé publique

⁷⁶⁴ H. Nana Tomen, "Le paludisme dans le bassin nyong-sanaga : connaissances et stratégies de lutte", Mémoire d'Ingénieur d'Application de la Statistique, Institut Sous-régional de Statistique et d'Économie Appliquée, 2008, p. 19.

⁷⁶⁵ *Ibid.*

⁷⁶⁶ *Ibid.*

⁷⁶⁷ MINSANTE, "Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 ... p. 14.

⁷⁶⁸ H. Nana Tomen, " le paludisme dans le bassin nyong-sanaga ... p. 20.

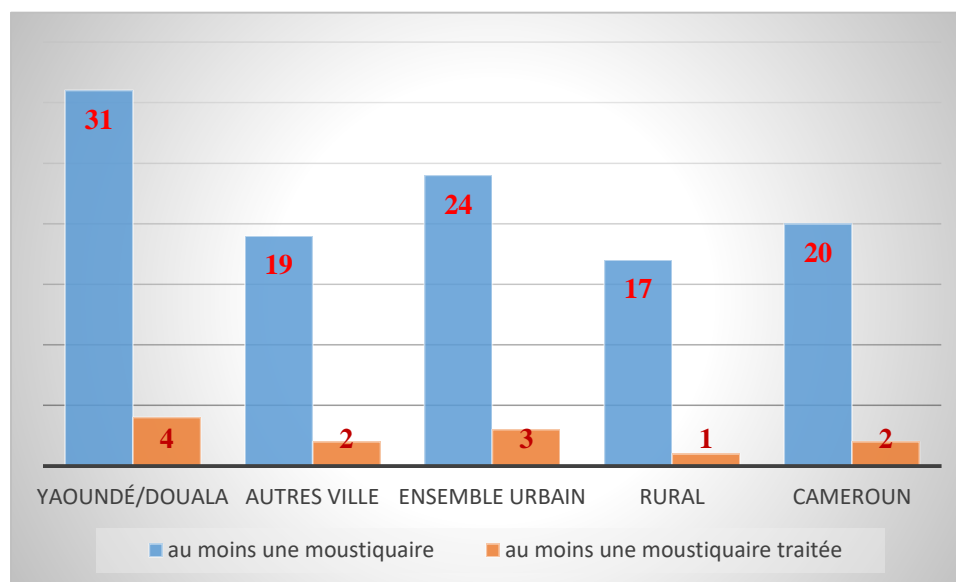
⁷⁶⁹ *Ibid.*

estime à 2 millions le nombre de cas par an, avec 30 à 35 % de décès, dont 40 % d'enfants de moins de 5 ans et, 22 à 23 % des admissions hospitalières sont attribuées au paludisme.⁷⁷⁰ Pour lutter contre cette maladie, le gouvernement du Cameroun a mis en place un plan d'orientation avec les 8 axes stratégiques.⁷⁷¹ Cependant, la moustiquaire reste le principal moyen pour prévenir la maladie. Des campagnes de distribution des moustiquaires sont donc organisées régulièrement. Ceci dit, une étude menée en 2002 a révélé que seule 20% des ménages camerounais possèdent au moins une moustiquaire, et 2% une moustiquaire traitée. Le graphique ci-dessous nous détaille les résultats de la recherche :

⁷⁷⁰ H. Nana Tomen , “ le paludisme dans le bassin nyong-sanaga ... p. 20.

⁷⁷¹ Il s'agit de renforcer la prise en charge des cas à domicile et dans les formations sanitaires publiques et privées ; prévenir le paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte ; promouvoir la lutte contre le paludisme par le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement ; surveiller l'épidémiologie par l'intégration du paludisme dans le système de surveillance intégré des maladies transmissibles, la création d'une banque de données, la création des sites sentinelles pour la surveillance de l'efficacité des antipaludéens, de la résistance des parasites aux insecticides, des épidémies et la réalisation d'autres enquêtes ciblées ; élaborer des plans d'action de lutte contre le paludisme réalistes à tous les niveaux, la supervision, le suivi et évaluation des activités ; mettre en place des formations et recherche opérationnelle ; développer du partenariat pour la lutte contre le paludisme par le renforcement du partenariat avec la communauté, entre formations sanitaires publiques et privées, de la collaboration intersectorielle, de la collaboration avec les ONG, les associations nationales et internationales et les opérateurs privés, et avec les partenaires extérieurs ; et renforcer les capacités institutionnelles par la décentralisation, la coordination, l'intégration, l'appui à la planification opérationnelle, la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la mobilisation des ressources, l'amélioration de la gestion et la bonne gouvernance.

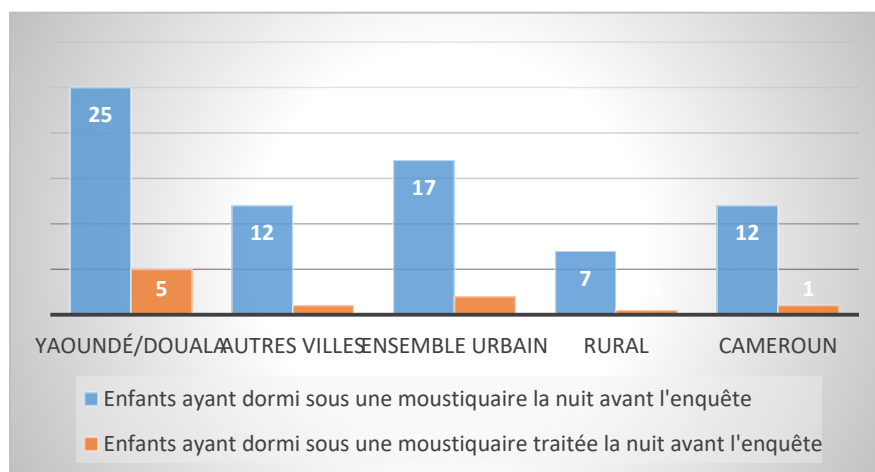
Graphique 49 : Pourcentage de possession de moustiquaires par les ménages au Cameroun en 2002



Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun”, 2016, p. 79.

On peut donc constater que les zones urbaines disposent de plus de moustiquaires que les zones rurales ; et les plus grandes villes du pays (Yaoundé et Douala) ne disposent que d'un pourcentage de 31%. Cependant, de manière plus spécifique, la moustiquaire est prioritairement distribuée au tissu social fragile, à savoir les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, car cette maladie est l'une des causes des enfants de cette tranche d'âge. Et là on peut aussi constater que les chiffres sont faibles, soit 29% dans les métropoles Douala et Yaoundé, 17% en régions urbaines contre 7% en zone rurale et, à l'échelle du Cameroun, seulement 12% des foyers possèdent au moins une moustiquaire, et 1% une moustiquaire traitée. Le graphique ci-dessous permet davantage d'étayer ces données :

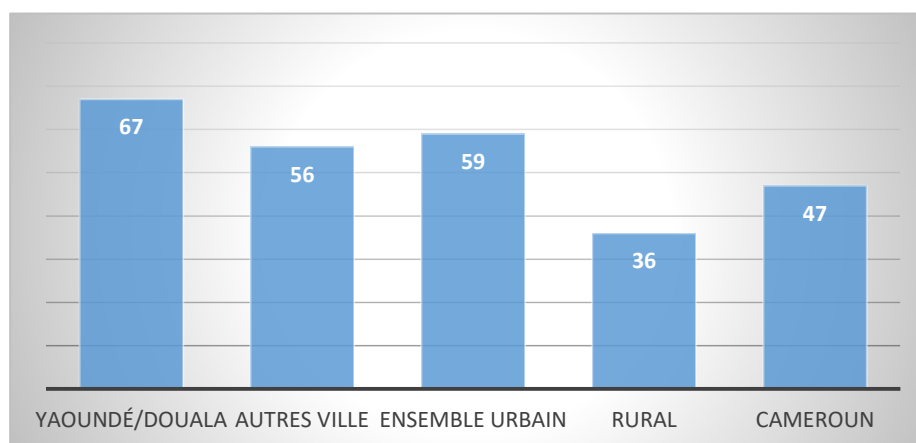
Graphique 50 : Pourcentage Utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans en 2002



Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016- Cameroun”, 2016, p. 79.

Tout comme les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes sont incités à suivre un traitement préventif contre le paludisme. Ainsi, le graphique ci-contre fait état des lieux de l'utilisation du traitement préventif contre le paludisme durant la grossesse en 2002 :

Graphique 51 : Utilisation de traitement préventif contre le paludisme au cours de la dernière grossesse au Cameroun en 2002



Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun”, 2016, p. 79.

On peut ainsi se rendre compte que seul 47% des femmes suivent ce conseil, soit 59% en zone urbaine, contre 36% en zone rurale. Ainsi, d'une manière générale, la prévention au Cameroun contre le paludisme reste très mitigé, du chemin reste encore à parcourir pour parler d'éradication.

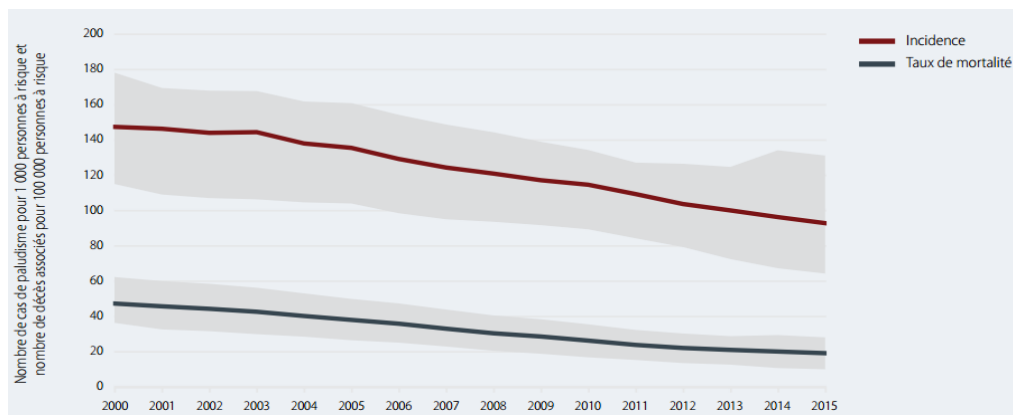
b) Le paludisme et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance entre 2000 et 2015

Tout comme le SIDA et la tuberculose, l'analyse de l'impact des politiques de l'OMS pour la lutte contre le paludisme entre 2000 et 2015 dans le cadre des OMD peut être mesuré à deux niveaux : au niveau mondial et au niveau national.

i) Stopper la propagation du paludisme et inverser la tendance dans le monde entre 2000 et 2015

L'application de ces mesures de lutte contre le paludisme a permis une diminution générale du nombre de cas à travers le monde. On a ainsi vu baisser d'une part le taux d'incidence, et d'autre part le taux de mortalité, comme le montre le graphique suivant :

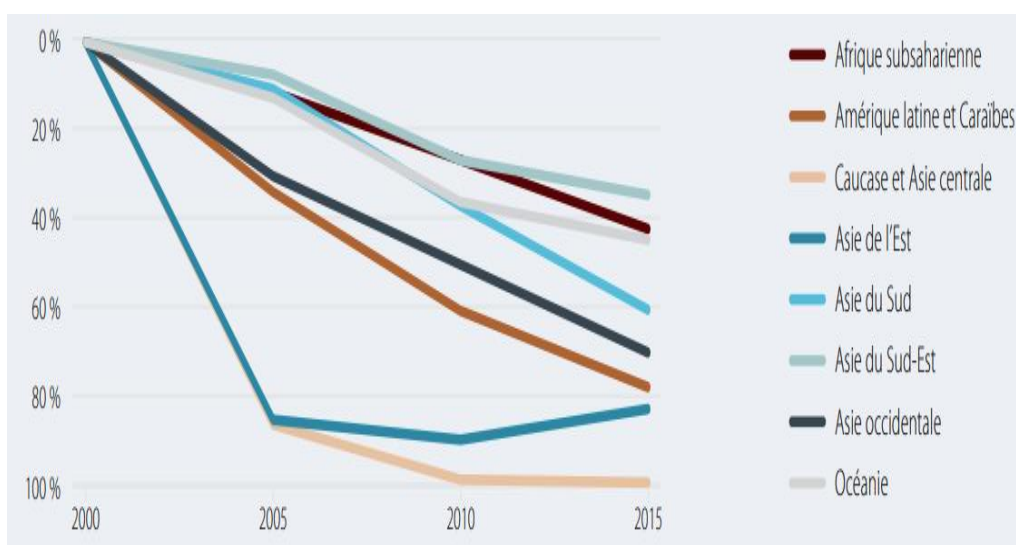
Graphique 52 : Incidence du paludisme et taux de mortalité associée entre 2000 et 2015 au niveau mondial



Source : Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, “Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015, p. 10.

Le graphique ci-dessus laisse entrevoir une courbe descendante du paludisme entre 2000 et 2015 dans le monde tant au niveau du taux d'incidence que du taux de mortalité. D'une manière générale donc, une fois de plus, sur le plan mondial, l'objectif de maîtriser le paludisme et d'en inverser la tendance a été atteint entre 2000 et 2015. Ceci est ainsi observé dans chacune des régions du monde, sauf dans la région d'Asie de l'Est, comme le présente le graphe ci-dessous :

Graphique 53 : Baisse de l'incidence du paludisme par région dans le monde entre 2000 et 2015



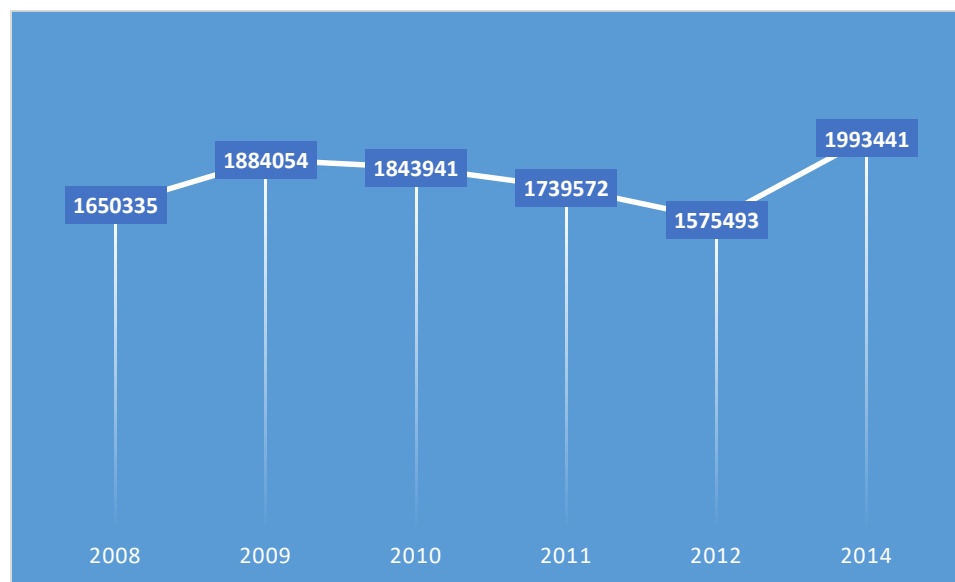
Source : Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, “Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015”, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015, p. 11.

Le graphique ci-dessus montre qu'il existe une différence entre une situation générale et les spécificités qui constituent cette généralité. Ainsi, malgré que la tendance générale du nombre de cas de paludisme notifié soit à la baisse, il existe des régions, telle que l'Asie de l'Est qui peine encore à relever le défi. Qu'en est-il donc du cas particulier du Cameroun ?

ii) Stopper la propagation du paludisme et inverser la tendance au Cameroun entre 2000 et 2015

En 2015, la lutte contre le paludisme suit son cours au Cameroun. Celle-ci est principalement axée sur la prise en charge des cas et la prévention. Cependant, le taux de morbidité hospitalier reste encore très élevé, comme nous le montre le graphe ci-contre :

Graphique 54 : Evolution de morbidité hospitalière liée au paludisme 2008-2014



Source : Nous à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 – Cameroun”, 2016, p. 79.

On peut constater déjà qu’en 2014, la tendance est fortement à la hausse, quittant de 1650335 en 2008, pour 1993441 en 2014. On note ainsi un fort taux de morbidité avec pour cause le paludisme entre 2008 et 2014. Ceci trahit sans doute une prise en charge problématique, mais surtout une non appropriation d’un environnement sain, prôné par les conférences de promotion de santé. Cependant, le Cameroun ne commence sa notification systématique de cas de paludisme qu’en 2014, à cause de à cause d’une soudaine augmentation des cas dans la région de l’Extrême Nord en 2013 avec un taux élevé de décès. Ainsi, à partir de la 45^{ème} semaine épidémiologique de

2013, les cas suspect de la région de l'Extrême Nord sont notifiés.⁷⁷² Cette notification va s'étendre en 2014 dans l'ensemble des régions du pays, comme nous le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 65 : Nombre de cas suspects de paludisme notifiés par région au Cameroun entre 2014 et 2016

Année	2014		2015		2016		Moyenne annuelle	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Adamaoua	43023	132	58004	152	47024	134	49350	139
Centre	109439	45	146778	40	176990	94	144402	60
Est	43519	20	47505	5	50366	6	47130	10
Extrême Nord	82843	185	73929	132	78085	117	78286	145
Littoral	59358	10	81980	7	102896	40	81411	19
Nord	67952	107	70442	128	70786	139	69727	125
Nord-Ouest	43732	26	49964	23	59348	23	51015	24
Ouest	60916	28	57613	12	62221	9	60250	16
Sud	11202	13	16096	4	17512	9	14937	9
Sud-Ouest	49950	16	67275	9	74781	8	64002	11
National	571934	582	669586	512	740009	579	660510	558

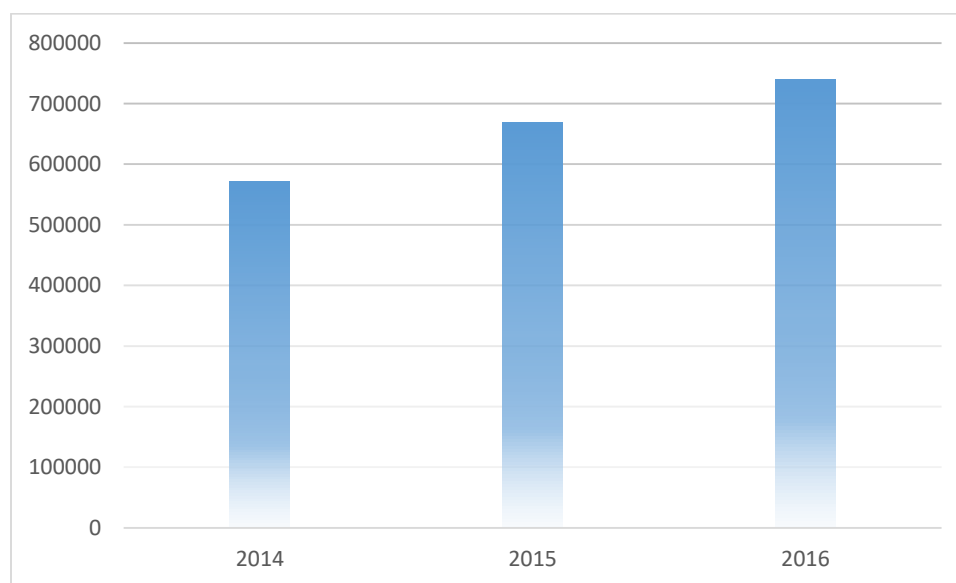
Source : Nous, à partir de OMS, "Relevé Épidémiologique Mensuel du Cameroun n° 16/02", juillet 2016, p. 5.

Le tableau ci-dessus renseigne sur l'évolution du nombre de cas notifié de paludisme par région entre 2014 et 2015. Il nous révèle de prime abord que la région la plus touchée par la maladie est celle du Centre avec 144402 cas en moyenne déclaré par an, contrairement à région du Sud qui

⁷⁷² OMS, "Relevé Épidémiologique Mensuel du Cameroun n° 16/02", juillet 2016, Organisation mondiale de la santé, p. 4.

déclare environ 14937 cas par an. Cependant, le grand nord (Adamaoua, Nord, Extrême Nord) quant à lui possède le plus fort taux de décès dû à la maladie, contrastant ainsi avec un faible taux de notification. Cette situation contraste aussi avec le grand sud qui déclare le plus de cas, contre le moins de décès. Ces fait peuvent être expliqués car les régions du grand sud possèdent non seulement plus d'infrastructure sanitaire que les régions du nord, mais aussi dispose de plus de moyen et d'ouvertures financiers. Cependant, la tendance générale des notifications reste donc crescendo au Cameroun, comme le présente le graphique suivant :

Graphique 55 : Notification de cas de paludisme au Cameroun entre 2014 et 2016



Source : Nous, à partir de OMS, Relevé épidémiologique mensuel du Cameroun n°16/02, juillet 2016, p. 5.

On note ainsi une différence entre la tendance générale et les spécificités de cette généralité. Ainsi, contrairement à la courbe descendant observer dans le monde, au Cameroun l'on observe plutôt une courbe ascendante. C'est dire que les objectifs voulus pour 2015 en pour le paludisme au Cameroun sont un échec, ce pour des raisons qui seront évoquées dans la suite du document. Ceci dit, il convient donc pour l'OMS et le Cameroun de mettre en place des ajustements pour parvenir aux objectifs fixé dans les objectifs du développement durable (ODD).

En somme, la campagne de lutte contre les grandes endémies entrepris par l’OMS dans le cadre des OMD a eu un impact peu reluisant en 2015. Même si l’objectif fixé pour le SIDA a été atteint, celle de la tuberculose reste mitigée, et un constat d’échec est constaté pour le paludisme.

III. ESSAI DE SOLUTION ET PERSPECTIVES

Le résultat mitigé de l’objectif numéro 6 des OMD au Cameroun est cause de plusieurs raisons. Il en va ainsi des difficultés d’accès à l’information, à l’éducation, mais surtout de la faiblesse du système de santé. Cependant des mesures palliatives pourront déblayer le chemin pour les objectifs du développement durable.

1) Essai de solution

Pour parvenir à l’éradication de grandes endémies persistantes ou en cours d’expansion telles que le prévoit les ODD, il nécessite de prendre en compte les manquements observés de 1948 à 2015, et d’en apporter des pistes de solution. Ceci dit, nous recommandons aux responsables sanitaires de :

a) Au niveau du système de santé

Au niveau du système de santé, plusieurs mesures sont recommandées. Ainsi, le système de santé devrait améliorer sa couverture sur tout l’étendue du territoire ainsi qu’un accès routier à toutes les localités du pays; au-delà de la gratuité de l’éducation de base, l’imposer à base des mesures coercitives légales ; adapter les programmes de l’OMS de lutte contre les grandes endémies aux réalités socioculturelles du pays ; promouvoir la recherche et empêcher la fuite des cerveaux en augmentant la visibilité des intellectuels sur la plan international et en les offrant des moyens de mener à bien les recherches ; éduquer davantage les populations sur les comportements à risque ainsi que sur la médecine moderne (sans toutefois abandonnée la médecine traditionnelle) ; rapprocher davantage les formations sanitaires des populations surtout dans les périphériques ;

“développer le pilotage stratégique à tous les niveaux du système afin que chaque acteurs s’inscrive dans la logique d’apprentissage et d’amélioration continue des performances”,⁷⁷³ identifier “les goulots d’étranglement et les défis opérationnels de mise en œuvre des interventions spécifiques”,⁷⁷⁴ “Développer le système nationale d’information sanitaire de routine pour assurer le suivi effectif des interventions de santé, la prise de décision basé sur ces données”,⁷⁷⁵ mettre sur pieds les relevée épidémiologiques fiables, et respecter les engagements pris sur le plan international.

b) Au niveau des rapports entre le Cameroun et l’OMS

Les relations entre le Cameroun et l’OMS sont observables à plusieurs niveaux, notamment sur le plan humain et matériel. D’une manière générale, l’OMS devra renforcer les capacités du Cameroun en matière surveillance et d’alerte en cas de survenance de maladie, former les responsables sanitaires locaux à une meilleure riposte en cas d’épidémie ; œuvrer davantage pour le renforcement du système de santé et la promotion pour un objectif santé pour tous effectif ; et intégrer davantage les responsables et expert des pays en voies de développement d’Afrique subsaharienne dans la prise de décision pour les affaires leurs concernant.

c) Au niveau de l’Etat camerounais

L’Etat camerounais est un acteur essentiel dans le développement de la santé. Ce dernier a ainsi un rôle primordial à jouer dans le processus de promotion de la santé. Concrètement, l’Etat devrait fédérer tous les secteurs d’activité autour des opérations permettant de créer des environnements favorables à la santé, tel que prévu par les conférences/chartes de promotion de la santé, notamment la charte d’Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 et la conférence d’Alma Ata sur les soins de santé primaires de 1978. La promotion de la santé n’est ainsi plus la

⁷⁷³ OMS, “Relevé Épidémiologique Mensuel du Cameroun n° 16/02”... p. 117.

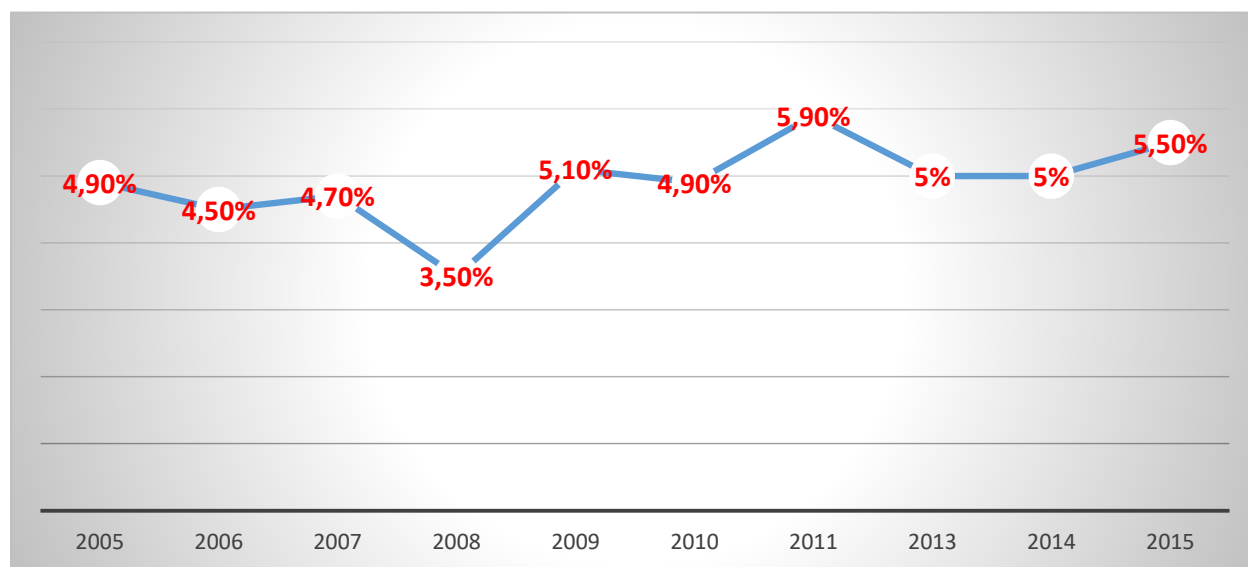
⁷⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁷⁵ *Ibid.*

préoccupation des professionnels de la santé, mais doit désormais être implémenté par tous les secteurs de l'Etat. En plus, l'Etat doit améliorer l'efficacité des dépenses de santé publiques et privées pour obtenir de meilleurs résultats et accroître les ressources, accroître les dépenses publiques de santé par le biais d'une réallocation budgétaire et d'une mobilisation accrue des ressources nationales, réduire les obstacles financiers à l'utilisation des soins de santé et rendre les services de santé abordables pour tous, s'assurer que les personnes pauvres et les travailleurs du secteur informel bénéficient du prépaiement et que les prestataires bénéficient de conditions équitables, allouer des ressources budgétaires spécifiques pour réduire les obstacles financiers à l'utilisation des soins de santé, et améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé, en améliorant la coordination et l'utilisation des systèmes de santé des pays.⁷⁷⁶

Aussi, l'Etat devra à l'avenir augmenter le budget du ministère de la santé. Entre 2005 et 2015, le budget accordé au ministère de la santé a oscillé entre 3,5% et 5,9% du budget annuel, comme le montre le graphe ci-contre :

Graphique 56 : Pourcentage du budget national alloué à la santé entre 2005 et 2015



Source : Nous à partir de MINSANTE, "Profil sanitaire analytique 2016 – Cameroun", 2016, P. 48.

⁷⁷⁶ <http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>, consulté le 21 novembre 2020.

Ceci dit, en croisant les données financières de l’OMS à celle de l’Etat, on obtient le tableau croisé suivant :

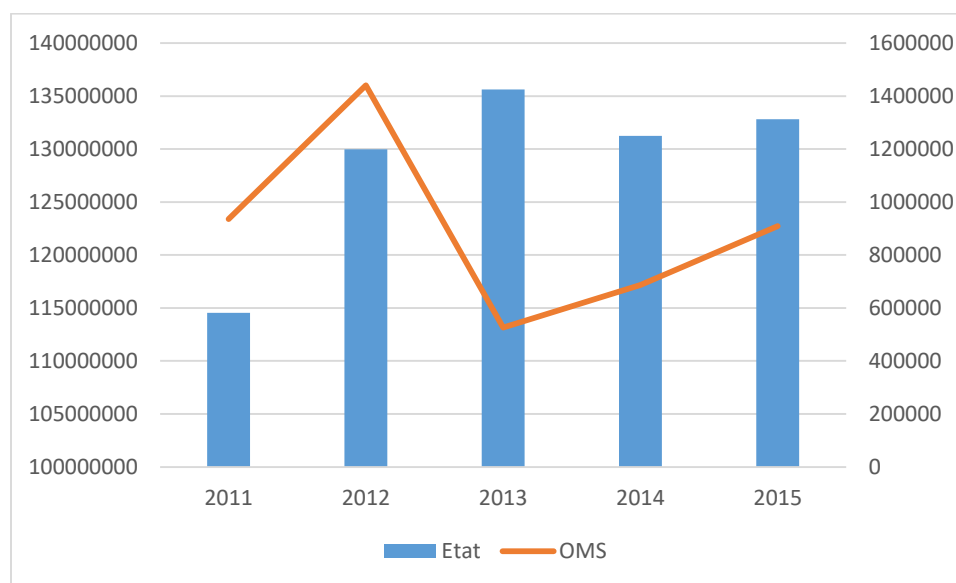
**Tableau 66 : Participation financière de l’OMS et de l’Etat du Cameroun
entre 2011 et 2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
Etat	114534151	129962847	135620207	131239332	132830651
OMS	935893	1440108	526394	686699	909605
TOTAL	115470044	131402955	136146601	131926031	133740256

Source : MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 – Cameroun”, 2016, P. 50.

La participation financière de l’OMS, comme nous le montre le tableau ci-dessus, a toujours été inférieure à celle de l’Etat du Cameroun. Cependant, ce tableau davantage étayé par le graphe suivant :

Graphique 57 : Participation financière de l'OMS et de l'Etat du Cameroun entre 2011 et 2015



Source : Nous, à partir de MINSANTE, “Profil sanitaire analytique 2016 – Cameroun”, 2016, P. 50.

Ainsi, de l’analyse de ce tableau, nous constatons que si l’Etat Camerounais respecte ses engagements pris en 2000, le secteur de la santé ne pourrait que s’en enorgueillir. C’est dire que l’Etat camerounais devrait alors chaque année allouer 15% de son budget national à la santé.⁷⁷⁷ Cette somme permettrait alors tripler la somme alloué à la santé chaque année ces 5 dernières années et à terme, d’avoir unee meilleur politique de promotion de la santé, et donc un meilleur moyen pour prévenir les maladies.

2) L’ère post OMD : quelle perspectives pour les ODD au Cameroun

Après les objectifs du millénaire pour le développement, l’organisation mondiale de la santé a mis en place des objectifs de développement durable. Ces objectifs ont été entérinés par le Cameroun qui s’emploie à les atteindre selon l’échéance fixé.

⁷⁷⁷ https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/whr_20101122/fr/, consulté le 21 novembre 2020.

a) Les objectifs de développement durable

Encore nommé objectifs mondiaux, les ODD sont un appel mondial à agir pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte tous les êtres humains vivent dans la paix et la prospérité avec une date butoir pour 2030, et approuvé par 193 pays.⁷⁷⁸ Ils disposent de 17 objectifs au total :

Photo 9 : Objectifs de développement durable



Source : <https://www.ifad.org/fr/ifad-and-the-sdgs>, consulté le 24 novembre 2020.

Adopté par les États membres de l'ONU en 2015, les ODD ont au total 17 objectifs au service du développement durable. Il s'agit donc de l'éradication de la pauvreté, de la lutte contre la faim, de l'accès à la santé, de l'accès à une éducation de qualité, de l'égalité entre les sexes, de l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement, du recours aux énergies renouvelables, de l'accès à des emplois décents, de bâtir une infrastructure résiliente, de promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation, de réduction des inégalités, de développer les villes et communautés durables, de développer la consommation et production responsables,

⁷⁷⁸ <https://www.ifad.org/fr/ifad-and-the-sdgs>, consulté le 24 novembre 2020.

de la lutte contre le changement climatique ; de protéger la vie aquatique et la vie terrestre, de promouvoir la justice et la paix, et de développer le partenariats pour la réalisation des objectifs. La réalisation de ces objectifs a été évaluée à 2500 milliards de dollars sur 15 ans.⁷⁷⁹

b) Arrimage des objectifs du système de santé aux objectifs de développement durable

Les ODD se veulent d'être non pas une rupture d'avec les OMD, mais un complément/continuité de ces derniers qui avaient surestimé les capacités et les performances des acteurs sanitaires mondiaux. Le Cameroun a donc choisit, comme dans son accoutumé, de se mettre à jour à travers sa stratégie sectorielle de santé (SSS) 2016-2027, comme le désigne le tableau d'arrimage suivant :

⁷⁷⁹ <http://www.amicaledesanciensduricad.fr/activites/cirad-flash-media/240-17-objectifs-de-developpement-durable-odd-vont-succeder-aux-8-objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-omd>, consulté le 25 mars 2020.

Tableau 67 : Arrimage des objectifs de la stratégie sectorielle de santé aux objectifs de développement durable

ODD 3	ODD liés à la santé	Objectifs de SSS 2016-2017
ODD n°3.1	D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes	Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non transmissible, la mortalité maternelle et infanto-juvénile
ODD n°3.2	D'ici à 230, éliminer les décès évitables de nouveaux nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 2 pour 1000 naissances vivantes au plus.	
ODD n°3.3	D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles	Réduire l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027
ODD n°3.4	D'ici à 2030, réduire d'1/3, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématuré due à des maladies non transmissibles promouvoir la santé mentale et le bien-être.	Réduire l'incidence/prévalence des maladies non transmissibles d'ici 2027 Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non transmissibles, la mortalité maternelle et infanto-juvénile
ODD n°3.5	Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substance psycho active, notamment de stupéfiants et d'alcool	Amener la population à adopter un comportement sain et favorable à la santé d'ici 2027
ODD n°3.6	D'ici à 2030, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessure due à de accidents de la route	
ODD n°3.7	D'ici à 2030, assurer l'accès à tous les services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fin de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies de programmes nationaux	Réduire les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027 principalement chez les adolescents
ODD n°3.8	Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des	Réduire les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable

	services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable	
ODD n°6.10	Appuyer la recherche et la mise au point de vaccin et de médicament contre les maladies, transmissibles ou non	D'ici 2027, assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d'une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basées sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide
ODD n°3.11	Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé	D'ici 2027, augmenter la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des structures sanitaires (districts de santé, DRSP, direction technique centrale)
ODD n°3.12	Renforcer les moyens dont dispose tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques nationaux et mondiaux et de gestion des risques sanitaires	D'ici 2027, réduire les risques de survenue des événements de santé publique majeurs, des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses dans au moins 90% des districts
ODD n°3.9	D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dues à des substances chimiques dangereuses et la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé
ODD n°6.2	D'ici à 2030, assurer l'accès à tous, dans les conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquat et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable	
ODD n°6.3	D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matière dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau	
ODD n°6.13	Prendre des mesures urgentes pour combattre le changement climatique et ses effets.	

Source : MINSANTE, "Profil sanitaire analytique 2016- Cameroun", 2016, p. 29.

On remarque ainsi qu'à l'ODD n°3.3, les grandes endémies reviennent, mais cette fois non plus pour inverser la tendance comme s'était le cas avec les OMD, mais plutôt dans une optique d'éradication. Il s'agit ainsi du SIDA, de la tuberculose, du paludisme et des maladies tropicales négligées. Ces pandémies nécessitent ainsi une attention particulière pour l'OMS et le Cameroun qui devront redoubler d'effort pour l'atteindre l'objectif fixé pour 2030. Ainsi, entre 2015 et 2030, les partenaires sanitaire devront s'atteler à progresser en matière de promotion de la santé. C'est dire que la santé ne devra plus être gérée par les seuls professionnels du domaine, mais plutôt devrait voir un intérêt et une inclusion de tous les secteurs d'activités et à toutes couches de la société.

CONCLUSION GENERALE

En somme, la lutte contre les grandes endémies à l'échelle internationale est un processus de longue haleine. La santé publique internationale est ainsi un problème qui a forcé les pays à se coordonner sur les processus d'endiguement de la maladie. Ce processus au fil du temps a conduit à la création des organisations sanitaires internationales qui avaient pour but de fédérer les efforts afin d'être toujours plus efficace. En 1948, l'OMS devient le seul responsable de la santé publique internationale en la faveur de la fédération de toutes les organisations du genre qui lui ont préexisté. Dès lors elle se constitue d'Etat membre dont le Cameroun qui l'intègre en 1962. Ceci dit, il était question pour nous de mesurer l'impact historique des politiques de l'OMS dans la lutte contre les grandes endémies au Cameroun. Pour mener à bien cette étude, il était primordial d'analyser l'état des lieux de la santé au Cameroun. Il en ressort que le système de santé camerounais, bien que déployé au fil du temps dans l'ensemble du territoire, reste encore de loin perfectible malgré les nombreuses politiques et réformes engendrées. Dans son processus de renforcement et de lutte contre les grandes endémies qui la gangrènent, il a coopéré avec des organisations telles que l'OMS dont il est membre. Les politiques de l'OMS ont ainsi été, tant bien que mal arrimées et appliquées par la partie camerounaise. Il s'agit des programmes préventives tels que la promotion de la santé, le règlement sanitaire international, et la coopération avec les organisations spécialisées, mais aussi des programmes curatifs d'éradication des maladies endémiques telle que la lèpre, la rougeole, la maladie du sommeil, le VIH/SIDA, la tuberculose ou encore le paludisme.

La promotion de la santé a cependant mis du temps à être effectivement implémenté dans le continent africain, du fait de la fragilité de leur système de santé, voire de la pauvreté des pays du continent, surtout ceux d'Afrique subsaharienne. Il faut donc attendre le 21^{ème} siècle pour voir les premiers actes de promotion de la santé. En 2001 on assiste à l'adoption de la stratégie régionale de la promotion de la santé par les Etat africain. S'en est suivi en 2008 de la déclaration de Ouagadougou, puis de la déclaration d'Alger et de celle de Libreville en 2008, et enfin de la stratégie pour la région africaine d'action sur les principaux déterminants de la santé. Le Cameroun est en plein appropriation du principe même de promotion de la santé intégré dans ses stratégies sectorielles de santé à l'aube du 21^{ème} siècle.

En parallèle de la promotion de la santé, l'OMS a mis sur pieds des mesures conservatoires en période de pandémie, notamment en ce qui concerne les voyages et

déplacement internationaux. Il s'agit du règlement sanitaire international (RSI). Il a ainsi pour rôle de prévenir, détecter, et riposter si besoin est en cas de MAPE. Il vise ainsi la non propagation internationale de la maladie. Au fil des années, le RSI a subi des amendements. Au total, entre 1948 et 2015, il a eu le RSI de 1951, celui de 1969 révisé en 1973 puis en 1981, et le règlement sanitaire de 2005. Dans le but de renforcer le RSI, l'OMS a entériné le relevé épidémiologique hebdomadaire et le réseau mondial d'information en santé publique, mais aussi des mesures de renforcement de la sécurité sanitaire. Tout comme la promotion de la santé, le RSI est en pleine appropriation par le Cameroun, dont la dernière évaluation par l'OMS a été encourageante.

Des grandes endémies ont jalonné malgré tout le fil de l'histoire du monde en général, et celle de notre période d'étude en particulier. Malgré les efforts entrepris par le Cameroun pour implémenter l'ensemble des politiques de l'OMS en matière de lutte contre les grandes endémies, le pays a subi de plein fouet plusieurs grandes endémies telles que la peste, la lèpre, la maladie du sommeil, la poliomyélite, la rougeole, la dracunculose, la variole, SIDA, paludisme, tuberculose. Plusieurs raisons sont cause de leur émergence, de leur résurgence et même de leur évolution. En tête de celles-ci, on retrouve les facteurs naturels climatiques rehaussé par la faiblesse du système de santé avec la vétusté et manque des infrastructures, l'insuffisance du personnel sanitaire qualifié, la lenteur d'intégration des aptitudes favorables à la santé telles que la promotion de la santé, le RSI, et des programmes spécifiques de lutte contre les maladies.

L'histoire révèle cependant que certains de ces grandes endémies ont été éradiquées ou sont en cours d'éradication, sauf trois : le SIDA, le paludisme, et la tuberculose. L'objectif des OMD qui était de stopper non seulement leur propagation, mais aussi d'en inverser la tendance en 2015 est mitigé. Mais en 15 ans (2000 – 2015), le SIDA et la tuberculose ont vu leur courbe s'inverser progressivement ; Cependant, celle du paludisme reste en nette augmentation. C'est dire que le cas particulier du Cameroun dans la réalisation des OMD est relatif, avec un taux de réussite de 67%. Le problème demeure donc, et l'on est en droit de s'interroger sur l'efficacité, voir l'efficience des politiques de l'OMS au Cameroun ; celles-ci ne relèvent-elles pas plus de la théorie que de la pratique ? Cette question reste légitime vu l'enracinement des maladies endémiques dans le pays. Il est donc recommandé de davantage personnaliser les approches de santé publique au strict respect des mœurs et coutumes de chaque pays en général, et ceux de l'Afrique subsaharienne en particulier.



ANNEXES

DISCOURS DE SON EXCELLENCE ANDRÉ MAMA FOUA
MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CAMEROUN, PRÉSIDENT DE LA
CINQUANTE- HUITIÈME SESSION DU COMITE RÉGIONAL DE L'OMS POUR
L'AFRIQUE

Honorables Ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine de l'OMS,

Madame le Commissaire aux Affaires sociales de l'Union africaine,

Madame le Directeur général de l'OMS,

Monsieur le Directeur régional de l'OMS de l'Afrique,

Excellences Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et les Membres du Corps diplomatique,

Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations internationales,

Distingués Invités,

Mesdames, Messieurs

C'est pour moi un grand privilège et un agréable devoir de prendre la parole ce jour, en ma qualité de Président de la 58ème session du Comité régional de l'OMS de l'Afrique, à l'occasion des travaux de la 59ème session dudit Comité qu'abrite Kigali, cité capitale aux mille collines, résolument tournée vers la modernité. Avant toute chose, qu'il me soit permis d'exprimer notre profonde et sincère gratitude à son Excellence Monsieur Paul Kagame, Président de la République du Rwanda, pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider personnellement la cérémonie d'ouverture de la présente session du Comité régional. Tous nos remerciements vont également à l'endroit du Gouvernement, des différentes autorités locales et au peuple rwandais pour la chaleur de l'accueil et l'hospitalité qu'ils nous ont offert depuis notre arrivée dans ce beau pays, terre de rencontre chargée d'histoire. Permettez-moi enfin de saluer la présence on ne peut plus réconfortante parmi nous de Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, ainsi que des dignes représentants des organisations internationales pour l'amitié qu'ils nous font de prendre part à nos assises, en dépit de leurs multiples et pressantes occupations.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Au moment où s'ouvrent nos travaux, notre Région, longtemps épargnée, fait désormais face à la propagation sans précédent de la grippe A H1N1 2009, qui touche actuellement la quasi-totalité des États membres et commande la mise en place, sans retard, d'une stratégie commune de riposte. Le lieu et le moment me semblent bien indiqués pour rendre hommage à l'OMS, pour son précieux appui technique, la qualité et la promptitude de son accompagnement qui nous ont permis de renforcer nos capacités d'intervention en cette période de crise sanitaire.

Excellences,

Mesdames et Messieurs

Cette crise majeure que je viens d'évoquer et qui mérite toute notre attention ne doit pas nous faire perdre de vue les autres défis de santé tout aussi importants auxquels notre continent se trouve confronté et qui compromettent gravement nos efforts de développement. Sans être exhaustif, je citerais, entre autres, la pandémie du VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les autres maladies transmissibles, la mortalité maternelle et infantile à laquelle les femmes et les enfants continuent de payer un lourd tribut, etc. Comme vous pouvez le constater, la situation sanitaire de notre Région demeure préoccupante, mais pas désespérée. Avec l'aide de nos partenaires techniques et financiers, nous poursuivrons avec détermination le combat contre la maladie et, j'en suis sûr, nous gagnerons.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais à présent retracer à grands traits ce que nous avons accompli, au cours des douze derniers mois qu'aura duré mon mandat, pour faire avancer notre programme commun d'amélioration de la santé de nos populations. Comme vous le savez, l'année 2008 aura connu un développement fort appréciable des outils de stratégie liés à la redynamisation des soins de santé primaires, la recherche en santé, la santé et l'environnement notamment. Dans ce contexte, les conférences organisées à cet effet sous le leadership du Bureau régional à Ouagadougou, Alger et Libreville, ont constitué des temps forts qui confirment, s'il en était encore besoin, la détermination de notre Région à trouver des solutions appropriées à ses problèmes de santé. Je note à cet égard avec satisfaction que le rapport annuel 2008 du Directeur régional ait bien relevé avec pertinence que «des progrès notables ont été réalisés en 2008 vers l'obtention des résultats attendus». Cette performance, nous la devons en priorité au leadership personnel du Dr Luis Gomes Sambo. Qu'il se trouve ici remercié. Par ailleurs, la participation

de notre Région à la dernière Assemblée mondiale de la Santé est, de mon point de vue, un autre motif légitime de satisfaction. En effet, nous avons, dans le cadre de la coordination de notre Région, dégagé un consensus sur le principe d'une meilleure collaboration entre le Bureau régional et le Groupe africain auprès de l'Office des Nations Unies, aux fins de garantir la cohérence de nos choix avec les décisions politiques prises au niveau de l'Union africaine d'une part, et d'assurer une meilleure visibilité de la Région au sein de l'Assemblée mondiale de la Santé d'autre part. Aussi, je témoigne toute ma reconnaissance à tous les acteurs qui, à l'instar des Ministres et Chefs de Délégation, de l'Ambassadeur de l'Union africaine auprès de l'Office des Nations Unies à Genève, du Coordonnateur du Groupe africain et du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique qui ont fait preuve d'un sens élevé de la collaboration et du consensus.

Excellences,

Mesdames et Messieurs,

Les défis de santé restent encore énormes pour notre Région dont le chemin vers l'atteinte des OMD de santé est encore relativement long et émaillé d'embûches. Nous avons néanmoins l'avantage de connaître précisément nos problèmes au rang desquels figurent la faiblesse de nos systèmes de santé, la crise des ressources humaines, l'insuffisance des financements, l'accès limité aux médicaments, la faible valorisation des connaissances générées des recherches et l'insuffisance de la participation des communautés. Sachons, par conséquent, imaginer des stratégies adaptées et développer des synergies susceptibles de mieux capitaliser les meilleures pratiques. En tout cas, la santé est plus que jamais un enjeu mondial et il devient urgent de consolider davantage la place du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique pour lui permettre de remplir convenablement les lourdes missions qui lui sont dévolues. Je voudrais, pour terminer, remercier du fond du cœur, au nom de mon pays le Cameroun, les honorables membres du Bureau, les Ministres et le Secrétariat, pour le soutien et la franche collaboration dont j'ai pu bénéficier de leur part tout au long de mon mandat. Je souhaite plein succès aux travaux de la présente session.

Merci pour votre attention.

Source : OMS, 59^{ème} session, Kigali, Rwanda, 31 août – 4 septembre 2009

PROBLEMATIQUE DES GRANDES ENDEMIES AU CAMEROUN : DEFI SANITAIRE DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Daniel Ledoux DONG RIM

Université de Yaoundé I

dongrimdan@gmail.com

Résumé

En 2000, la communauté internationale s'est donnée pour mission une palette de 15 objectifs à atteindre jusqu'en 2015. Parmi ceux-ci, l'objectif numéro 6, consistant en la lutte contre les grandes endémies telle que le SIDA, la tuberculose, et le paludisme. 2015 révolu, il convient de s'interroger sur le degré d'atteinte de ces objectifs au Cameroun. A partir d'une méthodologie historique d'analyse des données, il a été établi que les résultats obtenus en 2015 sont mitigés avec un taux de réussite de 66,66%. L'objectif des OMD pour le paludisme étant un échec, car le nombre de cas notifié reste crescendo. Des mesures doivent être ainsi prises pour pouvoir atteindre l'objectif d'éradication prévu pour 2030 par les ODD.

Mots clés : OMD, SIDA, paludisme, tuberculose, Cameroun

Abstract

In 2000, the international community set itself the mission of a range of 15 objectives to be achieved until 2015. Among these, objective number 6, consisting in the fight against major endemics such as AIDS, tuberculosis, and malaria. 2015 is over, it is worth wondering about the degree of achievement of these objectives in Cameroon. From a historical methodology of data analysis, it was established that the results obtained in 2015 are mixed with a success rate of 66.66%. The MDG target for malaria has been unsuccessful, as the number of reported cases continues to rise. Steps must be taken to achieve the eradication goal set for 2030 by the SDGs.

Keywords: MDG, AIDS, malaria, tuberculosis, Cameroon

Introduction

La problématique sanitaire est une préoccupation moderne qui interpelle l'ensemble des pays et organisations. Les premières traces de lutte contre les grandes endémies et pandémies remontent bien avant la création de l'organisation mondiale de la santé (OMS), soit en 1348 avec la construction des premiers Lazarets. En 1948, l'OMS arrive avec une vision relativement nouvelle, et met en place de nouveaux protocoles pour l'élimination des maladies à potentielles épidémiques (MAPE). La nouvelle structure sanitaire mondiale mis en place par l'OMS est ainsi verticale et, promeut une stratégie basée sur la lutte par la prévention à travers le règlement sanitaire international (RSI) et la promotion de la santé (PS) d'une part, juxtaposé par les mesures curatives basés sur les programmes d'éradication d'autre part. En 2000, la communauté internationale a émis huit objectifs à atteindre pour 2015. Parmi ceux-ci, trois étaient du domaine de la santé, soit l'objectif 4 (réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans), l'objectif 5 (améliorer la santé maternelle) et l'objectif 6 (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies de santé publique prioritaires). Il s'agit donc pour ce dernier (l'objectif 6, objet du présent article) de stopper la propagation des maladies suscitées et d'inverser leur courbe de progression au plus tard en 2015. Autrement dit, quel est l'impact de la politique de l'OMS dans la problématique des grandes endémies au Cameroun entre pendant la durée du mandat des OMD ? Dans le but d'informer les décideurs des politiques de santé publique, il est important d'analyser le niveau d'atteinte des objectifs millénaires de développement (OMD) dans son objectif 6 entre 2000 et 2015 dans l'un des pays d'Afrique

subsaharienne, le Cameroun ; avec un focus sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose, et le paludisme.

I. L'infection par le VIH au Cameroun et les OMD (2000 – 2015)

1.1. L'infection par le VIH au Cameroun

Le syndrome d'immunodéficience acquise, plus connu sous son acronyme SIDA, est considéré comme un ensemble de symptômes ayant pour origine la destruction de cellules du système immunitaire par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Après la découverte du virus causant le SIDA en 1983, le premier cas est rapporté deux ans plus tard au Cameroun, en 1985. Entre 1985 et 1986, 21 cas sont recensés contre 604 en 1991. Ces cas sont répertoriés comme suis :

Tableau 1 : Répartition sociologique des cas d'infection au VIH entre 1985 et 1986 au Cameroun

Tranches sociales	Taux de contamination
Milieu urbain	62%
Chômeurs	24%
Salariés	20%
Commerçants	15%
Fonctionnaires	11%
Niveau d'étude secondaire	50%
Niveau d'étude universitaire	6,5%

(OMS, 1992 : 145)

Le nombre de cas allait donc progressivement crescendo, touchant davantage les populations les plus démunies et les moins instruites. En 1994, le nombre de cas atteint 1761, Ce nombre va presque tripler en 1997 et atteindre 3950, puis en 1998, 6843 nouveaux cas seront détectés (Koubemba Mona, 2010 : 40). En 1999, le Cameroun totalise 18986 cas (OMS, 1999 : 402). On peut ainsi constater que la maladie a rapidement gagné du terrain tant au niveau géographique que du nombre de contamination. En un peu plus de 20 ans, le sida est déjà considéré comme un fléau au Cameroun. En 2000, on estime à 18986 le nombre de personnes vivantes avec le VIH/SIDA (OMS, 2000 : 383). Ce nombre n'a cessé de grimper ; en 2001, il va franchir la barre de 929000 cas (OMS, 2003 : 2). Le nombre de nouvelles infections reste croissant au fil des années et se situe à 51315 cas en 2010 (MINSANTE, 2010 : 25). Ainsi, jusqu'en 2015, le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est de 4,3% (Nkoussa, 2015). A ce sujet, Biatcha Jean Stéphane, alors secrétaire exécutif des Synergies africaines déclare "la pandémie de SIDA demeure la grande épreuve de notre temps" (Nkoussa, 2015).

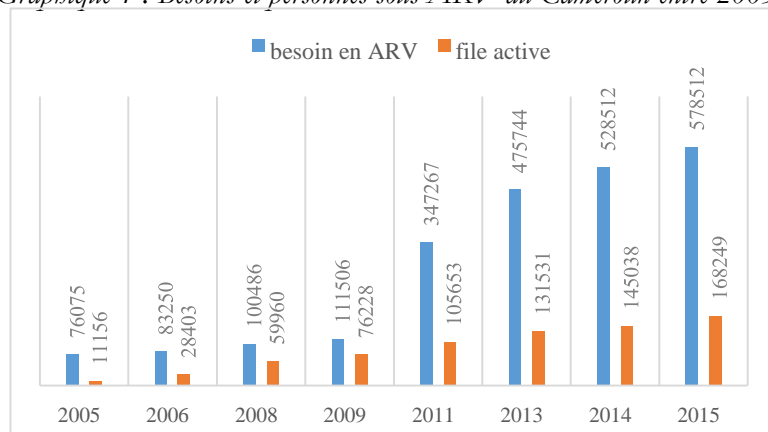
L'engagement du Cameroun auprès de l'OMS dans la lutte contre le SIDA a une fois de plus été martelé par le président Biya Paul, lorsqu'il déclarait dans son discours du 27 septembre 2007 lors de la 62^{ème} Assemblée Générale des Nations Unies à New York : "il me semble en

effet capital que tous les efforts nécessaires soient déployés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement... Il est primordial que les engagements pris soient tenus dans toute la mesure du possible'' (comité national de lutte contre le SIDA, 2008 : 21). Déjà en 1999, la lutte contre l'infection au VIH avait été érigée au rang des priorités nationales. En 2001, le pays s'est doté d'un programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS), d'un plan stratégique de lutte contre le SIDA, multisectoriel et décentralisé, impliquant fortement la société civile, le secteur privé et les communautés pour une période allant de 2006 à 2010 (comité national de lutte contre le SIDA, 2008 : 21) ; enfin, en 2011, le pays a mis sur pieds un plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST), sur une période allant de 2011 à 2015.

1.2. Le SIDA et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance

L'impact de la synergie entre le Cameroun, l'OMS et ses partenaires pour la lutte contre le VIH/SIDA a eu un retentissement dans tous les pays. Ainsi, au Cameroun on peut d'ores et déjà constater que le nombre de personnes vivant avec le VIH et sous ARV est en nette croissance, comme l'indique le graphe suivant :

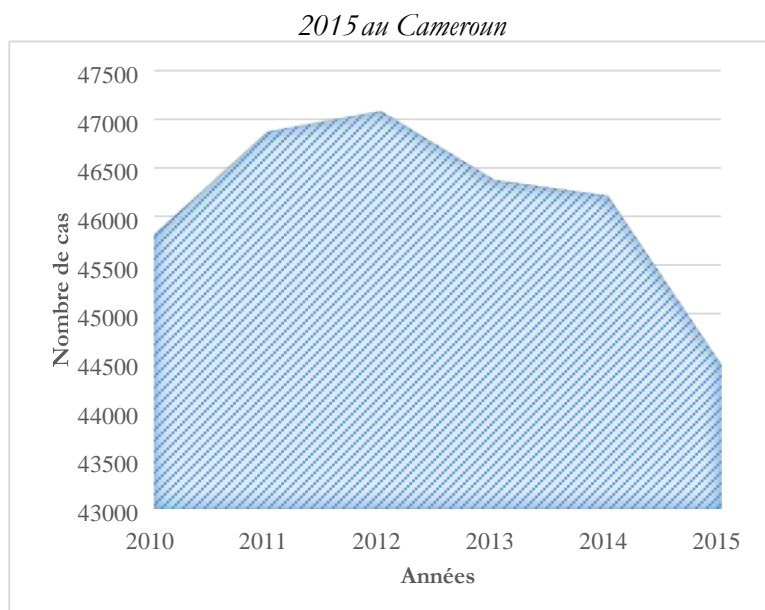
Graphique 1 : Besoins et personnes sous ARV au Cameroun entre 2005 et 2015



(MINSANTE, 2016 : 75)

Le graphique 1 ci-dessus nous montre ainsi les efforts du système de santé pour prendre en charge les personnes vivantes avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA). Il s'agit donc d'un constat positif, car si plus de personnes ont accès aux ARV, cela inclus que davantage d'efforts sont fournis par les pouvoirs publics pour prendre en charge les personnes vivantes avec la maladie. Cette prise en charge a donc permis de renverser la courbe évolutive du nombre de nouveaux cas incidents de PVVIH/SIDA, comme nous le montre la courbe ci-contre :

Graphique 2 : Evolution du nombre de cas de nouvelles infections VIH 2010-



(MINSANTE, 201675)

La cible qui était donc d'inverser la tendance des nouveaux cas de PVVIH/SIDA en 2015. On est ainsi quitté de 45810 nouveaux cas en 2010, pour 44477 cas en 2015. C'est dire qu'on note un nombre de moins en moins important de nouveaux cas dépistés. Ceci dit, malgré les pics légers de 2011 et 2012, les OMD ont été atteints en 2015 au Cameroun, pour ce qui est d'inverser la tendance de la progression de l'infection par le VIH entre 2000 et 2015.

II. La tuberculose au Cameroun et les OMD (2000 – 2015)

2.1. La tuberculose au Cameroun

Jusqu'en 1988 la lutte contre la tuberculose était entièrement supportée et financée par le MINSANTE, du diagnostic au traitement et même l'hospitalisation ; les soins étaient donc totalement gratuits (MINSANTE, 2012 : 2). La crise économique et financière qui a frappé le Cameroun à la fin des années 1990 a entraîné un effondrement du budget de fonctionnement du MINSANTE se traduisant ainsi entre autres par la cessation de la gratuité de la prise en charge des malades ayant la tuberculose. La réorientation globale de la politique de la santé pendant cette période a permis l'opérationnalisation du district de santé (DS) qui a pris le relai de la prise en charge des malades ayant la tuberculose au niveau périphérique. En 2002, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été reconnu comme programme prioritaire du MINSANTE, faisant suite à la création du Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT) la même année (MINSANTE, 2012 : 2). En 1996, le Cameroun a mis sur pieds le Programme National de Lutte Contre la Tuberculose, programme qui a atteint une quasi-couverture nationale en 2002 (Noeske *et al*, 2016 : 3). Cependant, en 2012, le Cameroun a mis sur pieds un programme national révisé de lutte contre la tuberculose (MINSANTE, 2012 : 3).

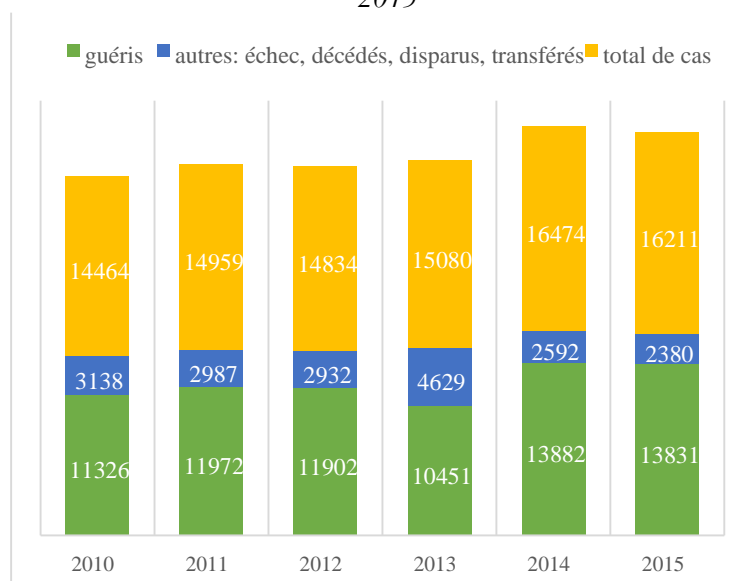
La mise en œuvre du programme était ainsi diligentée en trois niveaux : le niveau central qui avait pour mission la définition des grandes orientations et des objectifs généraux de lutte contre la tuberculose ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires ; le niveau intermédiaire qui avait pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au niveau régional ; et le niveau périphérique qui a intégré la lutte

contre la tuberculose au niveau du DS dans le paquet minimum d'activités, ce dernier étant la base de l'organisation de la lutte antituberculeuse (MINSANTE, 2012 : 8).

2.2. La tuberculose et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance

D'une manière générale, les résultats escomptés furent très mitigés, car on note des différences peine visible entre 2000 et 2015. Ainsi, le nombre de nouveaux cas enregistrés au Cameroun reste sensiblement en stagnation entre 2010 et 2015. C'est dire que la cible d'inverser la tendance du nombre de nouveaux cas de tuberculose n'est pas encore pleinement atteinte si non elle commence à peine à l'être, comme nous le présente le graphique 3 suivant :

Graphique 3 : Evolution des nouveaux cas de tuberculose au Cameroun de 2010 à 2015



(MINSANTE, 2016 : 76)

Le graphique ci-dessus instruit sur le nombre de cas de tuberculose entre 2010 et 2015. Ainsi, en 2010, on a recensé 14464 cas. Entre 2011 et 2013, ce chiffre reste oscillant puis, en 2014, le nombre de cas monte à 16474, puis en 2015 à 16211. Ces données interpellent ainsi le Cameroun et l'OMS pour une prise de conscience, pouvant se manifester par un réajustement des politiques afin de mieux les adapter à la situation du Cameroun.

III. Le paludisme au Cameroun et les OMD (2000 – 2015)

3.1. Le paludisme au Cameroun

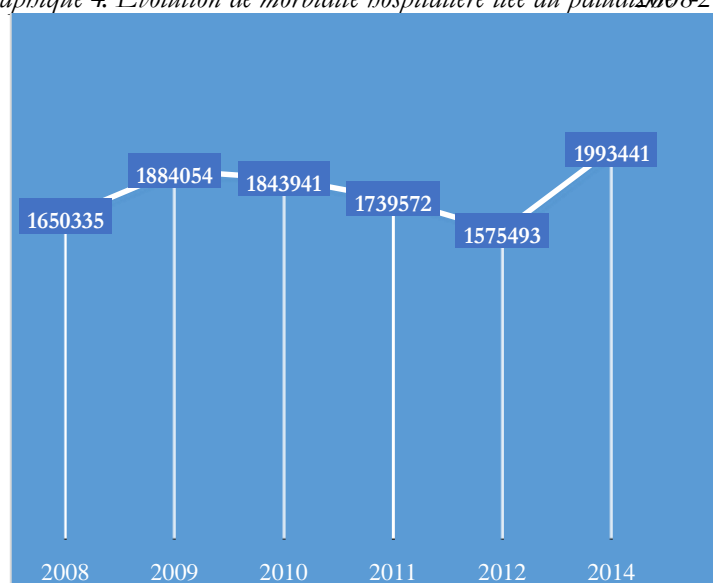
Le paludisme est une maladie qui est endémique particulièrement dans le continent africain. Le Cameroun subit donc de plein fouet ses effets. L'OMS a ainsi très vite mis en place un programme permettant de lutter contre cette maladie. Ainsi, la politique de l'OMS de lutte contre le paludisme connaîtra deux grandes périodes : la première période allant de 1946 à 1978, est ponctuée trois faits majeurs : l'utilisation du dichlorodiphnyltrichloroéthane (DDT) entre 1946 et 1954, les résultats obtenues laisse place à une perspective d'éradication entre 1955 et 1969, et entre 1969 et 1978 l'OMS entrevoit une possibilité d'éradication de la maladie (OMS, 1989 : 347). La seconde période va de 1978 à 2015 ; elle est ponctuée par deux grands moments : celle allant de 1978 à 1999 marquée par une prise de conscience des difficultés à surmonter et

la mise sur pieds d'une nouvelle stratégie pour l'éradication basée sur la prévention (Nana Tomen, 2008 : 23), et celle allant de 2000 à 2015 marquée par non plus une utopie d'éradication, mais par un désir de stopper la propagation de la maladie et d'en inverser la tendance (OMS *et al*, 2015 : 5). Cependant, il faut attendre les grandes épidémies survenues dans la région de l'Extrême Nord en 2013 pour que la maladie soit considérée comme MAPE. Débute donc le processus de notification instruit par l'OMS en 2014 qui s'étendra progressivement à toute l'étendue du territoire jusqu'en 2015 (OMS, 2016 : 5).

3.2. Le paludisme et les OMD : Stopper la propagation et inverser la tendance au Cameroun

En 2015, la lutte contre le paludisme suit son cours au Cameroun. Celle-ci est principalement axée sur la prise en charge des cas et la prévention. Cependant, le taux de morbidité hospitalier reste encore très élevé entre 2008 et 2015 (voir graphique 4) :

Graphique 4: Evolution de morbidité hospitalière liée au paludisme 2008-2014



(MINSANTE, 2016 : 79)

On peut d'ores et déjà constater déjà qu'en 2014, la morbidité hospitalière est fortement à la hausse, quittant de 1.650.335 en 2008, pour 1.993.441 en 2014. Ceci trahit sans doute une prise en charge problématique du programme synergique de lutte contre le paludisme.

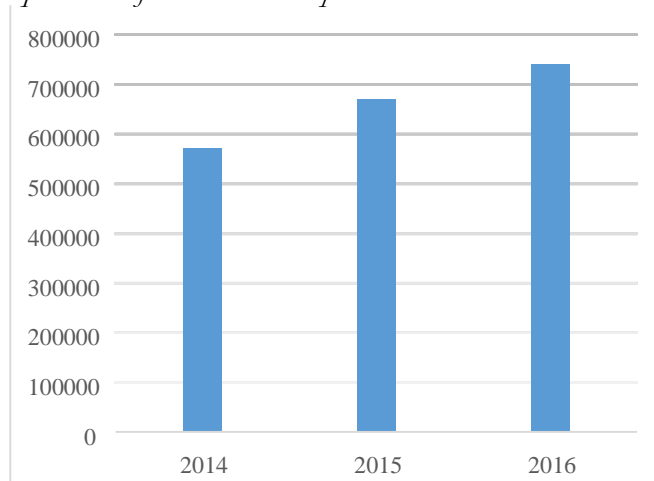
Tableau 2 : Nombre de cas suspects de paludisme notifiés par région au Cameroun entre 2014 et 2016

Année	2014		2015		2016		Moyenne annuelle	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
National	571934	582	669586	512	740009	579	660510	558

(OMS, 2016 : 5)

Le tableau 2 n'est ainsi que le reflet de l'état du paludisme au Cameroun. On note ainsi une endémie sévère crescendo entre 2014 et 2016, bien relevée par le graphique 5 ci-contre. L'impact de la lutte contre le paludisme au Cameroun n'aura pas ainsi atteint les résultats escomptés en 2015. Au lieu d'assister à une diminution du nombre de cas, on assiste plutôt à un constat contraire. Seulement entre 2014 et 2015, on a assisté à une augmentation du nombre de contamination au paludisme de l'ordre de 97.652 nouveau cas, soit un taux d'augmentation de 14,58%, même si le nombre de décès a relativement diminué.

Graphique 5: Notification de cas de paludisme au Cameroun entre 2014 et 2016



(OMS, 2016 : 5)

L'observation du comportement de l'évolution du paludisme au Cameroun fait état d'un échec à l'atteinte des OMD pour ce cas précis. Non seulement la courbe n'est pas décroissante, elle est clairement évolutive.

Conclusion

Le processus de lutte contre les grandes endémies poursuivi par l'OMS en 1948 a connu plusieurs rebondissements. La survenance des maladies telles que le VIH/SIDA, la tuberculose ou encore le paludisme ont convaincu la communauté internationale d'introduire dans les OMD des objectifs sanitaires en leur offrant une place de choix. Entre 2000 et 2015, le Cameroun, partie de l'OMS et des OMD, a tenté d'atteindre cet objectif numéro 6, à savoir stopper la propagation des grandes maladies et inverser leur tendance. En 2015, le point d'achèvement des OMD reste ainsi loin des espérances. Même si on a observé que la courbe des cas notifiés de VIH/SIDA est en baisse, parallèlement on observe aussi celle de la tuberculose reste relativement indemne, plus grave celle du paludisme est croissante. Même si la tendance générale reste à l'optimisme, les pouvoirs publics ont un intérêt impératif de davantage investir sur la promotion de la santé, le règlement sanitaire international, et les programmes spécifiques de lutte contre les MAPE afin de ne pas louper leur éradication prévue pour 2030 par les objectifs du développement durable (ODD).

Références bibliographiques

OMS (1992), *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, N° 20, Genève, Organisation mondiale de la santé.

Koubemba Mona (2010), *Analyse du statut sérologique au VIH /SIDA et de ses déterminants chez les femmes enceintes au Cameroun*, Mémoire d'ingénieur d'application de la statistique (IAS), Institut sous régionale de statistique et d'économie appliquée (ISSEA), Yaoundé.

OMS (1999), *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, N° 47, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2000), *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, N° 47 Organisation mondiale de la santé.

OMS (2003), *VIH/SIDA : couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001*, Organisation mondiale de la santé.

MINSANTE (2010), *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST, 2011-2015*, ministère de la santé publique, Yaoundé.

Nkoussa Jean (2015), *VIH/SIDA : 4,3% de taux de prévalence en 2015*, cameroon-info.net, consulté le 4 décembre 2015.

Comité national de lutte contre le sida (2008), *Mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*, rapport de progrès n°3, Yaoundé.

MINSANTE (2016), *Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun*, ministère de la santé publique, Yaoundé.

MINSANTE (2012), *Programme national de lutte contre la tuberculose : guide technique pour les personnels de santé*, Ministère de la santé publique, Yaoundé.

Noeske J., Nana Yakam A., Abena Foe J-L (2016), *National Tuberculosis Programme*, Faculty of Economics Sciences and Applied Management, University of Douala.

OMS (2016), *Relevé Épidémiologique Mensuel du Cameroun*, N° 16/02, Organisation mondiale de la santé

Djeutchouang sayang collins (2010), *Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme sur le coût et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé, Cameroun*, Thèse de Médecine, Université de la méditerranée de Marseille.

OMS (1989), *Le paludisme et l'action de l'OMS*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, p. 347-363.

Nana Tomen Henry (2008), *Le paludisme dans le bassin Nyong Sanaga : connaissances et stratégies de lutte*, Rapport rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'Application de la Statistique, Institut Sous-régionale de Statistique et d'Économie Appliquée, Yaoundé.

OMS et UNICEF (2015), *Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

LA PROMOTION DE LA SANTE : ANALYSE HISTORIQUE ET IMPLEMENTATION, CAS DU CAMEROUN

Daniel Ledoux DONG RIM &

Raymond EBALE

Université de Yaoundé I

dongrimdan@gmail.com

Résumé

La problématique sanitaire est une préoccupation première des pays en voie de développement. En 1986, l'Organisation mondiale de la santé lance le concept de promotion de la santé, qui met en place des politiques permettant d'agir sur les facteurs déterminant de la santé, afin d'améliorer le niveau sanitaire des dites population. Ce concept qui a connu un large écho arrive en Afrique par la faveur de la mondialisation. Le Cameroun entérine donc cette nouvelle politique qui a le vent en poupe et met en place des politiques afin de l'implémenter dans son système de santé. A partir d'une analyse critique des faits, l'on a pu établir que cette politique a eu des résultats assez peu satisfaisants ; cependant beaucoup reste encore à faire. Une série de mesures devront donc être mises en place afin d'avoir des résultats de plus en plus satisfaisant de la promotion de la santé.

Mots clés : Cameroun, promotion, santé, Afrique, OMS

Abstract

The health issue is a primary concern of developing countries. In 1986, the World Health Organization launched the concept of health promotion, which established policies to act on the determining factors of health, in order to improve the health level of these populations. This concept, which has had a large echo, arrives in Africa thanks to globalization. Cameroon therefore endorses this new policy which has the wind in its sails and sets up policies to implement it in its health system. From a critical analysis of the facts, it has been established that this policy has had rather unsatisfactory results; however, much remains to be done. A series of measures will therefore have to be put in place in order to have increasingly satisfactory health promotion results.

Keys words : Cameroon, promotion, health, Africa, WHO

Introduction

Le concept de promotion de la santé (PS) est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant le processus qui donne aux populations mondiale les moyens d'assurer davantage de contrôle sur leur propre déterminant de santé, et de les améliorer. Il s'agit donc de placer l'individu au centre du processus d'assainissement de son environnement afin de mettre en place des conditions favorables à une bonne santé. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle les individus sont au centre de la réalisation leurs ambitions visant à satisfaire leurs besoins en exploitant leur environnement. La santé cesse ainsi d'être l'exclusivité des seuls professionnels du domaine, pour se mouvoir en la préoccupation de l'homme en tant que personne, mais aussi en tant qu'animal social. Il s'agit donc d'une composante essentielle de la santé publique, et consiste à mettre les politiques adéquates. Ceci dit, quelle analyse pouvons-nous faire de la PS au Cameroun depuis l'avènement de la mondialisation, soit entre 2000 et 2020 ? Un bref aperçu de l'historique mondial de la PS nous permettra de mieux comprendre son implémentation au Cameroun, afin de pouvoir proposer des perspectives pour l'amélioration de la mise en œuvre de ce concept relativement nouveau en Afrique subsaharienne.

I. Historique général de la promotion de la santé

Le concept de PS d'une manière générale s'est fait à deux vitesses : lancé en 1986 avec la charte d'Ottawa, elle gagne l'ensemble des pays d'occident avant flirter avec le continent africain début 2000.

I.1. Les rencontres internationales pour la promotion de la santé dans le monde

A travers le monde, des conférences pour la PS se sont succédées. Dès 1986 la charte d'Ottawa avec pour but de mettre en place un ensemble de mesures, et des dispositions permettant d'atteindre un objectif de santé pour tous en 2000 et même après (OMS, 1986 : 1). En 1988, les recommandations d'Adélaïde arrivent comme un additif à la charte d'Ottawa. Elle définit ainsi les caractéristiques d'une politique publique saine (OMS, 1988 : 1). En 1991, a lieu la troisième conférence pour la promotion de la santé à Sundsvall (J. A.Haglund Bo et *al.*, 1997 : 7). Cette conférence apporte un concept nouveau à la PS, celui de l'environnement, qui devient un déterminant essentiel de la PS. En 1997, à l'aube de la mondialisation, la déclaration de Jakarta pour la promotion de la santé (OMS, 1997 : 9). Cette déclaration a pour but d'arrimer les politiques de PS aux réalités de la mondialisation qui, amplifié par les réseaux de communication, a tendance à abolir les frontières surtout culturelle entre les hommes. En 2000, la PS entre dans une nouvelle ère. La mondialisation a dévoilé les différentes "castes sociales" du monde. L'extrême pauvreté de certaines pays/populations surtout des pays d'Afrique et de l'Asie face au populations/pays riche ont posé un cas de conscience à la communauté internationale. Dans cette optique, la déclaration interministérielle de Mexico est convoquée pour établir une politique visant à définir des normes afin de "faire place à l'équité". Pour elle, "la promotion de la santé doit être un élément fondamental des politiques et programmes publics de tous les pays en quête d'équité et d'une meilleure santé pour tous" (OMS, 2000 : 1). En 2005, la charte de Bangkok a pour but de permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d'améliorer leur santé (OMS, 2005 : 1). Cette charte réaffirme l'importance de la charte d'Ottawa, tout en l'adaptant aux nouvelles données imposées par la mondialisation. En 2009, pour la première fois, une rencontre internationale pour la promotion de la santé a eu lieu en Afrique. L'appel à contribution de Nairobi, la septième conférence du genre, se tint dans un contexte de crise, notamment la crise économique de 2008, de changement climatique, mais aussi avec l'émergence de nouvelles pathologies, notamment le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), du virus de la fièvre du Nil occidental, virus Ebola, le virus de la grippe aviaire Cette conférence prône donc l'application des résolutions prises lors de la conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, et insiste sur la nécessité de davantage agir sur les déterminants sociaux de la santé. En 2013, en Helsinki en Finlande, s'est tenue la huitième conférence pour la promotion de la santé (OMS, 2014 : 1). Elle les invite à une prise de conscience, d'équité et de responsabilité car les politiques nationales et internationales ont un impact sur les déterminants de la santé. Elle invite ainsi les principaux acteurs concernés à mettre en place des politiques saines de promotion de la santé afin d'agir efficacement et de manière efficiente sur les principaux déterminant de la santé. En 2016, la déclaration de Shanghai s'inscrit dans une nouvelle donne, celle des objectifs du développement durable (ODD) établit un an plus tôt. Il s'agit donc de mettre en place des canons pour mener des politiques fiables de PS irréversibles. Enfin, en 2019 la déclaration de Rotorua appréhende la PS de manière globale. Il ne s'agit non d'impliquer uniquement les gouvernements, mais d'impliquer tout le monde entier dans un processus de santé et développement durable. Cependant, il faut attendre les années 2000 pour que la promotion de la santé soit un concept réalité en Afrique.

I.2. La rencontre internationale de promotion de la santé en Afrique

En Afrique les rencontres internationales pour la PS débutent en 2001. Celles-ci se veulent d'être adaptées aux réalités africaines. En 2001 la première conférence africaine pour la PS, la stratégie régionale africaine de PS est mise en place lors de la 51^{ème} session de l'OMS zone Afrique à Brazzaville, au Congo. Cette stratégie a reconnu que la PS était un problème dans le continent. Ces problèmes sanitaires sont originaires des facteurs physiques, économiques, et sociaux et culturels (OMS, 2001 : 1). Il est donc question d'agir sur ces déterminants afin d'améliorer l'état sanitaire du continent. En 2008, une nouvelle impulsion a été apportée à la PS en Afrique. Ainsi, la déclaration de Ouagadougou des Etats membres de la région africaine de l'OMS sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique le 30 avril 2008 "réaffirme les principes de la Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978, en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux Gouvernements de veiller à la santé de leurs populations" (OMS a, 2008 : 2). La troisième conférence pour la promotion de la santé en Afrique se tint à Alger en juin 2008 avec pour thème "réduire le déficit de connaissances pour améliorer la santé en Afrique" (OMS b, 2008 : 1). Cette conférence est convoquée dans un contexte de pauvreté, de dérèglement climatique, de d'expansion des maladies nouvelles, émergentes, tropicales négligées, à potentiel épidémique (MAPE) et autres situations d'urgences complexes qui menacent davantage les personnes vulnérables. Il s'agit donc de mettre en synergie tous les intervenants du domaine de la santé et de mettre en place des politiques de développement d'équité, d'éthique et de confiance du public, de soutenir les efforts nationaux dans le domaine de la recherche et coopération en santé, de renforcer la coopération Sud-Sud et NordSud, y compris le transfert de technologies. En aout 2008, a lieu la quatrième la conférence sur la PS à Libreville (OMS, 2008 : 3). Cette dernière intervient dans un contexte où plus de 32% des décès sont liés aux facteurs de risque évitables liés à la détérioration de l'environnement, relevé par la pauvreté qui expose davantage les populations les plus vulnérables, environ 60% des écosystèmes sont détruit ou menacés, mais aussi la non implémentation de la convention de Bamako sur la gestion les Déchets dangereux. Cette conférence rappelle donc la nécessité de mener davantage de recherche pour être mieux informé sur l'impact des facteurs environnementaux sur l'homme en région africaine ; la nécessité de mettre en place une politique fiable de développement durable ; et la nécessité de trouver des solutions adéquates pour faire face aux facteurs environnementaux qui entravent le processus d'assainissement. En 2010, la cinquième conférence pour la PS s'est tenue en Afrique dans un contexte chaotique : accentuation du déficit économique et pauvreté, détérioration de la sécurité alimentaire, ravages causés par la pandémie de VIH/sida, destruction de l'environnement, augmentation du chômage, recul général des indicateurs de développement humain (OMS, 2010 : 4). La conférence prend ainsi des mesures à plusieurs niveaux. Sur le secteur spécifique de la santé, il faut renforcer les performances des ministères de la santé (MINSANTE), renforcer les capacités dans les domaines de l'élaboration des politiques, du leadership et du plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, plaider pour l'adoption de lois et de règlements garantissant à l'ensemble de la population un haut niveau de protection socio sanitaire, mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé universels et de qualité, accroître l'équité dans le financement de la santé et l'allocation des ressources. Pour ce qui est de l'intervention autre que dans le secteur de la santé, il a été décidé de mettre en place un système permettant de garantir la protection sociale tout au long de la vie, d'élaborer ou promouvoir des politiques axées sur les milieux favorables à la santé et les populations en bonne santé, de veiller à l'équité en santé dans toutes les politiques, d'évaluer et atténuer les effets néfastes du commerce

international et de la mondialisation, de renforcer la bonne gouvernance à l'échelle mondiale pour promouvoir la santé et l'équité en santé, d'investir dans le développement du jeune enfant pour garantir l'équité dès le départ, d'intégrer la promotion de la santé dans les politiques nationales de santé, d'intégrer et promouvoir l'égalité entre les sexes, de s'attaquer à l'exclusion sociale et à la discrimination, de favoriser l'émancipation politique, de Protéger, voir améliorer les déterminants sociaux de la santé pendant les conflits, et de veiller au suivi systématique, à la recherche et à la formation. Le Cameroun, partie de ces différentes conférences sur la PS a ainsi mis en place des politiques et institutions permettant d'implémenter lesdites politiques au Cameroun.

II. Implémentation de la promotion de la santé au Cameroun

L'implémentation de la PS au peut être classé de manière diachronique à deux niveaux : le premier allant de 2001 à 2010, et le second niveau de 2011 à 2015, le tout couronné par des institutions chargées de mettre en place les politiques de PS.

II.1. *Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun entre 2001 et 2010*

Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun peuvent être regroupées en trois catégories : l'équité d'accès aux soins de santé, l'utilisation rationnelle des ressources, et les réformes institutionnelles.

II.1.1. *L'équité d'accès aux soins de santé*

Depuis 2000, l'Etat camerounais a mis en place des réformes permettant l'égalité d'accès aux soins de santé. Parmi ces actions, on distingue le contrôle des prix des médicaments afin de les harmoniser, la mise sur pieds d'une ligne budgétaire pour les indigents de certaines formations sanitaires, la gratuité du traitement contre la tuberculose et le SIDA depuis 2007, le dépistage gratuit du SIDA pour les populations vulnérables (femmes enceinte, détenus de prisons, étudiants, personnes âgées ...), la réduction des prix médicaments vendus dans les pharmacies des formations sanitaires allant jusqu'à 65%, le prix de l'insuline qui est passé de 14000 à 3000 FCFA, la dialyse pour les insuffisants rénaux subventionnée à hauteur de 55000 pour la séance (les patient ne payant désormais que 5000 FCFA), la baisse des prix des médicaments contre le paludisme et le cancer, la construction de nouveaux formations sanitaires, et la mise sur pieds tant bien que mal des mutuelles de santé (MINSANTE, 2001 : 28). Cependant, malgré toutes ces réformes, beaucoup reste encore à faire car les couches les plus vulnérables ont encore les difficultés à avoir accès aux soins de santé.

II.1.2. *L'utilisation rationnelle des ressources*

Le Cameroun a mis en place, à travers les accords et les partenariats signés en 2001, des normes en matière de gestion des ressources. Il s'agit donc de rationaliser l'utilisation des ressources afin que nulle ne se sente lésé. Ainsi, le partenariat public-privé a été renforcé, le paquet minimum d'activité et le paquet complémentaire d'activité (il s'agit, selon le niveau d'appartenance de la formation sanitaire, d'un ensemble d'activité ou de service qui doivent absolument être toujours disponible au sein de la formation sanitaire et qui donc justifie de l'appartenance de cette formation sanitaire à sa dite catégorie) ont été mis sur pieds.

II.1.3. *Les réformes institutionnelles*

Sur le plan institutionnel, il a été mis sur pieds des programmes prioritaires, le développement des districts de santé, le renforcement des institutions de la santé, le secteur hospitalier est

réformés, l'élaboration des mutuelles de santé, la mise en place des unités de recherche en santé et en bioéthique, la mise en place d'un projet de développement des ressources humaines, la mise en place effective du SAMU, la subvention et la disponibilité des médicaments, le renforcement de la bonne gouvernance, et l'engagement du processus de réaménagement des formations sanitaires vétustes.

Entre 2001 et 2010, plusieurs réformes institutionnelles ont été apportées pour toujours porter la santé à un niveau de développement plus élevé. Ceci dit, durant cette période, des recommandations ont faites notamment accorder une attention particulière à la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et émergentes, l'amélioration de la communication dans le système de santé, l'amélioration du cadre juridique de la santé, et porter plus d'attention à la santé mentale, la lutte contre la drogue, le tabagisme et autre. La seconde phase des activités de PS au Cameroun va de 2011 à 2015.

II.2. Les activités pour la promotion de la santé au Cameroun entre 2011 et 2015

Les activités pour la PS entre 2011 et 2015, sont regroupées en 3 classes d'activités : la communication intégrée en faveurs des programmes de santé, la sécurité, la nutrition et l'environnement, et la prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles.

II.2.1. Classe d'activité 1 : communication intégrée en faveurs des programmes de santé

La communication joue un rôle important dans le processus de promotion de la santé. C'est l'élément essentiel, voire le pilier du concept car, elle permet de sensibiliser l'opinion publique sur les pratique et programme de santé. Au Cameroun, les activités liées à la communication en faveur des programmes de la santé sont divisées en quatre types majeurs d'intervention. Il est question en amont de mettre à disposition des matériaux et outils de communication. Ces outils une fois conçus, vont permettre la diffusion et la vulgarisation des programmes de santé qui, nécessiteront par la suite d'être davantage appuyé avec des pratiques telles que promotion des pratiques familiales essentielles et l'organisation des vacances sans SIDA, la célébration des journées mondiales, africaines et Camerounaises de lutte contre la maladie. Ces activités permettent de conscientiser les populations, de renforcer la communication en faveur des bonnes pratiques de santé pour éliminer et/ou prévenir les maladies transmissibles.

II.2.2. Classe d'activité 2 : santé, nutrition, et environnement

Le seconde classe d'activité, intitulé santé, nutrition et environnement, est la plus importante dans pour un processus de promotion de la santé. La promotion de la santé commence donc par la mise en place d'un environnement sain, de la qualité de vie, et de la capacité de prendre soin de soi en cas de maladie. Cette classe d'activité est déterminante car elle répond aux appels des différentes conférences internationales et africaines pour la promotion de la santé. On peut ainsi citer la charte d'Ottawa de promotion de la santé, la première du genre, qui est considéré comme étant le document de référence pour une politique de promotion de la santé. La classe est subdivisée en 4 catégories d'action. Il s'agit premièrement des actions à mener dans le cadre de l'hygiène du milieu et hygiène corporelle. Il s'agit ici d'assainir non seulement le milieu de vie, mais aussi les habitudes hygiéniques personnelles. Cela passe par l'organisation des campagnes de lutte anti vectorielle, les campagnes d'hygiène individuelle et collective, la gestion des déchets hospitaliers par l'incinération, le développement des outils éducatifs, et les causeries

éducatives. Il est donc question d'aménager et de ménager l'environnement afin de mettre en place un cadre de vie agréable et propice à l'épanouissement sanitaire des hommes. À l'assainissement du cadre environnemental, s'ajoute la surveillance de la qualité de l'eau consommée. C'est dire l'eau non potable est source de maladie, notamment les maladies diarrhéiques telle que le choléra. Les activités de promotion de la santé doivent ainsi s'assurer que non seulement l'eau consommée par les populations est de qualité, mais aussi elle devra mener des campagnes de potabilisation de l'eau et sensibiliser les populations, voir les éduquer sur le problème. Aucune santé ne peut ainsi être possible sans sécurité alimentaire. La promotion de la santé au Cameroun reconnaît que la qualité des aliments consommés est un atout pour la santé et la préservation contre les maladies. Dans son programme, elle a mis en place un programme d'inspection et surveillance de la qualité de production des aliments et des denrées alimentaires, de promotion des normes alimentaires, de formation des commerçants sur les normes de préparation et de stockage hygiénique des populations, et de vulgarisation de ces normes.

II.2.3. Classe d'activité 3 : prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles

La troisième classe d'activité, la dernière, attaque véritablement le vif du sujet : la prévention de la malnutrition et des maladies non transmissibles. Les premières préoccupations en matière de nutrition sont directement dirigées vers les enfants, les nourrissons et les femmes enceintes. Il s'agit donc de façon impérative de protéger les enfants, les jeunes enfants pour qu'ils aient à la base une alimentation maternelle (au sein) optimale, un repas équilibré en quantité et en qualité pour une bonne croissance, et une hygiène de vie pour la prévention des maladies. Il s'agit donc de la promotion de la consommation des fruits, de la supplémentation en micro nutriments, des légumes et fortifiants alimentaires, de la prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et des mères allaitantes, d'une alimentation adéquate de la femme en âge de procréer pendant la grossesse et l'allaitement, et de la promotion des comportements sains.

L'ensemble des classes d'activité semble avoir bien intégré le concept de PS. De la communication, passant par la santé, la nutrition et l'environnement, pour terminer avec la prévention primaire des maladies non transmissibles, on peut dire que la PS au Cameroun est dans un dynamisme embryonnaire qui s'approprie un concept né en 1986, avec la charte d'Ottawa.

II.3. Les acteurs de la promotion de la santé au Cameroun

Le cadre administratif désigne les organes et coopérant du ministère de la santé publique qui l'accompagnent dans la mise en place des politiques de PS. Il s'agit de la direction de la promotion de la santé, du centre d'hygiène et d'assainissement, de la sous-direction de la prévention et de l'action communautaire, et de la sous-direction de la santé mentale.

II.3.1. La direction de la promotion de la santé et le centre d'hygiène et d'assainissement du territoire

Au sein du MINSANTE, une direction de la PS a été créée pour implémenter le concept dans le pays. Cette direction comprend quatre sous directions à savoir la Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition, la Sous-Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement, la Sous-Direction de la Prévention et de l'Action Communautaire, et la Sous-Direction de la Santé Mentale. Les missions de cette direction créée en 2013 sont de faire de la promotion de la santé une appropriation nationale et de mobiliser les opinions pour la cause, de mettre en place des

stratégies de prévention des principales causes de maladie et de malnutrition, de mettre en œuvre une politique d'hygiène, d'assainissement et de gestion des déchets, de promouvoir la santé mentale. Cette direction est aussi chargée de la mise en place des mutuelles de santé et des systèmes d'assurance maladie en liaison avec les administrations concernées (MINSANTE, 2013 : 32).

Le centre d'hygiène et d'assainissement du territoire, comme son nom l'indique, a été créé avec pour but de promouvoir les comportements sains en matière d'environnement sur le territoire camerounais. Il est subdivisé en deux services : le service de l'hygiène du milieu et le service de l'eau. Ses missions sont nombreuses. Il est ainsi chargé de la définition et de la promotion des mesures d'hygiène individuelle et collective, la certification des normes de qualité des eaux et du contrôle de leur respect, la réglementation des activités d'assainissement du milieu, de l'homologation des pesticides et des désinfectants utilisés en santé publique, du contrôle sanitaire des industries alimentaires et polluantes, du suivi des activités de lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles, la promotion de la qualité de l'eau dans les activités de soins de santé primaires, et de l'homologation des technologies utilisées dans le traitement de l'eau de boisson.

II.3.2. La sous-direction de la prévention et de l'action communautaire et la sous-direction de la santé maternelle

Cette sous-direction a été créée pour coordonner les actions à l'échelle communautaire. Elle dispose de deux services : celui de l'éducation pour la santé et celui de la mobilisation sociale. Elle a pour mission d'élaboration et de mettre en œuvre de la stratégie gouvernementale dans le cadre de référence de promotion de la santé, d'opérer une mobilisation sociale en faveur de la santé, du développement et du suivi de la mise en œuvre de la collaboration avec les secteurs administratifs apparentés à la santé, de mettre en place et de diffuser les méthodes de sensibilisation visant à prévenir les principales causes de maladie, d'invalidité et de décès ; de formuler et de coordonner toutes les actions d'éducation pour la santé, de définir les objectifs éducatifs en matière d'éducation pour la santé, d'appuyer et de suivre les mutuelles de santé, en liaison avec les administrations concernées, et de participer à la mise en place du système de protection sociale, en liaison avec les administrations concernées.

La sous-direction de la santé mentale quant à elle est un outil administratif qui accompagne le processus de promotion de la santé. Il est constitué de deux services : le service de promotion de la santé mentale et de la psychiatrie, et le service de lutte contre la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme. Cette direction est chargée du développement et du suivi des activités des mutuelles de santé, en liaison avec les administrations concernées, de la participation à la mise en œuvre du système de protection sociale, en liaison avec les administrations et organismes concernés, et de la mise en œuvre des stratégies visant à renforcer l'implication des communautés dans les activités de promotion de la santé.

III. Analyse critique de la promotion de la santé au Cameroun et perspectives

Au vu de ce qui précède, une analyse critique des actions mises en place par les pouvoirs publics pour la PS au Cameroun entre 2000 et 2015 pour mesurer l'impact de ces politiques.

III.1. *Analyse critique de la promotion de la santé au Cameroun : quel impact en 2015 ?*

L'impact de la PS au Cameroun entre 2000 et 2015 peut être mesuré à plusieurs niveaux : l'environnement de vie, les aptitudes favorables à la santé, et le développement du système de santé.

III.1.1. *L'impact de la promotion de la santé au niveau de l'environnement de vie*

L'impact de la PS au niveau de l'environnement de vie, l'impact de la PS reste très mitigé, cependant, l'on ne saurait totalement ignorer les avancés réalisés. Pour ce qui est de l'adduction en eau potable, gestion des déchets, hygiène et assainissement du milieu, les ménages utilisant a augmenté de 13,28% entre 2011 et 2014 ; cependant, 27% des ménages n'ont pas à cette date accès à une source en eau potable, et 10,9% de ces derniers utilisent sur source améliorée (MINSANTE, 2016 : 9). Plus alarmant, les ménages utilisant des toilettes améliorées a diminué de 13,28% entre 2011 et 2014. De même, la gestion des déchets ménagers qui a augmenté reste un problème majeur malgré la présence de la société HYSACAM (Hygiène et Salubrité du Cameroun) et le plan national de gestion des déchets hospitaliers. La qualité de l'air elle aussi ne s'est pas améliorée, car les voitures ayant plus de 15 ans âges représentent 92% du parc automobile du pays en 2105, source de la pollution de la qualité de l'air. Les infrastructures sportives ouvertes au public restent encore insuffisant, avec seulement 10 plates-formes sportives de proximité, 03 parcours Vita (Yaoundé, Douala, Bamenda) et des complexes sportifs dans certaines villes (Bertoua, Bafoussam, Maroua, Ebolowa, etc.) qui sont mal entretenus. En milieu carcéral, on observe une promiscuité dans l'ensemble des établissements ; en 2015, on dénombre 27000 détenus pour une capacité globale d'accueil de 16000 places, soit un surplus de 11000 détenus pour 23 médecins; 36 Infirmiers Diplômés d'État, 113 Aides-soignants, et 34 Agents Techniques Médico-Sanitaires.

III.1.2. *Impact de la promotion de la santé sur les aptitudes favorables à la santé*

La première aptitude favorable à la santé est la nutrition, or au Cameroun la prévalence de la mal nutrition chronique est resté sans grand changement entre 2011 et 2014, soit environ 31%, même si la malnutrition modérée et sévère a relativement diminué, passant de 5,6% à 5,2% pour la même période ; et l'utilisation du sel iodé a diminué de 4,9% entre 2011 et 2014, malgré l'arrêté N° 0113/A/MSP/SG/DSFM du 29 mai 1991 institue l'iodation obligatoire du sel sur toute l'étendue du territoire national. Au niveau de l'action communautaire pour la PS, le Cameroun a adopté en 1993, la politique de réorientation des soins de santé primaires issue de l'Initiative de Bamako. Ainsi, au Cameroun cet engagement s'exprime par la participation des populations au financement des soins de santé, la participation des représentants des communautés à la cogestion, les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile, les prestations des agents de santé communautaire, et les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé. Dans cette optique, le budget pour la promotion de la santé est passé de 0,3% entre 2007 et 2008 à 1% entre 2011 et 2015. Sur le plan de la planification familiale, la prévalence des contraceptifs est passée de 16% en 2011 à 34,4% en 2014.

III.1.3. Impact de la promotion de la santé sur la prévention de la maladie

A partir de 2010, le Cameroun a connu une baisse globale de la morbidité, ainsi qu'une transition épidémiologique avec une baisse de la prévalence des maladies transmissibles (VIH/Sida, IST, Tuberculose, Paludisme et Hépatites virales), et une augmentation des maladies non transmissibles (Onchocercose, filariose lymphatique, Schistosomiasis, Helminthiases intestinales, Lèpre, Ulcère de Buruli, Trachome, Trypanosomiase humaine africaine). Cependant, d'une manière générale, le taux de maladies est en baisse soit environ 75000 cas en 1990 à environ 60000 en 2013. Ce résultat est dû à l'implication financière du pays. Ainsi, "entre 2007 et 2015, les financements alloués à la prévention de la maladie et à la prise en charge des cas représentaient respectivement 29,7% et 30% du budget du MINSANTE. Mais, d'après les comptes nationaux de la santé, les dépenses totales relatives à la prévention de la maladie s'élevaient à 13,6 milliards de FCFA en 2011, soit 2,9% des dépenses totales de santé" (MINSANTE, 2016 : 9).

D'une manière générale, la PS au Cameroun a permis l'augmentation de l'espérance de vie qui passe de 51 ans en 2000 à 58,1 ans en 2018, le recul de la mortalité infanto-juvénile qui quitte de 122 décès en 2011 à 79 décès en 2018 pour 1000 naissances vivantes, mais aussi la hausse de la proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés, de l'ordre de 48,2% en 2004 à 75,3% en 2014. Aussi, la mortalité maternelle qui passe de 782 à 464 décès maternels pour 100000 naissances vivantes entre 2011 et 2018 ; et le ratio personnel soignant/population, qui reste inférieur à la norme établie par l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants en 2009.

III.2. Perspectives en vue d'améliorer les prestations de la promotion de la santé au Cameroun

La PS au Cameroun depuis 2000 présente un bilan peu brillant. Malgré les aspects positifs, de nombreux points restent encore à améliorer.

III.2.1. Améliorer le rapport population/formation sanitaire/personnel sanitaire

De prime abord, il est nécessaire d'améliorer la gouvernance du système de santé notamment avec le renforcement de son système d'information, la multiplication des formations sanitaires (FOSA), du personnel sanitaire, ainsi que leur répartition équitable sur l'ensemble du territoire camerounais. Ceci dit, dans ces FOSA, il est nécessaire d'améliorer les plateaux techniques des hôpitaux centraux et de référence, et valorisation le potentiel thérapeutique local. Il est ainsi primordial de rapprocher davantage les FOSA des populations, de multiplier les campagnes de vaccination, de promouvoir les mutuelles de santé et les assurances.

III.2.2. Améliorer la qualité et le milieu de vie des populations

Ainsi, il faut intensifier les campagnes d'information, de formation, et de dépistage des maladies à potentiel épidémique (MAPE), accompagner les populations surtout vulnérables dans l'application des mesures barrières des maladies transmissibles et non transmissible. Il s'agit donc d'intensifier les campagnes de vaccination, d'intensifier les actions d'assainissement sanitaire, mettre en place des programmes d'éducation alimentaire, d'éducation sexuelle surtout de la jeune fille, et d'hygiène du milieu de vie. L'amélioration de la qualité de vie passe aussi par l'augmentation du niveau de vie des populations. Il donc d'une

manière générale d'augmenter le salaire minimum interprofessionnel garanti qui est actuellement de 36270 F CFA, tout en stabilisant les prix des produits de premier nécessité du panier de la ménagère. Il faut ainsi combattre le trio maléfique : la corruption, les détournements de fond public, et la mal gouvernance.

Conclusion

L'historique de la PS a débuté dès 1986 avec la charte d'Ottawa. Cependant, cette politique nouvelle mise en place par l'OMS a progressivement été implémentée à travers le monde et n'arrive réellement sur le continent africain qu'au début du 21^{ème} siècle. C'est donc dans les années 2000 que le Cameroun commence à mettre en place les principes de cette politique. Ceci dit, les résultats obtenus sont peu réconfortant, malgré les avancés observé. Ceci dit, il n'en demeure pas moins qu'une série d'actions ciblée à cours, moyen, et long terme pourra sans doute propulser les actions de la PS à de meilleurs résultats.

Bibliographie

OMS (1986), "Promotion de la santé, charte d'Ottawa", Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (1988), "Les recommandations d'Adélaïde", Genève, Organisation mondiale de la santé.

J. A.Haglund Bo, D. Finer et P. Tillgren (1997), "conférence internationale sur la promotion de la santé (1991 : Sundsvall, Suède)", Organisation Mondiale de la Santé.

OMS (1997), "The Jakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century", Geneva, World Health Organization. **OMS** (2000), "Faire place à l'équité", Rapport de la cinquième conférence mondiale sur la promotion de la sante, Mexico.

OMS (2005), "La charte de Bangkok pour la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation", Rapport de la sixième conférence pour la promotion de la santé, Bangkok, organisation mondiale de la santé. **OMS** (2014), "Ce qu'il faut savoir au sujet de la sante dans toutes les politiques", Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2001), "Rapport de la 51^{ème} session, 27 août – 1^{er} septembre 2001", Brazzaville, Organisation mondiale de la santé.

OMS a (2008), "Déclaration de Ouagadougou Sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la sante en Afrique au cours du nouveau Millénaire", Déclaration des Etats membres de la région africaine de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS b (2008), "Rapport de la Cinquante-huitième session Yaoundé, Cameroun, 1^{er} – 5 septembre 2008", Genève, Organisation mondiale de la santé.

OMS c (2008), "Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique", Libreville, Organisation mondiale de la santé.

OMS (2010), “Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la région africaine”, Malabo, Organisation mondiale de la santé.

MINSANTE (2013), Décret N°2013/093 du 03 avril 2013, portant organisation du ministère de la santé publique.

MINSANTE (2016), “Stratégie sectorielle de santé 2016 – 2027”, ministère de la santé publique, Draft du 11 Janvier 2016.

MINSANTE (2001), “Stratégie sectorielle de santé 2001-2015” ministère de la santé publique.

République du Cameroun (2020), “Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 : Pour la transformation structurelle et le développement inclusif (SND30)”, Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. SOURCES PRIMAIRES

1) Archives

a) Archives de l'OMS

1. Haglund Bo J.A., Finer D. et Tillgren Per, “conférence internationale sur la promotion de la santé (1991 : Sundsvall, Suède)”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1997.
2. OMS Cameroun, “Rapport annuel de 2010”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2010.
3. OMS et fond des nations unies pour l'enfance, “Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma Ata (URSS), 6 – 12 septembre 1978”, *Santé pour tous n°1*, 1978.
4. OMS et UNICEF, “Atteinte de la cible des OMD pour le paludisme : inversion de la tendance entre 2000 et 2015”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2015.
5. OMS, “La charte de Bangkok pour la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation”, Rapport de la sixième conférence pour la promotion de la santé, Bangkok, Organisation Mondiale de la Santé 11 aout 2005.
6. OMS, “ Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2014.
7. OMS, “ Le paludisme et l'action de l'OMS”, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 67 (4): 347-363, 1989.
8. OMS, “ Règlement additionnel du 23 mai 1973 modifiant le Règlement sanitaire international (1969), en particulier les articles 1, 21, 63 à 71 et 92”, Seizième séance plénière, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 23 mai 1973.

9. OMS, “ Voyage à travers les 90 ans d’histoire du Relevé épidémiologique hebdomadaire”, Relevé épidémiologique hebdomadaire N°13, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2016.
10. OMS, “Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la région africaine”, Malabo, Organisation Mondiale de la Santé 30 août – 3 septembre 2010.
11. OMS, “Ce qu’il faut savoir au sujet de la sante dans toutes les politiques”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2014.
12. OMS, “Cinquantième de la coopération Cameroun – OMS”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2020,
13. OMS, “Déclaration de Ouagadougou Sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la sante en Afrique au cours du nouveau Millénaire”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 30 avril 2008.
14. OMS, “Evaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République du Cameroun, Rapport de mission du 25–29 septembre 2017”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2017,
15. OMS, “faire place à l’équité”, Rapport de la cinquième conférence mondiale sur la promotion de la sante, Mexico, Organisation Mondiale de la Santé 5 juin 2000.
16. OMS, “Les recommandations d’Adélaïde”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1988.
17. OMS, “Programme VIH/SIDA : parvenir au but. plan opérationnel 2014-2015”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2014.
18. OMS, “Projet de règlement n°2, Règlement sanitaire international”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1951.
19. OMS, “Promotion de la santé, charte d’Ottawa”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1986,
20. OMS, “Règlement additionnel du 23 mai 1973 modifiant le Règlement sanitaire international (1969), en particulier les articles 1, 21, 63 à 71, et 92, Seizième séance plénière”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 23 mai 1973.

21. OMS, “Règlement sanitaire international (1969)”, troisième édition annoté, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1983.
22. OMS, “Règlement sanitaire international (2005)”, deuxième édition, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.
23. OMS, “Santé et développement durable”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001.
24. OMS, “Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 7 décembre 1987.
25. OMS, “*The Jakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century*”, Geneva, World Health Organization, 1997.
26. OMS, “Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé : rapport de situation 2008”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2009.
27. OMS, “VIH/SIDA : couverture de certains services de prévention et de soins dans les pays peu développés en 2001”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, janvier 2003.
28. OMS, “Activité de l'OMS, 1982-1983, Rapport biennal du Directeur général”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1984.
29. OMS, “Cinquante-huitième session Yaoundé, Cameroun, 1^{er} – 5 septembre 2008”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.
30. OMS, “Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique”, Libreville, Organisation Mondiale de la Santé, 29 août 2008
31. OMS, “Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, octobre 2006.
32. OMS, “La deuxième décennie de l'Organisation mondiale de la Santé, 1958-1967”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1968.
33. OMS, “Les dix premières années de l'organisation mondiale de la Santé”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1958.

34. OMS, “Rapport 93^{ème} session”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 19 novembre 1993.
35. OMS, “Rapport de la 51^{ème} session, 27 août – 1^{er} septembre 2001”, Brazzaville, Organisation Mondiale de la Santé 2001.
36. OMS, “Rapport de la présence de l’OMS dans les pays, territoires et zones”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2017.
37. OMS, “Rapport de la troisième session du comité régional pour la méditerranée orientale”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 25 juillet 1950.
38. OMS, “Rapport sur les résultats de l’OMS : budget programme 2016 – 2017”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2018.
39. OMS, “Relevé épidémiologique hebdomadaire N ° 20”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1992.
40. OMS, “Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 9”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 5 mars 1982.
41. OMS, “Relevé Épidémiologique Hebdomadaire, N° 47”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 24 novembre 2000.
42. OMS, “Relevé Épidémiologique Mensuel du Cameroun n° 16/02”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, juillet 2016.
43. OMS, “Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays 2010-2015”, Cameroun, 2009.
44. OMS, “ Stratégies recommandées par l’OMS contre les maladies transmissibles”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2006
45. ONU, “Convention de Bamako sur l’interdiction d’importer en Afrique des déchets dangereux et sur le contrôle des mouvements transfrontaliers et la gestion des déchets dangereux produits en Afrique”, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1991.
46. Partenariat Halte à la Tuberculose et Organisation mondiale de la Santé, “Plan mondial Halte à la tuberculose 2006 - 2015”, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006,

47. Paul. M. V. Martin, “ De la première conférence sanitaire internationale à la création de l’Organisation mondiale de la santé (OMS)”, *Bulletin épidémiologique, santé animale et alimentation n° 66/Sécial vigilance vis-à-vis des maladies exotiques*, 2015.
48. WHO, “Health Inequities in the WHO African Region: magnitudes, trends and sources”, Brazzaville World Health Organization, Regional Office for Africa, 2010.
49. Wright J.W., “The WHO programme for evaluation and testing of new insecticides”, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 44: 11-22, 1971.

b) Archive du MINSANTE

1. Comité national de lutte contre le sida, “ plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2011 – 2015”, Yaoundé, Août 2010.
2. Comité national de lutte contre le sida, “Mise en œuvre de la déclaration d’engagement sur le VIH/SIDA”, Rapport de progrès n°3, 2008.
3. Fond africain de développement, “rapport d’évaluation du projet de développement du système de santé publique du Cameroun”, 2000.
4. MINSANTE, “Plan Opérationnel de la Planification Familiale au Cameroun 2015-2020”, 2014.
5. MINSANTE, “Programme national de lutte contre la tuberculose : guide technique pour les personnels de santé”, 2012
6. MINSANTÉ, “Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun”, 2016.
7. MINSANTÉ, “Stratégie Sectorielle de Santé 2016 – 2027”, Draft du 11 Janvier 2016.
8. MINSANTÉ, “Programme National de Développement Sanitaire 2011 – 2015”, 2011.
9. Programme national de lutte contre la tuberculose, “Guide technique pour les personnels de santé”, 2012.
10. Stratégie Nationale de gestion de Déchets au Cameroun (Période 2007- 2015), Draft III, Yaoundé 2007.

c) Archive de l'institut nationale de la statistique

1. Institut National de la Statistique, Annuaire statistique du Cameroun, 2013.

d) Autres archives

1. Banque Africaine de Développement et Fonds Africain de Développement, "Stratégie du groupe de la banque en matière de lutte contre le paludisme", Département des politiques et de la revue des opérations, Janvier 2002.
2. Commission des Communautés Européennes, "Mémorandum sur une politique communautaire de coopération au développement - Programme pour une 1ère série d'actions", Bruxelles, 1972.
3. Union Africaine, " La Déclaration eThekwini et le Plan d'action d'AfricaSan", 11^{ème} Sommet de l'UA sur la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement pour l'eau et l'assainissement, 2008.
4. Union Africaine, "stratégie africaine sur les changements climatiques", 2014.

2) Rapports

1. Commission des communautés européens intitulé "Fond européen de développement 1960 – 1975, quinze années de coopération au développement", 1975.
2. Fond africain de développement, "rapport d'évaluation du projet de développement du système de santé publique du Cameroun", 2000.
3. Nana Tomen H., " le paludisme dans le bassin nyong-sanaga : connaissances et stratégies de lutte", Rapport rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'Application de la Statistique, Institut Sous-régional de Statistique et d'Économie Appliquée, 2008.

4. Institut National de la Statistique, 2^{ème} enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2), volet santé, décembre 2010.
5. Institut National de la Statistique. 5e Enquête a indicateurs multiples (MICS 5) : Rapport préliminaire, 2015.
6. Ministère de la Justice, Rapport d'activité premier semestre, 2015.
7. Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, "Rapport Annuel de Performance", 2013.
8. Ministère du Sport et de l'Éducation Physique : Rapport des États généraux du sport et de l'éducation physique 2010.
9. ONU, "Rapport du Sommet mondial pour le développement durable" Johannesburg (Afrique du Sud), 26 août-4 septembre 2002.
10. ONU, Rapport de la conférence des nations unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, 3-4 juin 1992.
11. ONU, Rapport de la conférence des nations unies sur l'environnement, Stockholm, 5-16 juin 1972.
12. Sebahara P., La coopération politique entre l'UE et les États ACP : Bilan des politiques et des pratiques sous les 4 conventions de Lomé (1975-1998), Document de réflexion European Center Policy Management n° 7, 1998,
13. Porto V., Fol J., Tavaglione F., Immersion en milieu communautaire à Yaoundé, Cameroun, 20 mai - 1er juillet 2012, rapport de stage, juillet 2012.
14. Union Africaine, "Rapport d'évaluation de la stratégie africaine de la sante 2007 – 2015", Addis-Abeba, 2016.

3) Lois et décrets

1. Décret N°2013/093 du 03 avril 2013, portant organisation du ministère de la santé publique, P. 38.

2. Loi cadre N°96/02 de 1993.
3. Loi N°96/06 du 18 janvier 1996. Portant révision de la constitution du 02 avril 1972, modifiée et complétée par la loi n°2008/001 du 14 avril 2008.

4) Sources orales

N°	Noms et Prénoms	Agés	Statut	lieux des interviews	Dates des interviews
1	Dr Amabo Franck	40 ans	Médecin épidémiologiste (DLMEP)	Yaoundé	21/04/2017
2	Dr Bigna Rim JJ	34 ans	Médecin épidémiologiste (CPC)	Yaoundé	10/08/2016
3	Dr Dibog	34 ans	Épidémiologiste (DLMEP)	Yaoundé	10/06/2016
4	Dr Fonkoué Loïk	Environ 42 ans	Médecin	Yaoundé	03/04/2021
5	Dr Jean Ives	38 ans	Médecin épidémiologiste	Yaoundé	10/04/2021
6	Dr Kebou Lionel	35 ans	Médecin épidémiologiste	Yaoundé	10/04/2021
7	Mr Manga Blaise	51 ans	Directeur d'hygiène et d'assainissement	Yaoundé	10/08/2016
8	Mr Moumbo	55 ans	Direction d'hygiène et d'assainissement	Yaoundé	18/04/2017
9	Dr Nzoukang Ulrich	32 ans	Médecin	Yaoundé	01/08/2021
10	Dr Sanam Nina	31 ans	Médecin	Yaoundé	26/04/2017

11	Dr Seukap Michelle	Environ 50 ans	Médecin épidémiologiste (DLMEP)	Yaoundé	02/04/2017
12	Dr Sinda Freud	Environ 40 ans	Médecin / diplomate	Yaoundé	04/04/2021
13	Dr Um Nyobe Merveilles	33 ans	Médecin	Yaoundé	15/01/2021
14	Guimbang Marie C.	36 ans	Agent à Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation	Douala	02/02/2023
15	Aboulé	64 ans	Institutrice retraitée / Témoin des activités menées par l'OMS dans les écoles	Garoua	12/10/2022
16	Boya chantal	52 ans	Institutrice / Témoin des activités menées par l'OMS dans les écoles	Maroua	12/10/2022
17	Manga Blaise	50 ans	Directeur du service d'hygiène et d'assainissement	Yaoundé	01/12/2022
18	Moumbo	48ans	service d'hygiène et d'assainissement	Yaoundé	01/12/2022
19	Nkomidio Françoise	Environ 80 ans	Témoin des opérations de lutte contre les grandes endémies /femme d'infirmier	Bafia	06/01/2023
20	Otiyo Yasmine	54 ans	Institutrice / Témoin des activités menées par l'OMS dans les écoles	Douala	07/01/2023

II. SOURCES SECONDAIRES

1) Ouvrages

1. Bardolphe J., *LITTÉRATURE ET MALADIE EN AFRIQUE : Image et fonction de la maladie dans la production littéraire*, Harmattan, Paris, 1994.
2. Hampate Ba A., *le courrier de l'U.N.E.S.C.O*, Paris, 1979.
3. Beiton A. et Al., *Méthode des sciences sociales*, Dalloz, Paris, 2000.
4. Amo'ou J. P. et Al, *Le Cameroun*, Armand Colin, Paris, 1985.
5. Barré-Sinoussi F., *Pour un monde sans sida : un combat partagé*, Albin Michel, Paris, 2012.
6. Grmek M., *Histoire du sida : début et origine d'une pandémie actuelle*, Payot, Paris, 1989.
7. Miquel P., *Mille ans de malheur : Les grandes épidémies du millénaire*, Éditions Michel Lafon, Paris, 1999.
8. Bigaro D., *les conte d'Amadou Koumba*, Fasquelle, Paris, 1948.
9. Ki-Zerbo J., *Histoire de l'Afrique noire*, Hatier, Paris, 1978.
10. Ngo Likeng J.L., *MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES ET INFECTIONS NOSOCOMIALES EN AFRIQUE : Un défi de santé publique*, Harmattan, Paris, 2021.
11. Panzac D., *Quarantaine et Lazaret. L'Europe et la peste d'Orient. Aix-en-provence*, Edisud, Paris, 1986.
12. Hours B., *l'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Paris, Harmattan, 1985.
13. Ducell G., Fabry J., & Nicoll L., *Prévention des infections nosocomiales*, Guide pratique, 2^{ème} édition, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

15. Laveissière C. et Penchenier C., *Manuel de lutte contre la maladie du sommeil*, IRD Éditions, Marseille, 2017.
16. Dedet J-P., *Les Instituts Pasteur d'outre-mer. Cent vingt ans de microbiologie française dans le monde*, Harmattan, Paris 2000.
17. Dumas M., Bouteille B., Buguet A., *Progress in human African trypanosomiasis, sleeping sickness*, Springer-Verlag, Paris, 1999.
18. Laveissière C., Hervouet I.P., *Trypanosomiase humaine en Afrique de l'Ouest : épidémiologie et contrôle*. Paris, Orstom, coll. Didactiques, Paris, 1991.
19. Mathis C., *L'œuvre des Pasteuriens en Afrique noire*, Presse universitaire de France, Paris, 1946.
20. Jaffré Y., *Pouvoir et maladie en Afrique*, Didier Fassin, Coll. Les champs de la santé, PUF, Paris, 1992.
21. Ekanga B., *VIVRE AVEC LE VIH-SIDA EN AFRIQUE : Etat des lieux, responsabilités et problèmes éthiques*, Harmattan, Paris, 2019.
22. Tanchou J., *EPIDÉMIE ET POLITIQUE EN AFRIQUE : Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*, Harmattan, Paris, 2007.
23. Vidal L & al, *les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoir et pratique : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, Harmattan, Paris, Coll. Logiques social, 2005.
24. Touna M., *Crise économique et politique de déréglementation au Cameroun*, Harmattan, Paris, 1996.
25. Nicolle C., *Destin des maladies infectieuses*, Edition France Lafayette, Paris, 1933.
26. Bolot F. et Bolot J.-F., *Influence des grandes épidémies sur le cours de l'histoire*, Harmattan, Paris, 2021.

27. Faouzia P., *L'ÉTAT ET LA SANTÉ : Quelle finalité à la politique de santé ?*, Harmattan, Paris, 2022.
28. Kemedjeu V., *La bonne santé de la population en Afrique*, Harmattan, Paris, 2021.
29. Descarpentries J., *L'éducation à la santé entre savoir et pouvoir*, Harmattan, Paris, 2020.
30. Chamorand E., *Les multinationales pharmaceutiques et la politique de santé*, Harmattan, Paris, 2020.
31. Vidal L., *Le sida au Cameroun*, Harmattan, Paris, 2014.
32. Mono Ndjana H. et Ayissi L., *PENSER LE SIDA : Analyses croisées d'une pandémie*, Harmattan, Paris, 2010.
33. Beat-Songue P., *SIDA et prostitution au Cameroun*, Harmattan, Paris, 1993.
35. Mathieu L., *PROSTITUTION ET SIDA : Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, Harmattan, Paris, 1993.
36. Rosman S., *SIDA ET PRECARITE : Une double vulnérabilité*, Harmattan, Paris, 1999.
37. René Sabatier, *SIDA : l'épidémie raciste*, Harmattan, Paris, 1985.
38. Gueboguo C., *Sida et homosexualité(s) en Afrique*, Harmattan, Paris, 2009.
39. Eun J., *SIDA ET ACTION PUBLIQUE : Une analyse du changement de politiques en France*, Harmattan, Paris, 2009.
40. Beigbeder Y., *L'organisation mondiale de la santé*, Graduate Institute Publications, Genève, 2015.
41. N'da P., *Recherche et méthodologie en sciences humains. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Harmattan, Paris, 2015.
42. Lebrun J.C., *Guide pratique de rédaction scientifique*, EDP science, Paris, 2007.

2) Articles

1. Hillemand B. et Ségal A., “ Les six dernières conférences sanitaires internationales de 1892 à 1926 prémices de l’Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)”, *Histoire des sciences médicales Tome XLVIII - N° 1*, 2014.
2. Hillemand B. et Ségal A., “Les six Conférences sanitaires internationales de 1851 à 1885 : prémices de l’organisation mondiale de la santé”, *Histoire des Sciences Médicales - Tome XLVII - N° 1* – 2013.
3. Toma B. et Thiry E., “Qu’est-ce qu’une maladie émergente ?”, *Epidémiologie et santé animale*, 2003, 44, 1 – 11.
4. Lienhardt C., “La tuberculose dans le monde aujourd’hui : Enjeux, recherche et perspective”, *santé internationale*, 2011, p. 59 – 74.
5. Godbers D., “La coopération en santé dans les pays africains” *Actualité des dossiers en santé publique n° 48*, septembre 2004.
6. Houéto D., “La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d’actions”, *The international union for health promotion and education*, 2008.
7. Houéto D., H. Valentini, “La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d’avenir”, *Santé publique volume 26 / N°1 Supplément* - juillet-août 2014.
8. De Zulueta J. & Garrett J., "An investigation of the persistence of malaria transmission in Mexico", *American journal of tropical medicine and hygiene*, 63-77, 1965.
9. Breton E., “La Charte d’Ottawa : 30 ans sans plan d’action ?”, *Santé Publique 2016/6 (Vol. 28)*, 2016.
10. Eboko F., “l’organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion”, *Bulletin de Association pour l’anthropologie du changement social et du développement*, 2001.
11. Ndjepel J., Ngangue P.E, Mballa E., “Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives”, *Santé Publique 2014/HS (S1)*, 2020.

12. Berthélemy J.C., “Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté”, *Compte Rendu Biologies* 331, 903–918, 2008.
13. Elango L.Z. et Metegue n’nah N., “l’Afrique au XIXème siècle jusque vers les années 1980”, *Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture*, France, 2010.
14. Poulain M., “ LA GESTION PAR L’OMS DES SITUATIONS D’URGENCE SANITAIRE DE PORTEE INTERNATIONALE : L’exemple du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)”, *revue d’analyse juridique internationale*, 2003.
15. Blench M., “ Réseau Mondial d’Information en Santé Publique (RMISP)”, *Agence de santé publique du Canada*, 2009.
16. Mossus-Etounou et al., “Evolution des programmes nationaux de lutte contre l’infection à VIH et le Sida au Cameroun, de 2000 à 2015”, *www.hsd-fmsb.org*, consulté le 24 mars 2020.
17. Nkoussa J.M., “VIH/SIDA : 4,3% de taux de prévalence en 2015”, *cameroon-info.net*, 4 décembre 2015.
18. NTCHAPDA P.A., “Cameroun: Le virus de la variole du singe signalé au Nord-Ouest et au Sud-Ouest”, *Cameroon-Info.Net*, 18 Mai 2018.
19. P. Aubry, Gauzière B.A., “Grandes endémies 2018”, *www.medecinetropicale.com*, 4 juin 2019.
20. Beck R.W., “A chronology of microbiology in historical context”, *American Society Microbiology Press*, 2000.
21. WANG S. “Approche historique des quinze premières années de lutte contre la maladie du sommeil dans le Mbam”, *Bulletin de liaison de l’Oceac*, 1999.

3) Thèses

1. Bompangue Nkoko D., “dynamique des épidémies de choléra dans la région des grands lacs africains cas de la république démocratique du Congo”, thèse de Doctorat en sciences de la vie et de la santé, Université de Franche-Comté, 2009.
2. Mendo Me Mfou E., “Les micro-unités de santé informelles au Cameroun : quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables ?”, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Lille I, décembre 2013.
3. Caffin J.H., “l’aide au développement et le financement basé sur la performance : quelle performativité ? : analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement bas’ sur la banque mondiale et l’USAIS : étude du cas du projet national de financement basé sur les résultats du ministère de la santé du Sénégal”, thèse de Doctorat en science de gestion, Ecole doctorale de management Panthéon Sorbonne, Paris, 2018,
4. Vanel J., “De l’éducation Sanitaire à la promotion de la santé : enjeux et organisation des savoirs au cœur de l’action publique sanitaire (internationale)”, Thèse de Doctorat en Science Politique, Université de Paris Sarclay, juin 2016.
5. Bigorgne M., “l’aide bucco-dentaire internationale : exemple du Cameroun”, Thèse de Doctorat en chirurgie dentaire, Université Paul Sabatier – Toulouse III, octobre 2012.
6. Moubé Moubé, “Des principes de responsabilité et de solidarité pour un accès financier équitable aux soins de santé : Le cas des travailleurs de l’informel urbain du Cameroun en situation de vulnérabilité”, Thèse de Doctorat Ph.D en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Septembre 2015.
7. Ayangma Bonoho S., “L’Organisation mondiale de la santé (OMS), les politiques de développement sanitaire et leur mise en œuvre en Afrique centrale entre 1956 et 2000”, Thèse de Doctorat en Histoire, Université de Yaoundé I, 2020.
8. Nkwenkeu S.F., “Évaluation des politiques publiques de santé : Une analyse économique appliquée au Cameroun”, Thèse de Doctorat en Sciences Économique, Université de Grenoble, avril 2014.

9. Djoumou T., “L’action sanitaire française dans la région de l’Ouest Cameroun : 1923 – 2006’’, Thèse de Doctorat /Ph.D en Histoire, Université de Dschang,
10. Amoussou V.L., “ L’ordre public sanitaire en Afrique francophone’’, Thèse de Doctorat en Droit public, Université de Bordeaux, septembre 2017.
11. Wang S., “Les auxiliaires autochtones dans l’action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916 – 1945’’, Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle en Histoire, Université de Yaoundé, 1983.
12. Lanotte P., “Les grandes épidémies : la peste, le choléra & la tuberculose’’, thèse pharmacie, Université François Rabelais, Tours, 2001.

4) Mémoires

1. Ahowesso B., “contribution à la mise en œuvre du budget programme au Bénin : cas du MCTIC’’, DTS en Administration des finances et du trésor, Université d’Abomey, 2010.
2. Dong Rim D.L., “Les système de santé camerounais et la lutte contre l’épidémie de choléra (1971-2015)’’, Mémoire de Master en Histoire, Université de Yaoundé I, 2017.
3. Machia A Rim I.D., « Hydrographie et activités économiques au Cameroun : le cas du Mbam, 1960 – 2008 », mémoire de Master en Histoire, Université de Yaoundé I, 2011,
4. Mbounga E., “Projet lèpre et promotion de la sante : Éducation pour la Santé de la Communauté au sujet de la Lèpre dans les provinces de Luanda et Benguela – Angola’’, Mémoire de Master II, Université de Lorraine, 2012.
5. Djarmaila G., « Médias et gestion des crises dans la région de l’extrême- nord du Cameroun : cas de l’épidémie de choléra dans le département du Mayo- Tsanaga », Master professionnel d’ingénieur facilitateur de développement, Université de Maroua, 2011.
6. Machia A Rim I.D., “Hydrographie et activités économiques au Cameroun : le cas du Mbam, 1960 – 2008’’, mémoire de Master en Histoire, Université de Yaoundé I, 2011.

7. Noeske J., Nana Yakam A., Abena Foe J.L, "National Tuberculosis Programme", Yaounde, Faculty of Economics Sciences and Applied Management, University of Douala, Douala, Cameroon, 2016.
8. Bénito Koubemba Mona H., "Analyse du statut sérologique au VIH /SIDA et de ses déterminants chez les femmes enceintes au Cameroun", Mémoire d'ingénieur d'application de la statistique (IAS), Institut sous régionale de statistique et d'économie appliquée (ISSEA), 2010.
9. Messi E., "Gratuité de l'enseignement primaire et qualité des apprentissages au Cameroun : une perception des enseignants et des parents", Mémoire de DEA, Université de Yaoundé I, 2010.
10. Mouhouelo P., "De la bibliothèque manuel à la bibliothèque hybride : cas du centre de documentation de l'OMS/AFRO", Mémoire de Maitrise en science et technique de la communication, Université Marien Ngouabi de Brazzaville, 2003.
11. Nana Tomen H., " le paludisme dans le bassin nyong-sanaga : connaissances et stratégies de lutte", Mémoire d'Ingénieur d'Application de la Statistique, Institut Sous-régional de Statistique et d'Économie Appliquée, 2008.
12. Lanotte P., "Les grandes épidémies : la peste, le choléra & la tuberculose", Mémoire pharmacie, Université Francois Rabelait, Tour, 2001.
13. Ayangma-Bonoho S., "l'OMS et de développement de la santé au Cameroun de 1963 à 2000", Mémoire de Master en histoire, Université de Yaoundé I, 2012.
14. Maud T., "L'urgence de solutions durables dans le contexte de l'épidémie de choléra en Haïti – l'exemple de solidarité internationale", Mémoire de Master 2, relation internationale, Institution d'études politiques de Grenoble, 2014.
15. Mouto Nsia C., "performance des hôpitaux publics au Cameroun", Master en administration des entreprises, Université Catholique d'Afrique Centrale, 2011.
16. Ndedouma R. S., "la problématique de la gestion des ressources humaines dans les administrations publiques en République Centrafricaine : cas du Ministère de la Santé Publique, de la population et de la lutte contre le SIDA", mémoire de maitrise en Droit Publique, Université de Bangui, 2008.

5) Journal

1. Mauger J., “Des restrictions annoncées contre les Véhicules de seconde main”, Cameroon Tribune, 17 juin 2015.

6) Sources électroniques

1. <https://www.who.int/dg>, consulté le 21 novembre 2020.
2. [.http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/14105-prevalence-definition](http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/14105-prevalence-definition), consulté le 10 Avril 2016.
3. <http://origin.who.int/about/mission/fr/>, consulté le 3 juin 2020.
4. <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/> , consulté le 03 aout 2020.
5. <http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>, consulté le 21 novembre 2020.
6. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/13516-incidence-definition>, consulté le 10 Avril 2016.
7. http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:20104132~menuPK:250991~pagePK:4391_2~piPK:44037~theSitePK:29708,00.html, consulté le 31 aout 2020.
8. <http://www.amicaledesanciensduricad.fr/activites/cirad-flash-media/240-17-objectifs-de-developpement-durable-odd-vont-succeder-aux-8-objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-omd>, consulté le 25 mars 2020.
9. <http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/?lang=fr>, consulté le 25 octobre 2020.
10. <http://www.ifrc.org/fr/index.asp>, consulté le 24 octobre 2020.

11. http://www.invs.sante.fr/publications/variole_2001/variole_vf.pdf, consulté le 12 avril 2020.
12. http://www.memoireonline.com/11/13/7747/m_Medias-et-gestion-des-crisis-dans-la-region-de-l-extrme-nord-du-Cameroun-cas-de-l-epidemie-d0.html, consulté le 21 juin 2017.
13. <http://www.mintp.cm/fr/projets-realizations/presentation-du-reseauroutier>, consulté le 27 octobre 2020.
14. <http://www.peaceau.org/uploads/convention-de-bamako-fr.pdf>, consulté le 22 septembre 2020.
15. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>, consulté le 05 avril 2019.
16. http://www.unicef.org/voy/french/explore/sowc/explore_4145.html, consulté le 23 octobre 2020.
17. <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/incidence>, consulté le 10 Avril 2016.
18. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>, consulté le 31 aout 2020.
19. <https://books.openedition.org/iheid/3968?lang=fr#:~:text=Evolution%20de%20la%20participation,Membres%20et%20deux%20Membres%20associ%C3%A9s.,> consulté le 15 juin 2020.
20. <https://import-export.societegenerale.fr/fr/fiche-pays/cameroun/presentation-demographie>, consulté le 29 octobre 2020.
21. <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/CMR/fr/SP.POP.TOTL.html>, consulté le 29 octobre 2020.
22. <https://www.acted.org/fr/partenaires/programme-alimentaire-mondial-pam/>, consulté le 25 octobre 2020.
23. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19690148/index.html>, consulté le 7 novembre 2020.
24. https://www.bonaberi.com/ar,cameroun_la_malnutrition_fait_des_ravages_dans_le_nord,7957.html, consulté le 07 octobre 2020.

25. https://www.comite21quebec.org/wpcontent/uploads/2015/09/declaration_de_johannesbourg_sur_le_developpement_durable_2002.pdf, consulté le 8 octobre 2020.
26. <https://www.greenfacts.org/fr/glossaire/mno/objectifs-millenaire-developpement-OMD.html>, consulté le 24 mars 2020.
27. <https://www.ifad.org/fr/ifad-and-the-sdgs>, consulté le 24 novembre 2020.
28. <https://www.jstor.org/stable/44762169?seq=1>, consulté le 10 mai 2020.
29. https://www.labor-spiez.ch/pdf/fr/doc/fas/pocken_f_11_09.pdf, consulté le 25 juillet 2019.
30. <https://www.leblocnotes.ca/node/9>, consulté le 29 juillet 2020.
31. <https://www.oecd.org/fr/cad/33976662.pdf>, consulté le 05 Octobre 2020.
32. <https://www.pratiquesensante.org/2019-10-23-01/>, consulté le 4 aout 2020.
33. <https://www.promosante-idf.fr/actualites/declaration-de-rotorua-promouvoir-la-sante-planetaire-et-le-developpement-durable-pour-tous>, consulté le 4 aout 2020.
34. <https://www.un.org/youthenvoy/fr/2013/09/haut-commissariat-nations-unies-les-refugies/>, consulté le 25 octobre 2020.
35. <https://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5a91d/memorandumsdaccord.html#:~:text=En%20mai%201997%2C%20l'OIM,activit%C3%A9s%20dans%20le%20monde%20entier.>, consulté le 25 octobre 2020.
36. <https://www.unhcr.org/fr/federation-internationale-des-societes-de-la-croix-rouge-et-du-croissant.html>, consulté le 24 octobre 2020.
37. <https://www.unicef.fr/dossier/objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-omd>, consulté le 05 Octobre 2020.
38. <https://www.upadi-agri.org/organisation-des-nations-unies-pour-l'alimentation-et-l'agriculture-fao/>, consulté le 25 octobre 2020.
39. <https://www.who.int/about/mission/fr/>, consulté le 24 janvier 2019.
40. <https://www.who.int/country-cooperation/fr/#:~:text=Coop%C3%A9ration%20avec%20les%20pays,->

OMS%2FSt%C3%A9phine%20Saporito&text=L'OMS%20coop%C3%A8re%20avec%20les,organes%20directeurs%20de%20l'Organisation., consulté le 18 octobre 2020.

41. https://www.who.int/country-cooperation/work-in-countries-infographic-FR_final.pdf?ua=1, consulté le 18 octobre 2020.
42. <https://www.who.int/elena/about/partners/fr/>, consulté le 18 octobre 2020.
43. <https://www.who.int/fr/news/item/21-05-2020-who-and-unhcr-join-forces-to-improve-health-services-for-refugees-displaced-and-stateless-people>, consulté le 25 octobre 2020.
44. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/, consulté le 29 juillet 2020.
45. https://www.who.int/ihr/alert_and_response/fr/, consulté le 20 novembre 2020.
46. https://www.who.int/ihr/alert_and_response/logistics/fr/, consulté le 21 novembre 2020.
47. https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/, consulté le 21 novembre 2020.
48. https://www.who.int/ihr/alert_and_response/risk_assessment/fr/, consulté le 21 novembre 2020.
49. https://www.who.int/ihr/alert_and_response/shoc/fr/, consulté le 20 novembre 2020.
50. <https://www.who.int/ihr/current/fr/>, consulté le 17 novembre 2020.
51. https://www.who.int/ihr/eoc_net/fr/, consulté le 20 novembre 2020.
52. https://www.who.int/ihr/eoc_net/fr/index1.html, consulté le 20 novembre 2020.
53. https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/whr_20101122/fr/, consulté le 21 novembre 2020.
54. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, consulté le 24 janvier 2019.
55. <https://www.who.int/wer/90-anniversary/fr/>, consulté le 18 novembre 2020.
56. <https://www.who.int/wer/fr/>, consulté le 18 novembre 2020.

57. [Projets.banquemonde.org/P104525/Cameroun-health-sectorinvestment-swap?lang=fr&tab=overview](https://projets.banquemonde.org/P104525/Cameroun-health-sectorinvestment-swap?lang=fr&tab=overview), consulté le 05 avril 2019.
58. www.banquemonde.org/fr/topic/health/overview#1, consulté le 5 avril 2019.
59. www.camerecole.org, consulté le 3 avril 2020.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	iii
REMERCIEMENTS	vi
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ix
1) Tableaux	ix
2) Graphiques	xii
3) Schéma	xiv
4) Photos	xv
5) Cartes.....	xv
SIGLES ET ACRONYMES	xvii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
1) CONTEXTE GENERALE DU SUJET	2
2) RAISON DU CHOIX DU SUJET	4
3) INTERET SCIENTIFIQUE ET EPISTEMOLOGIQUE.....	6
4) CADRE SPATIO-TEMPOTEL	8
5) REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE	10
6) PROBLEMATIQUE	17
7) DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	18
8) PROBLEMES RENCONTRES	20
9) PLAN DE TRAVAIL.....	21
PARTIE I : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE AU CAMEROUN.....	22
CHAPITRE I : LE SYSTEME DE SANTÉ CAMEROUNAIS.....	23

I. ANALYSE HISTORIQUE DES REFORMES DU SYSTEMÈME DE SANTE DU CAMEROUN..... 24

- 1) Les réformes chronologiques apportées au système de santé camerounais : 1960 - 1990
24
- 2) L'implication des bailleurs de fond dans les réformes post récession économique... 25

Tableau 1 : dates importantes des mutations du système de santé camerounais de 1960 à 2015
..... 28

II. ORGANISATION STRUCTURELLE DU SYSTEMÈME DE SANTE AU CAMEROUN
29

- 1) Structure hiérarchique du système de santé camerounais 29
- 2) Les sous-secteurs du système de santé camerounais 33
- 3) Composantes secteur et sous-secteurs sanitaire..... 34

III. LA COUVERTURE SANITAIRE AU CAMEROUN 38

- 1) La couverture sanitaire physique 38
- 2) Les ressources humaines du système de santé camerounais 48

CHAPITRE II : PERFORMANCES ET EPIDEMIOLOGIE DANS LE SYSTEMÈME DE SANTE DU CAMEROUN 69

I. PROBLEMES DU SYSTEMÈME DE SANTE CAMEROUNAIS 70

- 1) Les problèmes logistiques 70
- 2) Problèmes infrastructurelles et ressources humaines 79

II. POINTS FORTS DU SYSTEMÈME DE SANTE 96

- 1) Offre infrastructurelle et ressources humaines 96
- 2) Logistique et financement 98

III. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET GENERALITE SUR LES RANDES ENDEMIES AU CAMEROUN..... 101

- 1) Profil épidémiologique du Cameroun..... 102

2)	Les facteurs favorisant l'émancipation des grandes endémies au Cameroun.....	105
a)	L'accès à l'information : la carence dans l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC).....	105
b)	L'accès à l'éducation	108
c)	La faiblesse du système de santé camerounais.....	108
3)	Historique des grandes endémies	109

PARTIE II : LES POLITIQUES DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPLEMENTATION AU LE CAMEROUN 111

CHAPITRE III : L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : ORGANISATION, DEPLOIEMENT, ET STRATEGIE..... 112

I.	GENESE ET FONCTIONS DE L'OMS.....	113
1)	Les organisations sanitaires internationales qui ont précédés la création de l'OMS	113
2)	L'OMS : fonctions et institutions	116
a)	Les fonctions de l'OMS.....	117
b)	Les institutions de l'OMS	118
II.	PROGRAMME D'ACTION ET ORGANISATION FONCTIONNELLE DE L'OMS	120
1)	Programme d'action de l'OMS.....	120
a)	La promotion du développement, favoriser la sécurité sanitaire, et renforcer les systèmes de santé.....	120
b)	Renforcer les partenariats, exploiter la recherche, et améliorer les performances	121
2)	Organisation fonctionnelle	122
a)	L'adhésion des membres	122
b)	Évolution budgétaire de 1948 à 2015.....	123
III.	LE DEPLOIEMENT DE L'OMS DANS LE MONDE : LE CAS DU CAMEROUN	128
1)	Le déploiement de l'OMS : Cas du bureau régional de l'Afrique (AFRO).....	128

2)	L'OMS et le déploiement dans les pays : le cas du Cameroun	130
CHAPITRE IV : POLITIQUE DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPLEMENTATION AU CAMEROUN..... 135		
I)	LA PLITIQUE DE L'OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES	136
1)	La politique de promotion de la sante : le cas spécifique de l'Afrique	136
a)	Adoption de la stratégie régionale de promotion de la santé par les États Africains (2001) 136	
b)	Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire (2008)	137
c)	Déclaration d'Alger : Réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique (2008)	140
d)	Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008).....	143
e)	La stratégie pour la région africaine d'action sur les principaux déterminants de la santé (2010)	145
2)	La politique du règlement sanitaire international (RSI) : le RSI de 2005	147
a)	Information sanitaire et action de santé publique	148
b)	La documentation sanitaire	151
3)	La politique de coopération avec les organisations spécialisées.....	151
a)	Les organismes spécialisés dans la protection des personnes vulnérables.....	152
b)	Les organismes spécialisés dans la sécurité alimentaire	155
II)	LA LOGISTIQUE DE L'OMS DANS LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDÉMIES	157
1)	Le système d'information de l'OMS	157
a)	Le relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)	157
b)	Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)	159
2)	Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.....	160
3)	L'OMS et les mesures de renforcement de la sécurité sanitaire.....	161

a)	La logistique de santé publique et évaluation des risques	161
b)	Le centre stratégique d'opération sanitaire et le réseau des opérations d'urgence de santé publique	162
c)	Les programmes élargis	163
III)	IMPLÉMENTATION DES POLITIQUE DE L'OMS AU CAMEROUN	167
1.	Implémentation de La promotion de la santé au Cameroun	167
a)	Les activités de promotion de la santé au Cameroun entre 2001 et 2010.....	168
b)	Les activités de promotion de la santé au Cameroun entre 2011 et 2015.....	169
c)	Cadre administratif de la promotion de la santé au Cameroun	177
d)	Le rôle de l'OMS dans la promotion de la sante au Cameroun	179
2.	Implémentation du règlement sanitaire international	180
a)	La prévention de la maladie.....	181
b)	La détection des maladies.....	184
c)	La riposte contre la maladie.....	186
d)	Gestion des points d'entrée des événements d'origine chimique et des situations d'urgence radiologique	187
3.	La coopération avec les organisations spécialisées	190
	PARTIE III : VUE PANORAMIQUE DES PROGRAMMES DE L'OMS POUR L'ERADICATION DES GRANDES ENDEMIES ET LEUR IMPACT AU CAMEROUN	191
	CHAPITRE V : LES GRANDES ENDEMIES ERADIQUEES ET EN COURS D'ERADICATION AU CAMEROUN JUSQU'EN 2015 AVEC LE CONCOURS DE L'OMS	192
I.	LES GRANDES ENDEMIES ERADIQUEES AU CAMEROUN	193
1)	LOMS et l'éradication de la variole au Cameroun.....	193
a)	Généralité sur la variole au Cameroun	193
b)	L'OMS et l'éradication de la variole au Cameroun	200

2)	LOMS et l'éradication de la dracunculose (le ver de Guinée) au Cameroun.....	217
a)	La dracunculose au Cameroun.....	218
b)	L'OMS et l'éradication de la dracunculose au Cameroun.....	222
3)	L'OMS et l'éradication de la lèpre au Cameroun.....	231
a)	Le programme international de lutte contre la lèpre	232
i)	Période avant la Polychimiothérapie	232
ii)	L'ère du PCT	235
iii)	L'instauration de la PCT au niveau mondial (1982-1985)	235
iv)	Le déploiement de la PCT (1986-1990).....	236
v)	La stratégie d'élimination (1991-1999).....	237
vi)	La dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre: plan stratégique 2000-2005.....	238
b)	Impact du programme international de lutte contre la lèpre au Cameroun.....	243
II.	LES GRANDES ENDEMIES EN VOIES D'ÉRADICATION AU CAMEROUN EN	
	2015	245
1)	Impact du programme de L'OMS pour la lutte contre la poliomyélite au Cameroun	
	246	
a)	La poliomyélite au Cameroun	246
b)	Programme internationale de lutte contre la poliomyélite au Cameroun : 2005, objectif	
	d'éradication mondiale	249
c)	Impact du plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite :	
	2009-2018	265
2)	Impact du programme de l'OMS pour La lutte contre l'onchocercose au Cameroun	
	272	
a)	L'onchocercose au Cameroun.....	272
b)	Programme internationale de lutte contre l'onchocercose au Cameroun.....	275
c)	Impact du programme internationale de lutte contre l'onchocercose au Cameroun	280

- 3) Impact du programme de l’OMS sur la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine..... 301
 - a) L’OMS et le programme international de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine au Cameroun..... 302
 - b) Impact du programme de l’OMS de lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun 311

CHAPITRE VI : LES PROGRAMME DE L’OMS POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES EN EXPANTION : ATTEINDRE LES OMD..... 314

I. LES PROGRAMMES DE L’OMS DE LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES : CAS DU SIDA, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME..... 315

- 1) L’OMS et le programme de lutte contre la tuberculose 315
 - a) Le plan d’élimination de la tuberculose en tant que problème sanitaire mondial (1993 – 2005) : lancement de la stratégie DOST 317
 - b) Le plan “halte à la tuberculose 2006-2015” : inverser la tendance évolutive du nombre de cas de tuberculose. 318
- 2) L’OMS et le programme de lutte contre le SIDA 321
 - a) Le leadership mondial : collaboration et coopération..... 322
 - b) Le soutien aux programmes nationaux : cas du Cameroun 323
- 3) L’OMS et le programme de lutte contre le paludisme 325
 - a) La première grande période : 1946 à 1978..... 325
 - b) Le seconde grandes période : 1978 à 2015 327

II. LES GRANDES ENDEMIES ET L’ATTEINTE DES OMD : CAS DU CAMEROUN 330

- 1) Stopper la propagation et inverser la tendance du nombre de cas du VIH/sida notifier entre 2000 et 2015..... 331
 - a) Généralité sur le SIDA au Cameroun..... 331
 - b) Le SIDA et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance entre 2000 et 2015.. 334

i)	Stopper la propagation du SIDA et inverser sa tendance dans le monde entre 2000 et 2015	334
ii)	Stopper la propagation du SIDA et inverser sa tendance au Cameroun entre 2000 et 2015 336	
1)	Stopper la propagation et inverser la tendance du nombre de cas de tuberculose notifier entre 2000 et 2015.....	339
a)	Généralité sur la tuberculose au Cameroun	340
b)	La tuberculose et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance entre 2000 et 2015	341
i)	Stopper la propagation de la tuberculose et inverser la tendance dans le monde entre 2000 et 2015	341
ii)	Stopper la propagation de la tuberculose et inverser la tendance au Cameroun entre 2000 et 2015	343
2)	Stopper la propagation et inverser la tendance du nombre de cas de paludisme notifier entre 2000 et 2015.....	344
a)	Généralité sur le paludisme au Cameroun	345
b)	Le paludisme et les OMD : stopper la propagation et inverser la tendance entre 2000 et 2015	349
i)	Stopper la propagation du paludisme et inverser la tendance dans le monde entre 2000 et 2015	349
ii)	Stopper la propagation du paludisme et inverser la tendance au Cameroun entre 2000 et 2015	350
III.	ESSAI DE SOLUTION ET PERSPECTIVES	354
1)	Essai de solution	354
a)	Au niveau du système de santé	354
b)	Au niveau des rapports entre le Cameroun et l'OMS.....	355
c)	Au niveau de l'Etat camerounais	355
2)	L'ère post OMD : quelle perspectives pour les ODD au Cameroun	358

a) Les objectifs de développement durable.....	359
b) Arrimage des objectifs du système de santé aux objectifs de développement durable.....	360
CONCLUSION GENERALE.....	364
ANNEXES.....	366
DISCOURS DE SON EXCELLENCE ANDRÉ MAMA FOU DA.....	367
PROBLEMATIQUE DES GRANDES ENDEMIES AU CAMEROUN : DEFI SANITAIRE DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT.....	370
LA PROMOTION DE LA SANTE : ANALYSE HISTORIQUE ET IMPLEMENTATION, CAS DU CAMEROUN.....	378
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	389
I. SOURCES PRIMAIRES.....	390
1) Archives.....	390
a) Archives de l’OMS.....	390
b) Archive du MINSANTE.....	394
c) Archive de l’institut nationale de la statistique.....	395
d) Autres archives.....	395
2) Rapports.....	395
3) Lois et décrets.....	396
4) Sources orales.....	397
II. SOURCES SECONDAIRES.....	399
1) Ouvrages.....	399
2) Articles.....	402
3) Thèses.....	404
4) Mémoires.....	405
5) Journal.....	407
6) Sources électroniques.....	407

