



Organisation  
mondiale de la Santé



World Health  
Organization

# RAPPORT ANNUEL 2010

*BUREAU PAYS DU CAMEROUN*



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'institution internationale du Système des Nations Unies spécialisée dans la santé.

Le but de l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. (Constitution de l'OMS, article 1<sup>er</sup>).

La constitution de l'OMS est entrée en vigueur le 7 avril 1948 marquant ainsi la naissance de l'organisation. L'événement est commémoré chaque année par la Journée mondiale de la santé.

L'OMS est présente au Cameroun depuis 1962, année de la signature des accords de coopération avec le pays. Elle est le conseiller du Ministère de la Santé Publique.

Contacts :

BP: 155 Yaoundé - Cameroun

Téléphone: (237) 22 21 20 82

Fax: (237) 22 21 10 77

Site web: [www.afro.who.int/omscam](http://www.afro.who.int/omscam)

Adresse email: [who@cm.afro.who.int](mailto:who@cm.afro.who.int)



## Ont contribué à ce numéro

Docteur Charlotte Faty Ndiaye

Dr Pascal Milenge

Mr Jean-Marc Santime

Dr Françoise Nissack

Dr Léonard Mbam Mbam

Dr Blanche Anya

Dr David Mekontso

Dr Alexis Tougordi

Dr Rose Ngonu

Dr Marcellin Nimpa

Dr Dave Mevoula Onana

Mr Etienne Kembou

Mr Emmanuel Temdemnou

Mr Jean-Marie Olinga Olinga

Mr Michel Hendji Yoya

Mr Joseph Ndemefo

Mr Modeste Ayanma

Mme Barbara Etoa

## Table des matières

Liste des abréviations.....	4
Liste des tableaux, figures et graphiques.....	5
Préambule.....	6
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
Présentation du pays .....	7
Situation socio-sanitaire.....	9
<b>I. LA LUTTE CONTRE LA MALADIE</b> .....	10
I.1 Les maladies évitables par la vaccination .....	10
- La vaccination de routine.....	10
- L'éradication de la poliomyélite.....	13
- L'élimination de la rougeole.....	17
I.2 La surveillance intégrée des maladies et réponse.....	21
I.3 Les maladies tropicales négligées .....	23
<b>II. LES EPIDEMIES</b> .....	23
II.1 La grippe (AH1N1).....	23
II.2 Le choléra.....	23
II.3 La préparation et réponse aux urgences et catastrophes.....	27
II.4 La surveillance des menaces des pandémies émergentes.....	27
<b>III. LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME</b> .....	27
III.1 La lutte contre le VIH-sida .....	27
III.2 La mise en œuvre des interventions de collaboration VIH/Tuberculose .....	30
III.3 La lutte contre le paludisme.....	30
<b>IV. LES MEDICAMENTS ESSENTIELS</b> .....	32
<b>V. LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT</b> .....	33
V.1 La santé de reproduction.....	33
V.2 La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant.....	34
<b>VI. LE SYSTEME DE SANTE</b> .....	34
<b>VII. LA SANTE ET ENVIRONNEMENT</b> .....	35
<b>VIII. LA PROMOTION DE LA SANTE</b> .....	35
<b>IX. L' APPUI AU PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATEGIQUE ET DE MOBILISATION DES RESSOURCES</b> .....	38
IX.1 Partenariat .....	38
IX.2 Réunion de concertation des partenaires en santé .....	38
<b>X. L'APPUI DE L'ADMINISTRATION AUX PROGRAMMES</b> .....	38
<b>ANNEXES</b> .....	40
Missions d'assistance aux pays .....	40
Présentation du bureau pays .....	41

## Liste des sigles et abréviations

1.	AFD	Agence Française de Développement
2.	AFRO	OMS Bureau Régional de l'Afrique
3.	APOC	Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose
4.	BAD	Banque africaine de Développement
5.	BID	Banque islamique de Développement
6.	BM	Banque Mondiale
7.	C4	Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra
8.	C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
9.	CF	Coopération Française
10.	CPC	Centre Pasteur du Cameroun
11.	FED	Fonds Européen de Développement
12.	FMSTP	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
13.	GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
14.	GIZ	Agence de Coopération allemande
15.	HKI	Helen Keller International
16.	IHP+	Partenariat International pour la Santé
17.	LANACOME	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments Essentiels
18.	MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
19.	MNT	Maladies Non Transmissibles
20.	MTN	Maladies Tropicales Négligées
21.	NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
22.	OCEAC	Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
23.	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
24.	OMS	Organisation mondiale de la Santé
25.	ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
26.	PAM	Programme Alimentaire Mondial
27.	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
28.	RSI	Règlement Sanitaire International
29.	SCP	Stratégie de Coopération avec les Pays
30.	SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
31.	SSP	Soins de Santé Primaires
32.	SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
33.	SWAp	Sector Wide Approach
34.	UE	Union européenne
35.	UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
36.	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
37.	Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
38.	UNITAID	Facilité Internationale d'Achat des Médicaments

## Liste des tableaux, figures et graphiques

### Liste des tableaux

Tableau I : Nombre de femmes en âge de procréer vaccinées contre le tétanos.....	19
Tableau II : Situation des maladies sous surveillance en 2010.....	22
Tableau III : Partenaires du C4 de Maroua et leurs interventions.....	25
Tableau IV : Evaluation de la feuille de route 2010 du PNLP.....	31

### Liste des figures

Figure 1: Les 10 Régions du Cameroun .....	7
Figure 2 : DS ayant conduit le monitoring post campagne polio, 2010 .....	14
Figure 3 : Résultats de 3 tours d'AVS conduits en 2010 .....	15
Figure 4 : Performances des indicateurs de la surveillance de la poliomyélite .....	16
Figure 5 : Performances des indicateurs de la surveillance de la poliomyélite .....	17
Figures 6 et 7 : Situation de la rougeole en 2010 .....	18
Figure 8 : Répartition des cas de Fièvre Jaune en 2010 .....	18
Figure 9 : Répartition des cas de TNN en 2010 .....	19
Figure 10 : Le plan d'interconnexion C4 .....	26

### Liste des graphiques

Graphique 1 : Performance des districts de santé pour le DTC3 de 2002 à 2010, Cameroun, 2010 .....	10
Graphique 2 : Evolution de la performance des antigènes de 2002 à 2010, Cameroun, 2010.....	11
Graphique 3 : Taux de perte en vaccins 2006-2010 .....	13
Graphique 4 : Evolution du nombre de PFA/PVS, 2003-2010, Cameroun .....	16
Graphique 5 : Résultats de la surveillance des méningites bactériennes pédiatriques 2003 -2010.....	20
Graphique 6 : Evolution annuelle des cas de diarrhée à rotavirus (2007-2010) .....	20
Graphique 7: Prévalence de l'infection à VIH par région chez les femmes enceintes en 2009 au Cameroun....	28
Graphique 8 : Synthèse des résultats de l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH pour l'ensemble des 40 sites de TAR enquêtés en 2010 au Cameroun .....	29
Graphique 9 : Situation actuelle de la couverture nationale en MILDA au cameroun.....	32

## Préambule

Les réalisations majeures obtenues au cours de l'année 2010 traduisent l'excellence du partenariat entre l'OMS et le gouvernement du Cameroun.

En effet, le bureau OMS/Cameroun s'est mobilisé autour des priorités nationales exprimées par les autorités de la santé et a pu ainsi dérouler sa stratégie de coopération -pays en corrélation avec les orientations stratégiques du Directeur Régional pour l'Afrique.

Cette année a aussi pu voir le fruit de grands efforts dans le domaine de la mobilisation des ressources, du plan de lutte contre la poliomyélite, de l'arrivée de nouveaux programmes dans le domaine de la surveillance épidémiologique, du renforcement des laboratoires, de l'élaboration de politiques nationales de santé (développement des Ressources Humaines, pharmaceutique...).

En matière de lutte contre le VIH/Sida, l'OMS a accompagné le pays dans la dissémination des nouvelles recommandations sur le traitement ARV et sur la PTME. Il en est de même du processus de formulation du nouveau plan stratégique de lutte contre le Sida 2011-2015 ainsi que l'élaboration de la soumission du Cameroun au round 10 du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Dans le domaine du renforcement du système de santé, l'accent a été mis sur la nécessité de mettre en œuvre une approche intégrée des programmes de santé. De plus, l'OMS a facilité le lancement du SWAp et l'adhésion du pays au IHP+. Le bureau a également joué son rôle dans l'élaboration du PNDS.

Le Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra de Maroua (Extrême-Nord) mis en place par l'OMS, avec l'appui des partenaires de santé va servir de point d'entrée à l'établissement de Centres de Coordination et de Contrôle des Epidémies destinés à assurer la veille sanitaire dans les autres régions à haut risque épidémique. Ce rapport trace les principales activités du bureau pays en termes de réalisations. Bonne lecture.

Dr Charlotte Faty Ndiaye, Représentant.

## Introduction

### Présentation du pays



Figure 1: Les 10 Régions du Cameroun

#### Situation géographique et climatique

Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, le Cameroun est de forme triangulaire et s'étend du sud au nord sur près de 1200 km et de l'est à l'ouest sur 800 km.

Il est limité à l'ouest par le Nigéria, au nord-est par le Tchad, à l'est par la République Centrafricaine et au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Au sud-ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique.

Le milieu naturel est constitué d'un relief très diversifié avec des écosystèmes multiples :

- la Plaine côtière, située au fond du Golfe de Guinée présente une végétation de mangrove avec une pluviosité abondante ;
- le Plateau central recouvert d'une végétation

de forêt dense a un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide et des précipitations abondantes ;

- les Hauts Plateaux de l'ouest, région de terres volcaniques ;
- le Plateau de l'Adamaoua, au climat de type soudano-sahélien, reconnu pour ses savanes arbustives et ses forêts galeries ;
- la Plaine de la Bénoué et du Logone dans le nord du pays, couverte d'une savane herbeuse parsemée de steppes.

On distingue au Cameroun trois zones climatiques :

- Le climat équatorial avec deux nuances climatiques: le type guinéen du sud Cameroun à quatre saisons (2 saisons sèches et 2 saisons des pluies), caractérisé par une pluviométrie abondante, et le type camerounais dans la Région du sud-ouest et des hauts plateaux de l'Ouest, avec une longue période de pluies (9 mois) et une saison sèche ;
- le climat tropical soudanien avec une saison des pluies et une saison sèche ;
- le climat tropical sahélien où la saison des pluies est réduite entre 3 et 5 mois.

En matière d'hydrographie, le Cameroun est doté de nombreux fleuves, rivières et lacs sur 4 bassins principaux : le bassin de l'Atlantique (Sanaga, Nyong, Wouri), celui du Congo (Kadéï, Ngoko), celui du Niger (Bénoué) et celui du Tchad (Logone).

#### Situation démographique

Le Cameroun compte 19 406 100 habitants pour une superficie de 475 650 km<sup>2</sup>, soit une densité de 39 habitants au km<sup>2</sup> avec 51% de femmes et 49% d'hommes. La population urbaine représente 52% et celle rurale 48% ; les femmes en âge de procréer constituent 23% et les enfants de 0 à 5 ans représentent 16,3%

de la population.

Les indicateurs ci-après caractérisent la situation démographique du pays :

- Taux brut de natalité : 42‰ (EDLM 1998 - 2004) ;
- Taux brut de mortalité : 15,3‰ ;
- Taux de mortalité infantile : 74‰ ;
- Taux de mortalité maternelle : 669 pour 100 000 naissances vivantes ;
- Espérance de vie : 53,3 ans ;
- PIB par habitant: 2 299 US\$.

Ces chiffres connaissent une modification à cause de la pandémie du VIH et de ses multiples conséquences. La prévalence nationale du VIH est de 5,5% selon l'EDS III réalisée en 2004.

## Situation économique

L'économie camerounaise est très diversifiée avec une forte dominance agricole. Elle est typique des pays africains en voie de développement et tire principalement ses ressources de l'exportation des matières premières, les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés. L'élevage du gros bétail se fait surtout dans le grand nord du pays, où l'on retrouve aussi des ovins et des caprins.

L'indicateur de pauvreté humaine (IPH) renseigne que 40,2% des citoyens vivent en dessous du seuil de pauvreté.

## Etat du système de communication

Le Cameroun dispose d'un réseau de communication assez varié :

- Réseau routier : environ 5000 km de routes bitumées.
  - Réseau ferroviaire: deux grandes lignes de desserte sur environ 1500 km.
  - Réseau maritime et fluvial: une façade maritime abritant un port sur l'estuaire du Wouri (Douala) et des ports en eau profonde en cours de construction (Limbé et Kribi).
  - Réseau aéroportuaire: trois aéroports internationaux: (Douala, Yaoundé et Garoua), ainsi que plusieurs aérodromes (Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Maroua, Ngaoundéré, etc.).
- La première compagnie aérienne nationale a été mise en liquidation et remplacée par une

nouvelle. Quelques compagnies privées assurent en outre les dessertes nationales alors que les liaisons internationales sont assurées par les multinationales.

- Taux brut de natalité : 42‰ (EDLM 98-04)
- Taux brut de mortalité : 15,3‰
- Taux de mortalité infantile : 74‰
- Taux de mortalité maternelle : 669 pour 100 000 naissances vivantes
- Espérance de vie: 53,3 ans
- PIB par habitant: 2 299 USD

## Situation socio-sanitaire

Le Ministère de la Santé Publique a élaboré en 2001 une Stratégie Sectorielle de Santé, en vue d'assurer une prise en charge globale des priorités sanitaires du pays de 2001 à 2010. L'évaluation de sa mise en œuvre a été faite en 2006 et sur la base des recommandations formulées, elle a été révisée pour prendre en compte les OMD et l'arrimer à l'horizon 2015. L'organisation sanitaire est de forme pyramidale avec trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Les activités du bureau pour l'année 2010 se sont partagées entre les groupes de travail appui aux programmes de santé, appui au système de santé et présence de l'OMS.

### Niveau central

Il est constitué des services centraux du Ministère de la Santé Publique : directions et assimilées, structures de soins de troisième niveau de référence, organismes sous tutelle.

La mise en application de la loi sur la décentralisation qui a cours dans le pays va fortement influencer le fonctionnement de l'ensemble du système de santé.

### Niveau intermédiaire

L'on y retrouve dix (10) délégations régionales, des structures d'appui technique et de coordination, des hôpitaux régionaux et assimilés, et des institutions de formation paramédicale.

L'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires est assuré à ce niveau par une structure, le Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional (CAPR).

### Niveau périphérique

Il comprend 179 districts de santé et 1388 aires de santé qui mettent en œuvre les programmes prioritaires de santé et assurent les soins de santé de base aux populations.



*Le niveau central: le Ministère de la Santé Publique*



*L'Hôpital Central de Yaoundé, une structure de soins de référence*



*Le niveau périphérique: un hôpital de district*

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Cameroun couvre la période 2010-2015. Sa mise en œuvre est traduite dans les plans de travail appelés biennium. Les pages qui suivent retracent les principales réalisations de la première année du plan de travail 2010-2011 dans les divers domaines.

## I. LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

Dans le cadre de la lutte contre la maladie, des réalisations ont été effectuées en ce qui concerne :

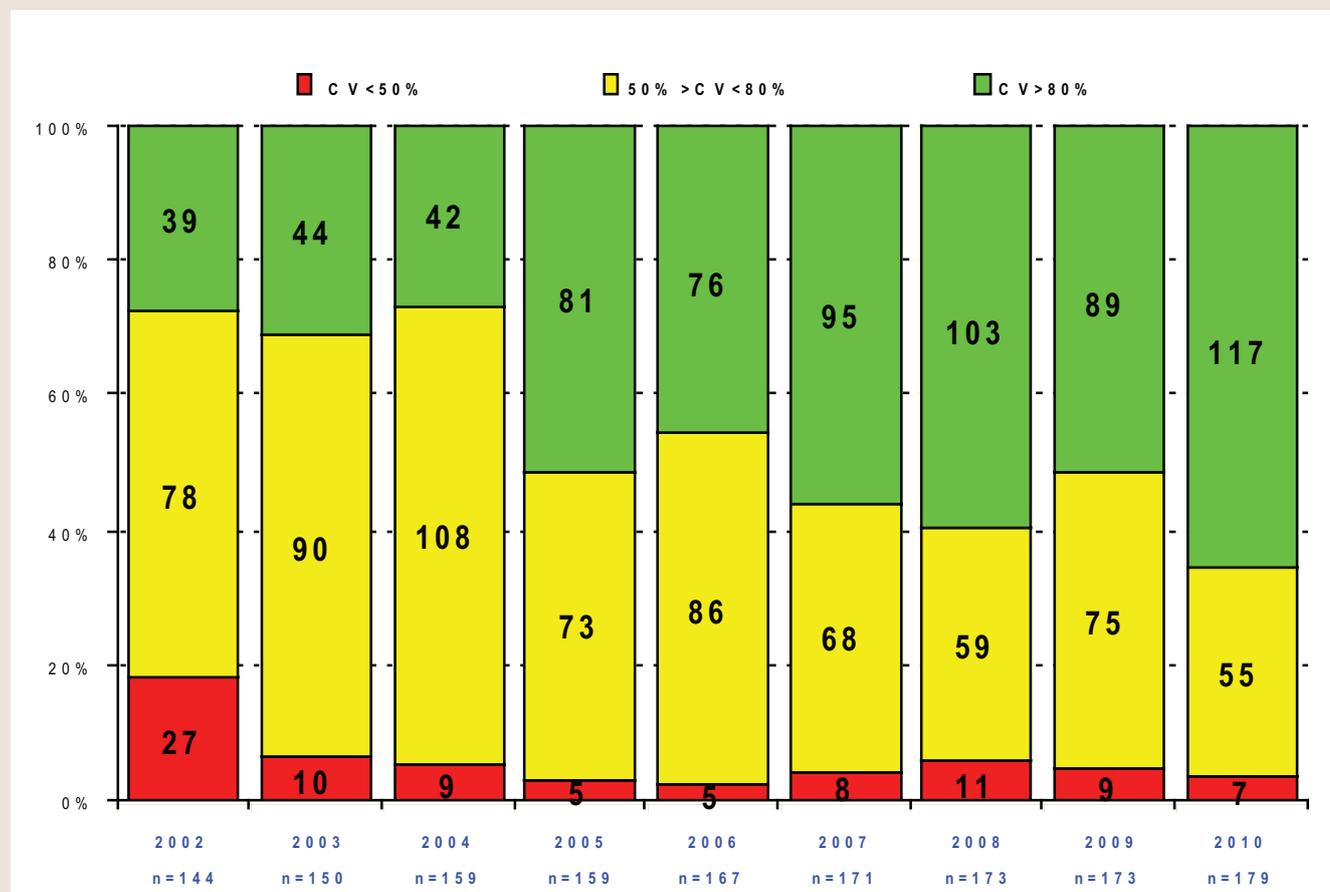
- les maladies évitables par la vaccination
- la surveillance intégrée des maladies et réponse
- les maladies tropicales négligées

### I. 1 Les maladies évitables par la vaccination

#### La vaccination de routine

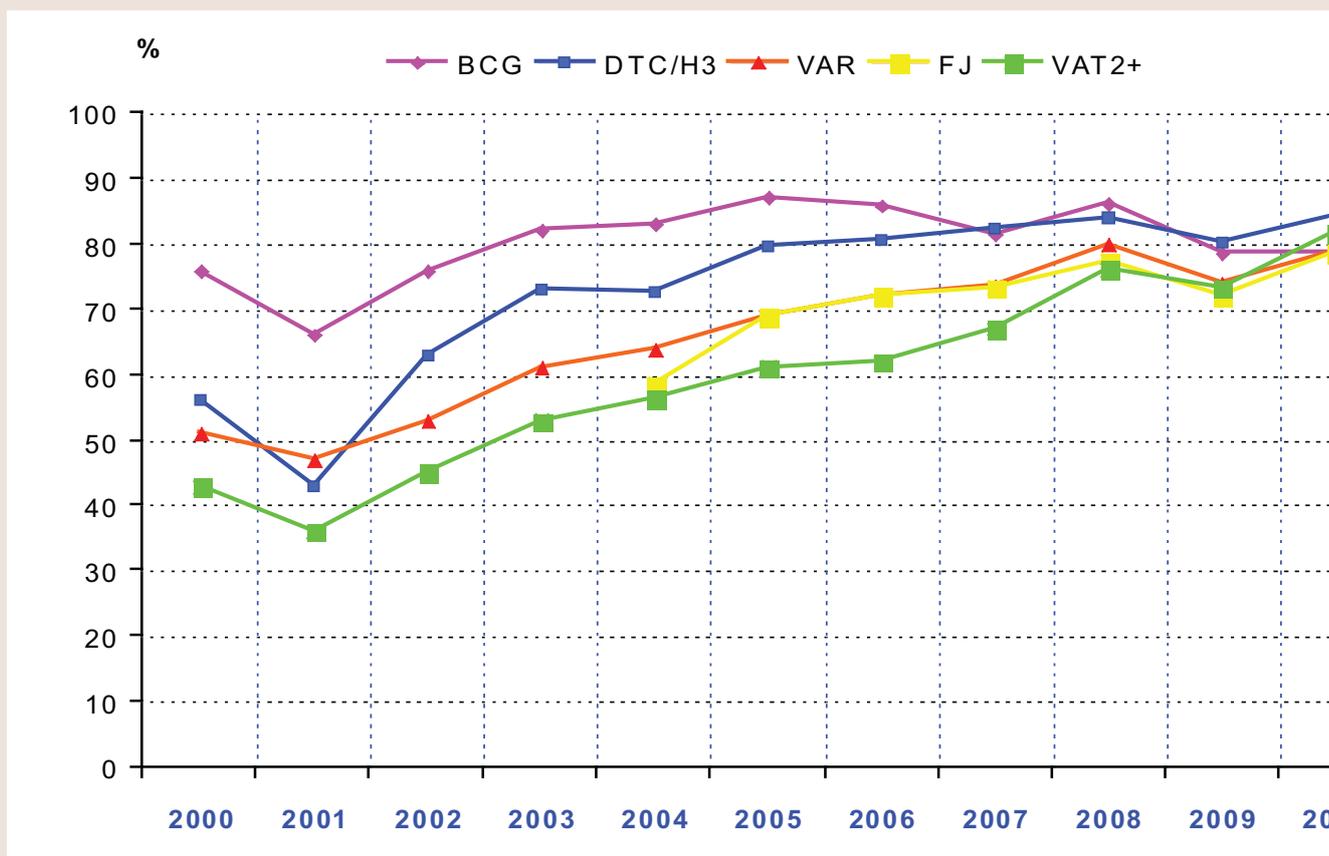
La vaccination de routine a été soutenue tout au long de l'année avec, des financements d'appoint pour la mise en œuvre des activités visant à réduire le nombre d'enfants non vaccinés. Le pays qui avait atteint en 2008 une Couverture Vaccinale (CV) de 84% pour la 3<sup>ème</sup> dose de pentavalent (DTChepB+Hib3) a connu une baisse importante de cette CV en 2009 (CV : 80,10%). Une remontée a été observée en 2010 avec une CV de 84,37% pour la 3<sup>ème</sup> dose de pentavalent, 79,13% pour la rougeole, 78,78% pour la fièvre jaune et 73,54% en VAT2.

Sept (7) districts de santé (DS) ont présenté une couverture de moins de 50% contre 9% en 2009,



Graphique 1 : Performance des districts de santé pour le DTC3 de 2002 à 2010, Cameroun, 2010

Source : GTC/PEV



Graphique 2 : Evolution de la performance des antigènes de 2002 à 2010, Cameroun, 2010.

Sources : Données GTC/PEV

55 DS ont une CV entre 50 et 79% contre 75% en 2009, et 117 soit 65,36% ont une CV à 80% et plus contre 89 en 2009. Toutefois ces résultats restent en deçà des objectifs de CV du GIVS auxquels le pays a adhéré.

Sur le graphique ci dessus et celui de la page précédente, on note que le nombre de DS avec CV<50% a progressivement augmenté depuis 2006 mais avec une tendance à la baisse à partir de 2009. Dans le même temps, le nombre de DS avec CV>80% a augmenté progressivement malgré la baisse légère observée en 2009.

L'appui de l'OMS a été déterminant pour les réalisations ci-après :

- L'élaboration et soumission dans les délais des rapports des activités de vaccination (Joint Reporting form), du rapport annuel de situation à GAVI (RAS) 2009 et du plan annuel PEV 2010.
- L'appui aux activités de monitoring dans les

10 régions du pays pour la revue des performances, avec l'utilisation de l'outil Data Quality Self Assessment (DQS), et aux supervisions des activités du PEV de routine du niveau central vers les régions.

- L'évaluation de la gestion des vaccins et la formulation de recommandations visant l'optimisation du système
- La formation du personnel de santé du niveau central et de 66 équipes de district sur la pharmacovigilance. La formation de 28 équipes de districts, 07 superviseurs régionaux de la vaccination et 04 enseignants des écoles d'infirmiers sur la gestion du PEV (Mid-Level Management, MLM).
- L'appui aux activités visant la réduction du nombre d'enfants non vaccinés dans les 10 régions, avec une contribution financière de l'OMS dans 39 des 179 DS ayant le plus grand nombre d'enfants non vaccinés.
- L'appui à l'organisation de 2 éditions de «Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition

Infantile et Maternelle» (SASNIM) avec administration de la vitamine A, du mébendazole, le rattrapage des enfants non vaccinés et l'administration du TPI aux femmes enceintes.

• Le suivi de la gestion des vaccins à l'aide d'un outil informatisé pour les stocks, qui montre que de janvier à décembre 2010, 113 des 179 districts de santé ont rapporté des pertes en antigènes proches des objectifs de perte fixés pour 2010 (BCG : 34% ; Pentavalent : 8% ; VPO : 13% ; VAR : 30% ; VAA : 28% et VAT : 17%). Il est à noter que 56 des 179 districts de santé n'ont pas rapporté de données fiables.

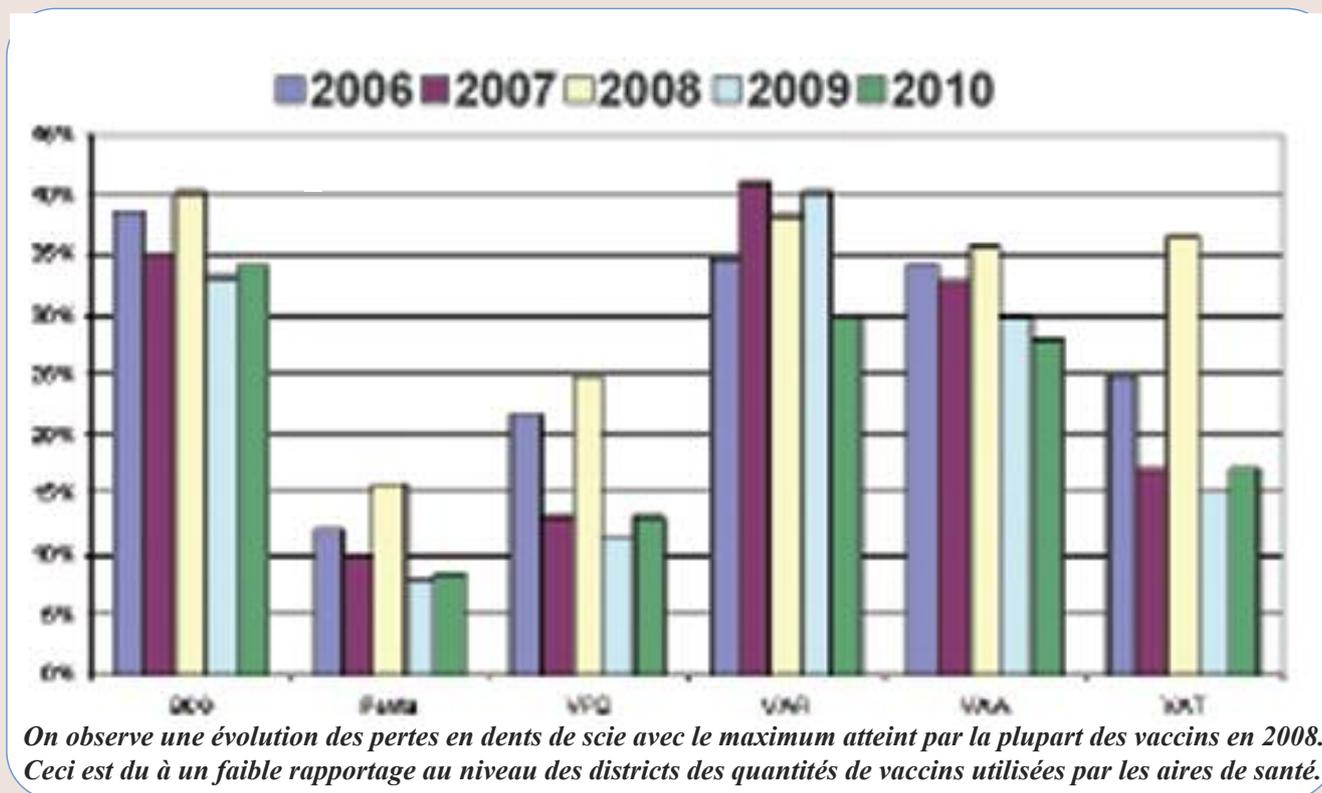


*Lancement de la 1<sup>ière</sup> Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle 2010 (SASNIM 1) le 27 juillet à Bamenda (Région du Nord-Ouest) par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique accompagné de Mme le Représentant de l'OMS.*



*Une SASNIM dans le DS de Mokolo, Région de l'Extrême Nord : les équipes sont en place avec tous les intrants.*

Le graphique ci-dessous présente les différents taux de perte en vaccin pour la période allant de 2006 à 2010.



Graphique 3: taux de perte en vaccins 2006-2010

Source : Données GTC/PEV

## L'éradication de la poliomyélite

Le Cameroun est entouré de pays endémiques à la poliomyélite et n'a pas notifié de cas de poliovirus sauvage depuis 2009. De ce fait, un de ses défis majeurs est de maintenir son statut de pays indemne de poliomyélite. Les principales réalisations en 2010 dans ce domaine sont les suivantes :

- L'organisation de trois tours d'AVS polio préventives synchronisées avec 18 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale (mars, avril et décembre) dans les 65 districts de santé à haut risque des 4 régions frontalières avec le Nigeria et le Tchad (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord et Est). Plus de 2 000 000 d'enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés à

chaque passage.

La conduite de deux tours de campagne de vaccination en juillet et août dans les 28 DS de la région de l'Extrême Nord, en synchronisation avec la riposte au cas de PVS détecté dans un village du Nigeria, voisin du DS de Kousséri. Plus d'un million d'enfants ont été vaccinés à chaque passage.

Le monitoring externe post-campagne a permis de documenter qu'environ 10% et 8% d'enfants ont été ratés respectivement au 1er et 2nd tour. Les principales raisons de la non vaccination sont l'absence des enfants dans les domiciles lors du passage des vaccinateurs et la non visite du ménage par les équipes de vaccination.

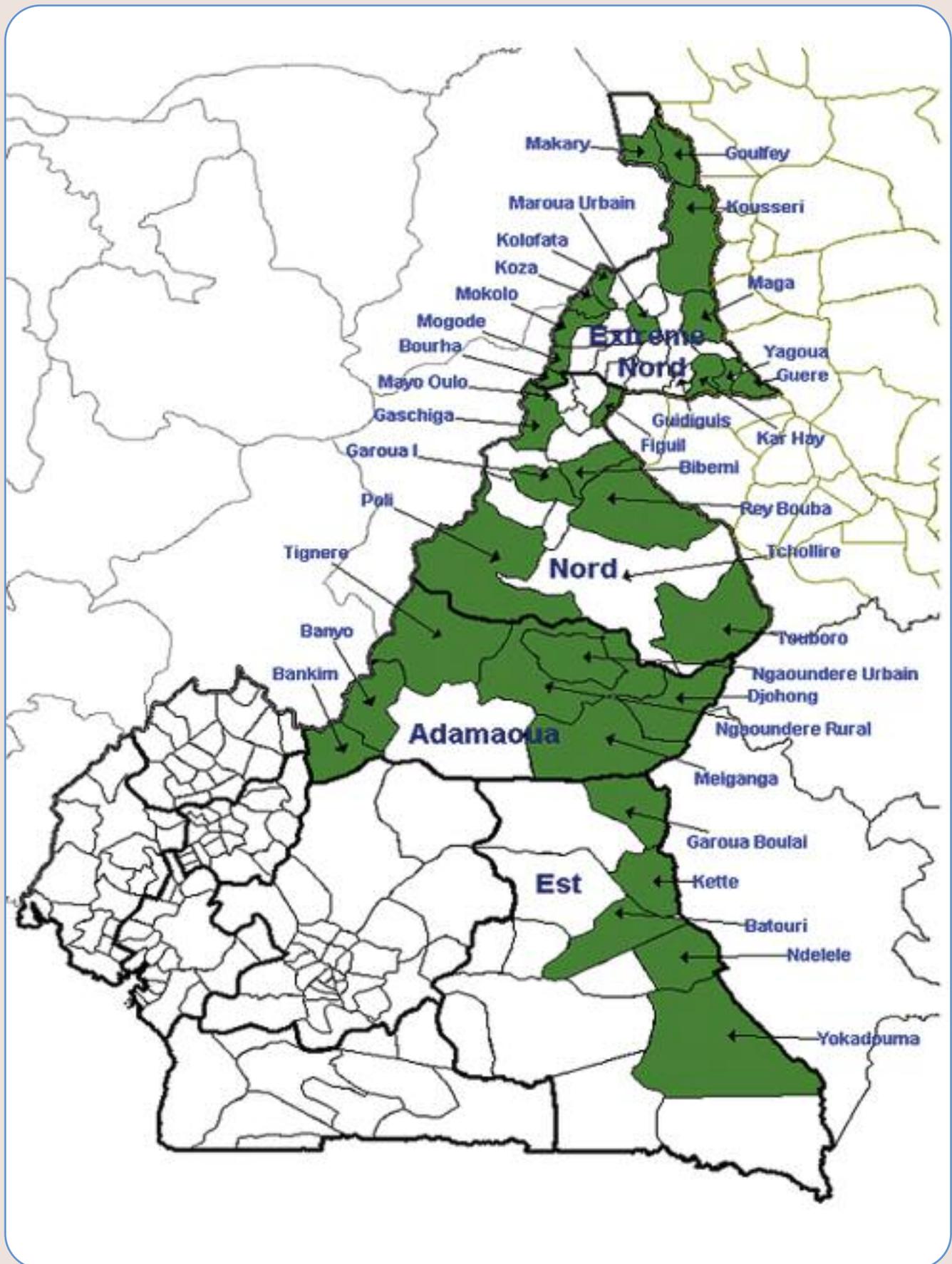
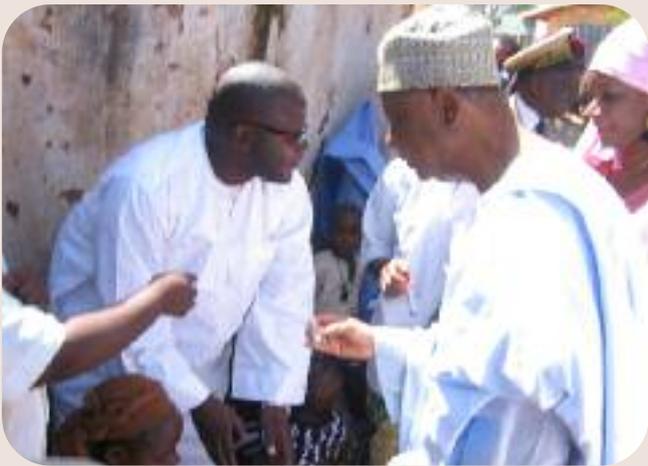
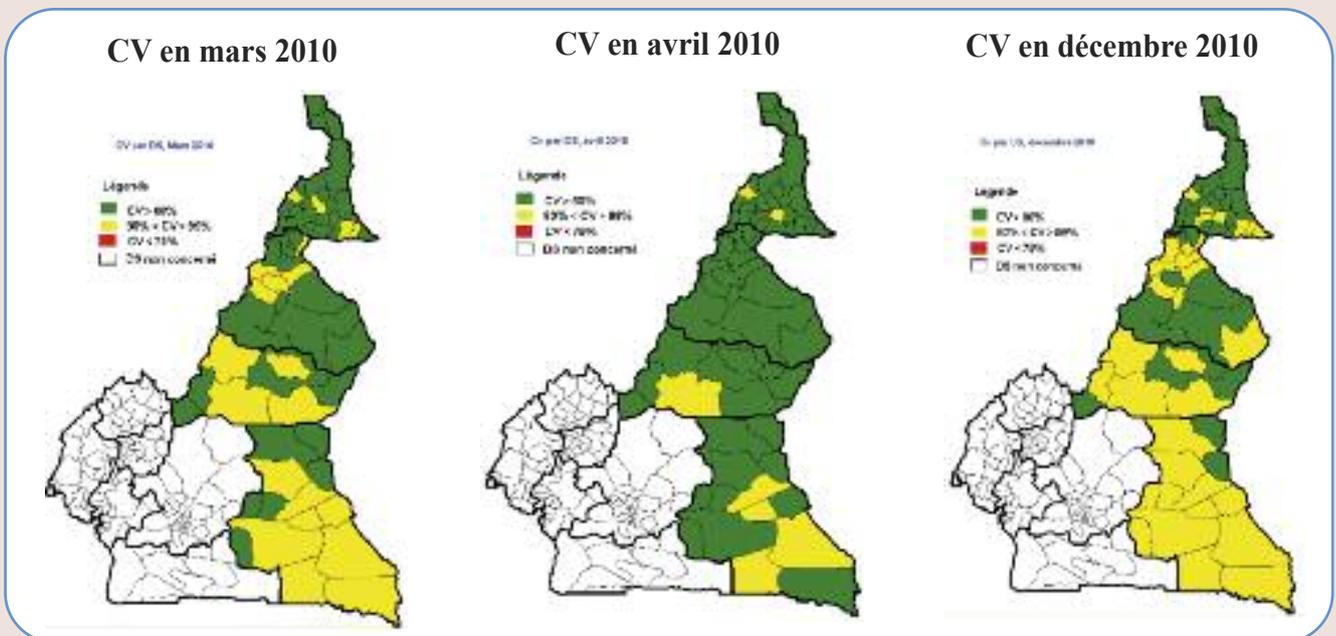


Figure 2 : DS ayant conduit le monitoring post campagne polio, 2010



*Lancement du 1er tour de la campagne polio par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique accompagné du Représentant de l'OMS au Cameroun à Ngaoundéré (Région de l'Adamaoua).*

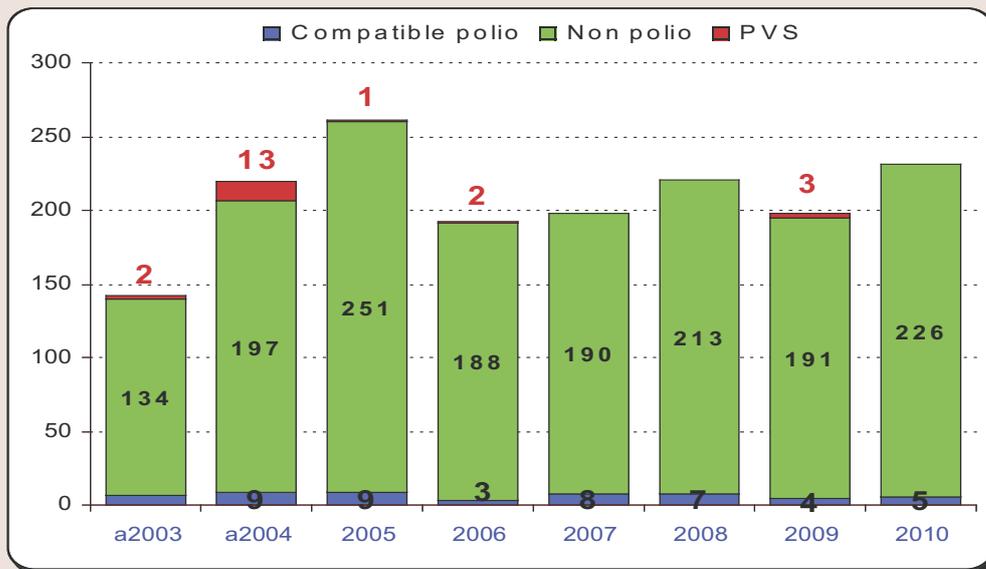


**Figure 3: Résultats de 3 tours d'AVS conduits en 2010**

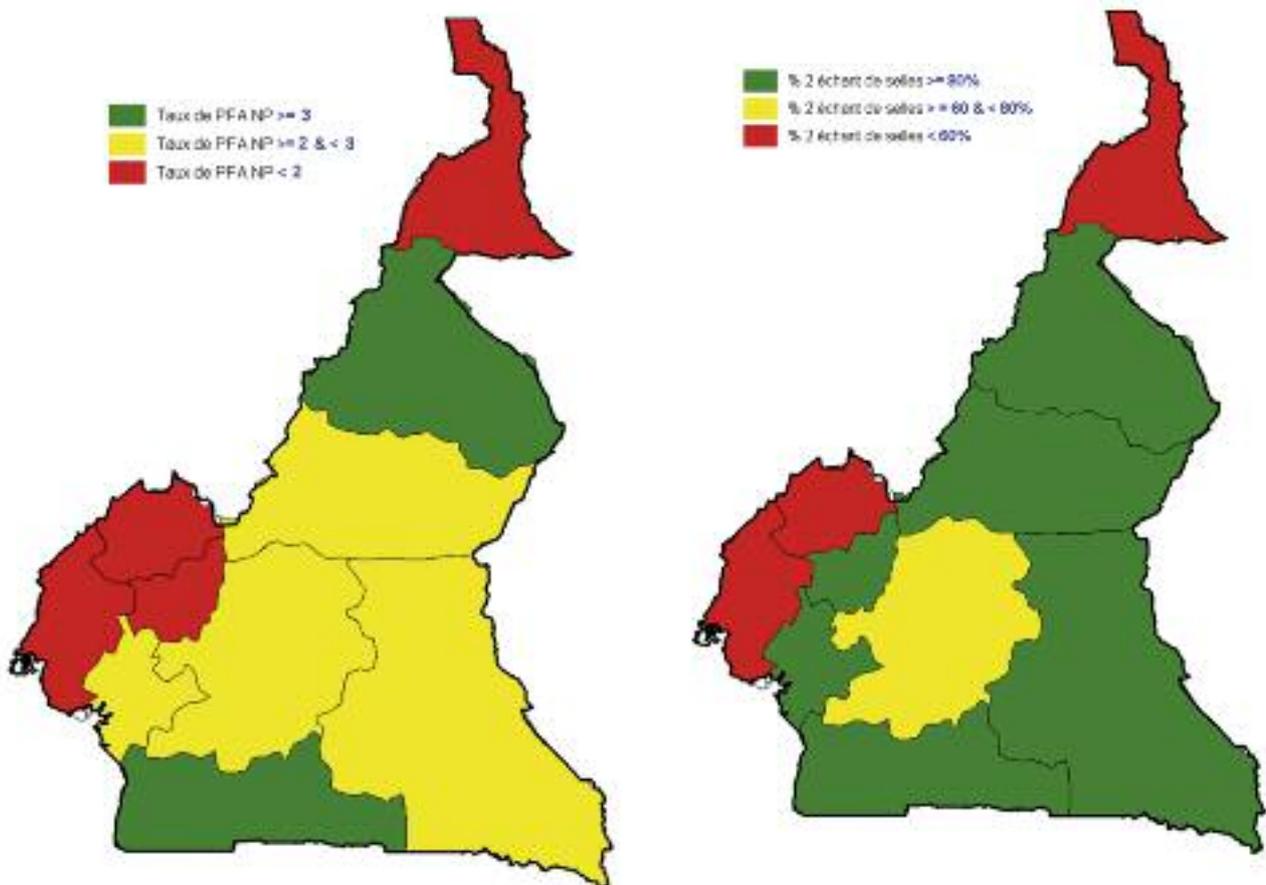
Source : Données GTC/PEV

- Le renforcement de la surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA) a permis de notifier 231 cas de PFA avec zéro poliovirus sauvage (PVS). On a toutefois noté la présence de 5 compatibles poliomyélite. Au total 1662 cas de PFA ont été notifiés de 2003 à 2010, dont 21 PVS (confirmés au laboratoire). La date de survenue de la paralysie du dernier cas remonte au 15 octobre 2009 dans le district de santé de Kousseri, Région de l'Extrême-Nord.

- Comme autres réalisations dans ce domaine, on note :
  - L'élaboration du rapport annuel des activités d'éradication de la poliomyélite 2009.
  - L'accréditation du laboratoire Polio du Centre Pasteur pour l'identification et la confirmation du PVS.
  - La conduite d'une revue externe de la surveillance avec l'appui d'IST/AC (l'Equipe Inter Pays Afrique Centrale) suivie de l'élaboration d'un plan de mise en œuvre des recommandations.



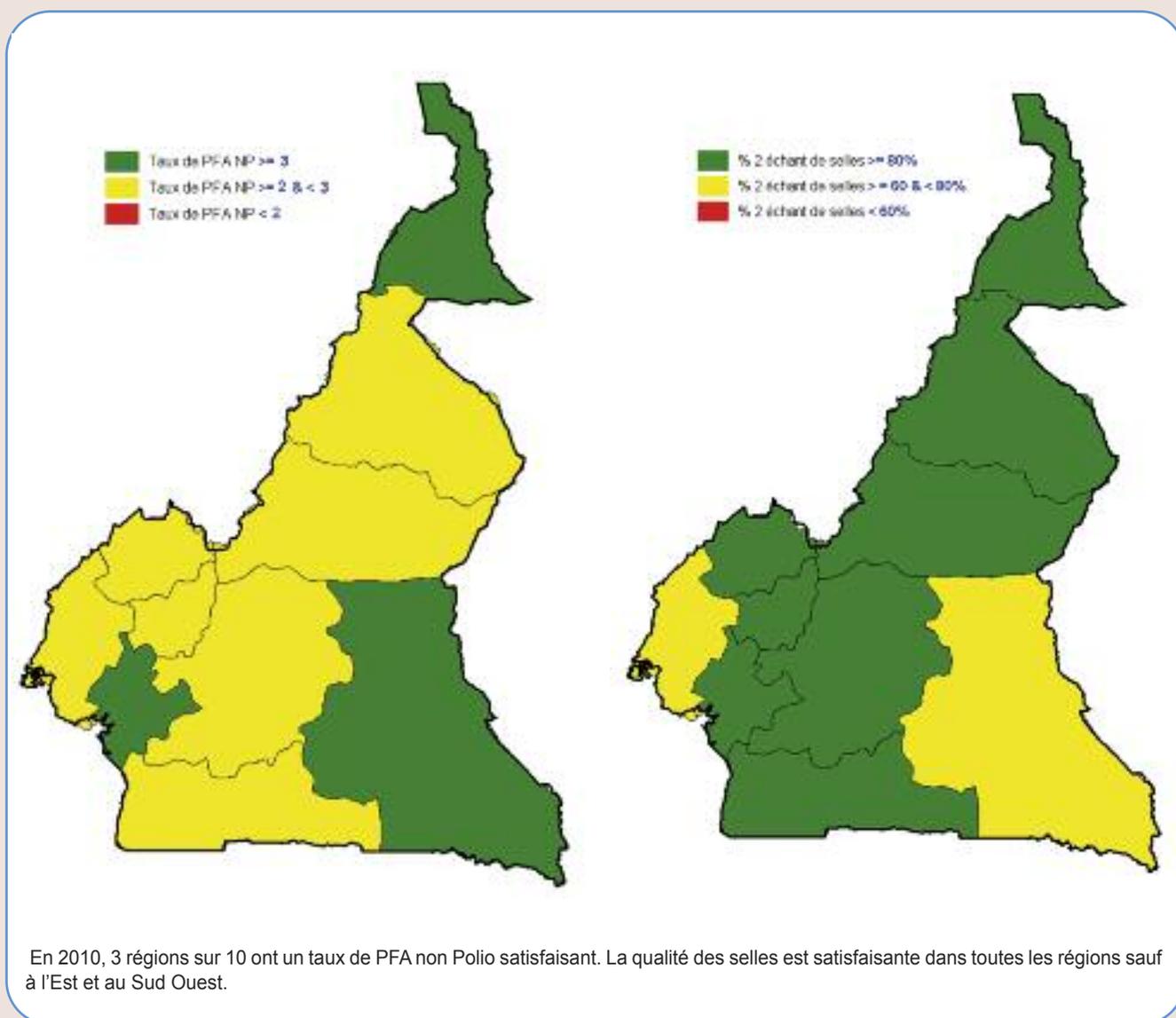
Graphique 4: Evolution du nombre de PFA/PVS, 2003-2010, Cameroun



En 2009, 4 régions sur 10 ont un taux de PFA non Polio insuffisant. Ce taux n'est satisfaisant que dans 2/10 régions (Nord, Sud). La qualité des selles est satisfaisante dans 6 régions sur 10.

Figure 4 : performances des indicateurs de la surveillance de la poliomyélite

Source : Données GTC/PEV



**Figure 5 : performances des indicateurs de la surveillance de la poliomyélite**  
 Source : Données GTC/PEV

## L'élimination de la rougeole

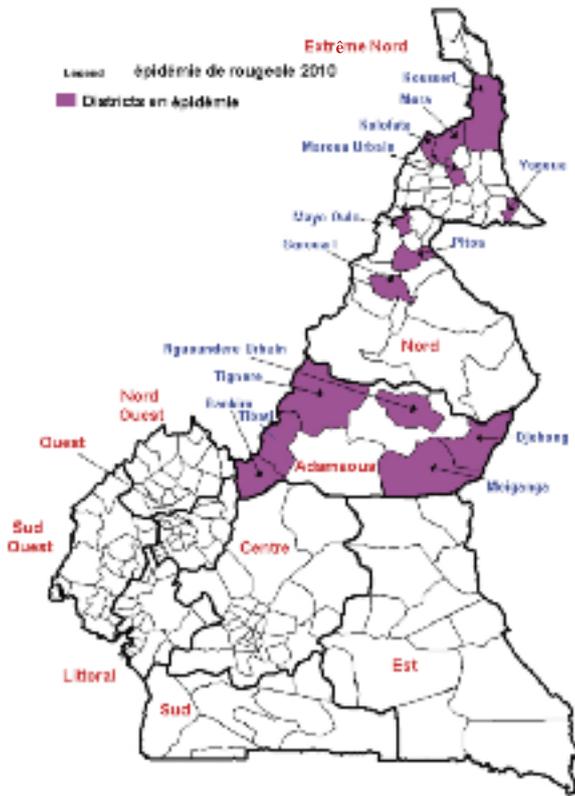
La mise en œuvre des activités de pré élimination de la rougeole s'est poursuivie à travers :

- Le renforcement de la surveillance rougeole : un total de 841 cas suspects de rougeole ont été investigués avec 96 (11,41%) confirmés au laboratoire et 144 (17,12%) confirmés par lien épidémiologique. Le taux de rash fébrile non rougeoleux en 2010 est à 3,6% contre 2,3% en 2009. Le pourcentage de districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole est

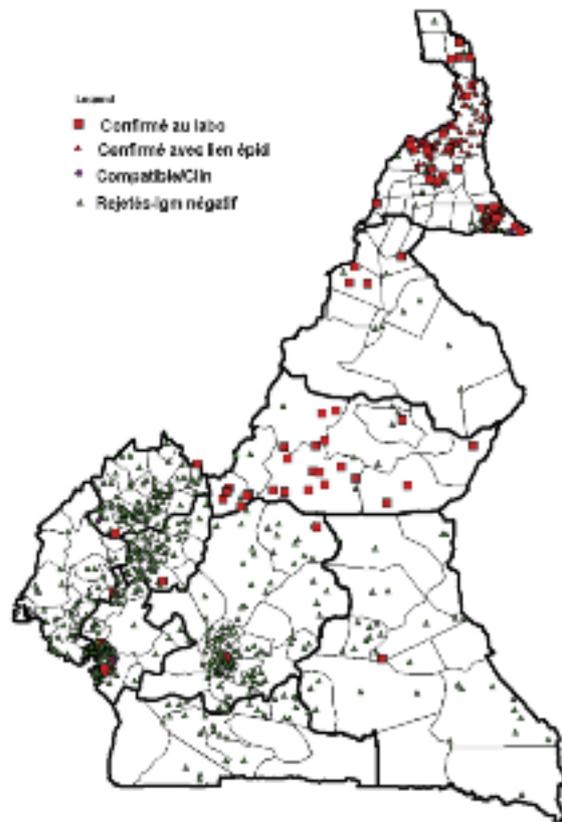
de 70,4% contre 74,30% en 2009.

- Les ripostes aux épidémies : La surveillance épidémiologique a permis de détecter 14 épidémies dans les districts de santé de Kousseri, Mora, Yagoua, Kolofata et Maroua urbain (Région de l'Extrême Nord) ; Ngaoundéré urbain, Djohong, Meinganga, Bankim, Tibati et Tignère (Région de l'Adamaoua) ; Pitoa, Mayo Oulo et Garoua Urbain (Région du Nord). Une riposte a été organisée dans chacun des districts en épidémie.

## Distriets de santé en épidémie 2010



## Répartition des cas de rougeole par DS, 2010



Figures 6 et 7 : situation de la rougeole en 2010

## Le contrôle de la fièvre jaune

La surveillance de la fièvre jaune a permis de détecter un total de 1 255 cas suspects de la fièvre jaune qui ont été investigués et 16 cas IgM positif ont été confirmés. 81% des districts de santé ont investigués au moins un cas suspect de fièvre jaune. Des campagnes de riposte ont été conduites pour les cas positifs dans les districts de santé de Santa, (Région du Nord-ouest), de Bandjoun (Région de l'Ouest) et de Kumba, (région du Sud-Ouest) avec des CV administratives respectivement de 99,5% et 98%.

La carte des cas de fièvre jaune ci-contre montre une répartition dans tout le pays. Les cas confirmés se retrouvent essentiellement dans les Régions du Nord et du Sud-Ouest.

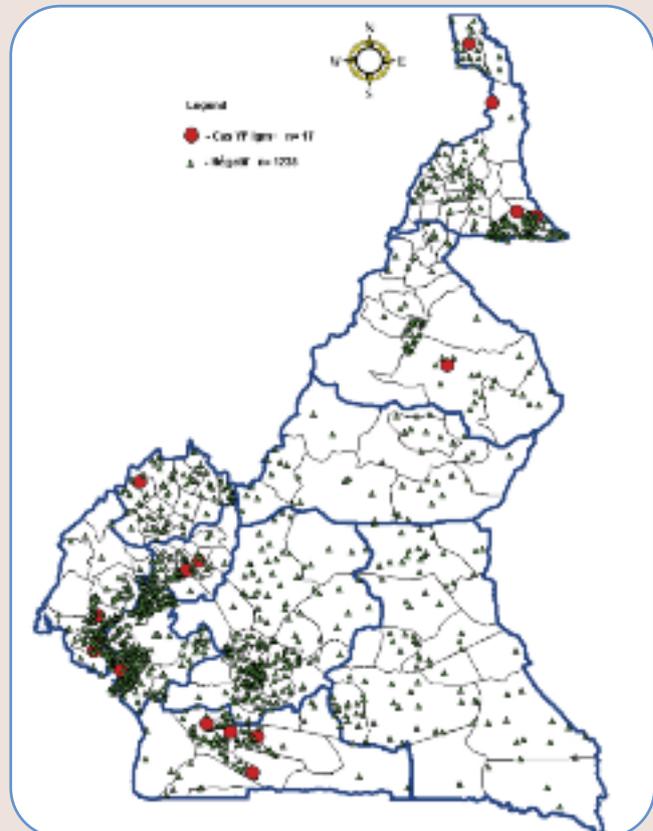


Figure 8 : Répartition des cas de Fièvre Jaune en 2010

## L'élimination du tétanos maternel et néonatal

Les principales réalisations ont été axées sur la conduite des campagnes de vaccination et la poursuite de la surveillance au cas par cas. Ainsi, 29 cas de tétanos néonatal ont été notifiés dans 13,4% des districts de santé (ci contre). Trois tours d'AVS de rattrapage contre le tétanos maternel et néonatal ont été conduits en février, mai et octobre 2010 chez les femmes en âge de procréer (FAP) dans 44 districts de santé ayant eu des faibles performances lors des éditions antérieures.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de femmes additionnelles vaccinées lors des campagnes de rattrapage en 2010.

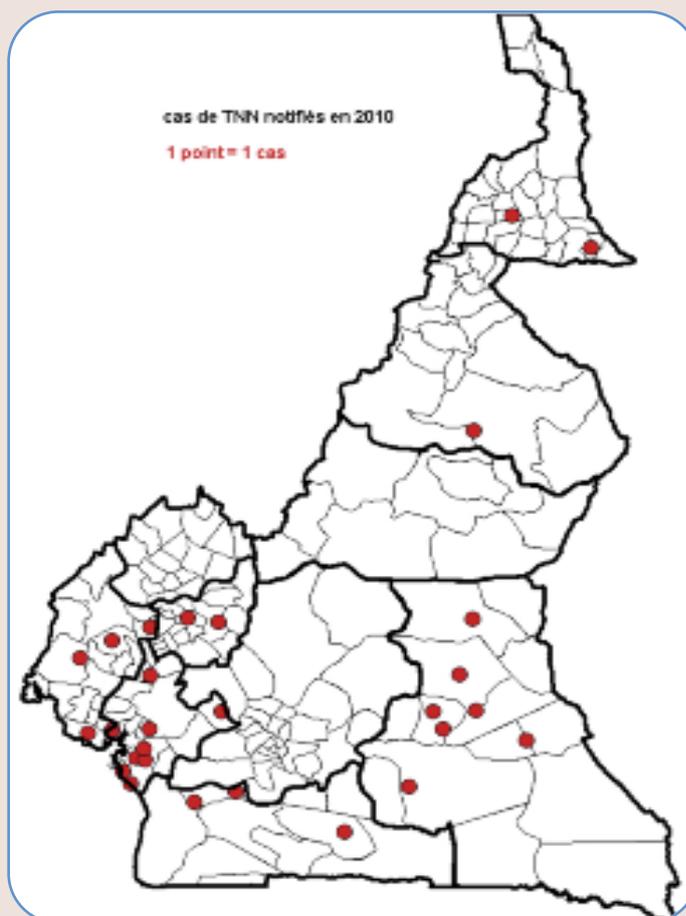


Figure 9 : Répartition des cas de TNN en 2010

Tableau I : Nombre de femme en âge de procréer vaccinées contre le tétanos en 2010

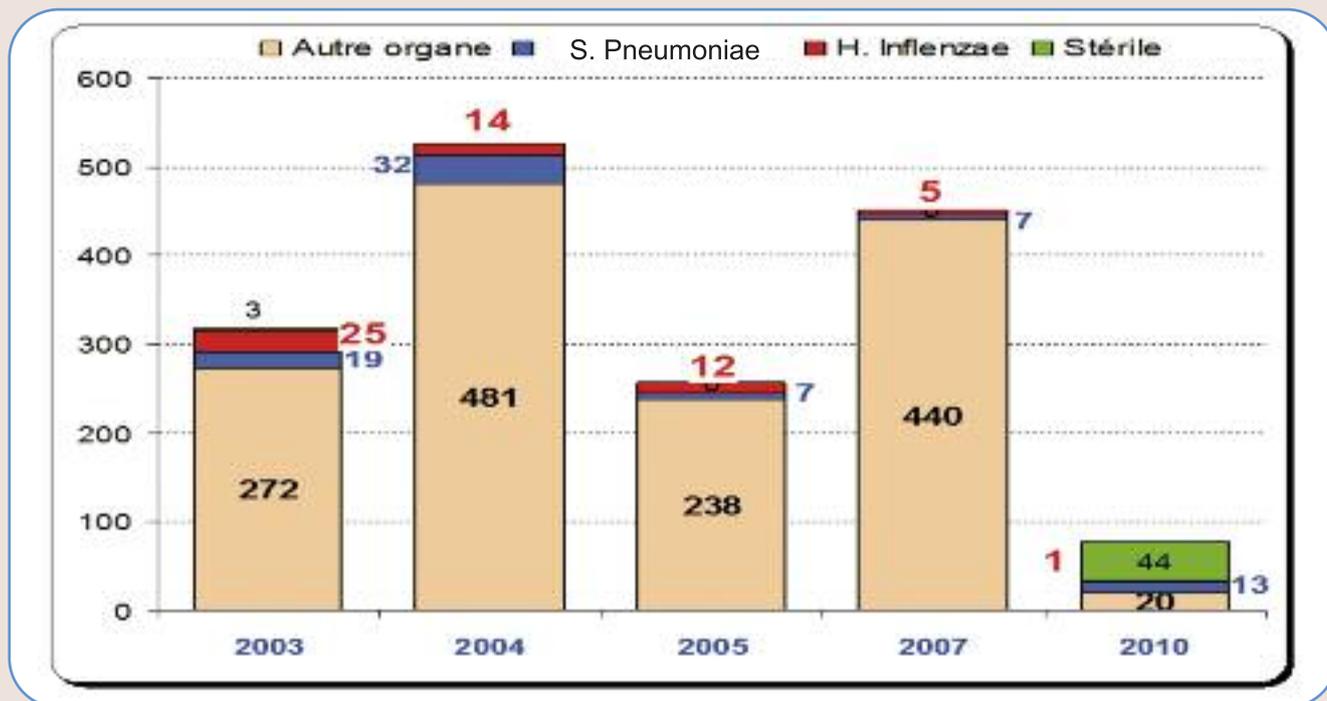
Mois	Cibles	VAT1	VAT2	VAT 3	VAT4	NE	participation
Février (27 DS)	776 392	155 514	219 797	11 328	35 305	15 507	70%
Mai 17 DS	419 352	209 730	71 719	30 878	14 241	6 357	79%
Octobre (11 DS)	282 585	43 960	198 141	7 562	4 188	4 591	90%

## La surveillance des méningites bactériennes pédiatriques

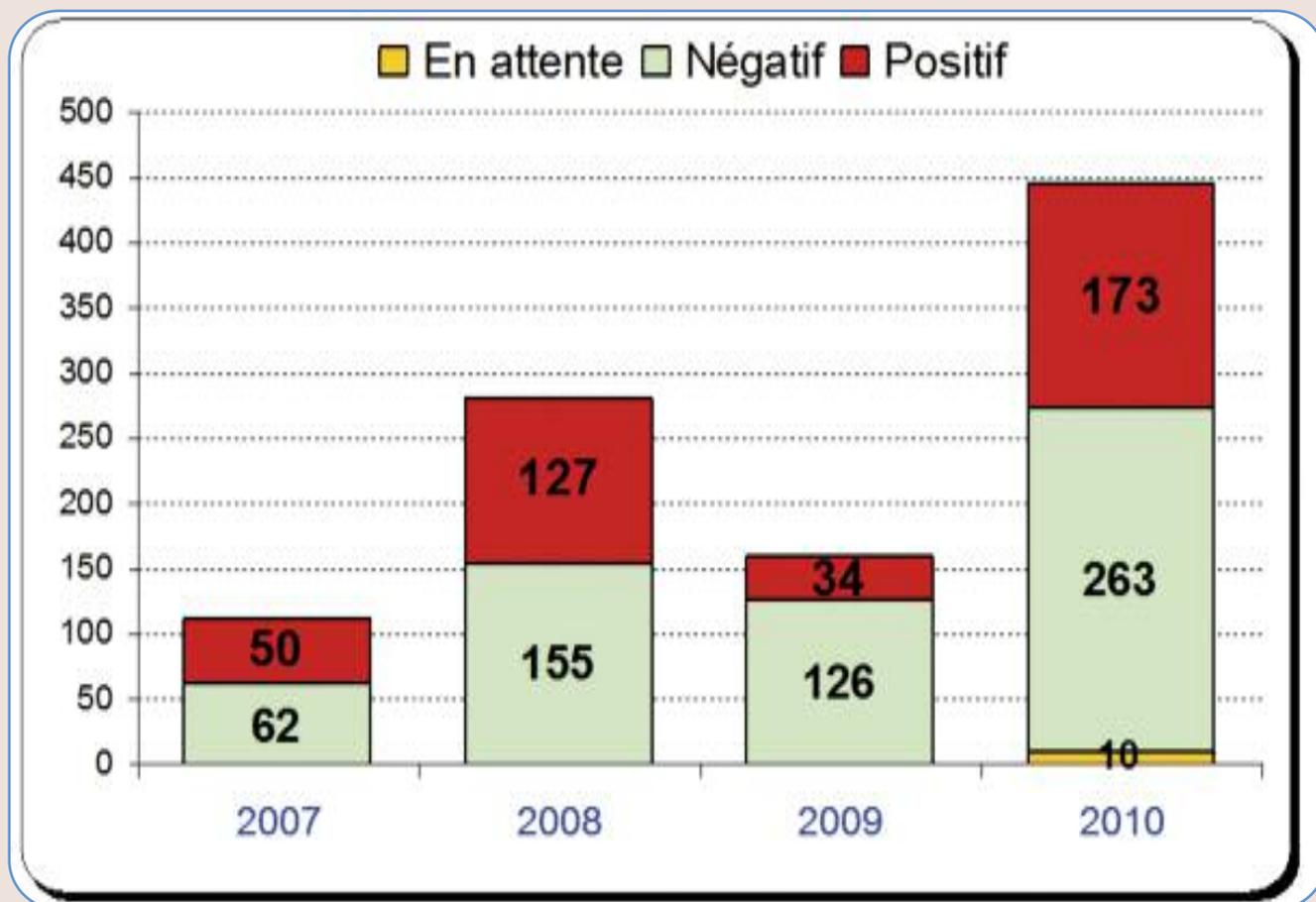
Elle a été mise en place depuis 2003 afin d'évaluer la charge morbide des méningites à *Haemophilus influenzae* type b et celles à pneumocoque dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine. Pour l'année 2010, 77 cas suspects de méningite ont été prélevés avec 1 cas positif au Hib, 13 au pneumocoque et 20 pour d'autres germes, avec 44 prélèvements stériles.

## La surveillance des diarrhées à rotavirus

Elle fonctionne depuis 2007 dans le site sentinelle du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé et dans les formations sanitaires satellites dudit site, pour les enfants de moins de 5 ans consultant pour diarrhée aiguë. De 2007 à 2010, un total de 995 selles ont été prélevées et testées au laboratoire et 379 cas (38,09%) ont été positifs pour le rotavirus.



Graphique 5 : Résultats de la surveillance des méningites bactériennes pédiatriques 2003-2010



Graphique 6 : Evolution annuelle des cas de diarrhée à rotavirus (2007-2010)

## I.2 La surveillance intégrée des maladies et réponse

La Surveillance Intégrée des Maladies et Réponse (SIMR) compte parmi les domaines qui bénéficient de très peu d'appui financier. En vue de renforcer la surveillance épidémiologique, l'OMS a mis en place avec l'appui d'autres partenaires un Projet Sous-régional de Surveillance en Afrique centrale (SURVAC) sur 5 années, incluant la République Centrafricaine (RCA), la République Démocratique du Congo (RDC) et le Cameroun. Le début de mise en œuvre du projet a permis de jeter les bases du renforcement de la Surveillance Intégrée des Maladies et Réponse dans les 3 régions retenues dans le pays. Sur la base du plan d'action 2010 les principales réalisations sont les suivantes:

- Formations courtes au niveau central et régional de 23 professionnels de santé travaillant dans la surveillance et d'un docteur vétérinaire.
- Mise en place de la formation en Master de Santé Publique (FELTP) à Yaoundé, dont la première promotion compte 18 étudiants dont 5 du Cameroun, 5 de la RCA et 8 de la RDC.
- Production de 3000 calendriers MAPE avec des définitions de cas des Maladies à Potentiel Epidémique et remise au Ministère de la Santé pour diffusion dans toutes les régions et districts de santé.
- Appui au Ministère de la Santé Publique pour l'élaboration et la diffusion du premier numéro du bulletin épidémiologique pour le mois décembre 2010.
- Acquisition de matériels et consommables pour les laboratoires de la zone du projet.
- Elaboration des Procédures Opératoires Standards (POS) des Technologies de l'Information et de la communication.
- Elaboration et harmonisation des outils de collecte et notification des données de la surveillance (fiche de notification hebdomadaire, définitions des cas, grilles de supervision formative de la surveillance intégrée pour les trois niveaux de la pyramide sanitaire).

- Elaboration d'un guide de mise en réseau des laboratoires et d'une grille de supervision formative des activités de laboratoire.
- Réalisation de la toute première supervision formative des laboratoires dans la zone du projet.

### ATTEINDRE LES OMD c'est possible :

« Nous disposons des connaissances, nous avons de bonnes politiques et stratégies, la plupart des outils dont nous avons besoin sont disponibles ; mais, ce qui fera la différence entre l'espoir et la réalité actuelle des millions d'africains, c'est la mise en oeuvre de ces politiques soutenue par la mobilisation judicieuse des ressources internes et externes.

**Docteur Luis Gomes Sambo,  
Directeur Régional de l'OMS  
pour l'Afrique, discours d'ouverture  
du 60ème RC à Malabo.**

**Tableau II : Situation des maladies sous surveillance en 2010**

N°	Maladies	Nombre de cas	Nombre de décès	Létalité cumulée	Observations
1	Choléra	10759	657	6,11%	
2	Méningite cérébro-spinale	835	71	8,5%	
3	Rougeole	841	18	2,1%	96 cas IgM+
4	Fièvre jaune	1255	9	0,71%	16 cas IgM+
5	Tétanos Néo-natal	231	13	44,82%	Cas notifiés dans le RMA
6	Paralyse Flasque Aigue (PFA)	231	2	0,86%	Pas de PVS
7	Grippe Humaine classique	383	0	0	Cas confirmés
8	Grippe humaine d'origine aviaire	0	0	0	
9	Grippe pandémique A (H1N1)2009	205	0	0,00%	Cas confirmés
10	Paludisme	188 093	32	0,01%	
11	Méningites bactériennes pédiatriques* (Pneumo/Haemophilus influenzae type b)	77	3	3,89%	01 cas positifs Hib et 13 pneumocopus
12	Gastroentérites à rotavirus	453	10	2,20%	179 positifs
13	Fièvres virales hémorragiques (Ebola, Marburg, Rift Valley)	0	0		
14	Trypanosomiase humaine africaine	15	1	6,66%	
15	Arboviroses (Dengue, Chikungunya)	0	0	0%	
16	Peste	0	0	0%	
17	Dracunculose	0	0	0	
18	Rage humaine d'origine canine (Cas suspects)	3	3	100%	

Source : *Bulletin épidémiologique DLM/ MINSANTE 2010*

## I.3 Les maladies tropicales négligées

Plusieurs campagnes de distribution de médicaments contre ces maladies ont été exécutées de manière intégrée. Il convient de noter la volonté manifeste du pays à assurer une meilleure intégration des interventions de santé au niveau du district de santé et de la communauté, ainsi que l'engagement à procéder à l'élimination de l'onchocercose dans les 5 à 10 prochaines années.

Les réalisations majeures ont été :

- La tenue d'une consultation nationale en vue de l'intégration des activités de lutte contre les maladies prioritaires à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris celui communautaire.
- Une cartographie de la loase dans les 7 régions méridionales du pays suite à un financement du Programme OMS-APOC.
- La révision du Plan stratégique plurianuel de lutte intégrée contre les maladies transmissibles négligées.
- L'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre les vecteurs de certaines MTN (maladies tropicales négligées).
- La conduite de campagnes de Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) avec un taux de couverture thérapeutique moyen de 82% pour une couverture géographique de 97%.
- La réalisation d'une campagne intégrée de lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord pour une couverture de 72% (en rapport à la population totale concernée) et 93% (en rapport à la population éligible au traitement). La couverture géographique a été de 100%.
- La réalisation d'une campagne de lutte contre la schistosomiase et les helminthiases intestinales dans l'ensemble du pays pour les enfants d'âge scolaire avec une couverture nationale de 94% pour les

helminthiases et 31% pour la schistosomiase. Cette campagne a été intégrée aux deux Semaines d'Activités de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM).

## II. LES EPIDEMIES

### II.1 La grippe pandémique AH1N1

Le pays a intégré la surveillance de la grippe pandémique AH1N1 dès son apparition en 2009 dans le monde. De janvier à décembre 2010, 205 cas (sans décès) ont été confirmés au laboratoire du Centre Pasteur de Yaoundé dans le cadre de la lutte contre cette maladie. Les réalisations suivantes ont été appuyées par l'OMS :

- La formation des équipes nationales et régionales sur la préparation et la réponse face à une urgence de santé publique de portée internationale (grippe AH1N1(2009) et AH5N1).
- L'organisation d'une campagne nationale de vaccination contre la grippe pandémique AH1N1 (2009) avec une couverture de 60,5% des cibles nationales préconisées (personnels de santé, enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, personnes âgées et malades chroniques). Cette intervention a obtenu un succès particulier dans le pays.

### II.2 Le choléra

Des épidémies de Choléra ont été détectées dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, du Littoral, du Sud-ouest, de l'Adamaoua et du Centre avec un nombre importants de cas. Celles-ci ont été gérées dans le cadre d'une collaboration entre les autorités sanitaires centrales et régionales et d'autres partenaires.

Un Centre de Coordination et de Contrôle du

Choléra (C4) a été mis en place à cet effet dans la Région de l'Extrême-Nord. Il a été d'un apport important pour le contrôle de l'épidémie dans cette zone. Créée et mise en place avec l'appui de l'OMS, cette unité décentralisée de lutte contre le choléra a permis de fédérer les énergies de tous les partenaires et la coordination des interventions de surveillance épidémiologique, de laboratoire, de prise en charge des cas, de gestion de l'information sanitaire, de mobilisation sociale et communication, de logistique, de recherche opérationnelle et en matière d'eau, hygiène et assainissement.



*Une salle d'hospitalisation en pleine épidémie de choléra: la création du C4 a permis d'inverser la tendance*



*Inauguration du Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra de Maroua.*

## Le Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra de Maroua (C4)

Créée et mise en place le 2 septembre 2010 sous la conduite de l’OMS, cette unité décentralisée pour la lutte contre le choléra avait pour objectif principal de fédérer les énergies de tous les partenaires de lutte contre cette maladie en vue de la coordination des interventions sur le terrain en matière de surveillance, laboratoire, prise en charge des cas, gestion de l’information sanitaire, eau - hygiène – assainissement, mobilisation sociale - communication - relations avec les media, logistique et recherche opérationnelle.

Les réalisations majeures du C4 concernent :

- l’évaluation conjointe de la situation du choléra par les partenaires ;
- l’élaboration des plans de lutte contre le choléra et autres épidémies dans 28 districts de santé ;
- la diffusion des directives sur la prise en charge des cas et la protection des personnels soignants dans tous les districts de santé, et la mise en place, le fonctionnement et la supervision des Centres de Traitement du Choléra ;
- la mise en œuvre de stratégies simples et acceptables de potabilisation de l’eau pour et par la population ;
- la formation des équipes locales pour la potabilisation de l’eau et désinfection des points d’eau ;
- la mise en place de stratégies pour réduire le risque de contamination de la population par la manipulation des cadavres ou des excréta des malades ;
- la mise en place d’une plate forme d’interactions entre les partenaires de la lutte, les communautés, l’ensemble des autorités de la Région et les médias ;
- le renforcement de la gestion de la logistique avec évaluation régulière des besoins pour les différentes interventions d’urgence et une meilleure gestion des stocks ;
- La mise en place d’un réseau Internet par Wimax à la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP) de l’Extrême-Nord et dans les bureaux du C4 avec dotation de 34 téléphones GSM dont 28 aux Districts de Santé, 3 à la DRSP, 3 au C4 et un ordinateur portable à Madame le Délégué Régional. Ce système qui coûte mensuellement la somme de 880 000 FCFA a nettement amélioré le taux de promptitude et de complétude dès le mois d’octobre 2010 conduisant à des investigations rapides des situations suspectes d’épidémies.

Tableau III : Partenaires du C4 de Maroua et leurs interventions

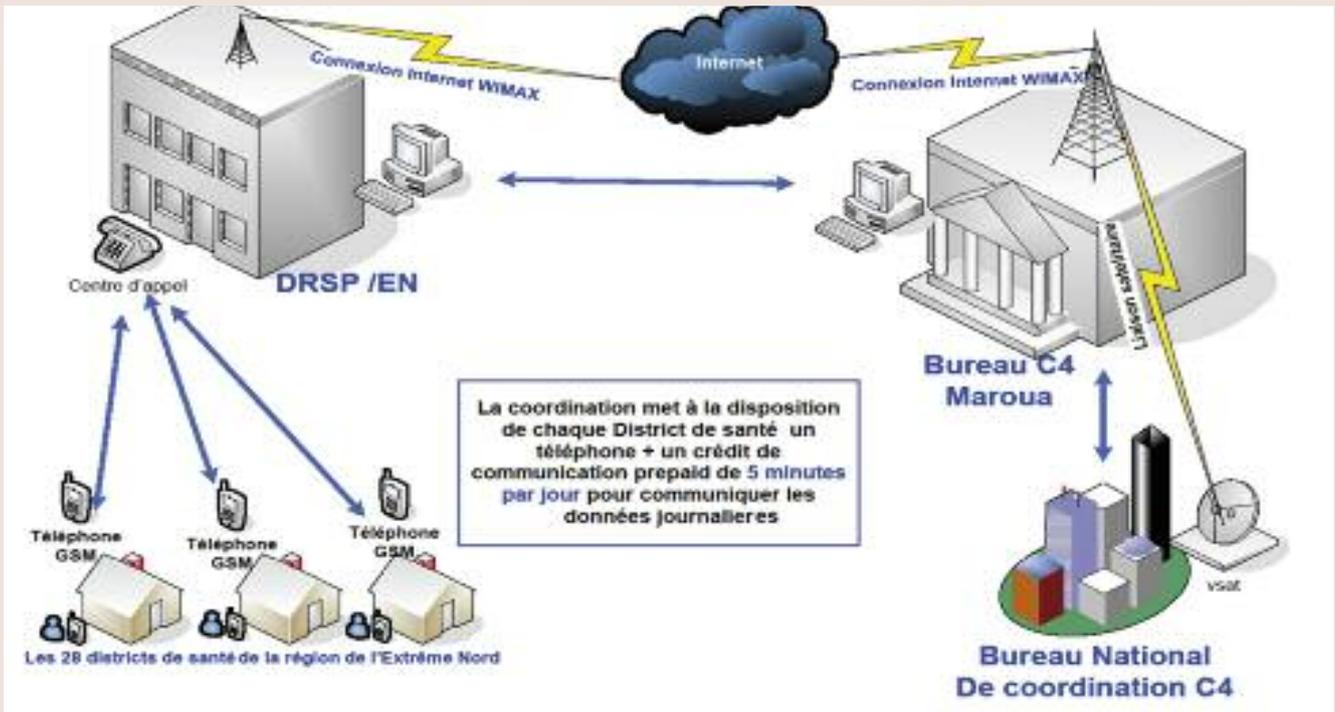
Interventions	Assainissement	Sensibilisation	Prise en charge	Communication	Autres
<b>Partenaires</b>					
Ambassade Etats Unis					Appui Financier
ACMS	+	+			Dotation SRO
CARE Cameroun	+	+			
CDC					Conduite études
Croix Rouge	+	+			
IMC	+	+	+		
MINCOM				+	
MINDUH	+				
MINEE	+	+			
MSF			+		
PLAN Cameroun	+	+			Fournitures
SNV	+	+			
OMS		+	+	+	Fournitures
UNICEF/WASH	+	+			Fournitures
IRD					Mise à disposition de locaux/gardiens



*Le bâtiment du Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra et la liste des différents partenaires.*



*Le matériel de communication pour la surveillance épidémiologique et sa remise à Madame le Délégué Régional de la Santé de l'Extrême-Nord*



*Figure 10: Le plan d'interconnexion C4*

## II.3 La préparation et réponse aux urgences et catastrophes

Dans ce domaine, la principale réalisation a été l'élaboration d'un plan national de contingence dans le cadre d'une collaboration entre les autorités nationales en charge des urgences et catastrophes, les organismes du Système des Nations Unies et certaines ONGs. Un volet particulier concernant l'afflux des réfugiés a été finalisé avec l'appui de la Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge.

## II.4 Surveillance des menaces des pandémies émergentes.

En 2010, le programme «Menaces des Pandémies Emergentes ou Emerging Pandemic Threats – EPT» financé par l'USAID a connu un démarrage effectif au Cameroun. Dans le cadre de la composante «IDENTIFY», le Bureau pays OMS a facilité la mise en place du groupe de travail sur les activités de laboratoire et d'un cadre de concertation entre les institutions partenaires de l'USAID pour son exécution. Quatre responsables nationaux issus des Ministères oeuvrant pour la santé humaine et animale ont été imprégnés des objectifs, des résultats et des interventions du programme EPT au cours des réunions organisées à cet effet par l'OMS/AFRO.

## III. LE SIDA LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

### III.1 La lutte contre le VIH - SIDA

En cohérence avec le plan de travail 2010-2011, l'appui du bureau pays de l'OMS à la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun en 2010

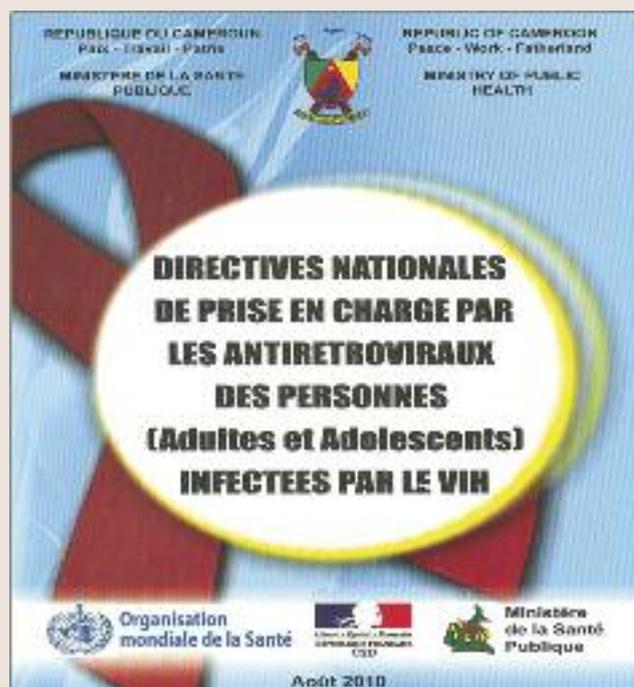
s'est focalisé sur cinq domaines dont les réalisations majeures sont décrites ci-dessous.

### Mise en œuvre des nouvelles recommandations de l'OMS

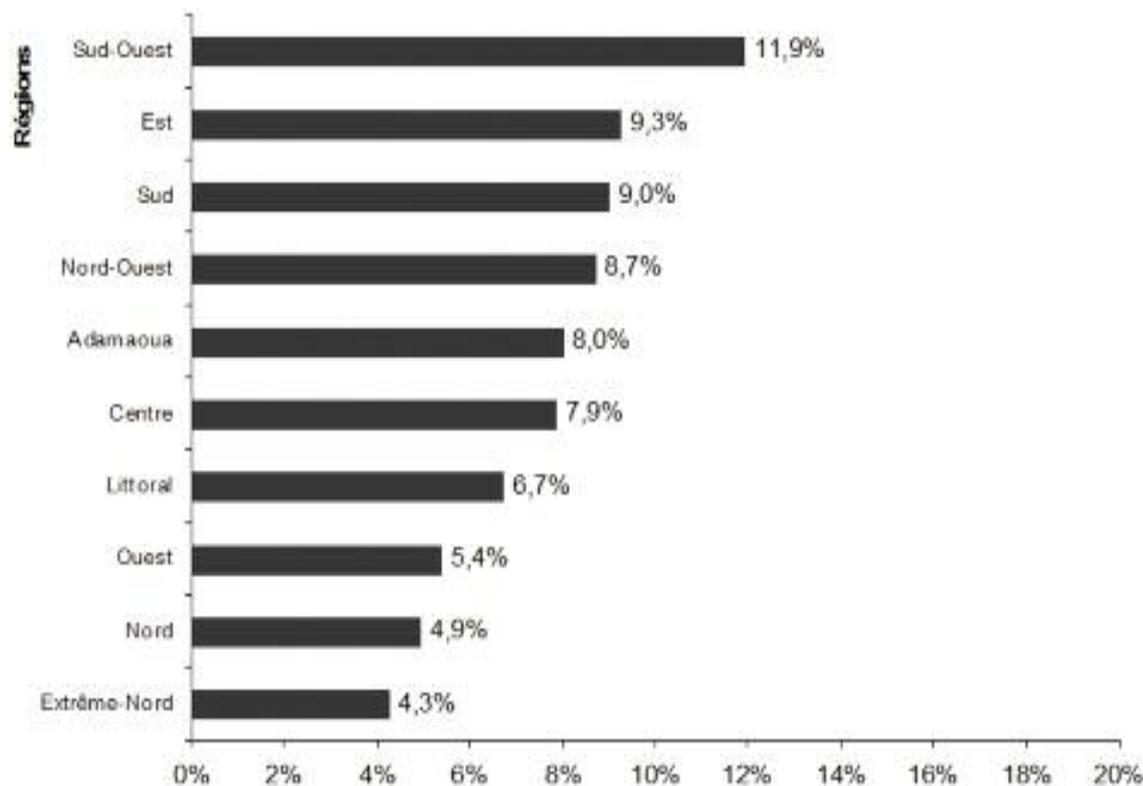
Les directives nationales sur les traitements antirétroviraux (TAR), la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH ont été révisées. Leur dissémination se poursuit à travers les sessions de formation, les réunions techniques et les visites de supervision.

Les nouvelles recommandations sur le TAR préconisent la mise sous traitement de tout patient infecté par le VIH ayant un taux de CD4 inférieur à 350 cell/ml. De nouvelles molécules telles que le Ténofovir (TDF) entrent désormais dans les protocoles de 1ère ligne. Pour la PTME, le Cameroun a choisi la prophylaxie ARV basée sur l'AZT en antépartum dès la 14<sup>ème</sup> semaine, suivie en intra partum de l'administration de la névirapine (NVP) et AZT/Lamivudine, puis en post partum, de la NVP pour le bébé et de l'AZT/Lamivudine pour la mère.

En partenariat avec l'Unicef, le bureau pays a fourni un appui technique à l'élaboration des



Les directives nationales sur le TAR et la PTME ont été révisées



Graphique 7: Prévalence de l'infection à VIH par région chez les femmes enceintes en 2009 au Cameroun.

Source: GTC/CNLS

plans de passage à échelle de la PTME dans trois districts de santé. La prophylaxie ARV y sera offerte sous la forme d'un kit couvrant la période allant de la 14<sup>e</sup> semaine de la grossesse jusqu'au 7<sup>e</sup> jour de la naissance.

### Gestion de l'information stratégique

En partenariat avec l'ONUSIDA et l'Unicef, le bureau pays OMS a appuyé la collecte, l'analyse et la diffusion des données sur la situation de l'épidémie de VIH/SIDA et de la réponse nationale.

Les résultats de l'enquête de surveillance du VIH chez la femme enceinte réalisée en 2009 dans les 10 régions ont été validés et publiés. Ils indiquent une séroprévalence moyenne de 7,6% pour le VIH et de 0,6% pour la syphilis. Le graphique ci-dessus montre d'importantes disparités entre les régions avec des niveaux de prévalence du VIH allant de 4,3% à l'Extrême-Nord à 11,9% au Sud-Ouest.

Le Rapport 2010 sur le « Profil des estimations et projection de l'épidémie » été produit et diffusé. Dans ce rapport, la prévalence du VIH dans la population générale du Cameroun est estimée à 5,1%. Ce document est utilisé comme outil de planification des besoins en PTME et en traitement ARV, de plaidoyer et d'évaluation de l'impact de la réponse nationale à l'épidémie. L'enquête démographique et de santé démarrée en fin 2010 permettra de confirmer les niveaux de l'épidémie.

L'OMS en, partenariat avec l'ONUSIDA a appuyé l'élaboration des rapports UNGASS (United Nations General Assembly Special Session) et Accès Universel qui ont été publiés et sont disponibles sur leurs sites Web. Selon ces rapports, la file active de patients sous traitement ARV a augmenté rapidement de 2002 à 2010 avec 99 455 patients sous traitement ARV en fin 2010, soit une couverture de 39 % des besoins calculée sur base du taux de CD4 < 350 cell/ml.

## Prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH

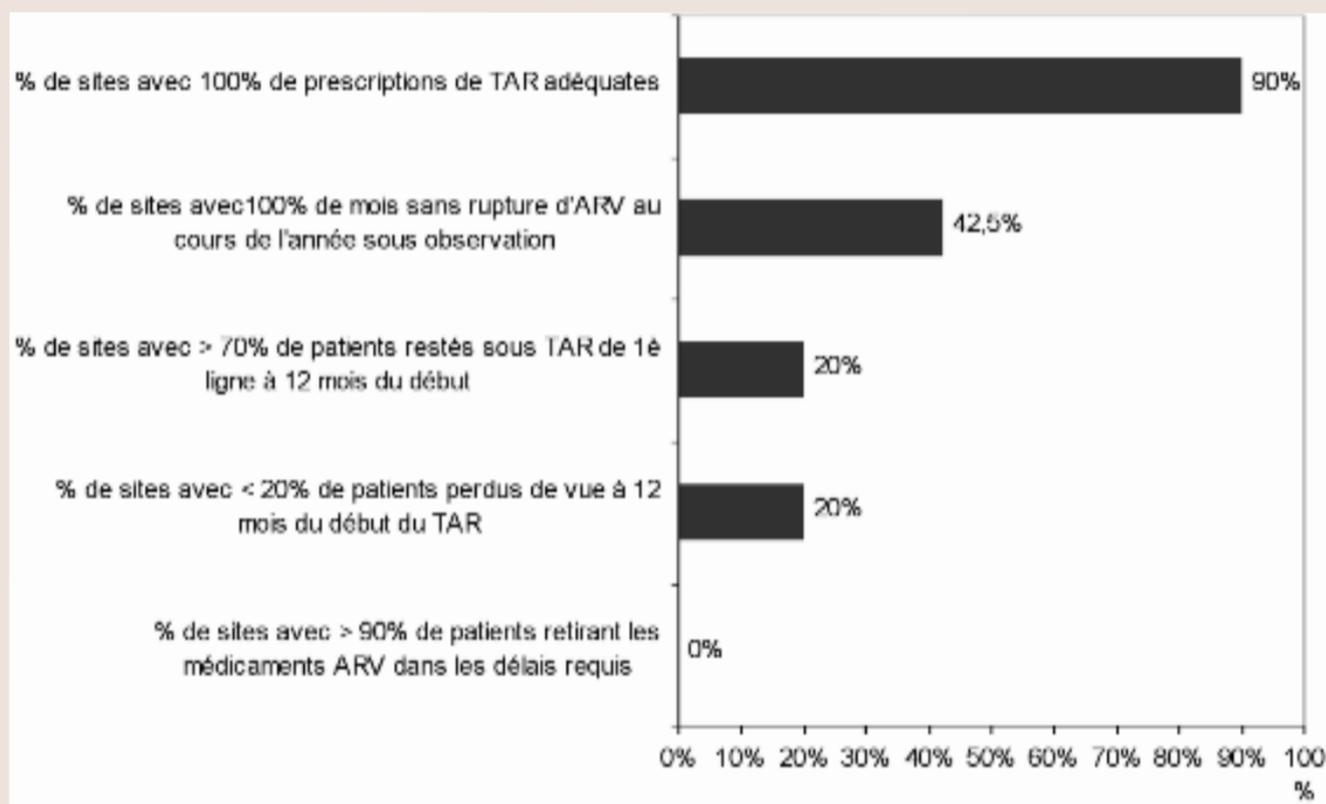
Le Rapport 2009 des activités de mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH au Cameroun a été élaboré et diffusé. Une enquête de suivi des résistances du VIH chez 140 patients mis sous traitement ARV est en cours de réalisation depuis août 2009 à l'hôpital de La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Yaoundé. L'enquête sur les indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH a été réalisée dans 40 sites de TAR contre 20 en 2009.

Les résultats de cette enquête indiquent que des efforts réels ont été accomplis en matière de respect des directives de prescription des ARV, tandis que l'observance des traitements par les patients et la continuité des approvisionnements en ARV constituent des défis majeurs.

## Appui au processus de planification stratégique et élaboration des soumissions au Fonds Mondial

Au cours de l'année 2010, le Bureau pays et l'équipe inter pays de l'OMS pour l'Afrique Centrale, en partenariat avec l'ONUSIDA et d'autres agences du Système des Nations Unies, a facilité toutes les étapes du processus de revue externe du plan stratégique 2006-2010, et de l'élaboration du plan stratégique national de lutte contre le Sida 2011-2015 (PSN) qui a été lancé officiellement par le Ministre de la Santé Publique le 1er décembre 2010.

Pour appuyer la mise en œuvre de ce plan stratégique, le bureau pays a intensifié le plaidoyer et le partenariat et fourni une assistance technique pour la mobilisation des financements extérieurs, notamment du Fond Mondial (97 millions USD accordés pour le round 10) et du PEPFAR (14 millions USD).



Graphique 8. Synthèse des résultats de l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH pour l'ensemble des 40 sites de TAR enquêtés en 2010 au Cameroun

Source : GTC/CNLS



*Lancement officiel du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2011-2015 par le Ministre de la Santé Publique à l'occasion de la célébration de la 23<sup>e</sup> édition de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida.*

### III.2 Mise en œuvre des interventions de collaboration TB/VIH

En fin 2010, le taux de détection de la tuberculose était de 70% sur les 35 000 cas attendus. Le taux de guérison était de 78%, avec 11% de perdus de vue. La prise en charge de la tuberculose est effective dans 216 centres de traitement de la tuberculose (CDT) dont 117 sont des formations sanitaires offrant le traitement antirétroviral.

Le bureau pays OMS a accompagné le Ministère de la Santé Publique dans la réalisation d'une analyse de la situation, et dans la mise en œuvre des activités de prise en charge de la coinfection VIH/Tuberculose. L'appui de l'OMS a également permis la mise en place d'un groupe de travail sur la coinfection VIH/Tuberculose et l'élaboration d'une feuille de route pour le passage à échelle des interventions de collaboration entre les programmes Tuberculose et VIH/SIDA.

### III.3 La lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme est une priorité sur l'agenda des plus hautes instances internationales telles que l'ONU et l'OMS, et des pays endémiques. Elle participe à l'atteinte des OMD 1,

2, 4, 6, et 8.

Au sein des bureaux pays, et sous la supervision des représentants de l'OMS, les techniciens en charge de la lutte contre le paludisme ont pour responsabilité d'apporter un appui à la formulation des politiques et stratégies de lutte contre le paludisme, à la planification et à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, au renforcement des capacités, à la recherche opérationnelle pour l'action, au développement du partenariat, au suivi-évaluation et à la surveillance épidémiologique. Ils doivent aussi contribuer à la mobilisation et à l'utilisation judicieuse des ressources et renforcer/favoriser la collaboration avec les autres programmes.

En terme de réalisations, l'année 2010 a démarré sous de bons auspices en ce qui concerne la lutte contre le paludisme avec l'admission du Cameroun au financement du 9<sup>e</sup> round du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP), du volet lutte contre le paludisme pour un montant de 113 830 255 euros. Une fois la signature de la convention obtenue, ce financement permettra d'apporter une couverture universelle en moustiquaires et médicaments contre le paludisme y compris les tests de diagnostic rapides du paludisme aux populations du pays, ainsi que le renforcement des capacités techniques

et managériales des acteurs du programme de lutte contre cette maladie.

Cette réalisation importante a bénéficié à toutes les étapes de l'appui constant du Bureau OMS Cameroun.

- La célébration le 25 avril 2010 de la 3<sup>ème</sup> Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme a visé une mobilisation maximale des autorités sanitaires, administratives et des communautés, en vue d'attirer leur attention sur l'importance de la lutte contre cette maladie. C'est ainsi que des activités de renforcement des capacités ont ciblé des leaders des réseaux d'associations féminines, des personnels des collectivités locales décentralisées et des personnels médicaux. Des campagnes d'hygiène ont été organisées à travers le pays, et les communautés ont été familiarisées aux diverses stratégies de lutte contre le paludisme par des expositions et des messages diffusés à la radio et à la télévision. Des marches contre le paludisme ont été organisées à travers les artères des principales agglomérations et le discours de circonstance du Directeur Régional de l'OMS a été livré aux populations par la voix du Dr Charlotte Faty Ndiaye, Représentant de l'OMS au Cameroun.

- De nombreuses réunions et ateliers ont été organisés dans le pays dans plusieurs domaines de la lutte contre le paludisme ; on citera :

- La formation des prestataires de soins sur la prise en charge globale du paludisme dans la Région du Sud ;

- Trois ateliers successifs ayant abouti à l'élaboration du profil entomologique du pays. Ce document rend disponibles des données fiables pour orienter les interventions de lutte antivectorielle en guidant le choix des insecticides à utiliser pour la lutte antivectorielle.

- La Réunion Annuelle de Revue 2009 et de Planification 2010 des activités de lutte contre le paludisme dans la sous-région Afrique Centrale tenue à Kinshasa en RDC et qui a permis le renforcement des capacités des NPO/MAL et la finalisation de la feuille de route 2011.

- L'évaluation de la feuille de route 2010 du pays pour l'atteinte des objectifs Plan d'Action Mondial de Lutte Contre le Paludisme effectuée au cours d'une réunion du groupe de coordination du Réseau d'Afrique Centrale « Faire Reculer le Paludisme » à Yaoundé.

**Tableau IV : Evaluation de la feuille de route 2010**

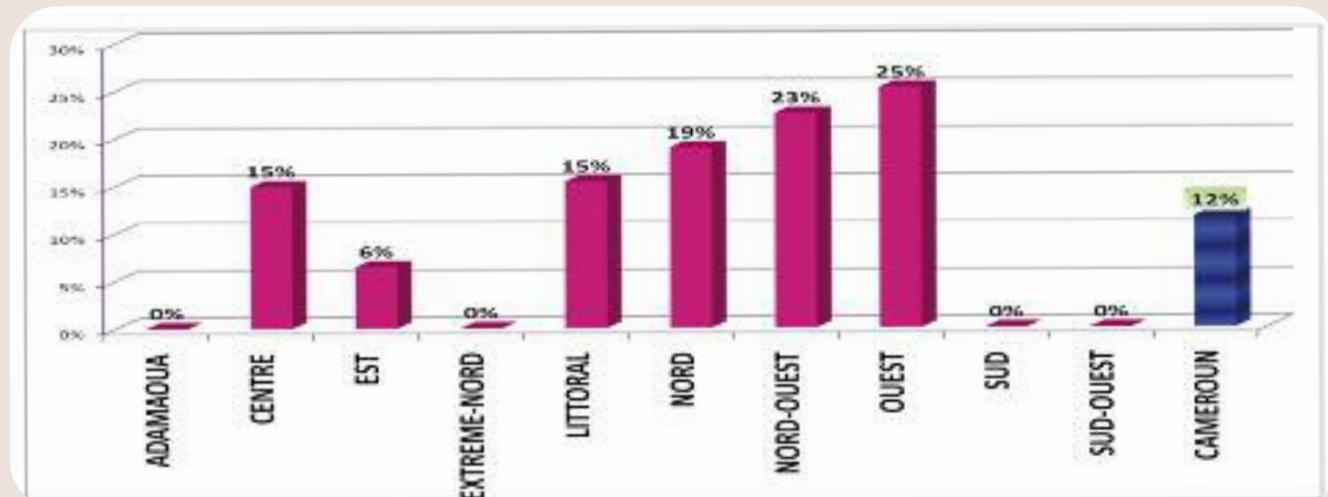
Interventions	Besoins pour 2010	Besoins déjà couverts	Fonds et financement attendu devant être disponible avant fin 2010	Gap
MIILDA (accès universel, moustiquaires)	9 740 126	1 383 020	8 756 758	0
CTA (traitements, doses)	7 063 993		6 898 993	165 000
PID (USD)	23 990 505		4 591 453	19 399 052
TDR (nombre de tests)	5 238 356		1 681 704	3 556 652
TPI (femmes à traiter)	779 210		730 509	48 701
S&E (USD)	6 104 323		3 224 990	2 879 334
CCC/IEC (USD)	8 864 924		7 167 652	1 697 272
RH (USD) (Renforcement de capacité) (USD)	9 555 529		8 667 018	888 511
Autre (USD)	AD	AD	AD	AD

Source : PNLP 2010 - 2015

En termes de couverture, le tableau ci-dessous montre que la disponibilité actuelle en moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) est de 12 % au niveau national. Les régions de l'Adamaoua, de l'Extrême Nord, du Sud et du Sud-Ouest ont été couvertes en 2005 et 2006 mais avec des moustiquaires conventionnelles à ré imprégner, qui n'ont pas été comptabilisées.



Maman et bébé sous MILDA



Graphique 9 : Situation actuelle de la couverture nationale en MILDA au Cameroun.

Source: [www.rollbackmalaria.org](http://www.rollbackmalaria.org)

## IV. LES MÉDICAMENTS ESSENTIELS

L'évolution du profil épidémiologique des maladies (SIDA, Tuberculose, paludisme...), les nouvelles dispositions des Accords sur les Droits de Propriété Intellectuelle touchant au Commerce (ADPIC), les problèmes de gouvernance des programmes de médicaments, d'éthique dans les domaines de la recherche et des essais cliniques, l'expansion des phénomènes de trafic illicite et de contrefaçon du médicament constituent d'importants défis à relever par le Cameroun.

L'analyse de la situation du secteur pharmaceutique a révélé depuis 2008 un certain nombre de problèmes, qui freinent l'accès des populations aux soins de santé de qualité, par la non mise à disposition de produits pharmaceutiques sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un prix abordable ; il s'agit de : la coordination inefficace des structures et intervenants impliqués dans les approvisionnements des médicaments essentiels et ce pour les maladies prioritaires,

la faiblesse de l'Autorité de réglementation pharmaceutique et la récurrence dans l'usage irrationnel des médicaments y compris ceux issus de la médecine traditionnelle.

Au cours de l'année 2010, le Programme, en partenariat avec d'autres institutions (Unicef, CHAI, ESTHER), a appuyé le pays dans les domaines sus visés ; toutefois 2 réalisations majeures sont à relever :

- L'évaluation des activités sur la Médecine Traditionnelle dans le cadre de la fin de la Décennie de l'Union Africaine pour la Médecine Traditionnelle (2001-2010).
- L'appui à l'élaboration de drafts de document de Programme de Bonne Gouvernance des médicaments Phase II et le manuel de fonctionnement des Comités thérapeutiques et pharmaceutiques.

Au niveau régional, l'EDM/NPO a participé en Août 2010 avec HQ et AFRO à un atelier de renforcement des capacités des responsables du Réseau Océanique pharmaceutique pour les pays d'Afrique francophone.



Faciliter l'accès des populations aux médicaments essentiels: un centre régional d'approvisionnement



Formation des responsables du réseau oecuménique pharmaceutique francophone: à l'extrême gauche Docteur Pratt (en costume) Docteur Chisale (en chemise); au milieu en vert Docteur Rose Ngono

## V. LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Le Cameroun a souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement. Pour les objectifs 4 et 5 qui concernent la mère et l'enfant, conformément à la Stratégie sectorielle de la santé et conscient de l'impérieuse nécessité d'améliorer ses efforts dans ce domaine, le Cameroun s'est inscrit dans la mouvance de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) qui est une initiative de l'Union Africaine.

C'est ainsi que les interventions dans ce programme ont concerné particulièrement la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la santé de l'adolescent et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

### V.1 La santé de reproduction

Pour 2010, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités des personnels de santé. Les principales réalisations sont les suivantes.

- 100 personnels de districts ont été formés en consultation prénatale recentrée et en technologie contraceptive.
- Des formations sur les audits de décès maternels ont eu lieu dans 02 hôpitaux centraux et 05 hôpitaux de districts. Des comités d'audits de décès maternels y ont été installés.

L'année 2011 sera consacrée à l'institutionnalisation de cette pratique dans le reste du pays et la mise en œuvre du plan stratégique sur la CARMMA.

- Des personnels de districts de la Région du Centre ont été formés à l'usage l'utilisation cor-



Photo officielle du lancement de la CARMMA lors de la Journée africaine de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2010

recte du partogramme et l'appui à la supervision de ces personnels a été fait.

- En collaboration avec les autres partenaires particulièrement l'Unicef et l'UNFPA, la Commémoration de la Journée Africaine de réduction de mortalité maternelle s'est déroulée avec la pleine participation des Chefs Traditionnels. Les stratégies de l'OMS dans ce domaine leur ont été communiquées et 500 dépliants et affiches ont été produits par l'OMS à l'occasion.

L'OMS avec d'autres partenaires plus particulièrement la Banque Mondiale et l'IFORD a contribué à l'organisation et à la tenue du cours « s'adapter au changement », en rapport avec la santé de reproduction.

En rapport avec la santé des adolescents, l'OMS a contribué à l'élaboration de la politique et du plan quinquennal de santé scolaire.

## V.2 Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)

Les activités relatives à la mise en œuvre de la PCIME se sont timidement poursuivies principalement dans la composante clinique et accessoirement le volet communautaire. La composante pré emploi n'a pratiquement pas été mise en œuvre. A cet effet, les réalisations majeures en 2010 ont été : l'élaboration du rapport d'activités PCIME 2009 et PoA PCIME 2010, la formation de prestataires de soins dans 7 districts de santé avec visites de suivi post formation portant le nombre de DS disposant d'un personnel de santé formé à la PCIME à 56/179 soit 31%. Les autres réalisations concernent la supervision des relais communautaires dans 13 DS à la prise en charge communautaire des enfants malades, la participation à l'évaluation à mi parcours et à la réalisation finale de l'étude sur la prise en charge communautaire de la pneumonie à l'aide d'antibiotiques (amoxicilline) chez les enfants de 0 à 5 ans dans le DS de Bafut (Région du Nord-Ouest) démarrée en novembre 2009, la participation à l'élaboration de la feuille de route budgétisée de la Campagne pour l'Accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA).

Les principales faiblesses dans ce domaine restent la faible fonctionnalité du groupe national de travail PCIME, la faible documentation des activités menées avec insuffisance de partage de l'information, l'extrême lenteur du processus d'extension de la PCIME dans ses 3 composantes avec absence de suivi et de documentation de l'impact sur la réduction de la morbidité-mortalité infantile dans les DS où les formations ont été conduites.

## VI. SYSTEME DE SANTE

Au cours de l'année 2010, le Programme, en partenariat avec d'autres institutions a appuyé le pays pour l'élaboration des documents normatifs et facilité l'accès du pays à certaines initiatives. Les principales réalisations sont :

- L'appui au processus de mise en place d'un SWAp santé qui a été lancé officiellement en juin 2010 par le Ministre de la santé.

- L'admission du pays à l'initiative IHP+

La planification intégrée conduite des districts vers le niveau central a été réalisée. Les plans de travail intégrés 2011 de ces districts de santé et les plans de travail consolidés des 10 régions sanitaires du Cameroun sont disponibles. Le plan national de développement sanitaire 2011-2015 assorti d'un cadre de dépenses à moyen terme pour la même période est en cours de finalisation.

Dans le cadre du suivi évaluation, des personnels ont été formés à l'usage des outils de monitoring et de recueil de données pour les comptes nationaux de santé.

Dans le cadre de l'élaboration d'un plan de développement pour les Ressources Humaines en Santé, et en collaboration avec l'Alliance Mondiale pour les ressources humaines (AMS) en santé, le rapport d'analyse de situation des ressources humaines 2010 ainsi que le profil pays sont disponibles.

- L'observatoire national en ressources humaines est opérationnel.

L'appui de l'OMS a été déterminant pour l'élaboration et soumission dans les délais, du rapport annuel de situation à RSS/GAVI (RAS) 2009 et du plan annuel RSS 2010.



*Le lancement de l'Observatoire des ressources humaines en santé par le Ministre de la Santé Publique en présence de 4 membres du gouvernement (les Ministres de l'Education de base, de la Communication, de l'Economie et de la Planification, le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique) et le Représentant de l'OMS*

## VII. SANTE ET ENVIRONNEMENT

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville, les principales réalisations sont les suivantes :

Le Comité Interministériel santé et environnement a été revu pour y intégrer le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, le Ministère des Finances et l'OMS.

• Le document d'analyse de situation et estimation des besoins est disponible et 06 actions prioritaires pour le Cameroun ont été retenues.

1- Mettre en place une alliance stratégique santé/environnement comme base d'un plan d'action concerté;

2- Assurer l'intégration des objectifs santé/environnement en mettant en œuvre les programmes prioritaires intersectoriels en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ;

3- Développer les capacités nationales, pour mieux prévenir les maladies liées à l'environnement à travers l'établissement ou le renforcement des institutions s'occupant de la santé et de l'environnement ;

4- Soutenir l'acquisition et la gestion des connaissances sur le concept santé/ environnement par la promotion de la recherche appliquée au niveau local, la coordination des publications scientifiques et techniques afin d'identifier les déficits de connaissances, la définition des priorités de recherche, et le soutien à l'éducation et à la formation ;

5- Mettre en place et renforcer les systèmes de surveillance de santé /environnement pour identifier les effets et risques conjoints, afin de mieux les gérer ;

6- Promouvoir l'équilibre dans l'allocation des

ressources budgétaires nationales en faveur des programmes santé/environnement.

L'exemple du Cameroun a par ailleurs été présenté comme bonne pratique lors de la 2ème conférence des Ministres de la santé et de l'environnement tenue à Luanda en octobre 2010.

## VIII. LA PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est concernée par les OMD 4, 5 et 6, et au regard des déterminants socio économiques de la santé, par les objectifs 1, 2, 3 et 7.

De par son caractère transversal, la promotion de la santé est au cœur de tous les programmes du Bureau.

Elle a oeuvré dans deux directions en 2010 : la première est le renforcement de la promotion de la santé à travers l'appui au Ministère de la Santé Publique et principalement la Direction de la Promotion de la Santé, et la seconde comprend les produits promotionnels pour la visibilité des programmes du Bureau pays en particulier et la visibilité de l'OMS en général. Pour ce qui est de la réduction des facteurs de risque, le suivi a continué pour l'adoption par le pays d'une loi antitabac, la mise en œuvre d'un plan national d'action pour la lutte contre le tabagisme, la finalisation du document de politique de promotion de la santé et l'élaboration du document de politique et du document de programme en santé mentale.

Le renforcement de la communication s'est traduit par la relance des productions du bureau destinées à informer le grand public.

Le journal électronique « La Santé au Quotidien » a été refondu, la mise en page a été aérée, le design est devenu plus attractif. La fréquence des parutions a triplé, de même que la liste des contacts de la distribution électronique. La qualité des destinataires a été revue en fonction des thématiques, permettant ainsi de mieux inclure les partenaires, les médias de masse et les médias spécialisés, les secteurs apparentés et les autres composantes sociales. Les parutions ont connu une augmentation régulière : 9 numéros en 2008, 18 numéros en 2009 et 29 numéros en 2010.

Le bulletin du bureau « Capital Santé » a choisi la périodicité semestrielle et assuré ses 2 parutions de l'année.

Le rapport annuel a effectué son retour après une interruption datant de 2006. La distribution se fera sous forme électronique et sous forme imprimée.

L'affichage utilisé comme technique systématique de communication a suscité une réaction très favorable des publics destinataires et une forte demande qui n'a pu être satisfaite faute de moyens. Dans le cadre



*La réunion de consensus sur le rapport pays santé environnement co-présidée par le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Environnement*

de la lutte contre l'épidémie de choléra que traverse le pays, 4500 affiches pour l'information et la sensibilisation des populations ont été produites et distribuées. Avec le Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra pour la Région du Centre mis sur pied pour lutter contre le choléra dans ladite Région, l'OMS a contribué à la conception d'une version révisée bilingue français/anglais d'affiches et de dépliants. Ils ont été multipliés et distribués à environ 10 000 exemplaires au cours de campagnes de masse ou ciblées. Une opération « j'envoie les affiches à tous mes contacts e-mail » a permis d'atteindre plus de 2000 contacts et doit se poursuivre. Une affiche géante sur la conduite à tenir par les personnels de santé a été produite pour les formations sanitaires. Le nombre limité produit a permis de satisfaire 252 formations sanitaires sur plus de 2000.

Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/Sida 300 formations sanitaires ont reçu des affiches en français et en anglais sur la surveillance des directives TAR. Les maladies à potentiel épidémiques ont fait l'objet d'un calendrier 2011 conçu par le projet SURVAC. Le document revient sur les MAPE selon la période de leur apparition, leur notification, la semaine épidémiologique et la conduite à tenir. La promotion de la santé y a inséré les journées commémoratives de santé. 3000 exemplaires ont été distribués dans tout le pays. Dans le cadre de la Journée Mondiale de la Santé 2010, le bureau pays a été l'un des rares de la Région AFRO à participer par Internet à la campagne « Mille villes, Mille vies » lancée par l'OMS sur les réseaux sociaux Face Book en photos et YouTube en vidéo. 4 films vidéo de 4 minutes chacun ont été produits et postés sur le réseau virtuel YouTube. Les 3 premiers ont été faits à Yaoundé. Le 1er a présenté deux maires de la capitale sensibilisant des vendeuses du grand marché à l'utilisation des produits désinfectants de leurs légumes. Le 2ème film a présenté un héros de la santé urbaine qui organise bénévolement des campagnes de propreté dans la capitale depuis 30 ans. Le 3ème a montré les actions d'assainissement à forte mobilisation sociale conduites par des maires de la capitale dans leurs circonscriptions. Le 4ème, fait dans la Région du Nord Ouest a concerné une action de sensibilisation à la télévision sur le tabac et le cancer.

Le bureau a également participé à la mappemonde virtuelle sur laquelle les mairies ont inscrit leur programme d'activités. Au départ une seule mairie était inscrite (Yagoua dans l'Extrême Nord). Le bureau pays a porté le nombre à 8 mairies (4 mairies à Yaoundé, 1 à Bamenda, Ebolowa, et Maroua) en or-

ganisant des sessions d'inscription dans les locaux de l'OMS à yaoundé.

Un appui technique actif a aussi été apporté dans la réalisation par un photographe indépendant de renommée internationale d'un reportage photographique sur la ville de Yaoundé présenté au forum mondial des maires organisé en novembre 2010 à Kobe au Japon par le Centre collaborateur de l'OMS de la même ville. Dans le volet communication et mobilisation sociale, il convient de relever deux succès engrangés dans la lutte contre le choléra et la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1). Dans le premier cas, la mobilisation sociale a eu la lourde tâche de relever le défi de l'information et de la sensibilisation des populations pour obtenir leur adhésion à l'opération. La mobilisation et la participation des populations, notamment les plus âgées a été remarquable.



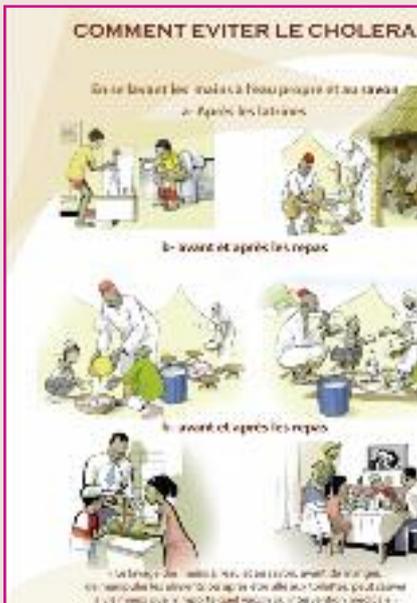
*Campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1): le Ministre de la Santé Publique Monsieur André Mama Fouda a donné l'exemple*

Pour ce qui est de la lutte contre l'épidémie de choléra, le C4, le Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra de Maroua la Région de l'Extrême Nord a renforcé les partenariats avec les institutions, les associations et les médias.





*Journée Mondiale de la Santé: deux des photos postées sur Facebook dans le cadre de la campagne “mille villes, mille vies”*



*Des affiches utilisées dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de choléra*



*Une association de la ville de Maroua présente un sketch sur la lutte contre l'épidémie de choléra*

## IX. APPUI AU PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATEGIQUE ET DE MOBILISATION DES RESSOURCES

### IX.1 Partenariat

L'OMS a pu mobiliser un montant de 75.000.000FCFA dans le cadre des fonds de contrepartie. Ceux ci ont servi à la finalisation du plan national de développement sanitaire et à son édition en anglais, à l'élaboration de la cartographie des partenaires en santé et à l'appui au secrétariat technique du comité de pilotage pour la stratégie sectorielle de santé. En prélude à l'élaboration du plan de développement pour les ressources humaines, il y a eu la signature d'un accord d'assistance à la maîtrise d'ouvrage d'un montant de 380 000 USD soit 190 000 000FCFA dans le cadre du contrat de Désendettement et Développement (C2D) entre l'OMS et le Ministère de la Santé Publique en présence de l'Agence Française de développement.

### IX.2 Réunion de concertation des partenaires en santé

Les partenaires en santé ont tenu des réunions trimestrielles sous la présidence de l'OMS. Les discussions ont porté sur divers thèmes parmi lesquels les principales conclusions de la réunion des responsables centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé Publique pour 2010, le processus de planification sanitaire au Cameroun, l'état d'avancement du C2D santé, le Partenariat International pour la santé et Initiatives connexes(IHP+), le Projet SUVAC, la Journée Mondiale de la Santé, les Journées Nationales de Vaccination et divers autres projets.

## X. L'APPUI DE L'ADMINISTRATION AUX PROGRAMMES

Dans le cadre de ses missions, l'administration a travaillé en étroite collaboration avec les différents programmes en leur apportant un appui sur

le plan administratif, matériel et logistique.

### X.1 Gestion des ressources humaines :

Elle a porté sur :

- le recrutement de sept (07) personnels temporaires à savoir un médecin de santé publique, un gestionnaire de données, un communicateur et quatre chauffeurs, dans le cadre de la lutte contre le Cholera et de la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) ;
- le recrutement d'un Assistant Administratif et Financier dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose au Cameroun ;
- l'organisation des réunions nationales et internationales ;
- la préparation et la facilitation des visites des consultants à travers les formalités administratives et consulaires.

Dans le cadre de la réforme du Bureau Régional pour l'Afrique, le Bureau du Cameroun a procédé à la restructuration de son effectif qui est passé de trente huit (38) à trente trois (33) membres. Par ailleurs, six (06) staffs de la Représentation ont participé à des sessions de formation relatives à l'utilisation du nouvel outil de gestion de l'Organisation, le Système de Gestion Mondial (GSM) entré en application dès janvier 2011.

### X.2 Gestion des ressources matérielles :

Concernant les ressources matérielles, le bureau a renouvelé et renforcé son parc automobile grâce au Programme de Lutte contre l'Onchocercose, ce qui a amélioré les conditions de transport des staffs sur le terrain.

Les conditions de travail du staff ont été améliorées avec l'acquisition et la mise à sa disposition du nouvel outil de travail, notamment le matériel informatique et bureautique. Les locaux du Bureau ont été aménagés et de nouvelles tenues de travail distribuées aux chauffeurs. Dans le cadre de la coopération avec le Gouvernement du Cameroun, le Bureau a mis à la disposition du Ministère de la

Santé Publique du matériel roulant et informatique d'une valeur de 202 400 USD à l'effet de renforcer le système de santé.

### X.3 Gestion des ressources financières :

Le Bureau du Cameroun a mis à la disposition du Ministère de la Santé Publique, une allocation totale de 2 080 655, USD pour la mise en œuvre du plan de travail. Afin d'assurer un suivi rigoureux de la gestion de ces fonds, un système de suivi a été mis en place, en vue de respecter les dispositions en vigueur relatives au financement de la « Coopération Financière Directe ».

La lutte contre le choléra a fait l'objet d'une mobilisation des ressources au niveau local. En effet, l'Ambassade des Etats Unis d'Amérique au Cameroun a mis à la disposition du Bureau une dotation de 50 000 USD pour l'appui au plan de riposte élaboré par l'OMS.

### X.4 Appui administratif

L'appui administratif et logistique a été fourni à tous les programmes techniques pour la mise en œuvre des activités au cours de l'année 2010. De même, cet appui a été apporté à l'organisation des réunions nationales et internationales et à la préparation et réalisation des visites et missions des consultants et fonctionnaires de l'OMS au pays.

### X.5 Technologies de l'Information et de la Communication

#### Préparatifs au GSM (Global Management System)

Dans le cadre des préparatifs pour la migration au GSM au niveau du bureau pays, plusieurs actions ont été menées. Les principales réalisations au cours de l'année ont été les suivantes :

- Mise à jour de l'infrastructure du réseau informatique avec l'acquisition de trois nouveaux switches CISCO Catalyst 2960 24 Port

100/1000 afin d'améliorer la qualité du trafic au niveau du réseau local.

- Mise à jour du parc informatique: il a été entièrement rénové avec l'acquisition de nouveaux ordinateurs DELL OPTIPLEX 760 et de nouveaux serveurs DELL POWER EDGE R710 conformément aux spécifications de compatibilité au GSM telles qu'édictées par AFRO et HQ.
- Mise en place d'une ligne de Backup pour la connexion Internet : une connexion de backup par fibre Optique de 256 Kb/s à été mise en place et configurée afin de relayer la liaison principale en cas de coupure (VSAT).

#### Centre de Coordination et de Contrôle du Cholera de Maroua (C4)

- Mise sur pied d'un réseau informatique. afin d'améliorer la promptitude et la complétude de la collecte des données. Ce réseau à été mis sur pied afin d'interconnecter par une liaison WIMAX le C4/Maroua, la Délégation Régionale de la Santé de l'Extrême-Nord et le niveau central à Yaoundé.

#### Appui technique à la composante TIC du projet SURVAC

Une évaluation de l'infrastructure TIC à été effectuée dans les trois régions couvertes par le projet en vue des préparatifs de leurs interconnexions. Dans ce contexte, les documents ci-après ont été élaborés :

- Un document de Procédures Opérationnelles Standard (POS).

- Le plan d'interconnexion des différents sites du Projet ( Régions du Centre, du Littoral et de l'Ouest).

- La liste des besoins en équipements IT.

#### Assistance et information des utilisateurs

L'assistance aux utilisateurs a été effective avec l'assistance directe en cas de besoin, et la mise à la disposition des utilisateurs des notes contenant les meilleures pratiques ainsi que les notions de sécurité informatique.

## Conclusion: Analyse de l'appui de l'OMS aux programmes de santé

**Forces et opportunités :** Le rôle d'agence d'appui technique de l'OMS traduit par une présence permanente des membres des équipes du bureau pays et des appuis ponctuels de l'équipe IST/Afrique Centrale à Libreville auprès des homologues nationaux a permis d'une part l'atteinte de certains des résultats escomptés, et d'autre part le renforcement de la présence et de la visibilité de l'OMS aux côtés du Ministère de la Santé Publique et des autres structures impliquées.

**Faiblesses et contraintes :** Les activités du bureau pays en appui aux différents programmes de santé publique ont généralement souffert d'une insuffisance des ressources financières, ce qui n'a pas permis de réaliser toutes les activités inscrites dans le plan de travail 2010.

**Leçons apprises :** En mettant l'accent sur l'assistance technique à fournir par l'OMS, les préoccupations liées aux contraintes financières sont amoindries, même si des fonds catalytiques sont nécessaires pour assurer la présence des équipes OMS lors des rencontres techniques et de prise des décisions.

**Perspectives :** Fort des acquis et des leçons tirées de l'année 2010, l'accent sera mis en 2011 non seulement sur la consolidation des acquis dans le cadre de l'appui aux programmes, mais aussi et surtout à la mobilisation locale des financements auprès de toutes les sources disponibles en vue de la réalisation des résultats contenus dans le plan de travail 2011. L'arrimage annoncé de la Région Afrique de l'OMS apparaît déjà comme un défi majeur pour ce faire. Il faudra en effet faire acquérir rapidement la maîtrise de cet outil par tous les personnels afin de mieux appuyer les programmes de santé et autres partenaires.

## Annexes 1 : missions d'assistance aux pays

Pays bénéficiaire	Domaine d'assistance	Nom et Poste du staff	Période couverte
Madagascar	Appropriation de la Déclaration de Libreville, élaboration du document d'Analyse de situation et Estimation des Besoins en santé et environnement et définition des actions prioritaires pour Madagascar à partir de la dite Déclaration	Dr Nissack Françoise, NPC/FHP	Du 13 au 20 mars 2010
Madagascar	Mission d'Appui à l'atelier de validation du document d'Analyse de situation et Estimation des Besoins en santé et environnement	Dr Nissack Françoise, NPC/FHP	31 Août au 1 <sup>er</sup> septembre 2010
Etats Unis d'Amérique	A policy dialogue to strengthen evidence to improve women's health through gender and health statistics.	Dr Nissack Françoise, NPC/FHP	25 au 29 octobre 2010 à Washington
Angola	Facilitateur à la Deuxième conférence Interministérielle Santé et Environnement	Dr Nissack Françoise, NPC/FHP	23 au 25 novembre 2010 à Luanda
Tchad	HIVSIDA: Appui technique au Ministère de la Santé du Tchad pour l'adaptation pays des nouvelles recommandations OMS sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) et alimentation du jeune enfant en contexte VIH et révision du guide national PTME.	KEMBOU, Etienne, NPC/MIV	Du 8 au 13 novembre 2010
Congo	Expert meeting on Yellow Fever Surveillance in Africa	Dr Anya Blanche, NPC/EPI	12 au 17 octobre 2010
Congo	Atelier sur le renforcement du système national de réglementation des vaccins et d'évaluation du plan de développement institutionnel à Pointe Noire	Dr Anya Blanche, NPC/EPI	23 au 29 octobre 2010
RCA	Appui à la revue ex-ante de la surveillance active des maladies cibles du PNV en RCA	M. Olinga Olinga Jean-Marc, EPI/DM	29 octobre au 13 novembre 2010
Guinée Equatoriale	Appui à l'équipe de rédaction du Journal du 60 <sup>ème</sup> Comité régional de l'OMS de l'Afrique et à l'équipe de CAM AFRO	Barbara Etas, NPC/HF	28 août au 6 septembre 2010
Guinée Equatoriale	Appui à l'occupation du RC 60 et à l'équipe de rédaction des rapports	Joanna Zoua, AAO	28 août au 6 septembre 2010
Guinée Equatoriale	Renforcement des équipes chargées du transport des VIP	Maximilien Teme Djina, Chauffeur	21 août au 11 septembre 2010
Guinée Equatoriale	Renforcement des équipes chargées du transport des VIP	Michael Agbor Onu, Chauffeur	21 août au 11 septembre 2010
Tchad	Mission d'Appui au bureau pays OMS/Tchad afin de diagnostiquer et résoudre les problèmes de connectivité au niveau du réseau informatique	Joseph Ndamafa	Du 22 août au 02 septembre 2010

## Annexe 2 : le Bureau pays



*Docteur Charlotte Faty Ndiaye, Représentant*



*Dr. Léonard Mbam Mbam, NPO/DPC*



*Dr. Françoise Nissack, NPO/FHP*



*M. John Saburi AO*



*Dr. Pascal Milenge TO/HIV*



*Dr. Blanche Anya NPO/EPI*



*Dr. David Mekontso NPO/SURVAC*



*M. Joseph Ndemefo NPO/IT*



*Dr. Alexis Tougordi NPO/MAL*



*M. Jean Marie Olinga Olinga, EPI/DM*



*M. Etienne Kembou NPO/HIV-EPT*



*Dr. Rose Ngono NPO/EDM*



*M. Michel Hendji Yoya AAF/APOC*



*M. Emmanuel  
Temdemnou EPI/LOG*



*Mme Barbara Etoa  
NPO/HIP*



*Mme Jeanne Michèle  
Zoua, AAO*



*M. Ayanma Modeste  
ACF*



*Mme Philomène  
Mikieje, Assistante WR*



*Mme Monique Lowa  
AP/EPI*



*Mme Abadoma Nicole  
Assistante EPI*



*Mme Lydie Memvouta  
Assistante Prog*



*Mme Georgette Ndongmo  
Assistante HIV*



*M. René Tchokomi  
Administrative Clerk*



*M. Francis Ndi Mbarga  
Standardiste*

## Chauffeurs



*M. Dieudonné Abondo  
Mvondo*



*M. Charles Essimbi  
Emini*



*M. Michaël Agbor Oru*



*M. Maximilien  
Teme Djina*

## Gardiens



*M. Ibrahim*



*M. Prosper Bibaya*



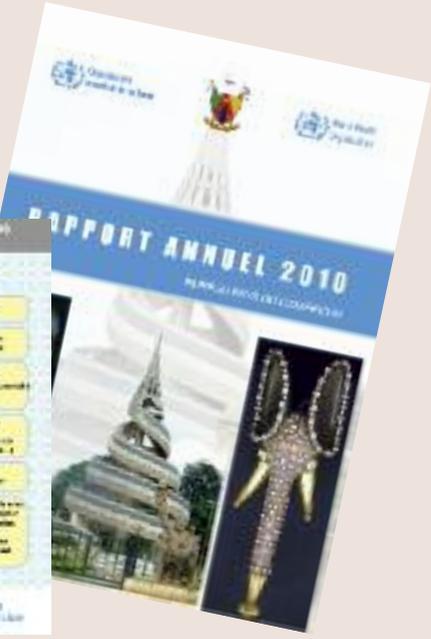
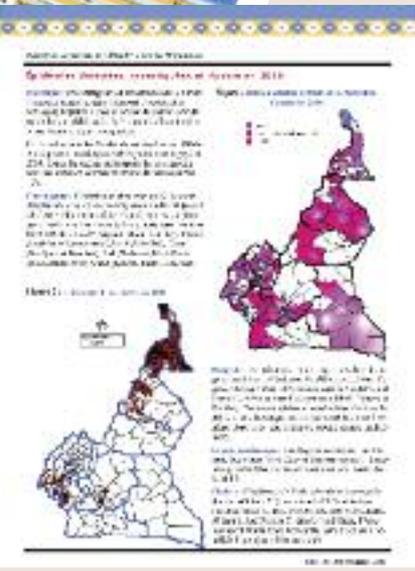
*M. Justin Atsang*



*M. Dieudonné Tsoungui*



## Nos Publications





Les maladies évitables par la vaccination demeurent une priorité pour notre Région. Nous nous sommes engagés à éradiquer la poliomyélite malgré les difficultés récentes. Nous allons explorer toutes les voies diplomatiques et politiques en vue de permettre aux enfants africains de commencer leur vie en bonne santé. Nous allons améliorer et poursuivre les vaccinations de routine afin de réduire les taux de mortalité infantile.

*Docteur Luis Gomes Sambo, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique, discours prononcé au Bureau Régional à Brazzaville après sa réélection*