MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Mise en œuvre du projet de la REFORME HOSPITALIERE

POINT en Mai 2016

MSP

12/05/2016

Ce document présente le niveau de mise en œuvre du Projet de Réforme Hospitalière du Cameroun, par le Ministre de la Santé Publique en 2015.

DEFINITION DE LA REFORME HOSPITALIERE

La Réforme Hospitalière s'entend comme un changement de caractère profond, radical, apporté à l'état actuel des hôpitaux du Cameroun,en vue d'améliorer leur fonctionnement.

CONTEXTE DE LA REFORME HOSPITALIERE

L'état de santé des populations d'un pays est tributaire de la robustesse du système de santé qui doit être capable de prévenir la maladie et de restaurer la santé.Pour atteindre ce double objectif, les structures sanitaires doivent fonctionner dans un système bien structuré et harmonieux. L'historique de la politique sanitaire du Cameroun est riche d'efforts déployés en son temps par le gouvernement, mais illustre tout aussi bien les changements de paradigme intervenus à un moment donné pour mieux adresser les problèmes de santé des populations.

En effet, 4 faits majeurs marquent l'évolution du **système hospitalier camerounais** de 1960 à nos jours.

(i) De l'indépendance au début des années 1970, les soins et services de santé dispensés dans les formations sanitaires étaient **gratuits**. Mais la survenue entre 1973 et 1979 d'une grave crise économique mondiale a engendré des inégalités dans l'accès aux soins dans tous les pays du monde y compris au Cameroun. C'est pourquoi, au cours d'une **conférence internationale tenue à Alma-Ata le 12 septembre 1978**, **les Soins de Santé Primaires** (SSS) vont être consacrés comme la stratégie clef pour atteindre l'objectif « **santé pour tous en 2000**».Ainsi les services et les soins de santé étaient-ils offerts àun **coût**abordable pour la communauté.

(ii) En 1988, une évaluation de cette stratégies'est avérée nécessaire et a relevé ~~montré~~ de nombreuses insuffisances notamment : l'absence de continuité des soins entre les cases de santé et les centres de santé due à la faiblesse du système de référence/contre référence , la faible motivation des Agents de Santé Communautaire dont la charge de travail était incompatible avec le bénévolat etc. Pour parer à cette carence, les autorités sanitaires ont optéen 1993 pour une réforme du système national de santé baptisée « **Réorientation de la stratégie des Soins de Santé Primaires**».Au cours de la même période, le Gouvernement a fait élaborer successivement deux autres documents à savoir :

(iii) un document de politique sectorielle qui aboutit à la **Loi-cadre**du secteur de la santé de 1996 et

(iv) le premier **Plan National de Développement Sanitaire** (PNDS). Celui-ci a révélé plusieurs dysfonctionnements structurels et organisationnels dans le fonctionnement des hôpitaux, ce qui a conduit à l'élaboration d'une **réforme hospitalièreamorcée en 2001**pour adresser cette problématique sanitaireprioritaire. De 2000 à 2009, le pays étant confronté à un nouveau paradigme, ce gros chantier de la réforme a été quelque peu délaissé. A la vérité, la période 2001-2015 dite de planification stratégique a été

essentiellement consacrée à l'élaboration de la **1ère Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015.**

L'analyse du contenu de cette stratégie et le diagnostic posé lors de l'élaboration de ce document ont également montré que l'accès financier aux services et soins de santé dans les formations sanitaires était limité pour certains,et que la qualité de la prise en charge des cas demeuraient toujours un sujetd'actualité

La nécessité d'actualiser et de mettre en application les dispositions de cette réforme hospitalière initiée en 2001 devenait donc un impératif certain qui permettrait de replacer l'hôpital au cœur même du système de santé.

INTRODUCTION

Le Cameroun a, ces dernières années, fait de gros efforts en matière d'infrastructures, d'équipements et d'organisation du système d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
En effet, contrairement à la période coloniale où l'on ne disposait que de 03 hôpitaux à savoir, l'hôpital Nachtigal de Douala (1896), l'hôpital Laquintinie de Douala (1931) et l'hôpital Central de Yaoundé (1933), la période d'après l'indépendance a vu se mettre en place progressivement plusieurs formations sanitaires.
Il aura cependant fallu attendre 20 ans après l'indépendance pour voir s'ouvrir le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (1981) puis l'Hôpital Général de Yaoundé (1987) etl'Hôpital Général de Douala (1988) avec entre autres pour mission de réduire les évacuations sanitaires à l'étranger. Or, au cours des 10 dernières années, ces évacuations sont passées de 54 en 2005 à 250 malades en 2015, et leurs coûts respectifs de 328 925 791 à 1 915 448 652 FCFA. L'offre en structures sanitaires s'est agrandie considérablement et le Cameroun comptait en 2015 pas moins 2 387 formations sanitaires publiques au nombre desquels : 07 hôpitaux généraux (1ère catégorie), 08 hôpitaux centraux (2ème catégorie), 14 hôpitaux régionaux (3ème catégorie), 143 Hôpitaux de districts (4ème catégorie), 234 Centres Médicaux d'Arrondissement (5ème catégorie) et 1981 Centres de Santé Intégrés (6ème catégorie).

Force est cependant de constater queles aspects relatifs aux soins curatifs, à la coordination institutionnelle, à la formation initiale et continue, àainsi qu'à l'organisation du système hospitalier et à sa gestion restent à parfaire.

Pour remédier à cette situation, le Ministère de la Santé Publique, parallèlement à la mise en œuvre d'une stratégie sectorielle sur la période 2001-2010, s'est engagé en 2003, dans une opportune réforme Hospitalière. A cet effet, une vaste consultation des acteurs de la santé a été entreprise et un Comité d'experts mis sur pied, avec comme cahier de charges : L'identification des problèmes qui se posent au système hospitalier national du Cameroun et la proposition des solutions idoines envisageables.

Ce comité d'experts a produit un rapport en 2005 un rapport révélant que le problème central qui se pose à l'ensemble du système hospitalier du Cameroun est :

« Le faible accès des populations aux services et soins de santé de qualité ».

Ce problème résulte de quatre causes majeures suivantes :

- La gouvernance peu satisfaisante ;
- L'accès inéquitable des populations aux soins de santé;
- La formation initiale dispensée aux personnels de santé et la recherche en santé inadaptées aux besoins du secteur;
- La qualité des soins dispensés peu satisfaisante.

L'analyse causale de ces dysfonctionnements, relève les aspects suivants :

1-. La gouvernance dans les formations sanitaires.

Sept causes principales identifiées :

- La faiblesse institutionnelle ;
- La mauvaise organisation de l'offre de soins et services de santé ;
- La corruption rampante;
- L'inefficacité et l'inefficience de la gestion des ressources;
- La mauvaise organisation de la participation communautaire ;
- L'insuffisance de la communication interne et externe dans les hôpitaux ;
- La faiblesse organisationnelle du partenariat.

***2-.*L'accès inéquitable des populations aux soins de santé :**

- L'accessibilité physique aux soins et services;
- L'accessibilité financière aux soins et services de santé;
- L'accessibilité socio–culturelle des populations aux soins et services de santé.

***3-.* La formation initiale et la recherche en santé inadaptée aux besoins du secteur**:

- L'absence de définition des stratégies de formation initiale des Personnels de santé ;
- Le déficit d'organisation de la recherche opérationnelle ;

4-. La qualité des soins dispensés peu satisfaisante.

- Le développement des ressources humaines sans visibilité ;
- La gestion des ressources humaines;
- L'inadéquation entre les ressources financières et les missions des établissements ;
- Le déficit en plateaux techniques ;
- Les faiblesses dans l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires.

Pour adresser les faits ci-dessus, douze (12) grands chantiers de la Réforme Hospitalière ont été retenus :

1. L'organisation du système national de prise en charge des urgences ;
2. Le renforcement de l'accueil et des entrées dans les hôpitaux ;
3. L'amélioration de la disponibilité des médicaments, consommables, dispositifs et réactifs, et de leur accessibilité ;
4. Les aspects juridiques et réglementaires ;
5. La planification hospitalière ;
6. La formation initiale et la recherche ;
7. L'amélioration de l'information hospitalière et informatisation des hôpitaux;
8. La formation continue et la motivation des personnels hospitaliers ;
9. La gestion et la maintenance des infrastructures et équipements hospitaliers ;
10. Les mécanismes et modalités de financement des hôpitaux ;
11. La coopération ;
12. L'évaluation.

Le Rapport final du Comité d'Experts de 2005 sur la Réforme Hospitalière n'a jamais été formellement validé et le coût de sa mise en œuvre jamais estimé.
Par conséquent cette approche dans sa globalité n'a jamais été formellement planifiée dans les budgets du MINSANTE et aucun Rapport de mise en œuvre du Projet de Réforme Hospitalière n'a été élaboré entre 2005 et 2015.
Néanmoins, chacun des chantiers ci-dessus, a été mis en œuvre diversement dans le cadre du Plan d'action de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) et du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015).

CHANTIER N° 1 : ORGANISATION DU SYSTEME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES

- **Le Projet Pilote d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)**a été engagé en 2004.

  Le mode de financement mis en place à cet effet s'appuyait essentiellement sur la contribution des Formations Sanitaires. Ce mode a largement montré ses limites, raison pour laquelle le SAMU n'a pas pu fonctionner de façon optimale.

  Ses prestations étaient classées en activités de réception et de régulation des appels, activités extrahospitalières et activités de formation.

  En 2007 après trois années de fonctionnement, 50 822 appels ont été reçus en salle de régulation avec une moyenne de 16 941± 2 195 appels par an. 1 596 appels malveillants ont été enregistrés soit 3,14 %, 31 044 (61,08 %) demandes de renseignement non médicaux et 2 054 (4,04 %) appels entraînant une sortie. Le

nombre d'appels a diminué de 23 % de la première à la troisième année de fonctionnement. Le SAMU de Yaoundé a réalisé respectivement 578, 651 et 825 sorties les première, deuxième et troisième années. 1 555 interventions ont été faites avec 142 sorties blanches et 107 arrivées tardives.

- Afin d'assurer la disponibilité d'un personnel de santé capable de prendre efficacement en charge les patients en situation d'urgence, un **Diplôme Universitaire de Médecine d'Urgence** a été ouvert à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé en 2003. Cette formation s'est arrêtée en 2007. Trente (30) médecins urgentistes ont à cette occasion été formés. Malheureusement il n'y a pas eu de politique spéciale pour l'utilisation de ces derniers sur le terrain, ni même une reconnaissance sur le plan de leur carrière professionnelle, ce qui a entrainé une forte déperdition de ce personnel qui par dépit s'est orienté vers d'autres formations spécialisées plus porteuses.
- En 2007, le Chef de l'Etat a instruit la construction de Centres Régionaux d'Imagerie dans les régions. Sont à ce jour déjà pleinement fonctionnels, les Centres d'Imagerie d'Ebolowa, Bertoua, Bafoussam,Ngaoundéré, Garoua etBamenda . Ceux de Maroua et Limbe étant encore en cours de réalisation.
- Face à la recrudescence des accidents sur nos axes routiers entraînant une mortalité et une morbidité préoccupantes, Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, a instruit en 2010, la mise en place d'un **Comité Interministériel, chargé du suivi médical des accidentés de la voie publique** (CMSAVP). Quatre axes prioritaires d'intervention ont ainsi été identifiés : la prise en charge pré-hospitalière des accidentés avant leur admission à l'hôpital, la prise en charge des blessés dans les formations sanitaires, Le recouvrement des soins médicaux et le suivi-évaluation.

  Depuis lors, 80 personnels médicaux et paramédicaux des structures sanitaires situées le long des axes accidentogènes Yaoundé-Douala-Bafoussam et le corridor Bertoua-Meiganga-Ngaoundéré ont été formés, avec la participation de tous les intervenants de la chaîne de secours dont le Corps National des Sapeurs-Pompiers.

  Des équipements de premier secours ont été remis à une trentaine de formations sanitaires de ces axes accidentogènes.

- Le Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) est fonctionnel depuis le 18 aout 2015. Grace à son plateau technique de pointe, il prend en charge les urgences médico-chirurgicales, sur la base d'un système de « post-paiement ». Le malade est d'abord pris en charge afin de lui sauver la vie. Les modalités de paiement ne sont examinées qu'en différé. En 2015, le CURY avait déjà reçu ou sauvé 4263 patients.
- **<u>Perspectives</u>** :

1. Suites aux faits ci-dessus relevés, il est apparu nécessaire de revisiter les textes organisant le SAMU. Un groupe de travail a été créé en 2015 à cet effet et cette tâche est en cours.

- D'introduire dans le système de soins, la 7ème catégorie d'établissement de soins, notamment les Cliniques mobiles, destinées à délivrer des soins médicaux de qualité sur les lieux d'un drame, ou en stratégie avancée.
- Avec la survenue des épidémies de choléra, la recrudescence des accidents de la voie publique et l'afflux des blessés de guerre dans la région septentrionale du Cameroun, le Ministère de la Santé s'organise pour **prendre efficacement en charge les urgences de santé publique** qui mettent en péril la vie d'un grand nombre de personnes à la fois. C'est ainsi que sontmises progressivement sur pied des **Unités Médicalesd'intervention rapide**(UMIR) capables de se mobiliser avec célérité pour délivrer à temps une expertise médicale sur les lieux même du drame.
- Nous formons en ce moment DLMEPchiffres ?pour le Cameroun et la sous-région des experts en épidémiologie de terrain niveau Masters, tant sur le plan de la médecine humaine que de la médecinevétérinaire.
- Un Master en Médecine d'Urgence et de Gestion des Catastrophes est en voie d'ouverture actuellement à la FMSB. Il comblera les faiblesses déplorées dans la formation précédente.

CHANTIER N°2 : LE RENFORCEMENT DE L'ACCUEIL ET DES ENTREES DANS LES HOPITAUX :

Ce chantier n'a pratiquement pas été mis en œuvre.
Cependant, nos statistiques révèlent que 472 194 patients ont été reçus dans certains hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie en 2015 selon la répartition suivante: 31 712 (HGY), 64 233 (HGD), 75 971 (HGOPY), 71 873 (HJY), 71 759 (HLD), 5 599 (CURY) et 151 047 (HCY). A l'analyse, 08 des 09 hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie reçoivent en moyenne 59 024 malades par an, soit en moyenne 4 919 malades par mois et près de 164 par jour.
Dans ce processus, l'on a assisté sur le terrain à des modes locaux d'organisations qui montrent leurs limites.

L'absence ou l'obsolescence des textes règlementaires sur l'accueil des patients et la gestion du flux de personnes sont à la base de l'insatisfaction des usagers et expliquerait une grande partie du mécontentement actuel.

Perspectives :

1. Ce chantier est relancé dans les Projets de Textes d'Application issus de la Loi Cadre dans le domaine de la Santé et en cours de finalisation ;
2. En 2016, des directives élémentaires pour l'amélioration de l'accueil des patients ont été instruites aux directeurs généraux et directeurs des hôpitaux publics, à travers l'acte N°30-195/D/MINSANTE du 31 mars 2016. Ces directives feront l'objet d'un audit complet dans un délai d'un mois, avec l'implication effective des autorités administratives, des Collectivités Territoriales Décentralisées, des Conseils d'Administration et des Comités de Gestion.

<u>CHANTIER N°3</u> : AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS, CONSOMMABLES, DISPOSITIFS ET REACTIFS, ET DE LEUR ACCESSIBILITE :

Pour l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, la loi n 90/035 du 10 aout 1990 portant exercice et organisation de la profession de pharmacien a instauré les pharmacies des formations sanitaires. Depuis la dissolution de l'ONAPHARM **(Office National Pharmaceutique)** en 1995 et l'arrêt de fonctionnement de la CIAME **(Centrale Intérimaire d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels)** en 1996, diverses structures ont été mises en place et des mesures prises pour assurer cette fonction, notamment :

Les **Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Provinciaux** (CAPP) comme projets conjoints (ETAT/PTF) dans certaines provinces d'alors et leur transformation en Groupements d'Intérêt Publics (GIP), depuis 2014, sous l'appellation de Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS) suite à la promulgation de la Loi du No 2010/023 du 21 décembre 2010.

- La **Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels** (CENAME), créée comme projet conjoint (Etat, Royaume de Belgique, Communauté Européenne) en 1996 et sa transformation en Etablissement Public Administratif (EPA) en 2005 ;
- Le **Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Dispositifs Médicaux Essentiels** (SYNAME) mis sur pied à partir de l'an 2000, dans le cadre du lancement de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Il s'agit en fait du réseau de liens de fonctionnement entre les structures pharmaceutiques de production, de stockage, de distribution et de dispensation des médicaments ;

  La coordination au sein du SYNAME est conduite à travers divers actes réglementaires, et depuis 2014, les approvisionnements des structures publiques du SYNAME sont coordonnés par les Cellules Régionales sous les DRSP et une Cellule Nationale sous la DPML ;
- En dehors des hôpitaux de première catégorie qui disposent souvent d'équipements et personnels adéquats, les services d'analyses de biologie médicale, sont généralement réduits et très souvent délégués aux laboratoires privés ou au Centre Pasteur du Cameroun ~~a~~ à Yaoundé, Douala et Garoua.

<u>Stratégies de redressement</u> :

- **L'accessibilité financière aux médicaments** est assurée par l'homologation des prix au niveau de la Commission Nationale du Médicament (CNM). La tarification des médicaments est fixée par décision du MINSANTE. Avec l'appui des PTF, certains produits sont distribués dans le sous-secteur public gratuitement (Anti Rétroviraux, Anti Tuberculeux, Anti paludiques pédiatriques) ou bien à moindre coût (kits obstétricaux, contraceptifs, insulines, anti paludiques pour adultes) ;
- **La surveillance du secteur pharmaceutique** privé est assurée par le MINSANTE en collaboration avec les organisations professionnelles (Ordre, Syndicats) pour

veiller au respect de l'éthique et des normes de pratiques professionnelles. Ainsi, une vingtaine de sociétés Grossistes agréées assurent la distribution des produits pharmaceutiques. De même, sauf dérogation, seuls les produits justifiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) peuvent être distribues a titre gratuit ou onéreux.

- **Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertises (LANACOME)** créé depuis 1996 pour le contrôle de qualité des médicaments, ainsi que le système d'homologation fonctionnel au niveau national, la pharmacovigilance et la surveillance du marché pharmaceutique permettent de garantir la Qualité des médicaments au niveau national. Dans les formations sanitaires le suivi est assuré par l'application des normes de Bonnes Pratiques de Stockage et de distribution pour empêcher l'infiltration des produits impropres dans les stocks des hôpitaux.
- La Création en 2013, d'un **Laboratoire National de Santé Publique** (LNSP) dont les capacités (bâtiments et équipements) sont en cours de renforcement avec l'appui des PTF. Le LNSP est appelé à **coordonner l'évaluation** des activités des laboratoires d'analyses de biologie médicale par l'animation du **réseau national des laboratoires**. Il contribuera également à la mise en place d'une **base de données statistiques** pour une meilleure **surveillance épidémiologique.**

Perspectives :

- La mise en place en cours d'un Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) des produits;
- La définition des termes de référence précis pour chaque intervenant pour **une quantification plus précise des besoins** en produits pharmaceutiques ;
- Renforcement des mécanismes de régulation du secteur pharmaceutique ;
- Mise en place de mécanismes de financement pérenne en matière de médicaments ;
- La recherche des formules de financement innovant contribuera certainement à augmenter les fonds de roulement des pharmacies des formations sanitaires ;
- Promotion de l'usage rationnel des médicaments de qualité ;
- Des projets de textes sont en cours d'élaboration sur :
    - Le réseau national des laboratoires;
    - La politique nationale de biologie médicale ;
    - Le plan stratégique de développement des laboratoires.

CHANTIER N° 4 : ASPECTS JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES :

Au plan international, la volonté de la Réforme du système de santé est manifeste depuis les années 1970, à travers :

- ✓ La Ratification de la Charte des Soins de Santé Primaires à la Conférence d'Alma Ata en 1978, en vue d'atteindre l'Objectif « Santé pour tous en l'an 2000 » ;

- ✓ L'adhésion du Cameroun à plusieurs initiatives africaines notamment les Conférences de Lusaka (1985), d'Harare (1987), l'Initiative de Bamako (1987) – cette dernière ayant instauré le recouvrement des coûts des médicaments essentiels.

Au plan national :

- ✓ La politique de Réorientation des Soins de Santé Primaires est adoptée en 1992, et vise à restructurer le système national de santé à partir du District de santé ;
- ✓ La Déclaration de politique sectorielle de santé au Cameroun est publiée en 1993 ;
- ✓ Le premier plan national de développement sanitaire intervient pour la période 1998-2008, avec pour objectifs de réduire de 1/3 la morbi-mortalité des groupes les plus vulnérables, de mettre en place une structure délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) à une heure de marche pour 90% de la population, de pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des structures sanitaires, au terme de l'année 2008 ;
- ✓ En 1999, le Cameroun a élaboré sa première Stratégie Sectorielle pour la Santé, avec l'appui de la Banque Mondiale – FMI, mais celle-ci n'a pas abouti à la date prévue –mars 2000 ;
- ✓ Une nouvelle version de cette stratégie sectorielle a étéapprouvée en 2001.

ETAT DE LA LEGISLATION FORMELLE : 03 Lois, 08 Décrets, 05 Arrêtés concernent directement les hôpitaux publics excepté ceux de la 1ère catégorie, et dans un ordre chronologique, nous avons :

- ❖ Décret n°63-140 du 24 avril 1963 : porte application de l'Article 3 de la Loi Fédérale de Finances n°62-6 du 09 juin 1962, relatif aux consultations et examens pratiqués par les services de la santé publique au bénéfice des malades non hospitalisés.
- ❖ Décret n°63-DF-141 du 24 avril 1963 : porte fixation pour la santé publique des tarifs de consultations, visites, accouchements, certificats médicaux, ainsi que la valeur des lettres-clés de la nomenclature des actes professionnels
- ❖ Le Décret n°68-DF-419 du 15 octobre 1968 : Le Décret n°68-DF-419 du 15 octobre 1968 : a pour objet de définir l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations hospitalières publiques du Cameroun.

- ❖ **Le Décret n°89-011 du 05 janvier 1989 portant organisation du Ministère de la santé publique :** Par ce Décret, l'Hôpital Central de Yaoundé et Annexe Jamot sera éclaté en deux hôpitaux de 2ème catégorie dans la ville de Yaoundé :
    - L'Hôpital central de Yaoundé (HCY)
    - L'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY), spécialisé dans la prise en charge des maladies pulmonaires et mentales.

La Loi n°90/062 du 19 décembre 1990 accorde dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière

- **Décret n°93-228-PM du 15 mars 1993** fixant les modalités d'application de la Loi n°90-62 du 19 décembre 1990 accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière.
- **Décret n°94-030-PM du 14 juin 1994** fixant les modalités d'attribution des quotes-parts sur les cessions onéreuses à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques
- **Arrêté n°005/MSP du 15 juillet 1994** fixant les modalités d'affectation interne des recettes destinées aux dépenses dans les formations sanitaires publiques
- **Arrêté n°0001/MSP/CAB du 16 novembre 1994** précisant les attributions des Comités de Gestion des Formations Sanitaires publiques
- **Arrêté n°003/MSP/CAB du 16 novembre 1994** fixant les modalités d'attribution des quotes-parts à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques
- **Décret n°095/013 du 07 février 1995** portant organisation des services de la santé de base en districts de santé : institue au niveau des aires de santé et des districts de santé, des structures de dialogue et de participation communautaire.
- **La loi cadre du domaine de la santé n°96/03 du 04 janvier 1996 :** fixe le cadre général de l'action de l'État dans le domaine de la santé, à travers la politique nationale de santé
- **Arrêté n°003/CAB/MSP du 21/09/1998** fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les Districts de santé
- **Arrêté n°0030 /MSP du 20 septembre 1999** modifiant et complétant certaines dispositions de l'arrêté n° 005/MSP du 15 juillet 1994 fixant les modalités d'affectation interne des recettes destinées aux dépenses dans les formations sanitaires publiques
- **Loi n°2007/006 portant régime financier de l'Etat,**qui instaure le budget-programme entré en vigueur depuis l'exercice 2013.

- **Le Décret du Président de la République n°2013/093 du 09 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique : on compte désormais 07 Directions centrales et 03 Divisions.** Parmi les 22 attributions de la DOSTS, onze (11) sont relatives aux formations sanitaires publiques et privées. Plus loin dans le Titre VI, en son article 120, les services déconcentrés du Ministère de la Santé Publique sont : les Délégations Régionales de la Santé Publique, les Districts de Santé, les Formations Sanitaires Publiques. Ces dernières sont classées en 07 catégories. Il est à signaler que celles-ci sont organisées par des textes particuliers.

Les textes sur lesquels s'appuie le système hospitalier du Cameroun ont peu évolué depuis l'accès du pays à l'indépendance. A l'exemple du « Décret No 68-DF-419 du 15 octobre 1968 Fixant l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations hospitalières et sanitaires du Cameroun », toujours en vigueur.
La réforme impose leur réactualisation, afin de créer des conditions juridiques et réglementaires nécessaires, plus à même de répondre aux défis de l'environnement de l'heure. Et pourtant en 1996, a été élaborée la Loi Cadre dans le domaine de la Santé qui ne semble pas avoir produit de Décrets d'Application.

Perspectives :

Afin d'apporter une réponse adéquate aux insuffisances et manquements relevés du système hospitalier camerounais,des projets de textes d'application sur cette Loi Cadre sont en cours de finalisation en vue de répondre aux quatre principales préoccupations :

- (i) garantir de façon explicite les droits des patients et des usagers du système de santé en général et du système hospitalier en particulier ;
- (ii) déterminer les obligations légales des établissements de soins publics et privés, des personnels de santé, en ce qui concerne la prise en charge des urgences, la sécurité et la qualité des soins et services de santé ;
- (iii) donner la physionomie d'ensemble du système de soins au Cameroun en définissant le statut, les missions et les liens fonctionnels entre les différentes catégories d'établissements hospitaliers tant dans le secteur public que privé ;
- (iv) donner des orientations sur le management des différentes catégories d'établissements hospitaliers ainsi que des services médicaux, paramédicaux et techniques, des ressources humaines, financières, infrastructurelles et informationnelles.

Ces orientations sont celles de la vision, de la planification et de la programmation dont découlent les objectifs de la Stratégie Sectorielle de la Santé, en cours sur la période 2016-2027.

CHANTIER N° 5 : PLANIFICATION HOSPITALIERE :

Ce chantier vise l'arrimage des hôpitaux publics aux principes de management moderne, à savoir le cycle Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi. Les hôpitaux publics doivent évoluer vers un positionnement dans l'offre globale de prestation de soins, tout en s'arrimant à la Stratégie Sectorielle de la Santé, au Plan National de Développement,

Sanitaire, ainsi qu'aux objectifs des programmes opérationnels du Ministère de la Santé Publique.
Quatre volets identifiés ; l'état des lieux, l'élaboration du référentiel hospitalier des conduites diagnostiques et thérapeutiques, le schéma directeur des hôpitaux et la carte nationale hospitalière.

- **Volet « Etat des lieux » :**

Une évaluation de la performance des districts de santé a été réalisée au Cameroun entre2006 et 2009 à l'aide du Logiciel SQI. Ce dernier prenait en compte l'état des infrastructures, des équipements, des ressources humaines, et la productivité pour apprécier la performance des formations sanitaires des districts de santé. Cette étude a montré que **seulement 7% des districts de santé ont atteint le niveau de la viabilisation**.La viabilisation du District de Santé est le processus à travers lequel chaque District deSanté doit atteindre son autonomie technique, économique et institutionnelle. Dans cetteoptique, le district de santé est dit viable lorsqu'il est capable d'identifier ses problèmes desanté, de les résoudre de manière satisfaisante, avec l'appui des structures d'orientationrecours (gestion et prestation de soins) du système national de santé.Pour y parvenir, les efforts du Gouvernement doivent être orientés vers l'amélioration de l'offredes services et soins de santé d'une part, et la stimulation de la demande des soins desanté d'autre part.

- **Volet « élaboration du référentiel hospitalier des conduites diagnostiques et thérapeutiques »:**

Un « Guide National de Diagnostic et de Traitement » a été élaboré en 2010 avec l'implication de 23 commissions scientifiques et l'appui de l'OMS. Ce référentiel thérapeutique qui a 5 ans oblige une mise à jour déjà engagée.

- **Volet « Schéma Directeur des Hôpitaux » :**

Le MINSANTE a validé en 2008/2009 :

- des normes en équipements pour les plateaux techniques des CSI, CMA et HD ;
- des plans type de construction pour les CSI et les logements d'astreinte;
- des plans types pour les Centres Mère-Enfant.

- **Volet « Carte Nationale Hospitalière » :**

Depuis 2013, le MINSANTE dispose d'une carte sanitaire actualisée annuellement sous la responsabilité de la Cellule des Informations Sanitaires.
Fin 2015 il est décompté 2783 publics 2502 privés confessionnels et à but lucratif.
Toutefois, plusieurs formations sanitaires privées (à but lucratif) n'ont pas d'existence légale.

Perspectives :

La nouvelle organisation de l'hôpital public devra intégrer :

- La détermination du positionnement dans l'offre globale ;

- Une programmation pluriannuelle des services de soins, y compris le développement des **pôles d'Excellence ;**
- Une budgétisation dans le cadre du CDMT ;
- Une budgétisation annuelle tenant compte des activités à réaliser, et des moyens nécessaires pour y parvenir.

CHANTIER N°6 : RATIONNALISATION DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE :

(I) Volet « Rationalisation et renforcement de la formation en santé » :

Concernant la formation paramédicale :

Le MINSANTE assure à date la tutelle de 97 écoles de formation des paramédicaux dans 13 filières différentes, avec une production annuelle de 4500 diplômés. Quarante-huit (48) d'entre elles sont des structures publiques encadrées par la Direction des Ressources Humaines.

Liste des Filières formé par le MINSANTE

- Agents Techniques Médico-Sanitaires, option Analyses Médicales
- Agents Techniques Médico-Sanitaires, option Préposé de Morgue
- Techniciens en Odontostomatologie
- Techniciens en Kinésithérapie
- Techniciens en Pharmacie
- Techniciens du Génie Sanitaire
- Techniciens en Analyses Médicales
- Techniciens en Psychomotricité et Relaxation
- Techniciens en Imagerie Médicale
- Techniciens en Optique/ Réfraction
- Infirmiers Spécialisés en Ophtalmologie
- Infirmiers Spécialisés en Santé Mentale
- Infirmiers Spécialisés en Anesthésie et Réanimation
- Infirmiers Spécialisés en Gérontologie
- Sages-femmes/Maïeuticiens
- Infirmiers Diplômés d'Etat
- Aides-soignants
- Aides-soignants, option Santé Communautaire

Pour ce qui est de la formation initiale de spécialistes :

Elle est faite en collaboration avec le MINESUP (Ministère de l'Enseignement supérieur) et l'ENAM, elle concerne notamment (pour le public et le privé) :

- les spécialités médicales,
- les spécialités paramédicales,
- les administrateurs de la santé,

- les ingénieurs et techniciens supérieurs de maintenance.

Cette formation s'inscrit dans le Plan de Développement des Ressources Humaines en santé (PDRH) élaboré et validé en 2012.
En outre, la plateforme MINSANTE-MINESUP a permis de renforcer la formation des spécialités à la FMSB depuis 2010 et l'introduction de la formation des Sages-Femmes dans le système Licence-Master-Doctorat (LMD) à l'Université de Buéa depuis 2016.

Les besoins en formation des médecins spécialistes sont exprimés par le MINSANTE annuellement et sont pris en compte pour le lancement du concours de spécialisation.En 1987, le Décret N°087/064 du 19 janvier 1987 crée et organise un cycle d'études de spécialisations au Centre Universitaire des Sciences de la Santé dans 9 disciplines. En 2013, l'arrêté N°13/303/MINESUP du 11 Juin 2013 crée et organise dans les formations médicales du Cameroun un cycle d'études de spécialisation avec une extension à 22disciplines..Le spectre des formations couvre les sciences biomédicales (biologie clinique, anatomie pathologique), les sciences cliniques (médecine interne ; cardiologie ; oncologie médicale ; neurologie ; endocrinologie ; pneumologie ; néphrologie ; psychiatrie ; hépato-gastro-entérologie ; radiothérapie oncologie, pédiatrie, chirurgie générale ; chirurgie cardiaque ; chirurgie pédiatrique ; chirurgie orthopédique ; chirurgie urologique ; neurochirurgie, gynécologie obstétrique, anesthésie-réanimation, radiologie, ORL, ophtalmologie) et la santé publique.
Mais un des freins au développement de la Réforme Hospitalière reste le déficit chronique en ressources humaines du fait d'un très faible taux de recrutement à la fonction publique, de la non compensation des départs à la retraite et de l'âge précoce de départ à la retraite des corps de la santé.Il est de 50 ans pour la catégorie « D » et « C » et de 55 ans pour les catégories « B » et « A ».

- **Perspectives** : Au vu du taux de mortalité maternelle élevé et du manque d'aptitudes en chirurgie d'urgence de base des médecins généralistes issus de nos facultés de médecine, le MINSANTE envisage d'organiser un renforcement de leurs capacités notamment pour les urgences obstétricales telles que les césariennes.

(ii) Le volet « Rationalisation de la Recherche » :

La recherche en santé reste un secteur d'activités mal défini et dont les compétences sont réparties entre le MINSANTE, le MINRESI, et le MINESUP. Le MINSANTE dispose d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) à la faveur du Décret de 2002. La DROS a ainsi pour mission de promouvoir la recherche en santé humaine. Elle a aussi un rôle dans le suivi des questions liées à la bioéthique, à la recherche sur les plantes médicinales et à la vulgarisation des résultats de la recherche.

Sur l'encadrement juridique de la recherche en santé

Il existe pour l'instant une insuffisance de règlementation de la recherche pour la santé humaine au Cameroun. L'absence d'un cadre législatif et règlementaire spécifiquement destinés à encadrer ce domaine d'activités est pallié par des dispositions éparses et des textes visant certains aspects du domaine.

Sur le plan de l'encadrement éthique et bioéthique

La recherche en santé ayant pour sujet l'homme, nécessite un encadrement éthique rigoureux. Le Cameroun ne dispose pas d'un code d'éthique en matière de recherche en santé, ni de textes législatifs sur le sujet. Au plan réglementaire, nous disposons de la décision N°0689 /D/MINSANTE/SG/DROS du 29 juillet 2009 portant condition de délivrance de l'Autorisation Administrative de Recherche en Santé Humaine au Cameroun.

Pour un début de réponse, le MINSANTE a pris l'Arrêté N°0977/A/MINSANTE/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 portant Création, Organisation et Fonctionnement des Comités d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine au sein des Structures relevant du Ministère en charge de la Santé Publique.

Création de structures de recherche

- Le Décret N° 2012/249 du 31 mai 2012 porte création, organisation et fonctionnement du Centre International de Référence Chantal Biya pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH-SIDA (CIRCB)
- Centre de Recherche sur les Filarioses et Autres Maladies Tropicales (CRFLIMT).

<u>CHANTIER N° 7</u> : INFORMATION HOSPITALIERE ET INFORMATISATION :

DOSTS et CIS : Il existe un RMA au niveau opérationnel.

(i) Le volet « Informatisation des hôpitaux » :

- En l'état actuel, plusieurs formations sanitaires expérimentent diversement des applications informatiques de conception locale, mais nous nous acheminons vers une uniformisation de celle-ci.
- Un logiciel de « Gestion Intégrée des hôpitaux » a été conçu par le niveau central et est déjà déployé dans 05 formations sanitaires : Hôpital de référence de Sangmélima, le Centre des Urgences de Yaoundé, l'Hôpital Régional de Bafoussam, l'Hôpital Régional d'Edéa, l'Hôpital de District de Mbalmayo et l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala;
- Un projet d'interconnexion des hôpitaux est en cours d'élaboration depuis 2014.

<u>Perspectives</u> :

- Uniformisation des systèmes de production, de diffusion et d'exploitation des informations sanitaires hospitalières ;
- Monitoring mensuel des formations sanitaires de 1ère à 3ème catégorie au niveau du Ministère de la Santé Publique, et au niveau des DRSP pour les formations sanitaires de 4ère à 7ème catégorie ;
- Rétro-information des formations sanitaires en vue de l'amélioration de leur performance.

CHANTIER N° 8 : FORMATION CONTINUE ET MOTIVATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS:

De la maîtrise des ressources humaines dépendra une grande part du succès de la réforme hospitalière. Celle-ci repose sur les 2 dimensions complémentaires que sont la formation continue et la motivation.

- **La formation continuedes ressources humaines :**

  Le recyclage systématique des personnels de la santé coûte cher et ne peut être envisagé à grande échelle, bien que la nécessité s'impose, du fait des contraintes du cadrage budgétaire. Seulement 200 000 000 FCFA ont été consacré aux bourses et stages annuellement depuis 05 ans sans majoration. Ce montant reste largement en deçà des besoins.

  Pour l'heure, sont surtout organisés des séminaires ciblés par le MINSANTE, appuyés par les Partenaires Techniques et Financiers.

  Notons égalementla tenue régulière de Conférences Scientifiques nationales et internationalespar les Sociétés Médicales Professionnelles camerounaises.

- **La motivation des ressources humaines :**

  Le **Plan de Développement des Ressources Humaines** a été validé en 2012 sur la période 2012-2017. Il démontre bien que pour maintenir les personnels à leur poste, mais également pour améliorer leur rendement, des éléments de motivation financière et non financière sont indispensables.

  Le paiement des **quotes-parts** au personnel des hôpitaux demeure le seul élément financier de motivation mis à l'échelle. Le texte régissant son application est en cours de révision : DRH à reformuler + Texte sur les primes

  - **Le projet de fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales d'accès difficile** a été financé sur fonds C2D Santé à hauteur de 659 520 000 (six cent cinquante-neuf millions cinq cent vingt mille) FCFA, de mars 2014 à décembre 2015. La phase pilote a couvert 105 formations sanitaires de l'Adamaoua, Nord, Extrême- Nord et Sud- Ouest, avec un effectif total de 1 218 personnels, pour un taux d'exécution financière de 92%.

Les pistes de pérennisation viennent de l'appropriation du projet par le MINSANTE qui a alloué 50 000 000 (cinquante millions) FCFA pour sa mise en œuvre à l'Est en 2015 et 145 000 000 (cent quarante-cinq millions) FCFA pour la poursuite de l'intervention en 2016 dans les 03 Régions du Septentrion et au Sud- Ouest.

- **L'amélioration des conditions de travail** est l'un des points pris en compte dans les activités du MINSANTE avec notamment la construction annuelle d'une dizainede **logements d'astreintes**.Au vu de la faible progression, nous recherchons depuis 2014 le financement pour la construction de 2 000 logements dans 200 hôpitaux de districts et Centres Médicaux d'Arrondissement. En effet, sans logement décent, il est difficile de maintenir les personnels, notamment de sexe féminin dans les zones rurales ou d'accès difficile.

CHANTIER N° 9 : GESTION ET MAINTENANCE DES INFRASTRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS :

Ce domaine d'un intérêt crucial pour nos formations sanitaires n'a pas connu une grande évolution du fait de nombreux obstacles à sa mise en œuvre, notamment le manque criard de ressources humaines qualifiées pour la formation des apprenants.

Un accord a été signé en 2008 entre le MINSANTE et le MINESEC pour l'ouverture des filières de techniciens biomédicauxdans 03 établissements scolaires (lycée techniquede Kumba, de Bertoua et de Garoua). Cependant il se pose le problème du recrutement de ces techniciens à la fonction publique camerounaise.

De même,il a été envisagé l'ouverture d'une filière de formation en ingénierie hospitalière de l'Ecole Nationale Supérieure Polytechnique de Yaoundé. Ce projet y est en étude depuis 2014.

Perspective :

Nous réfléchissons également à la création d'un établissement public qui organiserait la maintenance des équipements biomédicaux sur l'ensemble du territoire.

CHANTIER N° 10 : MECANISMES ET MODALITES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX :

- Le budget de l'Etat reste la source principale de financement des formations hospitalières. De 2012 à 2016, les montants suivants ont été successivement alloués aux formations sanitaires publiques : 24 755 269, 20 015 898, 22 512 000, 31 776 000 et 21 967 000 FCFA.
- La contribution des ménages à travers les recettes affectées est également une source importante qui représente jusqu'à 60% du financement de certains hôpitaux. De 2011 à

2014, celles-ci étaient successivement de 5 566 314 532, 6 215 975 405, 6 132 301 391 et6 215 975 405 FCFA.

- Le **Chèque santé** est un mécanisme qui a pour objectif de renforcer l'accessibilité aux soins obstétricaux et néonataux grâce à un appui au financement de la demande de soins par un subventionnement des prestations de soins délivrés par des centres de santé et des hôpitaux accrédités de la zone du Septentrion : Adamaoua, Nord et Extrême-Nord.

- Dans le but de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les Régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord,le **Projet kits d'accouchement et de césarienne** y a été lancégrâce à un budget alloué sur fonds C2D Santé (2010-2013) d'un montant global de 191 400 027FCFA, visant à obtenir d'ici fin 2012, 70 à 75 % d'accouchements assistés dans le Septentrion et 5 % de césariennes parmi les accouchements attendus.

- Le **Financement Basé sur les Résultats** (ou PBF) est une stratégie de financement des services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité des soins curatifs et préventifs fournis à la population dans le respect des normes à travers l'achat des soins. De manière concrète dans le cadre du PBF, les formations sanitaires sous contrat reçoivent, sur une base mensuelle, des bonus (primes) en cash sur la base des activités de santé qu'elles ont menées et qui ont été validées. Dans le principe, plus une formation sanitaire produit des résultats (soins curatifs et préventifs) plus elle reçoit les subsides, c'est-à-dire plus d'argent. 30 à 40% du montant des subsides servent à la motivation des personnels et la différence (70 à 60%) sert à l'amélioration de la qualité des services au sein de la formation sanitaire. Dans la plupart des hôpitaux, la mise en œuvre du PBF a permis une augmentation de la fréquentation, consécutive de l'amélioration de leurs qualités techniques, et par conséquent une augmentation des revenus de ces formations sanitaires. Dans les hôpitaux de districts qui mettent en œuvre le PBF, on a observé une forte augmentation de leurs revenus d'année en année, les hôpitaux de district de la Cité des Palmiers, de Loum dans la région du Littoral et l'hôpital de district de Ndop dans la région du Nord-Ouest, ont vu leurs budgets augmenté de 25% à 50% en l'espace de deux ans. Ce qui a permis d'assurer la motivation de l'ensemble du personnel, mais aussi et surtout, d'améliorer le plateau technique de ces hôpitaux par l'acquisition des équipements techniques nécessaires. Donc plus qu'une opportunité de financement des hôpitaux, le PBF contribue à leur autonomisation si toutes les meilleures pratiques de cette approche sont respectées.

- Perspective :
  Le GFF-EEC est un mécanisme de **Financement Mondial en Soutien à Chaque Femme Chaque Enfant.** Sa stratégie de financement pour le Cameroun est en cours d'élaboration. Elle va permettre à terme, d'apporter des ressources supplémentaires aux formations hospitalières.

<u>LE CHANTIER N°11</u> : COOPERATION INTER HOSPITALIERE:

La Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 a retenu parmi les leviers d'action, le développement du partenariat à travers une dynamique de contractualisation des interventions. Le Ministère de la Santé Publique, soucieux d'harmoniser les pratiques contractuelles dans le secteur santé, a mis sur pied une Stratégie Partenariale 2007-2015, qui harmonise le partenariat entre les différents acteurs du secteur à travers des outils de coordination transparents et efficaces. C'est dans cette logique que les hôpitaux du Cameroun développent une coopération nationale et internationale pour améliorer leurs performances, notamment par le renforcement des capacités des médecins généralistes, spécialistes et dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Sur le plan national, la coopération inter hospitalière s'illustre actuellement avec:

- le Centre de Chirurgie Cardiaque de Shisong dans le cadre d'un Partenariat Public-Privé ;
- le partenariat entre le Centre des Urgences de Yaoundé et l'Hôpital Central de Yaoundé ;
- le partenariat avec les Hôpitaux Confessionnels jouant le rôle d'Hôpital de District
    - Extrême-Nord : Mada, Tokombéré, Pétté, Koza, Maroua Rural;
    - Adamaoua : Ngaoundéré urbain, Tibati ;
    - Est : Garoua Boulai ;
    - Nord-Ouest : Kumbo-East, Mbengwi ;
    - Sud-Ouest :Nguiti.

D'autres formations sanitaires sont en cours d'évaluation pour éventuellement recevoir des patients du secteur public dans certaines pathologies.

Sur le plan international, les résultats probants enregistrés dans le cadre des jumelages ci-après, développés entre les formations sanitaires nationales et celles du Nord (France, Allemagne et Hollande), notamment dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, la prévention de la transmission des virus des Hépatites B et C, l'hygiène hospitalière et la préparation à la riposte à une éventuelle épidémie à virus Ebola, sont à saluer :

- Hôpital Régional de Ngaoundéré -Hospices Civils de Lyon ;
- Hôpital Central de yaoundé - Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier ;
- Hôpital Général de Yaoundé - Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier ;
- Centre Hospitalier d'Essos - Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier ;
- Hôpital régional de Bertoua - Centre Hospitalier Universitaire de Rouen ;
- Hôpital Régional de Maroua - Centre Hospitalier Universitaire de Dijon ;
- Hôpital Régional de Garoua - Centre Hospitalier Universitaire de Nancy ;
- Hôpital Régional de Bafoussam - Centre Hospitalier de Créteil ;

- Hôpital Régional d'Ebolowa - Hôpital Universitaire de Strasbourg ;
- Hôpital régional de Limbé - Hôpital Universitaire de Rostock
- Hôpital Régional de Bamenda - Hôpital Universitaire de Rostock ;
- Hôpital Général de Douala-Hôpitaux - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ;
- Hôpital Laquintinie de Douala - Hôpital Maastadt de Rotterdam ;

De même, la Convention tripartite signée le 07 octobre 2013 entre le Ministère de la Santé Publique du Cameroun, la Faculté de Médecine de Genève et les Hôpitaux Universitaires de Genève a permis la coopération entre les Hôpitaux Universitaires de Genève et le CHU de Yaoundé, l'Hôpital Central de Yaoundé, l'Hôpital Jamot de Yaoundé et l'Hôpital de District de Mfou, en termes d'échanges d'expériences professionnelles respectivement dans les volets de la santé du nouveau-né (méthode Kangourou), des informations sanitaires hospitalières et de la santé mentale.

Perspectives :

Le Projet des Collèges Thérapeutiques :

Le but de ce projet en cours d'élaboration au MINSANTE, est d'améliorer la prise en charge des patients dans les formations sanitaires du niveau tertiaire au Cameroun, grâce à la mutualisation des ressources.

Il s'agit de briser les barrières administratives et les paradigmes de notre système de santé et de mettre ensemble les ressources disponibles, publiques et privées, pour une satisfaction optimale des besoins du malade, considéré comme le premier bénéficiaire de toute stratégie de soins.

Cette mise en commun des hommes et des équipements, pourquoi pas des sous-secteurs publics et privés, constituerait de nos jours une innovation.

CHANTIER N° 12 : « EVALUATION DES HOPITAUX » :

- Un audit financier et comptable a été réalisé par un Cabinet indépendant, dans les trois hôpitaux de 2ème catégorie (HCY, HLD, HJY), pour la période allant de 2003 à 2008. Le rapport était à but pédagogique et à l'initiative du MINSANTE, et son rapport a été rendu en 2009.

- Deux audits complets des hôpitaux généraux (Hôpital Général de Yaoundé et Hôpital Général de Douala) ont été réalisés en 2009/2010.

- Le 23 Juin 2013,Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement a prescrit d'élargir cet audit aux formations sanitaires publiques de 2ème, 3ème et 4ème catégories:
    - Des termes de référence ont été élaborés (23/01/2014) ;

- Un Comité de Pilotage de suivi de la réalisation de l'audit des Hôpitaux Publics du Cameroun de la 1ère à la 4ème catégorie a été mis en place par Décision No 0131/D/MINSANTE/SG/DOSTS/SDOS du 27 mars 2014.

Cet audit n'a pas encore pu être réalisé par défaut de financement.

- La Note de Directives No D30-195 D/MINSANTE/SG du 31 mars 2016Relatives à l'Accueil, l'Orientation et la Prise en Charge des Patients dans les Formations Sanitaires Publiques a demandé à chaque formation sanitaire de la 1ère à la 5ème catégorie, de faire un Audit de son fonctionnement courant avril 2016.

Perspectives :

- La conduite des diagnostics de régularité sera au centre de la phase de suivi dans le processus PPBS au niveau des hôpitaux publics ;
- L'audit interne sera institutionnalisé au sein des Comités de Gestion des hôpitaux de 2ème à 5ème catégorie, de même qu'il sera renforcé au niveau des Conseils d'Administration des hôpitaux de 1ère catégorie ;
- Les CA et les COGE devront jouer un rôle central et renforcé en matière de fixation d'objectifs et de contrôle ;
- Un accent particulier devra être mis sur la qualité des résultats opérationnels des hôpitaux, en termes d'efficacité, de pertinence, d'efficience et d'éthique
- Une analyse périodique de la satisfaction des acteurs et des usagers des hôpitaux devra être instituée.

CONCLUSION

La réforme hospitalière est un processus complexe qui représente un véritable défi dans notre contexte sans un système de Couverture Sanitaire Universelle.

Au terme de ce bilan en avril 2016 :

- 04 piliers ont connu une bonne avancée (les urgences, les médicaments, la formation et la recherche ainsi que la coopération) ;
- 05 piliers ont connu un développement modeste (la planification hospitalière, l'information et l'informatisation des hôpitaux, la formation continue et la motivation des personnel ainsi que l'évaluation des hôpitaux) ;
- Par contre 03 piliers n'ont pas connu d'avancée notable (l'accueil des malades, les aspects juridiques et le financement des hôpitaux).

Néanmoins, le Plan d'Urgence Triennal pour l'Accélération de la Croissance 2015-2018 qui verra d'une part la réhabilitation et le relèvement des plateaux techniques du CHUY et des Hôpitaux Généraux de Yaoundé et Douala et d'autre part la construction de 08 Centres Hospitaliers Régionaux dans les chefs-lieux de région autresque Douala et Yaoundé, la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle 2016-2027 à travers le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, l'adoption éventuelle de textes

règlementairess'appuyant sur la Loi Cadre dans le domaine de la Santé et les autres initiatives en cours(telles que le Projet de Financement basé sur les Résultats dont les prémisses apparaissent très prometteurs dans les formations sanitaires pilotes) devraient contribuer significativement à l'atteinte de ce but pour la grande satisfaction de l'usager de nos hôpitaux.
Nous appelons de tous les vœux, les réflexionsparticulières en vue de la mise sur pieds d'une assurance maladie d'envergure nationale. Celle-ci servira de véritable interface entre les hôpitaux et les usagers.

Je vous remercie de votre aimable attention.