



**PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DU  
SYSTEME DE SANTE DU CAMEROUN  
2013 - 2017**

**DOCUMENT 1**

**ETAT DES LIEUX ET  
DIAGNOSTIC DES RESSOURCES  
HUMAINES**



# COMITE DE PILOTAGE DE L'ELABORATION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DU SYSTEME DE SANTE DU CAMEROUN

## SUPERVISION DE L'ETUDE

### SUPERVISION GÉNÉRALE

**M. André MAMA FOU DA**, Ministre de la Santé Publique

**M. Alim AYATOU**, Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

**Pr. KOULLA SHIRO SINATA**, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

### SUPERVISION TECHNIQUE

**Mme CODJIA Laurence**, Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé, Genève

**Pr AVOCKSOUMA Djona**, Human Resources Department, OMS AFRO

**Dr NISSACK Françoise**, OMS, Bureau Pays Cameroun

## COORDINATION TECHNIQUE DE L'ETUDE

### COORDONNATEUR

**Pr. Samuel KINGUE**, Directeur des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique

### MEMBRES

**M. BELA Achille Christian**, Assistant Technique à la DRH/ MINSANTE

**Pr TCHAMENI Célestin**, Division de la Prospective et de la Planification Stratégique, MINEPAT

**M. NEGUEM Eric**, Division de la Prospective et de la Planification Stratégique, MINEPAT

**M. MEBARA Sylvain**, Division de la Prospective et de la Planification Stratégique, MINEPAT

**Mme NGO SOA Pauline**, Division des Analyses Démographiques et des Migrations- MINEPAT

## SECRETARIAT TECHNIQUE DE L'ETUDE

**Mme Béatrice DYCKZYK**, Conseiller Technique/ DRH

**Mme BOKAMBA Danièle**, Cadre administratif à la DRH, MINSANTE

**M. MBALLA ELOUNDOU Jean Claude**, Cadre administratif à la DRH

**Dr. AMANI Adidja**, Cadre administratif à la DRH- MINSANTE

**Dr. Roberto TALONGWA**, Division de la Coopération MINSANTE.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>9</b>
<b>I. CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PDRH</b> .....	<b>11</b>
A. Définition de quelques concepts clés de planification et de gestion des ressources humaine .....	11
B. Démarche méthodologique .....	13
II. Cadre institutionnel de planification stratégique .....	13
III. Eléments de méthodologie pour l'élaboration de l'état des lieux et diagnostic des RHS .....	13
<b>I. GÉNÉRALITÉS SUR LE CAMEROUN</b> .....	<b>14</b>
A. Profil démographique .....	14
B. Contexte politique .....	14
C. Contexte économique .....	14
D. Profil épidémiologique .....	15
E. Organisation du système santé .....	18
<b>II. ETAT DES LIEUX DU DOMAINE ET DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE</b> .....	<b>20</b>
A. Situation des ressources humaines pour la santé comme bénéficiaires du domaine et cible des actions de développement .....	20
1. Caractéristiques des ressources humaines pour la santé .....	20
1.1. Effectifs et densité des personnels .....	20
1.2. Répartition des personnels selon la qualification professionnelle .....	21
- Répartition géographique des personnels .....	22
- Répartition des personnels par âge et par genre .....	22
- Répartition des personnels selon le secteur institutionnel .....	23
- Identification des lacunes .....	23
2. Besoins, attentes et demande des personnels de la santé par rapport aux actions de développement .....	24
2.1. Définition des termes : .....	24
2.2. Esquisse d'analyse de l'état de satisfaction des besoins, attentes et demandes des RHS au Cameroun .....	24
2.2.1. Conditions de travail et de vie des RHS .....	25
- Système de rémunération .....	25
2.2.2. Possibilités d'évolution dans la carrière .....	28
2.2.3. Equité et respect des droits des travailleurs .....	29
2.2.4. Protection professionnelle et protection sociale (couverture maladie) .....	29
2.2.5. Possibilité d'interaction avec l'employeur à travers le dialogue social .....	30
3. Accès et utilisation des produits et services .....	31
3.1. Produits et services offerts aux RHS .....	31
3.2. Analyse de l'accès aux produits et services .....	31

<b>B.</b>	Offre dans le domaine des ressources humaines pour la santé .....	31
1.	Les ressources humaines dans le système de santé du Cameroun .....	31
1.1.	Organisation administrative .....	32
1.2.	Les textes réglementaires .....	33
1.3.	Capacités de planification et d'élaboration de politique sur les ressources Humaines .....	33
1.4.	Récapitulatifs des recrutements réalisés dans le sous- secteur public de 2002 à 2011.....	34
1.5.	Limites de l'estimation des recrutements effectués .....	37
<b>C.</b>	Evaluation de l'attrition .....	37
1.	Récapitulatif et analyse des départs à la retraite de 2002 à 2011 .....	37
2.	Migration des personnels de santé .....	40
<b>D.</b>	ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNELS .....	40
1.	Méthodologie d'estimation des besoins en personnels pour les formations sanitaires à l'échelle du district de santé .....	40
2.	Méthodologie d'estimation des besoins en personnels pour les hôpitaux de 1ère, 2ème et 3ème catégories .....	41
3.	Méthodologie d'estimation des besoins en personnels pour les services centraux, des délégations régionales de la santé et des services de santé de district .....	42
3.1-	Besoins en personnels dans les services centraux .....	43
3.2-	Besoins en personnels dans les programmes prioritaires de santé .....	45
3.3-	Besoins en personnels dans les délégations régionales de la santé publique .....	46
4.	Méthodologie d'estimation des besoins en enseignants dans les écoles de formation de personnels médico- sanitaires .....	48
<b>E.</b>	CONSOLIDATION DE L'ESTIMATION DES BESOINS A L'HORIZON 2015 .....	49
1.	Services centraux .....	49
2.	Programmes .....	49
3.	Hopitaux de premiere et deuxieme categorie .....	49
4.	Hopitaux regionaux .....	50
5.	Services de sante de district .....	50
6.	Formations sanitaires du niveau de districts de sante (csi, cma, hd) .....	51
7.	Besoins par structure, toutes qualifications confondues .....	51
8.	Recapitulatif besoins .....	64
<b>F.</b>	Gestion administrative des personnels .....	52
1.	Gestion de l'emploi et des postes de travail .....	52
1.1.	Normes en personnels .....	52
-	Problématique et évolution des normes en personnels au Cameroun .....	52
1.2.	Normes de 2001 .....	53
1.3.	Révision des normes de 2001 en 2005 .....	54
1.4.	Observations sur les normes de 2001 et les normes révisées de 2005 .....	55
1.5.	Normes en personnels révisées de 2011 .....	55
1.6.	Mode de sélection et de recrutement des personnels .....	57
2.	Gestion du fichier des personnels et des bases de données .....	57
2.1.	Mode d'affectation des personnels .....	58
2.2.	Mécanismes de fidélisation au poste de travail .....	59
3.	Gestion de la carrière des personnels .....	59

4.	Gestion des contentieux avec les personnels .....	61
4.1.	Discipline et sanctions .....	61
4.1.1.	Sanctions disciplinaires pour les personnels fonctionnaires .....	61
4.1.2.	Cas du privé à but non lucratif et parapublic .....	62
4.2.	Activités de soutien aux personnels .....	62
4.3.	Tuteurage et Supervision des personnels .....	62
4.4.	Mode de communication avec le personnel et de consultation .....	62
4.5.	Relation employé/employeur dans le secteur de la santé .....	63
5.	Situation de la gouvernance dans le domaine de la santé .....	63
H.	Développement des personnels .....	64
1.	Evaluation de la performance individuelle des personnels .....	64
2.	Formation et éducation des personnels de la santé .....	64
2.1.	Formation initiale des personnels de la santé .....	64
2.2.	Formation initiale des personnels médicaux .....	67
2.3.	Formation continue des personnels de santé .....	69
2.4.	Politique de formation pluriannuelle dans le cadre du plan stratégique des RHS .....	72
3.	Besoins en formation et éducation des personnels .....	75
3.1.	Besoins en formation pour les personnels médicaux .....	75
3.2.	Besoins en formation pour les personnels médico-sanitaires .....	75
3.3.	Besoins en formation pour les personnels administratifs .....	75
I.	Recherche dans le domaine des RHS .....	90
J.	COORDINATION DANS LE DOMAINE DES RHS ET DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT .....	91
1.	Coordination des RHS .....	91
2.	Contribution de l'Observatoire National des RHS aux politiques de RHS fondées sur les bases factuelles .....	91
3.	Concertation et facilitation sur la problématique des RHS .....	93
4.	Le développement du partenariat .....	94
<b>III.</b>	<b>LE DIAGNOSTIC ET LA DETERMINATION DES ENJEUX ET DEFIS SIGNIFICATIFS POUR L'AVENIR .....</b>	<b>95</b>
A.	Etude des forces, faiblesses, opportunités et menaces des différentes composantes .....	96
1-	Sous- Domaine 1 : Gestion Des Ressources Humaines .....	97
1.1-	Composante Gestion Des Carrieres .....	97
1.2-	Composante Remuneration .....	98
1.3-	Composante Mecanismes D'incitation A La Motivation .....	98
1.4-	Composante Capacites Institutionnelles .....	98
1.5-	Composante Fidelisation Au Poste De Travail .....	99
2-	Sous- Domaine 2 : Modalites D'absorption Des Rhs .....	100
2.1.	Composante Recrutement .....	100
2.2.	Composante Auto-Emploi .....	101
2.3.	Composante Migration Des Rhs .....	102
3-	Sous- Domaine 3 : Production Des Rhs .....	103
3.1.	Composante Formation Initiale .....	103
3.2.	Composante Formation Continue .....	104
4-	Sous- Domaine 4 : Recherche Sur Les Rhs .....	105

4.1.	Composante Recherche Sur Les Rhs .....	105
5.	Sous- Domaine 5 : Gouvernance Des Rhs .....	106
5.1.	Composante Dialogue Social .....	106
5.2.	Composante Regulation .....	106
5.3.	Composante Mecanismes D'incitation A La Gouvernance Et A L'ethique .....	107
<b>B.</b>	Récapitulatif des problèmes centraux par composante .....	108
<b>C.</b>	Analyse des politiques passées .....	109
1.	De la gestion du personnel à la gestion des ressources humaines .....	109
2.	Le Plan d'urgence 2006- 2008 de remise à niveau quantitative et qualitative des RHS .....	109
<b>D.</b>	Facteurs externes significatifs et effets potentiels sur le développement des ressources humaines pour la santé .....	111
<b>E.</b>	Enjeux et défis significatifs pour l'avenir .....	113
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>115</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>118</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les différents niveaux du secteur santé .....	18
Tableau 2 : Appréciation globale de la capacité de l'offre de soins et services du Cameroun en 2010 .....	19
Tableau 3 : Récapitulatif du recrutement des personnels de 2002 à 2011 .....	35
Tableau 4 : Effectif des Médecins Généralistes sortis de la FMSB/UY1 .....	36
Tableau 5 : Effectif des autres personnels recrutés .....	36
Tableau 6 : Besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux (3ème catégorie) .....	41
Tableau 7 : Besoins en personnel dans les Hôpitaux de 1ère et 2ème catégories .....	42
Tableau 8 : Besoins en personnels dans les services centraux .....	42
Tableau 9 : Besoins en personnels dans les programmes prioritaires de santé .....	44
Tableau 10 : Besoins en personnels dans les délégations régionales de la santé publique .....	45
Tableau 11 : Besoins en personnels dans les services de santé de district à l'horizon 2015 .....	46
Tableau 12 : Besoins en enseignants par sous-secteur .....	47
Tableau 13 : Récapitulatif des effectifs selon les normes de 2001 .....	48
Tableau 14 : Récapitulatif des effectifs selon le projet de normes de 2005 .....	53
Tableau 15 : Echantillon de l'étude sur l'estimation des besoins fondée sur le calcul de la charge de travail .....	55
Tableau 16 : Production des écoles du corps des infirmiers .....	56
Tableau 17 : Production des écoles de Techniciens Médico- Sanitaires .....	65
Tableau 18 : Production totale de 2000 à 2011 .....	66
Tableau 19 : Production des Facultés de Médecine en 2012 .....	66
Tableau 20 : Répartition des formations par type et genre de 2005 à 2010 .....	68
Tableau 21 : Financements alloués à la formation continue de 2005 à 2010 .....	71
Tableau 22 : Estimation des gaps de production dans les catégories courantes .....	76
Tableau 23 : Estimation des gaps de production des catégories spécifiques .....	81
Tableau 24 : Plan de formation/recrutement catégories courantes .....	83
Tableau 25 : Plan de formation/recrutement catégories spécifiques .....	87

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des personnels selon la qualification professionnelle .....	21
Figure 2 : Répartition des effectifs dans les 10 régions avec Yaoundé et Douala considérés séparément .....	22
Figure 3 : Répartition des personnels par âge et par genre .....	22
Figure 4 : Répartition des personnels selon le secteur institutionnel .....	23
Figure 5 : Effectif des personnels recrutés par catégories professionnelles .....	36
Figure 6 : Effectifs de personnels admis à la retraite dans la dernière décennie (2002–2011) (source : SIGIPES) .....	38
Figure 7 : Répartition des personnels admis à la retraite par grade de 2002 à 2011 .....	38
Figure 8 : Prévision des départs à l'horizon 2015 (source: SIGIPES) .....	39
Figure 9 : Répartition des prévisions des départs par grade à l'horizon 2015 (source SIGIPES) .....	39
Figure 10 : Effectifs des différentes filières de la formation initiale .....	65
Figure 11 : Production nationale de médecins généralistes et spécialistes de 2001 à 2011 .....	69
Figure 12 : Mécanisme institutionnel de coordination des RHS .....	92

## REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan de Développement des Ressources Humaines s'opère dans une démarche participative, élargie et consensuelle. Aussi les différentes parties prenantes intervenant dans le domaine des RHS ont-elles apporté leurs contributions respectives.

C'est le lieu de relever, en témoignage de profonde gratitude, la participation des responsables des structures ci- après, à diverses phases du processus. Il s'agit notamment des services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé Publique, du sous-secteur privé de la santé, des ministères de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire, de la fonction publique et de la réforme administrative, des finances, de l'enseignement supérieur, des institutions de formation des professionnels de santé, des ordres nationaux de santé, des sociétés savantes du domaine de la santé, des institutions de recherche en santé, ainsi que des associations de malades.

Les remerciements du Ministère de la Santé Publique s'adressent également aux partenaires au développement, plus particulièrement à l'Agence Française de Développement, qui a assuré le financement de l'élaboration du PDRH, et à l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé pour leur appui technique.

## INTRODUCTION GENERALE

La Vision du Cameroun à l'horizon 2035 se décline comme suit : « Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité ». Cette vision englobe, entre autres, des aspirations telles qu'un accès de tous aux services sociaux de base de qualité, une allocation équitable de ressources entre villes et campagnes et entre les régions du pays... Ainsi, dans le domaine socio- démographique, parmi les objectifs retenus figure celui d'accroître l'espérance de vie en améliorant les conditions de vie, à travers une généralisation de l'offre et de la qualité des services sociaux.

La Stratégie Sectorielle de Santé 2001- 2015, arrimée à cette Vision, au DSCE et aux OMD, a pour but de contribuer à la lutte contre la pauvreté à travers l'amélioration de l'état socio- sanitaire des populations du Cameroun. Elle se structure en 05 axes stratégiques notamment : le renforcement du système de santé, la vulgarisation de la mise en oeuvre du paquet minimum d'activités et du paquet complémentaire d'activités dans le district de santé, le développement d'un système d'orientation- recours opérationnel, le renforcement du partenariat dans le secteur et la stimulation de la demande. Dans ce contexte, l'amélioration de l'état de santé de la population est perçue comme un objectif de développement social et de croissance économique.

Cependant, au regard de certains indicateurs, notamment ceux liés à la mortalité maternelle, infantile et à l'espérance de vie, la situation épidémiologique du Cameroun demeure préoccupante. Dans son évaluation des progrès par rapport aux OMD, le Chef de l'Etat, s'exprimant au cours de la 65<sup>e</sup> session de l'assemblée générale des Nations Unies le 24 septembre 2010 à New- York, a relevé que, en dépit des avancées significatives enregistrées par le Cameroun, l'atteinte de l'ensemble des OMD à l'échéance de 2015 était incertaine.

S'agissant de l'OMD 4 (Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans), l'OMD 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH- SIDA, le paludisme et d'autres maladies), au rang des principaux obstacles à l'atteinte de ces objectifs, l'on note le déficit quantitatif et qualitatif des ressources humaines, pourtant reconnues comme l'élément de base pour la performance du système de santé. Dans son Rapport sur la santé dans le monde de 2006, l'OMS a évalué à un seuil de densité de 2,3 personnels (médecins, infirmiers et sages- femmes) pour 1 000 habitants, la disponibilité minimale en personnels de santé sans laquelle une couverture appropriée des interventions de santé de base n'est pas possible.

Les récentes données du recensement général des personnels du secteur de la santé conduit par le Ministère de la Santé Publique en 2011 situent ce seuil de densité au Cameroun à 1,07 personnel pour 1 000 habitants. A ce déficit quantitatif s'ajoutent une répartition géographique inadéquate, des insuffisances dans la formation initiale et continue, l'absence de planification du développement des ressources humaines pour la santé (RHS).

Partant de ces constats, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines ont été retenues parmi les activités majeures de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001- 2015. Pour mener à bien ce processus, le Ministère de la Santé Publique a fondé sa démarche sur la concertation et la coordination de l'ensemble des parties prenantes intervenant dans le domaine des RHS. Ainsi, les différents travaux préparatoires ont été menés avec leur contribution, notamment :

- ✓ le profil pays des RHS (2009) ;
- ✓ les focus groups sur la problématique des RHS (2009) ;
- ✓ l'Analyse situationnelle des RHS (2010) ;
- ✓ la consultation des parties prenantes du secteur de la santé (2011) ;
- ✓ le recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun (2011) ;
- ✓ l'estimation des besoins en personnels à l'échelle du district de santé sur la base du calcul de la charge de travail (2011) ;
- ✓ l'estimation de besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux, centraux et généraux (2011) ;
- ✓ la validation des travaux préparatoires du PDRH (2011).

Le PDRH est l'aboutissement d'un processus en 05 principales phases à savoir les travaux préparatoires, l'état des lieux et le diagnostic, les choix stratégiques, les plans d'actions et les plans d'actions prioritaires, les travaux de synthèse.

A la suite des travaux préparatoires sus- évoqués, le MINSANTE a entrepris l'élaboration de l'état des lieux et du diagnostic des ressources humaines. L'objectif de cette phase du travail est de procéder à une analyse de la situation et de déterminer les problèmes majeurs, les enjeux sous-jacents et les défis à surmonter pour rendre disponibles et accessibles les RHS nécessaires afin d'assurer la prise en charge des besoins de santé de la population camerounaise.

Ainsi, le présent état des lieux et diagnostic des RHS se structure autour des principaux points ci-après :

- ✓ la description de la demande et de l'offre en RHS ;
- ✓ l'analyse des facteurs externes significatifs ;
- ✓ l'analyse des problèmes, des forces, des menaces et opportunités ;
- ✓ la détermination des enjeux majeurs significatifs et des défis à surmonter dans le domaine des RHS.

## 0. CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PDRH

Cette section vise à clarifier les concepts majeurs autour desquels se structure le PDRH, ainsi que le cadre et les orientations méthodologiques mises à contribution pour son élaboration.

### A. DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS CLÉS DE PLANIFICATION ET DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Compte tenu de la diversité des écoles et théories de planification et de gestion des RHS, le présent plan stratégique se propose d'entrée de jeu de clarifier et de contextualiser quelques concepts clés utilisés dans le cadre de ce travail.

✓ **Domaine d'intervention:** Il désigne le champ de compétence de la structure tel que défini par le cadre institutionnel.

Ainsi, dans le cadre du PDRH, la notion de domaine ne renvoie pas aux différents domaines retenus par la Stratégie Sectorielle de Santé, notamment la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant, la lutte contre la maladie, la promotion de la santé et la viabilisation du district de santé.

Le PDRH étant une stratégie thématique découlant de la SSS, **les ressources humaines de la santé constituent à l'échelle dudit plan stratégique le domaine d'intervention retenu.**

✓ **Sous- domaine :** Le sous- domaine désigne une entité homogène résultant de la segmentation d'un domaine pour les besoins d'analyse et de diagnostic. Ainsi perçu, le sous- domaine relève de l'état des lieux et du diagnostic et constitue un canevas qui peut orienter la détermination des actions à mener au terme des choix stratégiques.

✓ **Programme :** C'est un ensemble d'actions à mettre en oeuvre au sein d'une administration pour la réalisation d'un objectif déterminé dans le cadre d'une fonction. Le programme comporte un objectif à moyen terme, des indicateurs de résultats, un ensemble d'actions cohérentes et une stratégie de mise en oeuvre. Le programme est placé sous la responsabilité d'une et une seule structure en charge de sa coordination. **Ainsi, le développement des RHS constitue le programme dans le cadre du PDRH.**

✓ **Action :** C'est la composante élémentaire d'un programme, à laquelle sont associés des objectifs précis, explicites et mesurables par des indicateurs de performance. Dans la hiérarchie des objectifs, l'action vise la réalisation d'un objectif intermédiaire du programme dans lequel elle fait partie. En termes de contenu, elle est un ensemble cohérent d'activités nécessitant des ressources humaines et financières pour la production de biens ou services.

Dans le cadre du PDRH, les actions retenues à la phase des choix stratégiques sont : l'amélioration la

---

1 Les concepts de domaine, programme, action, activité et tâche sont tirés du Guide méthodologique de planification stratégique au Cameroun (MINEPAT, 2011).

2 Les concepts de ressources humaines pour la santé, développement des ressources humaines pour la santé, planification des ressources humaines pour la santé, production des ressources humaines pour la santé et gestion des ressources humaines pour la santé, sont tirés de Health Manpower Planning : Principles, methods, issues (WHO, 1978).

gestion des RHS, l'optimisation des modalités d'absorption des RHS, la promotion de la bonne gouvernance des RHS, le développement de la production des RHS, le développement d'un système d'information sur les RHS, la promotion de la recherche dans le domaine des RHS.

✓ **Axe stratégique** : L'axe stratégique désigne un objectif dont l'intitulé a un caractère général, qui est difficilement quantifiable et regroupe en fait un ensemble d'objectifs qui eux, sont plus facilement repérables et exprimables en programme d'actions. Un axe stratégique se définit dans l'optique de la résolution d'un problème spécifique.

✓ **Composante d'un secteur** : C'est un volet du secteur caractérisé par un ensemble plus ou moins homogène de produits. A l'échelle de la présente stratégie thématique, 14 composantes ont été dégagées des sous- domaines retenus: gestion des carrières, rémunération, mécanismes d'incitation à la motivation, capacités institutionnelles, fidélisation au poste de travail, recrutement, auto-emploi, migration des RHS, formation initiale, formation continue, recherche sur les RHS, dialogue social, régulation, mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique.

✓ **Activité** : C'est un ensemble cohérent de tâches nécessitant des ressources humaines, financières et matérielles pour la production d'un bien ou d'un service. L'activité doit produire un extrant (bien ou service). Une activité doit être confiée à une seule unité administrative qui devient responsable de sa réalisation et doit être exécutée dans le court terme (1-2 ans).

✓ **Tâche** : L'on entend par tâche la composante opérationnelle élémentaire d'une activité. La tâche est immédiatement évaluable et rattachée à une nature économique de la dépense conformément à la nomenclature budgétaire. Elle permet d'évaluer le coût de l'activité de manière précise et d'établir le lien entre le programme et la nomenclature budgétaire. Sa définition marque la dernière étape de la programmation.

✓ **Ressources humaines pour la santé** : Encore désignées par personnels de santé, travailleurs de la santé ou agents de santé, les RHS sont l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé. Autrement dit, il s'agit de « toutes les personnes impliquées dans la promotion, la protection ou l'amélioration de la santé des populations, y compris les travailleurs dans le domaine clinique et non clinique ».

✓ **Développement des ressources humaines pour la santé** : Le développement des RHS est un concept large qui recouvre 03 groupes de fonctions. D'abord la planification, l'information et la recherche sur les RHS, ensuite l'éducation, la formation et le développement des compétences, enfin la gestion et les systèmes de motivation et de fidélisation des ressources humaines.

✓ **Planification des ressources humaines pour la santé** : Elle fait référence au processus d'estimation du nombre de personnes et des types de savoirs, compétences et attitudes dont ces RHS ont besoin pour atteindre des cibles de santé prédéterminées et en dernier ressort les objectifs de santé.

✓ **Gestion des ressources humaines pour la santé** : Par gestion des RHS, l'on entend l'ensemble des méthodes et techniques qui concourent à la mobilisation, la motivation, le développement et la satisfaction des êtres humains dans et par le travail. Elle englobe tous les aspects de l'emploi, de l'utilisation, du déploiement et de la motivation de toutes les catégories de travailleurs de la santé. Ainsi perçue, elle détermine la productivité et par conséquent la couverture des services de santé.

## B. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

### 1. Cadre institutionnel de planification stratégique

Le cadre institutionnel de conception des stratégies de développement attribue au MINEPAT, entre autres à travers le N°2008/220 du 04 juillet 2008 portant organisation dudit département ministériel, la mission d'élaborer des orientations générales et des stratégies de développement à moyen et long termes, et d'assurer le suivi de leur mise en oeuvre. En complément de ce dispositif et afin de favoriser l'effectivité et la cohérence entre les instruments de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi-évaluation, des Comités internes PPBS ont été mis en place dans les différents départements ministériels, dont le Comité PPBS du MINSANTE qui a été étroitement associé à l'élaboration du PDRH.

Bien plus, le MINEPAT a élaboré le *Guide méthodologique de planification stratégique au Cameroun (2011)* visant à rendre disponible une démarche harmonisée en vue de la production de documents de stratégie de qualité d'une part, et à assurer la cohérence entre les diverses stratégies élaborées et la mise en oeuvre des orientations du DSRP d'autre part.

La méthodologie, les concepts et les outils dudit **Guide** ont de ce fait été mis à contribution pour l'élaboration du PDRH. Ainsi, le PDRH est résultat d'une synergie entre le MINSANTE et l'ensemble des parties prenantes, plus particulièrement la Direction de la Prospective et de la Planification Stratégique du MINEPAT au niveau national, l'OMS et l'AMPS au plan international, du point de vue technique.

### 2. Eléments de méthodologie pour l'élaboration de l'état des lieux et diagnostic des RHS

Le PDRH se décline en 04 séquences, à savoir l'état des lieux et diagnostic des RHS, les choix stratégiques, le plan d'actions et le plan d'actions prioritaires, le dispositif de mise en oeuvre et de suivi-évaluation du PDRH.

L'état des lieux et diagnostic des RHS comporte en 02 volets majeurs. Le premier volet consacré à l'état des lieux constitue la partie descriptive de la situation des RHS au Cameroun. Fondé sur la recherche documentaire, ce volet capitalise toutes les études et données diverses relatives aux RHS sur le secteur de la santé et organisées en fonction des articulations prévues dans le *Guide méthodologique de planification*.

Le second volet centré sur le diagnostic des RHS est davantage analytique. Sur la base de la matrice FFOM, ce volet procède à l'identification des forces, des faiblesses, des menaces et des opportunités en fonction des principales actions retenues. Ensuite, le problème central de chaque action a été identifié et

a donné lieu à la construction d'un arbre à problèmes qui détermine les causes immédiates, jous- jacentes et fondamentales. De ce arbre à problèmes découle l'arbre à objectifs développé dans la partie Plan d'Actions et Plan d'Actions Prioritaires du PDRH. Le volet diagnostic est complété par une présentation des problèmes majeurs, des enjeux sous-jacents et des défis à surmonter. Ces défis constituent les fondements des choix stratégiques à opérer dans la partie Choix stratégiques du PDRH, en termes de réponses aux problèmes majeurs identifiés dans l'état des lieux.

## **I. GÉNÉRALITÉS SUR LE CAMEROUN**

### **A. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE**

La population de l'ordre de 15 millions d'habitants en 2000, est estimée à 20 millions en 2010 (dont 49 % d'hommes et 51 % de femmes), avec un taux de croissance démographique annuel de 2,6 %. D'après le rapport « La Population du Cameroun en 2010, 3<sup>ème</sup> RGPH », la structure de la population reste caractérisée par son extrême jeunesse et se présente ainsi qu'il suit :

- ✓ Moins de cinq (05) ans : 16,9 %
- ✓ 5 - 14 ans : 26,7 %
- ✓ 15 - 24 ans : 20,6 %
- ✓ Plus de 65 ans : 3,3 % .

Le phénomène d'urbanisation gagne en importance puisque la population urbaine représentait 48,8% en 2005 et 52% en 2010 avec une forte concentration à Douala et Yaoundé (environ 1,9 et 1,8 millions respectivement). Plusieurs autres villes ont une population de plus de 100 000 habitants à l'exemple de Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Kumbo, Nkongsamba et Ngaoundéré. La taille moyenne du ménage est de 4,4 personnes en 2007 (ECAM III) contre 5 en 2001 (ECAM II). Plus de 4 personnes sur 10 vivent dans un ménage nucléaire ou unipersonnel.

### **B. CONTEXTE POLITIQUE**

Le récent texte portant réorganisation administrative du Cameroun a découpé le pays en régions, départements et arrondissements. En application de ce texte, le pays compte aujourd'hui 10 Régions, 58 Départements, 360 Arrondissements et 374 communes. Le paysage politique est animé par plus de 200 partis politiques. Le pays utilise deux langues officielles : l'Anglais et le Français.

### **C. CONTEXTE ÉCONOMIQUE**

Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région CEMAC. En effet, en 2008, son PIB était estimé à 10 434 milliards de francs CFA soit 30,82% de celui de la sous-région (33 855,70 milliards de francs CFA). Les engagements pris par les chefs d'Etat devraient davantage faciliter les échanges commerciaux entre les états membres. Une bourse des valeurs immobilières a vu le jour à Douala, et de nombreuses institutions financières et établissements de micro finance fonctionnent à travers

le pays. Cette situation est due à la bonne exécution des programmes de réformes macro-économiques et structurelles par le Gouvernement depuis 1996 avec l'appui de ses partenaires au développement. Ceci a permis l'atteinte du point de décision de l'Initiative PPTE en Septembre 2000. La mise en oeuvre des programmes du Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) approuvée par les institutions de Bretton Woods, a conduit à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE en avril 2006. Dès lors, les secteurs sociaux, notamment la santé, ont ainsi bénéficié de nombreuses opportunités de financement à l'instar du C2D et de l'IADM.

Par ailleurs, l'on assiste à l'émergence des mécanismes innovants de financement de la santé dont la Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination (International Financing Facilities for Immunization ou IFFIm), l'Advanced Market Commitments (AMCs), le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), les Agences des Nations Unies etc.

## D. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'analyse des principales causes de morbidité et de mortalité est faite en fonction des 10 premières causes enregistrées dans chacune des FS par niveau de soins : 1<sup>er</sup> contact, 1<sup>er</sup> niveau de référence et 2<sup>ème</sup> niveau de référence. Les données analysées sont tirés du Analyse de situation 2008 associée au SQI.

L'analyse de la morbidité intra hospitalière par niveau des soins (population générale) démontre que les principales maladies enregistrées dans les formations sanitaires du niveau périphérique (CSI/CMA et HD) sont :

- ✓ le paludisme ;
- ✓ les affections respiratoires ;
- ✓ les maladies diarrhéiques ;
- ✓ les parasitoses intestinales ;
- ✓ les dermatoses et IST (cf. PDSO).

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

Selon les quelques données obtenues de certaines FS, on constate que parmi les 10 premières causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans enregistrées dans les CSI et les CMA, le paludisme représente 59%, les pneumonies 8% et la diarrhée 7%. En réponse à cette situation, il va falloir renforcer la PCIME clinique et communautaire et en faire une intervention prioritaire à mettre à l'échelle dans les aires de santé.

En ce qui concerne les femmes enceintes reçues dans les CSI et CMA, le paludisme (55%) et les IST (16%) viennent en tête et sont responsables de 71% de consultations parmi les 10 premières causes de morbidité. Pour les 29% restants, l'anémie (4%) et les complications de la grossesse (2%) sont enregistrées parmi les 10 premières causes de morbidité. Pour réduire la morbidité au sein des femmes enceintes dans les aires de santé et espérer réduire significativement la mortalité maternelle, il est pertinent et opportun de mettre un accent particulier sur la mise en œuvre des interventions préventives lors des CPN recentrées, avec prioritairement la distribution et la sensibilisation à l'utilisation des MII, le Traitement Préventif Intermittent (TPI), la PTME et la Supplémentation en micronutriments (Fer acide Folique) ainsi que la prise en charge syndromique des IST. Bien évidemment, un système de référence et contre référence pour les complications de grossesses doit être rendu fonctionnel.

Au niveau de l'hôpital de district, le paludisme (56%) vient en tête des 10 premières causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, suivi des affections des voies respiratoires (15%). Les 29% restants sont partagés entre les pathologies dont on ne note vraiment pas une différence significative entre elles : les anémies (7%), les diarrhées (5%), les parasitoses intestinales (5%) etc. Ces pathologies peuvent être contrôlées à travers la mise en œuvre à l'échelle, de la PCIME clinique dans les hôpitaux de district. Chez les femmes enceintes la situation des 10 premières causes de morbidité est dominée à 71% par le paludisme, 48% par les parasites intestinaux, 12% par les anémies. Il est à noter que pour les 29 % restants, les IST 4% et le VIH/SIDA 5% contribuent de 9% , ce qui n'est pas à négliger à ce niveau de soins pour cette cible. De ce qui précède, la morbidité chez les femmes enceintes peut être réduite à travers les mêmes mesures retenues pour les CSI et les CMA auxquelles on ajouterait la prise en charge du SIDA dans les UPEC.

De l'analyse de la mortalité intra hospitalière par groupe cible et par type de structure, on constate dans l'ensemble qu'au niveau des CSI/CMA, les principales causes de mortalité intra – hospitalière sont le paludisme, l'anémie, les affections respiratoires, les affections abdominales, le VIH/SIDA, les diarrhées d'origine non spécifiée et la malnutrition. Il en est de même au niveau des hôpitaux de district où l'on dénombre des décès liés principalement au paludisme, au VIH/SIDA, aux anémies et diarrhées (Cf. PDS). Au niveau de l'hôpital régional, les décès intra hospitaliers sont majoritairement dus au VIH/SIDA, au paludisme, aux anémies, à l'hypertension artérielle (HTA) et à la tuberculose pulmonaire (Cf. PRCDS). Pour ce qui est des hôpitaux de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> catégorie, les données n'étant pas accessibles pour tous ces hôpitaux, le cas de l'HCY montre que les traumatismes constituent la cause la plus redoutée des décès à ce niveau.

Selon le groupe cible, le constat est que le paludisme et les anémies représentent les deux premières causes de mortalité tant chez les enfants de moins de 5 ans que chez les femmes enceintes au niveau des CSI et

CMA. En plus de cela :

- ✓ les enfants de moins de 5 ans meurent aussi des pathologies abdominales, des affections respiratoires, de la diarrhée et de la malnutrition ;
- ✓ les femmes enceintes meurent principalement du VIH/sida, des affections respiratoires, de la diarrhée, complications à l'accouchement.

Dans le fonctionnement normal du système de santé, les décès ne devraient pas survenir à ce niveau, sauf en cas d'une arrivée tardive au CSI/CMA, car ces cas de maladies devaient être référés immédiatement à l'HD ; les CSI/CMA n'ayant pas mandat d'hospitaliser. Toutes ces causes de mortalité peuvent être réduites à ce niveau par la prise en charge précoce et efficace des cas et l'amélioration du fonctionnement du système de référence/contre-référence.

Au niveau de l'Hôpital de District, on assiste à la même présentation des causes de mortalité décrites pour le niveau des CSI et des CMA, à la différence que le VIH/SIDA commence à être signalé chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes meurent aussi des complications à l'accouchement. A cet effet, la réduction de la mortalité à ce niveau passera par la complémentarité avec les mesures préconisées pour le CSI et le CMA, notamment l'adéquation du plateau technique conformément au Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Le recours à l'hôpital régional par l'hôpital de district reste valable pour assurer le pronostic vital. Ceci démontre une fois de plus l'importance du volet transport dans la fonctionnalité et l'efficacité du système de référence/ contre- référence dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle.

Des causes de mortalité recensées au niveau de l'hôpital de district sont aussi signalées au niveau de l'hôpital régional à des proportions variables. On note plus particulièrement à l'hôpital régional :

- ✓ l'apparition des causes néo natales, la méningite et la tuberculose pulmonaire chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ l'absence de paludisme comme cause principale de décès chez les femmes enceintes, l'augmentation de l'hypertension artérielle, le diabète et hépatites B chez les mères.

Pour ce niveau, ce profil requiert des soins plus spécialisés nécessitant un plateau technique plus adéquat. La surveillance épidémiologique, coordonnée par la Direction de la Lutte contre la Maladie, est opérationnelle au niveau de chaque District de Santé. Elle s'appuie sur la notification hebdomadaire des cas en ce qui concerne les MAPE, et bénéficie de l'appui du projet SURVAC.

Certaines maladies au Cameroun font l'objet d'une surveillance sentinelle : le VIH-SIDA, la syphilis, les diarrhées à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans, les méningites à hémophiles influenzae B (HiB) et à pneumocoque et les gripes humaines. Cette surveillance permet d'avoir une image de leurs tendances spécifiques ou globales.

La surveillance sentinelle des gripes humaines est assurée par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) depuis 2007 et les laboratoires John Hopkins University-Global Viral Forecasting Initiative (JHU-GVFI) depuis 2009. Au total, 45 sites sentinelles sont fonctionnels dans le pays. Depuis l'avènement de la grippe pandémique A(H1N1) en avril 2009 jusqu'au 31 juillet 2010, 57 cas confirmés ont été enregistrés dans le cadre de cette surveillance sentinelle mise en place.

La surveillance sentinelle des diarrhées à Rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans puis des méningites à HiB et pneumocoque quant-à elle, est assurée par le Centre Mère-Enfant de la Fondation Chantal Biya, les analyses des prélèvements s'effectuant au CPC. A ce jour, des 1649 cas suspects cumulés de méningite à HiB enregistrés, 57 cas ont été confirmés et des 779 cas suspects cumulés de diarrhée à rotavirus enregistrés, 264 cas ont été confirmés.

## E. ORGANISATION DU SYSTÈME SANTÉ

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS, le système national de santé reste structuré en trois niveaux à savoir le niveau opérationnel, niveau régional et niveau central.

**Tableau 1 : Les différents niveaux du secteur santé**

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
<b>Central</b>	- Services centraux du Ministère de la Santé Publique - Services centraux des secteurs apparentés	- Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés	Conseil national de la santé, d'hygiène et des affaires sociales
<b>Intermédiaire</b>	Délégations Régionales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Régionaux et assimilés Polycliniques	Fonds spéciaux Régionaux pour la promotion de la santé
<b>Périphérique</b>	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	- Hôpital de District - Cliniques - CMA - CSI - SSPE	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Stratégie Sectorielle de Santé 2001- 2015

Ce système national de santé s'articule en trois sous-secteurs :

- ✓ Un sous-secteur public qui comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d'autres départements ministériels à l'instar de ceux en charge de la Défense, du Travail et de la Sécurité Sociale (à travers la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale), des Enseignements Secondaires, de l'Enseignement Supérieur, de l'Administration Pénitentiaire, de la Sureté Nationale, etc.

- ✓ Un sous-secteur privé qui regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions

religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.

✓ Un sous-secteur de la médecine traditionnelle dont la structuration et la réglementation sont en cours, sous la conduite du MINSANTE. Plusieurs problèmes minent encore cette composante du secteur santé, notamment la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne, la non structuration de la profession de tradipraticien, l'analphabétisme de la plupart des tradipraticiens, la mystification des pratiques et l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.

L'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré des grands efforts de création, de construction/équipement des formations sanitaires et l'existence désormais d'un document de stratégie nationale de technologie de la santé. Ceci est dû notamment à une inégalité de leur répartition, elle-même découle de l'inexistence d'une carte sanitaire nationale, de la vétusté de la plupart des infrastructures et équipements et de l'insuffisance de leur maintenance.

La mise à jour du capital physique pour l'offre des services et soins en 2010 est résumée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 : Offre de service et de soins**

Régions	Population 2010	Superficie (km <sup>2</sup> )	Densité	AS	CSI public	CS privé	CMA	HD	DS	Pharmacies privées	Ratio pop/CSI public	Ratio pop/CMA	Ratio pop/HD	Ratio pop/DS
ADAMAOUA	1 015 622	63 701	15,9	74	92	32	12	6	8	10	11 039	84 635	169 270	126 953
CENTRE	3 525 664	68 953	51,1	296	370	201	36	28	29	101	9 529	97 935	125 917	121 575
EST	801 968	109 002	7,4	100	120	37	8	14	14	5	6 683	100 246	57 283	57 283
EXTREME-NORD	3 480 414	34 263	101,6	203	260	48	15	24	28	13	13 386	232 028	145 017	124 301
LITTORAL	2 865 795	20 248	141,5	158	151	111	12	18	18	107	18 979	238 816	159 211	159 211
NORD	2 050 229	66 090	31	96	152	30	3	14	15	16	13 488	683 410	146 445	136 682
NORD	1 804 695	17 300	104,3	172	181	82	22	16	18	12	9 971	82 032	112 793	100 261
OUEST	1 785 285	13 892	128,5	230	256	127	18	19	20	33	6 974	99 183	93 962	89 264
SUD	692 142	47 191	14,7	128	145	42	17	9	10	12	4 773	40 714	76 905	69 214
SUD-OUEST	1 384 286	25 410	54,5	130	161	50	12	16	18	22	8 598	115 357	86 518	76 905
<b>TOTAL</b>	<b>19 406 100</b>	<b>466 050</b>	<b>41,6</b>	<b>1587</b>	<b>1 888</b>	<b>760</b>	<b>155</b>	<b>164</b>	<b>178</b>	<b>331</b>	<b>10 279</b>	<b>125 201</b>	<b>118 330</b>	<b>109 023</b>

**Source : MINSANTE/DEP 2010.**

Sur l'ensemble des Centres de Santé fonctionnels des sous-secteurs public et privé à but non lucratif, 79 % sont du public, 21% sont privés à but non lucratif. Quant aux hôpitaux toutes catégories confondues, 65% sont du public et 35% du privé à but non lucratif. Il est à noter que ces résultats ne prennent pas en compte les formations sanitaires des ministères apparentés prestataires des soins de santé.

Le sous-secteur privé à but lucratif a connu depuis 2002 une augmentation significative du nombre des pharmacies d'officines privées, marquant la volonté du gouvernement d'améliorer l'accès des populations aux médicaments de qualité. De nombreuses structures de soins dénommées GIC santé et plusieurs cabinets de soins ont malheureusement vu le jour sans obtention préalable d'un agrément du MINSANTE, échappant ainsi à son contrôle.

## **II. ETAT DES LIEUX DU DOMAINE ET DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE**

Dans cette section, le domaine des RHS et son environnement externe sont décrits sous trois angles : celui des bénéficiaires ou cible des activités du domaine, celui des acteurs majeurs du domaine et enfin celui de l'environnement externe.

### **A. SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ COMME BÉNÉFICIAIRES DU DOMAINE ET CIBLE DES ACTIONS DE DÉVELOPPEMENT**

Les futurs bénéficiaires de ce plan stratégique doivent être présentés à travers leurs principales caractéristiques. Il importera ensuite d'apprécier leurs possibilités d'accès et leur utilisation des produits et services qui leur sont destinés, ainsi que le degré de satisfaction de leurs besoins de développement.

#### **1. Caractéristiques des ressources humaines pour la santé**

Les RHS peuvent être décrites avec un certain nombre d'indicateurs :

- ✓ Les effectifs et la densité des personnels
- ✓ La répartition des personnels
  - Par qualification
  - Selon leur distribution géographique
  - Par âge
  - Par sexe
  - Par secteur institutionnel
- ✓ Identification des lacunes

##### **1.1. Effectifs et densité des personnels**

###### **• Effectifs globaux**

L'effectif global des personnels recensés dans le secteur de la santé est de 38 207 personnels en 2011. Cet effectif se compose de 25 183 personnels, soit environ 66 % relevant du sous-secteur public et de 13 024 personnels, soit 34 %, pour les autres composantes du sous-secteur privé. Sur l'effectif du sous-secteur privé, le privé confessionnel domine avec près de 55 % de l'ensemble des personnels.

## • Ratio personnels/population

Les données démographiques de 2010 font état de 19 406 100 habitants pour l'ensemble du pays. Les effectifs pour le corps des médecins sont de 1 842 personnels et ceux du personnel du corps des Infirmiers, y compris les Aides- soignants et assimilés s'évaluent à 18 954 personnels. Sous cet angle, le ratio médecin/ population est de 01 médecin pour 10 535 habitants et 01 infirmier pour 1 023 habitants.

Cependant, si l'on ne considère que les effectifs du grade de médecin et ceux du grade d'infirmier, y compris les sages- femmes, l'on se situe à une densité de 1,07 personnels pour 1000 habitants, ce qui est en deçà de la densité minimale définie par l'OMS, soit 2,3 médecins, infirmiers, sages- femmes pour 1000 habitants nécessaire pour une offre de services et de soins de santé appropriée (*OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2006*).

### 1.2. Répartition des personnels selon la qualification professionnelle

Le corps des infirmiers constitue près de 50 % des effectifs de l'ensemble du secteur de la santé. Les personnels médicaux, généralistes et spécialistes confondus, forment un peu plus de 4 %. La proportion du personnel d'appui est également importante, soit 17 % de l'effectif, suivie de celle des paramédicaux qui constituent plus de 11 % de l'effectif global.

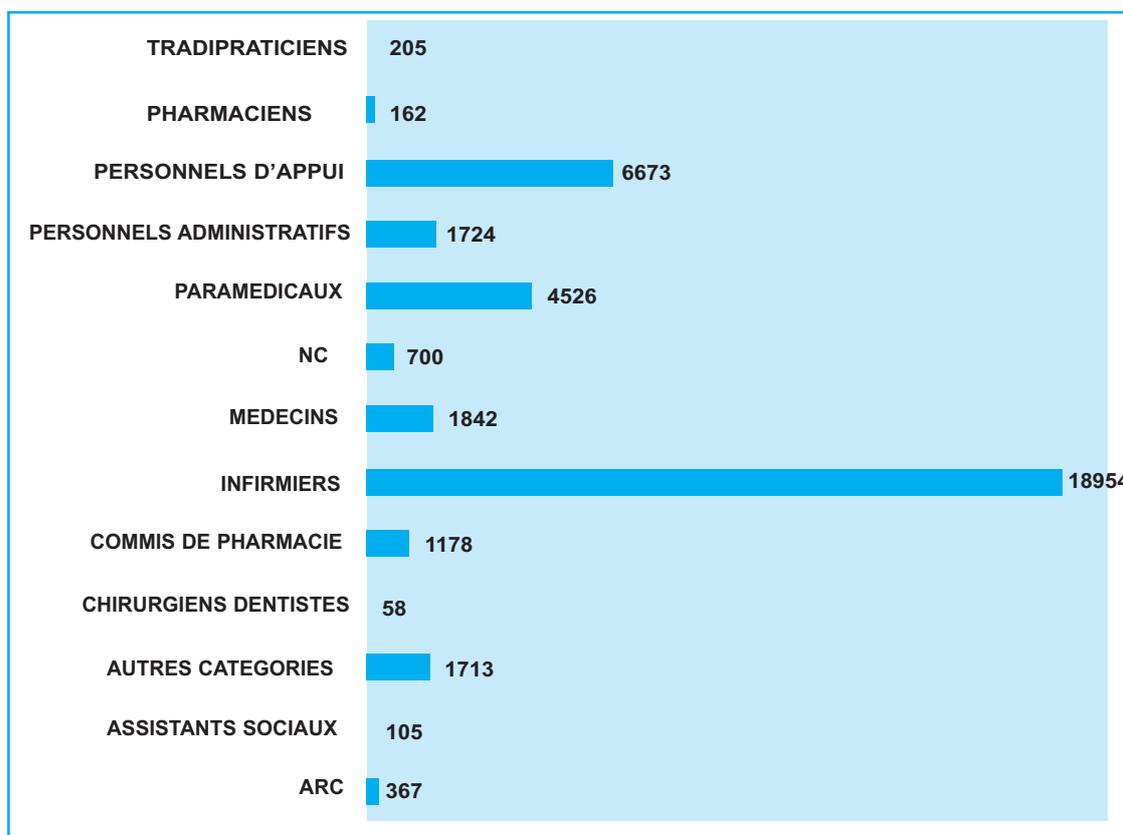
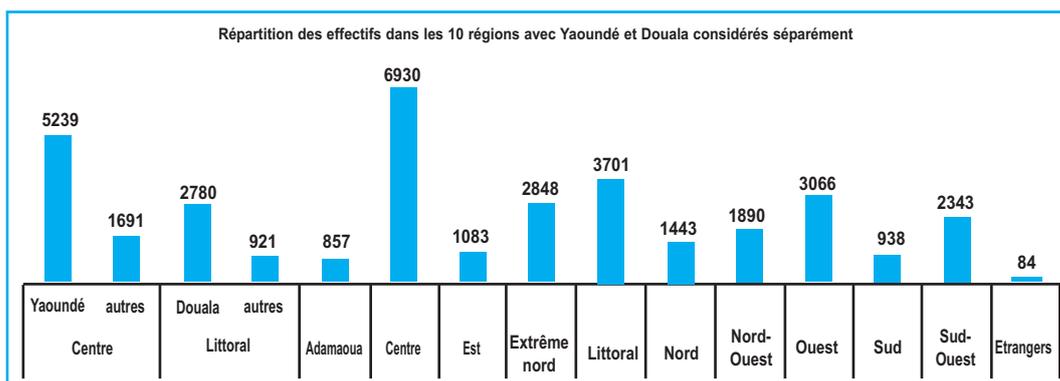


Figure 1: Répartition des personnels selon la qualification professionnelle

Les ARC et les tradipraticiens n'étaient pas visés par le recensement. Les quelques données y relatives sont issues des fichiers collectés au niveau des Régions.

### • Répartition géographique des personnels

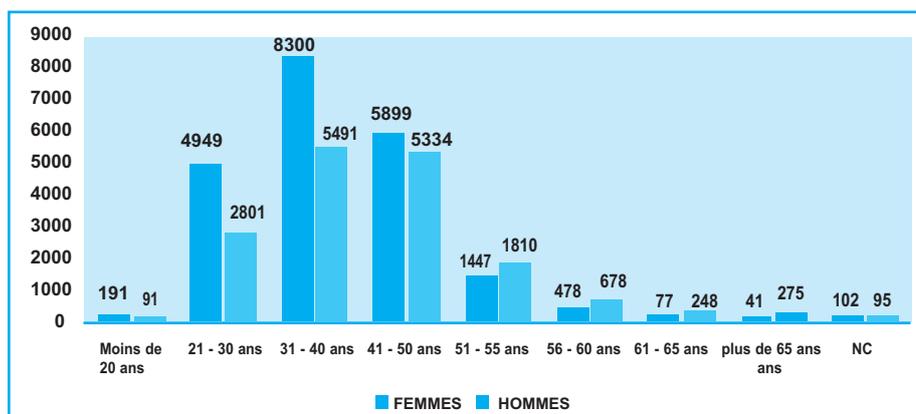
Les Régions du Centre, abritant la capitale politique, du Littoral, où se situe la capitale économique, et de l'Ouest sont les mieux dotées en personnels de santé, soit respectivement environ 24 %, 18 % et 13 %, ce qui représente 55 % de l'ensemble des effectifs pour 42 % de la population nationale. Toutefois, les villes de Yaoundé et de Douala disposent chacune de plus de 75 % des personnels exerçant dans le Centre et le Littoral.



**Figure 2: Répartition des effectifs dans les 10 régions avec Yaoundé et Douala considérés séparément**  
 (\*) Etranger désigne les personnels en stage ou en mission à l'étranger pendant la période et recensés à travers le site internet de l'Observatoire national des RHS.

### • Répartition des personnels par âge et par genre

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



**Figure 3: Répartition des personnels par âge et par genre**

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

#### • Répartition des personnels selon le secteur institutionnel

La distribution de l'effectif total est de l'ordre de 25 183 personnels, soit environ 66 % pour le public et 13 024 personnels pour les autres composantes du sous- secteur privé, soit 34 %. Sur l'effectif du sous- secteur privé, le privé professionnel domine avec près de 55 % de l'ensemble des personnels.

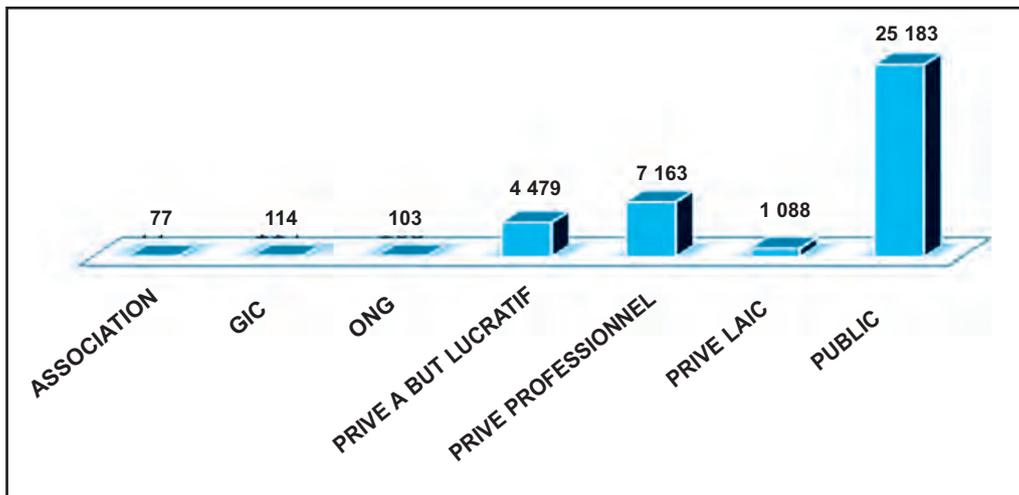


Figure 4 : Répartition des personnels selon le secteur institutionnel

#### • Identification des lacunes

L'effectif de médecins évalué à 1842 personnels en 2011, dont 75% de généralistes et 25 % de spécialistes, est réparti de manière assez déséquilibré au plan national, avec de fortes concentrations dans le Centre, le Littoral et l'Ouest, dotés respectivement de 27%, 17 % et 6 % de médecins disponibles.

Compte tenu du nombre d'institutions de formation actuellement fonctionnelles, la production prévisionnelle de médecins généralistes à l'horizon 2016 est de 2480 personnels. En revanche, il demeure un besoin considérable en médecins spécialistes, notamment dans les filières de médecine nucléaire et radiothérapie, anesthésie-réanimation et médecine d'urgence, santé publique, psychiatrie, l'anatomopathologie, l'oncologie, la pneumologie...

Par ailleurs, dans les catégories médico- sanitaires, les Sages- Femmes, les infirmiers spécialisés en santé mentale, ophtalmologie, anesthésie- réanimation et les techniciens médico- sanitaires demeurent les catégories les plus déficitaires. Le besoin est en outre patent en cadres infirmiers, particulièrement pour assurer la formation initiale des personnels de santé dans les institutions de formation, tel que détaillé dans la partie consacrée à l'estimation des besoins en personnels.

## 2. Besoins, attentes et demande des personnels de la santé par rapport aux actions de développement

Comme tous les êtres humains, les personnels de la santé ont des besoins objectifs et subjectifs. Ils ont également des demandes exprimées, potentielles et même parfois déviantes. Comme tous les travailleurs, ils sont en droit d'attendre de la part de leurs employeurs un degré significatif de satisfaction de leurs besoins, notamment en ce qui concerne leur développement.

### 2.1. Définition des termes :

✓ **Le besoin** correspond à une sensation de manque, d'inconfort ou de privation, qui est accompagné par l'envie de la faire disparaître par un comportement économique et/ou social menant à un mieux-être.

✓ **L'attente d'un usager** est le fait de compter sur ce qu'il souhaite obtenir ou voir se réaliser concernant la nature des services offerts par l'établissement, leur qualité et la manière dont ils sont délivrés. Elle est étroitement liée à la représentation qu'il se fait de ce que doit proposer un établissement, de ce qu'est un service de qualité, sans forcément l'exprimer explicitement.

✓ **La demande** exprime la volonté de l'utilisateur d'obtenir telle ou telle modification du service qui lui est proposé. Issue du langage économique (offre/demande), elle situe l'utilisateur comme un consommateur à qui on propose une offre, plutôt que comme un citoyen à qui on propose un service. Bien souvent, les individus demandent ce qu'ils connaissent déjà, ce qui réduit le champ des possibles.

✓ **La satisfaction** désigne l'appréciation du citoyen, de l'utilisateur en regard d'une prestation de services qui répond plus ou moins à ses désirs, à ses attentes.

Les besoins, les attentes et la demande des personnels de santé se cristallisent autour de leur développement avec, comme piliers :

- ✓ l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie
- ✓ la possibilité d'évoluer dans la carrière
- ✓ l'accès facile aux produits et services
- ✓ l'équité et le respect des droits des travailleurs
- ✓ la protection professionnelle et la protection sociale (couverture maladie)
- ✓ la possibilité d'interaction avec l'employeur à travers le dialogue social

Or, tout ceci n'est possible qu'à travers une bonne gouvernance des RHS.

### 2.2. Esquisse d'analyse de l'état de satisfaction des besoins, attentes et demandes des RHS au Cameroun

Faute d'une enquête de satisfaction spécifique auprès des RHS, l'état des lieux s'appuie sur des données issues du recensement général des personnels du secteur de la santé de 2011. Ce recensement a permis de recueillir les intentions de mobilité géographique de la part des personnels ainsi que les motifs y relatifs. Ces données ont été exploitées pour alimenter l'esquisse d'analyse de l'état de satisfaction des besoins, des attentes et demandes des RHS.

## 2.2.1- Conditions de travail et de vie des RHS

Les conditions de travail des personnels de santé renvoient à divers éléments d'appréciation que sont les équipements, les infrastructures, le climat interne, le niveau de sécurité, les conditions d'encadrement administratives et techniques... Force est de constater que, dans le domaine de la santé marqué par l'évolution constante des technologies et des pratiques de soins, une grande partie des RHS travaillent dans un contexte d'insuffisance et/ou de vieillissement des plateaux techniques, d'isolement faute d'un encadrement adéquat, d'enclavement du fait de l'accessibilité géographique de certaines zones du pays, d'insuffisance de formations supplémentaires et de prise en charge sanitaire....

S'agissant des conditions de vie, le pouvoir d'achat des RHS est largement en-deçà du coût de la vie auquel font face les travailleurs, en raison des effets néfastes des baisses drastiques des salaires de 1992 et 1993, et de la dévaluation du FCFA intervenue en 1994. Aujourd'hui, les mouvements majeurs de revendication portent essentiellement sur la revalorisation et l'augmentation des salaires.

La question salariale ne constitue pas le seul motif de démotivation des travailleurs de la santé.

Parmi les principaux facteurs, on peut aussi citer :

- Les conditions de vie (cohésion sociale, infrastructures socio-éducatives, confort, coût de la vie, insécurité...);
- Les barrières culturelles ;
- Certaines mesures administratives (affectation arbitraire, non-respect des textes réglementaires en matière de gestion des carrières).

Il est alors aisé de comprendre les raisons pour lesquelles ces professionnels pointus ne veulent pas aller hors des grandes villes, mais portent leur préférence sur l'exercice privé de la médecine, se font coopérer par des projets ou partent pour l'étranger.

### • **Système de rémunération**

Le système de rémunération des RHS se distingue par des disparités notables, à qualifications égales, selon que l'on est employé dans le public, le parapublic ou le privé et, au sein du public, en fonction du statut de fonctionnaire ou de contractuel, ou encore personnel de santé ou personnel administratif. Par ailleurs, dans le privé, il convient encore de distinguer les structures de grande envergure à des organisations de taille modeste.

Les clivages ainsi observés entraînent la mobilité de personnels entre ces divers types de structures d'une part, et l'emploi d'un même personnel dans des organisations différentes d'autre part. C'est le cas des personnels du sous-secteur public qui, du fait de la souplesse des emplois de temps ou du respect insuffisant du temps de travail se font recruter à temps partiel dans des structures privées. La mobilité du privé vers le public est le fait des employés des petites structures qui opèrent cette migration, soit pour des raisons liées au niveau de salaires, soit pour la garantie de stabilité de l'emploi. Ces différences de salaires sont source de frustration à différents niveaux, selon le contexte décrit plus haut.

## • Primes et gratifications

Les dispositions du Statut général prévoient les droits et les obligations des travailleurs de la Fonction Publique. Et le Statut particulier s'appuyant sur le statut général précise les avantages spécifiques aux fonctionnaires des corps de la santé publique. En application à ces textes, le décret n° 2002/042 du 4 février 2002 fixant les modalités d'attribution et le montant des primes allouées aux fonctionnaires des corps de la Santé Publique arrête en son article 1er une liste de trois primes susceptibles d'être versées aux agents de la santé, à savoir les primes de technicité, de santé publique et d'astreinte. Ce décret exclut les professionnels autres que ceux appartenant aux corps de la santé publique, bien qu'exerçant au Ministère de la Santé publique.

En outre, des gratifications sont accordées aux agents de l'Etat au niveau central et déconcentré. Cependant, ces gratifications destinées à la rémunération de la performance sont distribuées sans tenir compte de cette exigence et selon la seule discrétion du chef hiérarchique en charge de leur gestion.

## • Quotes- parts

L'arrêté N°003/MSP/CAB du 16 novembre 1994 fixe les modalités d'attribution des quotes-parts à certains personnels médicaux et para- médicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques. Les quotes- parts désignent la prime octroyée aux personnels de santé exerçant dans les formations sanitaires. Elles sont issues du prélèvement d'une proportion des recettes générées par la formation sanitaire. De ce fait, leur importance est fonction de la catégorie, de la taille de la structure de santé, de son plateau technique, de sa localisation géographique, du taux d'utilisation de ses services et surtout du mode de management en vigueur.

La répartition des quotes- parts est diversement appréciée par les personnels de santé dans les différentes formations sanitaires au niveau national. Des mouvements d'humeur émanant de l'allocation des quotes-parts ont été relayés par des organisations syndicales nationales au motif de l'absence de clarté dans la clé de répartition appliquée, de la faible implication des délégués du personnel dans la répartition des quotes-parts, de l'insuffisance des montants attribués par rapport aux recettes réelles de la formation sanitaire, de la non prise en compte de critères de performance des personnels pour la détermination des montants accordés à ceux- ci et de la non attribution des quotes- parts aux personnels administratifs en dépit de leur contribution à l'offre de services au sein de la formation sanitaire.

En somme, la quote- part, outil potentiel d'incitation à la performance et à l'amélioration des services dans les structures de santé, semble inadéquatement exploitée du fait des insuffisances liées au management et à la gouvernance. Dans certaines structures de santé en effet, la quote- part est l'une des causes d'insatisfaction des personnels, se muant ainsi en un facteur contre-productif. Les formations sanitaires identifiées comme des modèles de gestion des quotes- parts sont aussi celles où le climat social s'avère plus serein. Ainsi, le gouvernement a retenu pour le compte de la feuille de route 2012 du Ministère de la Santé Publique l'activité consistant à redéfinir les modalités d'attribution des quotes- parts dans les formations sanitaires publiques.

## • Distinctions honorifiques

Au titre des incitations non financières, les récompenses prévues pour les fonctionnaires sont de plusieurs types et relèvent de différentes autorités en fonction de leur importance :

- ✓ La lettre d'encouragement et la lettre de félicitations sont adressées par le Gouverneur ou le Ministre utilisateur au fonctionnaire, sur proposition de son supérieur hiérarchique.
- ✓ Le témoignage officiel de satisfaction et la mention honorable sont décernés par le ministre en charge de la fonction publique après avis du ministre utilisateur.
- ✓ Le diplôme d'excellence est attribué par le Premier Ministre.
- ✓ L'honorariat est conféré par Décret du Président de la République après proposition du Premier Ministre.

Les fonctionnaires appelés à faire valoir leurs droits à la retraite et qui durant leur carrière ont au moins reçu une mention honorable ou un diplôme d'excellence peuvent se voir conférer la distinction « honoris causa ».

Le témoignage officiel de satisfaction, la mention honorable et le diplôme d'excellence donnent droit à l'avancement d'échelon.

Les distinctions honorifiques décernées par la grande chancellerie des Ordres nationaux sont une forme d'incitation non financière et de valorisation des personnels. Leur attribution dépend de l'initiative personnelle de l'employé. Le dossier de demande de médaille est constitué par le personnel et adressé aux instances compétentes avec l'avis motivé de la hiérarchie du MINSANTE. L'on note néanmoins que le nombre annuel de bénéficiaires reste assez limité, en partie du fait d'une connaissance insuffisante des procédures y relatives par les personnels, notamment ceux n'exerçant pas au niveau central.

## • Promotion à des postes de responsabilité

La promotion à des postes de responsabilité devrait obéir au profil des emplois défini dans le Statut particulier des personnels des corps de la santé. Les conditions de grade et d'ancienneté à remplir pour accéder à un poste de responsabilité y sont décrites, du rang de chef de bureau à celui de secrétaire général. Dans la pratique, cette évolution n'est pas strictement respectée. Il est courant de rencontrer, à des échelons inférieurs, des cadres plus gradés que leurs supérieurs hiérarchiques, ce qui est à l'origine des conflits d'autorité dans les services. Pour corriger ces insuffisances, le gouvernement a instruit en 2011 la révision des cadres organiques des départements ministériels, dont celui du Ministère de la Santé Publique.

## • Logements d'astreinte

L'une des voies d'amélioration des conditions de travail des personnels de santé consiste à construire des logements d'astreinte dans les formations sanitaires. Cette mesure, qui contribue également à maintenir les personnels à leurs postes de travail couvre insuffisamment les besoins exprimés dans ce sens.

## • Accès aux commodités de base : eau, électricité, moyens de déplacement et de communication

Les installations d'eau, d'électricité et la mise à disposition des moyens de déplacement et de télécommunications font partie des éléments de base pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Il est à noter que ces services ne relèvent pas de la compétence du Ministère de la Santé Publique pour faire l'objet de la politique globale d'implantation des structures de santé. Toutefois, depuis quelques années, les dispositions font des adductions d'eau et d'électricité des éléments du package de création de nouvelles structures. Mais, nombreuses sont encore les formations sanitaires des zones rurales dépourvues de ces commodités de base.

### 2.2.2- Possibilités d'évolution dans la carrière

Le corps des médecins comprend un cadre unique (le cadre des médecins, catégorie A), le cadre des médecins comporte un grade unique (le grade de médecin), et le grade de médecin est constitué de 4 classes accessibles sur la base de l'ancienneté. Cette structuration traduit la non prise en compte de la spécialisation médicale comme une évolution dans la carrière. En effet, le médecin spécialiste ne bénéficie que d'une légère bonification d'échelon. Au niveau de l'enseignement supérieur, surtout pour les médecins qui font carrière dans la filière hospitalo-universitaire, la situation n'est pas différente non plus.

Pour les personnels médico- sanitaires, le cadre général de déroulement de la carrière des personnels de santé existe. Il précise les modalités d'avancement indiciaire, de changement des échelons et de grade. Le statut particulier des personnels des corps de la santé prévoit l'évolution de l'agent du début de sa carrière jusqu'à la fin, ainsi que les conséquences au plan financier de cette évolution. A titre d'exemple, pour un Technicien Médico- Sanitaire, l'évolution de carrière prévue dans le Statut particulier des personnels des corps de la santé peut s'opérer par concours professionnel après 05 ans, il peut accéder au grade de :

- ✓ Ingénieur des Travaux Médico- Sanitaires, catégorie A1 ;
- ✓ Puis, au grade d'Ingénieur Médico- Sanitaire, catégorie A2.

Au plan individuel, cette évolution est déterminée par les performances individuelles (réussite à un concours professionnel, formations supplémentaires diplômantes ou qualifiantes ...) et les avancements peuvent se faire, soit sur la base des notations annuelles, soit par la reconnaissance des compétences acquises (reclassement).

S'agissant des personnels administratifs et des personnels d'appui les dispositions en termes d'évolution de carrière sont quasi inexistantes. En dehors des avancements d'échelon dont peuvent bénéficier les personnels administratifs et d'appui en fonction des catégories, il n'est pas prévu d'évolution dans le grade pour ces types de personnels. Seules les promotions aux postes de responsabilité peuvent leur conférer une mobilité verticale dans le secteur de la santé.

### **2.2.3- Equité et respect des droits des travailleurs**

- **Textes en vigueur**

Le Statut général de la fonction publique, le code du travail complété dans certains cas par des conventions collectives définissent les obligations mais aussi les droits des personnels. Des instances de recours, notamment des organes spécifiques de la fonction publique et les inspections du travail sont mises en place pour permettre la prise en compte et le respect des droits des travailleurs. Cependant, bien de dispositions réglementaires restent méconnues des personnels du fait d'une faible diffusion des textes garantissant la protection de leurs droits.

A titre d'illustration, l'arrêté n° 0006437/CAB/MINFOPRA du 21 septembre 2000 fixant les modalités de l'action récursoire garantit la protection du personnel de l'Etat pour certaines fautes commises dans l'exercice de ses fonctions. Il en est de même pour un bon nombre de dispositions prévues dans le statut général de la fonction publique, ainsi que dans des textes particuliers.

- **Respect des textes**

Le constat général est que, pour l'essentiel, les textes existent pour les dispositions de base en faveur des personnels de santé, mais le problème est celui de la mise en application systématique desdits textes qui souffre généralement de l'asymétrie informationnelle. D'une manière générale, la gestion des conflits et des contentieux obéit à des dispositions qui seront développées dans les sections suivantes.

### **2.2.4- Protection professionnelle et protection sociale (couverture maladie)**

- **Interventions santé et sécurité au travail au bénéfice des RHS**

L'arrêté n°15-MTPS-IMT du 15 octobre 1979 fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail. Cependant, il convient de mentionner d'une part la rareté de spécialistes en médecine du travail au Cameroun, d'autre part la faible application des mesures y relatives, principalement dans les structures du sous- secteur public. La liste des maladies professionnelles se caractérise par sa vétusté en dépit de l'émergence de nouvelles affections dues au milieu et aux conditions de travail. Par ailleurs, les évolutions en ergonomie militent en faveur de la promotion de la santé et de la sécurité au travail qui demeure un service peu accessible pour la majeure partie des RHS, aussi bien dans les services administratifs que dans les structures de soins où l'exposition aux affections nosocomiales est très forte.

- **Protection sociale des personnels de la santé (couverture maladie)**

Le décret n° 78-547 du 28 décembre 1978 fixe les modalités de prise en charge des prestations en nature aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Parmi les éléments de salaire figure des retenues au titre de la pension d'invalidité et de vieillesse. Il demeure néanmoins des insuffisances dans la mise en oeuvre de la prise en charge de la maladie, y compris pour les professionnels de santé,

dans un contexte où l'accès aux soins reste globalement conditionné par le paiement direct émanant du patient. L'inexistence des mutuelles et de l'assurance maladie, surtout pour les personnels de santé des structures publiques, limite l'accès à la couverture maladie.

### **2.2.5. Possibilité d'interaction avec l'employeur à travers le dialogue social**

Les cadres d'échange entre les employeurs et les personnels de la santé sont des instances de discussion sur des sujets qui contribuent à l'amélioration des conditions de travail et de vie des personnels de santé et par conséquent au relèvement de la qualité des services et des soins de santé. Ces interactions sont impulsées au niveau national par les organisations syndicales et professionnelles.

#### **• Organisation du dialogue social au sein des structures de la santé**

La décision n° 097/MINETPS/CAB du 20 août 2003 portant création, composition et fonctionnement du comité de synergie chargé de la promotion du dialogue social vient renforcer des dispositions antérieures relatives au développement et à la mise en place des structures dialogue à différents niveaux de la pyramide sanitaire, notamment les comités de gestion.

Ces derniers, composés de membres de la communauté, constituent au sein des structures de santé une interface entre les formations sanitaires et les communautés. Les besoins de renforcement des capacités pour les acteurs de la communauté et une définition plus efficace des compétences au sein des comités de gestion pourraient contribuer à améliorer la participation de ces structures au renforcement du dialogue social.

#### **• Syndicats des personnels de la santé**

Les organisations syndicales des personnels de santé se sont illustrées ces dernières années par des mouvements de revendication visant l'amélioration des conditions de travail et du statut des RHS. Il en a résulté des concertations avec les pouvoirs publics et des avancées ont été enregistrées sur plusieurs plans. La titularisation à la fonction publique des personnels de santé en situation précaire dans les formations sanitaires, le projet de révision du statut particulier des personnels des corps de la santé, dans l'optique du relèvement de l'âge de départ à la retraite et de la classification catégorielle des personnels infirmiers, entre autres, découlent desdites concertations.

Il est à noter que le mouvement syndical s'est montré plus actif dans le sous- secteur public et pour la catégorie des personnels médico- sanitaires, notamment travers le Syndicat national des Personnels Médico- Sanitaires et le CAP Santé.

#### **• Ordres professionnels de la santé**

05 ordres nationaux existent dans le secteur de la santé au Cameroun : l'ordre des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens- dentistes, des infirmiers et l'ordre des opticiens. Ces instances chargées de la régulation des professions de santé ont contribué à l'élaboration des études préparatoires au plan de développement des RHS en fournissant les données à leur disposition. La mission de régulation qui

incombe aux ordres professionnels de santé reste fortement tributaire de la disponibilité de moyens matériels et de la collaboration avec les ministères intervenant dans le secteur de la santé.

### **3. Accès et utilisation des produits et services**

#### **3.1- Produits et services offerts aux RHS**

Les RHS sont, selon les circonstances, des usagers des services administratifs ou des patients dans des structures de soins, en ce qui concerne le Ministère de la Santé Publique. Ainsi, s'agissant des produits offerts dans le cadre des services administratifs, les RHS bénéficient des prestations dont mission incombe à la Direction des Ressources Humaines : offre de formation, gestion des dossiers de carrière, prise en solde, information...Le site internet de l'Observatoire national des RHS du Cameroun contribue par ailleurs à la diffusion des informations et des données sur les RHS. Dans ses nouvelles fonctionnalités, des modules interactifs pour l'inscription à des formations, des informations spécifiques ou des mutations élargissent les possibilités d'accès aux services.

Quant aux services de soins, en règle générale, les personnels de santé y ont accès aux conditions requises pour tout autre usager, faute d'application de réglementation en vigueur en la matière.

#### **3.2- Analyse de l'accès aux produits et services**

Les services de type administratif sont pour la majeure partie offerts par le niveau central. Les contraintes géographiques limitent de ce fait l'accès de certains services à des personnels exerçant hors de la capitale du pays. La déconcentration de la gestion des RHS vise à rapprocher les structures administratives des usagers pour qui le coût lié aux déplacements pour le suivi des dossiers ou la quête de l'information est important.

L'accès aux soins de santé à des coûts préférentiels constitue l'une des revendications permanentes des personnels de santé. En l'absence d'un système de mutuelle et d'assurance-maladie l'insatisfaction caractérise l'appréciation globale formulée par les personnels de santé sur ce point.

## **B. OFFRE DANS LE DOMAINE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ**

L'offre dans le domaine des RHS fait référence au dispositif institutionnel et administratif mis en place pour les besoins des personnels, mais aussi aux possibilités de recrutement et de développement offertes aux professionnels du secteur de la santé.

### **1.- Les ressources humaines dans le système de santé du Cameroun**

Dans le système de santé, les RHS représentent un intrant capital, avec les autres ressources (financières, infrastructurelles, informationnelles) pour satisfaire les besoins en santé de la population. Les RHS contribuent grandement à la qualité des produits et services offerts aux populations, notamment dans le domaine des soins.

Cette section décrit l'organisation administrative et les fonctions de gestion des ressources humaines dans le sous-secteur public. Les informations sur le sous-secteur privé sont moins fournies et plus disparates. Elles sont décrites dans la section des parties prenantes.

## **1.1- Organisation administrative**

Au Ministère de la santé, la gestion des RHS incombe à la Direction des ressources humaines qui abrite les fonctions déconcentrées du Ministère de la fonction publique et du Ministère des finances pour les agents de l'Etat. Certains personnels relèvent du Code du travail.

La Direction des Ressources Humaines a été mise en place en 1995. La réorganisation du Ministère de la Santé Publique à travers le Décret n°2002/209 du 19 août 2002 a donné lieu au renforcement de ses missions et à l'extension de ses services. Dans sa structuration actuelle, la Direction des Ressources Humaines est chargée de :

- ✓ la mise en œuvre de la politique de gestion des ressources humaines ;
- ✓ des problèmes généraux de recrutement ;
- ✓ du suivi des programmes de formation initiale et continue des personnels autres que les médecins, chirurgiens –dentistes et pharmaciens ;
- ✓ des problèmes relatifs à la mobilité des personnels et à la préparation des éléments de solde en liaison avec les services concernés et le Ministère des Finances ;
- ✓ du suivi de la carrière du personnel et de la tenue du fichier du personnel.

Elle comprend 03 sous- directions et 01 cellule : **la Sous- Direction des personnels, la Sous-Direction de la Formation, la Sous- Direction de la Solde et la Cellule SIGIPES.**

**La Sous- Direction de la Formation est chargée de :**

- ✓ L'identification des besoins en formation en liaison avec les directions concernées ;
- ✓ L'élaboration, le suivi et la mise en oeuvre des programmes et plans de formation des personnels issus des établissements relevant du Ministère de la Santé Publique ;
- ✓ L'exploitation et la gestion des bourses en liaison avec le Ministère de la Fonction Publique.

**La Sous- Direction des Personnels assume les missions de:**

- ✓ Préparation des dossiers de recrutement des personnels en liaison avec les ministères concernés ;
- ✓ Gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences ;
- ✓ Suivi des problèmes relatifs à la mobilité des personnels ;
- ✓ Préparation des actes administratifs liés à la gestion des personnels ;
- ✓ Mise à jour du fichier du personnel ;
- ✓ Suivi de la carrière des personnels ;
- ✓ Suivi des conditions de travail, discipline et récompenses.

## **Les missions dévolues à la Sous- Direction de la Solde concernent :**

- ✓ La préparation des éléments de la solde en liaison avec les services concernés et le Ministère en charge des finances ;
- ✓ La distribution des documents de la solde ;
- ✓ Le contentieux de la solde en liaison avec la Division des Affaires Juridiques et du Contentieux.

## **La Cellule SIGIPES est chargée de :**

- ✓ L'exploitation et la maintenance des applications informatiques de la DRH, en liaison avec la Cellule informatique ;
- ✓ La centralisation et la mise à jour permanente des fichiers du personnel et de la solde ;
- ✓ La saisie des données relatives à la solde et aux accessoires de solde ;
- ✓ L'édition des documents de gestion du personnel.

## **1.2-Les textes réglementaires**

Ce volet de l'analyse permet de s'appesantir sur l'application effective des textes régissant la carrière des personnels de santé d'une manière générale et sur l'insuffisance d'une réglementation novatrice en faveur de l'amélioration des performances des personnels. L'obsolescence de certains textes, la faible diffusion et l'application insuffisante des dispositions réglementaires en vigueur sont perceptibles. On note entre autres, à titre d'illustration, l'inadéquation entre le niveau des rémunérations et le coût de la vie, la non prise en compte de certains corps de métiers exerçant dans la santé dans l'attribution des avantages accordés aux professionnels de la santé, la précocité de l'âge de départ à la retraite.

S'agissant de l'application insuffisante des textes, l'on pourrait noter que la notation des personnels manque de rigueur et que son impact sur la promotion des personnels n'est pas avéré. Par ailleurs, les dispositions relatives à l'évaluation des performances des fonctionnaires ne sont pas appliquées dans l'ensemble de l'administration publique, en dépit de l'existence d'un texte y relatif.

## **1.3. Capacités de planification et d'élaboration de politique sur les ressources Humaines**

Statutairement, en vertu des dispositions du Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant organisation du MINSANTE, la Direction des Ressources Humaines est chargée de la mise en oeuvre de la politique des ressources humaines. Ses capacités internes de planification et d'élaboration de la politique des RHS demeurent insuffisantes eu égard au nombre limité de cadres spécialisés dans le développement des ressources humaines.

Toutefois, grâce à la collaboration avec les partenaires au développement, l'élaboration du plan stratégique du développement des RHS bénéficie de l'appui technique de l'OMS, de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de santé, avec l'appui financier de l'Agence Française de Développement. Au niveau national, des compétences ont été mobilisées au sein des autres directions du Ministère de la Santé Publique. Par ailleurs, à travers le cadre de coordination et de facilitation sur les RHS mis en place, le Ministère de

l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire contribue avec d'autres parties prenantes ministérielles à l'élaboration dudit plan stratégique.

#### **1.4- Récapitulatifs des recrutements réalisés dans le sous- secteur public de 2002 à 2011**

Les recrutements de personnels de l'Etat dans la Fonction Publique camerounaise sont conduits par le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative (MINFOPRA). C'est à cet effet que sont organisés divers concours et tests de recrutement. Les recrutements spéciaux représentent une autre voie d'accès à la Fonction publique. Les personnels ainsi recrutés sont mis à la disposition des administrations utilisatrices.

Les données récapitulées dans le tableau ci-après sont le résultat de l'analyse des documents de mise à disposition de personnels au Ministère de la Santé Publique durant les dix dernières années.

Il s'est agi de prendre en compte les effectifs et les qualifications professionnelles des personnels reçus par le MINSANTE, tout en mentionnant le motif de cette mise à disposition.

Tableau 3: Récapitulatif du recrutement des personnels de 2002 à 2011

CATEGORIES	ANNEE 2002	ANNEE 2004	ANNEE 2007	ANNEE 2009		ANNEE 2010	ANNEE 2011	
	PPTE 1200	PPTE	PPTE/C2 D	LAUREATS CONCOURS MINFOPRA	EX-TEMPORAIRES	LAUREATS CONCOURS MINFOPRA	LAUREATS CONCOURS MINFOPRA	RECRUTEMENT SPECIAL 25 000
ADMINISTRATION DE LA SANTE PUBLIQUE				32		25	35	0
AGENTS TECHNIQUE MEDICO SANITAIRES		50	198	295	198			344
AIDES SOIGNANTS	108	80	336	709	1934		203	764
CHIRURGIENS DENTISTES		10	10	8			2	7
INFIRMIERS				52	161			
INFIRMIERS ACCOUCHEURS			12	20	63			
INFIRMIERS ANESTHESISTES				12				
INFIRMIERS BREVETES GENERALISTES	98	60	212		276			297
INFIRMIERS BREVETES ACCOUCHEURS	63	60	47		168			
INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT	579	208	634		196			873
INFIRMIERS SPECIALISES	EN ANESTHESIE		11					
	EN SANTE DE REPRODUCTION		9					
	EN SANTE MENTALE		13	1				
INFIRMIERS PRINCIPAUX				574				
INFIRMIERS SUPERIEURS	15	25	41	97	2			137
INGENIEURS BIOMEDICAUX		1	15	5			5	1
INGENIEURS DES TRAVAUX TRAVAUX BIOMEDICAUX				4			5	
INGENIEURS DES TRAVAUX DU GENIE SANITAIRE				5			5	31
INGENIEURS DES TRAVAUX MEDICO SANITAIRES				20			11	
INGENIEURS DU GENIE SANITAIRE			9	5			5	4
INGENIEURS MEDICO SANITAIRES		9	55	20			11	
MEDECINS GENERALISTES	22	20		102	28		43	235
MEDECINS SPECIALISTES	CARDIOLOGUES			3	2		2	38
	NEUROLOGUES						1	
	CHIRURGIEN GENERALISRES			2				
	CHIRURGIENS ORTHOPEDISTES			1				
	CHIRURGIENS UROLOGUE			1				
	GYNECOLOGUES -OBSTETRICIENS				7		1	
	IMMUNO-HEMMATOLOGUES				1		1	
	MEDECINS DE SANTE PUBLIQUE	23			2			
	IMMUNO-HEMMATOLOGUES		23					
	PHARMACIENS							
TECHNICIENS ADJOINT DE LABORATOIRE								
TECHNICIENS DU GENIE SANITAIRE								
TECHNICIENS BIOMEDICAUX								
TECHNICIENS MEDICO SANITAIRES								
TECHNICIENS SUPERIEURS EN SOINS INFIRMIERS								
AUTRES								

De 2002 à 2011, les recrutements des personnels de l'Etat pour le compte du MINSANTE se sont effectués à des rythmes différents :

- ✓ La période des années 90 à 2000 : les seuls personnels recrutés pour le compte du MINSANTE sont les lauréats de l'actuelle Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

- ✓ A partir de 2002 : à la faveur de l'embellie économique et du déficit de plus en plus prononcé en ressources humaine de la santé, les recrutements reprennent, notamment sur fonds PPTE (vague des 1200, vague des 600, vague des 1500). Des concours de recrutement directs sont lancés de même que la contractualisation des personnels ex-temporaires. L'année 2011 est celle qui a été la plus fructueuse avec :

- ✓ le recrutement des lauréats de la 36ème promotion de Médecins Généralistes de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ;
- ✓ la contractualisation des personnels temporaires des formations sanitaires publiques ;
- ✓ le concours de recrutement direct des 12 et 13 novembre 2011 ;
- ✓ le recrutement spécial de 25 000 jeunes diplômés.

Au terme de cette analyse, il ressort que les recrutements n'ont pas été constants pour les dix dernières années que pour les médecins généralistes, lauréats de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

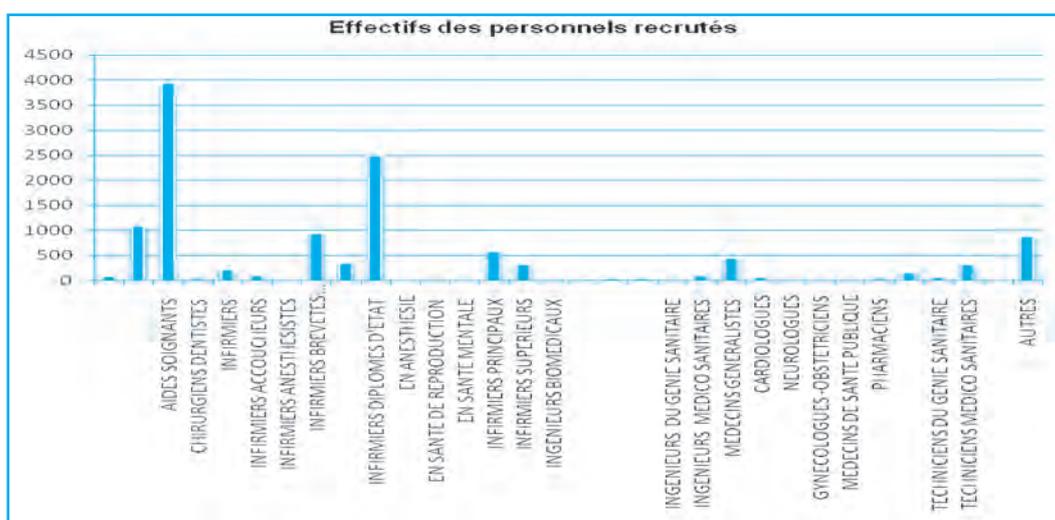
**Tableau 4: Effectif des Médecins Généralistes sortis de la FMSB/UY1**

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Effectifs	73	70	71	86	77	75	93	96	86	96

Les recrutements des autres types de personnels (au total 12 384) ont été moins réguliers, avec des passages à vide en 2003, 2005, 2006 et 2008.

**Tableau 5: Effectif des autres personnels recrutés**

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Effectifs	993	0	600	0	0	1 602	0	2324	25	3458



**Figure 5: Effectif des personnels recrutés par catégories professionnel**

## **1.5- Limites de l'estimation des recrutements effectués**

Cette estimation des recrutements effectués s'est basée uniquement sur les données disponibles à la Direction des Ressources Humaines. Il n'a pas été possible de prendre en compte les personnels recrutés par des structures relevant du MINSANTE mais dotées d'une autonomie de gestion (HGOPY, HGY, HGD, CHUY). De même, les données sur le recrutement dans le parapublic et le privé n'ont pas été recueillies.

## **C- EVALUATION DE L'ATTRITION**

L'attrition des ressources humaines est appréciée à travers les diverses formes de pertes en personnels que sont les départs à la retraite, les décès, les détachements et les migrations vers d'autres pays. Cependant, les données actuellement disponibles permettent de quantifier uniquement les départs à la retraite, des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'ampleur des autres sources d'attrition, notamment l'émigration des personnels de santé et la migration vers d'autres organisations au niveau national.

### **1. Récapitulatif et analyse des départs à la retraite de 2002 à 2011**

Dans le cadre de la gestion des ressources humaines, le souci de pérennisation de l'offre de soin a conduit à une étude sur les départs à la retraite des personnels du MINSANTE. Cette étude a consisté à recueillir les données du SIGIPES (Système Informatique de Gestion Intégré des Personnels de l'Etat et de la Solde) sur les personnels de santé admis à la retraite de 2002 à 2011. Plus précisément, il s'est agi de faire des regroupements dans un tableau en tenant compte du grade, du corps et de l'âge effectif de départ à la retraite. Dans un souci de planification, des prévisions de départ à la retraite à l'horizon 2015 ont également été effectuées.

Le Ministère de la Santé Publique dispose d'un site de SIGIPES contenant les données de carrière des personnels de l'Etat en service dans ce département. Des limites liées à la maîtrise effective de tous les personnels (non immatriculés, contractuels ...) ont amené à l'acquisition d'une autre application de gestion des ressources humaines dénommée CARPE, dont les données plus fournies ont également été exploitées. Toutefois, il convient de noter que cette dernière application, en plus des données SIGIPES, contient celles des personnels nouvellement recrutés, donc non éligibles à la retraite pour la plupart au cours de la période étudiée. A cet égard, les données de l'application SIGIPES ont été exploitées.

Les données SIGIPES de la DRH du MINSANTE montrent qu'entre 2002 et 2011, 7252 personnels sont allés à la retraite. Les corps de la santé sont majoritaires à hauteur de 5225 agents, entraînant un manque important à combler. Les prévisions de départs à la retraite à l'horizon 2015 sont de l'ordre de 4012 personnels dont 3421 personnels de santé.

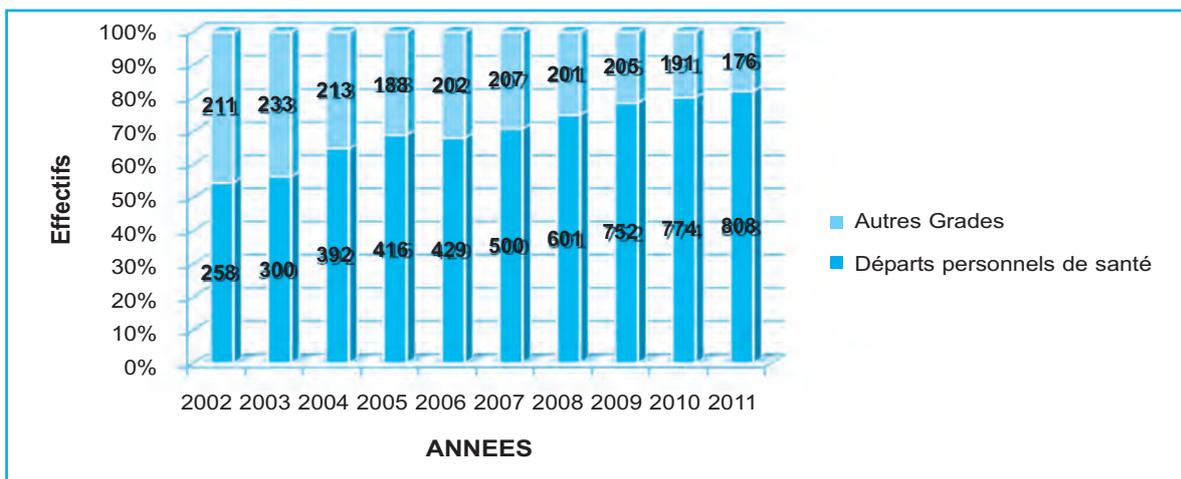


Figure 6: Effectifs de personnels admis à la retraite dans la dernière décennie (2002–2011) (source : SIGIPES)

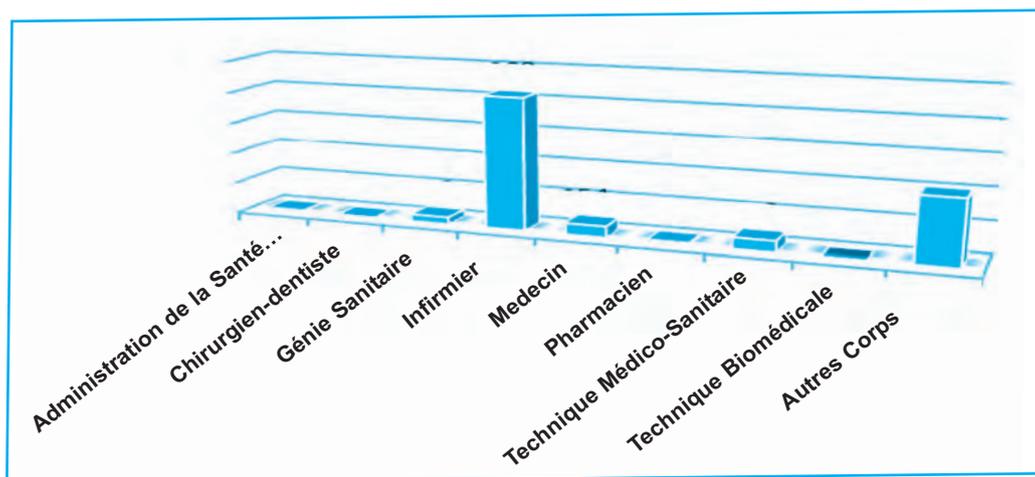


Figure 7: Répartition des personnels admis à la retraite par grade de 2002 à 2011

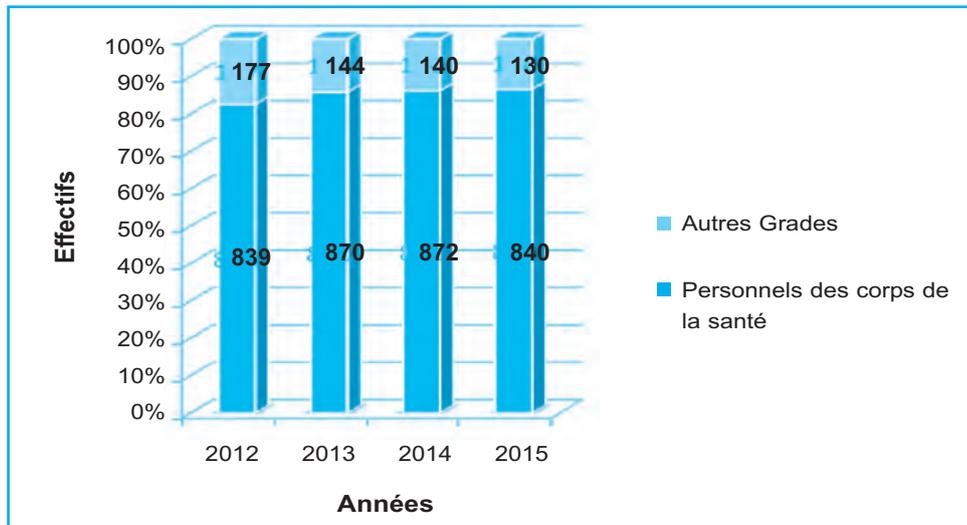


Figure 8: Prévion des départs à l'horizon 2015 (source: SIGIPES)

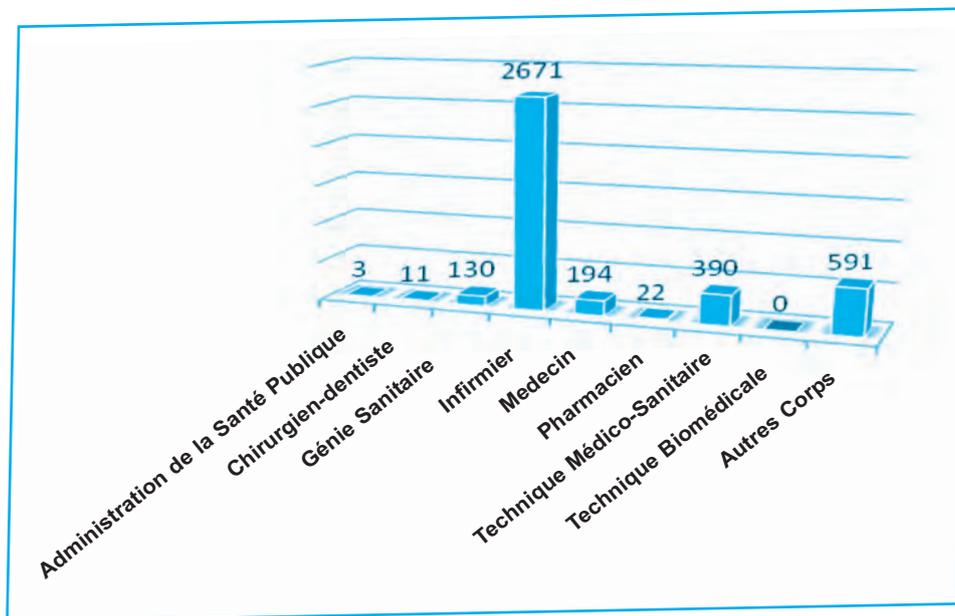


Figure 9: Répartition des prévisions des départs par grade à l'horizon 2015 (source SIGIPES)

L'étude montre qu'au cours de cette décennie, les effectifs de départ par année ont quasiment doublés avec une prépondérance pour les personnels du corps des infirmiers. L'offre de soins souhaitée requiert dès lors une politique de recrutement soutenue étant donné que les projections dénotent un accroissement des départs à la retraite touchant de plus en plus les personnels soignants. Les effectifs des personnels du corps des techniques biomédicales sont nuls du fait du gel de la formation de cette catégorie de personnels en 1990 et de la reprise récente des recrutements dans cette catégorie.

## **2. Migration des personnels de santé**

L'autre facteur d'attrition concerne la migration des personnels de santé du Cameroun. Faute d'études de cohorte permettant d'apprécier les trajectoires des professionnels médicaux et médico-sanitaires formés au Cameroun, les pertes en RHS inhérentes à l'émigration se limitent à des estimations globales pour l'Afrique sub-saharienne et pour le Cameroun, les estimations font état de 10 à 22 % d'intentions de migration pour les professionnels de santé à la sortie des écoles de formation.

## **D. ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNELS**

L'évaluation des besoins en RHS s'est opérée suivant 02 approches. Pour les formations sanitaires relevant du district de santé, les effectifs nécessaires ont été déterminés sur la base du calcul de la charge de travail. Quant aux structures administratives et autres catégories de formations sanitaires, notamment les hôpitaux régionaux, centraux et généraux, l'estimation des besoins s'est faite sur la base du niveau de couverture en personnels observé dans les différents services prévus dans les plans d'organisation et d'effectifs de chacune d'elle.

### **1. Méthodologie d'estimation des besoins en personnels pour les formations sanitaires à l'échelle du district de santé**

L'estimation des besoins en personnels dans les hôpitaux de district a été précédée par des travaux préparatoires notamment :

- ✓ La détermination des normes en personnels par type de formation sanitaire (CSI, CMA, HD) et leur catégorisation en « rural » et « urbain », grâce à l'étude sur la charge de travail.
- ✓ L'analyse de la table des populations couvertes en 2011 par district de santé qui a permis d'aboutir à un seuil de démarcation de:
  - 150 000 habitants pour distinguer l'hôpital de district « urbain » et « rural »,
  - 5000 et 10 000 habitants pour les CSI « ruraux »
  - au moins 25000 habitants pour les CSI « urbains ».

Par la suite les nouvelles normes en personnels ont été appliquées sur les formations sanitaires existantes en fin 2011 (1762 CSI ruraux, 39 CSI urbains, 181 CMA, 144 HD ruraux, 39 HD urbains). Puis cette même norme a été utilisée sur les 133 CSI et 24 HD tous ruraux à construire à l'horizon 2015 afin que chaque aire de santé dispose d'un CSI de référence et chaque district de santé d'un HD. Par convention, toutes les nouvelles formations sanitaires à construire sont classées « rurales». En additionnant les deux agrégats, on obtient un effectif issu de l'application de la nouvelle norme dont on soustrait l'effectif actif en 2011 pour obtenir les besoins à l'horizon 2015.

Cette méthodologie ne s'applique pas aux Services de Santé de District dont les besoins sont déterminés en comparant l'effectif prévu par le cadre organique à l'effectif recensé.

**Tableau 6 : Besoins en personnels par catégorie professionnelle à l'horizon 2015 dans les formations sanitaires de l'échelle du district de santé**

Catégories professionnelles		Total à prévoir à l'horizon 2015 sans prise en compte des pertes	
<b>Médecins spécialistes</b>	Pédiatre	197	587
	Chirurgien	199	
	Gynécologue	191	
<b>Médecin Généraliste</b>		558	558
<b>Chirurgien-dentiste</b>		188	188
<b>Infirmiers</b>	Infirmier Supérieur ou TSSSI	1183	9403
	IDE / IDE SPECIALISES	3723	
	Sage-femme / ISSR	1237	
	AS	3260	
<b>Paramédicaux</b>	Technicien génie sanitaire	231	3468
	TMS Odontostomatologie	393	
	TMS analyses médicales	654	
	TMS radiologie imagerie médicale	626	
	TMS pharmacie	217	
	TMS kinésithérapie	222	
	ATMS	918	
	Technicien maintenance biomédicale	207	
<b>Commis de pharmacie (CSI, CMA)</b>		1304	1304
<b>Assistant(e) social(e)</b>		173	173
<b>Personnel administratif</b>	Comptable/régisseur/Econome	366	632
	Secrétaire médicale bureautique	566	
<b>Personnel d'appui</b>	Agents de sécurité	2374	5363
	Technicien de surface/agent d'entretien	2989	
<b>Total</b>			<b>21976</b>

A l'horizon 2015, les besoins en personnel technique, administratif et d'appui au niveau des districts de santé s'élèvent à 21 976 pour les catégories professionnelles ci-après : les médecins spécialistes (3%), les médecins généralistes (3%), les chirurgiens-dentistes (1%), les infirmiers (43 %), les paramédicaux (16 %), les commis de pharmacie (6%), les assistants(es) social(es) (1%), les personnels administratifs (4%), et le personnel d'appui (24%). Ces besoins ne prennent pas en compte les pertes qui sont de causes diverses (retraite, décès, migration, etc.). (Voir figure 1)

## 2. Méthodologie d'estimation des besoins en personnels pour les hôpitaux de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories

L'estimation des besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux a bénéficié des travaux antérieurs notamment la détermination des normes en personnels par comparaison de la productivité entre les services identiques d'hôpitaux de même catégorie ayant fourni des statistiques à l'équipe d'étude. Ensuite

ces normes ont été appliquées à l'ensemble de chaque catégorie et comparées à l'effectif actif issu de Recensement Général du Personnel de Santé (RGPS), pour en déduire les besoins par catégories professionnelles.

**Tableau 7: Besoins en personnels dans les hôpitaux régionaux (3ème catégorie)**

Qualifications	Besoins	%
Médecin spécialiste	232	11,95
MD généraliste	48	2,47
Chirurgien-dentiste/stomatologue	15	0,77
Pharmacien	9	0,46
IDE (SR, ANESTH, santé mentale, ISO)	444	22,86
Sage-femme	31	1,60
AS	698	35,94
Opticien réfractionniste	24	1,24
TMS	81	5
Personnel administratif	360	18,54
<b>Total</b>	<b>1942</b>	<b>100</b>

**Tableau 8: Besoins en personnel dans les Hôpitaux de 1ère et 2ème catégories**

Qualifications	Besoins	%
Médecins Généralistes	97	5,6
Médecins Spécialistes	260	15,0
Pharmaciens	14	0,8
Chirurgien Dentistes	6	0,3
IDE	582	33,6
Sages-femmes	15	0,9
AS	321	18,5
TMS	155	8,9
ATMS	60	3,5
Personnel administratif et d'appui	222	12,8
<b>Total</b>	<b>1732</b>	<b>100</b>

### 3. Méthodologie d'estimation des besoins en personnels pour les services centraux, des délégations régionales de la santé et des services de santé de district

Les besoins en personnel des services centraux, des délégations régionales de santé et des services de santé de district ont été estimés en comparant les effectifs souhaités par poste de travail tels que prévus dans le projet de cadre organique/organigramme du MINSANTE, aux effectifs actifs recensés. Cependant le cadre organique/organigramme ne prend pas en compte les cadres d'appui. Il donc fallu les rattacher au poste de Directeur, une secrétaire de direction, un agent de liaison et un chauffeur.

### **3.1-Besoins en personnels dans les services centraux\_**

Il s'agit essentiellement du cabinet du Ministre, du cabinet du Ministre Secrétaire d'Etat en charge des épidémies et pandémies, de l'administration centrale avec ses directions techniques. Par contre les programmes sont pris en compte dans un paragraphe spécifique. Le tableau complexe présenté ci-dessous traduit la difficulté à harmoniser les effectifs souhaités, c'est -à -dire ceux issus du cadre organique avec les effectifs actifs produits par le Recensement général du personnel du secteur de la santé (RGPS). Cependant, numériquement ce besoin s'élève à 14 personnels.

Ce besoin d'harmonisation entre le cadre organique et la catégorie professionnelle peut constituer un sujet de recherche supplémentaire en santé, car ce sous-effectif peut en réalité cacher un sureffectif.

Tableau 9 : Besoins en personnels dans les services centraux

Effectif souhaité/désiré = effectif par poste de travail selon cadre organique	
Secrétaire général	1
Inspecteur général	1
Conseiller Technique	3
Inspecteurs	15
Directeurs et Chefs de Division	11
Sous-directeurs et Chefs de Cellule	34
Chef de Brigade	1
Chef de Centre	1
Chef de Service et CEA	91
Contrôleurs	5
Chefs de Section	2
Secrétaire particulier	2
Chef de bureau	123
Comptable-Matières	17
Secrétaire de direction	20
Secrétaire	60
Garde de corps	2
Cadre d'appui	13
Agent de bureau	154
Agent de liaison	52
Technicien	4
couturier	5
Menuisier	5
Mécanicien	5
Chauffeurs	45
Gardiens	8
Agent d'entretien/ technicien de surface	40
<b>Total</b>	<b>722</b>

Effectif actif = effectif par catégorie professionnelle selon RGPS	
<b>Administrateur de la Santé Publique</b>	<b>25</b>
Agent de l'Etat	12
Agent d'entretien	20
Agronome	3
Architecte	2
AS et ASOL	12
Assistant affaires sociales	3
assistant de direction	3
ATMS	2
Autre	2
Cadre administratif	4
Cadre contractuel	150
Chauffeur	29
Chirurgien-dentiste	2
Comptable	26
Enseignant (PLEG, PLET, Instituteur etc	29
IB	11
IDE	31
Informaticien	25
Ingénieur du génie civil	17
IP	13
IS	12
ISP	9
ITBIO	2
ITGS	3
ITMS	2
ITS Pharmaceutiques	1
ITTI	5
Juriste	22
Medecin (généraliste, spécialiste, santé publique)	80
Personnel d'appui	61
Pharmacien	8
Secrétaire	31
Secrétaire d'administration	4
Statisticien	6
TGS	14
TMS	19
TSGC	2
TSSI	6
<b>Total</b>	<b>708</b>

Besoin en personnel au niveau des services centraux= 722-708 = 14

### 3.2-Besoins en personnels dans les programmes prioritaires de santé

Les données exploitées sont celles collectées auprès des 08 programmes prioritaires à savoir : PNLT, PNLN, CNLC, CNLLUB, PNLCHI, PEV, CNLS, Onchocercose. Les données des différents organigrammes ont été comparées aux effectifs recensés auprès de chaque structure et s'établissent à 277 personnels. Les besoins négatifs par poste de travail expriment le sureffectif excepté pour les postes de travail non prévus dans l'organigramme mais qui sont pourvus, car essentiels au fonctionnement desdits programmes.

Tableau 10 : Besoins en personnels dans les programmes prioritaires de santé

Postes de travail	Effectifs désirés	Effectifs recensés	Besoins
Agent d'entretien	1	8	-7
Auditeur interne	1	3	-2
Cadre d'appui	20	25	-5
Chauffeur	15	25	-10
Chef de bureau	17	0	17
Chef de cellule régional	10	10	0
Chef de centre de dépistage et de traitement	30	9	21
Chef de section	24	25	-1
Chef de Sous-comité régional	10	0	10
Chef d'unité	86	56	30
Comptable	15	23	-8
Contrôleur de gestion	4	2	2
Coordonnateur régional	10	10	0
Gestionnaire des données	1	1	0
Informaticien	1	0	1
Pharmacien	1	0	1
Responsable administratif régional	10	0	10
Responsable chargé du suivi des intrants	1	1	0
Responsable financier régional	10	0	10
Secrétaire	25	30	-5
Secrétaire de direction	1	0	1
Secrétaire Permanent	8	8	0
Secrétaire Permanent Adjoint	7	6	1
Superviseur de district	181	0	181
<i>Postes non-prévus dans les organigrammes</i>			
Technicien	0	2	-2
Statisticien	0	11	-11
Comptable-Matières	0	5	-5
Communicateur	0	2	-2
<b>TOTAL</b>	<b>489</b>	<b>262</b>	<b>227</b>

### 3.3-Besoins en personnels dans les délégations régionales de la santé publique

Il est possible que certains personnels des programmes aient été comptés deux fois : une première fois dans les programmes à partir du niveau central et une seconde fois dans l'effectif des délégations régionales de santé où il est entièrement intégré bien qu'appartenant un démembrement régional du programme. Les besoins sont négatifs (-422 personnels) et pourraient correspondre à un sureffectif. Cependant, seule une harmonisation entre la cadre organique et la catégorie professionnelle permettra d'affiner ces données.

Tableau 11 : Besoins en personnels dans les délégations régionales de la santé publique

Effectif souhaité = effectif par poste de travail selon cadre organique	
<b>Délégué régional santé publique</b>	10
<b>Chef de Brigade</b>	10
<b>Chef de Service et CEA</b>	20
<b>Contrôleurs</b>	30
<b>Chef de bureau</b>	70
<b>Secrétaire de direction</b>	10
<b>Agent de bureau</b>	80
<b>Agent de liaison</b>	10
<b>Chauffeurs</b>	10
<b>Gardiens</b>	20
<b>Agent d'entretien et technicien de surface</b>	20
<b>Total</b>	<b>290</b>

Effectif actif = effectif par catégorie professionnelles selon RGPS	
<b>Agent d'entretien</b>	5
<b>Administrateur de Santé</b>	10
<b>Agent de l'Etat</b>	2
<b>Agent de santé</b>	4
<b>Agent de sécurité</b>	8
<b>ARC</b>	5
<b>AS, ASOL</b>	66
<b>Assistant affaires sociales</b>	2
<b>ATMS</b>	21
<b>Cadre administratif</b>	7
<b>Cadre d'appui</b>	5
<b>Chauffeur</b>	46
<b>Commis de pharmacie</b>	11
<b>Comptable</b>	
<b>Contractuel d'administration</b>	67
<b>Documentaliste</b>	
<b>Economiste</b>	2
<b>Electricien</b>	
<b>Infirmier (IB, IBA, IA, IDE, IP)</b>	104
<b>Infirmier supérieur, TSSI</b>	16
<b>Informaticien</b>	25
<b>Ingénieur biomédical</b>	
<b>Ingénieur génie civil</b>	14
<b>ITGS, IGS</b>	7
<b>ITMS, IMS, IMS labo</b>	17
<b>ITTI, Nutritionniste</b>	8
<b>Juriste</b>	8
<b>Maçon</b>	1
<b>Magasinier</b>	1
<b>Médecin</b>	56
<b>NC et autres</b>	11
<b>Personnel administratif</b>	5
<b>Personnel d'appui</b>	51
<b>Pharmacien</b>	2
<b>Sage femme</b>	2
<b>Secrétaire bureautique/ de direction</b>	36
<b>Secrétaire d'administration</b>	1
<b>Secrétaire d'administration</b>	13
<b>Statisticien</b>	
<b>Technicien, TS Biomédical</b>	1
<b>Technicien, TS GS</b>	4
<b>TMS, TMS pharmacie, TMS labo</b>	31
<b>Total</b>	<b>712</b>

Besoin en personnel au niveau des Délégations régionales de la santé publique = 290 - 712 = - 422

Selon l'approche méthodologique utilisée, le besoin en personnels au niveau des DRSP estimé à -422 traduit un sureffectif. Par ailleurs, on note une forte diversité de profils qui ne correspondent pas à des postes spécifiques dans ces structures. Toutefois, il y a lieu de relever que malgré le sureffectif évident, le cadre organique actuel des DRSP est obsolète. A titre d'exemple, il faudrait 06 chargés d'études par DRSP, ce qui pour cette seule fonction aboutit à 60 chargés d'études pour l'ensemble du pays. Un nouveau plan d'organisation et d'effectifs a été soumis dans ce sens à la signature des autorités compétentes. Une réévaluation des besoins en personnels dans les DRSP sera faite sur cette base.

**Tableau 12 : Besoins en personnels dans les services de santé de district à l'horizon 2015**

Effectif souhaité = effectif par poste de travail selon cadre organique		Effectif actif = effectif par catégories professionnelles selon RGPS	
<b>Chef SSD</b>	182	Agent d'entretien	13
<b>Adjoint Chef SSD</b>	546	Administrateur de santé	6
<b>Chef de bureau</b>	364	Agent de l'Etat	8
<b>Comptable-Matières</b>	182	Agent de santé	1
<b>Secrétaire</b>	182	Agent de sécurité	15
<b>Agent de bureau</b>	546	ARC	10
<b>Agent de liaison</b>	182	AS, ASOL	177
<b>Chauffeurs</b>	182	Assistant affaires sociales	5
<b>Gardiens</b>	364	ATMS	27
<b>Agent d'entretien/ technicien de surface</b>	364	ATGS	5
<b>Total</b>	<b>3094</b>	Cadre administratif	3
		Cadre d'appui	6
		Chauffeur	30
		Commis de pharmacie	24
		Comptable	18
		Contractuel d'administration	95
		Economiste	1
		Infirmier (IB, IBA, IA, IDE, IP)	179
		Infirmier supérieur, TSSI	17
		Informaticien	4
		Ingénieur génie civil	2
		ITGS, IGS	1
		ITMS, IMS, IMS labo	2
		Juriste	3
		NC et autres	23
		Personnel administratif	8
		Personnel d'appui	73
		Pharmacien	2
		Sage-femme	4
		Secrétaire bureautique, Secrétaire de direction	29
		Technicien, TS Biomédical	2
		Technicien, TS GS, TP GS	45
		TMS, TMS pharmacie, TMS labo, TPMS	25
		Matrone	3
		Tradipraticien	114
		Agronome	1
		Enseignant	1
		Couturière	1
		<b>Total</b>	<b>996</b>
<b>Besoin en personnels au niveau des services de santé de district: 3094-996 = 2 098</b>			

## 4. Méthodologie d'estimation des besoins en enseignants dans les écoles de formation de personnels médico- sanitaires

Les références de l'OMS en matière d'enseignement des personnels infirmiers, Sages- Femmes et médico-sanitaires stipulent que « chaque salle de classe devrait contenir au maximum quarante (40) élèves avec des conditions ergonomiques pour les élèves ainsi que pour les enseignants... ». Dans une école des AS ou ATMS (un an de formation), le nombre d'enseignants devrait être de huit (08) pour une classe de quarante (40) élèves.

Du fait de la multiplicité des enseignements dispensés (modules), les huit (08) enseignants seront affectés en tenant compte des différentes filières (analyses médicales, stomatologie, soins infirmiers, administration...). Ainsi cette répartition définit le type d'enseignant et le nombre dont on a besoin pour une filière. Pour les filières ayant plus d'une promotion, le nombre d'enseignants sera plus élevé.

**Tableau 13 : Besoins en enseignants par sous-secteur**

Besoins en enseignants par sous-secteur	Enseignants par spécialité						Total 1	Gap
	IDEP+IDEPS/IDE	TSSI	Ingénieurs	Médecins	MD Spécialistes	Autres		
<b>Sous-Secteur Public</b>	30	9 4	75	71	72	114	456	3 4 5
<b>Sous-Secteur Privé</b>	36	1 3 6	112	106	111	172	673	5 4 2
<b>Total</b>	66	2 3 0	187	177	183	286	1129	8 8 7

- ✓ On distingue des enseignants permanents et des enseignants vacataires. Sont considérés comme vacataires, les enseignants venant des hôpitaux ou des autres ministères.
- ✓ La rubrique « ingénieurs » désigne : les ingénieurs médico-sanitaires, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs biomédicaux...
- ✓ La rubrique « autres » définit les autres types d'enseignants qui dispensent les cours dont les modules rentrent dans la formation des personnels infirmiers, Sages- Femmes et médico-sanitaires. Ceux sont : les PLEG (Professeur de Lycée d'Enseignement Général), les ingénieurs des eaux et forêts, les diplômés en environnement, les diplômés en urbanisme, les administrateurs, les professeurs d'éducation physique, les économistes, les diplômés en management
- ✓ L'école du Centre Pasteur du Cameroun ne dispose pas d'enseignants permanents dans la mesure où c'est le personnel du Centre qui dispense les cours. Ils sont donc considérés comme des enseignants vacataires pour l'école.

## E. CONSOLIDATION DE L'ESTIMATION DES BESOINS A L'HORIZON 2015

### 1. Services centraux

QUALIFICATIONS	BESOINS
Cadre administratif	14
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>

### 2. Programmes

QUALIFICATIONS	BESOINS
Cadre administratif	10
Infirmier Spécialisé	19
Médecin	34
Informaticien	4
Pharmacien	1
Infirmier	159
<b>TOTAL</b>	<b>227</b>

### 3. Hôpitaux de première et deuxième catégorie

QUALIFICATIONS	BESOINS
Médecin Généralistes	97
Médecin Spécialistes	260
Pharmaciens	14
Chirurgien Dentistes	6
Infirmiers diplômés d'Etat	582
Sages-femmes	15
Aide Soignant	321
Technicien médico-sanitaire	155
Aide Technicien médico-sanitaire	60
Personnel Administratif et d'Appui	222
<b>TOTAL</b>	<b>1 732</b>

#### 4. Hôpitaux regionaux

QUALIFICATIONS	BESOINS
Médecin spécialiste	232
MD généraliste	48
Chirurgien-dentiste/stomatologue	15
Pharmacien	9
IDE (SR, ANESTH, Santé mentale, ISO)	444
Sage-femme	31
AS	698
Opticien réfractionniste	24
TMS	81
Personnel administratif	360
<b>TOTAL</b>	<b>1 942</b>

#### 5. Services de sante de district

QUALIFICATIONS	BESOINS
Médecin Généraliste	49
Infirmier	367
Personnel Administratif	253
Comptable / Régisseur / Econome	164
Secrétaire Médicale Bureauatique	160
Agents De Sécurité	349
Technicien De Surface/Agent D'entretien	351
Chauffeur	164
Agents De L'état	365
<b>TOTAL</b>	<b>2 222</b>

## 6. FORMATIONS SANITAIRES DU NIVEAU DE DISTRICTS DE SANTE (CSI, CMA, HD)

QUALIFICATIONS	BESOINS
Pédiatre	197
Chirurgien	199
Gynécologue	191
Médecin Généraliste	558
Chirurgien-dentiste	188
Infirmier Supérieur ou TSSI	1 183
Infirmier Diplômé d'Etat	3 303
IDE Anesthésiste	420
Sage-femme / ISSR	1 237
Aide-soignant	3 260
Technicien génie sanitaire	231
TMS Odontostomatologie	393
TMS analyses médicales	654
TMS radiologie imagerie médicale	626
TMS pharmacie	217
TMS kinésithérapie	222
Agent Technique Médico-Sanitaire	918
Technicien maintenance biomédicale	207
Commis de pharmacie (CSI, CMA)	1 304
Assistant(e) social(e)	173
Comptable/ régisseur/Econome	366
Secrétaire médicale bureautique	566
Agents de sécurité	2 374
Technicien de surface/agent d'entretien	2 989
<b>TOTAL</b>	<b>21 976</b>

## 7. BESOINS PAR STRUCTURE, TOUTES QUALIFICATIONS CONFONDUES

STRUCTURES	BESOINS
Services centraux	14
Programmes	227
Hopitaux de première et deuxième catégorie	1 732
Hôpitaux régionaux	1 582
Services de santé de district	2 222
Formations sanitaires du niveau du district de santé (Csi, Cma, Hd)	21 976
<b>TOTAL</b>	<b>27 753</b>

## **F. GESTION ADMINISTRATIVE DES PERSONNELS**

### **1. Gestion de l'emploi et des postes de travail**

L'emploi désigne un ensemble de postes de travail semblables ou voisins, pouvant être traités globalement. Il fait également référence au mode d'occupation des individus au travail (personnel administratif, personnel de soins...). C'est cette deuxième acception qui sera prise en compte dans la présente analyse.

La notion de poste de travail quant à elle est introduite dans l'administration publique camerounaise à la faveur du Décret n° 94/199 du 07 octobre 1994 portant statut général de la fonction publique. Ce décret stipule que « le poste de travail, préalablement prévu au budget de l'Etat, correspond à l'ensemble des tâches, attributions et responsabilités exigeant des connaissances et aptitudes particulières ».

Pour les cadres assumant des fonctions du rang de Chef de bureau à celui de Directeur les attributions sont définies dans le décret de 2002 relatif à l'organisation du MINSANTE et chacune de ses Directions. Cependant, certains personnels sont affectés à différents échelons de la pyramide sanitaire sans poste de travail spécifique. C'est notamment le cas des cadres d'appui dans les services centraux. Une telle organisation plombe la performance des services, ainsi que la possibilité d'évaluer le rendement individuel des personnels.

A cet égard, l'élaboration du cadre organique du MINSANTE a été effectuée en 2011. Le plan d'organisation et d'effectifs (POE) s'inscrit dans l'optique de l'amélioration de l'efficacité de l'administration publique. En effet, le POE est une approche normalisée qui aboutit à une définition des structures, du mode de fonctionnement et des effectifs optimaux d'une administration, au regard de ses missions et compte tenu des moyens matériels et financiers disponibles ou mobilisables à court et moyen termes.

Le logiciel de Cartographie des Postes et des Emplois (CARPE) déployé aux niveaux central et déconcentré du Ministère de la Santé Publique en 2011 par la Direction des Ressources Humaines a vocation de donner un état des lieux des effectifs en fonction de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique sur la base des notions de qualification, d'emploi et de poste de travail.

#### **1.1. Normes en personnels**

Les réflexions menées au niveau du Ministère de la Santé Publique sur la question des normes résultent d'un besoin de référentiel pour orienter la gestion et équilibrer les ressources humaines disponibles. Autrement dit, il s'agit d'estimer les besoins en fonction de repères objectifs et réalistes afin d'améliorer l'allocation de personnels et leur productivité.

##### **1.1.1. Problématique et évolution des normes en personnels au Cameroun**

L'approche courante en matière de normes dans les analyses de l'OMS est celle des ratios nombre de

personnels soignants/ nombre d'habitants. Compte tenu du taux de croissance démographique assez important au Cameroun, près de 2,6% par an, et de la nécessité d'envisager d'autres approches que la simple augmentation des effectifs pour l'amélioration de l'offre de soins, la démarche a consisté, depuis 1998 pour le moins, à définir des normes en fonction des types de formations sanitaires.

## 1.2. Normes de 2001

Les Normes de 2001, objet de l'arrêté interministériel n° 0020/AI/MSP/SG/DRH /n°002258/AI/MFPRA/SG/DDRH fixant les normes en personnels de certains services de santé et formations sanitaires, résultent des travaux effectués à partir de 1998. Il s'est agi, grâce à des ateliers successifs, et sur la base de la structuration organique et fonctionnelle du système sanitaire d'une part, compte tenu des plateaux techniques ainsi que des normes en matériels et équipements définis au préalable d'autre part, d'aboutir à un consensus sur les effectifs requis pour chaque structure.

La démarche adoptée pour ces normes de 2001 a consisté à :

- ✓ Identifier les formations sanitaires existantes ;
- ✓ Élaborer le cadre organique des formations sanitaires en fonction de leur catégorie ;
- ✓ Produire le plan d'organisation et des effectifs par type de formation sanitaire en :
  - ✓ Déterminant les unités de travail de la structure ;
  - ✓ Identifiant les postes de travail de chaque unité ;
  - ✓ Déterminant l'effectif requis par poste de travail ;
  - ✓ Décrivant chaque poste de travail ;
  - ✓ Définissant les qualifications et les compétences requises pour chaque poste de travail.

Ce travail a abouti à un effectif type pour chaque catégorie de formation sanitaire et cet effectif a été multiplié par le nombre de formations sanitaires fonctionnelles de même envergure au niveau national. Cependant, cette analyse s'est limitée aux centres de santé intégrés, aux services de santé de district, aux hôpitaux de district et centres médicaux d'arrondissement.

**Tableau 14 : Récapitulatif des effectifs selon les normes de 2001**

Type de formation sanitaire	Effectif	
	Minimum	Maximum
Centre de santé intégré rural	11	16
Centre de santé intégré urbain	17	30
Service de santé de district	11	12
Hôpital de district	49	99

\*Les CMA ont été considérés comme de petits hôpitaux de District.

Source : Arrêté conjoint MINSANTE- MINFOPRA de 2001.

### 1.3. Révision des normes de 2001 en 2005

De nombreux facteurs ont milité en faveur de l'organisation d'un atelier en février 2005 à Mbalmayo pour un recadrage des normes en personnels, infrastructures et en équipements dans les formations sanitaires. Parmi les motifs de cette révision, on note :

- ✓ Le caractère évolutif des normes ;
- ✓ La réforme hospitalière en cours ;
- ✓ L'existence des Normes de 1998 officialisées par arrêté interministériel en mars 2001 pour les Centres de santé, CMA et Hôpitaux de district ;
- ✓ Le vide en ce qui concerne les Hôpitaux régionaux, et les Hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie (Hôpitaux Généraux et centraux...);
- ✓ L'adoption en 2001 d'un nouveau statut pour les différents corps des personnels médico- sanitaires.

On peut observer que ce projet de révision des normes s'est basé sur la même méthodologie que la version de 2001. En outre, le travail a été étendu aux formations sanitaires des catégories supérieures, notamment les hôpitaux Régionaux, les hôpitaux centraux et les hôpitaux généraux et les effectifs antérieurs ont connu des modifications. Ce projet de révision a donné lieu au récapitulatif ci- dessous.

**Tableau 15 : Récapitulatif des effectifs selon le projet de normes de 2005**

Catégories de formations sanitaires	Dénomination	Effectif minimum	Effectif maximum*	Nombre de formations sanitaires*	Total des effectifs requis minimum	Total des effectifs requis maximum
1ère et 2ème catégorie	Hôpitaux centraux généraux	669	-	9	6 021	6 021
3ème catégorie	Hôpitaux régionaux et assimilés	306	443	11	3 366	4 873
4ème catégorie	Hôpitaux de Districts	139	-	178	24 742	24 742
5ème catégorie	CMA et CSI	20	38	185	3700	7 030
	CSI	6	-	1 819	10 914	10 914
6ème catégorie	Structures des autres ministères employant des RHS	331	515	2 202	331	515
					<b>49 074</b>	<b>54 095</b>

\* Le travail pour déterminer les effectifs maxima requis pour certaines formations sanitaires est en cours.

\* Source : La DEP/ MINSANTE comptabilise les structures sanitaires créées.

#### 1.4. Observations sur les normes de 2001 et les normes révisées de 2005

Les travaux existants sur les normes ont le mérite d'être basés sur le plan d'organisation et d'effectifs, lui-même sous-tendu par la notion de poste de travail. Cette amorce de rationalisation de l'utilisation des ressources humaines pour la santé devrait néanmoins être complétée par l'activité de la formation sanitaire, c'est-à-dire la charge de travail par rapport à la population couverte.

C'est le lieu d'indiquer que la création des formations sanitaires ne reposant pas exclusivement sur le schéma de la carte sanitaire, la création de certaines structures sanitaires est l'émanation d'actions politiques. Aussi retrouve-t-on des formations sanitaires implantées dans des zones pratiquement dépeuplées ou jouxtant d'autres formations publiques ou privées au risque de ne répondre à aucune demande véritable.

#### 1.5. Normes en personnels révisées de 2011

Au regard des effectifs disponibles, dans le sous-secteur public, selon les données actuelles de la DRH/ MINSANTE, le besoin en personnel pour ce sous-secteur est estimé à plus de 34 386 personnels, représentant la différence entre l'estimation partielle du travail sur les normes, 54 095 personnels et l'effectif disponible, soit 19 709 personnels.

Un travail a été mené sur la charge de travail dans les formations sanitaires pour affiner la révision des

normes de 2011. L'estimation des besoins réels s'est poursuivie par la prise en compte de la charge de travail effective, en ce qui concerne les structures de santé du niveau du District, notamment les Centre de Santé Intégrés (CSI), les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et les Hôpitaux de District (HD), à l'aide de l'outil Workload Indicators for Staffing Needs (WISN) développé par l'OMS. Cet outil exploite les données de l'activité de la formation sanitaire en année -1.

La mesure de la charge de travail comprend 8 étapes :

- ✓ la détermination des catégories professionnelles sur lesquelles portera l'étude de la charge de travail ;
- ✓ l'estimation du temps alloué aux activités professionnelles ;
- ✓ la définition des composantes de la charge de travail ;
- ✓ l'établissement de normes de temps pour la réalisation des activités ou standardisation de la durée de chaque activité ;
- ✓ le calcul des charges de travail standard ;
- ✓ le calcul des facteurs de compensation ;
- ✓ la détermination du nombre de personnels nécessaires basés sur la charge de travail selon la méthode WISN ;
- ✓ l'analyse et interprétation des résultats.

**Tableau 16 : Echantillon de l'étude sur l'estimation des besoins fondée sur le calcul de la charge de travail**

Types de formation sanitaire	Nombre de FOSA existantes	Nombre de FOSA enquêtées	Taux de participation
Hôpitaux de District	154	64	41 %
Centres Médicaux d'Arrondissement	155	84	55 %
Centres de Santé Intégré	1600	613	38 %
Hôpitaux Régionaux	12	10	85 %
Hôpitaux Centraux et Généraux	8	8	100 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 929</b>	<b>779</b>	<b>40.38 %</b>

Compte tenu du nombre important de services dans les hôpitaux régionaux, centraux et généraux, l'approche méthodologique de l'étude a consisté à recueillir auprès des majors des services les informations relatives à la productivité, les effectifs existants et les effectifs souhaités.

Par type de structure de santé, il se dégage les normes en personnels suivantes qui distinguent les structures de santé rurales des structures de santé urbaines en fonction du nombre d'habitants desservis.

- ✓ CSI rural (moins de 25 000 habitants) : 7 personnels ;

- ✓ CSI urbain (à partir de 25 000 habitants): 10 personnels ;
- ✓ CMA rural (moins de 50 000 habitants) : 19 personnels ;
- ✓ CMA urbain (à partir de 100 000 habitants) : 32 personnels ;
- ✓ HD rural (moins de 150 000 habitants) : 76 personnels ;
- ✓ HD urbain (à partir de 150 000 habitants): 122 personnels.

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

## **1.6. Mode de sélection et de recrutement des personnels**

La sélection et le recrutement des personnels à la fonction publique sont les prérogatives du Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative. Les modes de sélection usuellement pratiqués sont le recrutement direct par concours ou le test de sélection. Dépendamment des conditions d'âge et de qualification, les personnels bénéficient du statut de fonctionnaire, de contractuel ou de décisionnaire. Dans cette logique, les formations sanitaires dépendant du Ministère de la Santé Publique ne sont pas habilitées à recruter du personnel. Il convient également de noter que les effectifs recrutés sont davantage fonction de la disponibilité budgétaire que de l'expression des besoins formulés par les structures bénéficiaires.

Dans le sous- secteur privé, et dans les formations sanitaires ayant un statut d'établissement public administratif, le recrutement est fait directement par la structure d'emploi selon des règles internes. Pour la plupart des cas, les appels à candidature ne font pas l'objet d'une large diffusion.

## **2. Gestion du fichier des personnels et des bases de données**

La gestion du fichier et des bases de données des personnels relève des attributions de la Direction des Ressources Humaines qui dispose à cet effet d'une Cellule SIGIPES. De la gestion quasi manuelle du fichier jusqu'en 1995, la Direction des Ressources Humaines a progressivement développé son système d'information. Ainsi, l'application SIGIPES a été installée au Ministère de la Santé Publique en 2002. Le SIGIPES a été développé par un prestataire sélectionné par le MINFOPRA dans le cadre de la déconcentration de la gestion des personnels de l'Etat et de la solde. Conçue pour être déployé dans tous les ministères, le SIGIPES a pour objectif principal la gestion des actes de carrière des personnels de l'Etat. Sa base de données ne contient que les personnels dont la prise en charge salariale est assurée par le Ministère des finances. Toutes les mises à jour du logiciel sont effectuées par La DSI (Division des Systèmes d'Information) du MINFOPRA et les codes source ne sont pas disponibles au MINSANTE.

En 2005, une autre application, le RH- Soft, a été acquise grâce à un appui financier de l'Union Européenne dans le cadre du Projet d'appui à la mise en oeuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé. Le

logiciel RH- Soft a été installé dans les 10 Délégations Régionales de la Santé Publique. Dans chaque Région, le responsable du personnel a la charge de collecter les données dans toutes les structures sanitaires et de les faire saisir dans la base au niveau de la DRSP. La remontée de ces informations au niveau central se fait soit par internet, à la demande, soit au cours de missions de collecte effectuées par les informaticiens de la DRH.

Bien que RH-Soft ait permis tout récemment une vaste collecte d'informations dans toutes les DRSP, il a montré des limites après quelques années d'utilisation. Par exemple, à cause de la non-prise en compte de l'organigramme, il n'est pas possible de déceler les postes non pourvus. De plus, la société de service qui avait développé l'application n'existe plus et les codes sources sont indisponibles, d'où l'impossibilité d'intégrer dans le logiciel des fonctionnalités supplémentaires.

Les limites ainsi relevées ont conduit à la mise en place du logiciel CARPE. Cet outil, acquis en 2011, a permis de combler la plupart des insuffisances de RH-Soft. Actuellement, il comporte non seulement les personnels pris en charge par le MINFI, mais aussi d'autres catégories de personnels (PPTE, C2D, temporaires) avant leur titularisation. En outre, la richesse des fonctionnalités dont dispose CARPE (représentations graphiques, gestion prévisionnelle, etc.) en fait un outil d'aide à la décision. Par ailleurs, les données du recensement général des personnels du secteur de la santé effectué en 2011 ont été enregistrées dans CARPE, y compris celles du sous- secteur privé.

En support à ces outils d'information sur les RHS, un site internet ( [www.cm-minsante-drh.com](http://www.cm-minsante-drh.com)) a été développé par la Direction des Ressources Humaines dans le cadre de l'Observatoire des Ressources Humaines pour la Santé.

Il reste à développer un réseau fonctionnel et permanent d'échange de données entre la Direction des Ressources Humaines et les DRSP en vue d'une actualisation constante et d'une harmonisation au niveau national des bases de données sur les RHS. Des informaticiens ont été affectés dans les différentes DRSP et le logiciel CARPE y a été déployé et les responsables locaux formés à son utilisation. L'animation du réseau Régions/ DRH constitue le chantier d'envergure à mener pour opérationnaliser le système d'information des RHS.

## **2.1. Mode d'affectation des personnels**

L'affectation des personnels s'opère en fonction des besoins exprimés par les structures et des souhaits de mobilité formulés par les personnels. La réglementation en vigueur prévoit des dispositions en faveur de la mobilité géographique pour le regroupement familial. Il est courant de constater que la quasi-totalité de ces regroupements visent les grandes métropoles, notamment Yaoundé et Douala, ce qui contribue à l'hypertrophie des services implantés dans ces zones, et inversement, au dépeuplement des structures situées dans les zones reculées.

Depuis 2008, les services centraux ne procèdent plus à l'affectation directe des nouvelles recrues dans les structures. Ces personnels sont plutôt mis à la disposition des Délégations Régionales de la Santé Publique

qui les déploient dans les services sous leur compétence, en fonction des besoins identifiés.

Faute de suivi et/ou du fait de l'éloignement des services administratifs compétents, certains personnels exercent dans les mêmes structures pendant de longues années, en dépit de leur désir de mobilité géographique, ce qui constitue un facteur de démotivation.

Dans l'optique de pourvoir en personnels les zones d'accès difficiles, une étude du Centre de Bonnes Pratiques pour la Recherche en Santé, en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines, indique que l'une des voies consiste à développer un mécanisme de rotation avec un séjour limité dans de telles zones. Par ailleurs, le site internet de l'Observatoire des Ressources Humaines pour la Santé a développé un module spécifique pour favoriser les mutations à travers les permutations de postes entre les personnels, à qualifications égales.

## **2.2. Mécanismes de fidélisation au poste de travail**

Dans le cadre du Plan d'urgence de remise à niveau quantitative et qualitative des effectifs (2006- 2008), le Ministère de la Santé Publique, à travers les programmes PPTE et C2D a procédé au recrutement des personnels sous contrat dont la majorité était destinée à servir dans les structures les plus déficitaires en personnels. Ces personnels recrutés sous contrat par poste de travail ont connu une stabilité relative, due en partie à l'irrégularité des salaires. Toutefois, un taux d'occupation des postes plus élevé a été enregistré pour les personnels C2D. Ces derniers, soumis à la présentation de l'attestation de présence effective signée de leur hiérarchie directe et de l'autorité régionale avant la perception du salaire, ont également bénéficié d'une prise en charge salariale plus soutenue.

En somme, les mécanismes de fidélisation au poste sont encore insuffisamment développés en dépit du taux important de postes non pourvus dans les services de certaines structures implantées dans les zones d'accès difficile.

## **3. Gestion de la carrière des personnels**

La gestion de la carrière des personnels de l'Etat, en dehors des administrations en charge de la sécurité et de la défense, a pendant longtemps été assurée par le Ministère de la fonction publique, du recrutement jusqu'au départ à la retraite : intégration, avancement d'échelon, avancement de grade, bonification d'échelon, mise en stage, cessation d'activité... Avec le développement des services publics à travers la mise en place de nouveaux ministères et l'augmentation du nombre de personnels dans les différents corps, la maîtrise des effectifs et de la masse salariale s'est avéré un défi majeur. En effet, les engorgements dus au flux important des dossiers occasionnaient des lenteurs dans le traitement des dossiers, favorisaient les pratiques de corruption et abus d'autorité, provoquaient la désertion des postes de travail pour le suivi des dossiers et, au bout du compte, l'insatisfaction des usagers.

La réforme sur la déconcentration de la gestion du personnel de l'Etat et de la solde relève du Programme

National de Gouvernance et de lutte contre la corruption. Cette réforme confère à l'administration utilisatrice la responsabilité de gérer les carrières et payer la solde.

Ces évolutions ont entraîné à partir de l'année 2000 un mouvement de déconcentration marqué par la révision des organigrammes. Ainsi, il a été institué une direction des ressources humaines dans les administrations dotées de plus de 6 000 personnels et une sous-direction des personnels a été créée dans les administrations comptant moins de 6 000 personnels où les directions des affaires générales ont été maintenues. Un outil d'accompagnement du processus de déconcentration a été mis en place, à savoir le SIGIPES. La déconcentration fait l'objet du décret d'application N°2012/079 du 09 mars 2012.

A la faveur de cette réforme, le Ministère de la Santé Publique s'est doté d'une Cellule SIGIPES dont la mise en place a élargi le champ de compétences de la Direction des Ressources Humaines à l'instruction des actes de gestion des ressources suivants:

- ✓ **Les actes de promotion** : avancement d'échelon, avancement de classe, bonification d'échelon des fonctionnaires et agents de l'Etat relevant du code du travail ;
- ✓ **Les actes de position** : mise en détachement, fin de détachement mise en disponibilité, fin de mise en disponibilité, fin de mise en disponibilité, à l'exception de celles concernant les fonctionnaires appartenant au corps de l'administration générale, suspension des effets du contrat de travail ;
- ✓ **Les actes de pension** : retraite normale, retraite par anticipation, après avis formel du ministre chargé de la fonction publique, pension de vieillesse des agents de l'Etat relevant du code du travail, pension d'invalidité des fonctionnaires et des agents de l'Etat relevant du code du travail, pension de réversion, pension des survivants des agents de l'Etat relevant du code du travail ;
- ✓ **Autres actes de liquidation des droits** : divers types de capital décès... ;
- ✓ **Les actes de discipline** : avertissement écrit, blâme, retard à l'avancement, abaissement d'échelon ou de classe, mise à pied..., selon le statut du personnel.

Par ailleurs, dans la même dynamique, le Ministère des Finances, a déployé l'outil ANTILOPE (Application Nationale pour le traitement informatique et logistique des personnels de l'Etat) pour la préparation en interne des états de salaire des personnels relevant du Ministère de la Santé Publique.

Ces réformes ont permis un traitement plus diligent des dossiers et l'amélioration de la gestion des carrières d'une manière globale. Toutefois, la déconcentration de la gestion, du niveau central du Ministère de la santé Publique vers les Délégations Régionales de la Santé Publique devrait se concrétiser afin de réduire substantiellement les délais de traitement des dossiers et les coûts financiers et en temps inhérents au suivi des dossiers de carrière, aussi bien pour le personnel que pour l'administration publique.

La possibilité de cette évolution de la déconcentration a été confirmée par le MINFOPRA qui pourra étendre le déploiement du SIGEPES dans les délégations régionales à la demande des départements ministériels utilisateurs.

## 4. Gestion des contentieux avec les personnels

La gestion des conflits et des contentieux s'opère à plusieurs niveaux, en fonction de la nature des conflits et selon que l'on se situe dans le sous- secteur public ou privé. Au sein de l'administration publique, les services du personnel et des affaires juridiques constituent la première interface pour régler les contentieux. En fonction de leur gravité et des acteurs impliqués, le ministère de la fonction publique, le ministère du travail et les instances judiciaires peuvent également être mis à contribution. S'agissant des organes de gestion de la fonction publique, on distingue : la commission administrative paritaire, le conseil permanent de discipline et le conseil de santé.

La commission administrative paritaire peut être consultée sur toute question à caractère individuel concernant les fonctionnaires du cadre ou du groupe de cadres au sein desquels elle a été instituée. Elle émet un avis de plein droit en matière de titularisation des stagiaires, d'avancement de grade, de discipline, de déchéance de droit à pension et de réforme.

**Le conseil permanent de discipline** connaît des fautes professionnelles ou extra- professionnelles qui sont commises par les fonctionnaires relevant du statut général de la fonction publique. Il donne un avis sur les questions disciplinaires et sur les sanctions devant être prononcées à l'égard des fonctionnaires. Le conseil permanent de discipline est une instance consultative dont les avis sont rendus obligatoires.

**Le conseil de santé** est institué auprès du ministère en charge de la santé. Il est saisi pour donner un avis sur les questions médicales relatives aux congés de longue durée, aux incapacités physiques, à la réintégration des fonctionnaires au terme de leur congé maladie, ainsi que sur les questions d'aptitudes physiques ou mentales requises pour l'intégration dans la fonction publique.

Toutefois, il convient d'indiquer que ces instances de gestion ne sont pas souvent fonctionnelles, ce qui pose un problème de suivi de la carrière du fonctionnaire quant à l'exigence du respect de ses droits et à l'impératif de ses obligations.

### 4.1. Discipline et sanctions

#### 4.1.1. Sanctions disciplinaires pour les personnels fonctionnaires

Les sanctions prévues à l'égard des fonctionnaires sont réparties en 04 groupes.

- ✓ **Groupe 1** : avertissement écrit, blâme avec inscription au dossier ;
- ✓ **Groupe 2** : retard d'avancement, abaissement d'échelon ;
- ✓ **Groupe 3** : abaissement de classe, abaissement de grade, exclusion temporaire du service ;
- ✓ **Groupe 4** : révocation.

L'application des sanctions est fondée sur le principe selon lequel qui peut le plus peut le moins. Les sanctions du groupe 1 et 2 peuvent être infligées par les gouverneurs de Région. Les sanctions des groupes 1, 2 et 3, à l'exception de l'exclusion temporaire peuvent être infligées par les secrétaires généraux ou les ministres utilisateurs. Les sanctions du groupe 1, 2 et 3 sont appliquées par le ministre chargé de la fonction publique, y compris l'exclusion temporaire.

La révocation est prononcée selon les cas par le ministre chargé de la fonction publique ou le Premier Ministre.

#### **4.1.2. Cas du privé à but non lucratif et parapublic**

La réglementation en vigueur dans le sous-secteur privé et parapublic est consignée dans le code du travail, à l'exception des fonctionnaires mis à la disposition d'un établissement parapublic. Un règlement intérieur précise les dispositions disciplinaires et les récompenses spécifiques pour autant qu'elles soient en harmonie avec les dispositions du code du travail et constituent une amélioration de celui-ci. Cette démarche devrait en principe être appliquée à l'ensemble des personnels régis par le Code du travail.

### **4.2. Activités de soutien aux personnels**

L'encadrement des RHS en activité est essentiel dans le développement personnel des employés. Il revêt différentes formes à savoir le tuteurage, la supervision et la communication.

#### **4.2.1. Tuteurage et supervision des personnels**

Le tuteurage est l'encadrement apporté à des juniors par les séniors des services, ou par plus gradés aux collaborateurs de rang inférieur. Cette pratique n'est pas assez développée dans le sous- secteur public pour des raisons culturelles ou des modes de management très directifs ou peu collaboratifs.

La supervision intégrée instituée dans les plans de travail au niveau opérationnel est une démarche formative par la pratique dans des domaines de connaissances nouveaux ou sur des sujets où des faiblesses ont été observées au sein des équipes ou dans l'ensemble du système. En dépit de la forte demande, la stratégie de supervision formative est insuffisamment mise en ?uvre. Cette situation renforce le sentiment d'isolement et de frustration des personnels exerçant loin des centres de décision et ayant un accès limité aux opportunités de formation.

#### **4.2.2. Mode de communication avec le personnel et de consultation**

Les modes de communication les plus usuels sont fondés sur les notes administratives. Les réunions de coordination au sein des équipes sont également de pratique courante. Cependant, l'insuffisance de coordination entre les services limite la communauté des pratiques et concourt à l'asymétrie informationnelle sur les sujets qui nécessitent une appropriation collective. Par ailleurs, bien que courantes, les réunions de coordination ont souvent la faiblesse de se limiter à des cadres d'un certain rang, et le travail de répercussion de l'information n'atteint pas toujours les différents niveaux de la structure, dans l'esprit d'une dynamique de groupe.

### 4.2.3. Relation employé/employeur dans le secteur de la santé

La relation employé/ employeur dans le secteur de la santé est fondée sur l'encadrement réglementaire du statut général de la fonction publique, du statut particulier et du code du travail qui définissent les droits et les obligations en fonction des différents statuts. Les travailleurs formalisent plus spécifiquement les dispositions du code par un contrat de travail.

## 5. Situation de la gouvernance dans le domaine de la santé

Le diagnostic effectué dans le cadre du projet de réforme hospitalière au Cameroun souligne que les hôpitaux occupent une place essentielle dans le système national de prestation des soins et services de santé. Cependant, la manière dont ils sont organisés et fonctionnent met en évidence un certain nombre d'insuffisances majeures. Ainsi, le problème central identifié pour l'ensemble du système de santé est le « *faible accès des populations aux soins de santé de qualité* ». Ce problème résulte des 4 causes majeures directes suivantes :

- ✓ la gouvernance dans les formations sanitaires est très peu satisfaisante ;
- ✓ l'accès des populations aux soins de santé est inéquitable ;
- ✓ la formation dispensée aux personnels de santé et la recherche en santé sont inadaptées aux besoins du secteur ;
- ✓ la qualité des soins dispensés reste très peu satisfaisante.

Ces insuffisances ne peuvent être corrigées qu'à travers un programme de réforme de l'ensemble du système global de santé.

Dans le but d'améliorer la gouvernance, des efforts notables sont entrepris au niveau gouvernemental à travers la mise en place des instances telles que la Commission nationale de lutte contre la corruption et au plan interne par le MINSANTE, à l'aide des commissions de lutte contre la corruption à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, malgré l'existence de ces institutions et les actions de sensibilisation en direction des populations, les ménages restent vulnérables face aux écarts de comportement des personnels de santé, notamment : le mauvais accueil, le double paiement, la corruption, le détournement des malades, la vente parallèle de médicaments, la pratique illégale de la médecine... De manière plus globale, les préoccupations liées à l'approche genre, l'équité, la gestion axée sur les résultats et la coordination nécessitent des améliorations importantes pour l'efficacité du système de santé.

## **H. DÉVELOPPEMENT DES PERSONNELS**

### **1. Evaluation de la performance individuelle des personnels**

L'évaluation perçue dans ce contexte comme le processus qui permet d'apprécier le rendement d'un personnel ainsi que son potentiel au regard de son environnement de travail semble globalement mieux pratiquée dans le sous- secteur privé. S'agissant du sous- secteur public, le décret n° 2001/108/ PM du 20 mars 2001 fixant les modalités d'évaluation des performances des fonctionnaires n'est pas encore mis en application. La pratique actuelle est la notation avec pour support un bulletin de note. Elle est requise essentiellement pour les besoins des actes d'avancement de carrière.

### **2. Formation et éducation des personnels de la santé**

#### **2.1. Formation initiale des personnels médico-sanitaires**

La formation paramédicale au Cameroun date de 1926, avec la création du Centre d'Instruction Médicale d'Ayos par le Dr Eugène Jamot, dans le cadre de la campagne de lutte contre la trypanosomiase. 400 infirmiers et agents sanitaires sont alors formés en 3 ans.

Depuis lors, de nouvelles écoles publiques et privées avec des filières diversifiées ont été créées. A ce jour, Le Cameroun dispose de 70 établissements de formation dont 41 publics et 29 privés qui développent 15 filières auxquelles l'accès se fait par voie de concours.

Suite aux insuffisances relevées dans les performances des personnels paramédicaux sur le terrain, les filières « Infirmiers Brevetés », « Infirmiers Brevetés Accoucheurs », « Aides-Soignants Option Laboratoire », ont été supprimées et le niveau d'admission dans les écoles de formation relevé par Décret N° 2001/145 du 03/07/2001 portant Statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé.

Dès lors, la formation des Aides- Soignants et Agents Techniques Médico- Sanitaires est conditionnée par l'obtention du Brevet d'Etudes du Premier Cycle ou équivalent. L'admission aux Ecoles d'Infirmiers Diplômés d'Etat et des Techniciens Médico- Sanitaires, subordonnée à l'obtention du Baccalauréat ou équivalent. Quant aux écoles des Infirmiers Diplômés d'Etat Spécialisés, l'accès est ouvert aux titulaires du diplôme d'Etat d'infirmiers, après 3 ans d'ancienneté.

Figure 10: Effectifs des différentes filières de la formation initiale

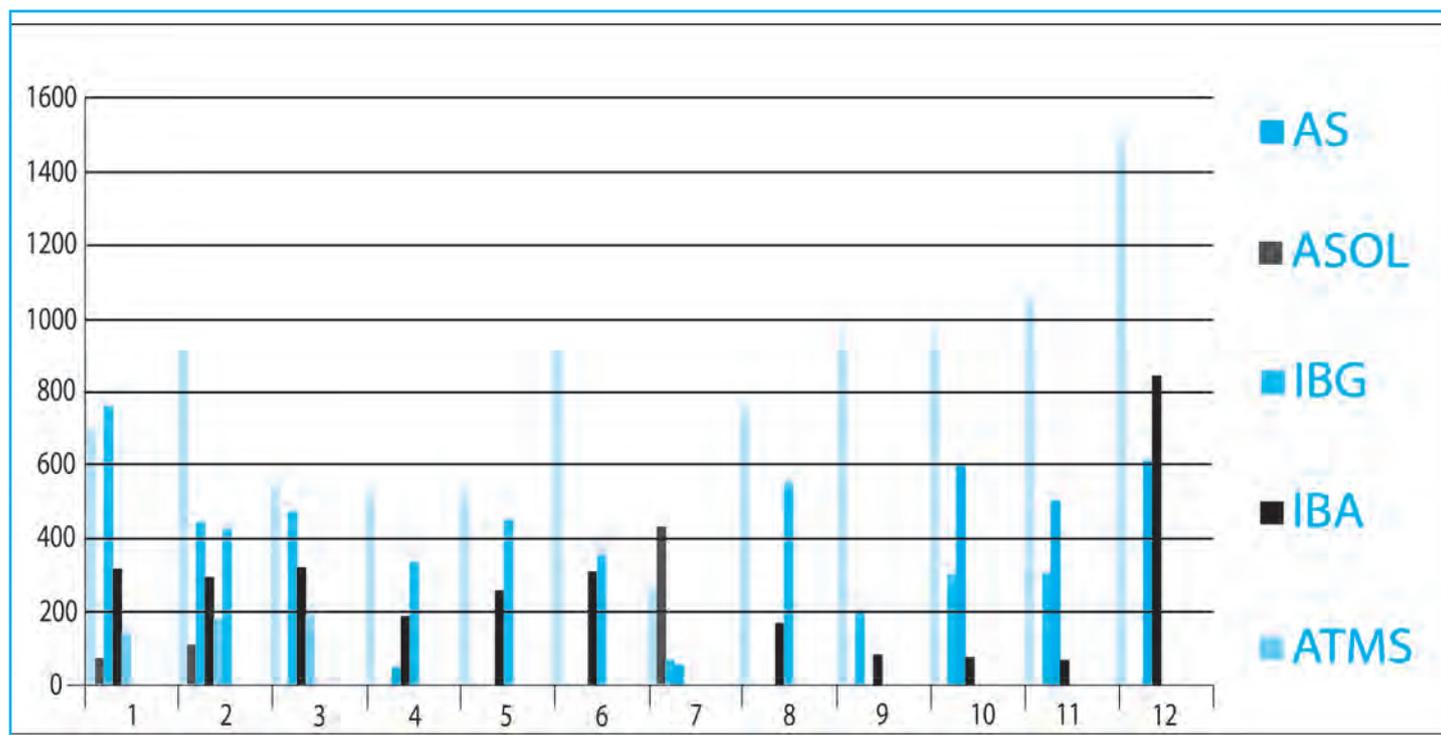


Tableau 17: Production des écoles du corps des infirmiers

DIPLÔME	SIGLE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL		
Aide-Soignant	AS	703	906	519	493	441	903	797	740	971	973	103	431	9911		
Aide-Soignant Laboratoire	X	57	78	Grade en voie d'extinction: Fermeture de la Filière										135		
Infirmier Breveté Généraliste	X	758	435	468	Grade en voie d'extinction: Fermeture de la Filière										1661	
Infirmier Breveté Accoucheur	X	307	280	322	36	Grade en voie d'extinction: Fermeture de la Filière										945
Agent Technique Médico-Sanitaire	ATMS	122	191	185	175	240	278	242	166	208	249	306	607	2969		
Infirmier Diplômé d'Etat	IDE	320	437	451	314	450	331	420		572	7 613	686	825	5419		
Infirmier Diplômé d'Etat Santé de Reproduction	IDE/SR						67	88		66	44	24		289		
Infirmier Diplômé d'Etat Anesthésie Réanimation	IDE/AR		9			22	31	27	36	21	31	7		187		
Infirmier Diplômé d'Etat Ophtalmologie	IDE/OPH									21	19	12		52		
Infirmier Diplômé Santé Mentale	IDE/SM						28		18	11	18	3		78		
Sage- Femme/Infirmier Accoucheur Diplôme d'Etat	SFDE/IA						Ouverture de cette filière de formation en 2011					16	16			

**Tableau 18: Production des écoles de Techniciens Médico- Sanitaires**

DIPLÔME	SIGLE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Technicien Médico-Sanitaire Analyses Médicales	TMS/AM	18	17	25	3	40	51	49	82	52		61	67	<b>496</b>
Technicien Médico-Sanitaire Génie Sanitaire	TMS/GS											15	30	<b>45</b>
Technicien Médico-Sanitaire Kinésithérapie	TMS/Kiné								13	16		16	8	<b>53</b>
Technicien Médico-Sanitaire Pharmacie	TMS/ph								14	6		6	6	<b>32</b>
Technicien Médico-Sanitaire Odontostomatologie	TMS/ Odont								17	16		12	14	<b>59</b>
TMS Psycho motricité et relaxation	TMS/psycho				3							8	9	<b>20</b>
TMS imagerie Médicales	TMS/IM				25							47	62	<b>134</b>
TMS Optique et refraction								Ouverture de cette filière de formation en 2011				16	<b>16</b>	

**Tableau 19 : Production totale de personnels médico-sanitaire de 2000 à 2011**

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Effectifs	2285	2353	1970	1052	1193	1594	1630	1560	1365	2075	2303	3307	22687

Il découle du nombre d'écoles fonctionnelles une forte production locale de personnels paramédicaux dont les problèmes majeurs sont l'inadéquation entre les besoins en recrutement et les effectifs formés, la forte orientation théorique de la formation, une formation qualitativement insuffisante du fait des effectifs pléthoriques dans certaines filières, de l'encadrement inadéquat des stages et de l'insuffisance de structures, d'enseignants et de supports pédagogiques.

A titre d'illustration, de 1990 à 2009, 8 453 agents ont été recrutés par le Ministère de la fonction publique sur 30 338 diplômés, soit 27,86 %. Par ailleurs, les filières d'aide- soignant (56 %), d'infirmier diplômé d'Etat (54%) et d'agent technique médico- sanitaire (26 %) disposent de l'essentiel des étudiants, en dépit du déficit très accru dans d'autres filières telles que la santé mentale, l'anesthésie- réanimation, l'ophtalmologie...

Toutefois, quelques opportunités sont à noter, notamment volonté politique de relever la qualité de la formation paramédicale, l'arrimage au système LMD de toutes les filières accessibles à partir du BAC et l'appui des partenaires pour la formation dans certaines filières (sage-femme; optique et réfraction). La formation médicale débute au Cameroun en 1969, avec la création du Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS). Cette période se caractérise par la définition claire du profil des diplômés, un cursus innovant de 6 ans, des effectifs d'étudiants limités (36), enseignants de qualité et des ressources suffisantes.

## **2.2. Formation initiale des personnels médicaux**

L'ouverture des filières de spécialisation est instituée au CUSS en 1987, avec 6 options en sciences cliniques, 02 en sciences biomédicales et 01 en santé publique.

Grâce à la réforme universitaire de 1993, le CUSS fait place à la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé.

La période de 2007-2012 marque un virage significatif dans la formation à vocation médicale au Cameroun : ouverture des filières de pharmacie et médecine dentaire, arrimage au LMD, passage à 100 étudiants en médecine à l'admission, création de 03 nouvelles facultés de médecine publiques (Douala, Buéa, Bamenda), autorisations de création de 6 instituts privés de l'enseignement supérieur à vocation médicale.

**Tableau 20 : Production des Facultés de Médecine en 2012**

<b>Etablissement</b>	<b>Statut</b>	<b>Région</b>	<b>Filières</b>	<b>Médecins</b>
1 FMSB Yaoundé	Public		MD Den Ph SP	1056
2 FMSP Douala	Public	LT	MD Ph	704
3 FHS Buea	Public	SO	MD Den	510
4 FMHS Bamenda	Public	NO	MD	85
5 ISSS Bangangté	Public	OU	MD Den Ph	756
6 ISTM Nkolondom	Privé	CE	MD	541
7 FM E Cozzens Elat	Privé	SU	MD	514
8 ISS Nkolndongo	Privé	CE	MD	100
9 FM de l'Équateur	Privé	SU	MD	327
10 FM de la plaine des MBO	Privé	OU	MD	100
<b>TOTAL</b>				<b>4693</b>

**Source : FMSB, 2012.**

En 2020, la cible de 01 médecin pour 3 000 habitants pourrait être atteinte avec ces effectifs.

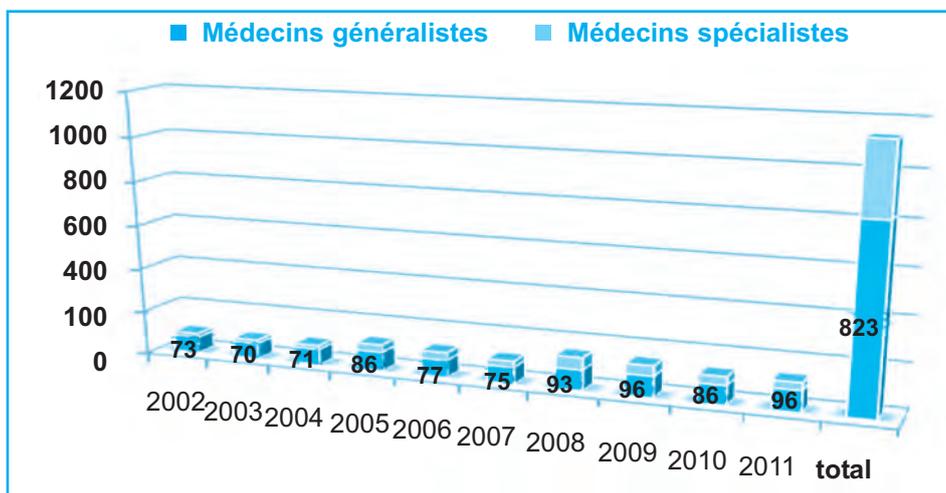


Figure 11: Production nationale de médecins généralistes et spécialistes de 2001 à 2011

Le nombre important d'écoles de sciences de la santé suscite les interrogations suivantes : la quantité (et la diversité) des personnels en formation sont-elles suffisantes? la qualité de la formation est-elle satisfaisante ? Les qualifications sont-elles adaptées à nos réalités et à nos besoins réels?

A l'analyse, la tendance globale est la prédominance des méthodes pédagogiques passives, les effectifs pléthoriques, un enseignement trop souvent théorique, l'usage limité des TIC, des difficultés d'encadrement des stages, la recherche insuffisante.

Des réorientations stratégiques s'imposent sur la base des questionnements suivants : de quels profils de personnels a-t-on besoin pour résoudre quels problèmes de santé, quand, comment et où?, combien en faut-il? qui va les former où, comment, à quel coût et aux frais de qui?

Le problème central de la formation médicale est celui des ressources : personnels, infrastructures, équipements, finances, etc.

Pour relever les défis qui l'interpellent, la formation médicale doit effectuer une réorientation stratégique, réviser ses programmes, moderniser ses méthodes d'enseignement et d'évaluation, accroître ses ressources et améliorer sa gouvernance.

### 2.3. Formation continue des personnels de santé

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé Publique dispose d'un service de la formation continue structuré dont l'activité consiste essentiellement à gérer, souvent a posteriori, les demandes de formation individuelles présentées par des personnels de santé. Chaque année une enveloppe financière est allouée au budget de la formation continue à laquelle s'ajoutent des offres de formation financées par les

partenaires techniques et financiers (OMS, coopération...) Cette enveloppe peut concerner des formations diplômantes médico-sanitaires, des spécialités médicales, des perfectionnements administratifs, des stages de courte ou longue durée.

Différents acteurs de plusieurs services du Ministère de la Santé Publique interviennent dans la gestion des dossiers auquel s'ajoute l'intervention d'autres ministères. Ainsi, le Ministère de la Fonction Publique autorise la mise en stage. Si la formation est extérieure au Cameroun et inférieure à 90 jours, les services du Premier Ministre donnent l'autorisation de sortie du territoire.

Conformément au Décret n° 2000/697 du 13/09/2000 qui régleme la formation continue des fonctionnaires, un projet plan de formation a été conçu au Ministère de la Santé Publique en 2007 et réactualisé en 2011.

Quoiqu'il en soit, le service de la formation continue gère au jour le jour les offres et demandes de formation. La commission des bourses se réunit une ou deux fois par an. Les résultats des investissements humains et financiers ne sont pas quantifiables. Aucune politique de formation continue institutionnelle et pluriannuelle n'a n'encore véritablement été mise en œuvre. Aujourd'hui, la dynamique lancée dans le cadre de la préparation du PDRH positionne la formation continue comme un des leviers de l'amélioration des prestations de santé. La formation est considérée désormais comme un investissement au service de la santé de la population.

Un état des formations réalisées de 2005 à 2010 a été élaboré pour faire un bilan des formations accordées et réorganiser le service de la formation continue. Tous les intervenants du circuit de financement de la formation ont été consultés pour faire l'état des lieux des formations attribuées de 2005 à 2010. Les différents services du MINSANTE (le Cabinet du ministre, le Secrétariat Général, la Division de la Coopération) et du Ministère de la Fonction Publique, ont été sollicités. Les tableaux d'engagements financiers remis par le Contrôleur Financier Central du MINSANTE et les archives du service de la formation continue ont été exploités.

Ce tableau, bien qu'encore incomplet, permet de dégager un certain pourcentage sur la consommation des crédits alloués au budget formation et montre aussi l'effort financier du Ministère de la Santé Publique dans ce domaine. Toutes les formations accordées sont considérées comme service actif dans la mesure où l'agent bénéficiaire perçoit toujours son salaire.

L'exploitation des données collectées en vue de l'élaboration du bilan de la formation continue de 2005 à 2010 a permis de dégager des constats susceptibles d'orienter l'élaboration d'un plan de formation à long terme pour les personnels de santé.

Le Ministère de la Santé Publique assure la formation continue à travers des sessions de longue durée et de courte durée au rang desquels les stages et les séminaires. Les formations de longue durée s'évaluent à plus d'un an, les formations de courte durée s'étalent sur moins d'un an, les stages se limitent entre 01 et 09 mois et les séminaires à moins d'un mois.

**Tableau 21: Répartition des formations par type et genre de 2005 à 2010**

Type de formation	Masculin	Féminin	Total
Bourse de longue durée	255	109	364
Bourse de courte durée	2		2
Stage	4	3	7
Séminaire	8	5	13
Durée non précisée	-	-	18
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>117</b>	<b>404</b>

Sur 404 bénéficiaires, 18 sont sans durée, dont 6 qui concernent les paiements effectués directement aux formateurs ou aux ambassades des pays d'accueil. Ce tableau permet de constater que le service formation de la Direction des Ressources Humaines du MINSANTE gère essentiellement des formations individuelles et de longue durée.

Des données qui précèdent, on note que 40 % des boursiers se recrutent dans la tranche d'âge comprise entre 41 et 50 ans, le départ à la retraite se situant entre 50 et 55 ans. Par ailleurs, La répartition des bourses par genre révèle que les hommes sont bénéficiaires de 77 % des bourses contre 23% pour les femmes qui constituent environ 47 % de l'effectif total des personnels. A l'analyse, le corps des médecins, environ 10 % de l'effectif total des personnels de santé, bénéficie de 62 % des bourses allouées annuellement. S'agissant du choix des thèmes, les domaines de formation ont été regroupés en 62 grands thèmes. Ce tableau incomplet montre la multidisciplinarité des activités de la santé, mais aussi le saupoudrage des moyens financiers dans de nombreux domaines, donc l'absence d'une politique nationale de formation. En terme d'impact sur les OMD, seulement environ 13 % de formations sont en lien étroit avec les OMD, c'est- à- dire axées sur la santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, on n'enregistre aucune dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Sur 404 bénéficiaires des actions de formation continue, 51 % des formations ont été effectuées en Afrique et 25 % de celles- ci au Cameroun. La préconisation gouvernementale de privilégier la formation au Cameroun est respectée. De même, la formation se déroule de plus en plus sur le continent africain.

En matière de financement de la formation, la gestion des enveloppes allouées et du budget de la formation continue n'est pas assurée par la Direction des Ressources Humaines. Les données recueillies des structures intervenant dans les procédures d'allocation des bourses et de prise en charge de la formation permettent de dégager la ventilation ci- après sur 06 ans.

**Tableau 21: Financements alloués à la formation continue de 2005 à 2010**

Année	Enveloppe allouée	Paiement effectués
2005	261 918 000	112 247 288
2006	Donnée non disponible	118 810 739
2007	207 918 000	45 313 771
2008	207 918 000	117 574 820
2009	223 583 000	200 745 077
2010	217 424 700	126 482 840

Au regard des données recueillies de 2006 à 2010, la dépense annuelle moyenne effectuée au titre de la prise en charge de la formation continue est évaluée à 101 487 875 FCFA. En rapportant ce montant au budget global moyen du MINSANTE au cours de la même période, soit 102 800 600 000 FCFA, il apparaît que la formation continue représente moins de 1 % du budget total du MINSANTE.

Toutefois, ces données ne représentent pas la totalité des coûts engagés pour la formation continue au bénéfice du MINSANTE. En effet, un grand nombre de séminaires et stages directement financés par des partenaires au développement en faveur des programmes et autres structures du MINSANTE ne sont pas connus des services en charge de la formation à la Direction des Ressources Humaines.

#### **2.4. Politique de formation pluriannuelle dans le cadre du plan stratégique des RHS**

Le plan de formation est un outil de management des ressources humaines. Il traduit de façon opérationnelle et budgétaire les choix du management d'une organisation et les moyens qui y seront affectés sur une période donnée pour adapter, recycler, promouvoir la compétence individuelle et collective du personnel.

La formation continue, désormais appelée « la formation tout au long de la vie » concerne tous les acteurs du secteur santé, qu'ils soient administratifs, professionnels de santé, personnels d'appui et quel que soit le niveau de la chaîne où ils interviennent.

La Direction des Ressources Humaines a procédé au recadrage des stratégies et de la mise en œuvre des actions de formation sur la base des orientations définies en juin 2008 par le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative. Ainsi, elle a élaboré une esquisse de plan de formation triennal 2010- 2013 qui devra être arrimée à la durée du plan stratégique des RHS et complétée par une budgétisation conséquente.

En termes d'approche méthodologique, l'élaboration du plan de formation du Ministère de la Santé Publique part des besoins du terrain, de la pratique professionnelle que l'on veut atteindre, et non de l'offre des organismes de formation, certes abondante et variée, mais souvent générique dans l'ensemble et donc, non calquée sur des besoins qui s'avèrent dans bien de cas spécifiques. Pour améliorer la qualité des prestations qui conditionnent la prise en charge du malade, le Ministère de la Santé Publique privilégie la formation investissement. Autrement dit, la formation est initiée dans l'optique de corriger un besoin en

compétences préalablement identifiées par l'institution. Dans cette optique, elle est destinée à apporter une plus-value en termes d'amélioration de la performance du personnel et donc de la qualité du service offert à l'utilisateur. L'orientation générale préconisée est la mise en place sur le lieu de travail de la formation action. Il s'agit de la formation sur site centrée autant que possible sur la pratique pour obtenir un effet de correction fondé sur l'environnement réel de travail.

Ce projet de plan de formation s'organise autour de 02 grandes parties traitant l'une de la formation de courte durée, l'autre de la formation de longue durée. Pour l'essentiel, les actions retenues privilégient les formations dont la mise en oeuvre peut être assurée localement, pour 04 visées majeures :

- ✓ Minimiser les coûts de la formation ;
- ✓ Favoriser la stabilité des personnels, des structures et la pérennité des initiatives de formation ;
- ✓ Offrir de réelles possibilités de duplication des compétences acquises ;
- ✓ Assurer le suivi – évaluation des actions de formation en vue de la planification des actions futures.

Dans cette optique, des pistes devront être explorées pour la mise en oeuvre des formations au sein des structures d'emploi des personnels par les seniors des services, tant sont grandes les compétences individuelles, mais étanches les cloisons entre divers services d'une même structure et partant, entre les individus qui y exercent.

De telles actions de formation devront déboucher sur l'élaboration de vademécums des services aux fins d'une harmonisation des pratiques professionnelles, du partage des compétences et de la concrétisation de la notion de continuité du service public.

En cohérence avec l'option de la formation action, les formations courtes d'une durée supérieure ou égale à 10 jours pourraient être découpées en séquences espacées d'un intervalle d'un ou deux mois pour permettre aux apprenants de réaliser une étude concrète afin d'enchaîner et de consolider la deuxième phase de formation. Une fiche technique sera élaborée pour chaque action de formation et un cahier des charges à l'intention de l'organisme de formation sera défini.

La composition des groupes de stagiaires à former sera homogène et le nombre de participants sera limité à 15 par action pour favoriser et optimiser la participation.

L'idée étant de privilégier les besoins de formation de l'institution aux aspirations personnelles des individus, l'opérationnalisation de la politique de formation du Ministère de la Santé Publique envisage de s'orienter selon cette démarche :

- ✓ Le Ministère de la Santé Publique diffuse en début d'exercice le plan de formation de l'année en cours aux partenaires et aux personnels, tant au niveau central que déconcentré ;
- ✓ Les partenaires émettent leurs offres de bourses ou d'appui en fonction des axes de formation institutionnels retenus ;
- ✓ Les candidats aux formations programmées postulent en remplissant un modèle de candidature

- conçu par le MINSANTE et visé de leur supérieur hiérarchique immédiat ;
- ✓ Les demandes sont déposées au service de la formation du MINSANTE et examinées par une commission regroupant le Secrétaire Général, les Directeurs des domaines de formation concernés et les partenaires techniques et financiers. Cette commission se réunit en tant que de besoin.
- ✓ Les candidats retenus sont informés et le calendrier de formation diffusé.

A l'évidence, l'efficacité de la politique de formation du Ministère de la Santé Publique nécessite quelques préalables :

- ✓ Canaliser toutes les offres de formation vers la structure institutionnellement compétente. En effet, de nombreuses actions de formation sont menées de manière éparse par divers services au gré des opportunités, sans planification, avec pour corollaire de ne pouvoir inventorier à la Direction des Ressources Humaines l'ensemble des formations assurées au sein du Ministère au bout d'une année et en évaluer l'apport concret.
- ✓ Introduire dans le cahier des charges de l'organisme de formation le mode d'évaluation de la formation et d'évaluation post formation pour apprécier la portée réelle des actions menées.
- ✓ Préparer les bénéficiaires au départ en formation et les sensibiliser sur les enjeux des actions de formation initiées.
- ✓ Mettre en place une base de données bien gérée dans le système informatique de la DRH par une circulation de l'information et une saisie scrupuleuse des données, afin d'éviter d'envoyer les mêmes agents en formation et de permettre d'enregistrer leurs acquis professionnels.

Le projet de plan de formation élaboré se structure en 02 grandes parties : les formations de courte durée et les formations de longue durée.

Les formations de courte durée ont été classées en 9 grands thèmes déclinés chacun en plusieurs actions de formation.

- ✓ Management ;
- ✓ Communication ;
- ✓ Gestion administrative et financière ;
- ✓ Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication ;
- ✓ Formation des enseignants des écoles ;
- ✓ Prévention et hygiène hospitalière ;
- ✓ Prise en charge des urgences ;
- ✓ Prise en charge du malade au sein des programmes prioritaires nationaux ;
- ✓ Maintenance des équipements.

S'agissant des formations de longue durée par le biais des bourses, hormis les bourses d'études financées directement à l'étranger par les bailleurs de fonds, seules les formations qui ne trouvent pas de réponse au Cameroun et dont la concrétisation est indispensable pour le service de santé seront prises en charge en dehors du pays. En effet, le Cameroun dispose d'universités et de grandes écoles dont la formation est en

adéquation avec les besoins exprimés.

Toutefois, une mise en œuvre efficace de la politique de formation aussi bien initiale que continue nécessite l'existence d'un cadre d'échange structuré et fonctionnel englobant aussi bien le ministère de la santé que les autres ministères formateurs, recruteurs et utilisateurs de personnels de santé (MINSANTE, MINESUP, MINEFOP, MINRESI, MINFOPRA, ONG...) La plateforme mise en place en 2010 entre le MINSANTE et le MINESUP mérite d'être étendue aux autres parties prenantes aussi bien à travers des instances d'attribution de bourses que celles de développement des curricula de formation.

### **3. Besoins en formation et éducation des personnels**

#### **3.1. Besoins en formation pour les personnels médicaux**

La répartition de l'effectif des médecins au cours de la décennie 2002-2011 par spécialité montre que, sur 823 médecins lauréats, 70% sont des médecins généralistes et 30% des médecins spécialistes. Les spécialités connues comme déficitaires sont l'anesthésie - réanimation, la psychiatrie, l'anatomopathologie etc.

L'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines du domaine pharmaceutique au Cameroun est réelle. Les besoins sont estimés à 350 pharmaciens. Ce constat d'insuffisance en personnels est perceptible aussi bien au niveau de l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique que dans le SYNAME (CENAME, CAPR, Pharmacies des formations sanitaires) et les programmes prioritaires de santé. Le déficit est aussi perceptible dans la filière des chirurgiens - dentistes.

#### **3.2. Besoins en formation pour les personnels médico-sanitaires**

S'agissant des personnels médico- sanitaires, si les filières d'aide- soignant (56 %), d'infirmier diplômé d'Etat (54%) et d'agent technique médico- sanitaire (26 %) sont suffisamment fournies, le déficit est très accru dans d'autres filières telles que la santé mentale, l'anesthésie- réanimation, l'ophtalmologie... Parmi les filières les plus déficitaires figure également celle des sages- femmes dont la formation, interrompue depuis les années 80 n'a été relancée qu'en 2011, pour un effectif à l'admission de 186 élèves.

#### **3.3. Besoins en formation pour les personnels administratifs**

Une dernière catégorie généralement oubliée dans les débats autour de l'effectif du personnel sanitaire est composée du personnel administratif et d'appui. D'après l'OMS, « Le personnel administratif et d'appui constitue ainsi l'ossature invisible du système de santé » (Rapport Mondial sur les personnels de santé, 2006). L'identification des besoins en personnels sur la base des postes de travail a permis de dénombrer les effectifs requis dans ce domaine. Toutefois, il convient de relever que leur formation relève d'administrations diverses et que leurs compétences sont en général transversales.

Tableau 22 : Estimation des GAPS de production dans les catégories courantes

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
<b>GROUPE 1. ADMINISTRATION, GESTION, FINANCES</b>					
1	Administrateur de Santé	1	96	-95	L'offre semble supérieure à la demande, mais il s'agirait plutôt d'une sous- utilisation.
2	Assistante sociale	190			La production locale couvre les besoins
3	Archiviste Documentaliste				
4	Comptable, Régisseur, économiste	370			La production locale couvre les besoins
5	Commis d'administration				
6	Commis de pharmacie	1331			Ne requiert pas une formation spécifique
7	Gestionnaire des hôpitaux (directeur des hôpitaux)				
8	Gestionnaire des hôpitaux (gestion des ressources humaines)				
9	Informaticien	4			La production locale couvre les besoins
10	Juriste				
11	Secrétaire de direction				
12	Secrétaire d'administration				
13	Secrétaire médicale bureautique	583			La production locale couvre les besoins
<b>GROUPE 2. LOGISTIQUE- MAINTENANCE- AUTRES</b>					
1	Ambulancier brancardier	27		27	Renforcement des capacités
2	Electronicien				

	<b>LISTE DES METIERS</b>	<b>TOTAL BESOINS CATEGORIES COURANTES</b>	<b>TOTAL PRODUCTION CATEGORIES COURANTES</b>	<b>ECART</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
3	Ingénieur des travaux				
4	Ingénieur du génie civil				
5	Ingénieur médico-sanitaires	35		35	La production locale couvre les besoins
6	Ingénieur du génie sanitaire	2		2	Bourses
7	Ingénieur biomédical	20		20	La production locale couvre les besoins
8	Technicien biomédical	219		219	Production par l'UDM - recrutement
9	Technicien du bâtiment (plombier, électricien...)				
10	Technicien en hygiène et assainissement	2		2	La production locale couvre les besoins
<b>GROUPE 3. MEDECINS, PHARMACIENS, CHIRURGIENS- DENTISTES</b>					
1	Anatomo-pathologiste	1	1		
2	Anesthésiste réanimateur	35			
3	Biologiste	13	21	-8	Production susceptible de couvrir les besoins
4	Cardiologue	30	7	23	2 cardiologues par hôpital régional
5	Chirurgien (Chirurgie viscérale)	205	12	193	
6	Chirurgien cardio thoraxique et vasculaire	8	0	8	
7	Chirurgien- Dentiste	210		210	Production à partir de 2014
8	Chirurgien orthopédique/traumatologue	14			Production à rechercher
9	Chirurgien pédiatrique	2		2	Bourse

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
10	Chirurgien plastique				
11	Chirurgien urologue	8		8	Bourse
12	Chirurgien (Chirurgie viscérale)				
13	Dermatologue	16	0	16	Bourse ou ouverture de filière
14	Endocrinologue et maladies métaboliques	16	5	11	Augmenter les capacités de production, bourses ou recrutement
15	Economiste de la santé				
16	Epidémiologiste				
17	Hépatogastroentérologue	17	6	11	Augmenter les capacités de production, bourses ou recrutement
18	Généraliste	770	1739	-969	La production locale couvre les besoins
19	Généraliste- petite chirurgie				
20	Gynécologue obstétricien	224	12	212	Augmenter capacités de production ou bourses ou recrutement
21	Hématologue	21		21	Bourses, recrutement
22	Infectiologue	9		9	Bourses, recrutement
23	Interniste	20	19	1	Augmenter les capacités de production ou recrutement
24	Néphrologue	22	9	13	Augmenter les capacités de production ou recrutement
25	Neurochirurgien	10		10	Bourses, recrutement
26	Neurologue	11	9	2	Augmenter les capacités de production, bourses ou recrutement
27	Ophthalmologue	17	20	-3	Production susceptible de couvrir les besoins
28	Oto- Rhino Laryngologue	16	20	-4	Production susceptible de couvrir les besoins
29	Pédiatre	230	12	218	Augmenter les capacités de production
30	Pharmacien	19		19	Production susceptible de couvrir les besoins

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
31	Pneumologue	19	3	16	Augmenter les capacités de production, bourses ou recrutement
32	Psychiatre	20	3	17	Augmenter les capacités de production, bourses ou recrutement
33	Radiologue/Imagerie Médicale	35	42	-7	Production susceptible de couvrir les besoins
34	Santé Publique	34	18	16	Augmenter les capacités de production
35	Santé Publique (Santé Communautaire)				
36	Urgentiste	6		6	Formation interrompue-reploiement des effectifs formés
37	Urologue	10		10	Bourses, recrutement

#### GROUPE 4. PERSONNEL MEDICO SANITAIRE

1	Aides- Soignants (AS)	4280	5120	-840	Production susceptible de couvrir les besoins
2	Agent Technique Médico Sanitaire (analyses médicales-ATMS)	1115	3040	-1925	Production susceptible de couvrir les besoins
3	Audioprothésiste				
4	Diététicien-nutritionniste	19		19	Bourses, recrutement
5	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	3939	5920	-1981	Production susceptible de couvrir les besoins
6	IDE en Anesthésie réanimation	511	120	391	Production susceptible de couvrir les besoins
7	IDE en Santé Mentale	193	120	73	Augmenter les capacités de production
8	IDE en Santé de la Reproduction	49	58	-9	Production susceptible de couvrir les besoins

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
9	IDE en Ophtalmologie	193	120	73	Augmenter les capacités de production
10	Prothésiste	10		10	Bourses, recrutement
11	Puéricultrice	2		2	Recrutement
12	Anthropologue (socio anthropologue)	7	1	6	Bourses, recrutement
13	Psychologue	12		12	Recrutement
14	Sage- Femme Diplômée d'Etat	1283	450	833	Augmenter les capacités de production
15	Infirmier Breveté Accoucheur	9			Formation interrompue- repliement des effectifs formés
16	Instrumentiste	8		8	Bourses, recrutement
17	TMS analyses médicales	853	2560	-1707	Production susceptible de couvrir les besoins
18	TMS génie sanitaire	233	240	-7	Production susceptible de couvrir les besoins
19	TMS kinésithérapeute	242	300	-58	Production susceptible de couvrir les besoins
20	TMS odontologie	410	200	210	Augmenter les capacités de production
21	TMS pharmacie	244	200	44	Augmenter les capacités de production
22	TMS physiothérapeute				
23	TMS radiologie/imagerie médicale	686	800	-114	Production susceptible de couvrir les besoins
24	Technicien supérieur en soins Infirmiers	1185		1185	Formation interrompue. Susceptible d'être remplacés par les IDE ayant obtenu une licence en sciences infirmières
25	Technicien en hémodialyse	20		20	Bourses, recrutement
<b>GROUPE 5. AUTRES</b>					
1	Agent de sécurité	2374		2374	Production susceptible de couvrir les besoins
2	Technicien de surface	3096		3096	Production susceptible de

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
					couvrir les besoins
3	Hôtesse	4		4	Production susceptible de couvrir les besoins
4	ARC	23		23	Ne requiert pas une formation spécifique

Tableau 23 : Estimation des GAPS de production dans les catégories spécifiques

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES SPECIFIQUES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES SPECIFIQUES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
<b>GROUPE 3. MEDECINS, PHARMACIENS, CHIRURGIENS- DENTISTES</b>					
1	Allergologue	4	0	4	Bourse
2	Chirurgien maxillo-facial	2	0	2	Formation nécessitant une bourse d'étude ou recrutement externe
3	Ergothérapeute	4	0	4	
4	Généticien	2	0	2	Bourse
5	Gériatre- Gériatologue	2	0	2	Essentiellement recrutement ou bourse pour les hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> catégorie
6	Généraliste avec compétence en gériatrie	20	0	20	Atelier de formation pour hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> catégorie
7	Kinésithérapeute	2	0	2	
8	Médecin légiste				
9	Médecine nucléaire	2	0	2	Bourse
10	Médecin du sport				
11	Médecin du travail				
12	Neuropédiatre	2	0	2	Recrutement ou bourse
13	Oncologie médicale	2	0	2	
14	Odonto stomatologue	2	0	2	Formation nécessitant une

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES SPECIFIQUES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES SPECIFIQUES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
					bourse d'étude ou un recrutement externe
15	Implantologue	4	0	4	Formation nécessitant une bourse d'étude ou un recrutement externe
16	Assistant dentaire	4	0	4	Formation nécessitant une bourse d'étude ou un recrutement externe
17	Pharmacien industriel	2	0	2	Bourse
18	Psychométriciens	4	0	4	Bourse
19	radiologue thérapeute	4	0	4	Bourse
20	Rhumatologue	4	0	4	
21	Santé publique	2	0	2	Niveau central
22	Toxicologue	2	0	2	Bourse
<b>GROUPE 4. PERSONNELS MEDICO-SANITAIRES</b>					
1	IDE/MASTER en santé publique		160		Formés par l'UCAC
2	IDE oncologie	9	0	9	
3	IDE ORL	193	0	193	
4	IDE urgentiste	193	0	193	
5	Opticien Réfractionniste	4	16		
6	Orthophoniste		0		
7	Orthoptiste	1	0		
8	Optométriste	2	0	2	
9	Technicien supérieur en ophtalmologie	7	0	7	Formation interrompue- Reploiement des effectifs formés
10	Technicien en exploration fonctionnelle	2	0	2	
11	Technicien nucléaire	7	0	7	
12	Thanatopracteur (Morguier )	201	0	201	Un séminaire régional par an pour couvrir l'ensemble des districts

	LISTE DES METIERS	TOTAL BESOINS CATEGORIES SPECIFIQUES COURANTES	TOTAL PRODUCTION CATEGORIES SPECIFIQUES COURANTES	ECART	OBSERVATIONS
<b>GROUPE 5. AUTRES</b>					
1	Entomologiste	2	0	2	Recrutement ou bourse
2	Malacologiste	2	0	2	Recrutement ou bourse
3	Aide de santé communautaire	3174	0	3174	Catégorie à créer et à former
4	Communicateur en santé	180		180	Un séminaire régional par an pour couvrir l'ensemble des districts- production par l'ESSTIC, SIANTOU
5	Démographe	2	40	-38	Produits par l'IFORD

**Tableau 24 : Estimation des GAPS de production dans les catégories courantes**

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
<b>GROUPE 1. ADMINISTRATION, GESTION, FINANCES</b>										
Assistante sociale	180	-								
Comptable, Régisseur, économiste	370	-								
Commis de pharmacie	1333	-								
Informaticien	4	-								
Secrétaire médicale bureautique	583	-								
<b>GROUPE 2. LOGISTIQUE- MAINTENANCE- AUTRES</b>										
Ambulancier brancardier	27	10 JOURS	Centre de coordination des urgences hôpital central Ydé	30000	810000	27				

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
Ingénieur du génie sanitaire	2	5 ANS	Sénégal	5000000	1000000		2			
Technicien biomédical	219	-	UDM				73	73	73	
Ingénieur médico-sanitaire	35									
Ingénieur Biomédical	20									
<b>GROUPE 3. MEDECINS, PHARMACIENS, CHIRURGIENS- DENTISTES</b>										
Biologiste	13	-	FMSB UYI	1000000	1300000		4	4	3	
Cardiologue	30	4 ANS	FMSB UYI	1000000	3000000		5	5	5	Soit on poursuit la formation des 15 autres jusqu'en 2018, soit on recrute le reste.
Chirurgien viscéral	205	4 ANS	FMSB UYI	1000000	20500000					
Chirurgien cardio thoracique et vasculaire	8	4 ANS	Afrique du sud, Europe							
Chirurgien-Dentiste	210	-						105	105	Recrutement
Chirurgien Orthopédique/traumatologue	14	4 ANS	FMSB UYI	1000000	1400000		5	5	4	
Chirurgien Pédiatrique	2	4 ANS	Afrique du sud, Europe							
Chirurgien Urologue	8	4 ANS	Afrique du sud, Europe							
Dermatologue	16	4 ANS	Afrique de l'ouest	2000000	3200000		6	5	5	
Endocrinologue et maladies métaboliques	11	4 ANS	FMSB UYI	1000000	1100000		4	4	3	
Hépatogastroentérologue	11	4 ANS	FMSB UYI	1000000	1100000		4	4	3	
Généraliste	770	-					258	256	256	Recrutement
Gynécologue obstétricien	212	4 ANS	FMSB UYI	1000000	2120000		5	5	5	Accroître les capacités de production ou recruter

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
Hématologue	21	4 ANS	Afrique de l'ouest	2000000	42000000		7	7	7	
Infectiologue	9	2 ANS	Afrique de l'ouest	2000000	18000000		3	3	3	
Interniste	1	4 ANS	FSMB UYI	1000000	1000000		1			
Néphrologue	13	4 ANS	FSMB UYI	1000000	13000000		5	4	4	
Neurochirurgien	10	10 ANS	EUROPE							
Neurologue	2	2 ANS	FSMB UYI	1000000	2000000		2			
Ophthalmologue	17	-					17			
Otorhino Laryngologue	16	-					16			
Pédiatre	218	4 ANS	FSMB UYI	1000000	218000000		5	5	5	Accroître les capacités de production ou recruter
Pharmacien	19	-					19			Recrutement
Pneumologue	16	4 ANS	FSMB UYI	1000000	16000000		6	5	5	
Psychiatre	17	4 ANS	FSMB UYI	1000000	17000000		7	6	6	
Radiologue/Image rie Médicale	35	-					35			Recrutement
Santé Publique	16	2 ANS	FSMB UYI	1000000	16000000		6	5	5	
Urgentiste	6	-								Redéploiement des effectifs
Urologue	10	4 ANS	Afrique de l'ouest	2000000	20000000		4	3	3	
<b>GROUPE 4. PERSONNEL MEDICO- SANITAIRE</b>										
Aides-Soignants (AS)	4280	-					1280	1500	1500	Recrutement
Agent Technique Médico Sanitaire (analyses médicales ATMS)	1115	-					373	371	371	
Diététicien-nutritionniste	19	4 ANS	Afrique de l'ouest	2000000	38000000		7	6	6	
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	3939	-					1313	1313	1313	

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
IDE en Anesthésie réanimation	391	2 ANS	Cameroun	500000	195000000		131	130	130	
IDE en Santé Mentale	73	2 ANS	Cameroun	500000	36500000		25	24	24	
IDE en Santé de la Reproduction	49	2 ANS	-				17	16	16	Recrutement
IDE en Ophtalmologie	73	2 ANS	Cameroun	500000	36500000		25	24	24	
Prothésiste	10									A rechercher
Puéricultrice	2									A rechercher
Anthropologue (socio anthropologue)	6									
Psychologue	12	8 ANS								
Sage-Femme Diplômé d'Etat	833	3 ANS	Cameroun	500000	416500000		279	277	277	
Instrumentistes	8									
TMS analyses médicales	853	-					285	284	284	Recrutement
TMS génie sanitaire	233	-					78	78	77	Recrutement
TMS kinésithérapeute	242	-					81	81	80	Recrutement
TMS odontologie	410	2 ANS	Cameroun	500000	205000000		137	137	136	
TMS pharmacie	244	2 ANS	Cameroun	500000	122000000		82	81	81	
TMS radiologie/imagerie médicale	686	-					229	229	228	
Technicien supérieur en Soins Infirmiers ou IDE ayant obtenu licence en sciences infirmières	1185	2 ANS	Cameroun	500000	592000000		395	395	394	
Technicien en hémodialyse	20	2 ANS	Cameroun							
<b>GROUPE 5. AUTRES</b>										
Agent de sécurité	2374	-					2374			
Technicien de surface	3096	-					3096			
Hôtesse	4	-					4			
ARC	23	-					23			

**Tableau 25 : Plan de formation des catégories spécifique**

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
<b>GROUPE 3. MEDECINS, PHARMACIENS, CHIRURGIEN- DENTISTE</b>										
Allergologue	4									
Chirurgien maxillo facial	2									
Ergothérapeute	4									
Généticien	2									
Gériatre- Gérologue	2	4 ANS	Afrique de l'ouest	2000000	4000000		2			
Généraliste avec compétence en gériatrie	20	10 JOURS	Cameroun	100000	2000000		20			Atelier de formation
Kinésithérapeute	2									
Médecine nucléaire	2									
Neuropédiatre	2	4 ANS	Europe	5000000	10000000		2			
Oncologie médicale	2	4 ANS	Europe	5000000	10000000		2			
Odontostomatologie	2	4 ANS	Europe	5000000	10000000		2			
Implantologue	4									
Assistant dentaire	4									
Pharmacien industriel	2									

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
Psychométriciens	4									
Radiologue thérapeute	4									
Rhumatologue	4	4 ANS	FSMB UYI	1000000	4000000		4			
Santé publique	2	4 ANS	FSMB UYI	1000000	2000000		2			
Toxicologue	2									
<b>GROUPE 4. PERSONNEL MEDICO SANITAIRE</b>										
IDE oncologie	9	2 ANS	Afrique europe	500000	4500000		3	3	3	
IDE ORL	193	2 ANS	Cameroun	500000	96500000		65	64	64	
IDE urgentiste	193	2 ANS	Cameroun	500000	96500000		65	64	64	
Opticien Réfractionniste	4	-	Cameroun				4			Recrutement
Orthoptiste	1									
Optométriste	2									
Technicien supérieur en ophtalmologie	7									Pris en compte avec les IDE ORL
Technicien en exploration fonctionnelle	2									
Technicien nucléaire	7									
Thanatopracteur (morguier)	201	10 JOURS	Cameroun	30000	6300000		201			
<b>GROUPE 5. AUTRES</b>										
Entomologiste	2									
Malacologiste	2	1 MOIS	Europe				2			

THEMES/SPECIALITES	NOMBRE	DUREE DE LA FORMATION	LIEU	COUT UNITAIRE	COUT TOTAL	CHRONOGRAMME DE FORMATION				OBSERVATIONS
						ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	
Aide de Santé communautaire	3174	1 AN	Cameroun	500000	1587000000		1174	1000	1000	Plaidoyer pour l'ouverture de cette filière
Communicateur en santé	180	-	Cameroun				180			
Démographe	2	-	Cameroun				2			

## I. Recherche dans le domaine des RHS

Le Ministère de la Santé Publique est doté d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé, mais la recherche sur le développement des RHS reste embryonnaire dans notre pays, faute d'une politique et de ressources financières pour appuyer ce domaine. Toutefois, un regain d'intérêt sur le sujet est perceptible au vu de la mise sur pied du Groupe de Recherche sur les Ressources Humaines pour la Santé au Cameroun (GRESAC).

Pour remédier au vide en matière de recherche sur les RHS, le Ministère de la Santé Publique a créé le 05 avril 2010 un Groupe de Recherche pour les Ressources Humaines de la Santé au Cameroun. Bien que logé au sein du Ministère de la Santé Publique, ce groupe de travail est une entité multisectorielle constituée de points focaux et de membres, notamment les enseignants des écoles de professionnels de santé, les responsables en charge de la gestion des ressources humaines, les spécialistes en gestion des ressources humaines, les étudiants et les chercheurs issus des administrations publiques, privées, des institutions de formation et de recherche.

Le GRESAC est un organe de l'Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé dont les missions principales consistent à développer des projets de recherche sur les ressources humaines pour la santé, produire des données exploitables et fiables sur les ressources humaines pour la santé et favoriser la diffusion des résultats des travaux de recherche réalisés sur les ressources humaines pour la santé au Cameroun.

De nombreux sujets d'intérêt ont été identifiés comme axes de recherche en vue de mieux orienter la politique et la planification des RHS et, à l'actif du GRESAC et sous la conduite de la Direction des Ressources Humaines, parmi les plus représentatives, les études et réalisations suivantes ont été menées :

- ✓ Profil pays des RHS au Cameroun, 2009 ;
- ✓ Focus groups sur les RHS au Cameroun, 2009 ;
- ✓ Analyse situationnelle des RHS au Cameroun, 2010 ;
- ✓ Consultation nationale des parties prenantes du secteur de la santé au Cameroun, 2011 ;
- ✓ Recensement général des personnels des secteurs public et privé de la santé au Cameroun, 2011 ;
- ✓ Stratégies de fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles (2011) ;
- ✓ Estimation des besoins en personnels à l'horizon 2015 dans les Hôpitaux Centraux et Généraux au Cameroun, 2012 ;
- ✓ Estimation des besoins en personnels à l'horizon 2015 dans les formations sanitaires publiques de l'échelle du District de Santé au Cameroun sur la base de la charge de travail, 2012 ;
- ✓ Révision des Normes en personnels, 2012 ;
- ✓ 1<sup>ère</sup> Conférence nationale sur les RHS au Cameroun, 2012 ;
- ✓ Estimation des besoins en personnels, de la production et l'attrition dans le sous-secteur public du Cameroun, 2012 ;
- ✓ Labor market and productivity in the health sector in Cameroon (2012).

La recherche sur les RHS revêt actuellement un enjeu majeur pour le développement des politiques et de la planification des RHS qui doivent être éclairés par des données factuelles pour plus d'efficacité. Par ailleurs, la dissémination des résultats des études devrait être effectuée à large échelle à travers des publications, des newsletters et toutes autres formes de diffusion. Dans cette optique, sous l'impulsion du MINSANTE, le GRESAC a organisé la 1<sup>ère</sup> Conférence nationale des RHS les 17 et 18 avril 2012 à Yaoundé. Cependant, faute de moyens financiers, les restitutions et la diffusion des travaux produits restent limitées.

## **J. COORDINATION ET DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT DANS LE DOMAINE DES RHS**

### **1. Coordination des RHS**

Le développement des RHS se caractérise par la diversité des parties prenantes. En effet, de la phase de la formation à celle de l'emploi interviennent divers acteurs dont les missions, les stratégies, les procédures et les priorités sont généralement divergentes. Ainsi, dans le processus de développement des RHS, à titre indicatif, l'on note que le ministère de la fonction publique recrute, les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé forment, le ministère des finances paye, le ministère de la santé qui emploie, les partenaires au développement qui apportent des appuis divers..., d'où la nécessité d'un Cadre de Concertation et de Facilitation (CCF) sur les RHS.

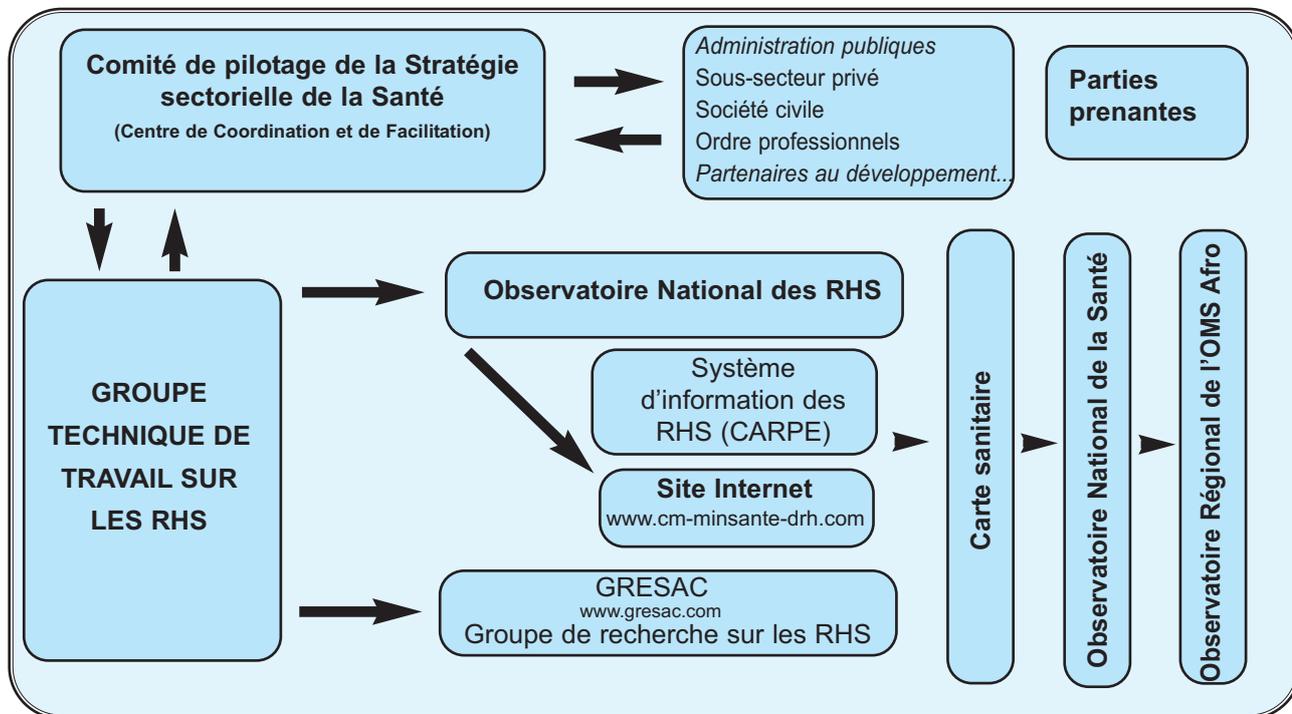
Du point de vue institutionnel, le Comité de Pilotage et de suivi de la mise en oeuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (CP/SSS), instance interministérielle associant les administrations apparentées les partenaires au développement et les organisations professionnelles de la santé, sert de CCF pour les RHS. A la faveur des évolutions observées, notamment l'enjeu des RHS pour le développement du secteur de la santé, il a été formellement institué au sein du CP/SSS un Groupe technique de travail multisectoriel sur les RHS (GTT/RHS) en 2012. La Direction des Ressources Humaines du MINSANTE assure le Secrétariat Permanent du GTT/RHS, lequel dispose d'un Observatoire national des RHS et d'un Groupe de recherche multidisciplinaire sur les RHS (GRESAC).

### **2- Contribution de l'Observatoire National des RHS aux politiques de RHS fondées sur les bases factuelles**

Le lancement officiel de l'Observatoire National des Ressources Humaines en Santé du Cameroun (ONRHSC) a eu lieu le 10 Mars 2010 sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, M. André MAMA FOUA, qu'accompagnaient des membres les ministre de la Communication, de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement, de l'Education de Base, le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, la Représentante Résidente de l'OMS au Cameroun.

La cérémonie a également connu la participation des Directeurs d'hôpitaux, des responsables des réseaux

du sous- secteur privé à but lucratif et à but non lucratif, des Associations et Ordres professionnels, des Chefs d'établissements de formation des personnels médicaux et médicaux- sanitaires, des partenaires techniques et financiers, des administrations publiques impliquées dans la Stratégie Sectorielle de Santé, des responsables des services centraux et extérieurs du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), des étudiants en médecine, des étudiants des écoles de santé, des élèves infirmiers et du personnel du corps médical.



**Figure 12: Mécanisme institutionnel de coordination des RSH**

L'objectif général assigné à l'ONRHS est de produire, partager et promouvoir l'utilisation de l'information sur les personnels de santé pour soutenir le développement et la mise en oeuvre des politiques, des stratégies et des plans en matière de ressources humaines de la santé dans le pays. Par rapport à cet objectif principal, la contribution de l'ONRHS au développement de politiques de RSH fondées sur des bases factuelles est perceptible au bout de 02 ans d'existence à travers des innovations significatives.

Au titre du suivi des niveaux et tendances des ressources humaines de la santé dans le pays, un Profil pays et une Analyse de la situation des RSH au Cameroun ont été produits. Par ailleurs, les données du récent recensement général des personnels du secteur de la santé sont accessibles à travers le site internet de l'ONRHS ([www.cm-minsante-drh.com](http://www.cm-minsante-drh.com)), avec des options de mise à jour par les personnels publics et privés recensés.

Dans le domaine du partage de l'information sur les RSH, le site de l'ONRHS sert de vitrine pour la diffusion de l'offre de formation et de recrutement au niveau national. C'est également un canal de d'information à travers un service spécifique de messagerie sur des thématiques diverses, aussi bien au

niveau national qu'international. En octobre 2012, le compteur du service de messagerie de l'ONRHS affichait plus de 150 000 visites.

S'agissant du développement de la recherche sur les RHS, dans le cadre du GRESAC, plusieurs études citées dans le volet recherche du présent document ont été conduites.

Le développement du dialogue politique basé sur l'information et les données sur les RHS, le renforcement des capacités logistiques de l'ONRHS, le renforcement des compétences des RHS constituent les activités d'envergure à mettre en oeuvre, conformément au cahier des charges de l'ONRHS.

### **3- Concertation et facilitation sur la problématique des RHS**

Des initiatives de concertation et de facilitation ont été entreprises dans le cadre du processus d'élaboration du PDRH afin d'aboutir à un plan stratégique qui reflète le plus large consensus.

Ainsi, un focus group a été organisé sur la problématique des RHS, du 14 au 18 décembre 2009 par le MINSANTE avec la participation des Services du Premier Ministre, Ministères intervenant dans la Stratégie Sectorielle de Santé, sous- secteur privé à but lucratif et non lucratif, tradi- praticiens, Ordres professionnels, Syndicats, Associations d'étudiants et élèves des filières de la santé, Associations de malades, Délégués Régionaux de Santé Publique, Facultés de Médecine, écoles de formation des personnels médico- sanitaires, hôpitaux régionaux, partenaires au développement.

Au titre des résultats, le focus group structuré en 03 thèmes, notamment la production, l'utilisation et la gouvernance des RHS, a permis d'identifier, par rubrique et par ordre d'importance des problèmes, dont les causes déterminées et des solutions proposées comme orientations à l'élaboration du PDRH.

A la suite de ce forum, le MINSANTE a organisé, du 16 au 21 avril 2011, une concertation des parties prenantes intervenant dans les 04 domaines de la stratégie sectorielle de santé (SSS), en vue de la définition des axes stratégiques spécifiques de la politique de développement des RHS et de l'identification des besoins pour l'élaboration du PDRH.

Ainsi 18 groupes thématiques ont été constitués autour des 04 grands domaines de la SSS. Les experts identifiés pour chaque groupe thématique ont renseigné un questionnaire structuré en 6 thèmes, notamment le recrutement et des besoins RHS, la formation des RHS, la gouvernance, l'approche genre, l'approche communautaire et l'approche droit en matière de santé. Le travail effectué par les experts a ensuite fait l'objet d'une présentation devant un comité scientifique de restitution, suivie des échanges et des enrichissements.

Il en a résulté le recueil des besoins en formation, en recrutement ainsi que des propositions d'options

stratégiques pour le recrutement, la formation, la gouvernance et la fidélisation des RHS dans les zones d'accès difficile.

Des initiatives de coordination plus ciblées telles que la Plate- forme de concertation MINSANTE- MINESUP oeuvrent en faveur de l'amélioration de la formation dans les filières médicales.

De manière générale, la coordination des parties prenantes nécessite une redynamisation sous- tendue par une politique claire dans le domaine des RHS, une concertation régulière et un suivi- évaluation des engagements des parties prenantes en faveur du développement des RHS.

## 4. Le développement du partenariat

Le partenariat dans le domaine des RHS comporte 02 volets, notamment la coopération nationale et la coopération internationale. Au niveau national, outre les interactions entre les différents ministères en charge du développement des RHS pour les questions de recrutement, formation, gestion de la carrière et rémunération des RHS, un volet important du partenariat national repose sur la coopération entre le sous- secteur public et le sous- secteur privé.

Le sous- secteur public contribue à l'offre de formation de personnels de santé relevant du Ministère de la Santé Publique. Sur les 70 écoles de formation de personnels médico- sanitaires, 41 sont publiques et 29 privées. Le MINSANTE soutient spécifiquement les établissements privés à travers des subventions. Pour le compte de 2010, 19 écoles privées ont bénéficié d'un financement total de 200.000.000 FCFA et en 2012, il a été alloué une subvention globale de 376 000 000 FCFA à 29 écoles de formation. L'appui pédagogique apporté par le MINSANTE à travers la supervision des écoles, l'organisation d'un examen unique d'admission aux écoles de formation des personnels médico- sanitaires et l'encadrement des stagiaires dans les structures sanitaires publiques participent de la mission de régulation du secteur par le sous- secteur public.

Le partenariat international se distingue par l'appui des organisations internationales au MINSANTE. Dans leur contribution au financement du secteur de la santé, plusieurs partenaires au développement interviennent spécifiquement dans le domaine des RHS. A titre indicatif :

- ✓ L'Agence Française de Développement contribue au renforcement de l'offre de soins dans les zones les moins desservies en RHS. A ce titre 150 personnels de santé ont été recrutés en 2007 pour exercer dans les Régions de l'Adamaoua, Nord et Extrême- Nord ainsi que 02 assistants techniques en appui à la DRH MINSANTE. Dans l'optique de la fidélisation des personnels dans les zones difficiles, 200 personnels supplémentaires devraient être recrutés en 2012. En outre, l'AFD a assuré le financement du recensement général des personnels du secteur de la santé, de l'élaboration du PDRH et de la formation à large échelle sur les soins.

- ✓ L'OMS apporte un appui technique à l'élaboration du PDRH et une assistance technique et financière au développement du système d'information sur les RHS à travers l'ONRHS.
- ✓ L'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé contribue au plan technique et financier au renforcement du CCF et du point de vue technique à l'élaboration du PDRH.
- ✓ L'UNFPA et la GIZ apportent un appui au développement de la filière des Sages- dont 08 écoles ont été créées 2011 et 02 en 2012.
- ✓ L'UNICEF contribue au renforcement du système de santé dans le Septentrion à travers le développement de la participation communautaire grâce à l'utilisation des ARC.
- ✓ La Banque Mondiale soutient le programme de financement basé sur les résultats dans quelques régions pilotes, ainsi que l'élaboration d'une étude sur les mécanismes de fidélisation des RHS dans les zones difficiles.
- ✓ Sightsavers soutient le développement de la formation en santé oculaire à travers l'appui financier et technique à la filière des opticiens et au PLNCé.

Ces différents partenariats doivent être capitalisés et renforcés pour la mise en oeuvre du PDRH et de nouvelles pistes doivent être explorées dans la même perspective.

### **III. LE DIAGNOSTIC ET LA DETERMINATION DES ENJEUX ET DEFIS SIGNIFICATIFS POUR L'AVENIR**

La méthodologie de référence utilisée nécessite de déterminer au départ les composantes des actions pour le diagnostic de la situation des RHS. Par la suite, la démarche consiste à :

- ✓ développer une matrice FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces) par composante;
- ✓ identifier le problème central de la composante ;
- ✓ développer pour chaque composante un arbre à problèmes en identifiant les causes immédiates, les causes sous- jacentes et les causes fondamentales ou structurelles ;
- ✓ identifier le problème central de la composante ;
- ✓ développer par composante un arbre à problèmes présentant les causes immédiates, les causes sous -jacentes et les causes fondamentales ou structurelles ;
- ✓ procéder à l'analyse des politiques antérieures ;
- ✓ déterminer les effets potentiels de l'environnement externe
- ✓ identifier les enjeux et défis significatifs pour l'avenir.

La logique d'enchaînement des séquences du PDRH est faite de sorte que les éléments de diagnostic servent de base pour les choix stratégiques, ainsi que pour le plan d'actions et plan d'actions prioritaires. De ce fait, à partir des problèmes centraux, les choix stratégiques seront déterminés dans la phase suivante. De même, les arbres à problèmes développés à ce stade permettront d'articuler les arbres à objectifs dans la séquence plan d'actions et plan d'actions prioritaires.

## **A. Etude des forces, faiblesses, opportunités et menaces des différentes composantes**

Pour des besoins d'analyse et au vu de la nécessaire cohérence entre les différentes séquences, 05 sous-domaines ont été retenus, à savoir : **gestion des ressources humaines, modalités d'absorption des ressources humaines, production des ressources humaines, recherche sur les ressources humaines, gouvernance des ressources humaines.**

Ces 05 sous- domaines ont été segmentés en 14 composantes, notamment :

- ✓ Gestion des carrières
- ✓ Rémunération
- ✓ Mécanismes d'incitation à la motivation
- ✓ Capacités institutionnelles
- ✓ Fidélisation au poste de travail
- ✓ Recrutement
- ✓ Auto-emploi
- ✓ Migration des RHS
- ✓ Formation initiale
- ✓ Formation continue
- ✓ Recherche sur les RHS
- ✓ Dialogue social
- ✓ Régulation
- ✓ Mécanismes d'incitation à la gouvernance.

Le diagnostic des RHS sera amorcé sur la base de la matrice FFOM en fonction des composantes sus-mentionnées.

# 1- SOUS- DOMAINE 1 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

## 1.1- COMPOSANTE GESTION DES CARRIERES

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Existence des dispositions réglementaires</li><li>- Existence d'une structure appropriée chargée de la gestion spécifique des carrières</li><li>- Existence des outils internes de gestion prévisionnelle des carrières (CARPE et ONRHSC).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Existence d'outils de gestion informatisée des carrières des personnels (SIGIPES et ANTILOPE).</li><li>- La prise en charge du personnel d'appui par les CTDs.</li></ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Absence de profil de carrière pour certaines catégories de personnel</li><li>- Faible déconcentration de la gestion des RHS.</li><li>- Insuffisance des capacités managériales pour la gestion des carrières.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les implications financières de la gestion des carrières ne relève pas du MINSANTE.</li><li>- La multiplicité des intervenants dans la gestion des carrières des personnels.</li></ul>

## 1.2- COMPOSANTE REMUNERATION

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Disponibilité de la grille des salaires dans la fonction publique</li><li>- Niveau de salaire acceptable dans le parapublic</li><li>- Régularité dans le paiement des salaires dans le sous-secteur public</li><li>- Dispositions réglementaires pour le paiement des incitations financières.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prise en charge de certains personnels par les CTD</li><li>- Existence des contrats plans dans le cadre du nouveau régime financier.</li></ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Faible niveau des incitations financières allouées</li><li>- Insuffisance de mesures incitatives internes</li><li>- Disparité des incitations financières entre personnels de même grade au sein de la même structure.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Niveau de rémunération faible dans le sous-secteur public par rapport au pouvoir d'achat</li><li>- Faible budget accordé au MINSANTE</li></ul>

### 1.3- COMPOSANTE MECANISMES D'INCITATION A LA MOTIVATION

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des possibilités d'avancements et des bonifications d'échelon</li> <li>- Reconnaissance du mérite du personnel (décorations, lettres de félicitation ...)</li> <li>- Notation régulière du personnel ...)</li> <li>- Existence des passerelles permettant l'évolution dans la carrière.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des contrats plans dans le nouveau régime financier.</li> <li>- Appui des partenaires techniques et financiers dans le financement de certaines formations et l'octroi de certains équipements.</li> <li>- Existence d'un statut général et d'un statut particulier pour garantir les droits et obligations des différents corps de la santé publique.</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de primes d'astreinte et de santé publique pour certains personnels ne relevant pas du corps de la santé</li> <li>- Montant des quotes parts faibles pour les personnels des formations sanitaires de petite taille</li> <li>- Non disponibilité des équipements et des infrastructures de base dans plusieurs structures sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effets néfastes des baisses drastiques des salaires de 1992 et 1993</li> <li>- Dévaluation du FCFA intervenue en 1993</li> <li>- Inadéquation entre le niveau d'études des infirmiers et leur catégorisation à la fonction publique.</li> <li>- Conditions de vie insatisfaisantes (cohésion sociale, infrastructures socio-éducatives, confort, coût de la vie, insécurité, isolement, enclavement)</li> </ul>

### 1.4- COMPOSANTE CAPACITES INSTITUTIONNELLES

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence du comité de pilotage du suivi et de la mise en œuvre de la SSS.</li> <li>- La mise en place d'une Direction des RHS depuis 1995.</li> <li>- Révision en cours du plan d'organisation et d'effectifs du MINSANTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déconcentration de certains actes de gestion de carrière et de la solde en faveur du MINSANTE</li> <li>- Implication des partenaires au développement en faveur du renforcement des capacités institutionnelles, notamment les instances de coordination des RHS.</li> <li>- Mise en place de la décentralisation.</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte centralisation de la gestion des RHS au niveau central</li> <li>- Insuffisance de capacités managériales des responsables en charge de la gestion des RHS aux niveaux central et déconcentré</li> <li>- Coordination insuffisante de l'ensemble des parties prenantes à la problématique des RHS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence dans la fonction publique d'une gestion des RHS fondée sur l'évaluation du personnel</li> <li>- Gestion axée sur les résultats faiblement implémentée.</li> <li>- Précocité de l'âge de départ à la retraite pour les personnels de santé de la fonction publique</li> <li>- Insuffisance de ressources pour la gestion des Ressources Humaines</li> </ul>

## 1.5- COMPOSANTE FIDELISATION AU POSTE DE TRAVAIL

Forces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement du MINSANTE en faveur des approches de fidélisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribution des partenaires au développement des approches de fidélisation(recrutement C2D)</li> <li>- Dispositions générales de la Fonction Publique (Mobilité géographique des personnels prévue par le statut général et le statut particulier des personnels de santé)</li> </ul>
Faiblesses	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'une politique de gestion rotative des effectifs</li> <li>- Manque de structures d'accueil (logement, salle d'astreinte ...)</li> <li>- Insuffisance des mesures d'incitation et de motivation</li> <li>- Inadéquation poste - formation</li> <li>- Absence de mécanismes de valorisation des compétences</li> <li>- Mauvaises conditions de travail (insuffisance d'équipements et de matériels)</li> <li>- Affectations arbitraires</li> <li>- Forte centralisation du traitement des dossiers du personnel</li> <li>- Allocation insuffisante des personnels (augmentation de la charge de travail).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance des infrastructures de base (routes, eau, électricité, téléphone, télévision ...)</li> <li>- Difficultés d'intégration sociale du personnel de santé dans certaines communautés.</li> <li>- Insécurité au lieu de travail</li> <li>- Attractivité des conditions d'emploi dans les pays occidentaux</li> <li>- Faible pouvoir d'achat</li> <li>- Lenteur dans le traitement des intégrations et prise en solde</li> </ul>

## 2- SOUS- DOMAINE 2 : MODALITES D'ABSORPTION DES RHS

### 2.1- COMPOSANTE RECRUTEMENT

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de normes en personnels dans le secteur de la santé</li> <li>- Disponibilité des données sur l'état des besoins (études d'estimation des besoins, carte sanitaire, recensement, SIGIPES etc.)</li> <li>- Opérationnalisation de nouvelles formations sanitaire ou de nouveau services (C4, hémodialyse, Imagerie médicale, Projet de Centre de Prise en Charge des Epidémies/pandémie=Global Disease and Detection Centre etc.)</li> <li>- Plateforme de concertation MINSANTE-MINSUP-MINFOPRA</li> <li>- Partenariat entre le public et le privé (certains « 25000 » ont été maintenus dans leurs postes au sein des structures privées)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volonté politique sans cesse réaffirmée de s'occuper de la santé des populations</li> <li>- Recrutement systématique sur titre par le MINFOPRA des médecins formés dans les Universités d'Etat</li> <li>- Partenariat international favorable au recrutement des RHS</li> <li>- Recrutement du personnel d'appui au niveau local dans le cadre de la Décentralisation</li> <li>- Embellie de la croissance économique (projets structurants, etc.)</li> <li>- Existence des mécanismes d'accompagnement (institutionnel, technique, financier) du secteur informel</li> <li>- Numerus clausus dans les Faculté de Médecine et de pharmacie d'Etat</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible opportunité de recrutement des certains spécialistes (urgentistes etc.)</li> <li>- Délai de l'effectivité du recrutement (acte d'intégration, contrat etc.) assez long</li> <li>- Faible investissement du sous-secteur privé</li> <li>- Endettement du sous-secteur privé à but non lucratif qui représente 40% de l'offre de soins</li> <li>- Faible lisibilité du recrutement dans les sous-secteurs public, parapublic et privé</li> <li>- Absence d'un plan de recrutement</li> <li>- Inadéquation formation- emploi</li> <li>- Emplois informels non comptabilisés</li> <li>- Obsolescence du cadre réglementaire régissant l'organigramme structurel et le fonctionnement des hôpitaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement international dominé par la crise financière et économique (contraintes budgétaires, etc.)</li> <li>- Le personnel de santé va à la retraite très tôt (50-55 ans) créant ainsi des tensions sur les recrutements.</li> <li>- Attractivité des conditions de travail dans d'autres pays entraînant l'émigration des RHS</li> <li>- Lourdeurs administratives dans le processus de recrutement</li> <li>- Gel des recrutements favorisés par les politiques d'ajustement structurel</li> <li>- Offres d'emploi quantitativement et qualitativement insuffisantes dans le secteur de la santé.</li> </ul>

## 2.2- COMPOSANTE AUTO-EMPLOI

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un observatoire national de l'emploi et de la formation professionnelle</li> <li>- Existence d'une Agence Nationale pour l'Emploi</li> <li>- Le sous-secteur privé est organisé et représente une part importante de l'offre de soins</li> <li>- Existence d'une Agence Pour la Création d'Entreprise</li> <li>- Les mesures incitatives et d'accompagnement de l'initiative privée existent (guichet unique de création d'entreprise, avantages du régime des entreprises stratégiques du code des investissements, agrément au régime fiscal des projets structurants avec exonération complète des droits de douane, autres exonérations fiscales et douanières, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement international favorable au développement du sous-secteur privé (intérêt croissant des PTF, partenariats public-privé, etc.)</li> <li>- Encadrement de l'informel et des jeunes : PAJERU (et PIASSI cofinancés par le gouvernement et les fonds PPTE</li> <li>- Existence chambre de Commerce d'Industrie, de Mines et d'Artisanat</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La formation n'est pas suffisamment orientée vers l'auto-emploi (capacités techniques et gestionnaires)</li> <li>- Les indicateurs de suivi et les autres statistiques nationales sur la formation et l'emploi des professionnels de santé ne sont pas suffisamment accessibles</li> <li>- Insuffisance de données connaissances sur le marché du travail des professionnels de santé, les créneaux porteurs dans le secteur santé, l'évolution de l'emploi dans le secteur santé (demande d'emploi par rapport à l'offre)</li> <li>- Offre publique d'emploi de l'Etat pour les professionnels de santé peu connue sur le long terme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice informel et illégal des professions de santé</li> <li>- Difficultés de recouvrement des crédits octroyés (PIASSI, PAJERU)</li> <li>- Difficultés de Coordination entre les diverses structures susvisées (ONEFOP, ANPE, APCE, PAJERU, PIASSI, CCIMA).</li> </ul>

## 2.3- COMPOSANTE MIGRATION DES RHS

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilités de transfert de technologie à travers les professionnels de la diaspora.</li> <li>- Possibilités de transfert de capitaux des pays d'accueil au pays d'origine par les professionnels de la diaspora.</li> <li>- Existence de dispositions réglementaires sur la mobilité des personnels et les différentes positions d'activité : détachement, mise en disponibilité...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un Code de pratique pour le recrutement international des RHS</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de suivi et de partenariat avec les professionnels de la diaspora</li> <li>- Insuffisance de mesures incitatives pour la fidélisation des RHS</li> <li>- Insuffisance de données sur l'attrition liée à la migration des RHS au plan local et global.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dispositions du Code de pratique pour le recrutement international des RHS ne sont pas contraignantes pour les pays importateurs de RHS</li> <li>- Aggravation de l'exode des professionnels de santé et par conséquent de la pénurie des RHS au niveau national.</li> </ul>

### 3- SOUS- DOMAINE 3 :PRODUCTION DES RHS

#### 3.1- COMPOSANTE FORMATION INITIALE

Forces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un dense réseau composé d'institutions de formation au plan national ;</li> <li>- Existence d'un manuel de procédures de gestion des écoles de formation des médico-sanitaires;</li> <li>- Révision périodique de certains programmes de formation (curricula) des personnels médicaux et médico-sanitaires;</li> <li>- Ajout de nouveaux cycles et filières de formation des personnels médicaux et médico-sanitaires</li> <li>- Organisation de quelques séminaires de recyclage des enseignants pour les filières médicales et paramédicales</li> <li>- Existence de mécanismes de supervision des écoles de formation des personnels médico-sanitaires par le Ministère de la santé</li> <li>- Demande de formation dans les filières médicales et médico-sanitaire élevée.</li> <li>- L'Etat subventionne les établissements privés de formation des personnels de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les textes réglementaires donnent la possibilité de création de nouveaux établissements de formation des personnels médicaux et médico-sanitaires.</li> <li>- Il existe une forte demande de création des établissements privés par les promoteurs</li> <li>- Utilisation des technologies de l'information (TIC) pour la formation des personnels</li> <li>- Il existe des appuis techniques et financiers des partenaires au développement pour la formation des personnels</li> <li>- L'implantation au Cameroun d'institutions de recherche (CIRCB, CHRACERH, IMPM, etc) dans le secteur de la santé ouvre de nouvelles perspectives pour les enseignants et les apprenants</li> <li>- La reprise des recrutements à la fonction publique depuis quelques années a impulsé la demande de formation des personnels</li> <li>- Existence d'une Plateforme d'échanges MINSANTE-MINESUP</li> </ul>
Faiblesses	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'une planification de la formation initiale des personnels médicaux et médico-sanitaires;</li> <li>- Absence de concertation entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère de l'Emploi et le Ministère de la Santé Publique pour l'octroi des agréments d'ouverture des établissements privés de formation des personnels de la santé ;</li> <li>- Déficit en enseignants qualifiés et expérimentés</li> <li>- Pas de regroupement des filières de formation des médico-sanitaires en grands complexes polyvalents de formation pour la mutualisation des ressources;</li> <li>- Ouvertures incohérentes des établissements de formation des personnels de la santé ;</li> <li>- Vétusté des infrastructures des établissements de formation ;</li> <li>- Insuffisance des équipements dans les établissements de formation des personnels de la santé ;</li> <li>- Absence de cadre réglementaire pour les stages hospitaliers des apprenants ;</li> <li>- Mauvaises conditions pour les stages hospitaliers des apprenants (cadre inapproprié, encadreurs non motivés et en nombre insuffisant, insuffisance de la supervision formative, etc.)</li> <li>- Absence d'un système d'évaluation des enseignants;</li> <li>- Absence de structuration des services hospitalo-universitaires.</li> <li>- Absence d'un système d'accréditation.</li> <li>- La qualité de la formation est médiocre dans certains établissements de formation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût élevé de la formation dans les écoles privées de formation des médico-sanitaires.</li> <li>- Conjoncture socio-économique défavorable</li> <li>- Cout élevé d'acquisition des équipements de formation dans les établissements.</li> </ul>

### 3.2- COMPOSANTE FORMATION CONTINUE

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un service de la formation continue au MINSANTE</li> <li>- Existence d'un plan de formation continue au MINSANTE</li> <li>- Organisation de quelques séminaires de recyclage des enseignants et des personnels de la santé</li> <li>- Existence de mécanismes de supervision formative au Ministère de la santé</li> <li>- Demande de formation continue des personnels de la santé élevée.</li> <li>- L'Etat finance la formation continue des personnels</li> <li>- Les sociétés scientifiques de la santé organisent des séminaires et des conférences</li> <li>- Le Cameroun dispose d'universités et grandes écoles qui offrent des possibilités de formation continue au personnel de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les textes réglementaires existent pour la formation continue des personnels de la santé.</li> <li>- Utilisation des technologies de l'information (TIC) pour la formation continue des personnels</li> <li>- Il existe des appuis techniques et financiers des partenaires au développement pour la formation continue des personnels</li> <li>- L'implantation au Cameroun d'institutions de recherche (CIRCB, CHRACERH, IMPM, etc) dans le secteur de la santé ouvre de nouvelles perspectives pour les enseignants et les apprenants</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre insuffisante du plan de formation continue des personnels du MINSANTE</li> <li>- Absence d'une plateforme de concertation entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère de l'Emploi et le Ministère de la Santé Publique pour l'octroi des agréments d'ouverture des établissements privés de formation des personnels de la santé ;</li> <li>- Déficit en enseignants qualifiés et expérimentés</li> <li>- Manque de matériel didactique dans les établissements de formation</li> <li>- Insuffisance de la supervision formative des personnels de la santé</li> <li>- Absence de mécanismes d'incitation à l'amélioration des compétences</li> <li>- Valorisation insuffisante des nouvelles compétences acquises par le personnel de la santé</li> <li>- Absence d'une évaluation de l'impact de la formation continue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de certaines filières de formation dans le pays.</li> <li>- Conjoncture socio-économique défavorable.</li> <li>- Difficulté d'application des mesures de répression à l'encontre des bénéficiaires véreux des bourses d'études.</li> </ul>

## 4- SOUS- DOMAINE 4 : RECHERCHE SUR LES RHS

### 4.1. COMPOSANTE RECHERCHE SUR LES RHS

Forces	Opportunités
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une Division de la Recherche Opérationnelle en Santé</li> <li>- Existence de documents de politique en santé (Stratégie sectorielle de la Santé 2001-2015, Réforme hospitalière...);</li> <li>- Mise en place du Groupe de recherche sur les Ressources Humaines pour la Santé (GRESAC).</li> <li>- L'implantation au Cameroun d'institutions de recherche (CIRCB, CHRACERH, IMPM, etc) dans le secteur de la santé</li> <li>- Existence de comités d'éthique pour la recherche</li> <li>- Organisation de la recherches dans le cadre de la formation des personnels (écoles de formation, faculté de médecine etc...).</li> <li>- L'Etat finance la recherche en santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les textes réglementaires existent pour la formation continue des personnels de la santé.</li> <li>- Utilisation des technologies de l'information (TIC) pour la recherche sur les Ressources Humaines pour la Santé</li> <li>- Il existe des appuis techniques et financiers des partenaires au développement pour la recherche sur les Ressources Humaines pour la Santé</li> </ul>
Faiblesses	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de collaboration inter service ;</li> <li>- Insuffisance des moyens financiers ;</li> <li>- Absence des résultats des recherches sur les RHS ;</li> <li>- Absence de supports d'information sur la recherche (journaux scientifiques, conférences sur les ressources humaine etc..)</li> <li>- Absence de répertoire sur les domaines prioritaires de recherche en matière des RHS :</li> <li>- Environnement non incitatif à la recherche dans le domaine des RHS.</li> <li>- Absence d'une plateforme de concertation entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère de l'Emploi et le Ministère de la Santé Publique et le MINRESI pour l'organisation de la recherche en santé</li> <li>- Valorisation insuffisante des résultats de la recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conjoncture socio-économique défavorable.</li> <li>- Allocation budgétaire insuffisante pour la recherche.</li> </ul>

## 5- SOUS- DOMAINE 5 :GOUVERNANCE DES RHS

### 5.1- COMPOSANTE DIALOGUE SOCIAL

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation de la communauté à la gestion des formations sanitaires</li> <li>- Existence des associations des malades</li> <li>- Existence des organes de gestion du District de santé (COGE, COGEDI COGEH etc)</li> <li>- Existence des boîtes à suggestions</li> <li>- Intégration des activités sous- directives communautaires dans les programmes /projets de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existence des organes tels que le « Country Coordination Mechanism » qui au suivi de la mise en oeuvre de certains projets de santé.</li> <li>-Actions de communication de lutte Contre la Corruption faites par les groupes de pression et les diverses organisations non gouvernementales</li> <li>-Conditionnalités des partenaires au développement en faveur de la participation communautaire, la promotion du genre et des minorités</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance du rôle de la communauté dans la gestion du médicament (non affichage systématique de la tarification des médicaments et des services offerts)</li> <li>- Non utilisation systématique généralisation des numéros verts</li> <li>- Manque d'information disponible sur l'exploitation qui est faite de l'utilisation de ces numéros.</li> <li>- Faible publicité faite autour des numéros verts.</li> <li>- Faibles capacités des acteurs des structures de dialogue.</li> </ul>	<p>Barrières socio- culturelles entrainant l'exclusion de certains groupes sociaux.</p>

### 5.2- COMPOSANTE REGULATION

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dispositions juridiques en vigueur (le décret portant statut général de la fonction publique, décret portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé etc),</li> <li>- les textes portant organisation et attribution des quotes parts etc précisent les devoirs et les avantages des différents corps de la santé.</li> <li>- Disponibilité d'un règlement intérieur dans la majorité des structures sanitaires</li> <li>- L'existence des mesures de transparence dans les structures sanitaires (exemple affichage des prix des actes et des médicaments)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'existence d'instances de concertation gouvernementale (conseils des cabinets) pour sensibiliser sur la nécessité de la réactualisation de certains textes</li> <li>- Institutionnalisation de la feuille de route annuelle au niveau gouvernemental.</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La résistance des acteurs à la mise en application des textes en général</li> <li>- Certains aspects de la gouvernance des RHS ne sont pas encore pris compte dans l'arsenal juridique et réglementaire en vigueur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence d'une plateforme de concertation pour l'élaboration et la réactualisation des textes juridiques et réglementaires</li> </ul>

### 5.3- COMPOSANTE MECANISMES D'INCITATION A LA GOUVERNANCE ET A L'ETHIQUE

<b>Forces</b>	<b>Opportunités</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des projets pilotes de Financement basé sur les résultats</li> <li>- Existence dans le statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé des disposition définissant la trajectoire des carrières ainsi que les avantages rattachés.</li> <li>- Effectivité du versement des primes de santé publique à tous les professionnels des 8 corps de la santé.</li> <li>- Existence d'un Comité ministériel de lutte contre la corruption au sein du MINSANTE</li> <li>- Existence des structures de contrôle et d'audit internes (CFC, Inspections Générales)</li> <li>- Existence des textes de référence régissant les incitations et les sanctions (notamment la répartition des quotes parts)</li> <li>- Existence de la Feuille de route prescrivant des actions claires pour promouvoir la gouvernance et l'éthique</li> <li>- Existence d'un dispositif de gratification des personnels méritants au plan disciplinaire et de la performance professionnelle (distinctions honorifiques)</li> <li>- Existence des structures de dialogue à différentes échelles de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence du PROMAGAR au sein des SPM, avec un relai au MINSANTE</li> <li>- Nombreux financements et appuis techniques aux projets basés sur les résultats (AFD, KFW, UNICEF, GAVI, etc.)</li> <li>- Disponibilité de la littérature sur les expériences sous régionales et internationales en matière de promotion de la gouvernance et de l'éthique</li> <li>- Existence d'un cadre organique et la restructuration de l'organigramme du MINSANTE</li> <li>- Amorce de la décentralisation dans le secteur santé</li> </ul>
<b>Faiblesses</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inégalités dans l'accès à l'information pour ce qui concerne les dispositions définissant la trajectoire des carrières ainsi que les avantages y rattachés</li> <li>- La non application de toutes les dispositions des textes sur</li> <li>- Le manque de vision institutionnelle dans la valorisation des aptitudes et des expériences issues de la pratique quotidienne</li> <li>- Absence d'un corpus harmonisé des valeurs éthiques opposables à tous les personnels de santé</li> <li>- Irrégularité des contrôles et d'audits internes</li> <li>- Faible communication sur les mesures incitatives et les sanctions</li> <li>- Manque de transparence dans les mécanismes d'octroi des gratifications et autres distinctions (lettres de félicitations, distinctions honorifiques etc.)</li> <li>- Faible production /diffusion des documents relatifs aux bonnes pratiques ;</li> <li>- Attribution parcimonieuse des moyens de motivation du personnel (lettre de félicitations, distinctions honorifiques etc.)</li> <li>- Insuffisance des sanctions à l'encontre des responsables des malversations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La pérennité et généralisation incertaines des contrats de performances dans tout le pays</li> <li>- L'application des dispositions du statut des personnels des corps de la santé dépend en partie d'autres administrations et est tributaire de l'environnement socio culturel (népotisme, arbitraire, tribalisme, coterie, corruption, impunité etc. ...).</li> <li>- Manque de mesures innovantes en matière d'incitation à la gouvernance</li> <li>- La complexité et les conflits de compétences entre les organes en charge des questions de recherche</li> <li>- La lourdeur des procédures administratives et techniques de validation des expériences probantes de gouvernance et d'éthique.</li> </ul>

## B- Récapitulatif des problèmes centraux par composante

L'analyse des composantes par le biais des arbres à problèmes a abouti à l'identification des problèmes centraux dont les causes immédiates, les causes sous-jacentes et les causes fondamentales ont été déterminées.

Sous- domaine	Composante	Problème central
<b>SOUS- DOMAINE 1 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</b>	GESTION DES CARRIERES	La gestion des carrières des personnels du secteur de la sante n'est pas optimale.
	REMUNERATION	La rémunération des personnels du secteur de la santé est faible.
	MECANISMES D'INCITATION A LA MOTIVATION	Les mécanismes d'incitation à la motivation du personnel de la santé ne sont pas satisfaisants.
	CAPACITES INSTITUTIONNELLES	Les capacités institutionnelles ne sont pas optimales.
	FIDELISATION AU POSTE DE TRAVAIL	Les mécanismes de fidélisation au poste de travail sont insuffisants.
<b>SOUS- DOMAINE 2 : MODALITES D'ABSORPTION DES RHS</b>	RECRUTEMENT	Le recrutement du personnel ne satisfait pas les besoins en personnel du secteur santé.
	AUTO-EMPLOI	L'auto-emploi des professionnels de la santé n'est pas suffisamment promu.
	MIGRATION DES RHS	La migration des professionnels de santé n'est pas maîtrisée.
<b>SOUS- DOMAINE 3 : PRODUCTION DES RHS</b>	FORMATION INITIALE	La formation initiale est quantitativement et qualitativement inadéquate.
	FORMATION CONTINUE	La formation continue des personnels de la santé est insuffisante.
<b>SOUS- DOMAINE 4 : RECHERCHE SUR LES RHS</b>	RECHERCHE SUR LES RHS	Les ressources allouées à la recherche sont insuffisantes.
<b>SOUS- DOMAINE 5 : GOUVERNANCE DES RHS</b>	DIALOGUE SOCIAL	Les capacités des différentes parties prenantes dans le domaine des RHS sont inadéquates en matière de dialogue social.
	REGULATION	La mise en œuvre des mesures de régulation existantes n'est pas systématique.
	MECANISMES D'INCITATION A L'ETHIQUE ET A LA GOUVERNANCE	Les mécanismes d'incitation à la régulation et à la gouvernance manquent d'efficacité.

Dans la perspective des interventions à mener, les problèmes centraux ainsi définis orienteront les choix stratégiques à effectuer dans la deuxième séquence du PDRH.

## **C. Analyse des politiques passées**

L'analyse des politiques passées en matière de RHS est essentiellement tributaire de l'organisation structurelle et des missions des entités en charge des RHS au Ministère de la Santé Publique au fil des années. Dans cette optique, il convient d'indiquer que la Direction des Ressources Humaines (DRH) apparaît pour la première fois dans l'organigramme du MINSANTE en 1995. Les questions liées au personnel étant jadis dévolues à la Direction des Affaires Générales (DAG) dans la stricte logique de l'administration du personnel.

### **1. De la gestion du personnel à la gestion des ressources humaines**

Les réorganisations successives du MINSANTE à travers les décrets n° 95/040 du 07 mars 1995 et n° 2002/ 209 du 19 août 2002 ont, pour le premier institué la DRH, et pour le second consacré l'enrichissement des services et des missions de ladite direction. L'on en retient que de 1995 à 2001, la DRH est essentiellement focalisée sur l'administration et la gestion du personnel en termes de contrôle des effectifs, affectations, suivi de la carrière des personnels et préparation des recrutements en liaison avec le MINFOPRA. A partir de 2002 et dans la dynamique de la déconcentration entreprise par le MINFOPRA et le MINFI pour la gestion de la carrière et de la solde, la DRH conserve une part des missions d'administration et de gestion des RHS : tenue du fichier du personnel, problèmes relatifs à la mobilité, préparation des éléments de solde et suivi de la carrière des personnels. Cependant, des missions relatives au développement des RHS lui sont assignées, notamment : la mise en œuvre de la politique des RHS, les problèmes généraux de recrutement, le suivi des programmes de formation initiale et continue des personnels autres que les médecins, chirurgiens- dentistes et pharmaciens.

Il découle de cette évolution structurelle et fonctionnelle de la DRH deux orientations de politique de RHS, dont la première a été marquée par : des opérations de recrutement avec peu visibilité sur le long terme, des actions de formation insuffisamment basées sur des besoins réels et la prise en compte insuffisante de la dimension recherche sur les RHS pour l'orientation des stratégies. La seconde phase de l'évolution du processus gestionnaire est marquée par l'élaboration et la mise en œuvre du Plan d'urgence 2006- 2008 de remise à niveau quantitative et qualitative des RHS.

### **2. Le Plan d'urgence 2006- 2008 de remise à niveau quantitative et qualitative des RHS**

Face à l'ampleur de la crise des RHS résultant entre autres du gel des recrutements à la fonction publique dans les années 90, un Plan d'Urgence de remise à niveau quantitative et qualitative des RHS pour la période 2006-2008 a été élaboré. L'une des cibles était de résorber au moins les départs à la retraite enregistrés depuis 2001. Ce plan d'urgence visait les objectifs suivants :

- ✓ mettre en place des approches pour une gestion plus efficace et efficiente des RHS ;

- ✓ mettre en place les mécanismes pour une meilleure répartition des agents de santé sur le territoire et les structures sanitaires ;
- ✓ identifier les approches de formation et d'éducation à même de rendre disponibles dans les trois ans les agents de santé appropriés ;
- ✓ créer un cadre réglementaire favorisant l'amélioration des conditions de travail ;
- ✓ générer une base factuelle sur la charge de travail au sein des Régions pour chaque type de formation sanitaire.

La mise en œuvre de ce plan d'urgence, finalement étendue à 2009, a abouti aux résultats suivants :

- ✓ l'élaboration d'une analyse situationnelle des RHS en 2006 ;
- ✓ l'ouverture en 2006 de deux (02) nouvelles facultés de médecine dans les universités d'Etat de Douala et Buéa à la suite d'un plaidoyer au niveau gouvernemental ;
- ✓ la titularisation en 2006 et 2007 de 1 800 personnels recrutés sur fonds PPTE en 2002 et 2004 ;
- ✓ le recrutement en 2007 de 2 481 nouveaux personnels PPTE et C2D avec titularisation à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009;
- ✓ l'ouverture de entre 2006 et 2008 de 05 nouvelles écoles d'Infirmiers Diplômés d'Etat et de 02 écoles d'Aides- Soignants ;
- ✓ la réouverture de certaines filières de formation arrêtées depuis plusieurs années, notamment les IDE, les IDE en santé de reproduction et en santé mentale, les TMS pharmacie, radiologie, odonto-stomatologie, kinésithérapie et les ATMS option laboratoire.
- ✓ la restructuration des programmes de formation des AS, ATMS, IDE, IDE en santé de reproduction et en santé mentale, TMS options pharmacie, radiologie, odonto-stomatologie, kinésithérapie et des ATMS option laboratoire;
- ✓ le recrutement direct de 2 324 nouveaux personnels en 2009 par la fonction publique;
- ✓ la contractualisation de 3 243 personnels en situation d'emploi précaire dans les formations sanitaires publiques amorcée en janvier 2009;
- ✓ la contractualisation de 693 personnels d'appui effectuée en 2009.

Quant à la seconde et actuelle phase du développement du processus de planification et de gestion des RHS, les évolutions observées sont les suivantes :

- ✓ le développement des structures et des filières locales pour répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs en RHS ;
- ✓ une orientation des recrutements plus ciblée vers les besoins du système de santé ;
- ✓ l'amorce de la planification des RHS sur le long terme ;
- ✓ le développement de la recherche sur les RHS en vue de la prise de décision sur la base des données factuelles issues de la recherche ;
- ✓ la mise en place d'un cadre de coordination et de concertation sur les RHS.

## D. Facteurs externes significatifs et effets potentiels sur le développement des ressources humaines pour la santé

Les facteurs externes significatifs renvoient aux données de l'environnement qui ont un impact sur la fonction ressources humaines.

Le processus de déconcentration fait partie des facteurs externes significatifs dans le domaine des ressources humaines. En effet, concernant la gestion des carrières, des outils informatiques, notamment le Système Informatique de Gestion Intégrée du Personnel et de la Solde (SIGIPES) a été mis en place au Ministère de la Santé Publique pour favoriser une gestion déconcentrée de la carrière des personnels. Cette déconcentration de la gestion contribue à la célérité du traitement des dossiers d'avancement de carrière, de grade, de retraite..., dans le système interne du Ministère de la Santé Publique. Il en est de même pour l'Application Nationale de Traitement Informatique et Logistique des Personnels de l'Etat (ANTILOPE) qui traite des dossiers liés aux salaires.

Quant au processus de décentralisation amorcé, il confère aux collectivités locales des compétences et des ressources en matière de gestion des structures de santé. Les compétences de gestion des collectivités locales sont limitées pour le moment aux personnels non soignants dans les centres de santé intégrés. L'élargissement de ces compétences va entraîner des évolutions au plan global de la gestion du système de santé en général.

Au titre des éléments financiers à prendre en compte dans l'appréciation des facteurs externes, il convient de noter que, en 2002, le PIB était évalué à 7 609 milliards de FCFA, soit près de la moitié de celui de la CEMAC estimé à 16 627 milliards de FCFA. Cependant, le Cameroun reste un pays pauvre : selon la deuxième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM II), en 2001, deux personnes sur cinq (40 %) vivaient en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 232 547 FCFA par adulte et par an. Le taux d'activité de la population âgée de 15-64 ans était de 66 % en 1987 (deuxième RGPH). Selon l'ECAM, le taux d'activité (au sens du Bureau International du Travail) était estimé en 2001 à 72 %. Le pourcentage de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté bien qu'étant passé de 50,5% en 1996 à 40,2% en 2001 a stagné à 39,9% depuis lors jusqu'en 2007.

Ce contexte global est susceptible d'influencer l'allocation des fonds en faveur du secteur de la santé. Le budget actuel de la santé se situe en effet en deçà des 15% résultant des engagements des Etats en termes de budget pour la santé.

Dans le même ordre d'idées, il est à noter que les effets néfastes des baisses drastiques des salaires de 1992 et 1993, et de la dévaluation du FCFA intervenue en 1994 ont influencé les mesures de motivation et d'incitation au travail.

D'autres facteurs sont à prendre en considération, notamment les conditions de vie (cohésion sociale, infrastructures socio-éducatives, confort, coût de la vie, insécurité, isolement, enclavement ...) et les barrières socio-culturelles.

La gestion des ressources humaines dans sa composante fidélisation au poste de travail est influencée par la viabilisation insuffisante de localités camerounaises en termes de réseau routier, d'infrastructures de communication, de structures éducatives et ludiques dont l'insuffisance met à mal la stabilité des RHS dans certaines zones du pays. Toutefois, les efforts déployés par le Gouvernement en vue de l'occupation des zones rétrocédées dans le cadre du conflit de Bakassi a conduit au renforcement des programmes de santé et d'éducation spécifiques dont l'accompagnement en termes de viabilisation devrait se poursuivre et s'étendre à d'autres zones.

L'engagement des partenaires techniques à appuyer l'accessibilité aux soins et services de santé par les RHS qualifiées milite en faveur des appuis devant concourir à des recrutements ciblés pour les zones concernées, ainsi que des mécanismes de fidélisation appropriés. Il est prévu le recrutement de personnels de santé supplémentaires pour des projets pilotes de fidélisation dans les zones d'accès difficile, avec l'appui de l'Agence Française de Développement à travers le C2D. L'apport des partenaires techniques et financiers est également notable en matière de production des RHS. L'UNFPA a contribué à la réouverture des écoles des sages-femmes pour résoudre le problème de la mortalité maternelle et infantile. Bien d'autres autres apports techniques et financiers sont issus de l'OMS, l'UNICEF, la GHWA, la GIZ, la Banque Mondiale, le KFW... etc. Sightsavers a oeuvré en faveur de l'ouverture de la filière des opticiens réfractionnistes.

Toutefois, le contexte mondial de crise des RHS accroît la pression en matière de demande externe des RHS, notamment par les pays développés. Avec les faibles capacités d'absorption locale des RHS produites au niveau national, la fidélisation n'est pas acquise. Le Code mondial de pratique en matière de migration des RHS ne permet pas de réguler les flux entre pays importateurs et exportateurs de RHS.

Les facteurs externes significatifs qui peuvent influencer la gestion des RHS du point de vue de la production sont d'ordre politique, économique, technique, socioculturel et du partenariat. Ainsi, La priorité du Chef de l'Etat donné à la santé de la mère et de l'enfant a entraîné la réouverture de 08 écoles de formations des sages-femmes. La production des RHS, comme le reste des sous- domaines, est tributaire de la conjoncture économique au niveau national et international. A titre illustratif, les budgets alloués au secteur santé sont proportionnels aux possibilités données par le CDMT central qui obéit à la conjoncture économique nationale et internationale.

S'agissant des facteurs techniques, la qualité de la formation en termes de stages pratiques est fonction des plateaux techniques disponibles afin d'assurer la cohérence entre la théorie et la pratique. Par exemple, l'insuffisance du plateau technique dans certaines formations sanitaires d'application remet en question les aspects pratiques de la formation. Par ailleurs, le développement des TIC a un impact non négligeable au vu de l'usage de la télémédecine et des autres formes d'utilisation des TIC dans la production, ainsi que dans la recherche sur les RHS.

L'influence des facteurs externes est également perceptible en matière de gouvernance des RHS. L'ouverture par l'Etat de l'espace médiatique a entraîné le développement des chaînes de communication audio- visuelles privées dont certains programmes spécifiques permettent la libre expression des populations sur les performances des administrations.

La société civile et les diverses organisations non gouvernementales telles que Transparency International, Human Rights Watch, l'observatoire national des droits de l'homme participent à la promotion des droits de l'homme, y compris au droit à la santé, dont l'un des aspects est l'accès à des professionnels de qualité.

Par ailleurs, le soutien de la participation communautaire, de la promotion du genre et des minorités par les partenaires au développement contribue au développement du dialogue social dans le système de santé.

Le contexte global marqué d'une part par la volonté d'opérer un saut qualitatif en matière d'offre de services et de soins de santé à travers des initiatives de promotion du PBF, d'autre part par le regain de la lutte contre la corruption est de nature à influencer positivement la régulation et la gouvernance des RHS.

## **E. Enjeux et défis significatifs pour l'avenir**

Le développement des RHS comporte des enjeux divers dont les principaux sont :

- ✓ L'amélioration de la disponibilité des RHS au niveau national : il s'agit d'assurer la production et l'absorption des RHS en tenant compte des besoins de santé de la population.
- ✓ L'amélioration de la répartition géographique des RHS : les RHS doivent être adéquatement distribuées dans les différentes structures fonctionnelles, ce qui passe par des stratégies de fidélisation spécifiques.
- ✓ L'ajustement de la production à la demande de RHS : la production des RHS doit s'inscrire dans la logique du marché du travail et privilégier, non pas le développement des filières dont la mise en place est orientée par les promoteurs des structures de formation, mais celles qui découlent d'une stratégie à court, moyen et long terme éclairée par les besoins du système de santé.
- ✓ L'amélioration de la qualité des services et des soins offerts par les RHS : les approches de formation, le contenu des enseignements, le profil des formateurs, l'adéquation des structures et outils de formation, ainsi que le dosage entre la formation initiale et la formation continue méritent des réformes substantielles dans l'optique du relèvement de la qualité des professionnels de santé.
- ✓ L'amélioration de la motivation des RHS : le développement de mesures incitatives est la base de la motivation des RHS dont dépend en fin de chaîne la satisfaction des usagers des services de santé.

Au regard de l'analyse des problèmes élaborée, au rang des défis à relever l'on note :

- ✓ le renforcement de la coordination des parties prenantes dans le domaine des RHS ;
- ✓ la mobilisation des ressources en faveur des RHS ;
- ✓ la déconcentration de la gestion des RHS ;
- ✓ le développement de la recherche en vue d'éclairer la planification et les décisions en matière de RHS ;
- ✓ l'amélioration de la gouvernance en matière de RHS ;
- ✓ la mise en œuvre des différents volets du plan stratégique des RHS.

## CONCLUSION

L'état des lieux et diagnostic des RHS a permis de dégager des constats significatifs pour la planification stratégique du développement des RHS. Ainsi, l'offre en RHS se distingue par un effectif global de 38 207 personnels, dont 66 % pour le sous- secteur public et 34 % pour le sous- secteur privé. La structure de l'effectif global actif, d'une moyenne d'âge de 39 ans, se caractérise par une prédominance du corps des infirmiers représentant 50 % des personnels. De manière générale la proportion des spécialités médicales et paramédicales est très faible. Par ailleurs, l'on note que 69 % des infirmiers et 79 % de médecins sont issus du sous- secteur public. La répartition géographique s'illustre par la concentration des personnels dans les grandes villes, notamment Yaoundé et Douala, qui comptent chacune 75 % des RHS exerçant respectivement dans le Centre et le Littoral.

Les besoins en RHS du sous-secteur public, pour l'ensemble de la pyramide sanitaire et toutes qualifications confondues, sont estimés à 27 753 personnels à l'horizon 2015. Cependant, les besoins en RHS sont supérieurs aux opportunités de recrutement dans les filières paramédicales. Au regard des perspectives de formation médicale qui situent la production nationale à près de 800 médecins à partir de 2015, plus de 4 000 nouveaux médecins auront été formés à l'horizon de 2020, pour un ratio de 01 médecin pour 3 000 habitants. Il s'en dégage la nécessité d'un ajustement quantitatif et qualitatif de la formation initiale et continue aux besoins de santé des populations d'une part, et aux capacités d'absorption du marché national d'autre part.

D'une manière générale des textes régissant la carrière des personnels de santé existent. Cependant, on relève une insuffisance d'outils juridiques sur les aspects liés à l'amélioration des performances des personnels et aux conditions de vie et de travail. Il en est ainsi de l'inadéquation entre le niveau des rémunérations et le coût de la vie, la non prise en compte de certains corps de métiers exerçant dans la santé pour l'attribution des avantages accordés aux professionnels de la santé, la précocité de l'âge de départ à la retraite. L'obsolescence de certains textes, la faible diffusion et l'application insuffisante des dispositions réglementaires en vigueur sont autant de faiblesses en matière d'offre dans le domaine de la gestion des RHS.

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

impacte négativement sur la fidélisation des RHS, notamment dans les zones d'accès difficile. L'apport des partenaires au développement, perceptible dans les domaines du recrutement et de l'amélioration de la formation, constitue un appui important au regard des contraintes économiques qui ne plaident pas en faveur des investissements en faveur des RHS à la dimension des besoins identifiés.

L'analyse des forces du système actuel a permis de relever, parmi les plus saillantes, l'existence des dispositions réglementaires relatives à la gestion et au développement des RHS et celle des outils internes de gestion prévisionnelle des carrières. Par ailleurs, la régulation du paiement des salaires dans le public et le privé à travers une grille spécifique d'une part, et la stabilité de ces salaires contribuent à la sécurisation des emplois dans le secteur de la santé d'autre part. La formation assez diversifiée offre des passerelles favorables à l'évolution de la carrière. Le développement du sous-secteur privé perceptible dans les volets de l'offre de soins et de formation contribue au renforcement du système de santé. En outre, l'existence du Comité de pilotage et de suivi de la mise en oeuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé oeuvre en faveur de la coordination des parties prenantes. Les initiatives de recherche sur les RHS entreprises dans le cadre du GRESAC et la promotion du financement basé sur les résultats sont autant de forces à prendre en compte.

Au rang des faiblesses recensées, figure principalement l'insuffisance de planification du recrutement et de la formation initiale et continue des RHS. Le niveau des rémunérations et les conditions de vie et de travail constituent également les ventres mous du système, de même que la faiblesse de la déconcentration de la gestion des RHS au niveau régional, l'absence d'une politique de gestion rotative des effectifs, les pratiques de corruption et l'insuffisance de ressources pour la recherche sur les RHS.

Quant aux opportunités identifiées, elles se résument à l'opérationnalisation de la décentralisation, aux applications des TIC à la gestion et au développement des RHS, à l'appui des partenaires techniques et financiers au secteur de la santé, au recrutement systématique sur titre par le MINFOPRA des médecins formés dans les universités d'Etat et à la mise en oeuvre de divers programmes de lutte contre la corruption à l'échelle nationale.

Au titre des menaces, il ressort en première ligne les effets de l'environnement international sujet aux fluctuations de la conjoncture financière et économique. Par ailleurs, le rythme de mobilisation des financements et la cadence des investissements pour la viabilisation de certaines zones d'accès difficiles sont en déphasage avec l'urgence des actions à mener en vue du développement des RHS en général, et de la fidélisation des RHS au poste de travail en particulier.

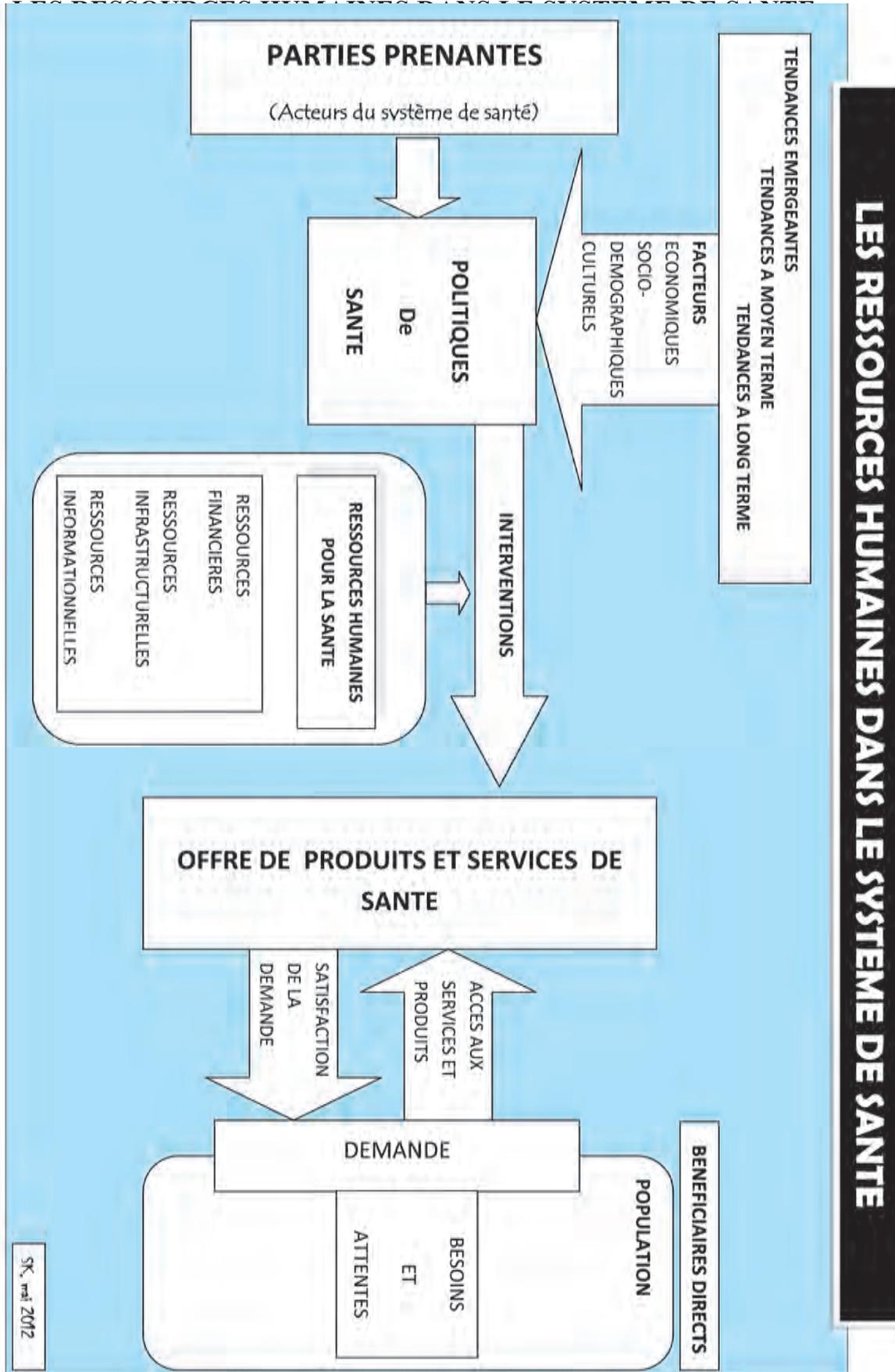
Le développement des RHS revêt des enjeux divers dont les principaux sont l'amélioration de la disponibilité des RHS au niveau national et de la répartition équilibrée des RHS, l'ajustement de la production à la demande de RHS, le renforcement des mécanismes de motivation des personnels et

partant, de la qualité des services et des soins de santé.

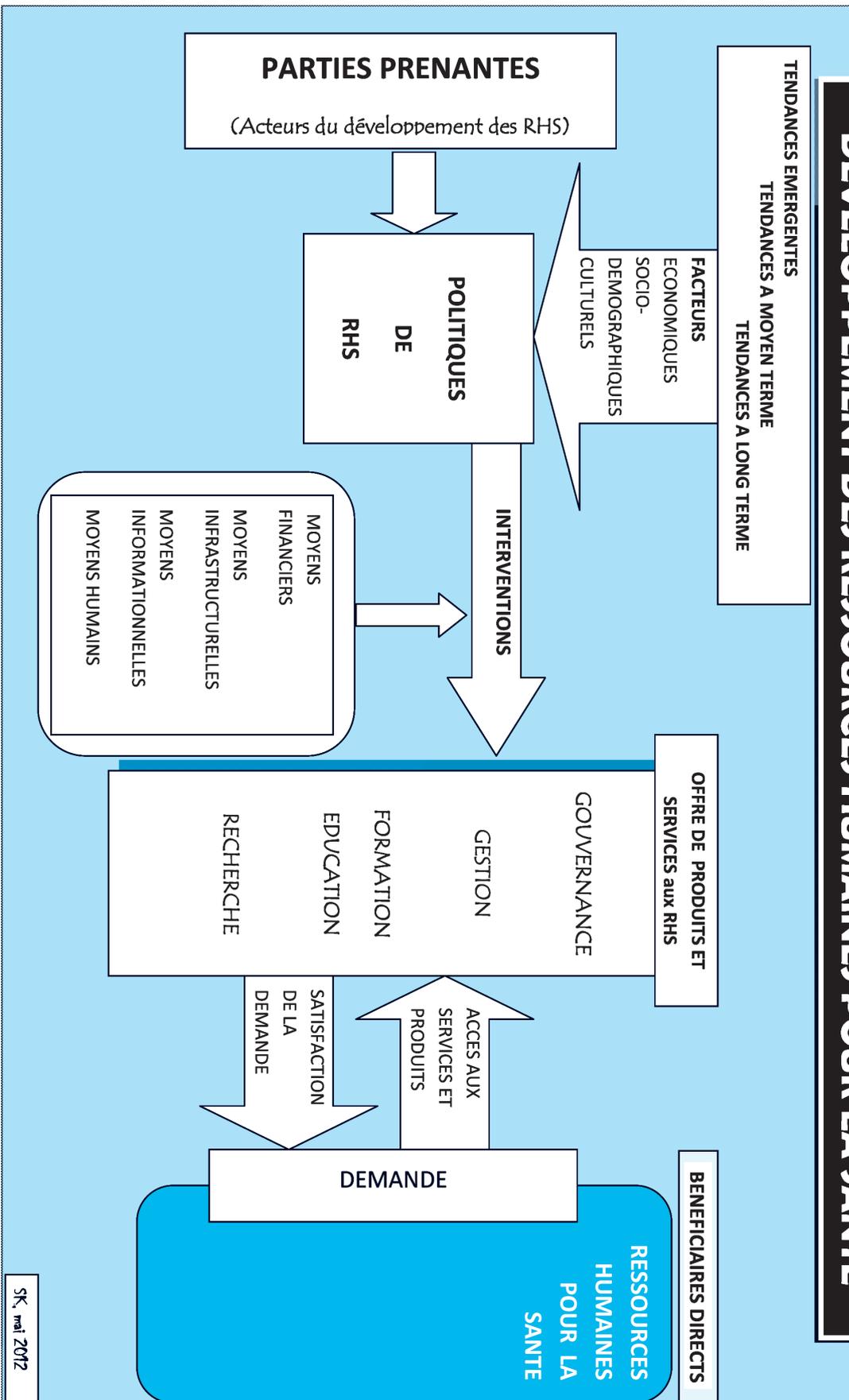
Ces enjeux impliquent des défis à relever, notamment le renforcement de la coordination des parties prenantes dans le domaine des RHS, la mobilisation des ressources en faveur des RHS, la déconcentration de la gestion, le développement de la recherche, l'amélioration de la gouvernance et la mise en œuvre des différents volets du plan stratégique des RHS.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 :



# DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE



SK mai 2012

## ANNEXE 2:

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DU PDRH

#### Documents stratégiques :

- 1) Cameroun Vision 2035 ; MINEPAT, 2009
- 2) Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi 2010-2020 ; MINEPAT, 2009
- 3) Objectifs du Millénaire pour le Développement (volet santé) ; ONU, 2000
- 4) Stratégie Sectorielle de Santé 2001- 2015 ; ST/CP-SSS/MINSANTE, 2009

#### Documents techniques :

- 1) Analyse de situation 2008 associée au SQI ; ST/CP-SSS/MINSANTE, 2008 ;
- 2) Analyse situationnelle des RHS au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2010 ;
- 3) Consultation nationale des parties prenantes du secteur de la santé au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2011 ;
- 4) Estimation des besoins en personnels, de la production et l'attrition dans le sous-secteur public du Cameroun, DRH/MINSANTE, 2012 ;
- 5) Estimation des besoins en personnels à l'horizon 2015 dans les formations sanitaires publiques de l'échelle du District de Santé au Cameroun sur la base de la charge de travail, DRH/MINSANTE, 2012 ;
- 6) Estimation des besoins en personnels à l'horizon 2015 dans les Hôpitaux Centraux et Généraux au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2012 ;
- 7) Focus groups sur les RHS au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2009 ;
- 8) Labor market and productivity in the health sector in Cameroon, OMS, 2012 ;
- 9) Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2006 ;
- 10) Plan de Développement Sanitaire de District de santé, SSD/MINSANTE, 2009 ;
- 11) Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire, DRSP/MINSANTE, 2009 ;
- 12) Profil pays des RHS au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2009 ;
- 13) Rapport des FMSB d'Etat, FMSB/MINESUP, 2012 ;
- 14) Rapport MINSANTE/DEP, 2010 ;
- 15) Rapport des travaux préparatoires du PDRH, DRH/MINSANTE, 2011 ;
- 16) Rapport 1ère Conférence nationale sur les RHS au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2012 ;
- 17) Recensement général des personnels des secteurs public et privé de la santé au Cameroun, DRH/MINSANTE, 2011 ;
- 18) Révision des Normes en personnels, DRH/MINSANTE, 2012 ;
- 19) Stratégies de fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles, DRH/MINSANTE, 2011.

#### Documents méthodologiques :

- 1) Guide méthodologique de planification stratégique au Cameroun, MINEPAT, 2011 ;
- 2) Planification Stratégique des Ressources Humaines pour la Santé: Evaluation des facteurs financiers, Educationnels, Administratifs et Politiques, OMS, 2010 ;
- 3) Politiques et Plans des Ressources Humaines pour la Santé : Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, OMS Région Afrique, 2006 ;
- 4) Health Manpower Planning: Principles, methods, issues , WHO, 1978;

- 5) Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé, OMS, 2009 ;
- 6) S'Appuyer sur une véritable gestion des ressources humaines, Eric de Roodenbeke et alii, 2009
- 7) L'Outil Workload Indicators for Staffing Needs (WISN), OMS, 2010;

**Etudes et enquêtes :**

- 1) Enquête Camerounaise auprès des Ménages II, INS/MINEPAT, 2001 ;
- 2) Enquête Camerounaise auprès des Ménages III, INS/MINEPAT, 2007 ;
- 3) Rapport « La Population du Cameroun en 1987, 2ème RGPH », BUCREP, 1987 ;
- 4) Rapport « La Population du Cameroun en 2010, 3ème RGPH », BUCREP, 2010.

**Autres sources:**

- 1) « Discours du Chef de l'Etat, s'exprimant au cours de la 65e session de l'assemblée générale des Nations Unies le 24 septembre 2010 à New- York », Paul BIYA, 2010 ;

## ANNEXE 3 :

### TEXTES REGLEMENTAIRES SUR LES RHS

#### TEXTES GENERAUX

- Décret n° 94/199 du 07 octobre 1994 portant Statut Général de la Fonction Publique de l'Etat Modifié et complété par le décret n° 2000/287 du 12 octobre 2000.
- Décret N° 2001/145 du 3 juillet 2001 portant Statut particulier des fonctionnaires des corps de la Santé publique.
- Loi N° 092/007 DU 14 AOUT 1992 portant code du travail.
- Décision n° 1108/D/MINSANTE/SG/DRH/ERH du 20 juillet 2012 portant création, organisation et fonctionnement du Groupe Technique de Travail sur les Ressources Humaines au sein du Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé.

#### TEXTES SUR LA DISCIPLINE ET LE CONTENTIEUX

- Loi n°84-009 du 5 décembre 1984 portant réglementation de l'exercice des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire
- Loi n° 84-010 du 5 décembre 1984 fixant l'organisation de l'ordre des professions médico-sanitaires : infirmier, sage-femme et technicien médico-sanitaire
- Loi n° 88-021 du 16 décembre 1988 modifiant la loi n° 84-010 du 5 décembre 1984 fixant l'organisation de l'ordre des professions médico-sanitaires : infirmier, sage-femme et technicien médico-sanitaire
- Loi n° 88-022 du 16 décembre 1988 modifiant certaines dispositions de la loi n° 84-09 du 5 décembre 1984 portant réglementation de l'exercice des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire
- Loi n° 90/34 du 10 aout 1990 relative à l'exercice de la profession de chirurgien – dentiste
- Loi n° 90-035 du 10 aout 1990 portant exercice et organisation de la profession de pharmacien
- Loi n° 90-36 du 10 aout 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin
- Loi n° 99/001 du 07 avril 1999 relative à l'exercice et l'organisation de la profession d'opticien.
- Loi n° 68/LF/19 du 18 novembre 1968 relative aux associations ou syndicats professionnels non régis par le code du travail.
- Décret n° 95-677 du 18 décembre 1995 relatif aux dérogations à la durée légale du travail.
- Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins
- Décret n° 83-167 du 12 avril 1983 instituant le code de déontologie des chirurgiens-dentistes
- Décret n° 89-354 du 3 mars 1989 portant code de déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire
- Décret n°83-168 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des pharmaciens
- Arrêté n° 104 A/MSP/DSP/SDFS instituant le port obligatoire de tenue dans tous les établissements sanitaires publics et privés et dans les institutions de personnels sanitaires
- Arrêté n° 003/A/MSP/CAB du 6 aout 2001 portant création d'une cellule de lutte contre la corruption au sein du ministère de la sante publique.
- Arrêté n°0100/A/MSP/CAB du 14 avril 1999 portant règlement intérieur des services centraux du ministère de la santé publique.
- Arrêté n° 0006437/CAB/MINFOPRA du 21 septembre 2000 fixant les modalités de l'action récursoire
- Circulaire n°- 006 CAB-PR du 4 octobre 1986 relative à la sauvegarde du secret professionnel
- Circulaire n°D36-C-MSP-DEPS-SEAJ du 24 aout 1982 relative à la diffusion et application des textes intéressant le

ministère de la santé publique.

- Circulaire N° 9-CAR-PR du 31 décembre 1983 relative aux déclarations publiques des personnalités
- Décision n° 097/MINETPS/CAB du 20 août 2003 portant création, composition et fonctionnement du comité de synergie chargé de la promotion du dialogue social
- Décision conjointe n° 0050/MINDIC/MSP du 10 août 1996 portant modalités pratiques de la lutte contre la vente illicite de médicaments et produits pharmaceutiques
- Loi n° 74-18 du 5 décembre 1974 relative au contrôle des ordonnateurs, gestionnaires et gérants de crédits publics et des entreprises d'Etat telle que modifiée par la loi n° 76-4 du 8 juillet 1976
- Note circulaire n° d112-MSP-SRE-BB du 11 août 1981 relative au déplacement des fonctionnaires et agents de l'Etat en service au ministère de la santé publique
- Décret n° 78-470 du 3 novembre 1978 relatif à l'apurement des comptes et à la sanction des responsables des comptes.

## **TEXTES SUR LA GESTION DE LA CARRIÈRE**

- Arrêté n° 3277/MFP/DP du 27 octobre 1977 fixant les modalités de notation des agents publics
- Décret N° 2001/108/PM DU 20 MARS 2001 Fixant les modalités d'évaluation des performances professionnelles des fonctionnaires
- Arrêté conjoint n° 009145/MINFOPRA/MINFI du 10 décembre 2001 portant lancement de l'exploitation de l'application du Système informatique de Gestion intégrée des Personnels de l'Etat et de la solde dans certains ministères
- Décret n° 2012/079 du 09 mars 2012 portant régime de déconcentration de la gestion des personnels de l'Etat et de la solde
- Arrêté n° 015/MTPS/SG/CJ du 26 mai 1993 déterminant les conditions et la durée du préavis
- Arrêté n° 1684/MFP/DR/SDE/LR du 07 décembre 1973 fixant la composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de la commission paritaire d'avancement des agents de l'Etat relevant du Code du travail
- Décret n° 2001/116/PM du 27 mars 2011 fixant le statut juridique du fonctionnaire stagiaire et les conditions de déroulement du stage probatoire à la titularisation.
- Décret n° 68-DF-254 du 10 juillet 1968 portant modalités d'application des congés payés
- Décret n° 75/482 du 30 juin 1975 fixant l'organisation des commissions administratives paritaires
- Décret n° N75/791 du 18 décembre 1975 fixant l'échelonnement indiciaire des différents cadres des fonctionnaires de la République Unie du Cameroun
- Décret n° 82- 109 du 11 mars 1982 organisant la procédure de changement de corps
- Décret n° 2000/689/PM DU 13 SEPTEMBRE 2000 fixant le régime du congé administratif annuel des fonctionnaires
- Décret n° 2001/117/PM du 27 mars 2001 fixant le montant des indemnités de sessions des membres des organes de gestion de la fonction publique
- Décret N° 2000/690/PM DU 13 septembre 2000 déterminant les autorités compétentes pour l'octroi des autorisations spéciales et permissions d'absence fixant le régime du congé administratif annuel des fonctionnaires
- Décret n° 2001/114/PM du 27 mars 2001 portant statut du fonctionnaire honoraire
- Décret N° 92/221/PM DU 08 MAI 1992 Fixant l'âge d'admission à la retraite des personnels de l'Etat relevant du code du Travail

## **TEXTES SUR LA LIQUIDATION DES DROITS ET DES PENSIONS**

- Arrêté n° 56-CAB-PR du 5 mars 1975 fixant les modalités d'application de l'article 7 du décret n° 74-759 du 26 août 1974 portant organisation du régime des pensions civiles
- Arrêté n° 002333/CAB/MFPRA du 24 mai 1993 fixant les modalités d'attribution et de liquidation des prestations d'assurance, pension de vieillesse, d'invalidité et de décès des agents de l'Etat relevant du Code du travail
- Arrêté n° 572/MINFI/DS du 08 décembre 1986 fixant les conditions à remplir par les ayants droit du fonctionnaire

décédé, pour bénéficier du capital décès.

- Circulaire n° 009/CAB/PM du 29 décembre 1994 Relative à la cessation de service des agents publics.
- Décret n° 94/036 du 01 mars 1994 modifiant et complétant certaines dispositions du décret n° 74/759 du 16 août 1974 portant organisation du régime des pensions civiles
- Décret n° 74-733 du 19 août 1974 fixant les modalités d'application de la loi n- 69-lf•18 du 10 novembre 1969 instituant un régime d'assurance-pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès
- Décret n° 2000/68/PM du 13 septembre 2000 fixant les conditions et modalités d'attribution du capital-décès
- Décret n° 74/759 du 26 août 1974 portant organisation du régime des pensions civiles
- Décret n° 92/220/PM du 08 mai 1992 fixant les modalités de transfert à l'Etat de la gestion du régime d'assurances et de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès des agents de l'Etat relevant du Code du travail
- Décret n° 92/221/PM du 08 mai 1992 fixant l'âge d'admission à la retraite des personnels de l'Etat relevant du Code du travail
- Loi n° 69/LF/18 du 10 novembre 1969 Instituant un régime d'assurance de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès
- Loi n° 2001/O 18 du 18 décembre 2001 transférant à l'Etat la couverture et la gestion des prestations familiales de ses agents relevant du code du travail
- Loi n° 84/007 du 04 juillet 1984 modifiant la loi 69/LF/18 du 10 novembre 1969 instituant un régime d'assurance pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.
- Loi n° 90/063 du 19 décembre 1990 modifiant et complétant certaines dispositions des lois n° 69/LF/18 du 10 novembre 1969 et 84/007 du 4 Juillet 1984 instituant un régime d'assurance pensions de vieillesse, d'invalidité et décès.

## **TEXTES SUR LA FORMATION**

- Décret n° 2000/697/PM du 13 septembre 2000 fixant le régime de la formation permanente des fonctionnaires
- Décret n° 73-169 du 12 avril 1973 fixant les conditions d'attribution d'une indemnité forfaitaire de stage aux élèves fonctionnaires des établissements de formation des personnels sanitaires et sociaux
- Décret n° 74-111 du 15 février 1974 fixant les taux de l'indemnité de stage dont peuvent bénéficier les étudiants du centre universitaire des sciences de la santé ainsi que les étudiants en médecine en formation à l'étranger.
- Décret n° 85 – 1107 du 6 août 1985 fixant les conditions de désignation et le régime de rémunération des stagiaires
- Lettre - circulaire N° 000001 /LC/MFPRA/SG du 03 janvier 2005 relative à la mise en stage des fonctionnaires et agents publics.
- Circulaire n° 004/ CAB/PM du 23 décembre 1998 relative à la formation des agents publics en cours d'emploi
- Circulaire n° 009/CAB/PM du 27 septembre 2007 portant sur la formation des personnels de l'Etat à l'étranger.
- Décret n° 77-476 du 24 novembre 1977 fixant la procédure d'établissement des équivalences des diplômes, titres scolaires et grades universitaires étrangers avec les diplômes, titres scolaires et grades universitaires camerounais
- Loi n° 005 du 16 avril 2001 portant orientation de l'enseignement supérieur
- Décret n° 80-198 du 9 juin 1980 portant statut des établissements de formation des personnels sanitaires
- Décret n° 74-728 du 16 août 1974 fixant les indemnités de prestations sanitaires aux enseignants camerounais de la faculté de médecine et des sciences biomédicales
- Arrêté n° 081 du 22 février 1983 fixant les conditions d'exécution de certaines opérations pharmaceutiques par les stagiaires et les étudiants en pharmacie
- Arrêté interministériel N° 608-MINFA et 73-MSP du 13 décembre 1971 portant équivalence des titres professionnels paramédicaux militaires obtenu par le personnel des forces armées.

## **TEXTES SUR LA REMUNERATION ET AUTRES AVANTAGES**

- Arrêté conjoint n° 025-MTPS et N° 042-MSP fixant la rémunération forfaitaire du médecin du travail employé à temps partiel

- Arrêté n° 15-MTPS-IMT du 15 octobre 1979 fixant les modalités d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail
- Décret n°93/229/PM du 15 mars 1993 fixant les modalités d'application de la loi n° 90/062 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'attributions des quotes-parts sur les cessions onéreuses à certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques ;
- Arrêté n° 0002/MSP/CAB du 16 novembre 1994 fixant les modalités de financement et de gestion du fond de solidarité prévu dans le cadre de la répartition des quotes-parts sur les cessions onéreuses
- Arrêté interministériel N°001 / MINDH / MINFI du 14 août 1991 fixant les taux et les modalités de paiement de la contribution aux frais de maintenance et de logements administratifs
- Circulaire N° 136-35/MSP/CAB du 24 juillet 2004 portant fixation du montant des indemnités servies aux membres des différents comités ad hoc créés au sein du Ministère de la Santé Publique.
- Décret n° 75/459 du 26 juin 1975 déterminant le régime de rémunération des personnels civils et militaires de la république unie du Cameroun.
- Décret n° 01/324 du 09 juillet 1991 fixant les conditions d'attribution et d'occupation des logements administratifs
- Décret n° 74/694 du 29 juil. 1974 fixant les conditions d'attribution et les taux des indemnités pour heures supplémentaires à allouer aux personnels de diverses administrations de l'Etat.
- Décret n° 63-140 du 24 avril 1963 portant application de l'article 3 de la loi fédérale de finances n° 62-6 du 9 juin 1962 relatif aux consultations et examens pratiques par les services de la sante publique au bénéfice des malades non hospitalisés
- Décret n° 63/DF/141 du 24 avril 1963 portant fixation pour la sante publique des tarifs de consultation, visites, accouchements, certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres clefs de la nomenclature des actes professionnels
- Décret n° 73-365 du 16 juillet 1973 accordant des avantages à certains personnels de la santé de l'assistance publique
- Décret n° 74/704 du 1er août 1974 portant réglementation : de l'utilisation des véhicules administratifs ; de l'octroi d'avance aux fonctionnaires et agents de l'Etat pour acquisition de véhicules ; des conditions de participation de l'Etat aux dépenses d'entretien des véhicules de certains fonctionnaires.
- Décret n° 81/184 du 04 mai 1981 modifiant le décret n° 74/704 du 1er août 1974 portant réglementation de l'utilisation des véhicules administratifs, de l'octroi d'avance aux fonctionnaires et agents de l'Etat pour l'acquisition des véhicules
- Décret n° 90/1516 du 26 novembre 1990 fixant les modalités d'application de la loi n°83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées
- Décret n°93/004 du 08 janvier 1993 modifiant et abrogeant certaines dispositions du décret n°69/DF/228 du 09 juin 1969 relatif aux éléments de la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat.
- Décret n°94/197/PM du 09 mai 1994 relatif aux retenues sur salaire
- Décret n°2000/049 du 15 mars 2000 fixant l'échelonnement indiciaire du corps de l'enseignement supérieur.
- Décret n° 2000/211 du 27 juillet 2000 fixant la rémunération des agents de l'Etat relevant du code du travail
- Décret n°2000/692/PM du 13 septembre 2000 portant sur les modalités d'exercice du droit à la sante du fonctionnaire
- Décret n°2000/693 du 13 septembre 2000 fixant régime des déplacements des agents publics et les modalités de prise en charge des frais y afférents
- Décret n° 78-547 du 28 décembre 1978 fixant les modalités de prise en charge des prestations en nature aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles
- Décret n° 87 – 1141 du 20 août 1987 fixant la rémunération et les avantages des personnels des sociétés d'Etat, des établissements publics et des sociétés d'économie mixte
- Décret n° 2002/042 du 4 février 2002 fixant les modalités d'attribution et le montant des primes allouées aux fonctionnaires des corps de la santé publique

- Loi n°83/13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées

## **TEXTES SUR LE RECRUTEMENT**

- Arrêté n° 6 – FI - MINEDUC- DES du 22 février 1983 portant équivalence des diplômes en république unie du Cameroun
- Circulaire n° 003/CAB/PM du 09 mai 1994 relative au recrutement par voie de concours dans la fonction publique
- CIRCULAIRE N° 004/ CAB/PM du 10 février 2000 Relative à l'admission dans les Ecoles Nationales de formation et au recrutement dans la Fonction Publique
- Décret n° 2000/696/PM du 13 septembre 2000 fixant le régime général des concours administratifs
- Lettre- circulaire n° 1/CAB/PR du 25 janvier 1973 relative au recrutement des agents non fonctionnaires

## ANNEXE 4

### **LISTE DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES**

1. Identification et analyse des parties prenantes au processus d'élaboration, de mise en oeuvre et de suivi-évaluation du PDRH 11 novembre ; monastère des bénédictins Mont Fébé

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
M. FEUGANG	ONPMS	77 42 23 33
M. TELEP Claude Bernard	MINEFOP	77 56 14 25
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	74 05 49 65
M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	77 67 17 00
Dr René OWONA ESSOMBA	MINSANTE	22 22 60 78
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	99 92 26 65
M. MENDANA NDZENGUE	MINESUP/SDPSP/DAG	94 24 23 32
M. KAGHERE RIPA	MINEPAT/DPPS/CEA	99 94 49 78
M. ESSOH Augustin	MINFOPRA/DEPCE	77 67 55 01
M. TCHAMANDE Pierre	MINFI	77 38 00 28
M. ONANA NKUDU Gilbert	MINSANTE/CBECD	77 64 51 13
M. ATEGA Rodrigue Denis	MINSANTE/DCOOP	77 07 53 89
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	93 61 10 00
M. NIBIGNI HONORE	MINSANTE/DRH	75 24 50 01
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
M. KOUOTOU NJOYA Idriss	MINESEC/DRH	77 43 75 14

2. Analyse des parties prenantes au processus d'élaboration, de mise en oeuvre et de suivi évaluation du PDRH 18 novembre 2010 ; CASBA.

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
M. BOGMIS Lejeune	MINSANTE	99 97 40 10
M. MENDOUGA ANDJONGO	MINSANTE	77 67 14 48
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	74 05 49 65
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
M. ONANA NKUDU Gilbert	MINSANTE/CBECD	77 64 51 13
Dr René OWONO ESSOMBA	MINSANTE	22 22 60 78
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	93 61 10 00

M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	99 92 26 65
M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	77 67 17 00
M. Isaac MOUSSINGA	CODEV/DG	74 57 57 94
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
M. NIBIGNI HONORE	MINSANTE/DRH	75 24 50 01
Michelle Carine ATEBA	CODEV/Consultant	99 99 04 63

**3. Elaboration du questionnaire pour le recueil des données en vue de la finalisation du document de politique des ressources humaines et du PDRH 10 février 2011.**

NOMS	STRUCTURE/FONCTION	TELEPHONE
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
Pr MBU Robinson	MINSANTE/DSF	99 93 44 56
M. Jean Yves REDON	MINSANTE	97 84 50 45
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
Dr BAYE Martina	MINSANTE/SSS	22 23 52 24
Dr NGUM John WONGHI	MINSANTE/ST/CP-SSS	77 60 02 62
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	99 92 26 65
Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
Dr MBO'O Alain Charlie	MINSANTE/DLM	75 78 76 81
Dr AMANI Adidja	MINSANTE	78 10 64 01
M. NIBIGNI HONORE	MINSANTE/DRH	75 24 50 01
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	99 66 74 70

**4. Elaboration du plan d'analyse et du questionnaire de recensement 24 février 2011 ; monastère des bénédictins, Mont Fébé.**

NOMS	STRUCTURE/FONCTION	TELEPHONE
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
Dr BAYE Martina	MINSANTE	22 23 52 24
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	77 27 58 44
M. MOUSSIMA Jeannot	MINSANTE	99 91 87 56
M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	77 67 17 00
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	99 92 26 65
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	93 61 10 00
M. BAKENEGHE BATOUM	MINSANTE/DRH	99 35 88 92
M. MENDOUGA ANDJONGO	MINSANTE	77 67 14 48
M. ONANA Emmanuel	USWAP	77 75 06 49
M. EKANI NDONGO	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	99 62 90 50
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	99 66 74 70

Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
M. BALLA BALLA	SYNPEMS/Pdt	99 9 06 39

**5. Finalisation du questionnaire et élaboration des Termes de Références du recensement 01 mars 2011 ; monastère de bénédictins, Mont Fébé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
M. BETHE BEBEYA	MINSANTE	99 60 45 98
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	77 27 58 44
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	74 05 49 65
M. EKANI NDONGO	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	99 62 90 50
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	99 66 74 70
Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	99 92 26 65
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	93 61 10 00
M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	77 67 17 00
M. MENDOUGA ANDJONGO	MINSANTE	77 67 14 48
M. ONANA Emmanuel	USWAP	77 75 06 49
M. BAKENEGHE BATOUM	MINSANTE/DRH	99 35 88 92
M. MOUSSIMA Jeannot	MINSANTE	99 91 87 56
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	77 04 56 83

**6. Elaboration outils de communication pour le PDRH 20 mars 2011, Centre Jean XXIII de Mvolyé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	93 61 10 00
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
Dr AMANI Adidja	MINSANTE	78 10 64 01
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
M. MENDOUGA ANDJONGO	MINSANTE	77 67 14 48
M. MESSANGA ANGOA	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	77 29 15 32
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	99 66 74 70
Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	77 04 56 83
M. NIBIGNI HONORE	MINSANTE/DRH	75 24 50 01
M. ANGUSSA ABESSOLO	MINSANTE/DRH	94 06 03 15

**7. Consultation des parties prenantes à l'élaboration de la politique et du plan de développement des ressources humaines 29 mars 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr SIMO MOYO	SAMU/SP	<b>77 50 60 26</b>
Dr BELINGA Suzanne	CPC/DGP	<b>99 91 92 97</b>
M. Jean Yves REDON	MINSANTE	<b>97 84 50 45</b>
Pr MBEDE	CNC	<b>77 73 72 04</b>
Mme TOUNA NOAH	DEP/CIS/CEA2	<b>99 61 27 32</b>
Mme MADJO NKAMTO M.	PEV	<b>77 94 38 22</b>
Dr EKOBENA	HCY/CS Gériatrie	<b>99 90 08 86</b>
M. FOUTY Eric	OCEAC	<b>96 96 36 89</b>
Dr NDONG A BESSONG	PNLP	<b>96 99 75 86</b>
Pr KOKI NDOMBO Paul	FCB/CME	<b>76 30 09 73</b>
Dr FOUA Pierre Joseph	HCY/Dir	<b>99 84 88 23</b>
Pr MBOPI KEOU	HYGIENE MOBILE	<b>99 95 80 15</b>
Pr SAME EKOBO	CN Paludisme	<b>77 70 88 94</b>
Pr Anatole AFANE ELA	HCY/SAMU	<b>77 63 07 99</b>
Dr NISSACK Françoise	OMS	<b>98 78 22 19</b>
Dr SA'A	DPS	<b>77 74 17 04</b>
Dr AMANI	MINSANTE	<b>78 10 64 01</b>
Dr BIHOLONG Benjamin	DLM	<b>99 61 28 00</b>
Pr MBANYA JC	HCY	<b>77 60 70 42</b>
Dr ELAT NFETAM	CNLS	<b>96 98 40 02</b>
Pr BINAM Fidèle	HCY	<b>99 80 78 87</b>
Dr Pierre ONGOLO ZOGO	HCY/CDBPS	<b>99 98 03 09</b>
Pr SINGWE NGANDEU M	HCY	<b>99 90 04 63</b>
Dr MIDOUNGUE Jean	ONCDC	<b>99 98 48 91</b>
M. John EYONG EFOBI	DCOOP	<b>77 76 67 32</b>
M. Donatien EVOUNA	CELLCOM	<b>75 40 93 48</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Pr Pierre TCHOKOTEU	HGOPY	<b>99 3 15 73</b>

**8. Renforcement des capacités préparatoires au processus de déconcentration de la gestion des ressources et de recensement général des personnels du système de santé du Cameroun 30 au 31 mars 2011 ; Monastère des bénédictins, Mont Fébé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
M. LUM BRUNHILDA	DRSP/NO	97 12 04 82
M. MBALABOUOM NZIE	DRSP/O	95 18 45 04
M. KEMGNI DJOTSA	DRSP/O	96 01 87 83
Mme NGUIMDO Edwige	DRSP/SO	75 75 94 56
M. ILAMBO Pius	DRSP/SO	75 78 77 77
M. AKUM Henry	DRSP/EN	74 30 10 10
M. MOUNGUI Henri Claude	DRSP/EN	99 86 59 90
M. ONANA Simon Pierre	DRSP/CENTRE	77 13 55 19
Mme BINGONO Mado Cécile	DRSP/CENTRE	75 48 77 51
Mme ENGOZO'O Anne	MINSANTE/DRH/SDF	99 95 73 54
M. AKOA Daniel	MINSANTE/DRH/SDS	77 67 17 00
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	99 92 26 65
M. NGUEDE OWONO	MINSANTE/DRH/SDP/CSGPE	77 27 58 44
Mme Lucy MONJOWA KEBBI	MINSANTE/DRFP/SDBF	99 90 45 79
M. FOUA Médard	MINSANTE/C/SAUCL	99 51 80 53
Pr FRU ANGWAFO III	MINSANTE	
M. MESSANGA ANGOA	MINSANTE/DRH	77 29 15 32
M. ANAMBA BOULI François	DRSP/EST	75 08 02 42
Mme MAHOP Estelle Laure	DRSP/SUD	99 32 82 99
M. EKOTO Jean Marc	DRSP/SUD	99 82 13 27
M. MAHAMAT BICHAI'R	DRSP/NORD	99 87 97 55
M. MOHAMAN YARO	DRSP/NORD	99 02 84 47
M. HAGBE HAGBE Antoine	DRSP/L	99 37 90 02
M. FONKWE ASONG Fritz	DRSP/NO	70 10 11 03
Mme NDE Elisabeth	DRSP/L	70 10 11 03
M. BELA Achille	MINSANTE/DRH	77 42 44 37
M. SALIOU ISMA	MINSANTE/DRFP	77 79 42 21
M. AMOUGOU ABIDA	DRSP/EST	99 64 98 08
M. ISHAGA HASSIMI	DRSP/AD	77 46 80 38
M. ZOUA Charles	DRSP/AD	99 80 81 35
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH	74 05 49 65
M. ANGUISSA ABESSOLO	MINSANTE/DRH	94 06 03 15
Mme FAMBBA KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	99 66 74 70
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE/DRH	77 4 56 83

**9. Restitution des travaux des Experts des 18 groupes thématiques chargés de définir les orientations stratégiques du PDRH - 19 au 21 avril 2011 ; HCY**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
Pr BIWOLE SIDA	MINSANTE/IGSMP	77 70 14 45
Dr ATCHOUMI Annie	CHU	99 67 94 12
Dr Martina BAYE	MINSANTE	77 98 65 65
Dr Jean Yves REDON	MINSANTE	97 84 50 45
Dr LOUDANG Marlyse	MINSANTE/IGSP	22 22 57 86
Dr Nicole ETEKI	UNFPA/AR/SR	77 77 13 98
Pr ONDOBO ANDZE G	MINSANTE	99 86 44 01
Dr ONGOLO ZOGO	HCY	99 98 03 09
Pr TCHOKOTEU	HGOPY	99 93 15 73
Dr MOUSSI Charlotte	DSF	76 24 81 82
Mme YON TJEGA Yvette	DPS/CSL	99 98 62 13
Pr MBEDE	CHU	77 73 72 04
Pr KOKI NDOMBO Paul	FCB/CME	
Dr NTONE ENYIME Felicien	MINSANTE/DPS	77 75 27 77
Dr KOUANFACK Charles	HCY	99 95 07 43
M. FOGUE FOGUITO	POSITIVE GENERATION	99 95 07 43
Dr FOU DA Pierre	HCY	99 84 88 23
Pr MBOPPI KEOU Felix	HYGIENE MOBILE	99 95 80 15
M. MEGNA YONE Celestin	CLLS	99 35 55 66
Dr IBILE ABESSOUGUIE	CNLS/GTC/SPA	96 98 40 04
Pr KUABAN Christopher	FMSB	99 49 02 39
Dr ABENA FOE Jean Louis	PNLT/GTC/SP	99 96 16 34
Pr MOYOU SOMO	FMSB	
Pr AFANE ZE Emmanuel	HJY	99 97 11 66
M. MANGA Blaise	MINSANTE/DPS	75 52 05 23
Dr BIHOLONG Benjamin	MINSANTE	99 61 28 08
Pr SAME EKOBO	CHU	77 70 88 94
Pr Rose LEKE	FMSB	99 95 73 26
Dr NDONG Prosper	PNLP/SP	96 99 75 86
Dr Marie KOBELA	PEV	99 56 74 25
Mme MADJO NKAMTO	PEV	77 94 38 22
M. DEHAYEM YEFOU	HCY	74 68 50 06
M. ASHUTANTANG	HCY	99 95 22 08
Pr DOH Anderson	CNLC	77 70 11 24
Dr NOMO Emmanuel	DLM/SDMNE	75 54 91 54
Pr SINGWE NGANDEU M	HCY	99 90 04 63
Pr BAUDON Dominique	CPC	99 31 33 62
Dr MBASSI AWA	FCB/CME	99 92 20 31
Dr Earnest NJIH TABAH	CNLP/UB/SP	74 05 68 74
Dr GONSU Hortense	CHU/FSMB	77 93 32 70

Dr FIFEN ALASSA	ONSP/Coordonnateur	<b>99 90 99 28</b>
Pr BAHEBECK	HCY	<b>99 00 02 98</b>
Pr BINAM Fidèle	HCY	
M. FOUTY Eric	OCEAC	<b>22 23 22 32</b>
M. FEUGANG	ONPMS	<b>77 42 23 33</b>
Dr SA'A	MINSANTE/DPS	<b>77 74 17 04</b>
Dr EKOBENA SEEMA	HCY	<b>99 90 08 86</b>
Dr René OWONA ESSOMBA	MINSANTE	<b>22 22 60 75</b>
Dr YAKANA Elysée	HD OLEMBE/DIRECTEUR	<b>77 51 7164</b>
M. NGOUMBE Zacharie	MINT	<b>77 57 01 89</b>
Pr ZE MINKANDE	HGOPY	<b>77 96 85 69</b>
Dr NNOMOKO BILOUNGA	HPOLICE	<b>99 45 66 15</b>
Dr SINI Victor	HCY/NEUROLOGUE	<b>70 46 57 88</b>
Dr NISSACK	OMS	<b>98 78 22 19</b>
M. MANGA Blaise	MINSANTE/DPS	<b>75 52 05 23</b>
Dr NOUTHE	ACAFEN/PRESIDENTE	<b>77 61 09 47</b>
M. TINDANG TCHINDA	MINSEP	<b>77 36 69 28</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 44 42 37</b>
Dr NDO Jean Rollin	MINSANTE/DPM	<b>99 91 81 42</b>
Dr Pauline NDJITTOYAP	DPM	<b>99 84 85 72</b>
Dr KWENTI D. ASHU	PCNOPC	<b>77 75 55 73</b>
M. NYAMSI Simon Pierre	EITMS- GS	<b>77 00 09 85</b>
Mme TABI Monique	ETMS-YDE	<b>99 99 04 32</b>
M. BALLA BALLA	SYNPEMS	<b>99 49 08 39</b>
M. BAKARY AÏCHATA	HGY	<b>99 88 02 15</b>
Mme NGONGANG OUANDJI	Cab Dentaire MALCOLM X	<b>99 93 91 62</b>
Mme NKOUAMEU Yvonne	INSPECTION MEDICO SCOLAIRE	<b>99 95 23 77</b>
M. MOSLEH KHALED	PREVENTION DES INFECTIONS	<b>99 99 49 99</b>
Dr EFFILA EBE Catherine	ONCD	<b>77 57 62 24</b>
Mme BEBE Julienne TENMBAR	UTAC	<b>99 08 17 05</b>
Mme NGA Nadège	DCOOP	<b>99 51 20 98</b>
M. SAMBO Jonas	DCOOP	<b>75 08 91 58</b>
M. ALIMA Fidèle	DRFP	<b>79 61 01 79</b>
Dr MIDOUNGUE Jean	ONCDC	<b>99 98 48 91</b>
M. NGUEDE OWONO	MINSANTE	<b>77 27 58 44</b>
Pr Anatole AFANE ELA	HCY	<b>77 63 07 53</b>
Mme TASSIE Marie Louise	MINEFOP	<b>99 92 21 85</b>
Pr KOM Martin	ENSP	<b>74 02 98 11</b>
M. John ESSOBE	CEPCA	<b>99 88 80 57</b>
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	<b>99 92 26 65</b>
Dr TALONGWA	MINSANTE	<b>93 61 10 00</b>
Mme TOUNA NOAH	DEP	<b>99 61 27 32</b>
M. BANGUE Bernard	SSS	<b>99 20 80 58</b>
Dr NGUM John WONGHI	SSS	<b>77 60 02 62</b>
Dr AKWE Samuel	DOSTS	<b>99 98 03 31</b>

M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	77 67 17 00
Dr ENYEGUE	CSSD EFOULAN	99 23 98 58
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
Dr MANGA Engelbert	CSSD MFOU	99 92 20 32
Dr AMANI	MINSANTE	78 10 64 01
M. NIBIGNI Honoré	MINSANTE	75 24 50 01
M. MESSANGA ANGOA	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	77 29 15 32
M. ANGUISSA ABESSOLO	MINSANTE/DRH	94 6 03 15

**10. Cérémonie de lancement du Groupe de Recherches sur les Ressources Humaines de la Santé au Cameroun (GRESAC), 31 mai 2011 ; MINSANTE.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 02 77
Pr FRU ANGWAFO III	MINSANTE	
Pr ESSAME OYONO	IMPM	77 70 88 88
Pr KOULLA SHIRO SINATA	MINSANTE/SG	99 55 94 61
Pr BIWOLE SIDA	MINSANTE/IGSMP	77 70 14 45
Dr AMANI	MINSANTE	78 10 64 01
Dr Pierre ONGOLO ZOGO	CDBPS	99 98 03 09
Pr NKO'O AMVEME	FMSB	99 97 09 46
M. ADAMOU	FMSB	75 97 38 76
M. NGUEDE OWONO	MINSANTE/SDP	77 27 58 44
Mme TAMO N	CDBPS	74 89 67 24
Dr AHANDA ASSIGA	DROS	99 83 94 33
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
Mme EBOGO FOU DA	CS	76 52 62 23
M. MESSI Frédéric	CDBPS	77 75 33 49
M. NGUEMKAM Gildas	DROS	75 37 34 77
M. FOU DA Joseph	CIRCB	99 84 88 23
M. FOU DA Jean Marc	DROS	77 69 57 35
M. Ruben MBA	CDBPH	94 76 36 44
M. Huber GOETZ	DROS/GIZ	75 07 04 54
Mme TIWODA Christie	DOSTS	75 40 92 45
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
M. ANGUISSA ABESSOLO	MINSANTE/DRH	94 06 03 15
Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
Mme LOBE MIKANO Adèle	MINSANTE/DRH	94 31 72 33
M. David YONDO	HCY/CDBPS	70 2 31 88

**11. Finalisation des TDR du projet de décision relatif au GTT-RH et du projet d'accord de partenariat entre le MINSANTE et l'ANFH - 09 juin 2011 ; Monastère des bénédictins.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 02 77
Dr NISSACK Françoise	OMS	
Dr René OWONA ESSOMBA	MINSANTE	22 22 60 78
M. MAINA DJOULDE	DCOOP	77 39 66 99
Mme MELINGUI Yvette	DAJC	77 57 45 18
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
Dr AMANI	MINSANTE	78 10 64 01
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
M. ANGUISSA ABESSOLO	MINSANTE/DRH	94 06 03 15
Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE/DRH	77 4 56 83

**12. Rédaction du document de politique nationale sur les ressources humaines du secteur santé au Cameroun 29,30 novembre 2011 ; OBALA.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
Dr ESSI Marie José	FMSB/UIYI	99 97 30 32
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	77 42 44 37
Dr AMANI	MINSANTE	78 10 64 01
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	77 27 58 44
Dr AMANI	MINSANTE	78 10 64 01
M. MENDOUGA ANDJONGO	MINSANTE	77 67 14 48
Mme Gladis KOPA	MINSANTE/DRH	75 02 54 23
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	94 69 44 94
M. YOPNDOI Charles	MINSANTE	99 6 41 30

**13. Recodification, gestion, et sécurisation des données du recensement général des personnels du secteur santé 26 au 30 septembre 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
M. Paul RIBOUEM	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	99 92 26 65
M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	77 67 17 00
M. MOUNJOUOWOU Arouna	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	99 85 34 16
M. MESSANGA ANGOA	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	77 29 15 32
M. ANGUISSA ABESSOLO	MINSANTE/DRH	94 06 03 15
M. BAKENEGHE BATOUM	MINSANTE/DRH	99 35 88 92
M. EKANI NDONGO	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	99 62 90 50
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	96 17 00 05
M. DJORWE Bienvenu	MINSANTE	78 2 99 74

**14. Analyse statistique des données du recensement général des personnels du secteur santé 3 au 7 octobre 2011 et du 19 au 23 octobre 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. ONANA Emmanuel	USWAP	<b>96 02 98 14</b>
M. TENDOH	DRSP/CENTRE	
M. NGEDE John	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	
M. ZINGA	MINSANTE/DRH/SDS	<b>77 4 64 32</b>

**15. Elaboration des documents techniques du recensement général des personnels du secteur santé 10 au 28 octobre 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Dr AMANI	MINSANTE	<b>78 10 64 01</b>
Mme Béatrice DYKCIK	MINSANTE/DRH	<b>94 69 44 94</b>
Mme MPECK Emilienne	MINSANTE/SG/CELLTRADUCTION	
M. WEPNGONG Georges	MINSANTE/SG/CELLTRADUCTION	
M. ELOUNDOU Gaspard	MINSANTE/DRH	<b>79 10 71 71</b>
Mme ENGOZO'O Anne	MINSANTE/DRH/SDF	<b>99 95 73 54</b>
Mme AHAJENG AMINKENG	MINSANTE/SG	<b>74 09 49 43</b>
M. AKUNDA Paul Oscar	MINSANTE/DCOOP	
M. MPAH WANGA	MINSANTE/DEP	
Mme NGAH Marie Bernadette	MINSANTE/DAJC	
M. ELONO ENAMA Sylvain	MINSANTE/DAJC	<b>94 07 94 20</b>
M. YOPNDOI Charles	MINSANTE/SG	<b>99 96 41 30</b>
M. HAMGA Albert	MINSANTE/DRFP	
M. NSAME John	MINSANTE/SG	
Mme Adèle LOBE	MINSANTE/DRH	<b>94 31 72 33</b>
Mme NGO GWODOG	MINSANTE/DRH	<b>77 14 86 32</b>
Mme NYANGONO Marie	MINSANTE/DRH	
Mme NGO YOGO Mireille	MINSANTE/DRH	<b>94 25 47 26</b>
M. SALIOU	MINSANTE/DRFP	
M. ONANA Emmanuel	USWAP	<b>96 02 98 14</b>
M. NIBIGNI Honoré	MINSANTE	<b>75 24 50 01</b>
Mme KOPA Gladis	MINSANTE	<b>75 02 54 23</b>
M. ZOGO Richard	MINSANTE	<b>77 69 34 12</b>
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE/DRH	<b>77 04 56 83</b>
M. TENDOH	DRSP/CENTRE	

**16. Analyse des résultats du recensement général des personnels du secteur de la santé 3 au 7 octobre 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Dr AMANI	MINSANTE	<b>78 10 64 01</b>
M. NGAH NGAH Simplicie	GRESAC	
M. ONANA Emmanuel	USWAP	<b>96 02 98 14</b>
M. MOUSSIMA Jeannot	MINSANTE	<b>99 91 87 56</b>
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	<b>74 05 49 65</b>
M. ZINGA	MINSANTE/DRH/SDS	<b>77 74 64 32</b>
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	<b>94 69 44 94</b>
Mme ENGOZO'O Anne	MINSANTE/DR H/SDF	<b>99 95 73 54</b>
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	<b>77 7 58 44</b>

**17. Coordination technique de l'exploitation des données du recensement général des personnels du secteur santé à partir du 27 septembre 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
M. MBARGA AWOUMOU	MINSANTE/DRFP	
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	<b>74 05 49 65</b>
M. Paul RIBOUEM	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	<b>99 92 26 65</b>
M. AKOA Daniel	MINSANTE/SG/CELLINFO	<b>77 67 17 00</b>
M. NGAH NGAH Simplicie	GRESAC	
M. ONANA Emmanuel	USWAP	<b>96 02 98 14</b>
M. MOUSSIMA Jeannot	MINSANTE	<b>99 91 87 56</b>
M. ZINGA	MINSANTE/DRH/SDS	<b>77 74 64 32</b>
Mme Béatrice DYKCZIK	MINSANTE/DRH	<b>94 69 44 94</b>
Mme ENGOZO'O Anne	MINSANTE/DRH/SDF	<b>99 95 73 54</b>
Mme KOPA	MINSANTE	<b>75 02 54 23</b>
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	<b>77 7 58 44</b>

**18. Elaboration rapport du recensement général des personnels du secteur de la santé du Cameroun 15 au 18 novembre 2011 ; Mbalmayo.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
M. John EYONG EFOBI	DCOOP	<b>77 76 67 32</b>
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	<b>74 05 49 65</b>
M. Paul RIBOUEM	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	<b>99 92 26 65</b>
M. BANGUE Bernard	SSS	<b>99 20 80 58</b>
M. KAMDOUM Antoine	BUCREP	
M. ONANA Emmanuel	USWAP	<b>96 02 98 14</b>
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH	<b>96 17 00 05</b>
Mme KOPA Gladis	MINSANTE	<b>75 02 54 23</b>
M. NGAZOA Noel	MINSANTE/DRH	
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	<b>77 27 58 44</b>
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	<b>77 4 56 83</b>

**19. Analyse thématique des données du recensement général des personnels de la santé, 07 au 09 février 2012 ; monastère des bénédictins, Mont Fébé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
Mme ENGOZO'O Anne	MINSANTE/DRH/SDF	
M. MIDOUNGUE	ONCDC	
M. FEUGANG	ONMPC	
M. TSOU Etienne	MINSANTE	
M. NDJALLA AZANG	MINSANTE/DRH/SDP	
Dr BAYE Martina	MINSANTE/SSS	
M. ENOKA Patrice	MINSANTE/DRH/SDF	
M. NKALASSI Maurice	MINSANTE/DRH/SDF	
M. NDAYA Demaison	MINSANTE/DRH/SDP	
Dr TEUWAFEU Denis	MEDECIN RESIDENT	
Dr BOOMBHI Jérôme	MEDECIN RESIDENT	
Dr BANG Aristide	MEDECIN RESIDENT	
Dr LONDJI Gilles	MEDECIN RESIDENT	
Dr MOSSUS Yannick	MEDECIN RESIDENT	
Dr ELLA Guy	MEDECIN RESIDENT	
Dr MOULION Jean Roger	MEDECIN RESIDENT	
Dr NKOMON Gustave	MEDECIN RESIDENT	
Dr ELOUNDOU ODI	MEDECIN RESIDENT	
Dr NOMO MVILONGO	MEDECIN RESIDENT	
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH	<b>96 17 00 05</b>

Mme KOPA Gladis	MINSANTE	75 02 54 23
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	99 66 74 70
M. NKOUYOU Benjamin	MINSANTE	77 4 56 83

**20. CHARGE DE TRAVAIL : Préparation à l'étude, mission de collecte des données dans les régions, analyse des données - Début août à fin novembre 2011.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	77 70 04 77
Pr Arthur René ESSOMBA	MINSANTE/DOSTS	77 75 29 50
Dr ONGOLO ZOGO	HCY	99 98 03 09
Dr ATANGANA MAZE	MINSANTE	77 96 86 16
M. ANOCK Célestin	MINSANTE	77 59 78 65
M. AKOA ZIBI Pierre	MINSANTE/DRH/SDF	99 14 24 61
Mme NGAH Marie	MINSANTE	
M. NGEDE John	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	
M. FOUA Serge	MINSANTE	
M. NNOMO Eric	MINSANTE/DRH/SDS	94 03 73 66
Dr AMANI	MINSANTE/DRH	78 10 64 01
M. EVINA John	MINSANTE/DRH	74 00 29 98
M. MEKE Eddy	MINSANTE/DRH/SDP	
M. MBEGA VOUDI Guy	MINSANTE	
M. BETCHEM A BAMBAMBA	MINSANTE/DRH/SDP	99 91 12 96
Mme NJOUPOUO LAMERE	MINSANTE/DRH	
Mme ACHAJENG AMINKENG	MINSANTE/SG	74 09 49 43
Mme NDOUM BELINGA	MINSANTE	
Mme MAKON Irène	HCY	99 76 06 08
Mme NOUNGA Odette	HCY	77 98 22 88
Mme ATANGANA N. Nicole	HCY	99 80 92 98
Mme MBIA Anastasie	HCY	95 04 59 54
Mme NDAYA Marie	HCY	77 89 38 22
Mme ATANGANA Constance	HCY	
Mme NDJAMBI Gisèle	HCY	
Mme NDONGO ATANGANA	HCY	
M. MANDJECK Emmanuel	HCY	
M. ESSA'A OYONO	HCY	
M. TSALA BELINGA	HCY	99 56 93 61
Mme SIEYAJIEU Solange	CHU	99 91 89 09
Mme EKANGA Georgette	CHU	
Mme GUEKENG Elvige	CHU	74 52 49 51
Mme BITTING Augustine	CHU	
Mme NKONJUE ESSAME	CHU	

M. DIKIADJE Clément	HJY	<b>77 78 35 35</b>
Mme NYAMSI	HJY	<b>77 63 73 18</b>
Mme BAKARY AÏCHATA	HGY	
Mme NDONGO Marie	HGY	
M. DONGMO Jean Claude	HGY	
Mme BINDELE Cécile	FCB	
Mme TCHOUGNIAM Rosine	FCB	
M. BAYIHA Jean Josué	FCB	
Mme NGAH ENOAH	HGOPY	
Dr NDOBO Juliette	MEDECIN	
Dr MVONDO Pierre	MEDECIN	
Dr MEGUIEZE Claude	MEDECIN	
Dr BEKOLO Winnie	MEDECIN	
Dr BOLI Anne	MEDECIN	
Dr MBONGO'O NKO'O	MEDECIN	
Dr LAKOA Danielle	MEDECIN	
Dr OKO Appolinaire	MEDECIN	
Mme MBENDE Pépine	HGOPY	<b>99 64 27 45</b>
Mme KOA ELOUNDOU	MINSANTE	
Mme MBONGEH Béatrice	HGOPY	<b>77 47 34 22</b>
Mme NYANGONO Paulette	HGOPY	<b>77 52 38 76</b>
M. MBA Maurice	HGOPY	<b>78 34 34 78</b>
M. NDJICKI Etienne	HGOPY	<b>99 72 94 16</b>
Mme KOPA Gladis	MINSANTE	<b>75 02 54 23</b>
Mme NAYOU GHOYAP	HGOPY	
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE	<b>96 17 00 05</b>
M. ANGUISSA ABESSOLO	MINSANTE	<b>94 06 03 15</b>
Mme BOKAMBA	MINSANTE	<b>99 66 74 70</b>
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	
Dr René OWONA ESSOMBA	MINSANTE	<b>22 22 60 78</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
M. ABEGA Dieudonné	MINSANTE/DRH/SDP	<b>74 05 49 65</b>
M. Paul RIBOUEM	MINSANTE/DRH/C/CSIGIPES	<b>99 92 26 65</b>
Mme Adèle LOBE	MINSANTE/DRH	<b>94 31 72 33</b>
Mme NGO GWODOG	MINSANTE/DRH	<b>77 14 86 32</b>
M. TINA MVONDO	MINSANTE/DRH	
Mme NYANGONO Marie	MINSANTE/DRH	
Mme NGO YOGO Mireille	MINSANTE/DRH	<b>94 25 47 26</b>
M. NGUEDE OWONO Samuel	MINSANTE/DRH	<b>77 27 58 44</b>
M. ZOGO Richard	MINSANTE	<b>77 69 34 12</b>
M. NIBIGNI Honoré	MINSANTE	<b>75 24 50 01</b>
M. ATEBA Alphonse	MINSANTE/DRH	

**20. Elaboration du rapport des études portant sur la mesure de la charge de travail dans les formations sanitaires du Cameroun 15 au 18 novembre 2011 ; Monastère des Bénédictins Mont Fébé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Dr ESSI Marie José	FMSB	<b>99 97 30 32</b>
M. MOUNJOUOWOU	MINSANTE	<b>99 85 34 16</b>
M. BAKENEGHE BATOUM	MINSANTE	<b>99 35 88 92</b>
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	<b>93 61 10 00</b>
Mme Béatrice DYCKZYCK	MINSANTE	
Dr AKWE Samuel	MINSANTE/DOSTS	<b>99 98 03 31</b>
Mme KOPA Gladis	MINSANTE	<b>75 02 54 23</b>
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	<b>77 4 56 83</b>

**21. Finalisation du Plan de Développement des Ressources Humaines de la Santé, 26 février au 10 mars 2012 ; KRIBI.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Mme NDIM Catherine	MINSANTE/IGSA/Insp	
M. MEBARA Sylvain	UNICEF	<b>74 85 14 72</b>
Mme NGO SOA Pauline	MINEPAT/CEA	<b>99 81 26 44</b>
Dr AMANI Adidja	MINSANTE	
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	
M. KAMENI LELE	MINSANTE/DEP	
M. ZINGA	MINSANTE/DRH/SDS	
Dr NISSACK	OMS	
M. ONDO EDOU	MINSANTE/SG/CS	
Dr MATSEZOU	GIZ	
M. NEGUEM	MINEPAT/CEA1	
Dr AKWE Samuel	MINSANTE/DOSTS	
M. OMOGA Omer	MINSANTE/DRH/AT	
M. NIBIGNI	MINSANTE/DRH	
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	<b>96 17 00 05</b>
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	<b>77 4 56 83</b>

**22. Costing, suivi évaluation et relecture du Plan de Développement des Ressources Humaines de la Santé 23 au 27 avril 2012 ; CASBA.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Mme NDIM Catherine	MINSANTE/IGSA/Insp	
Mme BIDIAS	MINEPAT	
Mme NGO SOA Pauline	MINEPAT/CEA	<b>99 81 26 44</b>
Dr AMANI Adidja	MINSANTE	
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	
M. KAMENI LELE	MINSANTE/DEP	
M. ZINGA	MINSANTE/DRH/SDS	
Dr NISSACK	OMS	
M. ONDO EDOU	MINSANTE/SG/CS	
Dr MATSEZOU	GIZ	
M. NEGUEM	MINEPAT/CEA1	
M. MFOUAPON	MINSANTE/ST-PPBS	
M. NDZIE ELOUNDOU	MINSANTE/ST-PPBS	
M. IBRAHIM MOHAMED K.	MINSANTE/ST-PPBS	
M. EKANI NDONGO	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	
Dr AKWE Samuel	MINSANTE/DOSTS	
M. OMOGA Omer	MINSANTE/DRH/AT	
M. NIBIGNI	MINSANTE/DRH	
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	<b>96 17 00 05</b>
Mme KOPA Gladis	MINSANTE/DRH	
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE	<b>77 4 56 83</b>

**23. Relecture du draft pré final du Plan de Développement des Ressources Humaines de la Santé 18, 19 septembre 2012 ; Monastère des Bénédictins Mont Fébé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
M. BANGUE Bernard	MINSANTE/SSS	
M. NDAYA Demaison	MINSANTE/DRH/SDP	
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	<b>93 61 10 00</b>
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	<b>96 17 00 05</b>
M. OMOGA Omer	MINSANTE/DRH/AT	
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. TOUKO Raphael	MINSANTE	

**24. Finalisation du draft 2 du Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé 10 au 12 juillet 2011 ; Obala.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
Dr NISSACK Françoise	OMS	
M. ONDO EDOU	MINSANTE/SG/CS	
M. ONANA Emmanuel	USWAP	
Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	<b>93 61 10 00</b>
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	<b>96 17 00 05</b>
Dr AKWE Samuel	MINSANTE/DOSTS	<b>99 98 03 31</b>
M. OMOGA Omer	MINSANTE/DRH/AT	
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. TOUKO Raphael	MINSANTE	

**25. Atelier MINEPAT-MINSANTE de finalisation des plans d'action et plans d'actions prioritaires 27 septembre 2012, CASBA, Elig Essono.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
M. TCHAMENI	MINEPAT	
M. ONDO EDOU	MINSANTE/SG/CS	
M. NEGUEM Eric	MINEPAT	
Mme LOBE MIKANO	MINSANTE/DRH	
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES	<b>96 17 00 05</b>
M. BANGUE Bernard	MINSANTE/SSS	
M. OMOGA Omer	MINSANTE/DRH/AT	
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
M. TOUKO Raphael	MINSANTE	

**26. Estimation des besoins en personnels, de leur production et attrition dans le sous secteur public du Cameroun 7 au 11 mai 2012 ; MINSANTE.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>	<b>TELEPHONE</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH	<b>77 70 04 77</b>
M. BELA Achille Christian	MINSANTE	<b>77 42 44 37</b>
M. NGUEDE Samuel	MINSANTE/DRH/SDP/SGPE	
M. ENOKA Patrice	MINSANTE//DRH/SDF	
M. FEUGANG	ONPMS	
Mme LOBE MIKANO	MINSANTE/DRH	
Dr AMANI Adidja	MINSANTE	

Dr TALONGWA TCHIO	MINSANTE	
M. Charles YOPNDŌï	MINSANTE/SG	
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH	<b>99 66 74 70</b>
Mme ACHAJENG AMINKENG	MINSANTE/SG	
M. ELONO ENAMA	MINSANTE/DAJC	
M. EVINA John	MINSANTE/DRH/SDP	
M. BAKENEGHE BATOUM	MINSANTE/DRH	
Mme FAMBA KOPA	MINSANTE	

**27. Extension des fonctionnalités du site web de l'observatoire des ressources humaines de la santé du Cameroun 23, 24 janvier 2012 ; monastère des bénédictins Mont Fébé.**

<b>NOMS</b>	<b>STRUCTURE/FONCTION</b>
Pr Samuel KINGUE	MINSANTE/DRH
M. RIBOUEM Paul	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. ABEGA Michel	MINSANTE/DRH/SDP
Mme ENGOZO'O Anne	MINSANTE/DRH/SDF
Mme KECHIA ASSUMPTA	MINSANTE/DRH/SDF/CSFI
M. NGUEDE Samuel	MINSANTE/DRH/SDP/SGPE
M. AKOA ZIBI	MINSANTE/DRH/SDF/CSFC
M. ENOKA Patrice	MINSANTE/DRH/SDF/CBP
Mme ACHAJENG AMINKENG	MINSANTE/SG
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH
M. ABESOLO Jean Pierre	MINSANTE/DRH
M. MESSANGA ANGOA	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. MOUNJOUWOUO Arouna	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. BAKENEGHE BATOUM	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. EKANI NDONGO	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. MBALLA ELOUNDOU	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. ELOUNDOU Gaspard	MINSANTE/DRH/CSIGIPES
M. EVINA John	MINSANTE/SDP
M. NIBIGNI Honore	MINSANTE/DRH
Mme BOKAMBA Danielle	MINSANTE/DRH
Mme FAMBA KOPA	MINSANTE
M. NKOUMOU Benjamin	MINSANTE/DRH